

11. L'invecchiamento della popolazione e l'assistenza sanitaria

di Carlo Hanau

1. Incremento della terza e quarta età e consumi sanitari

1.1. La terza età

La popolazione italiana subirà nei prossimi decenni un progressivo invecchiamento: secondo le proiezioni ISTAT [1984, 19] l'aumento degli ultrasessantaquattrenni risulterà pari a 6,3 per cento nel decennio 1981-1991, 6,2 per cento nel quinquennio 1991-1996 e 3,4 per cento nel quinquennio 1996-2001.

Pur trattandosi di cifre consistenti, vari economisti sanitari presenti al seminario CIRIEC¹ concordano nel ritenere marginale l'effetto dell'invecchiamento demografico sull'andamento della spesa globale sanitaria, che tende a ritmi di crescita ben più elevati in tutti i paesi industrializzati. Infatti, supponendo che la classe degli ultrasessantaquattrenni si arricchisca di 65.000 nuove unità all'anno, così come prevede la citata proiezione ISTAT per l'Italia, ed ammettendo (in un'ipotesi scolastica) che la popolazione totale non diminuisca, a tale incremento corrisponderebbe un'analogia riduzione delle classi giovani e adulte: in questo caso l'aumento degli anziani, che consumassero servizi sanitari in quantità tripla rispetto a giovani e adulti, comporterebbe un aumento netto annuo dello 0,2 per cento dei consumi sanitari globali.

1.2. La quarta età

Ai fini della trattazione del tema dei consumi sanitari in relazione all'invecchiamento demografico occorre anzi tutto stabilire una soglia di età al di là della quale il fenomeno dell'invecchiamento risulta particolarmente determinante per il livello dei consumi sanitari. Pur sussistendo una differenza notevole fra i due sessi, che deriva da un diverso stato di salute e da una diversa aspettativa di vita (fenomeno

¹ Seminario internazionale CIRIEC, *Il controllo della spesa sanitaria: bisogni emergenti ed assistenza geriatrica*, Milano, 24 maggio 1985, Atti in pubblicazione nella collana CIRIEC.

tuttora in ampliamento) oggi nel nostro paese il numero degli ultra-settantaquattrenni rappresenta un più valido indicatore del bisogno sanitario cui riconnettere la previsione dell'andamento dei consumi. La soglia dei 75 anni è oggi da preferirsi a quella dei 65, in quanto i problemi geriatrici insorgono normalmente nel decennio che precede la morte, procrastinata sempre più dalle migliorate condizioni igieniche e sociali del paese². Da varie indagini risulta che i consumi sanitari di questa «quarta età» sono estremamente più elevati della media; le classi di età comprese fra i 75 e gli 84 anni ed ancor più quelle superiori, i grandi vecchi, presentano bisogni di assistenza elevata e prolungata nel tempo.

Prendendo in considerazione soltanto gli ultra-settantaquattrenni si constata per il passato un aumento in progressione ben più forte di quello degli anziani in genere: 1.670.000 unità nel 1961 diventano 2.110.000 nel 1971, 2.887.000 nel 1981; le stesse fonti ISTAT prevedono 3.571.000 unità nel 1991, con un aumento fortissimo per il prossimo quinquennio, eguale all'incirca a quello dell'intero decennio precedente; nella prima metà degli anni novanta, quando la soglia dei 75 anni sarà raggiunta dalla generazione nata durante la prima guerra mondiale, gli ultra-settantaquattrenni si ridurranno di 300.000 unità, ma, successivamente, per il superamento di tale soglia di età da parte delle classi dei nati nel primo dopoguerra, si giungerà nuovamente a 3.636.000 unità nel 2001.

Ripetendo l'esercizio di previsione della domanda sanitaria sulla scorta della distinzione degli anziani nelle due sottoclassi di età l'andamento risulta contraddittorio: sempre ammettendo la stabilità del numero totale dei residenti, il forte aumento della classe più anziana che si registra negli anni ottanta giustificerebbe un incremento annuo non superiore allo 0,4 per cento del totale dei consumi; per quanto detto sopra, nella prima metà degli anni novanta si dovrebbe assistere ad una inversione del fenomeno, compensata poi nel quinquennio successivo.

Pur non sottovalutando l'enorme importanza del fenomeno quantitativo dell'invecchiamento, si deve tuttavia nuovamente affermare che nel breve e nel medio periodo la sua rilevanza sull'aumento dei consumi sanitari è relativamente marginale.

Le valutazioni riportate sono puramente indicative, e poggiano sulla base di indagini ISTAT [1982], di ricerche sul consumo ospeda-

² Da alcuni famosi geriatri, come Antonini in Italia e Hugonot in Francia, si afferma che il ritardato degrado nello stato di salute dei nuovi anziani avrebbe come conseguenza un rinvio dei bisogni più che un aumento della consistenza del loro ammontare per ogni vita.

liero per età [Hanau, Gatto e Fontana 1980, 12] in varie regioni italiane, di recenti indagini svolte in Francia [Mizrahi e Mizrahi 1985]; per una valutazione più precisa occorre specificare i consumi per singole sottoclassi di età, ammettere la loro invariabilità nel periodo considerato oppure – meglio – prevedere le loro future variazioni.

2. Modifiche della condizione anziana influenti sulla domanda

Dopo aver brevemente esposto alcuni dei possibili effetti sui consumi sanitari della crescita quantitativa degli appartenenti alla terza e soprattutto alla quarta età, sembra qui necessario accennare agli aspetti qualitativi dell'anziano di oggi ed ai relativi cambiamenti che è possibile ipotizzare per il prossimo futuro. A differenza dell'aumento del numero degli anziani, si tratta di fattori sui quali si può agire mediante l'educazione sanitaria e altre azioni in grado di modificare gli stili di vita e i modelli di consumo.

2.1. Atteggiamento psicologico verso la medicina

Fra le modifiche della condizione anziana in grado di influire sulla domanda di servizi sanitari è facile distinguere un atteggiamento diverso nei confronti della malattia e del ricorso alla medicina da parte delle differenti generazioni.

L'indagine francese del CREDES [Mizrahi e Mizrahi 1985] indica chiaramente un effetto legato all'invecchiamento delle coorti di età dotate di una loro specifica propensione al consumo sanitario, che trascorso l'intervallo decennale fra le rilevazioni del 1970 e del 1980 si ritrova spostata nelle classi di età superiore. Dalla comparazione dei dati francesi al 1970 ed al 1980 risulta infatti che i consumi sanitari degli anziani hanno subito un incremento superiore a quello medio generale e in particolare la classe degli ultra-ottantenni, che al 1970 consumava meno degli anziani compresi fra 70 e 79 anni, dopo un decennio raggiungeva i massimi livelli di consumo.

Il prospetto riportato in tabella 1 viene indicato dagli autori come prova della «medicalizzazione degli anziani» e fa parte del più ampio fenomeno che vede un accrescimento dei consumi più accentuato per le classi più fragili.

A differenza di Illich [1977] gli autori descrivono gli aspetti positivi della medicalizzazione, messa in parallelo con il guadagno nella speranza di vita della quarta età [Mizrahi e Mizrahi 1982, 2455-2458] e nel miglioramento della percezione dello stato di salute riscontrato dalla seconda indagine, effettuata a dieci anni di distanza dalla prima.

TAB. 1. *Spesa sanitaria totale media per gli anziani (franchi francesi correnti)*

Sottoclassi di età	Spesa totale media	
	1970	1980
60-69	201	1.046
70-79	256	1.205
80-89	249	1.466
90 e oltre	148	1.152
Tutte le età	130	580

Fonte: Mizrahi e Mizrahi [1985, 69].

In Italia due indagini hanno messo a fuoco il differente atteggiamento che le generazioni presentano nei confronti della malattia e della medicina.

La ricerca Intermatrix del 1983³, pur essendo di tipo istantaneo e non ripetuta nel tempo, fa emergere una distinzione netta fra adulti e anziani, che lascia prevedere notevoli cambiamenti nel periodo futuro qui considerato. Le generazioni dei nati agli inizi del secolo presentano una grande capacità di accettazione della malattia o quantomeno di una rassegnazione alla stessa, probabilmente dovuta a radicate motivazioni religiose e sociali e all'abitudine al peggio; per di più l'esperienza del ricorso alla medicina, iniziata in tempi nei quali l'efficacia terapeutica delle cure era assai ridotta ed i costi relativi erano spesso proibitivi, ha formato quelle abitudini di scarso ricorso ai servizi sanitari che persistono ancora oggi, quando pure le condizioni sono profondamente cambiate.

Nella generazione degli italiani nati dopo la prima guerra mondiale (la classe dei «nuovi anziani» che in quest'ultimo scorcio di secolo sostituiranno i precedenti) l'indagine dell'Intermatrix rivela un atteggiamento profondamente diverso nei confronti della malattia e dell'intervento sanitario: ad una maggiore attenzione per la propria salute e ad un inferiore grado di sopportazione dell'infermità si aggiungono superiori aspettative nei confronti del potere della medicina e l'abitudine al sistema mutualistico generalizzato; da quanto sopra, deriva la previsione di una domanda sanitaria in netto aumento, quando le malattie cronico-degenerative tipiche della vecchiaia (osteomuscolari, cardiovascolari, respiratorie, ecc.) colpiranno i «nuovi anziani» giunti alla terza ed alla quarta età.

Una recente indagine sugli anziani residenti in Toscana, riportata

³ Scenario predittivo e simulazione: loro impiego quali strumenti di decisione in sanità, Seminario organizzato dalla fondazione Smith-Kline, Varese, 20 ottobre 1983.

da Antonini al convegno della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (Marina di Massa, febbraio 1985), conferma che gli anziani di oggi sopravvalutano il loro stato di salute e sono poco propensi a risolvere i problemi relativi mediante il ricorso ai servizi sanitari; i ricercatori ipotizzano che in ciò risieda una peculiarità dell'anziano residente in Toscana, ma è probabile che si tratti di un'accentuazione di una caratteristica comune agli anziani oggi residenti in Italia, che non è destinata a trasmettersi automaticamente alle generazioni dei «nuovi anziani» al momento dell'ingresso nella terza e nella quarta età.

2.2. Struttura della famiglia

Un altro fattore che influisce prepotentemente sulla domanda sanitaria e sociale degli anziani è la configurazione della struttura familiare. Nella tripartizione tipologica proposta dall'Oms [1982] e ripresa da Marziale [1985] l'anziano è integrato e convivente nella famiglia (Europa del sud), vive in comunità di anziani assistite dal servizio pubblico (Europa del nord) oppure si trova in una situazione mista e di transizione, ove la famiglia giovane è insofferente alla convivenza con l'anziano, per cui la tendenza è quella di garantirgli un alloggio a distanza ravvicinata, nello stesso quartiere di residenza (Francia).

La situazione italiana non è certo quella nord-europea e nord-americana, ove il legame intergenerazionale si spezza con l'uscita del giovane dal nucleo familiare di origine, verso il compimento della maggiore età; anche le nostre regioni più industrializzate conservano il valore della reciproca assistenza familiare, che supera la barriera di due o tre generazioni, mentre il desiderio di «scaricare» il vecchio all'ospedale fa parte di un'aneddotica giornalistica, che per fortuna non trova conferme generali nelle indagini svolte sistematicamente [Hanau, Tragnone, Lanfranchi e Labò 1985]. Al contrario sia il nostro servizio sanitario che quello sociale possono scaricare le loro enormi carenze ed inefficienze sulle famiglie, che sono costrette a provvedere l'assistenza generica integrativa continuata agli anziani non autosufficienti perfino mentre sono ricoverati in ospedale pubblico, mentre per quelli che non sono giudicati malati acuti l'onere dell'assistenza viene addossato quasi completamente ai familiari.

Si può auspicare che la struttura familiare italiana continui indefinitamente la sua funzione verso gli anziani, ma l'esperienza di paesi più industrializzati del nostro, dei quali seguiamo spesso le orme nel bene e nel male, non alimenta certo l'ottimismo: in Quebec, ad esempio, oltre il 7 per cento degli ultrasessantacinquenni risulta istituzionalizzato, pur essendo molto sviluppato il sistema dell'assistenza domiciliare.

Fra il 1971 e il 1981, date degli ultimi censimenti, la dimensione media della famiglia italiana è scesa rapidamente: il fenomeno, almeno in parte, è reale e non può essere imputabile totalmente alla formazione delle cosiddette «famiglie di carta», dovuta a convenienze di ordine fiscale, parafiscale, previdenziale ed assistenziale, che spesso inducono i cittadini a denunciare e registrare inesistenti segmentazioni dei nuclei familiari. Fra le cause della nuclearizzazione delle famiglie si segnalano migrazioni, particolarmente importanti negli anni del boom economico, che hanno separato con grandi distanze le generazioni attive da quelle non attive, rendendo oltremodo difficile una ricongiunzione dei nuclei familiari in caso di necessità di aiuto da parte dell'anziano, al di là della evoluzione del costume e della volontà di convivere con gli anziani.

Infine, prendendo in considerazione i grandi mutamenti demografici, le cui conseguenze si dispiegano nel medio e lungo periodo, non si deve dimenticare che la riduzione della fecondità delle coppie aumenta il rischio di ritrovare in futuro molti anziani del tutto privi di familiari.

2.3. Attività della donna

La contrazione del numero degli occupati e l'aumento della disoccupazione, in particolare di quella femminile, potrebbe incentivare l'assistenza familiare, tradizionalmente a carico più delle donne che degli uomini. Dal punto di vista meramente economico, quando l'assistenza all'anziano deve gravare sul bilancio familiare, ben difficilmente lo stipendio di una donna può compensare il costo della retta mensile di una casa di riposo protetta per non autosufficienti: gli oneri fiscali e parafiscali, che da un lato riducono lo stipendio, gravano poi per intero sui costi della retta (la cui principale componente è costituita dai salari del personale) e così si verifica che il sistema di prelievo fiscale e parafiscale vigente premi ogni forma di «autoconsumo» della famiglia e penalizzi pesantemente il ricorso alle imprese erogatrici di servizi. Al di là del problema dell'emancipazione femminile, qui non trattato, il fenomeno descritto stravolge il normale calcolo della convenienza economica, ovunque la scelta debba compiersi fra produzione diretta familiare esente da oneri o acquisizione di un servizio gravato di imposte.

Si deve tuttavia considerare che proprio la rigidità attuale del mercato del lavoro, per la quale ogni uscita rischia di diventare irreversibile, spinge la donna a mantenere il posto occupato, anche oltre il calcolo contingente delle possibili economie.

2.4. Estensione della condizione anziana

Non è questa la sede per trattare il problema dell'estensione della «condizione anziana» anche a coloro che non hanno oltrepassato i sessantacinque anni: i problemi del pensionamento, del pre-pensionamento e della disoccupazione estendono la domanda sanitaria tipica degli anziani «anagrafici» ad una popolazione più giovane, così come dimostra anche una inchiesta svolta dal CRISEC in Italia [D'Antona 1982]. Simile è il problema dell'handicap, che assimila la condizione di alcuni giovani ed adulti agli anziani.

3. Evoluzione dell'offerta di beni e servizi sanitari

Fin qui si è detto dei fattori quantitativi e qualitativi che influiscono direttamente sui bisogni e quindi sulla domanda sanitaria degli anziani: a questo punto è necessario prendere in considerazione i mutamenti dell'offerta di beni e servizi sanitari per gli anziani, ricordando che in questo settore, più che altrove, l'offerta è in grado di condizionare pesantemente la domanda.

L'elevatissima densità di medici per abitante che distingue il nostro paese coltiva il consumismo sanitario per la generalità dei cittadini, ma trova il terreno più fertile nelle classi anziane, ove aumentano gli acciacchi dovuti all'età e la disponibilità di tempo per dedicarsi alle cure.

La capacità produttiva dell'industria del farmaco, eccedente rispetto al fabbisogno nazionale, per molti anni è stata tutta protesa ad ipertrofizzare i consumi interni; solo di recente l'industria nazionale, che a buon diritto può essere considerata il principale assistito del servizio sanitario, ha rivolto verso i mercati esteri le speranze di espansione del suo mercato, ormai quantitativamente bloccato dalle restrizioni amministrative imposte dal SSN.

Infine si deve considerare che la densità dei posti letto ospedalieri è molto elevata in diverse regioni italiane, ove induce un tasso di specializzazione troppo elevato; il fenomeno è particolarmente grave per le classi di età dei più anziani per i quali i rischi del ricovero sono molto gravi (infezioni ospedaliere, perdita di autosufficienza, piaghe da decubito) [Greco 1985].

All'opposto la rarità degli infermieri e dei posti-letto in istituzioni protette limita, dal lato dell'offerta, una fisiologica espansione della assistenza agli anziani, le cui malattie, spesso di tipo cronico-degenerativo, esigerebbero un'assistenza infermieristica e sociale molto maggiore di quella oggi disponibile, sia a domicilio che in istituzione.

La tecnologia della produzione sanitaria evolve rapidamente, indu-

cendo una continua modificazione strutturale dell'offerta. La bioingegneria costituisce uno dei settori tecnologici più importanti dello scenario produttivo presente e futuro: la sostituzione dei prodotti degli organi umani con sostanze sinterizzate in laboratorio da batteri o da cellule e la sostituzione degli organi stessi con materiali e macchine compatibili con la permanenza nel corpo interessano già da oggi una forte percentuale di anziani. L'affinarsi della produzione e la riduzione dei costi unitari possono divenire al tempo stesso la causa e l'effetto dell'estensione della scala degli interventi. L'intelligenza artificiale può collaborare non poco anche per la contrazione dei costi di manutenzione delle apparecchiature, riducendo la necessità della presenza di tecnici esperti e delegando al malato stesso o ai suoi familiari la gestione ordinaria della macchina o della terapia, resa più semplice perché assistita dal calcolatore.

Si può prevedere che la spesa sanitaria nel suo complesso subirà un fisiologico ampliamento, nonostante la riduzione del costo unitario, a causa dell'effetto dell'estensione della scala degli interventi, in quanto la frontiera della cura viene sempre più estesa a casi prima giudicati non trattabili, mentre il successo stesso della terapia nelle malattie cronico-degenerative costituisce la premessa per l'ampliamento del numero degli assistiti e per il prolungamento delle cure a persone che altrimenti sarebbero morte (paradosso di Maxwell).

Da ultimo, ma non certo di minor importanza, gli anziani sono molto interessati ad un altro grande settore sanitario, quello psichiatrico, ove non si registrano ancora grandi progressi tecnologici che consentano riduzioni dei costi unitari: in questo settore è da prevedersi un forte aumento dei consumi sanitari degli anziani.

4. Conclusioni

Pare ovvio che gli elementi qui sopra ricordati concorrano a formare il bisogno avvertito di assistenza; la domanda di servizi assistenziali, per esplicitarsi, esige che i singoli individui, le assicurazioni o le collettività siano disposti a spendere risorse per esprimere e legittimare tali bisogni. In conclusione si può affermare che l'evoluzione dell'offerta incrementerà i consumi sanitari degli anziani, solo che venga risolto il paradosso per il quale una società distribuisce poca capacità di spesa a quelle generazioni che presentano i maggiori bisogni, gli anziani, mentre si mantiene nella disoccupazione una quota crescente di giovani che potrebbero essere utilmente impiegati in questo settore ad alta intensità di lavoro umano senza apprezzabile consumo di risorse scarse, in un'opera potenzialmente produttiva di grandi utilità per i singoli e per la collettività. Molti autori sono infatti d'accordo

sui benefici che il servizio sanitario può arrecare alla popolazione anziana, aumentando la speranza di vita della quarta età e migliorandone lo stato di salute.

Sembra pertanto legittimo che i «nuovi anziani» facciano valere le loro aspettative nei confronti del sistema sociale e sanitario, mentre si potrebbe ipotizzare un intervento educativo-sanitario al fine di moderare le attese illusorie e gli entusiasmi facili, origine del consumismo sanitario che non apporta nessun beneficio sostanziale all'assistito. È questa la grande sfida che il SSN dovrà vincere negli anni futuri, aumentando la propria efficacia ed efficienza.

Riferimenti bibliografici

- D'Antona L. (1982), *Cresce la domanda di salute di un esercito che ingrossa a vista d'occhio*, in «L'industria dei farmaci», 3.
- Greco D. et al. (1985), *Indagini sulle infezioni ospedaliere*, in «Bollettino Epidemiologico Nazionale», a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.
- Hanau C., Gatto M.R. e Fontana G. (1980), *Influenza dei fattori sociodemografici su frequenza e modalità di spedalizzazione*, in «Supplemento al Notiziario Quindicinale AROER», 8.
- Hanau C., Tragnone A., Lanfranchi G.A. e Labò G. (1985), *Gli anziani in medicina generale: valutazione dell'urgenza e della congruità dei ricoveri*, in «Giornale di Gerontologia», XXXIII, 8, pp. 621-663.
- Illich I. (1977), *Nemesi Medica*, Milano.
- ISTAT (1982), *Indagine statistica sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari*, in «Supplemento al Bollettino Mensile di Statistica», 12.
- (1984), *Annuario Statistico Italiano 1984*, Roma.
- Marziale F. (1985), *Gli anziani in Europa*, in «ISIS News», 2.
- Mizrahi An. e Mizrahi Ar. (1982), *Personnes âgées*, in «Le Concours Médical», vol. 104, 15.
- (1985), *Débours et dépenses médicales selon l'âge et le sexe*, Collana CREDES, Paris.
- OMS (1982), *World Population and its Age. Composition by Country: 1950-2025*, in «Who Statistics Quarterly», XXXV, 3-4.