

Indice

Premesse, di *Francesca Merzagora*

Interventi introduttivi, di *Emilia Grazia De Biasi, Maria Rizzotti, Massimo Scaccabarozzi*

1. L'invecchiamento della popolazione italiana: donne assolute protagoniste, di *Carlo Vergani*

1.1. Inquadramento demografico

1.2. Il bisogno degli anziani

1.3. La salute per tutti

Bibliografia

2. Invecchiare in salute: i fattori protettivi della longevità

2.1. Stili di vita, di *Marco Trabucchi*

2.1.1. La vita “buona” di oggi per la vita di domani

2.1.2. Alcuni comportamenti salutari della donna per invecchiare bene

2.1.3. La vicenda dell'attività fisica e degli stimoli mentali

2.1.4. La fatica del *caregiving*: una vicenda al femminile

2.1.5. Più anni, ma anche anni migliori per la donna

2.2. Prevenzione della violenza sulla donna anziana, di *Grazia Maria Corbi, Carlo Pietro Campobasso, Ignazio Grattagliano, Nicola Ferrara*

2.2.1. Problema demografico

2.2.2. Definizione e tipi di abuso

2.2.3. Fattori di rischio

2.2.4. Fenomeno sommerso

2.2.5. La prevenzione

Bibliografia

3. Il cervello sociale degli anziani

3.1. Aspetti neurobiologici, di *Maria Cristina Mostallino, Giovanni Biggio*

3.1.1. Modificazioni plastiche nel cervello del vecchio

3.1.2. La neurogenesi nel cervello del vecchio

3.1.3. Il concetto di “riserva cognitiva”

3.1.4. Senescenza neuronale e lunghezza dei telomeri

3.1.5. Stili di vita e invecchiamento di successo

3.2. Aspetti psico-sociali, di *Salvatore Varia*

3.2.1. Invecchiamento e strategie di difesa del cervello

3.2.2. Stile di vita e rischio di decadimento intellettuale

3.2.3. L'invecchiamento di successo

3.2.4. La Resilienza negli anziani

3.3. Conclusioni

Bibliografia

4. Dall'ospedale al territorio. Dal curare al prendersi cura, di *Luigi Bergamaschini, Cinzia Negri Chinaglia*

4.1. Il quadro generale

4.2. Il modello integrato ospedale/territorio

4.3. Il territorio

4.4. Il domicilio

4.5. La famiglia

4.6. Il ruolo del *caregiver*

4.7. Conclusioni

Bibliografia

5. Invecchiamento “attivo” e politiche di welfare, di *Tiziana Bocchi*

6. La gestione della donna anziana: analisi della spesa in un'ottica di genere, di *Giorgio Fiorentini*

6.1. Premessa di *welfare*

6.2. Dinamiche demografiche di contesto

6.3. La spesa D.OVER65: alcune variabili

6.4. La spesa sanitaria e di salute delle donne over65

6.4.1. Spesa sanitaria pubblica

6.4.2. Spesa sanitaria privata

Bibliografia

7. Il supporto farmacologico alla donna anziana, di *Raffaella Michieli, Claudia Zerbinati*

- 7.1. Aspetti generali e ruolo del medico di Medicina generale
 - 7.2. Patologie a maggior impatto sociale e uso dei farmaci
 - 7.3. Farmacologia di genere
 - 7.4. Reazioni avverse a farmaci (ADR)
 - 7.5. Appropriatezza
 - 7.6. Interazioni farmacologiche
 - 7.7. Epilogo e conclusione
- Bibliografia

8. Invecchiamento e innovazione farmaceutica: strategie di sostenibilità, di *Flavia Franconi, Ilaria Campesi*

- 8.1. Introduzione
 - 8.2. Invecchiamento e salute
 - 8.3. Accesso alla cura
 - 8.4. Sostenibilità
- Bibliografia

Conclusioni, di *Franca Biondelli*

Postfazione. Sognare per reinventarsi la vita a sessant'anni, di *Giorgio Schiavi*

Appendice. Indagine conoscitiva Onda "Essere anziani nel 2017", a cura di *Onda*

Premesse

di *Francesca Merzagora**

Secondo il primo Report globale su invecchiamento e salute presentato nell'ottobre 2015 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità si prevede, entro il 2050, il raddoppio del numero degli over-60 nel mondo che passeranno da 900 milioni a oltre 2 miliardi. L'Italia non è esclusa da questa tendenza, addirittura ne è protagonista risultando il secondo Paese più vecchio nel mondo, dopo il Giappone, e il primo in Europa. Accessibilità universale delle cure, buon sistema sanitario e stile di vita, in particolare la dieta mediterranea, sono senza dubbio alla base di questo record italiano.

Lo scenario è tinto di rosa: le donne italiane con più di 65 anni sono 7.5 milioni, ben 2 milioni più degli uomini. Del resto, le donne risultano più longeve rispetto agli uomini con un vantaggio che secondo gli ultimi dati di Osservasalute, pur essendosi ridotto nell'arco dell'ultimo biennio, resta significativo, pari a quattro anni e mezzo (Rapporto 2016: età media donna 84.6 vs età media uomo 80.1).

Considerare la popolazione ultra-65enne come unico gruppo, a fronte dello straordinario allungamento della vita e del miglioramento della qualità della vita, è senza dubbio riduttivo e questo ha portato alla definizione – inevitabilmente su base anagrafica – di tre categorie: giovani anziani (65-74 anni), anziani (75-84 anni) e grandi vecchi (85 anni e oltre). Dalla lettura dei dati riferiti a ciascun gruppo della popolazione over-65 anni, secondo la classificazione appena citata, si evidenzia il progressivo aumento del “peso” della componente femminile sul totale che raggiunge quasi il 70% nel segmento di popolazione oltre gli 85 anni e supera l'80% se consideriamo il segmento estremo di popolazione ultra-centenaria.

Nonostante la maggiore longevità, la donna ha più patologie e una salute peggiore dell'uomo; i dati prodotti in letteratura evidenziano come fragili-

* Presidente Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna.

tà, polipatologia e perdita dell'autosufficienza gravino pesantemente sulla donna anziana: 1 donna su 3 over 75 presenta sindrome da fragilità, 1 su 2 è affetta da almeno due malattie croniche, 1 su 3 ha limitazioni funzionali gravi nelle attività della vita quotidiana. A ciò si aggiunge il maggior rischio di depressione e di disturbi cognitivi e il più ampio consumo di farmaci a cui si associa un rischio più elevato di eventi avversi e di ospedalizzazioni per effetti collaterali.

Questa condizione di fragilità biologica è aggravata da una concomitante vulnerabilità per fattori socio-economici che concorrono a marcare le differenze di genere nell'ambito dell'invecchiamento: le donne sono più sole, meno istruite, più povere, più abusate e maltrattate (Istat, Come cambia la vita delle donne 2004-2014).

Abbiamo dunque da affrontare una grande sfida, verso la quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha già definito gli ambiti di intervento volti a garantire un invecchiamento sano, attivo e positivo: salute, sicurezza e partecipazione.

Anche Onda, che da ormai più di undici anni è impegnata nella promozione e tutela della salute della donna nelle diverse fasi della vita, ha accettato la sfida, rivolgendo il proprio interesse al mondo degli anziani che vede le donne protagoniste, non solo come "anziane" ma anche come *caregiver*, formali e informali.

L'iniziativa Bollini RosaArgento, avviato nel 2016, ha l'obiettivo di avvicinare le donne e le loro famiglie al mondo delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali di lungo degenza per anziani non auto-sufficienti), spesso rappresentato negativamente attraverso notizie di cronaca che raccontano di drammatiche quanto disumane realtà, valorizzando le strutture che, al di là di offrire un'adeguata assistenza clinico-sanitaria, garantiscono un'accoglienza personalizzata, rispettosa della dignità della persona ospitata, rispondente alle sue necessità, esigenze e abilità residue, secondo un approccio non più basato sul "*to cure*" ma sul "*to care*".

Nell'ultimo bando Bollini Rosa (2017) rivolto agli ospedali che vedrà la costituzione del nuovo network di strutture "vicine alle donne" per il biennio 2018-2019, abbiamo inserito come nuova area specialistica la Geriatria.

Parallelamente stiamo svolgendo attività di informazione e sensibilizzazione rivolte non solo alla popolazione ma anche alle Istituzioni per promuovere la salute degli anziani e un maggior ruolo sociale. Nella nostra ricerca "Essere anziani nel 2017" (i cui risultati sono riportati all'interno del volume in appendice) è emerso pessimismo riguardo a questo aspetto: il 53% degli intervistati ritiene che l'anziano sia un'importante risorsa per la società, ma allo stesso tempo il 46% di loro pensa che la società tenda a emarginare le persone più avanti con gli anni.

Questo volume ha l'obiettivo di presentare un quadro della “nuova” longevità, passando attraverso gli aspetti cruciali e le maggiori criticità: prevenzione, sicurezza, integrazione sociale, assistenza all'anziano nelle declinazioni domiciliare - ospedaliera - territoriale, impatto socio-economico e problematiche correlate alla politerapia.

Ringrazio tutti gli Autori che hanno dato un prezioso contributo al libro e Farindustria che da tantissimi anni ci affianca nella promozione di una cultura della salute genere-specifica.

Interventi introduttivi

1.

Arriva un momento della vita in cui i nostri genitori ci portano a prendere coscienza nel concreto di ciò che abbiamo letto, sentito dire, osservato a distanza sull'invecchiamento, un ultimo insegnamento prima che il rapporto padre madre figlio si inverta nelle modalità note a chiunque abbia vissuto questa esperienza.

Ancora una volta Onda si rende preziosa, consegnandoci questo volume unico nel suo genere, un aiuto importante per orientarsi nella complessa salute degli anziani, con lo sguardo moderno orientato al genere, e cioè alle differenze e al rispetto fra uomini e donne, focalizzando l'attenzione sulle problematiche femminili.

Sappiamo che viviamo più a lungo degli uomini, ma anche che invecchiamo peggio; i dati più recenti ci consegnano, tuttavia, una progressiva inversione di tendenza, dovuta primariamente all'allineamento degli stili di vita e dei rischi a essi correlati.

Essere una donna anziana oggi è cosa assai diversa dal passato. Innanzitutto bisognerebbe spostare in avanti l'età di certificazione dell'anzianità, poiché una persona a 65 anni nella generalità ha ancora energie e risorse da offrire a se stessa e alla società, ma sia chiaro che non intendo addentrarmi in dispute sull'età pensionabile.

Voglio solo dire che non esiste una "sola" età anziana e che l'invecchiamento ha fasi e gradini che vanno esaminati con attenzione attraverso la medicina di narrazione, la diagnosi precoce e le terapie personalizzate, e che accanto ai farmaci e alle cure vanno esaminati i determinanti sociali e quelli psichici, basti pensare a quanto peso hanno paura e solitudine per definire la qualità di vita della persona anziana.

Spesso basta una caduta, una frattura per rendere difficile il ritorno alla vita attiva, e non sempre per motivi clinici, ma per il timore che progressivamente porta a una non autosufficienza precoce; o è sufficiente un momento depressivo, magari passeggero, ma indotto da solitudine per rendere più veloce il deficit cognitivo o la strada per patologie neurodegenerative.

Per questo parliamo di presa in carico socio-sanitaria, per questo l'anzianità è anche un problema non solo della persona interessata o della sua famiglia, ma dell'intera società: quali servizi sul territorio, quali interventi differenziati, quali opportunità di socialità sono le sfide di un rapporto fra ospedale e territorio capace di coniugare acuzie e lungodegenze, riabilitazione e occasioni di vita attiva, prevenzione e stili di vita, alimentazione e attività motoria, serenità e curiosità per la vita.

Le nonne, le mamme, infine noi, che abbiamo compreso la lezione della loro vita, ma che facciamo ancora fatica a tradurla in pratica: fumo e patologie cardiovascolari, stress e depressione, alimentazione e obesità, sedentarietà e cronicità sono le malattie delle anziane di oggi e i grandi rischi per quelle di domani, a cui si aggiunge la crescita davvero preoccupante delle malattie neurodegenerative, l'Alzheimer su tutte.

È un quadro che impone alle Istituzioni, oltre che alla medicina, una scelta irreversibile verso strategie di prevenzione lungo tutto l'arco della vita: se è vero che non è mai troppo tardi, è anche vero che chi ben comincia è a metà dell'opera!

Facile? No, difficilissimo. Ma indispensabile: le ragazze di ieri pagano cara la mancanza di informazione sulla salute. Le ragazze di oggi possono guardare al passare del tempo con speranza se la nostra generazione saprà prendersi la responsabilità di scegliere la salute come metro di qualità della vita. Anche perché giovani si è per un tratto dell'esistenza. Donne lo si è per sempre.

Onda ci accompagna con sapienza in quel meraviglioso viaggio che è il passare del tempo delle donne.

E anche per questo ringrazio di cuore Francesca Merzagora e tutti coloro che hanno, con questo volume, unito scienza, medicina, umanità.

Emilia Grazia De Biasi

Presidente, Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

2.

Ringrazio di cuore la Dottoressa Francesca Merzagora, Presidente di Onda, per aver promosso e curato la stesura di questo libro che attraverso un profondo studio analitico e un importante contributo scientifico degli

autori ha lo scopo di puntare i riflettori sulla longevità, in particolare sulla gestione della donna anziana.

Da molti anni l'Associazione Onda si occupa concretamente della salute della donna con campagne di informazione sulle principali tematiche di salute femminile, con attività di *advocacy* volte a sensibilizzare le Istituzioni e a promuovere interventi mirati nonché attraverso la segnalazione di strutture sanitario-assistenziali (ospedali e RSA) a misura di donna.

Tra i temi più attuali del dibattito sul futuro sociale del nostro Paese nel breve-medio periodo, c'è quello del ruolo delle persone anziane in un'Italia caratterizzata da un andamento demografico che vede crescere il loro numero. Si stima, infatti, che nel 2045 gli ultrasessantacinquenni saranno il 30% della popolazione e gli ultraottantenni il 12%, nel contempo l'allungamento della vita media e il progredire delle scienze mediche stanno accrescendo la quota percentuale di persone anziane che vivono in ottime condizioni di salute e che rimangono attive sia sul piano sociale che su quello lavorativo.

In un tale contesto i vecchi modelli sociali, che vedevano le persone anziane ormai estromesse da un'esistenza attiva, non hanno più motivo di esistere. Il discorso vale sia per le grandi aree metropolitane, dove è più forte il rischio di una vita in solitudine, che per le piccole città, dove pure il senso di appartenenza alla comunità è più accentuato. Pertanto da più parti si sostiene, ormai da tempo, l'idea che sia utile e opportuno coinvolgere le persone entrate nella terza età in attività sociali di provata utilità. A questo proposito, presentai il 3 aprile del 2013 la proposta di Legge n. 437 "Disposizioni concernenti lo svolgimento di servizi di utilità sociale da parte delle persone anziane".

Questo libro riassume le "risposte possibili" per offrire alla popolazione un'assistenza moderna e adeguata che intercetti le problematiche di salute dell'anziano. Emerge e colpisce la capacità dell'opera nel trattare gli aspetti socio-sanitari con profonda umanità e sensibilità nei confronti della persona anziana.

L'obiettivo è giungere alle soglie della vecchiaia con mente lucida, spirito vivo e un corpo sano e reattivo, ma tutto ciò è frutto di un mix genetico, ambientale e di stili di vita sani che costituiscono il punto di partenza per costruire una terza e quarta età in salute. Si potrebbe affermare che, se si vive bene, si invecchia bene.

Molto innovativa e particolareggiata la problematica della donna anziana, meritoria l'iniziativa dei Bollini RosaArgento che si affiancano ai Bollini Rosa, ormai pratica e consueta consultazione da parte delle donne per scegliere le strutture sanitarie migliori per la loro salute psico-fisica.

Importante è l'auspicio affinché la medicina di genere-specifica sia considerata modello di appropriatezza e di cura, che richiede comunque informazione e formazione attraverso un radicale cambiamento della mentalità nelle

Istituzioni (questa è un'importante battaglia sostenuta dalla XII Commissione Sanità del Senato) come nell'opinione pubblica e negli operatori sanitari. Si tratta, in definitiva, di un'indubbia e urgente sfida per la sanità del futuro.

Maria Rizzotti

Vice-Presidente, Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

3.

Si vive di più e meglio. È questo il dato incontrovertibile che si ricava dall'osservazione dei cambiamenti nella qualità della vita degli ultimi decenni. Un progresso che vede l'innovazione farmaceutica giocare un ruolo determinante, per esempio contribuendo per il 73%, negli ultimi 4 decenni, alla crescita di 10 anni dell'aspettativa di vita in Italia.

La cura e la cronicizzazione di malattie un tempo invalidanti o fatali implica, però, nuove sfide e nuovi scenari per i quali occorre pensare "strategicamente".

L'attenzione alle patologie femminili in generale, e della donna in età avanzata in particolare, è certamente una chiave importante di questa strategia.

Come abbiamo affermato anche in occasione della festa dell'otto marzo, nell'ambito del nostro convegno *Chi l'ha detto che uomini e donne sono uguali?*, le donne sono protagoniste delle decisioni sugli stili di vita, sulle cure e sull'assistenza nel contesto della famiglia. Come madri, mogli, figlie, nonne, svolgono un fondamentale ruolo di *caregiver* che fa della famiglia un prezioso ammortizzatore sociale il cui apporto alla sostenibilità del sistema salute è ben noto. Da qui la nostra insistenza sul concetto di appropriatezza terapeutica e prevenzione.

Ma questo non basta. Occorre anche incrementare e ottimizzare il contributo femminile allo sviluppo economico e industriale del Paese. La qualità, la quantità e, in settori come la ricerca, addirittura la preponderanza di presenze femminili fanno dell'industria farmaceutica un esempio in questo senso. È infine necessario tutelare quel ruolo della donna che si estende ben oltre l'ambito strettamente lavorativo e che rappresenta un ulteriore motivo di attenzione alla sua salute.

Sono quindi lieto di confermare il sostegno di Farindustria a Onda e al suo grande lavoro di analisi e documentazione per costruire quella vera strategia globale per la sostenibilità del sistema che deve coinvolgere tutti gli *stakeholder*.

Massimo Scaccabarozzi

Presidente Farindustria

1. L'invecchiamento della popolazione italiana: donne assolute protagoniste

di *Carlo Vergani**

1.1. Inquadramento demografico

Sono passate ottomila generazioni, dalla comparsa dell'*homo sapiens* sulla terra, prima che, nel corso delle ultime quattro generazioni, l'attesa di vita alla nascita superasse la barriera dei 30-40 anni (Burger, 2012). A metà dell'Ottocento, quando è stata realizzata l'unità d'Italia, la vita media era di 32 anni, agli inizi del Novecento era salita a 43 anni, oggi è di 83 anni, 80.6 anni per l'uomo e 85.1 anni per la donna. Sono comparsi gli anziani, “una presenza strana, una specie di scandalo o, se vogliamo, di bestemmia scientifica”, dice Edoardo Boncinelli (Boncinelli, 2017).

Una “presenza strana” che contraddice le leggi di natura. La strategia della storia della vita, il prodotto di 3.7 miliardi di anni di selezione naturale da quando sono comparse le prime forme di vita, è la riproduzione della specie: la natura investe le risorse sulle cellule germinali di cui il corpo è solo un contenitore usa e getta. Tutto il resto, ciò che avviene dopo che l'individuo ha raggiunto la *fitness*, il successo riproduttivo, è un fuori programma. La soglia di entrata in età avanzata, posta convenzionalmente a 65 anni, è una soglia dinamica: in Italia a metà del secolo scorso l'attesa di vita residua a 65 anni era di 13 anni, oggi 13 anni sono la vita residua di un settantacinquenne. Negli ultimi dieci anni la popolazione ultraottantenne è passata dal 5 al 6.5 per cento della popolazione totale. Oggi gli ultraottantenni sono quasi 4 milioni, di questi due su tre sono donne.

Aumenta il numero ma non la durata massima di vita degli ultracentenari: nessuno ha varcato il limite stabilito da Jeanne Calment, morta ad Arles nel 1997 a 122 anni. Secondo Jay Olshansky, dell'Università dell'Illinois a Chicago, per ogni specie animale esiste un livello soglia di durata della

* Geriatra, Università degli Studi di Milano.

vita non superabile: la soglia è di mille giorni per il topo, di cinquemila giorni per il cane, ventinovemila giorni per l'uomo (Olshansky, 2016). *L'out of programme*, ciò che esiste al di fuori della programmazione genetica, l'individuo lo sconta con la perdita di strutture e funzioni dell'organismo. Emerge così il fenotipo senescente, cioè l'insieme delle caratteristiche osservabili nell'organismo vivente che invecchia.

1.2. Il bisogno degli anziani

La popolazione anziana non è omogenea, non si invecchia per *default*, il gene incide sulla durata e sulla qualità della vita per il 30 per cento, il resto dipende dai nostri comportamenti e dall'ambiente che ci circonda (Christensen, 2006).

L'invecchiamento è un “artefatto della civilizzazione”, dice Leonard Hayflick (Hayflick, 2000), il ricercatore che ha studiato la capacità duplicativa della cellula, è cioè un evento storico, nello spazio e nel tempo, che risente dei fattori contestuali. È significativo che in Sierra Leone, dove più della metà della popolazione vive con meno di un dollaro al giorno, l'attesa di vita alla nascita sia solo di 46 anni (World Health Organization, 2014). Negli USA, un secolo fa, su 100 mila decessi, 202 erano dovuti alla polmonite, 194 alla tubercolosi, 137 alla cardiopatia, 64 al cancro; oggi il quadro nosografico è cambiato: i rapporti sono rispettivamente 16, 44, 192, 185 per 100 mila decessi (Jones, 2012).

L'invecchiamento ha forti ricadute sul singolo e sulla comunità. Per il **singolo** è una sfida adattativa: l'anziano “scopre che la sua vita ha un senso solo se la riconosce, se la difende, se difende la propria unicità e diversità” (Pontiggia, 2000). Per la **comunità** l'invecchiamento comporta la necessità di ripensare il contesto organizzativo degli interventi sociosanitari. Agli anziani vengono destinate gran parte delle prestazioni del *welfare*: l'indice di dipendenza degli anziani è pari al 30 per cento, ci sono cioè 30 ultrasessantacinquenni ogni 100 soggetti in età lavorativa dai 15 ai 64 anni, e il 70 per cento della spesa sanitaria totale viene assorbita dal 40 per cento della popolazione assistita affetta da almeno una patologia cronica, rappresentata principalmente da anziani (Lorenzin, 2015). Secondo l'OMS (World Health Organization, 2013), nei 53 Paesi della regione europea, tre gruppi di malattie croniche – le malattie cardiovascolari, il cancro e i disturbi mentali – rappresentano più della metà del carico globale delle malattie, espresso come il numero di anni persi per disabilità o per morte prematura (Disability Adjusted Life Years, DALYs).

In Italia la sanità è ancora tarata sulla malattia acuta, l'anziano ha bisogno invece di una **assistenza continuativa, integrata**, cioè sociosanitaria,

con una **rete di servizi sul territorio**. Manca il “patto di cura” fra medico e paziente, il “farsi carico” di cui si parla nel Piano nazionale della cronicità (Ministero della Salute, 2016) che è stato presentato come una “sfida di sistema”.

I problemi inerenti all’invecchiamento della popolazione devono occupare un posto importante nell’agenda politica perché interessano trasversalmente tutti i settori della vita pubblica. L’OMS (World Health Organization, 2015) parla di *mainstreaming ageing*.

1.3. La salute per tutti

Esiste un invecchiamento normale, un invecchiamento usuale e un invecchiamento di successo.

Normale è l’invecchiamento che si accompagna alla perdita fisiologica, età correlata, della capacità intrinseca dell’organismo: l’individuo perde la riserva funzionale di cui è dotato per fare fronte alle forze destabilizzanti della vita e diventa più vulnerabile. L’invecchiamento usuale è quello che più frequentemente ci appare, gravato da malattie croniche: tra gli ultra-settantacinquenni la comorbidità, cioè la presenza simultanea di almeno due malattie croniche, si osserva nel 58 per cento degli uomini e nel 72 per cento delle donne (Istat, 2016). C’è, infine, l’invecchiamento prestigioso, l’invecchiamento di successo, di cui parlano John Rowe e Robert Kahn (Rowe, 1997), caratterizzato da un ridotto rischio di malattia, da un’alta capacità psicofisica e dal coinvolgimento sociale.

Secondo la definizione dell’OMS, che risale al 1948, la salute è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”. È una definizione obsoleta, che non tiene conto dell’invecchiamento della popolazione: il “completo” benessere è una condizione difficilmente conseguibile in età avanzata. La salute per l’anziano si identifica con l’allostasi, con la capacità di riposizionarsi, di mantenere nel corso delle vicissitudini della vita l’equilibrio, sempre instabile, dei sistemi fisiologici (Huber, 2011). Per favorire questo equilibrio dinamico si richiede la **medicina proattiva** che mira anche a identificare e a proteggere l’anziano fragile, esposto al rischio di perdita dell’autosufficienza.

Agli inizi del secolo Linda Fried, della Columbia University di New York, ha descritto la sindrome clinica della fragilità (Fried, 2001), che interessa il 7-10 per cento degli anziani non istituzionalizzati, prevalentemente di sesso femminile. La donna, nonostante la sua maggiore longevità, si ammalava più dell’uomo. È il “paradosso donna” di cui parla uno dei Quaderni del Ministero della Salute dal titolo “Il genere come determinante di salute” (Ministero della Salute, 2016).

Con i progressi dell'ingegneria genetica e con l'editing genomico si sono aperte nuove prospettive per le future generazioni. Si parla di medicina potenziativa, di medicina dell'*enhancement*, una medicina fatta non solo per curare ma anche per stare "più che bene", *better than well* (Hynes, 2017). Ma ciò di cui oggi in Italia abbiamo bisogno, ciò che ancora manca è una "strategia globale della salute", una strategia valida per tutti, anche per gli anziani (Osservatorio Nazionale sulla Salute, 2017; McGinnis, 2016).

Bibliografia

- Boncinelli E., *Io e Lei. Oltre la vita*, Guanda, Milano, 2017.
- Burger O., Baudish A., Vaupel J.W., "Human mortality improvement in evolutionary context", *PNAS*, 2012, 109: 18210-14.
- Christensen K., Johnson T.E., Vaupel J.W., "The quest for genetic determinants of human longevity: challenges and insights", *Nat Rev Genet*, 2006, 7: 436-48.
- Fried LP., Tangen C.M., Newman A.B. *et al.*, "Frailty in older adults: evidence for a phenotype", *J Gerontol A Biol Med Sci*, 2001, 56(3): M146-56.
- Hayflick L., "The future of aging", *Nature*, 2000, 408: 267-69.
- Huber M., Knottnerus J.A., Green L. *et al.*, "How should we define health?", *BMJ*, 2011, 343. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Hynes R.O., Collier B.S., Porteus M., "Toward responsible human genome editing", *JAMA*, 2017, 317(18): 1829-30.
- Istat, *Annuario Statistico Italiano*, 2016.
- Jones D.S., Podolsky S.H., Greene J.A., "The burden of disease and the changing task of medicine", *N Engl J Med*, 2012, 366(25): 2333-38.
- Lorenzin B., *Aspetti sanitari e sfide d'invecchiamento e salute in Italia*, Intervento al Comitato Salute dell'OCSE, Parigi, 2015.
- McGinnis J.M., Diaz A., Halfon N., "Systems strategies for health throughout the life course", *JAMA*, 2016, 316(16): 1639-40.
- Ministero della Salute, *Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*, Quaderni del Ministero della Salute 26, 2016.
- Ministero della Salute, *Piano nazionale della cronicità*, 2016.
- Olshansky J., "Measuring our narrow strip of life", *Nature*, 2016, 538: 175-76.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute, *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Roma, 2017.
- Pontiggia G., *Nati due volte*, Mondadori, Milano, 2000.
- Rowe J.W., Kahn R.L., "Successful aging", *The Gerontologist*, 1997, 37(4): 433-40.
- World Health Organization, *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century* 2013.
- World Health Organization, *World Health Statistics* 2014.
- World Health Organization, *World report on ageing and health* 2015.

2. Invecchiare in salute: i fattori protettivi della longevità

2.1. Stili di vita

di *Marco Trabucchi**

2.1.1. *La vita “buona” di oggi per la vita di domani*

L'uomo contemporaneo vive più a lungo del passato e vive meglio; se la vecchiaia fosse una malattia si tratterebbe di una malattia molto “elastica” e mutevole; è invece più logico pensare che la struttura biologica dell'individuo rappresenta una tavola di fondo, sulla quale agiscono vari aspetti vitali che danno forma alla vita stessa. Il fenotipo umano è quello plasmato dal tempo; è quindi necessario definire le circostanze che inducono atteggiamenti utili a mantenere la salute o il contrario. La vita costruisce il “fenotipo instabile”, la massima espressione dell'umanità, perché – almeno parzialmente – indipendente dalla rigidità genetica-biologica. Il tempo è co-struttore di identità in continuo movimento (interessante e difficile è invece la definizione di ciò che è stabile...); la loro variazione va analizzata con attenzione, perché di estrema importanza rispetto alla forma che la vita assume in età avanzata.

Noi siamo una continua stratificazione di ricordi che si sono inseriti nel tempo. La persona è al centro di un circuito vitale: i sensi, i rapporti con gli altri e con il mondo permettono alla memoria di conservare i messaggi, che poi tornano alla vita, anche se apparentemente erano spariti, quando uno stimolo entra inatteso nel raggio dei sensi. Ovviamente in mezzo avviene una profonda trasformazione dei contenuti che la memoria conserva; interpreta infatti la realtà secondo le proprie regole, costruite sulla lunga storia di ogni individuo; per esempio, il dolore fisico e psichico esercitano

* Università di Roma Tor Vergata e Associazione Italiana di Psicogeriatria.

un'influenza non lieve sulla trasformazione dei ricordi nel tempo. Triste sarà il giorno, già da taluni preconizzato, anche se ancora non definito, quando sarà possibile liberarci definitivamente della nostra storia attraverso un farmaco; non solo dei ricordi traumatici, ma di qualsiasi evento spiacevole. Come potrebbe vivere un uomo o una donna solo con ricordi felici? Certamente sarebbe un'umanità povera e alla fine disperata, perché la felicità non ha storia senza il dolore! La memoria si approfondisce nelle cellule e le trasforma attraverso meccanismi complessi, non del tutto noti, che vedono in gioco molti diversi fattori.

A proposito delle interpretazioni sul rapporto tra stili di vita e vita che si plasma, sono di grandissimo significato le parole di Farina: "È una precisa presa di distanza da una secolare tradizione, quella che presenta l'identità come sostanza; la visione contemporanea osa invece presentare l'identità come narrazione, storia, relazione. Dall'assoluto al relativo, in cui è possibile cogliere il passaggio da un soggetto che basta a se stesso a uno che costruisce la propria identità alla presenza dell'altro: dall'autobiografia alla biografia". La lezione tomista viene arricchita dal personalismo cristiano, che mette al centro la relazione che rende l'individuo persona. La vita non si costruisce da sola, ma è una realtà in mezzo alle altre e ne subisce l'influenza. Ciò vale anche nelle situazioni più compromesse, come nel caso di chi è affetto da demenza, perché la relazione mediata dai sensi è sempre attiva, sebbene talvolta in modo apparentemente incomprensibile.

L'espressione dei **geni**, che rappresenta "il punto di partenza" di ogni momento della vita, è regolata dall'**ambiente**; però non si tratta di una sorta di dualismo, perché i geni nella loro costante evoluzione sono essi stessi "ambiente". In questa prospettiva non vi è un confine rigido tra fattori che inducono resilienza e fattori di rischio; la vita è un continuum, in un movimento sempre complesso, nel quale agiscono fattori diversi. È quindi logico interpretare i dati, anche provenienti da studi seri, ma ancor più quelli aneddotici, con grande attenzione, per evitare letture semplicistiche che non apportano vantaggi per la vita e il suo divenire.

Si pensi, per esempio, alle problematiche legate al movimento, che hanno fatto scrivere un famoso articolo sul *New York Times*: "*Better aging through practice, practice, practice. I can't promise this will prolong your life. But it will improve it!*". Sono intuizioni, che provengono da varie fonti, però manca ancora una descrizione analitica di come fare per trasformare l'invito al movimento in una indicazione completa sul *se*, il *quando*, il *come*... Secondo taluni non sarebbe mai troppo tardi; un'ipotesi affascinante, perché saremmo sempre in grado di esercitare la plasticità di cervello, muscoli, cuore, polmoni... Sono interessanti a questo riguardo i dati che collegano la salute al luogo dove si vive, perché l'ambiente urbano ha le potenzialità per concorrere sostanzialmente allo svolgere, tra l'altro, una

soddisfacente attività fisica. Ovviamente il rapporto è mediato anche dalle condizioni socioeconomiche della persona, perché nei quartieri più “accoglienti” abitano cittadini più abbienti (come è stato dimostrato in diversi studi, sia in Italia che in altri Paesi). È un altro esempio della complessità delle determinanti di salute a tutte le età e di come le risposte semplificatrici non siano realistiche e spesso, quindi, non possano nemmeno rappresentare la base per interventi educativi.

Questa introduzione non deve far pensare che si ipotizzi una vita lunga solo per chi è sano; infatti, anche quando l'individuo presenta delle malattie è sempre possibile ridurre l'impatto sulla durata della vita sia, ovviamente, trattandole in maniera adeguata, sia mettendo in atto comportamenti che di per sé abbiano un effetto sulla plasticità non ancora interrotta. Vi è infatti sempre uno spazio conservato nel soma e nella psiche per adattamenti significativi, purché l'individuo non rinunci sotto il peso di una condizione depressiva.

Il processo di invecchiamento risponde a una regola precisa: **lo stile di vita passato e presente determina in buona parte la condizione di salute psicofisica in età avanzata**. Quindi dare attenzione alle modalità con le quali ogni donna e ogni uomo ha trascorso e trascorre il tempo di vita è il punto di partenza per costruire una terza e quarta età in salute.

In premessa si deve ricordare che le scelte che caratterizzano una vita sana non sono mai facili (“Invecchiare è un'arte difficile”); infatti il tempo passato è caratterizzato da fattori, quali il lavoro, l'ambiente, le relazioni, gli stili di vita, nei quali si mescolano momenti positivi e momenti negativi, alcuni determinati da scelte volontarie, altri da circostanze immutabili, condizioni fortunate e sfortunate... Il tentativo degli studi più avanzati in questo campo è analizzare i singoli aspetti, ben sapendo che interagiscono tra loro in modo complesso, secondo regole che non possono essere predeterminate. Occorre quindi evitare interpretazioni semplicistiche, puntando invece a una comprensione del singolo individuo e della sua storia attraverso una corretta **valutazione multidimensionale**.

La letteratura scientifica in questi anni ci presenta frequentemente dati che indicano l'esigenza di stili di vita “sani” per prolungare la durata stessa della vita ed evitare la comparsa di malattie fortemente invalidanti, come la demenza. Qualcuno potrebbe essere sorpreso da questa insistenza, interpretabile come il tentativo della medicina di bilanciare i relativi insuccessi in tempi recenti nel campo delle grandi malattie croniche (neurodegenerative, cardiovascolari, osteoarticolari). D'altra parte è ben noto che la medicina come insieme di saperi specifici si è attribuita non più del 30% dei meriti per il grande aumento della speranza di vita verificatosi in questi ultimi decenni; una posizione equilibrata, che lascia spazio alla definizione degli eventi che determinano l'altro 70%! Però, nonostante queste incer-

tezze di fondo, i dati degli studi più recenti sono seri, costruiti in modo corretto sul piano metodologico; contengono quindi messaggi credibili, che ci insegnano molto, mentre è necessario opporsi a visioni che banalizzano le modalità per ben invecchiare. La mancanza di indicazioni assolute non autorizza a legittimare qualsiasi approccio senza prove di efficacia, spesso caratterizzato da interessi commerciali e da superficialità evidenti.

2.1.2. Alcuni comportamenti salutarì della donna per invecchiare bene

Uno degli aspetti più rilevanti che determinano la struttura della vita in età avanzata è il **lavoro**. Ci si domanda se e come abbia eventualmente lasciato segni negativi sulla struttura psicofisica di chi invecchia, oppure se abbia allenato la persona a una continua risposta alle difficoltà, allenamento utile anche in età avanzata. Ovviamente i lavori usuranti hanno esercitato azioni negative sulla struttura fisica e psichica dell'individuo; ma dove si colloca il confine tra una stimolazione positiva e una dannosa? Non vi sono risposte precostituite né scale di valutazione con precisi *cut-off*; è la vita che nel suo insieme non può entrare in schemi precostituiti, anche nell'epoca degli algoritmi più avanzati. Oggi è molto aumentata la percentuale di donne che lavorano, che sarebbero circa il 50% del totale. Quindi se questa problematica poteva ritenersi marginale nel recente passato, oggi certamente non lo è più; si pensi, rispetto al significato del lavoro come valore, al rischio per la donna di un doppio lavoro (fuori e dentro la casa), di un pensionamento con rilevanti problemi economici (il lavoro femminile è ancora oggi pagato meno di quello maschile), di un ritorno a casa gravato da impegni pesanti e stressanti (la cura dei nipoti e, molto più pesante, il *caregiving* di un anziano ammalato). Il lavoro della donna entrerà sempre più frequentemente nella valutazione del ben invecchiare e certamente porterà a cambiamenti significativi anche dello scenario demografico ed epidemiologico; l'ennesimo esempio di come nel nostro tempo stiamo assistendo a continui cambiamenti, spesso inattesi.

L'**ambiente** povero e insospitale esercita in generale un'influenza negativa sulla salute e sulla durata stessa della vita. Il punto critico è identificare se vi siano meccanismi di resilienza esogeni o endogeni (anche di origine genetica), che permettono all'individuo di gestire positivamente la propria posizione in ambienti "patogeni", a ogni età. In questa prospettiva conta molto la quantità e la qualità delle **relazioni**, perché fungono da tampone rispetto a un ambiente fisico non agevole (per esempio, la casa, il quartiere...). In questa prospettiva la solitudine non ricercata, ma imposta dalle circostanze, è un aspetto negativo, perché l'accompagnamento, la vicinanza, il supporto

sono fondamentali per vivere bene e a lungo. La solitudine della donna è mediamente meno drammatica rispetto a quella dell'uomo; quest'ultimo, infatti, quando è solo non riesce a mantenere buoni rapporti sociali (oltre a quelli legati al lavoro non ne aveva coltivati molti) ed è privo delle capacità pratiche per sopravvivere decentemente. La donna, invece, ha costruito nel tempo reti relazionali più o meno intense, ma sempre utili nel momento del bisogno; dobbiamo però porci seriamente l'interrogativo di quanto durerà questa differenza sotto la pressione dei cambiamenti del costume.

Gli **stili di vita** insalubri rappresentano un altro scoglio per una vecchiaia in salute. L'attività fisica e mentale, una corretta alimentazione, il ricorso attento, ma senza dipendenza, ai servizi sanitari sono aspetti diversi di modalità che portano a una lunga vita. Ovviamente non è mai troppo presto per iniziare, però non è mai nemmeno troppo tardi; anche se è "un'arte difficile" cambiare atteggiamento a 70 anni, è necessario insistere sul criterio che alcuni benefici possono sempre essere raggiunti.

Recentemente un articolo sulla prestigiosa rivista inglese *Lancet* ha dimostrato in un gruppo di 15.000 americani, seguiti per 14 anni, una sopravvivenza media superiore di 7 anni in chi non aveva fumato, aveva bevuto alcoolici in quantità moderata (meno di 14 drink alla settimana per gli uomini e 7 per le donne) e non era obeso. Oggi la speranza di vita media negli Stati Uniti è di 78 anni per gli uomini e di 82 per le donne; nel gruppo delle persone attente a non fumare, a bere poco e ad alimentarsi in modo razionale in modo da non ingrassare, la vita media passa a 85 anni per gli uomini e a 89 per le donne. Il dato diventa ancora più significativo se letto nella prospettiva di una persona di 50 anni, perché questa guadagnerebbe in media circa 12 anni in più di vita se seguisse uno stile di vita sano. Una differenza drammatica... ciascuno di noi normalmente combatte per recuperare spazi vitali di qualche ora; queste scelte salutari regalerebbero, invece, un tempo prezioso per fare moltissime cose, che forse avevamo ipotizzato di realizzare, ma che temevamo di non aver il tempo sufficiente per soddisfare! È una differenza drammatica (o entusiasmante, a seconda che se ne voglia leggere il peso rispetto alle responsabilità dell'individuo o il vantaggio in termini assoluti), che nessuna tecnologia medica oggi riesce a garantire! Si deve notare che le tre condizioni hanno un peso diverso dal punto di vista della "fatica" imposta all'individuo; infatti, oggi è relativamente facile astenersi dal fumo, così come evitare un forte consumo di alcool. Diverso è invece il problema dell'obesità, un aspetto difficilmente controllabile, anche alla luce dei dati che vedono oggi negli Stati Uniti un progressivo e continuo aumento del numero delle persone largamente sovrappeso; lo stesso studio indica che in USA le persone tra i 50 e i 60 anni per l'80% hanno fumato o sono obese. Peraltro non vi sono significative differenze di genere in età adulta rispetto al tasso di obesità.

Come si può constatare dalle righe precedenti, non si tratta di aspetti tra loro separati, perché nel tempo di vita una persona può aver contemporaneamente sperimentato un lavoro pesante, aver vissuto in un ambiente povero e inospitale, da solo e senza osservare le regole di uno stile di vita salubre. Il punto cruciale è capire come queste circostanze interagiscono con la struttura genetica della persona per produrre le risposte di salute, ma, in particolare, come è possibile intervenire anche in età avanzata per permettere una resilienza dell'individuo che così si sottrae – almeno parzialmente – a una storia negativa.

Vivere a lungo dipende in buona parte dalle nostre scelte personali. Quando qualche anno fa si era diffuso lo slogan “Invecchiare non è una malattia”, questo si fondava su considerazioni simili, cioè che la persona è più forte della sua struttura genetica. Certamente le malattie accompagnano la vita in età avanzata, ma non sono il necessario accompagnamento degli anni. Questa certezza, rinforzata dagli studi soprariportati, è importante per convincere anche i più scettici che si può sempre iniziare, anche in età molto avanzata, a cambiare stili di vita. Non è vero che “ormai è troppo tardi” nella vita di ciascuno: tutti devono esserne profondamente convinti. Si tratta di raggiungere un equilibrio tra il ricorso alla medicina, alle tecnologie diagnostiche, ai farmaci, spesso indispensabili per la nostra salute, e la libera, responsabile capacità del singolo di indirizzare la sua vita. Un equilibrio che richiede tempo per costruire convincimenti non sempre facili, da raggiungere con pazienza. L'educazione al ben vivere deve invitare con serenità e determinazione a trovare l'equilibrio necessario tra un rapporto acritico con la medicina (che spesso si trasforma nel tempo in scetticismo) e la fiducia nella propria personale capacità di guidare la vita (anche in questo campo è necessario equilibrio, perché non deve diventare una dipendenza da pratiche esoteriche, da prescrizioni cervelotiche, da personaggi strani).

Quindi **idee chiare e serenità** sono due caratteristiche irrinunciabili per vivere bene: idee chiare vuol dire conoscere le regole fondamentali per un comportamento corretto, serenità significa applicare le indicazioni senza angoscia, senza farne una forma di dipendenza!

Un'**attività fisica continua**, libera dalla pigrizia o dal senso di inutilità; avere interessi di ogni tipo, purché in grado di stimolare l'attività dell'encefalo (quindi non solo culturali o “matematici”, ma soprattutto frutto di relazioni, di conoscenze, di dinamiche anche forti); vivere in un ambiente che crea benessere (purtroppo una condizione che spesso non dipende dal singolo); una famiglia che “tiene” e costruisce un supporto sempre vigile; una rete amicale e di vicinato efficiente; la sicurezza nel luogo di vita; la tranquillità economica; la presenza di servizi adeguati, in grado di intervenire in modo rapido di fronte a una richiesta di aiuto più o meno esplicita;

la possibilità di fare qualche cosa di utile per sé e per gli altri, attraverso un lavoro volontario o remunerato. Sono condizioni che, tra loro variamente associate, permettono un invecchiamento in salute, che non è un'“arte”, ma la continua ricerca di normalità. Troppa retorica è stata costruita intorno a persone che vivono bene in età avanzata come se avessero scoperto qualche segreto nascosto. Ancor peggio è quando si insiste, per ragioni prevalentemente commerciali, sull'adozione di pratiche *antiaging*. Non è una vicenda di farmaci, di pozioni più o meno magiche, come peraltro ci ha insegnato la storia del ventesimo secolo, costellata da effimere scoperte per allungare la vita. “Si invecchia come si è vissuti”, in una condizione di normalità che varia ogni giorno in base agli stimoli ricevuti dalla vita stessa, cioè le relazioni interpersonali e l'interazione con l'ambiente fisico nelle sue più diverse espressioni. È un continuo impegno di adattamento, non facile e che richiede intelligenza, attenzione, curiosità; però, così è la vita, se si vuole evitare che diventi davvero un momento di perdita, di tristezza, di dolore. Il cambiamento deve costruirsi iniziando con la distruzione di alcuni vecchi miti, come quello della salute che andrebbe scemando in modo progressivo e catastrofico. Bisogna invece fondarsi su alcune certezze, dimostrate sia sul piano umano-esperienziale che su quello scientifico. Platone, Michelangelo, Goethe, ma anche molti nostri contemporanei, smentiscono che vi sia una perdita di creatività legata all'età. Verdi ha scritto l'Otello a 74 anni e il Falstaff a 80; così Andrea Camilleri conserva una strabiliante capacità creativa anche oltre i 90 anni. Oggi l'anziano si trova a dover esercitare la sua creatività in un mondo dominato da informazioni senza ordine, da mille stimoli dei quali spesso è impossibile riconoscere l'origine. Anche questa è una nuova sfida per i *baby boomer*: conservarsi capaci di creare nella propria vita spazi sempre nuovi, districandosi in un flusso continuo di stimoli, difficili da interpretare e ancor più da collocare in una logica che possa essere utilizzata per ben vivere. Nessuno è autorizzato a rinunciare a questo compito-dovere a causa dell'età.

2.1.3. *La vicenda dell'attività fisica e degli stimoli mentali*

Non vi è dubbio che l'**attività fisica** eserciti una funzione centrale nel mantenimento di una buona salute in età avanzata. Il dato è apparentemente indiscutibile; vi sono però una serie di indicazioni della letteratura secondo le quali nessuno studio controllato sarebbe stato in grado di confermare questa affermazione. È una discrepanza difficile da comprendere che invita ad analizzare criticamente gli studi scientifici, non per adottare un atteggiamento scettico a priori, ma per individuare metodi di studio e ricerca che diano più garanzie rispetto ad altri.

Il *British Medical Journal* del 22 giugno 2017 ha pubblicato un articolo secondo il quale non vi è un effetto protettivo dell'attività fisica rispetto al declino cognitivo e alla demenza dopo un'osservazione durata 28 anni, in una popolazione di oltre 10.000 persone. Il dato è rivoluzionario rispetto a quanto sostenuto da molti altri studi; andrà quindi analizzato con grande attenzione. Non vi è però dubbio che si apre una discussione rilevante, sia sul piano di una revisione metodologica degli studi fino a ora realizzati, sia su quello del valore clinico del dato, perché l'effetto protettivo dell'attività fisica è stato sempre ritenuto indiscutibile. È una situazione nella quale sia l'esperienza diretta degli operatori sanitari sia quella dei cittadini prevale sulle indicazioni degli studi controllati: peraltro è una questione delicata, perché affermare il principio della prevalenza dell'esperienza sulla scienza è estremamente pericoloso. È possibile sostenere che gli studi non siano stati in grado di cogliere la complessità del reale e quindi giustificarne la relativa inadeguatezza. Dobbiamo però essere molto attenti!

L'importanza delle **relazioni** per la costruzione del sé è stata valorizzata da molti studi; l'identità individuale è al centro di dinamiche complesse con l'ambiente, che diviene oggetto di intervento e soggetto di effetti per la costruzione dell'individuo stesso. Si tratta di dinamiche difficili, equilibri delicati che possono facilmente rompersi sia per la debolezza della persona (quand'anche non compaia una malattia come la depressione che limita la capacità di relazione o l'individuo non abbia adeguatamente caratterizzato la propria struttura personologica) sia per la "durezza" dell'ambiente, non sempre sufficientemente aperto al soggetto che cerca di costruire ponti attorno a sé.

Una considerazione particolare può essere fatta sulla città come luogo per abitare; uomini e donne devono poter vivere in un ambito accogliente, sicuro, con servizi adeguati e accessibili. Non è sempre così: allora bisogna intervenire non con la presunzione di cambiamenti rapidi e incisivi, ma con la continua proposizione di momenti che mettano al centro l'amicizia, la convivialità, il rapporto sereno! Puntare sulla cortesia e sul vicinato può trasformare la città da luogo alienante, anonimo, confuso, pericoloso, in uno dove è a poco a poco recuperabile la dignità della persona attraverso la ricchezza di rapporti cortesi.

Recentemente una rivista medica intitolava un articolo: "Gli anziani ricchi e sposati hanno telomeri più lunghi"; qualcuno potrebbe ritenere azzardato un collegamento così stretto tra la qualità della vita e un parametro biologico di riproduzione cellulare... Però è indubbia la correlazione tra un certo stile di vita e le sue ricadute biologiche; ancora una volta si crea un circolo virtuoso, per cui **l'interesse per la vita induce a una vita attiva** (ricca in termini di relazioni e di stimoli), la quale a sua volta produce **modificazioni della struttura biologica**, le quali a cascata stanno alla

base di una vita sempre più piena e significativa. Vi sono, per esempio, studi interessanti sul rapporto tra la curiosità, l'interesse e le modificazioni biologiche che avvengono nel cervello; in questo ambito si collocano anche gli studi sulla solitudine, che portano a risultati non sempre chiari, ma che permettono interessanti elaborazioni. Infatti se si considera la solitudine imposta, non desiderata, essa è causa di un appesantimento della vita e di un'ulteriore riduzione delle dinamiche di relazione. Ciò porta frequentemente a una condizione di salute deteriorata e a un accorciamento della vita stessa; numerosi studi hanno analizzato questa relazione che sembra mediata dall'aumento dei fattori che regolano l'infiammazione e gli ormoni dello stress. Diversa è, invece, la sorte di chi accetta la solitudine come evento della vita e si attrezza per gestire da solo il tempo e i relativi problemi che possono comparire: è mediamente caratterizzato da una migliore condizione di salute e da una sopravvivenza prolungata.

Questi eventi testimoniano direttamente come una stessa condizione apparente possa essere vissuta in modo diverso in base al coinvolgimento con le realtà esterne, e come la vita premi un atteggiamento invece di un altro. La scelta individuale conta di più dei fattori oggettivi: un fenomeno che ha valenze di rilievo in molte fasi della vita. Ciò vale anche per le differenze di genere, perché la donna ha modalità di relazione peculiari, che variano negli anni. Conosciamo bene, infatti, la capacità della donna anziana di vivere in equilibrio l'età avanzata anche da sola, ritrovando propri motivi di senso; è, però, necessario analizzare il fenomeno alla luce dei forti cambiamenti del costume che avverranno nei prossimi anni e che potrebbero modificare profondamente queste dinamiche.

Nella costruzione del futuro la **memoria** ha un ruolo centrale; infatti il presente e il futuro sono espressioni del passato, mediato da fattori genetici, psicologici, ambientali, relazionali. Senza il ricordo saremmo senza passato, senza memoria saremmo senza futuro. Memoria e ricordi costruiscono la profondità dell'io; cosa saremmo quindi se fosse preclusa la possibilità di ricordare? Lo smemorato è una persona? A questa domanda dai risvolti filosofici si potrebbe dare una risposta indiretta, affermando che il corpo è custode implicito del passato, anche se il cervello non esprime più la capacità di ricordare ciò che è avvenuto.

La memoria va difesa attraverso l'impegno della persona a costruire contenuti di interesse, che possano essere depositati nel cervello e poi recuperati nel tempo. In alcuni casi le malattie impediscono alla memoria di espletare il suo ruolo centrale; le diverse forme di demenza rappresentano un esempio particolarmente grave (lo studio delle funzioni cognitive e delle modalità per preservarle riveste quindi un'importanza straordinaria!).

La memoria ha un nemico: lo **stress**. La vita impone spesso ritmi esterni rispetto alle scelte individuali, che talvolta vengono accettati volentieri e

incorporati nelle consuetudini, mentre altre volte sono intrusioni che impongono modelli di comportamento pesanti e frustranti. Questa duplicità di effetto si riscontra in un numero elevato di persone, con conseguenze sulla possibilità di rievocare il passato con precisione e serenità. Talvolta lo sforzo di essere sempre adeguati – anche quando le condizioni oggettive di salute, di stanchezza, di disagio dovrebbero indurre a rallentare, ad assumere un atteggiamento critico rispetto a ritmi eteroimposti, ad accettare di vivere al minimo, senza però rinunciare alla costruzione dei propri ideali e dei propri obiettivi – rischia di bruciare ogni speranza e ogni futuro, perché il tempo è consumato nella corsa. Il punto discriminante tra lo stress che distrugge e quello che invece indica la strada per crescere, è proprio la capacità di costruire, anche quando comporta impegno, coraggio, fatica. È un ambito nel quale le differenze di genere hanno un grande spazio; sarà necessario approfondire gli studi che riguardano le capacità molto superiori della donna riguardo alla resilienza di fronte allo stress.

2.1.4. *La fatica del caregiving: una vicenda al femminile*

L'immagine “romantica” di una donna che si prende carico di un anziano bisognoso di assistenza e di cure sarà sempre più frequente nel prossimo futuro. Donne di tutte le età che sacrificano la propria vita per gli altri sono una realtà diffusa e dolorosa. Analizzando i fattori che predicono la longevità questo aspetto della vita familiare non può essere trascurato, anche per la sua ambiguità; il *caregiving*, infatti, da un lato dà senso alla vita e allena muscoli e cervello, dall'altra può essere fonte di uno **stress** eccessivo, che danneggia gli equilibri biologici. Però questa ambiguità non può assolutamente giustificare la situazione drammatica di centinaia di migliaia di famiglie. La società, che non è in grado di accompagnare la persona anziana attraverso l'articolazione delle sue reti di assistenza, non ha ancora compreso il dovere di aiutare chi si occupa di un anziano, lasciando alla famiglia (e quindi, di fatto, alla sua componente femminile), il carico di una cura che spesso dura “36 ore”. Perché la fatica e la sofferenza sono condizioni che si accompagnano frequentemente alla funzione di caregiver. Scrive Papa Francesco: “È relativamente facile servire per qualche giorno, ma è difficile accudire una persona per mesi o addirittura per anni, anche quando non è più in grado di ringraziare”. Il logoramento è sempre dietro l'angolo, nonostante la generosità delle scelte.

In questi anni è avvenuto uno progressivo **aumento dell'età dei caregiver**; il fenomeno tende peraltro a continuare, con le relative conseguenze, sia sulla salute sia sull'efficacia pratica del servizio prestato. La sofferenza della donna al servizio della famiglia fragile (e spesso dipendente da lei) può

durare molti anni; oggi la sopravvivenza media di una persona colpita da demenza è di 10 anni, un tempo senza fine per chi la deve assistere, che, seppure vissuto con amore, può diventare tragico.

Affrontando la problematica del *caregiving* femminile non si può dimenticare il ruolo delle cosiddette **badanti**, persone venute da lontano, abbandonando affetti e casa per sostenere la crisi delle famiglie italiane. Sappiamo delle loro sofferenze e delle loro fatiche, ma ancora non conosciamo le conseguenze di una vita consumata per gli altri rispetto al loro invecchiamento. Quanto peso avrà sulla futura salute di settantenni la nostalgia che le ha consumate, i sacrifici per sostenere economicamente la famiglia lontana, anche la fatica fisica di un'assistenza senza limiti di orario e di impiego? Ci possiamo augurare che il fenomeno rallenti nei prossimi anni, anche se non si vedono reali alternative nella nostra organizzazione sociale; abbiamo il dovere di pensare a come "le italiane" dell'Ucraina o della Moldavia consumeranno gli ultimi decenni della loro vita, una volta tornate in patria.

2.1.5. Più anni, ma anche anni migliori per la donna

Nelle pagine precedenti si è fatto riferimento al tempo come l'elemento centrale dell'**esperienza**, attorno al quale si costruiscono le scelte di ciascuno. Il tempo segna la vita e al suo interno si svolge la vita. Soprattutto è il luogo delle sconfitte, delle vittorie e della resilienza, la capacità umana di resistere alle crisi senza esserne schiacciata, ritrovando più o meno rapidamente l'equilibrio. Di conseguenza, le parole chiave che accompagnano la vita sono da una parte il **tempo**, dall'altra la **resilienza**, costruita attraverso la conoscenza mirata, l'esperienza critica, il difficile cambiamento di atteggiamenti e di stili.

Come nella fisica, anche nella vita umana, che è biologia e spirito in una commistione imperscrutabile, l'equilibrio perfetto non può mai essere raggiunto. Tutto si evolve attraverso errori, prove, successi, fallimenti. Dobbiamo esserne coscienti e accettare incertezze e alternanze; solo così costruiamo attorno a noi una rete di sostegno davvero forte, che permette di crescere in qualsiasi situazione e a qualsiasi età. Perché con gli anni si costruisce una vita e non una malattia, un mondo multiforme (anche quando presenta il volto del dolore e della sofferenza), e non solo di perdita.

A tutte le età la vita è un continuo riproporsi di eventi che divengono prodromi di altri, in una cascata che non è possibile interrompere. Oggi la scienza presenta nuove scoperte che potrebbero cambiare il futuro, la società adotta modelli di convivenza che si modificano sotto la pressione di nuovi costumi anche nel giro di pochi anni, l'esistenza umana nella sua

espressione biologica più concreta (la durata) continua a modificarsi. In questo mondo dove nulla è fermo, come si colloca chi non rifiuta il cambiamento, ma vuole inserirvi il criterio del rispetto della propria personale dignità e quello verso i più deboli?

Le grandi analisi demografiche ed epidemiologiche non devono indurre a ritenere di conoscere tutto l'universo; infatti la vita dell'individuo che invecchia è regolata dal processo umanissimo della differenziazione, che si accompagna al trascorrere del tempo e che rende unica ogni persona. Solo riuscendo a comprendere l'unità della condizione umana e la diversità degli esseri umani a tutte le età si superano gli stereotipi negativi che per tanto tempo hanno accompagnato la nostra cultura, per i quali il processo di invecchiamento indurrebbe un'omogeneizzazione dei comportamenti individuali, nel segno comune della perdita e del fallimento. Occorre guardare primariamente alla persona, collocata in uno scenario di fenomeni generali, al fine di comprenderne le reciproche interazioni. La persona in questa prospettiva tiene in mano la propria vita, con coraggio e determinazione.

La donna di oggi, che ha faticosamente conquistato libertà e dignità, deve trovare anche sul piano della salute le modalità più appropriate per invecchiare bene. Il controllo del fumo è già una conquista, seppure parziale, di questi anni, il bere non rappresenta più un problema rilevante come anni fa, in particolare per le donne costrette entro le mura domestiche, l'obesità viene combattuta in nome della dignità.

Il lavoro è via via sempre più rispettoso delle peculiarità di genere, la vita della donna nostra contemporanea progressivamente si arricchisce di interessi personali, culturali, sia all'interno che all'esterno della relazione di coppia.

Resta irrisolto il problema della solitudine, che è forse connotato all'esistenza umana; si cerca di sconfiggerla, ma troppo spesso vince ogni tentativo di allontanarla. Quindi, per la donna è possibile migliorare il proprio modo di invecchiare, riempiendo di salute gli anni in più di spettanza di vita rispetto all'uomo. La discrepanza tra anni in più che la donna oggi riesce a vivere e il carico di sofferenza e di malattia che accompagna questi anni è un fenomeno ambiguo, tutt'ora difficilmente comprensibile; però tenderà a ridursi con il progressivo miglioramento della salute femminile. Anzi, il processo evolutivo è già iniziato. Fenomeno, anche quest'ultimo, sul quale si sono costruite molte ipotesi: il progresso avvicina uomo e donna per molti aspetti dell'esistenza e, quindi, anche fenomeni macroscopici, come le differenze nella durata della vita e la sua qualità in vecchiaia, tendono a scomparire. Lo studioso non può commentare, ma solo esprimere stupore davanti a fenomeni che la scienza non ha previsto, in grado di segnare nel profondo, nel bene o nel male, la nostra vita.

2.2. Prevenzione della violenza sulla donna anziana

di Grazia Maria Corbi*, Carlo Pietro Campobasso**,
Ignazio Grattagliano***, Nicola Ferrara****

2.2.1. Problema demografico

Attualmente le persone anziane sono più attive, indipendenti e hanno maggiore possibilità di godere di buona salute e di una maggiore sopravvivenza rispetto al passato.

La costante crescita della popolazione è stata oggetto di osservazione anche da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha riportato come il numero delle persone di età superiore ai 65 anni triplicherà passando dai 524 milioni del 2010 a 1.5 miliardi del 2050. Già oggi la popolazione di molti Paesi europei gode di un'aspettativa di vita tra le più elevate al mondo, superando in molti paesi, compresa l'Italia, gli 80 anni per le donne e i 75 per gli uomini (Walker *et al.*, 2012).

I dati Eurostat del 2017 indicano che all'inizio del 2017 la popolazione europea era stimata intorno a 551.8 milioni di persone, circa 1.5 milioni in più dell'anno precedente, con la più rapida espansione della popolazione registrata in Lussemburgo con un incremento del 19.8 per 1000 persone. Per quanto riguarda la popolazione anziana, l'Italia (22.0%), la Grecia (21.3%) e la Germania (21.1%) mostrano le percentuali maggiori di ultrasessantacinquenni, e questo ha coinvolto in maggior misura il sesso femminile, accentuando quello che già da decenni risulta essere una femminilizzazione della popolazione anziana (Wan *et al.*, 2016). Inoltre, si prevede che il numero totale degli abitanti debba superare i 9.600 miliardi entro il 2060, con un incremento del 39.4% rispetto al 2010 e che nei prossimi cinquant'anni in Italia aumenterà l'indice di dipendenza per vecchiaia, ossia il rapporto tra popolazione residente in età non attiva (65 anni e oltre) e popolazione in età lavorativa (da 15 a 64 anni). Tale indice, che in Europa al gennaio 2016 mostrava un rapporto di 4:1 tra persone in età lavorativa e soggetti anziani, soprattutto in Italia mostrava il suo valore maggiore con il 33.1%, con conseguente onere crescente di spese sociali (pensioni, sanità, assistenza istituzionale) relative all'invecchiamento della popolazione (Istat, 2017). Infatti, in Italia al 1° gennaio 2016 vi erano già 161,4 anziani ogni 100 giovani (Istat, 2017).

* Dipartimento Medicina e Scienze della Salute, Università del Molise.

** Dipartimento Medicina Sperimentale, Università della Campania Luigi Vanvitelli.

*** Dipartimento Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università di Bari Aldo Moro.

**** Dipartimento Scienze Mediche Traslazionali, Università di Napoli Federico II.

Questa rivoluzione demografica è e sarà responsabile di cambiamenti profondi e della necessità di nuove strategie, sia a livello assistenziale sia sociale. Anche per queste ragioni, l'abuso degli anziani rappresenta un problema sociale di rilievo mondiale. Infatti, dal 2006 l'OMS celebra il 15 giugno la Giornata mondiale dell'anziano vittima di abusi, al fine di accrescere la sensibilità di tutti nei confronti di un tema ancora troppo poco conosciuto da parte anche degli stessi operatori sanitari.

Il progressivo invecchiamento determina, e ancor più determinerà, un aumento del fabbisogno di prestazioni sanitarie e spese da parte dello stato e delle famiglie. È anche importante ricordare, che il tipo di invecchiamento dipende da molti fattori come fattori ambientali, abitudine al fumo e l'abuso di alcool, nonché l'eccessivo uso di farmaci, così come i fattori genetici, lo stress o la presenza di patologie congenite oppure acquisite influiscono sul processo d'invecchiamento (Corbi *et al.*, 2012). Non a caso il Piano Strategico e d'azione per l'Invecchiamento sano in Europa 2012-2020, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha rielaborato un insieme di interventi indirizzati ai tanti aspetti che riguardano l'invecchiamento. Di particolare importanza è la sezione finale che prevede interventi di supporto che collegano l'invecchiamento sano al contesto sociale generale: prevenzione dell'isolamento e dell'esclusione sociale; prevenzione dei maltrattamenti; strategie per assicurare la qualità dell'assistenza alle persone anziane (Ministero della Salute, 2012).

2.2.2. Definizione e tipi di abuso

Il problema dei maltrattamenti degli anziani, un fenomeno assai più diffuso di quanto lasciano intendere i pochi dati disponibili, è oggetto di un rapporto del 2014 presentato dall'OMS.

L'abuso dell'anziano rientra pienamente tra le violazioni dei diritti umani in quanto causa di dolore, malattia, invalidità e isolamento.

Secondo la **definizione dell'OMS** si intende per abuso sull'anziano *“un atto singolo o ripetuto, o la mancanza di un'azione appropriata, che avviene nell'ambito di un qualsiasi rapporto in cui vi sia un'aspettativa fiduciaria, che provoca danni o disturbi a una persona anziana”* (WHO, 2016). In effetti con tale termine si includono diverse forme quale l'abuso fisico, l'abuso sessuale, l'abuso psicologico, l'abuso finanziario, l'abbandono o *neglect* (WHO, 2015). Tale definizione, quindi, sottolinea come anche la mancanza di un'azione possa definire una forma di abuso, in particolare modo facendo riferimento al ***neglect***. Infatti, tra tutte le forme di abuso quella dell'abbandono, dell'incuria (*neglect*), che rappresenta la più frequente, si identifica nella privazione o sottrazione di beni alimentari, vestiario,

medicines o altre utenze nonché nell'evitare di soddisfare i bisogni fondamentali delle persone anziane o nell'impedire che queste abbiano qualche forma di autonomia.

Spesso i responsabili degli episodi di violenza contro gli anziani sono gli stessi familiari o, se gli episodi avvengono in istituti o in altre strutture, gli stessi operatori sanitari (WHO, 2015). Secondo i dati OMS, il 90% degli abusi avviene infatti in ambito familiare, ma anche in strutture sanitarie risulta essere un fenomeno frequente: il 36% dello staff sanitario confessa di esser stato testimone di un abuso fisico, il 10% di averlo commesso e il 40% di essere stato responsabile di abusi psicologici (WHO, 2014).

Il maltrattamento si ripercuote sul benessere fisico e psicologico degli anziani e può determinare un importante problema di sanità pubblica. Dai dati a disposizione relativi agli anziani in Europa, l'OMS rileva che nel 2010 circa 4 milioni di ultrasessantenni hanno subito maltrattamenti fisici, 1 milione forme di abuso sessuale, 6 milioni abusi finanziari e ben 29 milioni hanno subito violenze psicologiche, ma tali statistiche possono non rispecchiare la reale situazione del problema. Spesso l'attenzione a tale fenomeno viene rivolta solo quando avvengono fenomeni di cronaca di malasanità, divulgati attraverso i mezzi di comunicazione che fanno emergere solo parte del problema e inducono a considerazioni e conclusioni talvolta sbagliate sull'attività degli operatori sanitari e sulla natura del fenomeno.

2.2.3. *Fattori di rischio*

Nel determinismo di tale fenomeno vi sono fattori di rischio biologici, culturali, sociali, ambientali ed economici predisponenti, ma lo stesso fenomeno può essere prevenuto con misure protettive efficaci. La dimensione del problema è stata percepita solo negli ultimi decenni e mancano studi e analisi approfondite che registrino la situazione (WHO, 2011).

Tutti i tipi di violenza sono fortemente associati a **determinanti sociali** quali una *governance* debole, un marginale ruolo nelle norme di regolamentazione giuridica, disoccupazione, disuguaglianza di genere e di reddito, rapido cambiamento sociale e limitate opportunità educative.

I fattori di rischio incrociati come la facilità di accesso alle armi da fuoco e ad altre armi e l'uso eccessivo di alcool sono fortemente associati ad aumento del rischio di abuso (WHO, 2014).

Purtroppo, dato il progressivo aumento della popolazione anziana, tale fenomeno è destinato a crescere. Attualmente in Italia la popolazione anziana è soprattutto caratterizzata da una maggiore prevalenza di soggetti di sesso femminile, disabili, con scarso reddito e supporto sociale, tutte caratteristiche che identificano in egual modo le vittime di abuso.

Attualmente le **donne anziane**, che in Italia sono oltre 7 milioni e costituiscono il segmento più vulnerabile della popolazione, sono doppiamente **fragili per età e per genere** e gli abusi nei loro confronti sono in costante e preoccupante crescita, ma restano un fenomeno sottostimato e poco conosciuto.

Il problema purtroppo passa ancora troppo sotto silenzio, con l'aggravante della mancanza di un quadro preciso del fenomeno nel nostro Paese. Infatti, a oggi non esistono statistiche nazionali sulla violenza contro le donne anziane, ma, secondo i dati OMS per cui 1 anziano su 6 è stato vittima di abuso (WHO, 2014), è possibile stimare che di questi 4 milioni, ben 2.5 siano donne. Oltre 600.000 subiscono truffe finanziarie, 25.000 delle 210.000 anziane che vivono in strutture sanitarie sono vittime di violenze verbali e fisiche, ma parte dei maltrattamenti avviene soprattutto fra le mura domestiche a opera di badanti, vicini di casa, parenti e operatori sanitari; in due terzi dei casi i responsabili sono addirittura membri della famiglia, come il coniuge, i figli e i nipoti. Purtroppo, non mancano neppure i casi di omicidio a danno delle donne over65, ben 150 ogni anno.

Essere donna aumenta enormemente la vulnerabilità a episodi di violenza: il 65% degli anziani vittime di abusi è infatti una donna e spesso si tratta di persone con più di 75 anni. Le donne, del resto, sono le più esposte per molteplici fattori di debolezza e povertà che riguardano l'abitazione, il reddito, la riduzione delle cure che vengono loro dedicate ed è in questo quadro che si verifica un abuso quasi sempre nascosto. Le anziane, infatti, vivono con redditi spesso modesti, restano più frequentemente vedove e sole, inoltre hanno più difficoltà nel difendersi e chiedere aiuto e sono meno consapevoli dei loro diritti e, qualora li conoscano, meno inclini a rivendicarli. Non è un caso che le donne più difficilmente accedono alle cure, ancor più in età avanzata, sebbene il 3% delle donne e il 2% degli uomini da 65 a 69 anni richiedano un'assistenza quotidiana, con un aumento al 25% nelle donne sopra gli 80 anni (Istat, 2017).

2.2.4. Fenomeno sommerso

Il fenomeno è diffuso e coinvolge tutto il mondo e, come negli altri Paesi, anche in Italia, la violenza contro gli anziani si presenta come una realtà sfuggente e in larga misura occulta, un tipico fenomeno 'iceberg' sempre più diffuso e in continua espansione, tanto che secondo alcune analisi l'incremento dei casi è pari al 150% in dieci anni.

Diverse le ragioni che portano alla non segnalazione degli eventi: il timore di essere spostato o allontanato dal proprio ambiente familiare, che nelle donne in particolar modo rappresenta l'allontanamento dal proprio

mondo di una vita; il giustificare le condotte crudeli, ritenute dalla stessa vittima come meritate; l'impossibilità materiale delle donne anziane di denunciare tali episodi per disabilità e/o isolamento; la tendenza degli operatori a considerare poco attendibili le segnalazioni spunte (WHO, 2014). Oltre il 60% degli operatori sanitari, infatti, dichiara di non aver mai chiesto ai propri pazienti anziani se fossero mai stati vittima di un abuso, dimostrando così scarsa conoscenza delle problematiche cliniche correlate a tali episodi e la necessità dunque di una maggiore formazione diretta al riconoscimento di indicatori, fisici e non, di abuso.

Allo stesso modo, scarso è l'interesse della letteratura riguardo il fenomeno (Corbi *et al.*, 2015) e i dati OMS 2015 sottolineano come in Europa poche siano le campagne dedicate. In Italia, in particolare, non sono state implementate campagne di sensibilizzazione, né studi di prevalenza, così come, seppure presenti, poco attuate sono le leggi che fanno specifico riferimento all'abuso sugli anziani (WHO, 2015). Purtroppo, da parte degli operatori sanitari vi è anche molto scetticismo e sfiducia sulle reali possibilità di impedire il reiterarsi di ulteriori condotte abusanti ma soprattutto prevale il timore e/o l'incapacità di distinguere segni fisici e/o di natura sessuale patognomonici per una violenza. In realtà determinare la ricorrenza di un abuso o violenza è una questione di ordine legale mentre scopo primario del sanitario deve essere tutelare la salute del proprio paziente e rispondere quindi alle sue prioritarie esigenze cliniche e psicologiche.

2.2.5. La prevenzione

L'abuso degli anziani mostra diversi aspetti di unicità rispetto alle altre forme di violenza e, come tale, richiede una particolare attenzione e considerazione, così anche l'attuazione di forme di prevenzione specifiche e mirate.

La prevenzione deve passare innanzitutto da una riscoperta del valore dell'anziano. È importante che la lotta alla violenza sia una realtà di ogni giorno e un impegno per ogni cittadino, ma servono anche **iniziative specifiche**. In particolare l'*Institute of Medicine* e il *NRC-National Research Council* (2014) sistematizzano la necessità di:

- sensibilizzare e formare gli operatori sanitari al riconoscimento dell'abuso;
- considerare l'invecchiamento nella società senza le lenti dell'ageismo, facendo valere i diritti umani, le attitudini culturali e sociali su più larga scala, favorendo gli scambi;
- agire sul contesto geografico e di informazione, mappando i casi di violenza;

- sviluppare potenziali biomarcatori di screening;
- incentivare il ruolo delle scienze forensi;
- monitorare gli anziani anche attraverso la telemedicina.

In letteratura vi sono diverse proposte di **strumenti di screening** per il riconoscimento dell'abuso e della tendenza degli operatori a essere potenziali abusanti. Ciò nonostante, ognuno di questi non si è dimostrato pienamente efficace poiché validato solo in setting molto ristretti e spesso di emergenza (Jones *et al.*, 1988), ma soprattutto è necessaria la revisione di geriatri o di medici formati sull'argomento (American Medical Association, 1992; Bomba, 2006).

Ayalon *et al.* (2016), in una recente revisione sistematica e metanalisi di 24 studi, hanno classificato in tre categorie gli interventi promossi per la prevenzione dell'abuso, evidenziando come la maggior parte di essi (79%) fossero volti ai *caregiver* che maltrattavano gli anziani. In particolare, l'effetto aggregato di trial randomizzati controllati e di trial randomizzati in cluster mirati al ridurre l'uso della contenzione, ha dato esiti significativi, sostenendo l'efficacia di questi interventi. Gli autori suggeriscono che tali interventi debbano essere particolarmente attuati là dove vi siano condizioni di *long-care*, altresì sottolineando come non vi siano al momento prove di efficacia di strategie volte a: 1. ridurre il *neglect*; 2. sensibilizzare il pubblico; 3. sensibilizzare gli anziani sottoposti a maltrattamenti; 4. sensibilizzare i professionisti responsabili di prevenire il maltrattamento; 5. sensibilizzare i familiari abusanti; 6. sensibilizzare i *caregiver* abusanti.

Altri autori hanno evidenziato che solo uno studio sulle strategie per i parenti (START) ha portato a una riduzione degli abusi sugli anziani, sottolineando che, data la scarsità di interventi basati sulla comunità per anziani e per i *caregiver*, vi è la necessità di ulteriori lavori per elevare la qualità degli studi (Fearing *et al.*, 2017).

Negli ultimi anni diversi metodi sono stati utilizzati per ridurre tale fenomeno in diversi setting e popolazioni, in particolare Ejaz *et al.* hanno messo a punto un corso di formazione online, coinvolgente la popolazione medica di Medicare e Medicaid, per insegnare ai *caregiver* a identificare, segnalare e prevenire gli abusi (2017). Di 453 iscritti, 273 hanno completato almeno un modulo e 212 hanno completato tutti e tre. Sono stati evidenziati miglioramenti post-formazione nei moduli che coprivano la conoscenza e la segnalazione di abuso, ma non nel modulo sui principi di comunicazione e di screening degli abusi.

Conrad *et al.* (2017) hanno, invece, progettato un sistema di supporto decisionale per l'abuso sugli anziani per migliorare i metodi di valutazione e di verifica del maltrattamento nell'anziano, utilizzando un sistema basato su web con misure di valutazione standardizzate. Allo studio hanno partecipato 6 agenzie dell'Illinois. L'utilizzo di tale sistema ha permesso

di evidenziare in misura significativamente maggiore l'abuso rispetto alle procedure standard.

In Canada, invece, si è ritenuto necessario creare una figura professionale di infermiere forense per l'abuso sull'anziano che acquisisca nel proprio corso di formazione *skill* specifici per il riconoscimento, la gestione e la prevenzione di tale fenomeno (Du Mont *et al.*, 2016).

Allo stato attuale in Italia l'utilizzo delle videocamere nelle case di cura risulta ancora proibito perché intaccherebbe il diritto di privacy dei pazienti e degli operatori. Tuttavia è in discussione al Senato una proposta di legge, passata alla Camera in ottobre del 2016, che consentirebbe l'utilizzo di tali strumenti sia negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia, che nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e per persone con disabilità, a carattere residenziale, semi-residenziale o diurno, al fine di disincentivare gli atti di abuso contro minori e anziani. Secondo il Decreto l'installazione avverrebbe previo accordo collettivo e con adeguata segnalazione a tutti i soggetti che accedono nella zona videosorvegliata. È comunque vietato l'utilizzo di webcam.

Bibliografia

Cap. 2.1

Althoff T. *et al.*, "Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality", *Nature*, 2017, 547: 336-339.

Bianchetti A., Rozzini R., Trabucchi M., *Invecchiare non è una malattia*, Giunti, 2017.

Farina M., "Il valore della persona umana e l'umanizzazione delle cure", *Psicogeriatría*, 2016, 1: 30-33.

Grisoni F., *Alzheimer d'amore. Poesie e meditazioni su una malattia*, Interlinea, 2017.

Kontis V. *et al.*, "Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble", *Lancet*, published on line, February 21, 2017.

Melloni A.M., Trabucchi M. (a cura di), *L'anziano attivo*, 6° Rapporto sulla vita nelle età avanzate, Maggioli Editore, 2016.

Rozzini R., Bianchetti A., Trabucchi M. (a cura di), *Medicina della fragilità*, Vita e Pensiero, 2014.

Smith A.M., Floerke V.A., Thomas A.K., "Retrieval practice protects memory against acute stress", *Science*, 2016, 354: 1046-1048.

Stringhini S. *et al.*, "Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women", *Lancet*, published on line, January 31, 2017.

Trabucchi M., *I volti dell'invecchiare*, San Paolo, 2016.

Trabucchi M., *I segreti di una vita sana e lunga*, Il Mulino, 2014.

Yung-Chieh Y., For-Wey L., “Older adults with higher income or marriage have longer telomeres”, *Age Ageing*, 2013, 42: 234-239.

Cap. 2.2

- American Medical Association, “Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence”, *Arch Fam Med.*, 1992, 1(1): 39-47. [No authors listed].
- Ayalon L., Lev S., Green O., Nevo U., “A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment”, *Age Ageing*, 2016, 45(2): 216-27. doi: 10.1093/ageing/afv193
- Bomba P.A., “Use of a single page elder abuse assessment and management tool: a practical clinician’s approach to identifying elder mistreatment”, *J Gerontol Soc Work*, 2006, 46(3-4): 103-22.
- Conrad K.J., Iris M., Liu P.J., “Elder Abuse Decision Support System: Field test outcomes, abuse measure validation, and lessons learned”, *J Elder Abuse Negl*, 2017, 29(2-3): 134-156. doi: 10.1080/08946566.2017.1314843
- Corbi G., Grattagliano I., Catanesi R., Ferrara N., Yorston G., Campobasso C.P., “Elderly residents at risk for being victims or offenders”, *J Am Med Dir Assoc*, 2012 Sep, 13(7): 657-9. doi: 10.1016/j.jamda.2012.05.012
- Corbi G., Grattagliano I., Ivshina E., Ferrara N., Solimeno Cipriano A., Campobasso C.P., “Elderly abuse: risk factors and nursing role”, *Intern Emerg Med*, 2015, 10(3): 297-303. doi: 10.1007/s11739-014-1126-z
- Du Mont J., Kosa D., Macdonald S., Elliot S., Yaffe M., “Development of skills-based competencies for forensic nurse examiners providing elder abuse care”, *BMJ Open*, 2016, 6(2): e009690. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009690
- Eurostat-Population structure and aging, in *Eurostat Statistic Explained*. Eurostat yearbook 2017, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing (visualizzato il 7 luglio 2017).
- Ejaz F.K., Rose M., Anetzberger G., “Development and implementation of online training modules on abuse, neglect, and exploitation”, *J Elder Abuse Negl*, 2017, 29(2-3): 73-101. doi: 10.1080/08946566.2017.1307153
- Fearing G., Sheppard C.L., McDonald L., Beaulieu M., Hitzig S.L., “A systematic review on community-based interventions for elder abuse and neglect”, *J Elder Abuse Negl*, 2017, 29(2-3): 102-133. doi: 10.1080/08946566.2017.1308286
- He W., Goodkind D., Kowal P., U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/16-1, *An Aging World: 2015*, U.S. Government Publishing Office, Washington, DC, 2016.
- IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council), *Elder abuse and its prevention: Workshop summary*, The National Academies Press, Washington, DC, 2014.
- Istat, *Noi Italia 2017*, Istat, Roma, <http://noi-italia.istat.it> (visualizzato il 15 luglio 2017).
- Jones J., Dougherty J., Schelble D., Cunningham W., “Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse”, *Ann Emerg Med*, 1988, 17(10): 1006-15.
- Ministero della Salute, *Strategia e piano d’azione per l’invecchiamento sano in Europa*, 2012, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1847_allegato.pdf (visualizzato 20 luglio 2017).

Walker A., Maltby T., "Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union", *Int J Soc Welfare*, 2012, 21: S117-S130. doi: 10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x

WHO, *European Report on preventing elder maltreatment*, Copenhagen, 2011.

WHO, *Global status report on violence prevention 2014*, World Health Organization, Geneva, 2014.

WHO, *World report on ageing and health 2015*, World Health Organization, Geneva, 2015.

WHO, *Elder abuse*, World Health Organization, Geneva, 2016 (Fact Sheet No. 357).

www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf (visualizzato 18 luglio 2017).

3. Il cervello sociale degli anziani

3.1 Aspetti neurobiologici

di *Maria Cristina Mostallino**, *Giovanni Biggio***

L'**invecchiamento cerebrale** coinvolge numerosi processi biologici ed è associato a un progressivo declino delle funzioni cognitive, sensoriali e motorie. Infatti, le più importanti funzioni cerebrali, quali capacità cognitive, emozioni, ritmi circadiani e funzioni autonome si riducono inesorabilmente con l'età attraverso un elevato grado di variabilità individuale, modulato da diversi fattori ambientali.

L'invecchiamento del cervello non è una patologia, ma un normale **processo fisiologico** che si manifesta senza apparente presenza di patologia. L'inevitabile riduzione soprattutto delle funzioni cognitive e della abilità fisica spesso si traducono in una significativa alterazione della qualità della vita sociale. Infatti, con l'avanzare degli anni, il rischio che si manifestino disturbi a livello cognitivo e motorio aumenta progressivamente, quale conseguenza dell'invecchiamento fisiologico delle connessioni sinaptiche, che in età avanzata si riducono in maniera più o meno consistente nei vari individui senza che siano presenti indici biologici di demenza. Questo fenomeno fisiologico rende il cervello del soggetto vecchio molto più vulnerabile sia alla patologia ansiosa/depressiva che a quella degenerativa, rispetto a quello di un soggetto giovane.

Un interessante studio epidemiologico americano ha di recente dimostrato che il 22% (~ 6 milioni) di persone con età superiore a 71 anni presentano decadimento cognitivo, pur senza raggiungere la condizione di demenza

* Istituto di Neuroscienze, CNR, Cagliari.

** Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli studi di Cagliari.

(Mora e Phil., 2013). Questo studio ha anche evidenziato che una elevata percentuale di persone di età superiore ai 70 anni, pur essendo cognitivamente in buone condizioni, presentava chiari sintomi di disturbi depressivi e/o disturbi d'ansia, condizioni patologiche capaci di incidere in modo significativo sulla qualità della vita. Uno tra i fattori più importanti che contribuiscono a ridurre sia le capacità cognitive che la performance fisica è il deterioramento del ritmo sonno/veglia conseguente il raggiungimento di una età avanzata. Infatti, i disturbi del sonno sono considerati una delle più importanti cause nel determinare un precoce invecchiamento cerebrale.

Sulla base di tutte queste considerazioni diventa cruciale capire i fattori che rallentano l'invecchiamento cerebrale, al fine di suggerire i più appropriati stili di vita per promuovere un sano invecchiamento del cervello.

Numerose recenti ricerche sia precliniche che cliniche suggeriscono, in modo assolutamente consolidato, che vi sia una stretta relazione funzionale tra l'ambiente nel quale viviamo, e quindi i nostri stili di vita, e la capacità di adattamento cerebrale (plasticità neuronale). Questi studi dimostrano in modo inequivocabile che le proprietà plastiche dei neuroni rappresentano forse la più importante caratteristica di queste cellule di adattarsi e garantire le più performanti funzioni.

Di seguito saranno quindi descritte le più importanti modificazioni cerebrali presenti nel cervello del vecchio, evidenziando come l'arricchimento ambientale e un adeguato stile di vita possano significativamente rallentare o revertire questi processi.

3.1.1. Modificazioni plastiche nel cervello del vecchio

Durante l'invecchiamento si modifica sia la funzione che la struttura del cervello. L'interazione degli individui con l'**ambiente** dove vivono svolge un ruolo cruciale nel modulare queste modificazioni.

Le **modificazioni plastiche** del cervello durante l'invecchiamento non sono omogenee in tutto l'encefalo, ma sono specifiche di **particolari aree cerebrali**. Infatti, durante questa condizione si verificano peculiari mutamenti a livello delle sinapsi e, più in dettaglio, a livello dei dendriti e delle spine dendritiche di determinate aree cerebrali.

Le alterazioni morfologiche più rilevanti avvengono, infatti, in aree cerebrali associate all'apprendimento, alla memoria, alle funzioni esecutive e decisionali, cioè alle più importanti funzioni cognitive. Infatti, specifiche aree della corteccia prefrontale e dell'ippocampo manifestano una riduzione di volume associata a una riduzione dell'arborizzazione dendritica e della densità sinaptica conseguente alla perdita sia di spine dendritiche che degli stessi neuroni. Associate a queste modificazioni della plasticità neu-

ronale, vi sono altrettante **riduzioni funzionali della neurotrasmissione** associate a livello ippocampale al decadimento delle funzioni cognitive.

Un'altra importante modificazione strettamente correlata alla riduzione di plasticità neuronale presente nel cervello vecchio è quella relativa ai fattori trofici. Il BDNF, il NGF, il GDNF e altre neurotrofine svolgono un ruolo cruciale nel modulare le proprietà trofiche dei neuroni e quindi le loro capacità di adattamento in tempi brevi e/o lunghi agli *input* ambientali. Infatti, la **riduzione dell'espressione dei fattori trofici nel cervello** dell'anziano è spesso associata a ridotto trofismo neuronale, che si traduce in deficit funzionali, soprattutto a livello della corteccia prefrontale e dell'ippocampo. Durante l'invecchiamento, la progressiva riduzione del contenuto di fattori trofici cerebrali è la conseguenza della ridotta capacità di espressione di specifici geni che regolano sia il trofismo neuronale sia la capacità di proliferazione, sviluppo e sopravvivenza dei neuroni, tutti fenomeni associati a un incremento della vulnerabilità per le patologie della sfera emozionale e per gli stessi processi degenerativi.

Studi di risonanza magnetica post-mortem e in vivo sui cervelli di anziani sani hanno mostrato una riduzione del volume di molte aree cerebrali, soprattutto di quelle legate alle funzioni cognitive (Eyler *et al.*, 2011; van Veluw *et al.*, 2013). Le modificazioni nel volume delle aree cerebrali più evidenti sono state osservate nella sostanza bianca della corteccia prefrontale, nella corteccia somatosensoriale e, in misura ridotta, anche nella corteccia motoria (Malykhin *et al.*, 2011).

Studi più recenti di neuroimaging funzionale, effettuati su pazienti con lieve disabilità cognitiva hanno anche evidenziato una riduzione dell'attivazione della corteccia del cingolo posteriore, dell'ippocampo e delle aree frontali inferiori e medie bilaterali. Al contrario, è stato osservato un aumento di attività nella corteccia mediale temporale e mediale prefrontale, probabilmente dovuto a un meccanismo compensatorio (De Vogelaere *et al.*, 2012).

L'atrofia delle aree frontali e dell'ippocampo correlate all'età è spesso associata a una riduzione sia del numero che della lunghezza dei dendriti, nonché alla riduzione della proliferazione e sopravvivenza cellulare (neurogenesi).

3.1.2. *La neurogenesi nel cervello del vecchio*

La neurogenesi, la capacità del cervello di **produrre nuovi neuroni**, è un fenomeno che permane per tutta la vita e si riduce progressivamente man mano che si invecchia. In alcune aree del cervello sono presenti delle cellule staminali pluripotenti con la capacità di autorinnovarsi e differen-

ziarsi in neuroni nei mammiferi adulti, nei primati e nell'uomo (Maslov *et al.*, 2004; Curtis *et al.*, 2007).

La neurogenesi rappresenta un fattore chiave del cervello adulto nella **risposta agli stimoli ambientali** (Ge *et al.*, 2006). Gli stimoli che comportano un aumento dell'attività neuronale, sollecitano sia la neurogenesi che la sopravvivenza di nuovi neuroni nell'ippocampo (Leuner *et al.*, 2004). Gli stimoli ambientali positivi a partire dall'infanzia fino alla vita adulta, il livello di istruzione, la vita sociale, l'attività fisica, l'ambiente arricchito favoriscono la neurogenesi e lo sviluppo neuronale contribuendo a formare una ricca **“riserva cognitiva”** (Brown *et al.*, 2003).

L'integrazione funzionale di nuovi neuroni nelle reti neurali esistenti favorisce la codifica e l'immagazzinamento di alcuni tipi di memorie (Lee *et al.*, 2012; Mongiat e Schinder, 2011; Mu e Gage, 2011). La neurogenesi, fenomeno presente per tutta la vita, si riduce con l'avanzare dell'età (Kempermann, 2011; Demars *et al.*, 2010), così come la percentuale delle cellule staminali che sopravvivono differenziandosi in neuroni (Tang *et al.*, 2007). Questo declino della neurogenesi può essere dovuto a diversi fattori, per esempio, a una ridotta reattività delle cellule staminali agli stimoli ambientali, a una riduzione o scomparsa degli stimoli ambientali positivi o all'aumento di alcuni fattori inibitori (Galvan e Jin, 2007).

I suddetti meccanismi rappresentano i più importanti eventi neurobiologici associati sia allo sviluppo del cervello che al suo invecchiamento e sono strettamente modulati dalle condizioni di arricchimento o impoverimento ambientale, suggerendo che la neuroplasticità è una proprietà intrinseca del cervello, che dura per tutta la vita, ma che si riduce con l'età.

3.1.3. Il concetto di “riserva cognitiva”

Contrariamente all'ipotesi che i cambiamenti nelle reti cerebrali sono possibili solo durante lo sviluppo, la ricerca più recente ha suggerito l'idea del cervello plastico per sempre. Infatti, le nuove esperienze, gli *input* ambientali e l'apprendimento, sono dei **modulatori positivi** della funzione cerebrale e delle connessioni neurali a tutte le età.

Risultati ottenuti dagli esperimenti condotti sugli animali e sull'uomo in cui è stato osservato un aumento della sostanza bianca e grigia nel cervello di adulti in seguito a esercizi fisici aerobici e di apprendimento, hanno introdotto il concetto di “riserva cognitiva”, ovvero la **capacità del cervello di rafforzarsi** in determinate aree e quindi fornire una soglia maggiore (un maggior fattore protettivo) contro i danni dovuti all'età, in pratica il cervello può antagonizzare meglio i cambiamenti neurali legati all'invecchiamento (Bartres-Faz e Arenaza-Urquijo, 2011; Mortimer J.A., 2009;

Stern Y., 2009; Stranahan e Mattson, 2012; Stern Y., 2012). Il concetto di riserva cognitiva spiegherebbe il perché gli individui che durante la loro vita hanno fatto attività fisica associata a un livello culturale più o meno elevato e/o hanno avuto una vita sociale e ricreativa molto intensa, presentano un declino cognitivo più lento durante l'invecchiamento, sono più o meno resilienti e hanno un minor rischio di sviluppare il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza (Meng e D'Arcy, 2012; Belleville *et al.*, 2011; Greenwood e Parasuram, 2010; Roe *et al.*, 2007).

Pertanto, il processo di invecchiamento che comporta la perdita di sinapsi e neuroni può essere molto più dannoso per coloro che hanno una scarsa "riserva cognitiva" rispetto a quelli che l'hanno più elevata (Arnold *et al.*, 2013).

La riserva cognitiva dovrebbe indurre una maggiore resilienza ai danni neuropatologici e potrebbe essere definita come la capacità di ottimizzare o massimizzare le prestazioni attraverso il reclutamento di nuove reti cerebrali e/o strategie cognitive alternative.

Studi di neuroimaging strutturali e funzionali hanno evidenziato, nel cervello dell'anziano, selettive modificazioni che riflettono un declino neuronale. È stata infatti osservata una rimodulazione compensativa neuronale che potrebbe essere favorita dalla "riserva cognitiva", correlata a una migliore performance cognitiva e comportamentale (Steffener e Stern, 2012; Goh e Park, 2009; Sole-Padullés *et al.*, 2009). La riserva cognitiva consente quindi di aumentare la **performance neuronale** e la **capacità di compensazione** attraverso il reclutamento di reti neurali addizionali (Tucker e Stern, 2011).

3.1.4. *Senescenza neuronale e lunghezza dei telomeri*

La senescenza cellulare è legata alla capacità replicativa delle cellule, la quale è strettamente associata all'allungamento dei telomeri. I telomeri sono complessi protettivi del DNA situati alle estremità dei cromosomi eucariotici, in cui si lega la DNA polimerasi per replicare completamente le estremità delle molecole del DNA (Allsopp *et al.*, 1995; Olovnikov, 1996).

Diverse patologie legate all'invecchiamento e alle sindromi che causano un invecchiamento precoce sono indotte da un accorciamento accelerato del telomero (Blasco, 2007; Burtner e Kennedy, 2010; Rudolph *et al.*, Salk, 1982). Inoltre, è stato osservato che alcuni processi degenerativi associati ad accorciamento dei telomeri possono essere revertiti in diversi tessuti, ripristinando così l'integrità del telomero attraverso la riattivazione delle telomerasi (transcrittasi inverse che aggiungono telomero de novo). Queste evidenze hanno rafforzato l'ipotesi che tali strutture svolgano un ruolo im-

portante nell'invecchiamento delle cellule staminali (Jaskelioff *et al.*, 2011). L'accorciamento del telomero contribuisce all'insorgenza del fenotipo associato alla senescenza (Blasco, 2007; Campisi e d'Adda di Fagagna, 2007) con un aumento anche dei processi neurodegenerativi (Chinta *et al.*, 2015).

La riduzione del telomero è stata dimostrata sia nei neuroni umani che in quelli dei roditori (Bhanu *et al.*, 2010; Dong *et al.*, 2014; Jurk *et al.*, 2012; Wan *et al.*, 2014). Studi in vitro hanno suggerito che questi neuroni senescenti possano accumularsi nell'ippocampo contribuendo alla riduzione del numero delle cellule staminali presenti nella zona subgranulare del giro dentato dell'ippocampo (Dong *et al.*, 2011; Geng *et al.*, 2010).

Prevenendo la riduzione del telomero nelle cellule ippocampali, si riesce a ridurre la diminuzione della plasticità ippocampale osservata in individui anziani. Infatti, i composti con proprietà antiossidanti e/o antinfiammatori hanno la capacità di ritardare l'accorciamento del telomero nell'ippocampo e di migliorare le funzioni dei neuroni ippocampali nei roditori invecchiati (Shih *et al.*, 2010; Zhang *Et al.*, 2007; Zhu *et al.*, 2014).

Queste ricerche suggeriscono che il rallentamento dell'accorciamento dei telomeri nelle varie aree cerebrali può aiutare a moderare o ripristinare la perdita di funzione legata all'età che si verifica nel cervello, attraverso la riduzione dei processi di neuroinfiammazione con conseguente miglioramento della neurogenesi e della plasticità sinaptica.

3.1.5. *Stili di vita e invecchiamento di successo*

Un dato consolidato, condiviso e suggerito sia dalla ricerca sperimentale che clinica, indica che “sani stili di vita” mantenuti nel corso della vita sono determinanti per avere un invecchiamento di successo.

I fattori associati agli stili di vita sono molteplici e principalmente includono: il numero di calorie ingerite e quindi la composizione e qualità della dieta, l'esercizio sia mentale che fisico, il non avere fumato e soprattutto avere sviluppato, anche in età avanzata, buone – se non ottime – interazioni sociali. Tutte queste condizioni, associate a un elevato grado di motivazione nonché alla capacità di socializzare anche attraverso i metodi informatici, migliora la plasticità neuronale e rende il cervello più resiliente.

Ambiente arricchito e invecchiamento del cervello

A livello sperimentale per ambiente arricchito si intende un ambiente in cui gli animali hanno elevate **interazioni cognitive e sociali**, e diversi **stimoli** sensoriali e motori. Numerosi studi hanno dimostrato che questo modello sperimentale favorisce la plasticità neuronale sia nel cervello di animali giovani che anziani. Gli animali che vivono in queste condizioni

ambientali mostrano una migliore performance nei fenomeni associati all'apprendimento e alla memoria, nonché un migliore adattamento allo stress, fenomeni correlati a un aumento del volume di specifiche aree cerebrali, a un incremento della neurogenesi e a un miglior trofismo neuronale con la formazioni di nuove ramificazioni e spine dendritiche (Mora *et al.*, 2007; van Praag *et al.*, 2000; Segovia *et al.*, 2008; Segovia *et al.*, 2009; Leggio *et al.*, 2005). Inoltre gli animali che vivono in ambienti arricchiti mostrano anche una maggiore espressione dei geni per i fattori neurotrofici come NGF, GDNF e BDNF in diverse aree del cervello (van Praag *et al.*, 2000; Pham *et al.*, 2002).

Diversi studi sperimentali hanno dimostrato che l'ambiente arricchito riduce negli animali anziani la perdita di trofismo dei neuroni della corteccia frontale, nonché stimola la ramificazione e densità delle spine dendritiche e la neurogenesi (Mora *et al.*, 2007; Kempermann *et al.*, 2002; Kolb *et al.*, 2003; Segovia *et al.*, 2006). Questi dati sperimentali nel loro insieme spiegano il perché l'esercizio cognitivo e fisico rende gli individui meno vulnerabili al decadimento cognitivo e allo sviluppo di demenza (Rolland *et al.*, 2008; Marx J., 2005).

Nel loro insieme gli studi condotti sugli animali che vivono in un ambiente arricchito hanno fornito solide evidenze di quanto lo stile di vita sia capace di modificare in positivo o negativo l'anatomia e la fisiologia, soprattutto nel cervello dell'anziano.

Una vita condivisa positivamente con familiari, amici e un solido sostegno sociale proteggono il cervello dell'anziano dai meccanismi tipici dell'invecchiamento e riducono le alterazioni della materia grigia e delle connessioni nervose (materia bianca) (Flatt I.D. *et al.*, 2015). I volumi delle aree cerebrali di un soggetto anziano correlano bene con dimensioni della rete sociale dell'anziano stesso. Più elevato è il livello di socializzazione di un anziano, minori segni di anomalie cerebrali e di atrofia e perdita di neuroni si riscontrano nel suo cervello. Quindi, a parità di età e di altri fattori, un anziano che gode di vicinanza e supporto di familiari e amici mantiene un cervello più giovane. La consapevolezza di avere ancora un ruolo importante nella famiglia e nella comunità attiva una forte motivazione che tiene il cervello vigile e produttivo.

Le correlazioni tra reti sociali e salute cerebrale suggeriscono che il cervello dell'anziano potrebbe essere ancora "influenzabile" e modificabile, perfino a 70 e 80 anni.

Esercizio fisico aerobico

Un costante esercizio fisico aerobico anche in età avanzata permette di ottenere migliori prestazioni cognitive associate, come dimostrato sia a livello sperimentale che clinico, ad aumentata espressione di fattori trofici,

neurogenesi e volume ippocampale (Hilman *et al.*, 2008; Woelcker-Rehage *et al.*, 2010).

La ricerca più recente sugli animali ha evidenziato effetti benefici dell'esercizio fisico, dimostrando di avere la capacità di stimolare la neurogenesi nell'ippocampo e di migliorare l'apprendimento e la sinaptogenesi (Prolla e Mattson, 2001; Cotman *et al.*, 2007; van Praag *et al.*, 2005). L'aumento dell'espressione di fattori neurotrofici, come il BDNF e il NGF (fattore di crescita dei fibroblasti), ha un ruolo determinante nel modulare gli effetti cerebrali prodotti dall'attività fisica. In particolare, il BDNF è considerato come uno dei componenti più rilevanti per la plasticità sinaptica e la connettività neuronale, e pertanto questo fattore è considerato un elemento fondamentale per mediare gli effetti protettivi dell'esercizio fisico sul cervello (Prolla e Mattson, 2001; Cotman e Berchtold, 2002). Tutti questi effetti forniscono un convincente supporto all'idea che la pratica dell'attività fisica regolare abbia un effetto protettivo sulla funzione del cervello soprattutto durante l'invecchiamento (Stranahan e Mattson 2012).

È interessante notare che gli effetti dell'esercizio fisico aerobico, della restrizione calorica e degli ambienti arricchiti sono in grado di potenziare la plasticità sinaptica e l'apprendimento, attivando meccanismi sinergici che coinvolgono la sintesi di fattori trofici (Lazarov *et al.*, 2010; van Praag H., 2009).

Nel loro insieme, una dieta bilanciata, l'esercizio fisico e l'arricchimento ambientale associati a un buon grado di motivazione, rendono i neuroni più resistenti e resilienti allo stress ossidativo nonché alle alterazioni delle funzioni mitocondriali.

Il sonno nell'anziano

Il pattern del sonno si modifica significativamente con l'avanzare degli anni. Con l'età si riducono progressivamente i livelli della melatonina, mentre aumentano i livelli dei glucocorticoidi con conseguenti alterazioni dei ritmi circadiani proprie dell'età (per esempio, modificazioni "fisiologiche" dei ritmi della pressione arteriosa, della temperatura corporea, della secrezione di ormoni).

Risveglio mattutino precoce, risveglio notturno abituale, riduzione del sonno REM e tendenza al sonnellino rappresentano le principali alterazioni del pattern del sonno dell'anziano durante le 24 ore. Si ritiene che le modificazioni anatomico-funzionali delle strutture nervose che regolano le attività ritmiche, come il nucleo soprachiasmatico (SCN), abbiano un ruolo significativo nel determinare i disturbi del sonno.

Nell'uomo, la deprivazione del sonno aumenta i marcatori del liquido cerebrospinale (CSF) di lesioni neuronali e altera i marcatori plasmatici dell'infiammazione (Benedict *et al.*, 2014; Frey *et al.*, 2007). Pertanto, il

sonno inadeguato può essere un elemento di induzione di processi neuro-degenerativi. Riduzione della neurogenesi, atrofia neuronale, riduzione delle sinapsi e insorgenza di processi infiammatori con accumulo della proteina beta-amiloide – il principale componente delle placche amiloidi presenti nel morbo di Alzheimer – sono i più comuni meccanismi neurobiologici associati ai disturbi del sonno nel soggetto anziano.

L'insonnia accelera notevolmente i processi di invecchiamento cerebrale fino ad arrivare, nei casi più gravi, alla deposizione delle placche amiloidi; al contrario la promozione del sonno ristoratore inibisce i processi che portano all'invecchiamento cerebrale e, nei soggetti predisposti, rallenta la deposizione delle placche amiloidi (Kang *et al.*, 2009).

3.2. Aspetti psico-sociali

di Salvatore Varia

Sin dai tempi più antichi l'uomo è alla ricerca di stili di vita che consentano un'esistenza longeva e in buona salute, come si legge nel "De senectude" di Cicerone.

Il cervello si sviluppa tutta la vita, purché sia tenuto sempre attivo e stimolato. Le doti che si avevano da giovani possono essere conservate e anzi, nuove abilità possono essere acquisite col tempo. Alcune situazioni possono accelerare l'invecchiamento del cervello, per esempio l'interruzione di ogni attività al momento della pensione oppure il verificarsi di eventi traumatici come i lutti.

Evidenze scientifiche consolidate dimostrano che più il cervello lavora, più migliora e si mantiene giovane, efficiente, soprattutto se la persona resta legata alla collettività, senza isolarsi.

Uno studio, realizzato da Monchi e Martins dell'Istituto di Geriatria dell'Università di Montreal (Canada), ha evidenziato che con l'età arriva la saggezza che consente di allocare meglio le proprie risorse e che il cervello può funzionare in modo più efficiente dopo i 55 anni, a condizione di sottoporlo continuamente a stimoli nuovi.

Se, al contrario, il cervello non è stimolato in modo costante, rischia il decadimento progressivo fino all'atrofia.

Per confermare tale assunto gli autori di questo studio richiamano la favola di Esopo della tartaruga e della lepre, al fine di dimostrare che essere in grado di correre veloci non sempre consente di vincere la gara, dal mo-

* Dipartimento Salute Mentale, Azienda Sanitaria Provinciale Palermo.

mento che per ottenere prestazioni di rilievo è necessario saper utilizzare al meglio le proprie risorse.

La vecchia teoria che i neuroni muoiono progressivamente dopo i trenta anni di vita è stata smentita da E. Gould e C. Gross, due neurobiologi di Princeton che hanno scoperto nel 1999 che i neuroni possono rigenerarsi.

Le cellule staminali migrano quotidianamente dai ventricoli cerebrali verso la corteccia, la regione da cui dipendono le funzioni intellettuali superiori, come, per esempio, la formazione delle memorie, del pensiero e dell'identità personale. Durante tale flusso queste si modificano e, giunte alla corteccia, creano nuove connessioni.

3.2.1. *Invecchiamento e strategie di difesa del cervello*

È noto che invecchiamento biologico e deterioramento psichico non vanno sempre di pari passo, perché il cervello si difende dal decadimento con tre meccanismi (in parte già descritti nel capitolo 3.1):

1. ridondanza;
2. neuroplasticità;
3. neurogenesi.

La ridondanza

Il numero dei neuroni è molto più elevato rispetto al fabbisogno necessario per lo svolgimento delle sue diverse funzioni. Molte cellule sono di riserva, pronte a rimpiazzare quelle che fisiologicamente muoiono dopo i trenta anni, acquisendo la funzione che esse svolgevano. Maggiori sono le cellule di riserva, più elevata sarà la capacità di rimpiazzo, in grado di minimizzare il danno da perdita neuronale. La massa di cellule di riserva costituisce la **riserva cerebrale**.

La neuroplasticità

È l'abilità del cervello di modificarsi come struttura, attivando nuove funzioni, come risposta ai cambiamenti ambientali e agli stimoli cognitivi che si ricevono nell'arco della vita.

Fino a qualche decennio fa si pensava che il cervello fosse un organo rigido e imm modificabile. Oggi si sa che gli stimoli ambientali sono decisivi nel continuare a plasmare il cervello, che mantiene per tutta la vita la possibilità di modificarsi e di rimodellarsi. L'esercizio e gli stimoli cognitivi creano nuovi circuiti e stabiliscono nuove connessioni tra di essi (*sinaptogenesi*). Questo continuo rimodellamento consente di migliorare in modo costante le *performance* cerebrali con un processo attivo definito **riserva cognitiva**. Viceversa, uno stile di vita monotono e ripetitivo, condotto in

automatico, senza attenzione e vigile presenza nel “*qui e ora*”, rischia di condurre al decadimento, oltre che a un’esistenza noiosa.

Invece per produrre neuroplasticità occorre creare una dissociazione tra le richieste dell’ambiente e le proprie possibilità: quando tali sollecitazioni ambientali superano le capacità dell’individuo, egli può adattarsi creando appunto neuroplasticità.

La neurogenesi

Come dimostrato da Gould e Gross, il cervello continua a rigenerarsi anche nel corso della vita adulta.

Riserva cerebrale e riserva cognitiva sono le risorse per fronteggiare il fisiologico processo d’invecchiamento e le malattie che si contraggono nell’arco della vita.

La riserva cerebrale è influenzata soprattutto da fattori genetici, mentre la riserva cognitiva è un processo attivo che dipende dagli stimoli ambientali e dallo stile di vita. Pertanto il decadimento senile nel corso dell’invecchiamento cerebrale è un processo dinamico tra fattori di rischio costituiti dalle malattie e fattori di protezione legati alla riserva cognitiva.

3.2.2. Stile di vita e rischio di decadimento intellettuale

Alcuni fattori di rischio di decadimento non sono eliminabili: tra di essi l’invecchiamento e la predisposizione genetica allo sviluppo di Demenze.

Va comunque evidenziato che invecchiamento e rischio genetico sono condizioni predisponenti, ma non sufficienti, perché essi possono essere controbilanciati dai fattori protettivi.

Il caso clinico di Suor Bernadette

David Snowden ha svolto uno studio (Nun study) su un gruppo di suore, nel corso del quale ha sottoposto i membri di una Comunità religiosa a indagini psicodiagnostiche e neuroradiologiche.

Il caso di suor Bernadette è indicativo del fatto che, pur in presenza di rischio genetico di contrarre la Malattia di Alzheimer (il soggetto era portatore isoforme dell’apolipoproteina E4) e con l’evidenza neuroradiologica alla risonanza magnetica di tale forma di Demenza, Suor Bernadette si è perfettamente adattata e integrata al suo contesto ambientale per tutta la sua esistenza. Il suo profilo cognitivo e la valutazione del funzionamento evidenziavano l’integrità della memoria a breve e a lungo termine, l’orientamento spazio-temporale, la capacità di calcolo e di eseguire in modo autonomo gli atti della vita quotidiana.

Suor Bernadette visse 100 anni, il decesso avvenne per causa vascolare.

Questo caso dimostra che **i fattori di rischio di neurodegenerazione possono essere controbilanciati dai fattori protettivi: riserva cerebrale, riserva cognitiva e stile di vita.**

Quanto sopra conferma che non c'è sempre una relazione diretta tra le lesioni evidenziabili con indagini neuroradiologiche e i sintomi della Demenza: è esperienza consolidata che ci sono soggetti affetti da Demenza con poche lesioni cerebrali e soggetti sani con gravi lesioni, come nel caso di suor Bernadette, la quale era vissuta più di 80 anni in Convento, aveva un delizioso senso dell'umorismo ed era dotata di memoria straordinaria che le ha permesso di raccontare storie meravigliose.

3.2.3. *L'invecchiamento di successo*

Occorre creare un atteggiamento positivo verso la vita e accettare l'idea che la senescenza è una fase della vita, un fisiologico proseguimento della propria esistenza, non necessariamente condizionata dalle malattie intercorrenti, ragionando in modo diverso dallo scrittore e commediografo latino Publio Terenzio Afro che affermava "senectus ipsa morbus est".

È importante considerare il cambiamento non come una costrizione, ma come un'**opportunità** per coltivare nuove passioni e nuovi interessi, ma anche per riscoprire quei passatempi accantonati durante il periodo di lavoro attivo. È bene che la giornata sia scandita da lavori ricreativi, artigianali o artistici.

Anche la **rete relazionale** va rimodellata, accettando le inevitabili e talora dolorose perdite e separazioni, rimpiazzandole con nuove relazioni. È importante essere socialmente attivi nella propria comunità di appartenenza, il volontariato può essere un'ottima opportunità.

Sono stati individuati fattori di rischio e di protezione.

Tra i **fattori di rischio** vanno annoverati: l'obesità, il diabete, l'ipertensione arteriosa, l'iperlipemia (aumento di colesterolo e trigliceridi), responsabili di accedenti cardio-cerebrovascolari (infarto e ictus), il tabagismo e il consumo eccessivo di alcool. Occorre tenere sotto controllo tali fattori e l'esperienza dimostra che ciò può accadere con idonee terapie farmacologiche, insieme a corretti stili di vita.

I fattori protettivi legati a corretti stili di vita sono:

1. **Dieta bilanciata:** l'eccessivo apporto calorico determina sovrappeso o obesità, concausa di rischio di malattie croniche. La restrizione calorica riduce la concentrazione nel sangue dell'ormone tiroideo (T3): la riduzione del metabolismo e dello stato infiammatorio ha un ruolo fondamentale nel rallentamento dei processi d'invecchiamento.

Di recente, Paolo Sassone Corsi, Direttore del Centro per l'Epigenetica e il Metabolismo dell'Università di Irvine in California, ha scoperto che

una riduzione del 30% di carboidrati nella dieta ha effetti benefici sui ritmi circadiani, provocando anche una stimolazione delle cellule staminali.

2. *Attività fisica*: svolge un'azione protettiva con una duplice modalità: migliora il flusso ematico cerebrale, riducendo il rischio di malattie vascolari e stimolando la produzione di endorfine che migliorano il tono dell'umore, aiutando così i meccanismi di riduzione dello stress. L'attività fisica favorisce la neurogenesi e potenzia la riserva cognitiva.
3. *Stimolazione cognitiva*: mantiene la mente agile, attiva e in grado di comprendere il mondo circostante in modo rapido ed efficiente. Diversi studi condotti su popolazioni anziane hanno dimostrato che la partecipazione ad attività ricreative e socio-culturali stimolanti, come la lettura, il gioco, la pratica di passatempi, il suonare uno strumento musicale, preserva le funzioni cognitive e riduce il rischio di decadimento e di demenza.
4. *Meditazione*: come pratica senza distinzione di appartenenza a una fede, ha effetti positivi sul cervello in quanto:
 - a) favorisce attenzione, memoria e concentrazione;
 - b) aiuta a concentrarsi sul "qui e ora", migliorando la capacità di canalizzare stress e ansia;
 - c) favorisce la riflessione che stimola la connettività neuronale e la neuro-genesi.

3.2.4. *La Resilienza negli anziani*

Questo termine, coniato inizialmente in Ingegneria metallurgica come la proprietà dei materiali di resistere a urti, torsioni e al calore, è stato poi mutuato in ambito psicologico per indicare la capacità di un soggetto di **rispondere in modo adattivo** agli eventi traumatici e/o di perdita, trasformandoli in opportunità per riorganizzare la propria vita in modo positivo.

Nel 2010 l'*American Psychological Association* ha definito la Resilienza come "*il processo di buon adattamento a fronte di avversità o minacce*".

La terza età è una fase della vita nella quale il soggetto è sottoposto a diversi cambiamenti, tra cui la salute fisica ridotta dalla presenza di malattie acute e croniche, la posizione sociale dopo la conclusione dell'attività lavorativa, ma la vulnerabilità degli anziani dipende soprattutto dal cambiamento della propria rete relazionale, a causa della perdita o dell'allontanamento delle persone affettivamente significative.

La Resilienza è un fattore importante per un sereno invecchiamento.

Sono state sviluppate alcune teorie al fine di spiegare la Resilienza negli anziani:

- a) La teoria della vulnerabilità
- b) La teoria della vaccinazione allo stress
- c) La teoria del carico
- d) La teoria della maturazione
- e) La teoria dell'effetto mortalità

La teoria della vulnerabilità

Le ricerche sulla risposta degli anziani alle catastrofi non hanno evidenziato in modo univoco una maggiore fragilità di questa fascia di età ai disastri naturali. La spiegazione potrebbe risiedere nel fatto che quegli anziani che hanno vissuto privazioni e traumi, a esempio durante le guerre, sono più attrezzati dei giovani per affrontare eventi catastrofici.

L'ipotesi della vaccinazione allo stress

Tale teoria è stata formulata nel 1983 da Eysenck, il quale asseriva che i traumi precoci promuovessero resilienza a traumi successivi.

Lo stesso autore suggeriva due differenti percorsi: una tolleranza diretta, in cui la precedente esposizione a uno specifico stress poteva diminuire l'effetto di quello *stressor* in futuro, e una tolleranza crociata, in cui la precedente esposizione a un trauma diminuiva gli effetti di *stressor* diversi durante l'arco della vita.

Secondo Norris e Murrell tale teoria dimostra che alcuni anziani possono reagire meglio dei giovani agli eventi traumatici in quanto, nonostante un'esposizione più grave o diretta all'evento, sono stati abituati nel corso della vita a sopportare eventi gravosi.

Gli stessi autori affermano tuttavia che l'ipotesi della vaccinazione può essere ritenuta corretta per anziani che hanno subito *stressor* intermittenti, ma che non si possono prevedere risultati simili in seguito a stress prolungati o estesi.

L'ipotesi del carico

Gli individui di mezza età sono i più colpiti in situazioni di trauma, perché devono farsi carico dei più giovani e dei più anziani.

In uno studio sui sopravvissuti a un uragano, Thompson trovò un'interazione curvilinea tra Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) ed età, con i soggetti di età media che presentavano tassi più elevati di DPTS.

L'ipotesi della maturazione

Secondo Knight gli anziani hanno uno stile di *coping* (capacità di far fronte alle avversità) più maturo rispetto ai giovani e questo li rende emotivamente meno reattivi agli eventi stressanti.

Un'indagine telefonica, condotta negli USA dopo gli attacchi terroristici dell'11 settembre 2001, ha evidenziato negli ultrasessantacinquenni una

resilienza tre volte più elevata della popolazione di età compresa tra i 18 e i 24 anni.

L'ipotesi dell'effetto mortalità

Secondo Creamer e Parslow, la Resilienza degli anziani ai traumi è legata a un effetto “selezione”, in quanto i soggetti meno resilienti potrebbero essere deceduti prima di raggiungere la vecchiaia.

La Resilienza degli anziani nella vita quotidiana e di fronte allo stress

Una rassegna della letteratura evidenzia un interesse crescente della ricerca nell'individuare i fattori che aumentano la Resilienza negli anziani, favorendo così un invecchiamento di successo.

Montross ha fornito a un campione di soggetti ultrasessantenni residenti in comunità un test autosomministrato sull'invecchiamento di successo che evidenzia una correlazione tra Resilienza, attività e numero di relazioni amicali strette, malgrado la presenza di malattie croniche parzialmente invalidanti. Tale autore ha evidenziato una relazione lineare tra l'aumento delle relazioni sociali strette, il livello di attività e il grado di Resilienza.

Connor e Davidson studiarono un gruppo di donne ultrasessantenni residenti in Comunità, somministrando una scala per la Resilienza, da loro redatta, ed evidenziarono che quattro fattori correlano positivamente con la Resilienza:

1. Autocontrollo e perseguimento degli obiettivi
2. Adattamento e tolleranza dei sentimenti negativi
3. Capacità di comando e fiducia negli istinti
4. Coping spirituale

Bonanno ha evidenziato alcune dimensioni correlate alla Resilienza negli anziani: coraggio, autovalorizzazione, *coping* repressivo ed emozioni positive.

Lo stesso autore affermò che il coraggio è caratterizzato da tre dimensioni:

- a) Essere determinati a trovare un obiettivo significativo per la vita.
- b) La convinzione che si possa influenzare il proprio ambiente e l'esito degli eventi.
- c) La convinzione che si possa imparare e maturare sia dalle esperienze positive sia da quelle negative.

Norris e Murrell, studiando una popolazione anziana residente in comunità, riscontrarono che la qualità della rete sociale riduce e attenua l'effetto del lutto negli anziani. Inoltre chi opera attivamente nel volontariato presenta un miglior tono dell'umore ed è in grado di elaborare meglio l'effetto di perdita di ruolo identitario nei principali domini esistenziali (coniugale, professionale e genitoriale), producendo il sentimento di avere uno scopo nella vita.

Gli stessi autori concludono lo studio affermando che la ricerca del sostegno sociale e la pratica attiva del volontariato possono aiutare gli anziani a sentirsi impegnati e in relazione e a essere, pertanto, probabilmente più resilienti.

Le ultime ricerche in materia suggeriscono che possa essere di beneficio accrescere la Resilienza nella popolazione anziana prima di un evento stressante (per esempio, rinforzando il sostegno sociale in vista del decesso del coniuge) e creare e sostenere ambienti di recupero dopo l'evento (per esempio, assistendo persone con malattie croniche che potrebbero essere maggiormente esposte a eventi avversi).

Una caratteristica dell'invecchiamento di successo è l'abilità di adattarsi e riprendersi dagli eventi esistenziali avversi.

Poiché la popolazione anziana continua ad aumentare, è necessario aumentare la resilienza in questo sottogruppo di popolazione.

3.3. Conclusioni

Dopo i 30 anni di vita, e in modo progressivo negli anni seguenti inizia la morte dei neuroni, tuttavia la mente ha diverse strategie per evitare il decadimento e per favorire un invecchiamento di successo.

L'invecchiamento è un processo molto complesso, condizionato da un gran numero di fattori che variano da individuo a individuo. Molti fattori, quali quantità di cibo consumato, i componenti della dieta, l'attività fisica aerobica nella routine quotidiana, l'attenuazione dello stress, il dormire bene e l'ambiente arricchito di esperienze positive associate a motivazioni e rete sociale attiva, curiosità intellettuale, pratica religiosa e meditazione, sono essenziali per mantenere giovane il cervello. Il cervello ha, infatti, la capacità di modificarsi e rimodellarsi, utilizzando la neuroplasticità e i fattori protettivi del decadimento sono elementi che garantiscono, ognuno per la sua parte, il potenziamento della Resilienza.

L'invecchiamento del cervello è un processo che non è influenzato solo da fattori ambientali, ma anche da ormoni e neuromodulatori rilasciati da organi periferici e ghiandole endocrine; particolarmente rilevanti sul processo di invecchiamento sono i glucocorticoidi. Durante l'invecchiamento, uno stile di vita stressante cronico è sempre associato ad elevati livelli di corticosterone negli animali e di cortisolo negli esseri umani e potrebbe potenzialmente modificare la funzione di circuiti neuronali specifici nel cervello. Questi due ormoni sono elementi cruciali, i cui effetti possono essere modulati e attenuati negli animali che vivono in condizioni ambientali arricchite, il che sottolinea l'importanza degli stili di vita nel mantenimento della salute durante l'invecchiamento del cervello.

Sulla base di quanto esposto, un problema cruciale per la società moderna è quello di creare condizioni di vita qualitativamente accettabili soprattutto per i soggetti anziani e di suggerire agli adolescenti e giovani adulti quanto vivere stili di vita corretti sia importante per riuscire a ottenere una buona resilienza e un buon adattamento ai disagi che insorgono con l'avanzare degli anni.

Bibliografia

Cap. 3.1

- Allsopp R.C., Chang E., Kashefi-Azham M., Rogaev E.I., Piatyszek M.A., Shay J.W., Harley C.B., "Telomere shortening is associated with cell division in vitro and in vivo", *Exp Cell Res*, 1995, 220(1): 194-200.
- Arnold S.E., Louneva N., Cao K., Wang L.S., Han L.Y., Wolk D.A., Negash S., Leurgans S.E., Schneider J.A., Buchman A.S., Wilson R.S., Bennett D.A., "Cellular, synaptic, and biochemical features of resilient cognition in Alzheimer's disease", *Neurobiol Aging*, 2013, 34: 157-168.
- Bartres-Faz D., Arenaza-Urquijo E.M., "Structural and functional imaging correlates of cognitive and brain reserve hypotheses in healthy and pathological aging", *Brain Topogr*, 2011, 24: 340-357.
- Belleville S., Clement F., Mellah S., Gilbert B., Fontaine F., Gauthier S., "Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease", *Brain*, 2011, 134: 1623-1634.
- Benedict C., Cedernaes J., Giedraitis V., Nilsson E.K., Hogenkamp P.S., Vågesjö E., Massena S., Pettersson U., Christoffersson G., Phillipson M., Broman J.E., Lannfelt L., Zetterberg H., Schiöth H.B., "Acute sleep deprivation increases serum levels of neuron-specific enolase (NSE) and S100 calcium binding protein B (S-100B) in healthy young men", *Sleep*, 2014, 37(1): 195-198.
- Bhanu M.U., Mandraju R.K., Bhaskar C., Kondapi A.K., "Cultured cerebellar granule neurons as an in vitro aging model: topoisomerase II β as an additional biomarker in DNA repair and aging", *Toxicol In Vitro*, 2010, 24(7): 1935-1945.
- Blasco M.A., "Telomere length, stem cells and aging", *Nat Chem Biol*, 2007, 3(10): 640-9.
- Brown J., Cooper-Kuhn C.M., Kempermann G., Van Praag H., Winkler J., Gage F.H., Kuhn H.G., "Enriched environment and physical activity stimulate hippocampal but not olfactory bulb neurogenesis", *Eur J Neurosci*, 2003, 17: 2042-2046.
- Burtner C.R., Kennedy B.K., "Progeria syndromes and ageing: what is the connection?", *Nat Rev Mol Cell Biol*, 2010, 11(8): 567-578.
- Campisi J., d'Adda di Fagagna F., "Cellular senescence: when bad things happen to good cells", *Nat Rev Mol Cell Biol*, 2007, 8(9): 729-740.
- Chinta S.J., Woods G., Rane A., Demaria M., Campisi J., Andersen J.K., "Cellular senescence and the aging brain", *Exp Gerontol*, 2015, 68: 3-7.
- Cotman C.W., Berchtold N.C., "Exercise: a behavioural intervention to enhance brain health and plasticity", *Trends Neurosci*, 2002, 25: 295-301.

- Cotman C.W., Berchtold N.C., Christie L.A., "Exercise builds brain health: key roles of growth factor cascade and inflammation", *Trends Neurosci*, 2007, 30: 464-472.
- Curtis M.A., Eriksson P.S., Faull R.L., "Progenitor cells and adult neurogenesis in neurodegenerative diseases and injuries of the basal ganglia", *Clin Exp Pharmacol Physiol*, 2007, 34: 528-532.
- Demars M., Hu Y.S., Gadadhar A., Lazarov O., "Impaired neurogenesis is an early event in the etiology of familial Alzheimer's disease in transgenic mice", *J Neurosci Res*, 2010, 88: 2103-2117.
- De Vogelaere F., Santens P., Achten E., Boon P., Vingerhoets G., "Altered default-mode network activation in mild cognitive impairment compared with healthy aging", *Neuroradiology*, 2012, 254: 1195-1206.
- Dong C.M., Wang X.L., Wang G.M., Zhang W.J., Zhu L., Gao S., Yang D.J., Qin Y., Liang Q.J., Chen Y.L., Deng H.T., Ning K., Liang A.B., Gao Z.L., Xu J., "A stress-induced cellular aging model with postnatal neural stem cells", *Cell Death Dis*, 2014, 5: e1116.
- Dong W., Cheng S., Huang F., Fan W., Chen Y., Shi H., He H., "Mitochondrial dysfunction in long-term neuronal cultures mimics changes with aging", *Med Sci Monit*, 17(4): BR91-96.
- Eyler L.T., Sherzai A., Kaup A.R., Jeste D.V., "A review of functional brain imaging correlates of successful cognitive aging", *Biol Psychiatry*, 2011, 70: 115-122.
- Flatt J.D., Hughes T.F., Documét P.I., Lingler J.H., Trauth J.M., Albert S.M., "A Qualitative Study on the Types and Purposes of Social Activities in Late Life", *Act Adapt Aging*, 2015, 39(2): 109-132.
- Frey D.J., Fleshner M., Wright K.P. Jr., "The effects of 40 hours of total sleep deprivation on inflammatory markers in healthy young adults", *Brain Behav Immun*, 2007, 21(8): 1050-1057.
- Galvan V., Jin K., "Neurogenesis in the aging brain", *Clin Interv Aging*, 2007, 2: 605-610.
- Ge S., Goh E.L., Sailor K.A., Kitabatake Y., Ming G.L., Song H., "GABA regulates synaptic integration of newly generated neurons in the adult brain", *Nature*, 2006, 439: 589-593.
- Geng Y.Q., Guan J.T., Xu X.H., Fu Y.C., "Senescence-associated beta-galactosidase activity expression in aging hippocampal neurons", *Biochem Biophys Res Commun*, 2010, 396(4): 866-869.
- Greenwood P.M., Parasuraman R., "Neuronal and cognitive plasticity: a neurocognitive framework for ameliorating cognitive aging", *Front Aging Neurosci*, 2010, 2: 150.
- Goh J.O., Park D.C., "Neuroplasticity and cognitive aging: the scaffolding theory of aging and cognition", *Restor Neurol Neurosci*, 2009, 27(5): 391-403.
- Hillman C.H., Erickson K.I., Kramer A.F., "Besmart, exercise effects on brain and cognition", *Nat Rev Neurosci*, 2008, 9: 58-65.
- Jaskelioff M., Muller F.L., Paik J.H., Thomas E., Jiang S., Adams A.C., Sahin E., Kost-Alimova M., Protopopov A., Cadiñanos J., Horner J.W., Maratos-Flier E., Depinho R.A., "Telomerase reactivation reverses tissue degeneration in aged telomerase-deficient mice", *Nature*, 2011, 469(7328): 102-6.

- Jurk D., Wang C., Miwa S., Maddick M., Korolchuk V., Tzolou A., Gonos E.S., Thrasivoulou C., Saffrey M.J., Cameron K., von Zglinicki T., "Postmitotic neurons develop a p21-dependent senescence-like phenotype driven by a DNA damage response", *Aging Cell*, 2012, 11(6): 996-1004.
- Kang J.E., Lim M.M., Bateman R.J., Lee J.J., Smyth L.P., Cirrito J.R., Fujiki N., Nishino S., Holtzman D.M., "Amyloid-beta dynamics are regulated by orexin and the sleep-wake cycle", *Science*, 2009, 326(5955): 1005-1007.
- Kempermann G., Gast D., Gage F.H., "Neuroplasticity in old age: sustained fivefold induction of hippocampal neurogenesis by long-term environmental enrichment", *Ann Neurol*, 2002, 52: 135-143.
- Kempermann G., "Adult hippocampal neurogenesis", in Kempermann G. (ed.), *Adult Neurogenesis*, 2nd ed., Oxford University Press, New York, NY, 2011: 185-215.
- Kolb B., Gibb R., Gorni G., "Experience-dependent changes in dendritic arbour and spine density in neocortex vary qualitatively with age and sex", *Neurobiol Learn Mem*, 2003, 79: 1-10.
- Lazarov O., Mattson M.P., Peterson D.A., Pimplikar S.W., van Praag H., "When neurogenesis encounters ageing and disease", *Trends Neurosci*, 2010, 33: 569-579.
- Lee S.W., Clemenson G.D., Gage F.H., "New neurons in an aged brain", *Behav Brain Res*, 2012, 227: 497-507.
- Leuner B., Mendolia-Loffredo S., Kozorovitskiy Y., Samburg D., Gould E., Shors T.J., "Learning enhances the survival of new neurons beyond the time when the hippocampus is required for memory", *J Neurosci*, 2004, 24: 7477-7481.
- Malykhin N., Vahidy S., Michielse S., Coupland N., Camicioli R., Seres P., Carter R., "Structural organization of the prefrontal white matter pathways in the adult and aging brain measured by diffusion tensor imaging", *Brain Struct Funct*, 2011, 216: 417-431.
- Marx J., "Preventing Alzheimer's: a life long commitment?", *Science*, 2005, 309: 864-866.
- Maslov A.Y., Barone T.A., Plunkett R.J., Pruitt S.C., "Neural stem cell detection, characterization, and age-related changes in the subventricular zone of mice", *J Neurosci*, 2004, 24: 1726-1733.
- Meng X., D'Arcy C., "Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses", *PLoS One*, 2012, 7: e38268.
- Mongiat L.A., Schinder A.F., "Adult neurogenesis and the plasticity of the dentate gyrus network", *Eur J Neurosci*, 2011, 33: 1055-1061.
- Mora F., Segovia G., del Arco A., "Aging, plasticity and environmental enrichment: structural changes and neurotransmitter dynamics in several areas of the brain", *Brain Res Rev*, 2007, 55: 78-88.
- Mora F., "Successful brain aging: plasticity, environmental enrichment, and lifestyle", *Dialogues Clin Neurosci*, 2013, 15(1): 45-52.
- Mortimer J.A., "Important role of brain reserve in lowering the risk of Alzheimer's disease. Editorial", *Future Neurol*, 2009, 4: 1-4.
- Mu Y., Gage F.H., "Adult hippocampal neurogenesis and its role in Alzheimer's disease", *Mol Neurodegener*, 2011, 6: 85.

- Olovnikov A.M., "Telomeres, telomerase, and aging: origin of the theory", *Exp Gerontol*, 1996, 31(4): 443-448.
- Pham T.M., Winblad B., Granholm A.C., Mohammed A.H., "Environmental influences on brain neurotrophins in rats", *Pharmacol Biochem Behav*, 2002, 73: 167-175.
- Prolla T.M., Mattson M.P., "Molecular mechanisms of brain aging and neurodegenerative disorders: lessons from dietary restriction", *Trends Neurosci*, 2001, 11: S21-S31.
- Roe C.M., Xiong C., Miller J.P., Morris J.C., "Education and Alzheimer disease without dementia: support for the cognitive reserve hypothesis", *Neurology*, 2007, 68: 223-228.
- Rolland Y., van Kan G.A., Vellas B., "Physical activity and Alzheimer's disease: from prevention to therapeutic perspectives", *J Am Med Dir Assoc*, 9: 390-405.
- Rudolph K.L., Chang S., Lee H.W., Blasco M., Gottlieb G.J., Greider C., DePinho R.A., "Longevity, stress response, and cancer in aging telomerase-deficient mice", *Cell*, 1999, 96(5): 701-12.
- Salk D., "Can we learn about aging from a study of Werner's syndrome?", *J Am Geriatr Soc*, 1982, 30(5): 334-339.
- Segovia G., Yague A.G., Garcia-Verdugo J.M., Mora F., "Environmental enrichment promotes neurogenesis and changes the extracellular concentrations of glutamate and GABA in the hippocampus of aged rats", *Brain Res Bull*, 2006, 70: 8-14.
- Shih P.H., Chan Y.C., Liao J.W., Wang M.F., Yen G.C., "Antioxidant and cognitive promotion effects of anthocyanin-rich mulberry (*Morus atropurpurea* L.) on senescence-accelerated mice and prevention of Alzheimer's disease", *J Nutr Biochem*, 2010, 21(7): 598-605.
- Solé-Padullés C., Bartres-Faz D., Junqué C., Vendrell P., Rami L., Clemente I.C., Bosch B., Villar A., Bargalló N., Jurado M.A., Barrios M., Molinuevo J.L., "Brain structure and function related to cognitive reserve variables in normal aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease", *Neurobiol Aging*, 2009, 30(7): 1114-1124.
- Steffener J., Stern Y., "Exploring the neural basis of cognitive reserve in aging", *Biochim Biophys Acta*, 2012, 1822(3): 467-473.
- Stern Y., "Cognitive reserve", *Neuropsychologia*, 2009, 47: 2015-2028.
- Stern Y., "Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease", *Lancet Neurol*, 2012, 11: 1006-1012.
- Stranahan A.M., Mattson M.P., "Metabolic reserve as a determinant of cognitive aging", *J Alzheimers Dis*, 2012, 30: S5-S13.
- Tang J., Xu H.W., Fan X.T., Li Z.F., Li D.B., Yang L., Zhou G.J., "Targeted migration and differentiation of engrafted neural precursor cells in amyloid beta-treated hippocampus in rats", *Neurosci Bull*, 2007, 23: 263-270.
- Tucker AM, Stern Y. (2011) Cognitive reserve in aging. *Curr Alzheimer Res*. 8(4): 354-360.
- van Praag H., Kempermann G., Gage F.H., "Neural consequences of environmental enrichment", *Nat Rev Neurosci*, 2000, 1: 191-198.
- van Praag H., Shubert T., Zhao C., Gage F.H., "Exercise enhances learning and hippocampal neurogenesis in aged mice", *J Neurosci*, 2005, 25: 8680-8685.

- van Praag H., "Exercise and the brain: something to chew on", *Trends Neurosci*, 2009, 32: 283-290.
- van Veluw S.J., Sawyer E.K., Clover L., Cousijn H., De Jager C., Esiri M.M., Chance S.A., "Prefrontal cortex cytoarchitecture in normal aging and Alzheimer's disease: a relationship with IQ", *Brain Struct Funct*, 2012, 217(4): 797-808.
- Wan C., Liu J., Nie X., Zhao J., Zhou S., Duan Z., Tang C., Liang L., Xu G., "2, 3, 7, 8-Tetrachlorodibenzo-P-dioxin (TCDD) induces premature senescence in human and rodent neuronal cells via ROS-dependent mechanisms", *PLoS One*, 2014, 9(2): e89811.
- Woelcker-Rehage C., Godde B., Standinger U.B., "Physical and motorfitness are both related to cognition in old age", *Eur J Neurosci*, 2010, 21: 167-176.
- Zhang X.L., Jiang B., Li Z.B., Hao S., An L.J., "Catalpol ameliorates cognition deficits and attenuates oxidative damage in the brain of senescent mice induced by D-galactose", *Pharmacol Biochem Behav*, 2007, 88(1): 64-72.
- Zhu J., Mu X., Zeng J., Xu C., Liu J., Zhang M., Li C., Chen J., Li T., Wang Y., "Ginsenoside Rg1 prevents cognitive impairment and hippocampus senescence in a rat model of D-galactose-induced aging", *PLoS One*, 2014, 9(6): e101291. doi: 10.1371/journal.pone.0101291. eCollection 2014

Cap. 3.2

- Bonanno G.A., "Loss, trauma and human resilience", *American Psychologist*, 2004, 59: 20-28.
- Connor K.M., Davidson J.R., "Development of a new resilience scale", *Depression and Anxiety*, 2003: 18-76-82.
- Creamer N., Parslow R., "Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the elderly", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2008, 16: 853-856.
- Eysenck H.J., *Stress, disease and personality: The inoculation effect*, Stress research 121-126 Wiley, New York, 1983.
- Gould E., Gross C., "Neurogenesis in the neocortex of adult primates", *Science* 15, 286 (5439): 548-552.
- Knight B.G., Gatz M., "Age and emotional response to the Northridge earthquake", *Psychology and Aging*, 2000, 15: 627-634.
- Monchi O., Martins R., "Changes in regional and temporal patterns of activity associated with aging", *Cerebral Cortex* (New York 1991), 22(6): 1395-1406.
- Montross L.P., Depp C., "Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adult", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, 14: 43-51.
- Norris F.H., Murrell S.A., "Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adult", *American Journal of Community Psychology*, 1988, 16: 655-683.
- Southwick S.M., Litz B.T., Charney D. Friedman M.J., *Resilienza e Salute Mentale. Le sfide nel corso della vita*, Fioriti Editore Roma, 2014.
- Snowden D.A., "Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study", *Ann. Intern. Med.*, 2003 Sep 2, 139: 450-454.
- Thompson M.P., Norris F.H., "Age differences in the psychologist consequences of Hurricane Hugo", *Psychology and Aging*, 1993, 8: 608-616.

4. Dall'ospedale al territorio. Dal *curare* al *prendersi cura*

di Luigi Bergamaschini*, Cinzia Negri Chinaglia*

4.1. Il quadro generale

Il Piano Nazionale delle Cronicità (PNC) (Accordo Stato – Regioni del settembre 2016) è la risposta dell'Italia, tra le prime in Europa, alle raccomandazioni del WHO (piano d'Azione 2008-13 e 2013-20) e della Comunità Europea (Resolution EUR/RC 61/R3), affinché i Governi mettessero in atto interventi innovativi per la prevenzione e la cura delle malattie croniche alla luce dei cambiamenti epidemiologici in corso in Europa e in tutto il mondo, inclusi i Paesi in via di sviluppo. Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale siano attualmente utilizzate per la gestione delle malattie croniche. Le proiezioni epidemiologiche indicano che nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo e che i costi dell'assistenza sanitaria diventeranno insostenibili anche per gli Stati a maggior sviluppo economico.

Non si tratta però di raccomandazioni di esclusivo ordine organizzativo ed economico, pur essendo il rispetto dei budget nazionali un punto irrinunciabile, ma soprattutto di un cambiamento culturale radicale che deve essere alla base dei nuovi piani socio-sanitari.

La necessità di un cambio culturale nella cura dei **pazienti, sempre più anziani e con polipatologie**, era già stata chiaramente indicata nel 2004 da due illustre ricercatrici, Mary Tinetti e Linda Fried, in uno *special article* su *American Journal of Medicine* (2004). Scrivevano le Ricercatrici che la cura della singola malattia, con tutte le grandi conquiste in campo diagnostico e terapeutico a essa collegate, era stata posta al centro dell'organizzazione sanitaria nel 19° e fino agli inizi del 21° secolo, quando l'attesa di vita era in media di 47 anni. In quegli anni le possibilità diagnostiche

* Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, Milano.

e terapeutiche erano piuttosto limitate e pertanto la cura della singola malattia era inevitabilmente preponderante nell'assistenza al paziente.

Nel 2004, negli USA, l'attesa di vita era di 74 anni (in Italia i dati Istat indicano nel 2016 un'attesa di vita media di 84 anni) e la maggior parte dei problemi clinici negli ospedali era dovuta alle malattie croniche caratterizzate da una grande variabilità nella presentazione clinica e nella scarsa correlazione con la patologia sottostante. Le scelte diagnostiche e terapeutiche dovrebbero tener conto delle attese del paziente (il paziente al centro della cura) e di fattori non-biologici e non modificabili piuttosto che essere orientate alla diagnosi, terapia e/o prevenzione di una singola patologia non contestualizzata.

Gli obiettivi del PNC sono finalizzati al miglioramento/stabilizzazione del quadro clinico (la guarigione non è ipotizzabile) e dello stato funzionale, con particolare attenzione alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita del paziente. Il paziente cui il PNC fa riferimento è una persona prevalentemente anziana, affetta da più patologie croniche (comorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche dallo status sociale, familiare e ambientale e dall'accessibilità alle cure.

Per il raggiungimento degli obiettivi è però necessario un nuovo modello di gestione del malato attraverso la definizione di percorsi assistenziali che, mediante l'integrazione degli interventi socio-sanitari, siano in grado nel lungo periodo di prendere in carico il paziente, e non la singola malattia, per prevenire e contenere la disabilità, e di garantire la **continuità dell'assistenza**.

La presenza di pluripatologie croniche e la grande variabilità dell'ambiente in cui il paziente vive comportano non solo il coinvolgimento di più specialisti, ma anche di diverse figure professionali, con il rischio però che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento di una specifica malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza. Questa possibile frammentazione degli interventi, sia pure molto tecnologici e qualificati, può portare a soluzioni contrastanti, aumentando la spesa sanitaria e soprattutto rendendo difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura.

Uno degli aspetti culturalmente più rilevanti e sul quale si fonda la **riorganizzazione socio-sanitaria** prevista dal PNC, è la centralità del paziente nel percorso di cura. È quindi proposto un radicale cambiamento nell'impostazione del piano sanitario passando da una Medicina "*disease centered*" a "*patient centered*" (Cassel, 1982), nella quale è recuperata la centralità del paziente come persona, riconoscendo che esiste una differenza importante tra il considerare la malattia come definito "danno biologico" e la malattia come "percezione individuale" della perdita dello stato di

salute. Si prende coscienza che soggetti diversi per stato fisico, culturale, sociale ed emozionale possono percepire e riferire in modo differente i sintomi di una stessa malattia.

Questa distinzione tra la patologia organica specifica e la percezione di tale patologia è evidente nel caso delle malattie croniche, con la conseguente necessità di un piano assistenziale molto personalizzato. I risultati della I Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute di Ottawa (1986) e della Dichiarazione di Jakarta (IV Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, 1997) per la prima volta avevano evidenziato la necessità di considerare anche l'aspetto psico-sociale, oltre a quello biologico, nella definizione dei percorsi di cura e sostegno per i soggetti che si trovino a convivere con cambiamenti fisici (dovuti alle polipatologie, all'età avanzata), sociali ed emotivi, spesso imprevisi e irreversibili.

La definizione dell'OMS di malattia cronica come *“problema di salute che richiede un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”*, fa un chiaro riferimento a un elevato impegno di risorse umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica...) che indiretti (aumento dello stress psicologico, disabilità a lungo termine, ridotta qualità di vita...), necessarie per il loro controllo e per garantire un'adeguata qualità della vita. La gestione delle malattie nel suo complesso non è un problema solo italiano: si stima che in Europa esse siano la causa dell'86% di tutti i decessi con una spesa sanitaria valutata in circa 700 miliardi di euro per anno. In un recente articolo (Hans Vollard *et al.*, 2017) gli autori stigmatizzano come, pur con notevole riluttanza da parte dei Governi, l'Europa lentamente proceda verso una sostanziale riorganizzazione dei Servizi Sanitari Nazionali e una loro integrazione funzionale transnazionale.

4.2. Il modello integrato ospedale/territorio

Nella Figura 1 sono schematizzati i punti chiave del riordino della rete assistenziale contemplati dal PNC del 2016.

Cinque sono i principali obiettivi del piano di riordino:

1. assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce;
2. ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia;
3. prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità;
4. garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità;
5. ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative).

Fig. 1 - I punti chiave del riordino della rete assistenziale. Fonte Piano Nazionale delle Cronicità (accordo Stato – Regioni Settembre 2016)



Il **riequilibrio dell'offerta assistenziale tra ospedale e territorio** richiede una stretta integrazione dei due ambiti. A fronte della riduzione dei posti letto in strutture residenziali (ospedale per acuti, riabilitazioni, lungodegenze post acuzie), deve essere riorganizzata e potenziata l'offerta della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza primaria. Sono previste anche iniziative per la continuità ospedale/territorio con la creazione di strutture per cure intermedie, la gestione dell'acuzie a livello domiciliare mediante gruppi di lavoro multidisciplinari, programmi di ospedalizzazione domiciliare, strutture di ricovero nel territorio gestite dai medici di medicina generale, centri di comunità/poliambulatori.

L'ospedale non è più il *core* dell'organizzazione sanitaria ma uno snodo, ad alta specializzazione, della rete dei servizi del nuovo sistema per la cronicità, che deve interagire con la medicina specialistica ambulatoriale e l'assistenza primaria senza interruzione di continuità.

L'**ospedale** all'interno della rete ha il compito di curare i **malati acuti** lasciando la gestione della cronicità al territorio.

La complessità della domanda di salute richiede forze qualificate (medici di medicina generale, specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, dietisti, psicologi, assistenti sociali, volontari e associazioni), l'adozione di requisiti organizzativi specifici (protocolli operativi e procedure concordate dalle parti, reperibilità medica e infermieristica sulle 24 ore e 7 giorni la settimana) e un'intensità assistenziale che sia adeguata alla complessità e alla natura dei problemi. I bisogni dei pazienti devono innanzi tutto essere accolti e condivisi per elaborare un **piano di assistenza** (Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale = PTDA) che si integri con la rete dei servizi e che si tradurrà nell'erogazione della cura nella sua globalità.

4.3. Il territorio

Per il paziente/persona il territorio è il luogo più vicino ai suoi affetti, al suo ambiente di vita e di lavoro. I sistemi di protezione sociale e sanitaria hanno subito numerosi cambiamenti e sono stati chiamati con nomi diversi, ma il territorio è sempre rimasto il punto di riferimento su cui costruire i vari sistemi organizzativi. Il **medico di assistenza primaria**, o medico

di medicina generale o medico di base o più semplicemente il medico “*di famiglia*”, ha sempre avuto un ruolo di primaria importanza essendo colui che meglio conosce il paziente dal punto di vista clinico, ma soprattutto conosce gli spetti culturali, sociali e famigliari che possono incidere significativamente sul successo o meno di una cura.

Dal punto di vista organizzativo, il PNC auspica che il medico di assistenza primaria svolga la sua attività inserito in un **gruppo di medici associati**, per consentire una maggior copertura temporale dell'assistenza in tutti i periodi dell'anno e poter acquisire, dividendo i costi, semplici strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, spirometro...) che permettano una più rapida diagnosi di base, senza dover ricorrere alle strutture ambulatoriali del territorio (si auspica) o ospedaliere.

La forma più avanzata di medicina associativa, tra medici analoghi di medicina generale, con l'ausilio di alcune figure mediche specialistiche e di tecnologie di diagnosi, è rappresentata da “l'ospedale di comunità”. Nell’“ospedale di comunità” il medico di assistenza primaria o medico di fiducia o di famiglia, può curare il suo paziente, che non ha bisogno di un ospedale per acuti, con l'assistenza infermieristica garantita 24 ore su 24 e con la possibilità garantita di consulenze specialistiche.

4.4. *Il domicilio*

È sempre diffusamente accettato il concetto che la casa (il domicilio) sia il luogo più adatto per la cura sia dal punto di vista economico, sia per la possibilità di garantire una più elevata qualità della vita. La casa è, infatti, un luogo di sicurezza sia fisica che sociale. Nel corso del secolo scorso questa identità della casa o domicilio andò progressivamente perdendosi per essere recuperata agli inizi del 2000 come il luogo più adatto per la cura dell'anziano fragile, dei malati cronici o terminali. Con il recupero della centralità del domicilio nei percorsi di cura, anche la famiglia ha recuperato il proprio ruolo di attore proattivo. Molteplici sono i servizi che sono stati organizzati per offrire, in situazioni complesse e alla presenza di non autosufficienza, prestazioni sociosanitarie di elevata complessità e intensità assistenziali. L'**assistenza domiciliare integrata** (ADI) è la forma attualmente più sviluppata, e meglio organizzata.

4.5. *La famiglia*

Uno degli obiettivi della riorganizzazione/del potenziamento delle cure domiciliari è il fornire un importante supporto alla famiglia per il *caregiving*.

Attualmente e per i prossimi decenni, la famiglia si troverà in una situazione di grave criticità per effetto del cambiamento epidemiologico e sociale. I dati Istat indicano il numero medio dei componenti una famiglia pari a 2.4 persone (Censimento ISAT 2011), ciò comporta che il carico del *care-giving* grava per lo più su una sola persona. Assistiamo inoltre al paradosso che a prendersi cura dei genitori o parenti grandi anziani sono i figli o nipoti anch'essi molto anziani e dunque a rischio di perdere l'autosufficienza. Inoltre, se sulla famiglia grava una parte rilevante del carico assistenziale per consentire la gestione domiciliare del paziente, essa deve essere considerata a tutti gli effetti una risorsa del servizio socio-sanitario e deve essere adeguatamente sostenuta sia economicamente sia psicologicamente.

4.6. Il ruolo del *caregiver*

La **malattia di Alzheimer** e le **demenze** nel loro complesso possono essere prese come paradigma della complessità e difficoltà che si incontra nella gestione delle malattie croniche.

La demenza è una malattia, infatti, che coinvolge tutta la famiglia sia per l'impegno assistenziale sia per gli aspetti emotivi e relazionali. La gestione di una persona con demenza richiede una grande capacità di adattamento alle situazioni contingenti e alle nuove esigenze del malato, dovute all'inevitabile progressione della patologia. I costi emotivi da sostenere nella malattia del proprio caro sono molteplici e riguardano l'accettazione o non accettazione della malattia, i cambiamenti di ruolo (da coniuge a genitore o da figlio a genitore), il dolore, la conflittualità e la perdita affettiva e relazionale.

La fase iniziale della malattia è quella in cui la famiglia ha maggior esigenza di individuare interlocutori competenti e disponibili all'ascolto fra gli operatori. Importante è l'esigenza di *counseling* di un supporto competente; sono notevoli le risorse necessarie per la rielaborazione della diagnosi, la sua personale accettazione sia da parte del paziente che del *caregiver*, la ridefinizione della propria vita, le modifiche di ruoli e dinamiche familiari, la consapevolezza del carico assistenziale progressivamente in aumento.

L'assistenza domiciliare può essere garantita per lunghi periodi con prestazioni di varia natura che si modificano in base ai bisogni del malato e alle fasi di malattia in progressiva evoluzione.

Condizione essenziale per un'efficace assistenza al domicilio di un soggetto con Malattia di Alzheimer, o demenza in genere, è la disponibilità e possibilità della famiglia di mantenere il proprio caro al domicilio.

Tale possibilità è spesso compromessa da numerosi fattori, non da ultimo il modello attuale di famiglia in difficoltà nell'assumersi carichi assistenziali onerosi e protratti nel tempo e poco conciliabili con lo stile di vita attuale soprattutto nei contesti metropolitani.

Alcune variabili determinanti nella scelta/praticabilità dell'intervento domiciliare sono:

- la disponibilità familiare e la presenza di adeguate “risorse”;
- l'individuazione del *caregiver*, la sua disponibilità di tempo, la capacità e la competenza anche emotiva, un adeguato stile assistenziale;
- la disponibilità e l'efficienza della rete dei servizi;
- la possibilità di adeguamento dell'ambiente domestico all'evolvere delle necessità del malato.

Il livello di assistenza prestato dalla famiglia aumenta nel corso della malattia in modo inversamente proporzionale al ruolo giocato dal paziente, sempre meno attivo e più compromesso. In tale situazione la famiglia, e in particolare il *caregiver*, assume il peso principale della gestione e dell'assistenza con conseguente stress che gli operatori dei servizi devono essere in grado di rilevare, rispettare e sostenere.

Rientra tra gli obiettivi dell'assistenza domiciliare la capacità di offrire un adeguato supporto alla famiglia, e in particolare al *caregiver*, attivando strategie di orientamento e di aiuto che, se efficaci, sono in grado di procrastinare il momento dell'istituzionalizzazione e di ridurre il ricorso improprio all'ospedale.

Il 3° Rapporto AIMA-Censis dal titolo “L'impatto economico e sociale della Malattia Alzheimer: rifare il punto dopo 16 anni” ha analizzato, a distanza di molti anni dal 1° Rapporto (1999) e dal 2° (2007), l'evoluzione della condizione dei malati di Alzheimer e delle loro famiglie privilegiando il punto di vista dei *caregiver*.

Sono 600.000 i malati di Alzheimer in Italia e, a causa dell'invecchiamento della popolazione, sono destinati ad aumentare (l'Italia è il Paese più longevo d'Europa, con 13,4 milioni gli ultrasessantenni, pari al 22% della popolazione). L'Adi (*Alzheimer's disease international*) ha stimato a livello mondiale per il 2015 oltre 9,9 milioni di nuovi casi di demenza all'anno, cioè un nuovo caso ogni 3,2 secondi. I costi diretti dell'assistenza in Italia ammontano a oltre 11 miliardi di euro, di cui il 73% a carico delle famiglie.

Il costo medio annuo per paziente è pari a 70.587 euro, comprensivo dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale, di quelli che ricadono direttamente sulle famiglie e dei costi indiretti (gli oneri di assistenza che pesano sui *caregiver*, i mancati redditi da lavoro dei pazienti...).

Il profilo del caregiver

La Malattia di Alzheimer si conferma essere declinata al femminile, non solo perché è più diffusa tra le donne e aumenta con l'avanzare dell'età, ma anche perché il ruolo del *caregiver* è svolto per lo più da donne. Infatti, i dati raccolti nel 3° Rapporto AIMA CENSIS confermano che i *caregiver*

sono donne nel 72.9% (76.6% nel 2006) contro il 27.1% degli uomini. Incrociando il genere del *caregiver* con quello dei malati, per il 93.1% dei malati uomini è una donna a occuparsene (solo nel 6.9% si tratta di uomini che si occupano di malati uomini) e sono le mogli a occuparsi dei mariti, mentre le donne malate sono seguite per lo più dalle figlie (51.7% dei casi). All'aumento dell'età media dei pazienti malati di Alzheimer nel confronto con le precedenti edizioni (con un passaggio tra il 1999 e il 2015 dai 73.6 ai 78.8 anni del 2016) ha corrisposto anche un aumento dell'età media dei *caregiver* coinvolti nell'assistenza: 59.2 anni nel 2015 e 54.8 nel 2006. I *caregiver* tendono a concentrarsi prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 46 e i 60 anni (42.4%) con un incremento delle fasce di età over 60 anni (21.2%) e over 70 anni (23.7%).

Il *caregiver* gioca un ruolo centrale nella vita del malato perché rappresenta sia il soggetto responsabile dell'assistenza del malato sia la figura costantemente impegnata nel fornire, giorno dopo giorno, il sostegno emotivo al proprio caro. Molti *caregiver* di persone con malattia di Alzheimer affrontano un lungo periodo (dai 3 ai 15 anni) di continue richieste fisiche e psico-sociali.

Il dato, che esprime in modo sintetico l'onerosità dell'impegno del *caregiver* di una persona con Malattia di Alzheimer, è rappresentato dal numero di ore in cui è impegnato in compiti di assistenza e di sorveglianza. Tutti i giorni il *caregiver* dedica al malato in media più di 4 ore della propria giornata per le attività di assistenza diretta (igiene personale, preparazione e somministrazione dei pasti, dispensazione dei farmaci, delle medicazioni...), mentre le ore dedicate alla sorveglianza (tempo dedicato per lo svolgimento di attività varie, tra cui la compagnia in casa e fuori di casa) sono mediamente circa 11 (AIMA-Censis, 2016). Il 40% dei *caregiver*, pur essendo in età lavorativa, non lavora e, rispetto a dieci anni fa, tra loro è triplicata la percentuale dei disoccupati (il 10% nel 2015, il 3.2% nel 2006). Il 59% dei *caregiver* occupati segnala invece cambiamenti nella vita lavorativa, soprattutto le assenze ripetute (37.2%). Le donne occupate indicano più frequentemente di aver richiesto il part-time (26.9%). L'impegno del *caregiving* determina conseguenze anche sul suo stato di salute psico-fisica, in particolare se a occuparsene sono le donne, la cui salute risente in modo più significativo dell'onerosità dell'impegno assistenziale: l'80.3% accusa stanchezza, il 63.2% non dorme a sufficienza, il 45.3% afferma di soffrire di depressione, il 26.1% si ammala spesso, il 25.7% ha dovuto ricorrere a un supporto psicologico, il 25.5% utilizza farmaci soprattutto nella fascia più anziana ultra 70enne. Nell'attività di cura del malato, i *caregiver* possono contare meno di un tempo sul supporto di altri familiari: nel 2015 vi fa affidamento il 48.6%, mentre nel 2006 era il 53.4% e aumenta il ricorso a personale pagato (badante).

La badante

La badante rimane una figura centrale dell'assistenza al malato di Alzheimer come ai soggetti con perdita dell'autosufficienza per qualunque causa: a essa fa ricorso complessivamente il 38% delle famiglie, dato che testimonia l'importanza attribuita agli aiuti privati nell'assistenza di malati con patologie croniche degenerative.

La presenza di una badante ha un impatto significativo sulla disponibilità di tempo libero del *caregiver*: se complessivamente il 47.8% dei *caregiver* segnala un aumento del tempo libero legato alla disponibilità di servizi dedicati, tra chi può contare sul supporto di una badante la percentuale cresce di oltre 20 punti percentuali (68.8%) e di circa 30 punti nel caso in cui per l'assistenza si usufruisca della badante e di uno o più servizi (77.1%).

4.7. Conclusioni

I nuovi orientamenti politici e organizzativi per la gestione delle malattie croniche, incluse le demenze, mirano a:

- restituire al paziente, fino a quando possibile, il ruolo attivo che gli compete nelle scelte terapeutiche e assistenziali;
- dare alla famiglia, se adeguatamente supportata sul piano economico e psicologico, la possibilità di contribuire alla costruzione dei percorsi di cura;
- richiedere a tutti gli operatori un drastico cambiamento culturale nel loro modo di operare, dovendo svolgere un importante ruolo di facilitatori nel percorso assistenziale e superando la visione meramente organicistica della malattia.

Bibliografia

- Cassel E.J., "The Nature of Suffering and the Goals of Medicine", *N Engl J Med*, 1982, 306: 639-64.
- Istat, *15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni*, 2011.
- Istat, Dati 2016.
- Piano Nazionale delle Cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016; *Ministero della Salute*, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.
- Rapporto AIMA-Censis (3°) "Impatto economico e sociale della Malattia di Alzheimer", 2016.
- Tinetti M.E., Fried L., "The end of the disease era", *Am J Med*, 2004, 116: 179-185.
- Vollard H., Sindbjerg D., "The rise of a European Healthcare union", *Comparative European Politics*, 2017, 15: 337-351.

I Bollini RosaArgento

a cura di *Onda*

Dopo quasi dieci anni di esperienza maturata con i Bollini Rosa attribuiti agli ospedali, abbiamo deciso di rivolgere la nostra attenzione anche al mondo sanitario-assistenziale dedicato agli anziani caratterizzato da una fortissima femminilizzazione, a partire dagli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): dei 280.000 stimati, 3 su 4 sono donne. Inoltre sono in genere le donne che in famiglia affrontano la difficile scelta della struttura dove ricoverare il proprio caro anziano e che prendono contatto con i servizi di informazione e accoglienza. E ancora una volta, sono le donne le principali risorse umane che lavorano nelle RSA a tutti i livelli aziendali; la donna assume, infatti, un ruolo attivo nella cura e nell'assistenza degli ospiti in qualità di personale sanitario, di case manager e a livello gestionale, nella direzione della struttura stessa.

I cambiamenti sociali che hanno nel tempo modificato la composizione familiare (genitori sempre più anziani, donna impegnata sul fronte lavorativo, indipendenza tardiva dei figli) non consentono più di fatto alla famiglia di continuare a svolgere il tradizionale ruolo di ammortizzatore sociale.

In questo contesto socio-epidemiologico, per supportare le famiglie che, non potendo garantire ai propri cari un'assistenza adeguata in casa, devono scegliere una RSA, abbiamo promosso un nuovo progetto, i Bollini RosaArgento. L'obiettivo è premiare le strutture in possesso dei requisiti necessari per garantire non solo una gestione efficace e sicura dell'ospite, ma anche un'assistenza umana e personalizzata che valorizzi l'importanza delle relazioni sociali. Per il nostro "cervello sociale" queste ultime sono infatti indispensabili per mantenere vive le capacità relazionali, affettive e cognitive e in una RSA ben funzionante, rispetto a invecchiare in solitudine, queste condizioni possono verificarsi più facilmente.

I Bollini RosaArgento nascono dunque per offrire un supporto concreto alle famiglie e ai caregiver nell'identificazione del luogo di ricovero più adatto alle diverse esigenze dell'anziano dal punto di vista clinico-assistenziale ma si prefiggono anche di contribuire a:

- promuovere il benessere dell'ospite anziano e tutelare la sua dignità;
- migliorare l'accessibilità ai servizi erogati dalle RSA;
- potenziare il livello di offerta assistenziale e terapeutica delle RSA stimolando una concorrenza 'positiva' tra le strutture;
- ridurre ospedalizzazioni improprie favorendo un risparmio a livello di Servizio Sanitario Nazionale.

L'iniziativa, che ha ottenuto il patrocinio delle principali Società Scientifiche in ambito geriatrico e degli organismi preposti alla tutela degli anziani (Federanziani Senior Italia; SIGG, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria; SIGITE, Società Italiana di Ginecologia Terza Età; SIGOT, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio; SIneG, Società Italiana di Neurogeriatria; SID, Società Italiana di Diabetologia; SIP, Società Italiana di Psichia-

tria; SIPI, Società Italiana Psicologia Invecchiamento; SIR, Società Italiana di Reumatologia; SICGe, Società Italiana Cardiologia Geriatrica), è stata aperta a tutte le Residenze Sanitarie di lungodegenza assistita, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative corrispondenti, secondo i codici di attività individuati dal DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza (Ministero della Salute), alle Unità di cure residenziali estensive (R2), ai Nuclei Alzheimer (R2D) e alle Unità di cure residenziali di mantenimento (R3).

Le RSA hanno potuto candidarsi compilando un questionario di valutazione, composto da 80 domande elaborate da una Commissione multidisciplinare di esperti, riguardanti non solo le caratteristiche strutturali e l'assistenza clinica, ma anche l'aspetto umano.

Il questionario si articola in tre sezioni:

- sezione A: ha lo scopo di fornire una descrizione generale della struttura e di raccogliere dati di interesse per l'utenza quali tipologia, capienza e modalità di accesso;
- sezione B: ha l'obiettivo di verificare la presenza all'interno della struttura di procedure, servizi e personale sanitario considerati fondamentali per garantire alle ospiti una gestione clinico-assistenziale efficace e sicura.
- sezione C: si articola in tre sottosezioni dedicate, rispettivamente, alle caratteristiche strutturali della RSA, ai servizi clinici erogati e ai requisiti che garantiscono la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza.

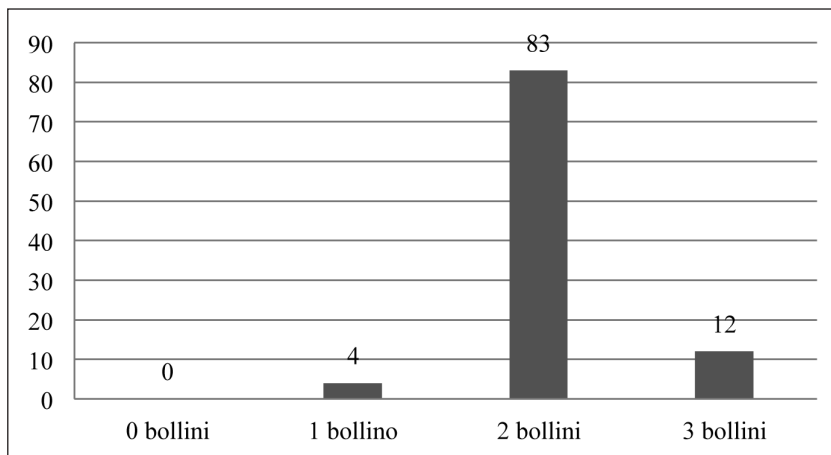
Tra gli aspetti inerenti all'umanizzazione, sono stati considerati, per esempio, la possibilità per le coppie di convivere nella stessa stanza, la garanzia del rispetto della privacy dell'ospite sottoposto a procedure sanitarie, l'esistenza di linee guida/protocolli per l'adozione di misure di contenzione fisica e/o farmacologica, l'esistenza di un codice di comportamento per le procedure di accompagnamento al fine vita, la promozione di attività di animazione atte a favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psico-fisiche residue dell'assistito (lettura, musica, pittura, arte-terapia, attività manuale), l'offerta di servizi di riabilitazione tramite Pet-Therapy e di supporto psicologico rivolto ai familiari/tutori dell'ospite, la possibilità (per gli ospiti dotati di capacità cognitiva) di scegliere il menù, la possibilità di avere assistenza religiosa, l'utilizzo di questionari di gradimento, la presenza di servizi accessori come parrucchiere, barbiere e podologo.

Un algoritmo matematico elabora la corrispondenza tra il punteggio ottenuto nel questionario (range da 0 a 100) e il numero di bollini conseguiti (0-50 punti=0 bollini; 51-65 punti=1 bollino; 66-85 punti=2 bollini; > 85 punti=3 bollini) (da 0 a 3) che sono poi validati dalla Commissione di esperti.

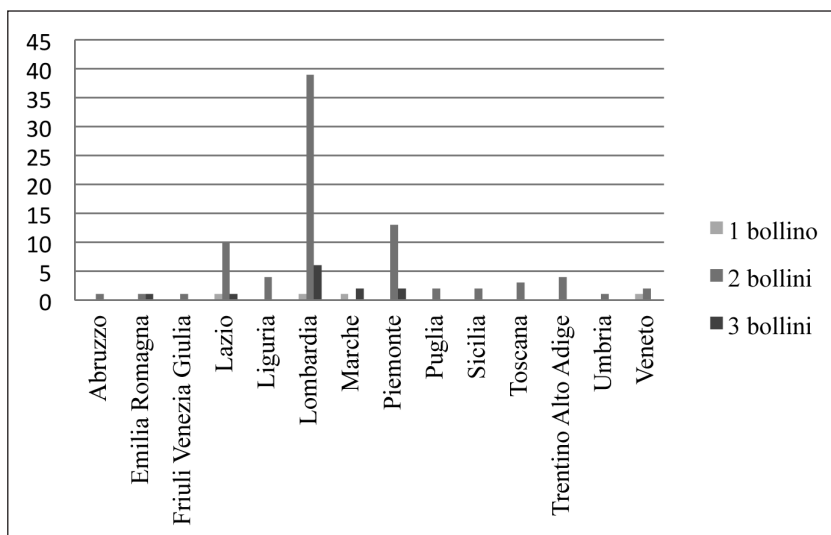
La prima cerimonia di premiazione delle RSA che hanno partecipato all'iniziativa si è svolta a Milano nel novembre 2016.

I Bollini RosaArgento sono stati attribuiti a 99 strutture di cui 83% private e 17% pubbliche con il rating rappresentato nel grafico sottostante (Grafico 1). La Lombardia spicca per il maggior grado di partecipazione all'iniziativa con ben 46 strutture (Grafico 2).

Graf. 1 - Distribuzione rating Bollini RosaArgento



Graf. 2 - Distribuzione regionale RSA premiate con i Bollini RosaArgento



Come per gli ospedali con i Bollini Rosa, attraverso un sito dedicato (www.bollinirosaargento.it) sono segnalate le RSA premiate e i relativi servizi con la possibilità per l'utenza di commentarli ed esprimere un giudizio in base alla propria esperienza.

I Bollini RosaArgento rappresentano così per le famiglie uno strumento di orientamento, una sorta di *tripadvisor* sociale, per scegliere il luogo di rico-

vero più adatto per i propri cari non autosufficienti. L'iniziativa vuole esprimere il valore, autocertificato dalle strutture, dei servizi offerti in termini di livello delle caratteristiche funzionali della struttura, i requisiti essenziali attestati dalle certificazioni e dalle azioni di gestione poste in essere, il livello di appropriatezza dell'organizzazione dell'assistenza clinica e il grado di orientamento all'umanizzazione dell'assistenza: è un modo nuovo per orientarsi, tramite un 'rating' olistico (valore socio-sanitario e umanizzazione), nella fruizione di servizi che possano soddisfare le famiglie e le ospiti delle RSA.

Il nostro obiettivo è quello di avviare all'interno del network un'attiva e sinergica collaborazione come ormai da anni portiamo avanti con gli ospedali premiati con i Bollini Rosa, promuovendo attività di aggiornamento del personale, concorsi Best Practice e iniziative "a porte aperte".

Il prossimo bando dei Bollini RosaArgento, aperto alle strutture che già afferiscono al Network 2017-18 e a nuove RSA che volessero partecipare, si svolgerà nella primavera del 2018 e porterà alla costituzione della nuova rete di RSA premiate attiva per il biennio 2019-20.

5. Invecchiamento “attivo” e politiche di welfare

di *Tiziana Bocchi**

Non è più una novità parlare di invecchiamento progressivo della popolazione italiana. Anzi, su questo dato, ormai empiricamente provato, da tempo abbiamo dovuto superare le formulazioni ipotetiche per far fronte a una realtà che, secondo gli ultimi dati Istat, ci restituisce un Paese in cui gli anziani sono in costante aumento. Infatti, il saldo natalità/mortalità nel 2016 ha fatto registrare un valore negativo pari a meno 134 mila: cosa vuol dire? Che i decessi non sono compensati dalle nuove nascite. Ancora, gli individui che hanno più di 65 anni rappresentano il 30.3% del totale, mentre i minorenni si fermano al 17%, secondo l'ultimo rapporto in materia del Censis. Il report dell'Istat “Noi Italia 2017” parla chiaro: al 1° gennaio 2016 ci sono 161.4 anziani ogni cento giovani.

Questo fenomeno è dovuto, principalmente, al combinato disposto di due fattori, uno negativo e uno che risulta essere in realtà positivo: da un lato il tasso di fecondità che continua a scendere e dall'altro l'aspettativa di vita che si innalza sempre più. Ma andiamo con ordine. Nel 2016 la fecondità totale è scesa a 1.34 figli per donna da 1.35 nel 2015, mentre, per quanto riguarda le sole italiane, il tasso si ferma a 1.27. È chiaro, quindi, come dicevamo all'inizio, che in Italia fare figli diventa sempre più raro e, tra l'altro, questo avviene in età sempre più matura: l'età media al parto è, non a caso, di 31.7 anni.

L'altra faccia della medaglia è l'aumento dell'aspettativa di vita, che seppur rappresenti in sé un valore, incide con forza sull'invecchiamento della popolazione. Essa, infatti, si è attestata nel 2016, secondo l'Istat, a 80.6 anni per gli uomini e 85.1 per le donne, con un balzo in avanti, per entrambi i generi, rispetto al 2015 di circa 6 mesi. Da entrambi questi fattori deriva la non procrastinabile necessità di porre la massima attenzione al cosiddetto “invecchiamento attivo”.

* Segretaria Confederale UIL.

Abbiamo fin qui tentato, con l'ausilio delle principali fonti statistiche, di fare una fotografia demoscopica del nostro Paese. Questo per poter poi, con maggiore competenza, intraprendere quello che deve essere, a nostro avviso, uno dei principali compiti che deve svolgere un soggetto che, come il sindacato in generale e la Uil in particolare, si è sempre posto l'obiettivo di rappresentare le istanze anche sociali dei cittadini. Infatti, bisogna innanzitutto distinguere, quando si parla di invecchiamento attivo, tra coloro che, soprattutto a causa delle ultime riforme pensionistiche, sono costretti a lavorare fino a tarda età e altri che, invece, sono approdati alla pensione e hanno il diritto di trascorrere tale periodo della propria vita in modo dignitoso.

Partiamo, dunque, da un paradigma che si è ormai affermato nel nostro Paese: **vivere più a lungo vuol dire lavorare per più tempo**. Questo è uno degli aspetti fondanti della ormai nota riforma delle pensioni voluta dal Governo Monti. Essa, infatti, oltre a sancire il passaggio dal sistema di calcolo retributivo delle pensioni a quello contributivo e a innalzare a 66 anni e 7 mesi l'età necessaria per accedere alla pensione di vecchiaia e a 41 anni e 10 mesi di attività per quella anticipata, ha anche previsto il meccanismo dell'adeguamento previdenziale all'aspettativa di vita. Questo vuol dire che un numero sempre crescente di "anziani" sarà costretto a prolungare la sua permanenza sul posto di lavoro. Non è un caso che, lo stesso Istituto nazionale di statistica, nel constatare che l'aumento degli occupati che si è registrato nel 2017 rispetto al 2016 riguarda soprattutto gli ultra 50enni (con 362 mila nuovi occupati, mentre tra i 15 e i 34enni sono solo 37 mila) sostiene che "si conferma quindi il ruolo predominante degli ultracinquantenni nello spiegare la crescita occupazionale, anche per effetto dell'aumento dell'età pensionabile". Ciò comporta in sé due problemi distinti: la maggiore difficoltà dei giovani ad accedere al mercato del lavoro e, d'altra parte, la sempre più stringente necessità di favorire l'"invecchiamento attivo", in questo caso, delle lavoratrici e dei lavoratori. Diceva Cesare Pavese nel 1936 "lavorare stanca" contrapponendo ai doveri che la società, spesso onnivora, pone all'uomo, la necessità dell'individuo di prendersi cura della propria persona, dandole il giusto riposo tra le mura tanto domestiche, quanto rurali, costituite dagli affetti più cari. Non è un caso, infatti, che egli dia al suo personale diario il titolo "il mestiere di vivere" dove anche la vita stessa, come un lavoro, ha bisogno dei suoi tempi, dei suoi spazi, potremmo quasi dire dei suoi "turni".

Ma perché questa breve citazione? Perché siamo convinti che con il mutamento dei cicli della vita anche i bisogni delle persone si trasformano.

La lavoratrice e il lavoratore ultrasessantenne non hanno gli stessi bisogni e le stesse necessità del giovane appena approdato nel mondo del lavoro, così come della donna o dell'uomo di mezza età più proiettati al

soddisfacimento delle proprie carriere. Questo non vuol dire, si badi bene, che le persone giunte a una determinata età non costituiscono più una risorsa, anzi. Bisognerebbe sempre di più parlare di “*silver economy*”, cioè del contributo fattivo che queste persone possono e devono dare alla nostra economia. Per fare questo, però, è necessario costruire una cornice normativa e contrattuale che permetta anche a loro di affrontare al meglio questa fase della vita.

Da questo punto di vista Cgil, Cisl e Uil si sono impegnate per ottenere un sistema di **pensionamento anticipato** che possa permettere, a determinate condizioni, di uscire anzi tempo dal mondo del lavoro: stiamo parlando dell'APE in tutte le sue varianti a partire da quella social. Una conquista importantissima se si pensa che dopo decenni per la prima volta il Governo è intervenuto sulla previdenza non per togliere risorse ma per destinarne di nuove, per un valore che sfiora i 7 miliardi in 3 anni. D'altro canto, è vero anche che la legge di stabilità 2016 aveva previsto la possibilità, entro 24 mesi dal raggiungimento dei requisiti previdenziali, di chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro in “part-time” a fronte di nuove assunzioni da parte dell'azienda. Una possibilità, quest'ultima, che si è scontrata con la legittima aspirazione delle lavoratrici e dei lavoratori a fare in modo non solo di raggiungere la pensione ma di farlo garantendosi un reddito adeguato. Se queste sono state le misure che il legislatore ha, al momento, adottato e che comunque giudichiamo positivamente, a esse si devono affiancare anche quelle di natura contrattuale. È la contrattazione, infatti, che nel definire e determinare l'organizzazione del lavoro deve sempre di più tendere, come del resto già sta facendo, a contemplare anche le nuove esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori non più giovanissimi.

Qui si inserisce, senza dubbio, il tema del *welfare* privatistico.

È ormai noto che, con la legge di Stabilità 2016 prima e con quella di Bilancio 2017 poi, il Governo ha deciso di incentivare questo aspetto andando a modificare l'articolo 51 del Tuir. In altri termini, è stato previsto che se queste prestazioni sono frutto di accordo sindacale, inteso sia come trasformazione, in tutto o in parte, di premi per obiettivi, sia come libera intesa sulla materia tra azienda e organizzazioni sindacali, esse siano escluse da tassazione – per quanto riguarda le lavoratrici e i lavoratori – e non rientrino nel limite di deducibilità del 5 per mille delle spese sostenute per i dipendenti – per quanto concerne le aziende. La vera questione è quindi quale *welfare*. Siamo sempre più abituati, oramai, a definire in questo modo tutte le prestazioni erogate dal datore di lavoro che esulano dalla retribuzione in senso stretto: dai buoni benzina a quelli per gli elettrodomestici, per arrivare alle palestre e ai viaggi. Senza nulla togliere a queste scelte, noi preferiamo parlare di “*welfare* sociale”, cioè di pratiche che abbiano come scopo quello di venire incontro alle esigenze di conci-

liazione vita-lavoro delle persone e a quelle legate all'aumento della qualità della vita.

Più avanti, nel corso del nostro elaborato, declineremo questo concetto anche dal punto di vista della genitorialità, ma ora ci preme sottolineare che per tutta una fascia di lavoratrici e lavoratori diviene sempre più importante lavorare sugli aspetti legati alla sanità, ma anche alla salute e sicurezza sul lavoro. Così come, assume sempre più rilevanza il tema della cura non tanto dei figli ma dei genitori, attraverso la previsione di prestazioni volte ad assicurare a questi ultimi il necessario sostegno. Ma la contrattazione non è solo *welfare*. Esistono molti esempi, nei contratti di secondo livello in particolare, di “buona flessibilità”, quella che deve permettere a chi è occupato di svolgere al meglio il mestiere, in questo caso, anche del nonno e della nonna.

Ma finora abbiamo parlato di chi invecchia lavorando, ma cosa accade a chi è già in pensione? Secondo l'Istat, nel 2015 i pensionati in Italia sono 16.2 milioni (-80 mila rispetto al 2014, -600 mila sul 2008) e costituiscono, circa, il 27% della popolazione e il loro reddito medio si aggira intorno ai 17 mila euro. È chiaro, quindi, che stiamo parlando di una fetta rilevante del nostro tessuto sociale e che, come abbiamo detto, tenderà sempre di più ad aumentare (l'Istat prevede che gli anziani nel 2050 saranno il 34.3% della popolazione). Ritorna quindi con forza il tema dell’**“invecchiamento attivo”**. Cicerone sosteneva nel suo “De senectute” che “rimane intatta ai vecchi l'intelligenza, a patto che rimangano fermi gli interessi e l'operosità”. Il retore romano, in altri termini, sosteneva che per consentire agli anziani di vivere al meglio – e cioè per conservare intatta la “ratio” – c'è bisogno che essi conservino da una parte gli interessi, intesi in senso generale come volontà di vivere, dall'altro che siano attivi. Per ottenere questo, due, a nostro avviso, sono le condizioni da soddisfare: innanzitutto per “tenere fermi gli interessi” c'è bisogno che gli anziani si sentano per la società una **risorsa** e non un peso, mentre per essere operosi è necessario che essi siano in **salute**, o meglio, che possano agevolmente provvedere alla propria salubrità personale. Bene. In Italia la quota di persone che ha rinunciato a una visita medica perché troppo costosa è cresciuta tra il 2008 e il 2015 dal 4.0 al 6.5 per cento della popolazione e il fenomeno è più accentuato nel Mezzogiorno, sia come livello di partenza sia come incremento (dal 6.6 al 10.1 per cento).

Bisogna al contempo considerare che il reddito medio dei neo pensionati, secondo l'Istat, si aggira intorno ai 15 mila euro, rispetto ai 17 mila della media generale di chi è uscito dal mercato del lavoro. C'è senza dubbio bisogno di invertire questa tendenza sia per coloro che in questi anni sono andati in pensione e sia per le future generazioni. Può apparire anti-intuitivo, ma anche in questo caso la contrattazione può e deve fare molto.

Infatti, se pur è vero che essa riguarda direttamente chi è occupato, le leve sulle quali essa può agire vanno a intaccare anche la futura situazione previdenziale delle lavoratrici e dei lavoratori. Torna qui la vexata quaestio del *welfare*. Come abbiamo scritto in precedenza, il legislatore ha, negli ultimi anni, con più provvedimenti incentivato quello di natura privatistica, troppo spesso però a discapito di quello pubblico. La Uil è convinta, infatti, che sia compito della contrattazione ricercare il giusto equilibrio tra *welfare state* e prestazioni negoziali, le quali devono essere sempre integrative e mai sostitutive del primo. E ciò proprio perché lo Stato deve garantire tutele universali per tutti i cittadini, non solo per chi è occupato.

C'è anche un'altra controindicazione che riscontriamo nel proliferare incontrollato dei così detti piani di *welfare*. Infatti, come è noto, essi in quanto esclusi da tassazione non prevedono neanche il versamento dei contributi previdenziali. È, importante, quindi fare in modo che il vantaggio dell'oggi non si tramuti in un danno nel domani. Ma non c'è solo questo. Se è vero che la riforma previdenziale del 2012 ha previsto il passaggio al "contributivo puro", se è vero anche che i giovani sempre si trovano a fare i conti con una discontinuità lavorativa, allora diviene sempre più urgente sviluppare una politica salariale espansiva ed estendere il più possibile la previdenza complementare. Perché è solo incrementando il reddito di chi lavora che, oltre ad aiutare lo sviluppo economico e occupazionale del Paese, si potrà anche fare in modo di consegnare pensioni dignitose alle future generazioni. Un tema che assume caratteristiche ancora più rilevanti se si pensa alla condizione delle donne.

Le pensionate in Italia rappresentano il 52.8% del totale e hanno un reddito previdenziale che è, mediamente, inferiore di circa 6 mila euro rispetto agli uomini. Una differenza insostenibile, ma da dove deriva? Essa è una delle conseguenze del *gender pay gap*. Entriamo ora nel secondo aspetto che vogliamo trattare in questo articolo. E per farlo proviamo a tessere le fila che fino a ora abbiamo provato a srotolare. Siamo partiti dalla constatazione che il nostro è un Paese che sta progressivamente invecchiando e abbiamo riscontrato due motivazioni per cui questo accade, da un lato il troppo basso tasso di natalità, dall'altro l'aumento dell'aspettativa di vita. È giunto il momento di occuparci della prima questione che si riduce, per la gran parte, alle differenze di genere purtroppo ancora oggi presenti. Una delle prime considerazioni che ci viene da fare riguarda, infatti, il motivo per il quale in Italia si tende a non fare figli. Con l'innalzamento della qualità della vita, rispetto alle passate generazioni, sempre più oggi si è inclini a creare una famiglia solo se le condizioni economiche lo permettono. Si tratta, a nostro avviso, di un cambiamento profondo di uno dei paradigmi che per secoli è stato alla base della società. Mentre prima della rivoluzione industriale, i figli costituivano in un certo qual modo una fonte di mano

d'opera e di crescita economica per la stessa famiglia, si pensi, per esempio, alle tradizioni rurali. Questo, in un contesto di mobilità sociale elevata (effettiva o presunta), di alta digitalizzazione e specializzazione, è sempre meno vero. Non stiamo qui sostenendo, si badi bene, che non è giusto ricercare la stabilità economica prima di costituire un nucleo familiare, ma che in quest'epoca storica il sostegno alla genitorialità è diventato ancor più fondamentale. Infatti, se come abbiamo detto, prima di fare figli gli individui cercano la stabilità economica, allora questo stride fortemente con i tassi di occupazione al momento presenti nel nostro Paese. L'Istat ha infatti certificato che a febbraio 2017 la percentuale di occupati tra gli uomini è pari al 66.7% mentre quello delle donne si attesta al 48.4. Da ciò ne deriva che se si vuole incrementare il tasso di natalità occorre, senza dubbio, aumentare la disponibilità di posti di lavoro. E questo è ancor più vero per le donne in quanto, secondo la Banca d'Italia, se lavorasse il 60% delle donne il Pil crescerebbe del 7%.

L'Inps, nella sua ultima relazione annuale, ci dice poi un'altra cosa molto interessante: a differenza del passato, quando a diventare mamme erano soprattutto le donne che si dedicavano al 100% alla famiglia, oggi sono le lavoratrici a fare più figli. Ciò sia perché, come dicevamo, questi ultimi si fanno soprattutto se si è in possesso di un reddito adeguato, sia soprattutto perché le donne vogliono sempre più affermarsi e realizzarsi anche nel mondo del lavoro.

Ma la differenza tra i generi non sta solo nel tasso di occupazione ma anche, purtroppo, nel così detto "*gender pay gap*". Esso era al 4.9% nel 2008, è lievitato al 5.5% nel 2009, per arrivare appunto al 6.7% nel 2014. Inoltre, stando agli ultimi dati Istat riferiti al 2015, la retribuzione delle donne tra i 58 e i 63 anni è inferiore di circa il 25% rispetto a quella degli uomini. Ma a cosa è dovuto? I motivi sono molti e diversi, proviamo solo a significarne qualcuno. Innanzitutto, donne e uomini trovano spesso lavoro in settori diversi e svolgono mansioni differenti, con la costante che i comparti a prevalenza femminile presentano in genere salari più bassi di quelli a prevalenza maschile. Devono essere, poi, considerati anche altri fenomeni presenti negli ambienti di lavoro che discriminano le donne; pensiamo, per esempio, alle opportunità di avanzamento di carriera e di formazione, non è infatti un caso se in Italia le donne manager sono solo il 26% del totale. Per non parlare, poi, delle diverse composizioni delle buste paga e, conseguentemente, delle differenti modalità di accesso ai sistemi di incentivazione. Ma se si vuole ricercare una risposta più precisa a questo fenomeno non bisogna considerare esclusivamente il percorso professionale delle donne all'interno delle aziende. Infatti, contribuisce a formare tale differenza di reddito anche il tasso di interruzione dell'attività lavorativa per motivi familiari, che coinvolge il 22.4% delle donne con meno di 65 anni (contro

il 2.9% degli uomini), senza considerare che esso sale al 30% tra le madri. Oltre questo, andrebbe anche ricordato che i percorsi lavorativi delle donne sono più spesso caratterizzati da lavori atipici: tra gli occupati, di età compresa tra i 16 e i 64 anni, secondo gli ultimi dati Istat, solo il 61.5% delle donne ha avuto un percorso interamente standard, contro il 69.1% degli uomini. Inoltre, dagli anni 90 è progressivamente aumentato il part-time femminile (dal 21% del 1993 al 32.2% del 2014), con conseguenti minori livelli medi di retribuzione e importi più bassi dei contributi versati.

Come mai ci siamo soffermati così a lungo sulle differenze retributive tra i generi? Perché vogliamo sgombrare il campo dagli alibi e affermare un concetto essenziale: **più le donne lavorano più fanno figli** e, di conseguenza, si innalza il tasso di natalità. Se davvero, quindi, si vuole smettere di maledire il buio e accendere una candela, occorre ridurre drasticamente il *gender pay gap*. Questa però non è l'unica ricetta.

La natalità non va solo incoraggiata, ma anche sostenuta. Se è vero che ormai sono le lavoratrici coloro che più delle altre decidono di diventare madri è vero, allo stesso tempo, che il prezzo che pagano è troppo alto. È l'Inps a dirci che dopo la nascita del figlio, coloro che riescono a tenersi stretto il lavoro, perdono il 10% della busta paga. Se si tiene conto di quelle che invece dopo la maternità si ritirano temporaneamente dal mondo del lavoro si scopre che esse, in media, dopo 24 mesi guadagnano il 35% in meno rispetto al periodo pre-parto. Un fenomeno, quest'ultimo, che ha in sé due dati preoccupanti: sicuramente la diminuzione del reddito, ma anche la difficoltà delle donne a mantenere il proprio posto di lavoro dopo essere diventate mamme. Questo, in altri, termini vuol dire che il nostro Paese non è ancora stato in grado di costruire un sistema di sostegno normativo ed economico efficace sul tema della **genitorialità condivisa**. E sì, vogliamo ribadire condivisa, perché tra i meandri del rapporto annuale dell'Inps si scopre che solo il 30% dei padri usufruisce del congedo parentale. Cosa sta a indicare questo? Che il compito di cura della famiglia, in generale, e dei figli, in particolare, ricade ancora pesantemente sulle spalle delle sole donne. Finora abbiamo descritto per quali ragioni il tasso di fertilità nel nostro Paese è basso. Ma come fare per invertire questa tendenza? Da un lato bisogna intervenire dal punto di vista legislativo. In un Paese con un basso tasso di natalità riteniamo, infatti, che il sostegno alla genitorialità condivisa debba divenire sempre di più un elemento chiave non solo dell'azione sindacale ma anche di quella politica. Da quest'ultimo punto di vista, riteniamo fondamentale operare una riforma dell'attuale sistema pubblico di incentivi, che superando il regime dei "bonus", sia in grado attraverso la produzione di un Testo Unico sulla Genitorialità di rendere strutturali quei diritti che a oggi risultano, purtroppo, ancora incerti e, di conseguenza, spesso volte inefficaci. Entrando nel merito, riteniamo necessario interve-

nire in due direzioni: la prima, con un sostegno maggiore per la donna che lavora e che rischia spesso di perdere il lavoro se incinta o di non vedersi rinnovato il contratto dopo la maternità. La seconda, attraverso una modifica dei congedi parentali. Oggi i padri non ne usufruiscono, anche, perché esso è pagato solo al 30% dello stipendio, solo per i primi 6 mesi ed entro i primi 3 anni di vita del bimbo. Rinunciare al 70% della retribuzione è impossibile, visti gli stipendi attuali. Occorre quindi ragionare affinché le lavoratrici siano retribuite al 100% per tutto il periodo di congedo di maternità obbligatorio; al rientro, potranno lavorare a tempo parziale fino al compimento del primo anno di età del bambino e la loro retribuzione sarà integrata al 100% dall'Inps. Allo stesso modo, il padre lavoratore dovrebbe avere 30 giorni di permesso retribuito obbligatorio per i primi mesi di vita del bambino, mentre entrambi i genitori potranno utilizzare il congedo parentale retribuito al 50% invece che al 30%. Se è questo quello che, a nostro avviso, dovrebbe fare la legge, allo stesso modo la contrattazione ha tanto da dire su questa tematica. Abbiamo parlato prima di *welfare* sociale come obiettivo che la negoziazione dovrebbe sempre avere presente, ora entriamo più nel dettaglio con quello che vogliamo chiamare “**welfare genitoriale**”. Si tratta di tutte quelle prestazioni che possono servire a conciliare le esigenze di vita e di lavoro dei dipendenti con particolare riguardo a coloro che scelgono di mettere al mondo un bambino: asili nido, scuole materne, bonus per l'istruzione anche in età prescolare, ma anche visite pediatriche. Solo per fare alcuni esempi. E ancora una volta “buona flessibilità”, quella che nasce da un'organizzazione del lavoro che deve permettere ai genitori non solo di dedicare del tempo ai propri figli ma di poter essere presenti in quei momenti che saranno fondamentali per la loro crescita.

La tutela della genitorialità e la cura degli anziani devono essere le stelle polari di uno Stato che si vuole definire civile. Superando, al contempo, tutte quelle pregiudiziali, culturali e sociali, che ancora oggi continuano a segnare, purtroppo, una ancora troppo marcata differenza tra donne e uomini. Per far questo c'è bisogno che tutti e ciascuno facciano la propria parte, in modo che questi non siano solo temi sui quali dibattere ma che diventino presto il centro dell'azione politica e sindacale italiana.

6. La gestione della donna anziana: analisi della spesa in un'ottica di genere

di Giorgio Fiorentini*

6.1. Premessa di *welfare*

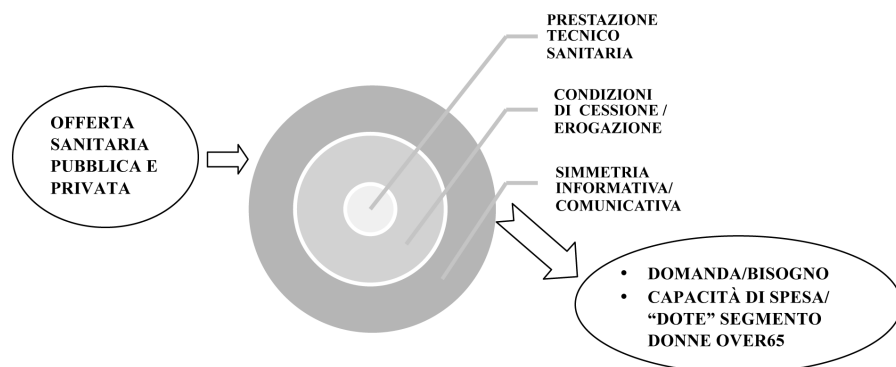
Le risposte istituzionali del sistema sanitario (pubblico e privato) che offrono alcune aree di difficoltà e il raccordo con bisogni/domanda di *welfare*, sempre più complessi e con una “cifra” di innovazione inarrestabile, segnano una criticità negativa e sottolineano l'esigenza di erogare servizi simmetrici alla domanda segmentata, in primis, sulla base dell'età e della disponibilità economica. In sanità questa affermazione è ancora più calzante e c'è un imperativo categorico sociale e di *welfare* che impone di costruire un'offerta di servizi sempre più efficaci. Questa esigenza integra la prestazione sanitaria con condizioni di cessione/erogazione e aspetti informativi e di comunicazione che sono il “dover essere” delle strutture d'offerta pubbliche e private anche se c'è un calmierale funzionale determinato dalle risorse a disposizione e in funzione della spesa storica che i segmenti di popolazione hanno avuto e hanno a disposizione.

Per questo motivo il contenuto delle considerazioni che seguono cerca un orientamento inerente la spesa sanitaria per la popolazione femminile over65 (d'ora in avanti D.OVER65), contemperando la specificità delle prestazioni, il valore aggiunto delle condizioni di erogazione delle prestazioni, unitamente alla simmetria informativa/comunicativa, e la capacità di spesa/“dote” a disposizione delle D.OVER65 (Figura 1).

Tutto questo avviene in un contesto di *welfare state* che, pur nella sua transizione al *welfare mix*, mantiene sottotraccia un riferimento al concetto di orientamento universalistico e quindi il contributo dei privati è visto “in primis” come recupero di efficacia ed efficienza nei confronti della domanda dei cittadini.

* Centro di Ricerca sull'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Settore Imprese Sociali.

Fig. 1



Inoltre si ricorre orientativamente alla fruizione/consumo di risorse esterne non tanto in una logica di *outsourcing*, ma piuttosto in una logica di partenariato funzionale che integra un “ex ante” programmatico pubblico e un “ex post” produttivo e distributivo (pubblico e privato) in una filigrana normativa che assume sempre più un ruolo di cornice interpretativa da riempire di scelte operative strutturali (tipologie di enti pubblici e privati non profit e profit) e funzionali (prestazioni-servizi erogati).

Nell'ambito sanitario e socio assistenziale il concetto universalistico si stempera nell'orientamento particolaristico e discrezionale che deriva dal semplice sostegno finanziario pubblico alle strutture private del *welfare mix*.

Lo stato, in questa dimensione di rapporto strettamente biunivoco con la risposta ai cittadini, deve considerare le implicazioni redistributive del sostegno finanziario dato ai privati domandandosi in modo puntuale:

- chi sono i beneficiari dei servizi;
- quanto viene mantenuto l'approccio equitativo;
- quali sono le gradazioni compatibili con le possibilità di scelta dei cittadini;
- quanto si riconoscono i diritti delle minoranze e delle fasce deboli.

In sintesi, lo stato dovrebbe aumentare la sua capacità di mediazione per semplificare il sistema di offerta dei servizi sociali e mantenere l'integrazione dei particolarismi.

La realtà della domanda è ormai un insieme di particolarismi che ha bisogno di risposte “calligrafiche” e che riduce il livello di standardizzazione che solitamente caratterizza la risposta pubblica.

La diffusione integrabile di soggetti privati non può essere sottoposta a una regolazione uniforme statuale, ma ha bisogno di un assetto di *welfare*

che concilia l'universalismo della mediazione generale dello stato con il particolarismo dell'offerta, prevalentemente privata (non profit e profit) di servizi di *welfare* adeguati alla domanda dei cittadini.

Quindi il passaggio da una situazione di monopolio funzionale a quello di "concorrenza e competizione collaborativa" che ha come obiettivo la soddisfazione dei bisogni economico-sociali dei cittadini che esplicitano la loro domanda dinamica di "cittadinanza"¹.

Da questo approccio è possibile derivare la costruzione di quell'insieme di relazioni mutuamente integrate e immediatamente disponibili, e di quel sistema di valori comuni che, fungendo da ponte tra i soggetti, permette di rendere duraturi gli ambiti relazionali creati con finalità di tipo produttivo.

In quest'ottica, il senso di comunità nelle imprese sociali deve essere visto come: una forza che, agendo all'interno di un contesto aziendale, influisce in modo positivo sull'impresa sociale stessa e sui suoi membri; un vissuto sperimentato dai membri che è il risultato di legami di appartenenza, affettivi, di condivisione e di aiuto; un investimento culturale e relazionale.

Quindi le funzioni dello stato (garanzia, animazione, sviluppo economico, assistenza) trovano nella sussidiarietà verticale, orizzontale, famigliare, personale e circolare, una modalità operativa utile per innalzare il livello di equilibrio socio economico del "sistema Paese".

La dinamica socio-economica del "sistema Paese" ha creato un modello di *welfare* plurale e trasversale in cui i vari attori (pubblico e privato), con gradazioni diverse, hanno un ruolo rilevante non tanto e non solo in termini di "morfologia istituzionale" (decentramento sociale, sussidiarietà, piani di zona, federalismo, devolution...), ma in termini di "funzionalità operativa".

1. Per la definizione del paradigma della competizione collaborativa e di strategie collaborative tra imprese sociali una riflessione sul senso di comunità aziendale, dopo quella svolta sull'etica della convergenza, è estremamente importante, perché in questa tipologia di aziende si realizza un nuovo ambito comportamentale in cui si sperimentano relazioni di vicinanza emotiva che danno una peculiare definizione ai bisogni di relazione sociale e di trasmissione delle informazioni.

Secondo la definizione di W.D. McMillan e M.D. Chavis il senso di comunità è la certezza soggettiva che i membri hanno di appartenere e di essere importanti gli uni per gli altri e tutti per il gruppo, e una fiducia condivisa nella possibilità di soddisfare i propri bisogni come conseguenza della ricomposizione e della convergenza dei singoli bisogni. In tale definizione gli aspetti fondamentali sono: l'appartenenza, cioè la sensazione di condividere una connessione (valoriale, culturale, economica, metaeconomica), l'influenza, cioè l'importanza del gruppo per il singolo e del singolo per il gruppo, l'integrazione e la soddisfazione dei bisogni, la possibilità per i singoli di ottenere le risorse necessarie dall'interazione integrata, la relazione emotiva condivisa, derivante dalla fiducia nella volontà dei membri di condividere una storia, dei valori, degli obiettivi. Vedi Manfredi F., *Le strategie collaborative delle imprese sociali*, Prefazione di Elio Borgonovi, EGEA, 2003.

Il *welfare* è nato e si è sviluppato per rispondere in modo “efficiente ed efficace” (e, in logica economico-aziendale, anche con “economicità” e con una opzione di “partecipazione”) ai bisogni della popolazione. Si individua un processo di percezione dei bisogni che hanno un loro dinamismo tale da strutturare una pluralità di domande di servizi e da esigere una risposta interconnessa, ampia, universale e non una risposta solo per categorie (anziani, bambini, disabili, tossicodipendenti e così via).

Quindi da un “*welfare* categoriale” a un “*welfare* universalistico a sussidiarietà variabile (WUSV)” che per sua natura è integrato e olistico.

È proponibile e necessario entrare in una logica di WUSV; cioè non esiste più la possibilità di avere un *welfare* universalistico assoluto, senza compartecipazione finanziaria (famiglie, singoli, imprese...), che possa dare risposta da parte dello Stato a tutti i bisogni del sistema, ma dobbiamo porci nella dimensione in cui ci sono alcuni cittadini che, proprio perché sono “clienti” dello Stato – nel passaggio dai “*search goods*” agli “*experience goods*” –, comprendono che devono partecipare e contribuire ai costi del sistema nella fruizione dei servizi di pubblica utilità dello Stato, prodotti ed erogati dal privato profit e non profit.

L'evoluzione del contesto socio-economico italiano dovrà generare questo sistema di WUSV tale da integrare il presidio delle categorie effettivamente a copertura totale pubblica, con una copertura mista per le categorie a minore debolezza, fragilità e vulnerabilità.

6.2. Dinamiche demografiche di contesto

In questo contesto di evoluzione del *welfare*, si devono considerare i dati demografici che rappresentano l'incontrovertibile realtà della popolazione nella sua evoluzione e che fanno da scenario delle nostre considerazioni.

In Italia vivono quasi 61 milioni di persone. Il 49% sono uomini e il 51% donne. Quasi il 20% della popolazione ha meno di 20 anni e quasi il 27% ha più di 65 anni. Gli ultra 80enni sono poco meno del 6%. La speranza di vita alla nascita è di 83.2 anni (85.6 per le donne e 80.7 per gli uomini): oltre due anni in più rispetto alla media europea (80.9). Alla longevità positiva non si accompagna un'alta speranza di vita in buona salute (58.3 anni) e neanche una elevata speranza di vita libera da limitazioni a 65 anni di età (9.7 anni che è un anno in meno rispetto alla media europea). L'indice di vecchiaia italiano si attesta a 151.6 (151 persone over 65 anni ogni 100 giovani con meno di 15 anni), rispetto a una media europea di 116.6.

Fra i principali fattori di rischio sottolineiamo (a livello nazionale):

- sedentarietà (39.7%);
- abitudine al fumo (19.6%);
- eccesso di peso (45.1%).

Nel nostro specifico la popolazione D.OVER65 riportata nella Tabella 1, con una distribuzione per classi quinquennali, ammonta a 7.606.256 (57%) donne su un totale di 13.369.754 (100%) di over65 senza distinzione di genere.

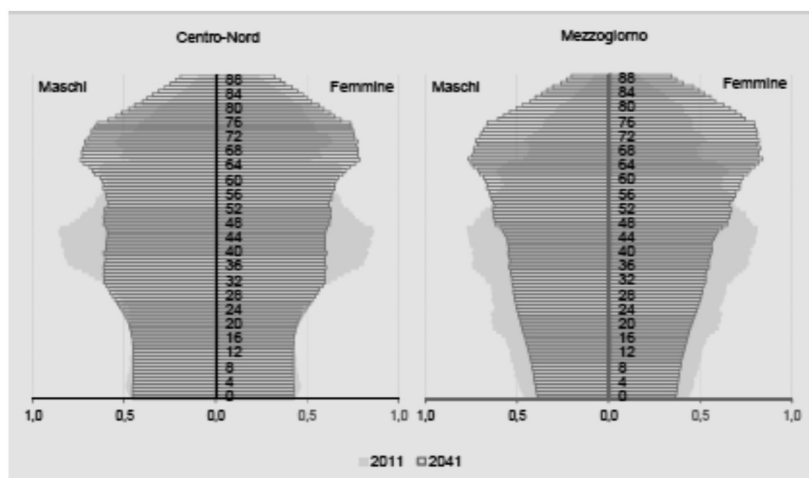
Tab. 1 - Distribuzione numerica della popolazione italiana per classi quinquennali

Età	Celibi/ Nubili	Coniu- gati/e	Vedovi/e	Divor- ziati/e	Maschi	Femmine	Totale	
								%
0-4	2.572.948	0	0	0	1.322.506 51,4%	1.250.442 48,6%	2.572.948	4,2%
5-9	2.854.720	0	0	0	1.469.465 51,5%	1.385.255 48,5%	2.854.720	4,7%
10-14	2.854.191	0	0	0	1.469.325 51,5%	1.384.866 48,5%	2.854.191	4,7%
15-19	2.878.402	3.069	51	26	1.490.426 51,7%	1.391.122 48,3%	2.881.548	4,7%
20-24	2.938.566	96.742	113	766	1.563.396 51,5%	1.472.791 48,5%	3.036.187	5,0%
25-29	2.702.953	551.463	859	5.428	1.653.304 50,7%	1.607.399 49,3%	3.260.703	5,4%
30-34	2.064.748	1.447.156	3.411	22.507	1.776.419 50,2%	1.761.403 49,8%	3.537.822	5,8%
35-39	1.640.945	2.359.522	10.223	69.780	2.043.171 50,1%	2.037.299 49,9%	4.080.470	6,7%
40-44	1.417.953	3.182.580	25.378	154.622	2.380.558 49,8%	2.399.975 50,2%	4.780.533	7,9%
45-49	1.060.786	3.583.270	53.169	234.460	2.441.662 49,5%	2.490.023 50,5%	4.931.685	8,1%
50-54	751.309	3.642.104	98.421	265.854	2.337.449 49,1%	2.420.239 50,9%	4.757.688	7,8%
55-59	497.234	3.221.338	158.537	223.953	1.990.139 48,5%	2.110.923 51,5%	4.101.062	6,8%
60-64	344.537	2.889.808	243.947	167.948	1.755.003 48,1%	1.891.237 51,9%	3.646.240	6,0%
65-69	277.915	2.858.152	414.629	134.222	1.757.419 47,7%	1.927.499 52,3%	3.684.918	6,1%
70-74	198.456	2.051.258	528.306	78.206	1.322.775 46,3%	1.533.451 53,7%	2.856.226	4,7%
75-79	187.141	1.738.234	800.733	53.445	1.227.379 44,2%	1.552.174 55,8%	2.779.553	4,6%
80-84	142.397	996.295	889.192	26.610	826.785 40,2%	1.227.709 59,8%	2.054.494	3,4%

85-89	99.203	429.137	764.526	12.544	448.203 34,3%	857.207 65,7%	1.305.410	2,2%
90-94	46.310	105.952	405.123	4.505	154.221 27,4%	407.669 72,6%	561.890	0,9%
95-99	9.696	11.391	86.696	715	23.625 21,8%	84.873 78,2%	108.498	0,2%
100+	1.990	1.102	15.576	97	3.091 16,5%	15.674 83,5%	18.765	0,0%
Totale	25.542.400	29.168.573	4.498.890	1.455.688	29.456.321 48,6%	31.209.230 51,4%	60.665.551	100,0%

La Figura 2 mostra come, in Italia, nel 2041 gli over65 avranno un progressivo incremento senza distinzione di area regionale con una sorta di uguaglianza piramidale.

Fig. 2 - Piramidi delle età a confronto – Anni 2011-2041



Si nota un generale invecchiamento della popolazione, con un aumento dell'aspettativa di vita che pone seri interrogativi sul grado di autonomia nella vita quotidiana, ovvero sulle risposte e, in particolare, sulla capacità di tenuta del *caregiving* familiare necessaria ad affrontare i problemi generati da tali dinamiche.

6.3. La spesa D.OVER65: alcune variabili

Riguardo alle famiglie siamo in presenza di mutamenti inerenti al decremento numerico e all'invecchiamento, che si modifica in funzione dei contesti di riferimento socio-economico, declinandosi istituzionalmente nelle Regioni italiane.

A. Stato di salute, invecchiamento e disabilità²

La correlazione invecchiamento e malattia è oggetto, spesso, di forti semplificazioni. Se da una parte è biologicamente più facile ammalarsi con l'avanzare dell'età, dall'altra i determinanti sociali dello stato di salute durante il corso della vita hanno conseguenze rilevanti sugli esiti patologici, e sulla gravità degli stessi, a cui si può incorrere diventando vecchi. A ciò è da aggiungere il fatto che le risposte della ricerca e della pratica medica, ovvero il complesso mondo delle *health technologies* (dai farmaci ai supporti Ict), tendono sempre più a modificare inizio e durata dei periodi di gravità/gravosità, in genere al termine della vita, delle persone e di conseguenza delle famiglie, interessate.

Per gli anziani la perdita dell'autosufficienza è fortemente, ma non necessariamente, correlata all'avanzamento dell'età (polipatologia cronica), problema quanto mai rilevante in Italia per la transizione demografica, e parallelamente epidemiologica, in atto.

B. Aspettativa di vita, aspettativa in buona salute e differenza di genere

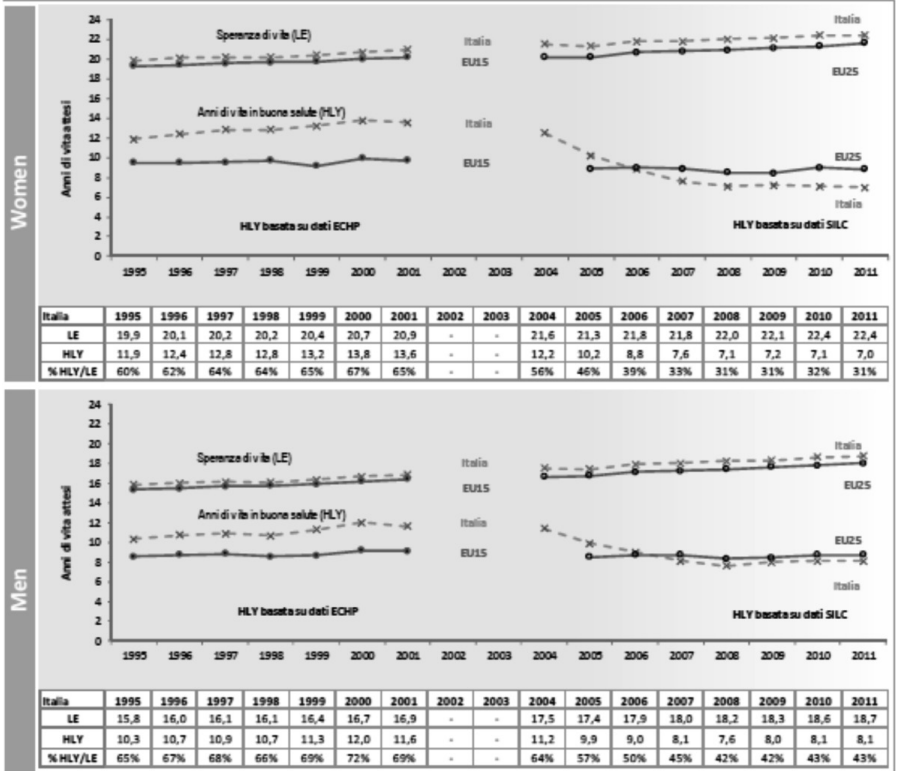
La Figura 3 mostra che tra il 2001 e il 2011 la speranza di vita delle persone italiane è aumentata per le donne di 1.5 anni e di 1.8 per gli uomini³.

Prendendo in considerazione gli anni di vita attesi in buona salute, nel 2011, le donne di 65 anni possono aspettarsi di vivere il 31% della rimanenza della loro vita senza limitazioni di lunga durata nelle attività, mentre gli uomini il 43%. In particolare, le donne possono aspettarsi di vivere 7 anni senza limitazioni; 9.4 anni con limitazioni moderate nelle attività; 6.1 anni con limitazioni gravi nelle attività. Per quanto riguarda gli uomini, le aspettative sono 8.1 anni senza limitazioni nelle attività; 6.8 anni con limitazioni moderate nelle attività; 3.8 anni con limitazioni gravi nelle attività. La stima degli anni che ogni donna mediamente vivrà con limitazioni

2. Si veda quaderno di lavoro *La dote e la Rete*, a cura di Fondazione Easy Care - Reggio Emilia (2016) e specificatamente cap. 5 a cura di M. Campedelli Sssup Sant'Anna, Pisa e A. Anzivino Bocconi, Milano, "Demografia, famiglie e scenari epidemiologici".

3. Istat segnala che, sulla base dei primi risultati relativi al 2015, per la prima volta dopo oltre un decennio, si hanno segnali di leggera inversione.

Fig. 3 - Speranza di vita e anni vissuti in buona salute a 65 anni per l'Italia e l'Unione Europea a 15 e 25*4



* Il dato di prevalenza delle persone senza limitazioni nelle attività relativo al 2010 è stato calcolato come media delle prevalenze

moderate o gravi è quindi di 15.5 (su 84.4), mentre è di 10.6 (su 79.6) per gli uomini. Dal confronto emerge quindi che, seppur la durata della vita degli uomini sia inferiore rispetto a quella delle donne, tuttavia è superiore il loro numero di anni vissuti in buona salute, mentre sono inferiori quelli vissuti con limitazioni moderate e/o gravi nelle attività; ovvero, che lo stato di salute delle donne over 65 risulta peggiore rispetto a quello degli uomini. Tutto ciò ha implicazioni non secondarie per il *caregiving* familiare e inciderà significativamente sulle tendenze sopra evidenziate.

4. Dati calcolati su panel europeo ECHP, European Community Household Panel (1995-2001) e SILC, Statistics on Income and Living Condition (2005-2011).

C. Cronicità

La diffusione delle patologie croniche riveste particolare rilevanza considerando gli elevati tassi di invecchiamento.

Le patologie più frequenti risultano essere: l'ipertensione arteriosa (17.1%), l'artrosi/artrite (16.2%), le malattie allergiche (13.7%), cefalea/emicrania ricorrente (10.8%). La maggior parte delle patologie, soprattutto quelle molto severe, presentano prevalenze che aumentano con l'età.

Nella popolazione anziana (65 anni e più), circa una persona su due soffre di artrosi/artrite o ipertensione (rispettivamente 49.4% e 48.4%), il 24.2% di osteoporosi e il 17.6% di diabete; il 13% delle persone anziane dichiara di soffrire di depressione o ansietà cronica. La graduatoria delle prevalenze delle varie patologie croniche si differenzia per genere (Tabella 2).

Tab. 2 - Popolazione e persone di 65 anni e più per tipo di malattia cronica dichiarata e sesso. Anni 2005 e 2013. Tassi standardizzati per 100 persone

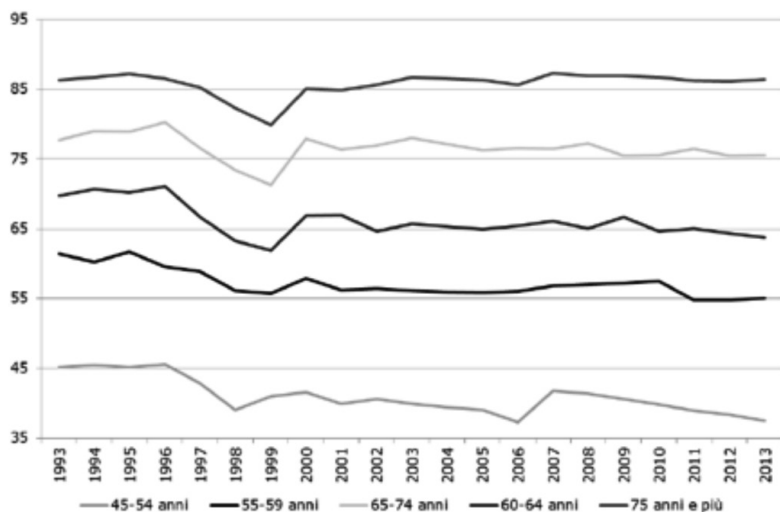
TIPO DI MALATTIA CRONICA	Popolazione		Persone di 65 anni e più					
	2005	2013	2005			2013		
			Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Iipertensione arteriosa	14,5	17,1	36,4	44,0	40,3	45,8	50,9	48,4
Artrosi, artrite	19,8	16,2	52,8	61,1	57,1	38,9	59,4	49,4
Malattie allergiche	10,6	13,7	6,5	9,4	8,0	8,9	11,8	10,4
Cefalea o emicrania ricorrente	7,8	10,8	4,9	11,5	8,3	7,1	14,6	11,0
Osteoporosi	5,4	6,8	5,0	29,4	17,5	8,1	39,5	24,2
Diabete	4,9	5,6	14,7	14,9	14,8	18,3	16,8	17,6
Ansia o Depressione	5,5	5,5	7,8	16,5	12,2	9,0	16,7	13,0
- Ansietà cronica	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	4,5	9,0	7,3
- Depressione	0,0	4,3	0,0	0,0	0,0	7,0	13,0	10,1
Asma bronchiale	3,7	4,3	7,9	6,0	6,9	6,9	6,2	6,5
Bronchite cronica, enfisema	5,1	3,9	19,1	12,2	15,5	14,3	9,7	11,9
Celiachia	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2
Infarto del miocardio	2,0	2,0	9,8	4,1	6,9	10,0	3,9	6,9
Angina pectoris	0,8	0,7	2,8	2,5	2,6	2,9	1,9	2,4
Altre malattie del cuore	3,5	4,0	11,9	11,9	11,9	13,6	12,6	13,1
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	1,4	5,8	4,2	5,0	5,8	4,9	5,3
Insufficienza renale cronica	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	5,2	4,0	4,6
Malattie della tiroide	3,3	5,0	1,7	7,3	4,6	2,8	13,0	8,1
Disturbi comportamento alimentare	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,7	0,6
Cirrosi epatica	0,3	0,3	0,6	0,7	0,6	0,9	0,6	0,8
Tumore maligno	1,0	1,6	3,1	2,3	2,7	5,3	4,0	4,6
Parkinsonismo	0,4	0,4	1,9	1,5	1,7	1,6	1,8	1,7
Alzheimer, demenze senili	0,6	0,9	2,1	2,9	2,5	3,1	5,1	4,1
Altra malattia cronica	3,7	2,9	6,1	5,3	5,7	4,6	3,6	4,1

Fonte: Regione Piemonte e Istat (2013)

Le donne anziane soffrono di artrosi/artrite (59.4%), ipertensione (50.9%), osteoporosi (39.5%), diabete (16.8%) e ansia/depressione (16.7%). Gli uomini over 65 anni soffrono di ipertensione (45.8%), artrosi/artrite (38.9%); diabete (18.3%), bronchite cronica/enfisema (14.3%), infarto (10%) e altre malattie del cuore (13.6%). A confronto con i dati raccolti nel 2005⁵, a parità di età, risulta un incremento dei tumori maligni (+60%), delle malattie della tiroide (+52%), dell'Alzheimer e delle demenze senili (+50%), dell'emicrania ricorrente (+39%), dell'allergia (+29%) e dell'osteoporosi (+26%). Diminuiscono bronchite cronica/enfisema (-24%) e artrosi/artrite (-18%).

Con riferimento alla presenza di patologie croniche gravi, nel 2013 il 14.7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica grave (diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno, inclusi linfoma/leucemia; insufficienza renale, parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili). Tale quota è in aumento solo per effetto dell'invecchiamento della popolazione, come emerge anche dalla Figura 4.

Fig. 4 - Quota di persone con almeno una malattia cronica in Italia, per classi di età. Anni 1993-2013



Fonte: Crea Sanità (2014)

5. Le variazioni nel tempo riflettono l'impatto di molti fattori, tra cui i progressi della medicina e il miglioramento delle capacità diagnostiche, la migliore consapevolezza e informazione dell'intervistato sulle principali patologie rispetto al passato, i cambiamenti epidemiologici in atto in una popolazione che invecchia e progredisce in termini di istruzione.

D. Limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi

Negli ultimi dati Istat relativi al 2013 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat 2015) gli italiani over 15 anni che presentano limitazioni funzionali gravi o lievi, patologie croniche gravi o invalidità permanenti (vedi sopra) sono più di 13 milioni (13.177), pari a circa il 21-22% della popolazione totale. Nel corso degli anni Duemila, sebbene in Italia sia aumentato l'invecchiamento della popolazione, il tasso standardizzato per età passa da 6.1% nel 2000 a 5.5% nel 2013. Un analogo andamento si osserva per la popolazione anziana, dal 22% del 2000 al 19.8% (Regione Piemonte e Istat 2013). Come emerge dalla Figura 5, quelli con limitazioni funzionali gravi sono circa 3.1 milioni (il 6.0% della popolazione), di cui oltre 2 milioni e 500 mila anziani (il 20.0% del totale degli over 65 che vivono in Italia). La popolazione che presenta invece limitazioni lievi, patologie croniche gravi o invalidità permanenti, è di circa 10 milioni, ovvero il 19.5% della popolazione totale residente nel nostro Paese. Sempre rispetto a questa ultima condizione, gli anziani arrivano a essere circa 5 milioni e 500 mila, pari al 43.4% totale degli over 65 che vivono in Italia. Tra la popolazione con limitazioni complessivamente considerate, le donne (54.7%) e gli anziani (61.1%) sono maggioritari; da evidenziare che il netto svantaggio tra le donne non è ascrivibile solo alla loro maggiore longevità e che tra le persone di 70-74 anni la perdita di autonomia funzionale è pari al 9.3% mentre raggiunge il 43.2% tra le persone di 80 anni e più (32.5% per gli uomini e 49.1% per le donne) (Regione Piemonte e Istat 2013) (Figura 5).

Nella sola popolazione di ultra-sessantacinquenni più di 2.5 milioni di individui, vale a dire più del 20%, risultano disabili gravi. Nell'intera popolazione con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi sono prevalenti le donne, che rappresentano il 54.7%, e gli anziani, il 61.1%. La popolazione con gravi limitazioni si concentra nella fascia più anziana: le donne anziane considerate disabili gravi sono il 37.8%, molte di più rispetto agli uomini anziani, di cui solo il 22.7% può essere considerato disabile grave.

Fig. 5 - Persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi secondo il livello di gravità delle limitazioni funzionali per sesso, età, titolo di studio, ripartizione territoriale e risorse economiche. Anno 2013, valori assoluti in migliaia e per 100 persone con le stesse caratteristiche

	Persone con limitazioni funzionali gravi		Persone con limitazioni funzionali lievi, invalidità o patologie croniche gravi (1)		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
SESSO						
Maschi	1.019	33,0	4.944	49,0	5.963	45,3
Femmine	2.066	67,0	5.147	51,0	7.213	54,7
CLASSI DI ETÀ						
15-34	90	2,9	594	5,9	684	5,2
35-54	244	7,9	1.950	19,3	2.194	16,6
55-64	215	7,0	2.033	20,1	2.247	17,1
65-74	458	14,8	2.680	26,6	3.137	23,8
75-84	1.117	36,2	2.256	22,4	3.373	25,6
85 anni e più	963	31,2	578	5,7	1.541	11,7
ISTRUZIONE						
Laurea, diploma di scuola media superiore	355	11,5	2.579	25,6	2.934	22,3
Licenza di scuola media inferiore	591	19,1	3.310	32,8	3.900	29,6
Licenza elementare e nessun titolo	2.140	69,3	4.203	41,6	6.342	48,1
RIPARTIZIONE TERRITORIALE						
Nord-ovest	682	22,1	2.697	26,7	3.379	25,6
Nord-est	546	17,7	1.932	19,1	2.478	18,8
Centro	610	19,8	1.942	19,2	2.552	19,4
Sud	828	26,8	2.352	23,3	3.180	24,1
Isole	419	13,6	1.168	11,6	1.588	12,0
RISORSE ECONOMICHE						
Buone condizioni	1.539	49,9	5.683	56,3	7.223	54,8
Cattive condizioni	1.546	50,1	4.408	43,7	5.954	45,2
TOTALE	3.086	100,0	10.091	100,0	13.177	100,0

1) Persone che hanno limitazioni lievi o invalidità permanenti e/o patologie croniche gravi ma non limitazioni funzionali gravi

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat (2015)

E. Indennità di accompagnamento

I percettori di indennità di accompagnamento – dati 31.12.12 – sono poco meno di 2 milioni di persone (Figura 6), 2/3 dei quali sono donne, mentre quelli delle pensioni di invalidità civile sono circa 900 mila, con un rapporto più equilibrato tra maschi (46%) e femmine (54%).

Fig. 6 - Numero (1) delle prestazioni assistenziali in essere al 31 dicembre 2012 per tipologia di pensione e sesso (importi in euro)

	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Totale prestazioni assistenziali	1.373.341	100,0	2.256.996	100,0	3.630.337	100,0
Pensioni/Assegni sociali	290.059	21,1	558.657	24,8	848.716	100,0
Pensione sociale	17.303	6,0	100.070	17,9	117.373	100,0
Assegno sociale	272.756	94,0	458.587	82,1	731.343	100,0
Prestazioni agli Invalidi civili	1.083.282	78,9	1.698.339	75,2	2.781.621	100,0
Pensione	391.649	36,2	466.076	27,4	857.725	100,0
Indennità	691.633	63,8	1.232.263	72,6	1.923.896	100,0

Fonte: Dati da Osservatorio Statistico Inps sulle pensioni vigenti; rilevazione all'1.1.2013 all'atto del rinnovo degli ordinativi di pagamento, Open data, www.inps.it

F. La spesa sanitaria e la non autosufficienza⁶

Nella popolazione over65 la spesa per la *Long term care* (Ltc), cioè la cura della persona accompagnata da assistenza socio-sanitaria continuativa e prolungata, deve considerare il contesto variegato dei vari assetti normativi sia nazionali che regionali nonché i vari canali di flusso delle risorse finanziarie (quindi i vari centri di imputazione), ovvero i vari comparti di competenza e intervento (assistenziale, sanitario e previdenziale).

Nella componente sanitaria sono incluse tutte le prestazioni erogate a persone non autosufficienti che hanno bisogno di cure continuative e durature. Nel SSN sono previsti i seguenti servizi:

- assistenza territoriale per anziani e disabili, suddivisa a sua volta in ambulatoriale e domiciliare⁷, semi residenziale e residenziale;
- assistenza psichiatrica;
- assistenza rivolta ad alcolisti e tossicodipendenti;
- assistenza ospedaliera per lungodegenti.

Ci sono vari livelli istituzionali che intervengono (dallo Stato centrale e dagli Enti previdenziali preposti, alle Regioni, Enti locali, enti non profit, famiglie).

Per esempio, i principali servizi per i disabili erogati dai Comuni sono:

- il sostegno socio-educativo scolastico;
- i centri diurni;
- le strutture residenziali;
- l'assistenza domiciliare.

Notevole è la varietà di prestazioni per gli anziani non autosufficienti (non solo tra Comuni appartenenti a regioni diverse ma anche alla stessa Regione), prodotte direttamente o, soprattutto, attraverso *outsourcing*. I principali servizi riguardano:

- i servizi domiciliari, socio-assistenziali o integrati con i servizi sanitari;
- le strutture residenziali e semiresidenziali (alloggi condivisi, case per anziani, residenze sanitarie assistenziali...).

6. Si veda quaderno di lavoro *La dote e la Rete*, a cura di Fondazione Easy Care - Reggio Emilia (2016) e specificatamente cap. 6: M. Campedelli - Sssup Sant'Anna, Pisa e A. Anzivino - Bocconi, Milano - *La spesa per Long term care* (LTC).

7. Nell'assistenza ambulatoriale e domiciliare sono compresi i seguenti servizi: assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale); attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza; attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie; attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool; attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale; attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV.

Tutte queste considerazioni si contestualizzano su vari modelli regionali di servizio, le correlate definizioni, gli strumenti prestazionali (monetari, erogati da produttori pubblici o privati, autoprodotti) e relativi mix, con un ancora non omogeneo utilizzo dei termini (voucher, buoni...) con cui vengono definiti.

E.1 - Spesa per assistenziale dei Comuni⁸

A livello istituzionale sono i Comuni a svolgere un ruolo centrale nella gestione degli interventi e dei servizi sociali sul territorio di riferimento. Secondo l'Istat⁹ nel 2011 i Comuni italiani hanno destinato alle politiche di *welfare* territoriale 7 miliardi e 27 milioni di euro, con una diminuzione dell'1 per cento rispetto al 2010. Tale dato va considerato al netto della compartecipazione dei cittadini e dei fondi del Servizio Sanitario Nazionale.

Insieme alla diminuzione delle risorse stanziare permangono o si acquisiscono le differenze geografiche. Le risorse proprie messe a disposizione dai Comuni per la spesa sociale sono molto più basse al Sud rispetto al Nord e al Centro. Nelle Regioni meridionali, inoltre, si è registrato il calo più consistente, del 5%, tra il 2010 e il 2011, mentre al Nord in media si è registrata una diminuzione del 2% e un aumento dell'1% al Centro e nelle isole. In termini di spesa pro capite la variabilità va da meno di 50€ mediamente spesi nei comuni della Calabria agli oltre 250€ in quelli Trentini (Tabella 3 e Grafico 1).

La spesa per gli anziani è diminuita, passando da 1 miliardo e 492 milioni (2010) a un 1 miliardo e 388 milioni (2011). Quella pro capite per gli anziani è passata da 122 euro a 112 euro, questo anche per il naturale ampliamento della platea dei beneficiari causato dall'innalzamento dell'età. Anche in questo caso si registrano differenze notevoli tra Nord e Sud (Tabella 3). La spesa pro capite al Sud è di 51 euro contro un valore massimo di 157 euro al Nord est. Notevole è la varietà di prestazioni (non solo tra Comuni appartenenti a Regioni diverse ma anche alla stessa Regione), prodotte direttamente o, soprattutto, attraverso appalti alla cooperazione sociale: quelle riconducibili ai servizi domiciliari¹⁰ (Grafico 1), al ricovero nelle strutture residenziali e semiresidenziali, alle forme di sostegno al

8. Alcune parti di questo paragrafo sono state tratte dal quaderno di lavoro *La dote e la Rete*, a cura di Fondazione Easy Care - Reggio Emilia (2016) e specificatamente cap. 5: M. Campedelli - Sssup Sant'Anna, Pisa e A. Anzivino - Bocconi, Milano - *Demografia, famiglie e scenari epidemiologici*.

9. Istat, 2014, Rapporto annuale "Tendenze demografiche e trasformazioni sociali: nuove sfide per il sistema di welfare".

10. La copertura dei servizi domiciliari integrati (Adi) è nell'ordine di 520 mila anziani in carico, con una media di 22 ore di assistenza pc per anno.

caregiving familiare (voucher¹¹, assegni di cura e/o buoni sociali¹²), per i servizi di *matching* tra domanda e offerta di assistenza familiare¹³ (bandantato)... (Politiche sanitarie, 2015).

Tab. 3 - *Spesa sociale dei Comuni singoli per fonti di finanziamento e ripartizione geografica - Anno 2011*

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Fondo indistinto per le politiche sociali (a)	Fondi regionali vincolati per le politiche sociali dello Stato (b)	Fondi vincolati per le politiche sociali dello Stato o da Ue (c)	Altri trasferimenti da Enti pubblici	Trasferimento fondi da privati	Risorse proprie del Comune	Risorse proprie degli Enti associativi	Totale
Nord-ovest	9,5	11,9	2,7	2,9	1,3	70,0	1,7	100,0
Nord-est	13,1	18,4	1,6	1,4	1,6	62,0	1,9	100,0
Centro	7,5	17,1	3,8	1,6	0,9	67,1	2,0	100,0
Sud	20,4	10,1	4,6	6,6	0,5	55,7	2,1	100,0
Isole	24,5	34,5	3,3	0,8	0,6	36,1	0,2	100,0
Italia	12,4	17,1	2,9	2,2	1,2	62,5	1,7	100,0

Gli anziani che usufruiscono dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale sono una quota molto ridotta. Meno del 20% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali usufruisce di servizi pubblici a domicilio¹⁴. Quelli a pagamento non arrivano al 10% dei potenziali

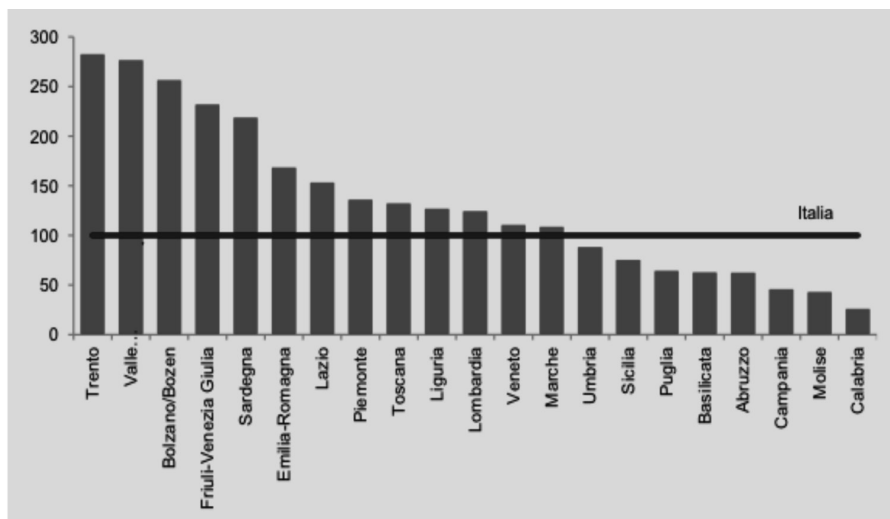
11. Sulla scorta di esperienze precedenti i voucher sono stati introdotti dalla legge 328 del 2000, la quale afferma che “i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali” (art. 17). Il voucher è visto come uno strumento in grado di ampliare la libertà di scelta dei cittadini che richiedono assistenza e come stimolo alla creazione di una competizione virtuosa tra i diversi fornitori delle prestazioni. Esso presuppone una presa in carico da parte del servizio pubblico con la predisposizione di un piano assistenziale personalizzato. I soggetti erogatori possono essere pubblici e privati, profit e non profit.

12. Il buono è un titolo per mezzo del quale si riconosce e sostiene, prioritariamente, l'impegno diretto dei familiari o appartenenti alle reti di solidarietà nell'accudire in maniera continuativa un proprio congiunto in condizione di fragilità.

13. Le assistenti familiari, regolari e irregolari – facendo una media tra le stime elaborate da Irs, Censis, Caritas Italiana, ecc. – sono circa 1 milione di persone (pari al 150 % dei dipendenti del SSN); la crisi economica sta influenzando in modo significativo sulle caratteristiche del fenomeno (contrazione del rapporto di lavoro regolare e aumento del sommerso; aumento del rapporto a ore rispetto alla coresidenza; aumento delle assistenti italiane rispetto a quelle straniere; ecc.).

14. Nelle realtà dove più consistente e strutturata è l'offerta (es. Emilia Romagna e Lombardia), su una spesa media complessiva di circa 1.120 € mensili per assistito, la copertura formale non arriva a 1/3 del totale.

Graf. 1 - Spesa sociale dei Comuni singoli per Regione – Pro capite - Anno 2011



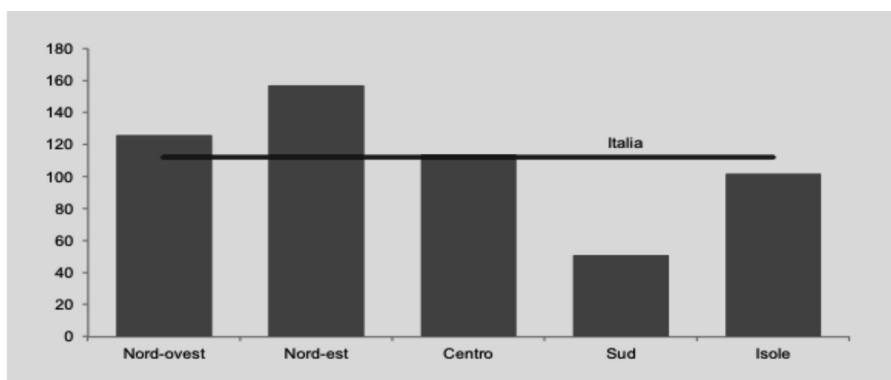
Fonte: ISTAT

destinatari. Oltre il 70% sono di fatto le famiglie che non usufruiscono di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica. D'altro canto le strutture residenziali comunali o finanziate dai Comuni arrivano a coprire solo l'0.8 % della popolazione anziana¹⁵.

Il resto del fabbisogno è garantito dalle famiglie: in particolare dalle donne *caregiver* informali, ovvero dalle stesse persone colpite dalle limitazioni funzionali. Come sopra riportato, la quota di famiglie che hanno almeno una persona con limitazioni funzionali è pari all'11.4%. Nella maggioranza dei casi (53.8%) è un componente della famiglia che si fa carico delle persone con difficoltà funzionali. Il rimanente 46.2% di queste famiglie è invece composto esclusivamente da persone con limitazioni funzionali, che vivono sole (40%) o con altre persone nella stessa condizione (6.2%). Il 13.5% delle persone con limitazioni funzionali che sono sole e il 20.2% delle famiglie in cui tutti i componenti hanno difficoltà funzionali dichiarano di aver dovuto rinunciare all'assistenza domiciliare non sanitaria per motivi economici o perché i servizi pubblici non l'hanno ancora concessa (Istat e Regione Piemonte, 2014).

15. L'offerta residenziale (residenze assistenziali, residenze sociosanitarie, residenze sanitarie assistenziali) si può stimare in circa 300 mila posti letto, di cui 225 mila per non autosufficienti e 76 mila per anziani auto o parzialmente autosufficienti; nella sola offerta sociosanitaria, sia residenziale che semiresidenziale, si stimano 242 mila posti.

Graf. 2 - Spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei Comuni nell'area anziani per ripartizione geografica - Anno 2011



Tab. 4 - Assistenza domiciliare socio-assistenziale nell'area anziani - Anno 2011

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone di età >= 64)
Nord-ovest	47.323	89.767.906	1.897	1,4
Nord-est	44.050	90.412.770	2.053	1,8
Centro	20.238	57.912.551	2.862	0,8
Sud	32.525	49.597.222	1.525	1,3
Isole	25.444	57.787.653	2.271	2,0
Italia	169.580	345.478.102	2.037	1,4

Fonte: ISTAT (2014)

E.2 - Politiche regionali per le non autosufficienze

Poco più della metà delle Regioni si è dotata, a partire dai primi anni dello scorso decennio, di uno strumento di programmazione pluriennale dedicato alla non autosufficienza. Alcune sono partite dal regolamento del proprio fondo regionale per adottare poi strumenti più complessi.

Ricostruire i flussi di finanziamento regionali per la non autosufficienza risulta piuttosto complesso a causa sia dei provvedimenti normativi regionali che differiscono notevolmente tra loro, sia della variabilità nel corso degli anni del Fondo nazionale per le non autosufficienze, sia per il fatto che la materia è stata oggetto anche di finanziamenti straordinari¹⁶.

16. Nel maggio del 2012 il Governo varò il secondo aggiornamento del Piano di Azione e Coesione relativo i fondi comunitari e nazionali già stanziati nell'ambito di programmi

Nella tabella che segue vengono ricostruite le ripartizioni del Fondo nazionale riferite all'anno 2015 (400.000.000 di euro, di 390.000.000 destinati alle Regioni, mentre 10.000.000 sono destinati a progetti sperimentali in materia di vita indipendente) nonché un sintetico inquadramento delle principali caratteristiche dei modelli regionali di intervento (Agenas 2014). Da evidenziare che i finanziamenti complessivi dei Fondi regionali possono variare significativamente a seconda delle integrazioni che le singole regioni stabiliscono per quel determinato tipo di *policy*.

Regione	Ripartizione fondo nazionale, aggiornamento maggio 2015 €
Emilia Romagna	30.966.000 7.94%
F. V. Giulia	8.970.000 2.30%
Liguria	13.338.000 3.42%
Lombardia	60.645.000 15.55%
Piemonte	31.278.000 8.02%
Toscana	27.651.000 7.09%
V. d'Aosta	975.000 0.25%
Veneto	30.342.000 7.78%
Lazio	35.217.000 9.03%
Marche	11.349.000 2.91%

operativi nazionali e interregionali. Nell'ambito di questa revisione è stata definita la sotto-priorità 'Servizi di cura degli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti', finanziata con 330 mln di euro. Essa era finalizzata: all'offerta di servizi di assistenza domiciliare in un'ottica di integrazione socio-sanitaria; alla creazione e al funzionamento di strutture residenziali e semiresidenziali leggere (centri diurni, strutture specializzate per particolari patologie), e interventi per migliorare le competenze di operatori professionali e assistenti familiari; alla sperimentazione di forme innovative, per tutto il territorio nazionale, nella presa in carico personalizzata e di integrazione socio-sanitaria.

Sardegna	10.794.000 2.76%
Umbria	6.786.000 1.74%
Basilicata	4.368.000 1.12%
Calabria	13.845.000 3.55%
Campania	33.111.000 8.49%
Molise	2.691.000 0.69%
Puglia	25.506.000 6.54%
Sicilia	27.651.000 8.36%
Totale	390.000.000

E.3 - Stima complessiva per *Long term care* (LTC)

Il 27% del Pil (428 mld di euro)¹⁷ è destinato al *welfare* e due terzi della spesa pubblica sono in capo alle amministrazioni centrali, mentre il rimanente terzo a quelle locali. Del 66% del Pil gestito centralmente, il 25% è propriamente in capo alle amministrazioni, mentre il resto (41%) dipende dagli enti previdenziali.

Il Cergas Bocconi (Fosti e Notarnicola, 2014) ha sviluppato un approccio *bottom-up* centrato sull'analisi della spesa per ambiti di *policy* simili o rivolta agli stessi target sociali. Il metodo implementato si basa su una riclassificazione dei singoli interventi e politiche. In questo modo, sono state identificate sette aree di *policy*, ovvero:

- pensioni;
- spesa sanitaria;
- lavoro, disoccupazione e incidenti sul lavoro;
- politiche abitative;
- interventi per minori e famiglia;
- interventi per esclusione sociale e povertà;
- non autosufficienza e invalidità.

17. Il Pil annuo è di circa 1600 miliardi di euro. Secondo il Rapporto Giarda (2012) poco più della metà (50,6%) serve a coprire la spesa pubblica, ovvero 13.154 € di spesa pro-capite (Fosti e Notarnicola, 2014).

La Tabella 5 riassume i risultati di questa ricomposizione:

Tab. 5 - *Spesa pubblica complessiva per il welfare*

Aree di intervento	Spesa di welfare complessiva per aree di intervento (milioni di €)	Spesa di welfare pro capite per aree di intervento (€)	Distribuzione della spesa per aree di intervento
Pensioni di anzianità e vecchiaia	228.290,13	3.755	53,22%
Sanità	93.268,00	1.534	21,74%
Interventi per la famiglia e l'infanzia	13.299,58	219	3,10%
Interventi per la non autosufficienza	33.940,89	558	7,90%
Politiche per il lavoro	37.251,49	613	8,69%
Politiche per l'abitare	394.000,00	6	0,09%
Politiche per la povertà e l'esclusione sociale	22.526,79	371	5,26%
Totale	428.970,81	7.055	100%

Fonte: Fosti e Notarnicola (2014)

Ai 34 mld euro di spesa pubblica per non autosufficienze, ne vanno aggiunti altri 2.5 (40€ pro capite su dati 2005) di spesa *out of pocket (oop)*, spesa privata in capo alle famiglie depurata dai trasferimenti pubblici.

Come emerge dalla Tabella 6, l'aggregato di 36.5 mld € è composto da quasi 19 mld € di trasferimenti monetari erogati da Inps o dallo Stato, 11,6 mld € per servizi socio-sanitari in capo al SSN, 3.4 mld € di spesa comunale per gli interventi a carattere sociale, nonché i 2.5 mld € appena indicati di spesa oop. Da evidenziare che 30.5 mld € sono determinati centralmente (o, nel caso della spesa SSN, vista la materia concorrente, insieme alle Regioni) mentre solo un decimo di questi (3.5 mld €) sono attribuibili agli Enti locali. Rispetto alla popolazione over 65 stimata non autosufficiente (2.275 milioni di persone), sulla base di questa ricostruzione il 97.57%, è inclusa in almeno un programma di LTC.

In termini complessivi, il Pil destinato alla spesa per LTC aumenterà raggiungendo il 3.3% nel 2060, quindi quasi raddoppiando quello attuale. Considerando la dinamica della distribuzione per componente questa subirà in termini comparati cambiamenti relativi: il comparto sanitario nel 2060 si attesterà attorno al 42%, le *altre* prestazioni attorno all'11%, mentre le indennità di accompagnamento arriveranno al 47%.

Tab. 6 - Articolazione della spesa totale per la non auto-sufficienza

	Totale milioni di €	€ pro capite sulla popolazione totale
Spesa delle Autorità Locali	3.388	56
Spesa sanitaria	11.624	191
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	18.928	311
Spesa pubblica complessiva	33.940	558
• Di cui a livello centrale	30.522	502
• Di cui a livello locale	3.388	56
Spesa <i>out-of-pocket</i> stimata	2.432	40
Spesa pubblica totale + <i>out of pocket</i>	36.358	598

Fonte: Fosti e Notarnicola (2014)

Secondo le ultime stime il 68% della spesa pubblica (34 mld) è destinata a una utenza over65 (circa 23 mld), di cui le prestazioni economiche valgono il 48% (circa 11 mld), le prestazioni sanitarie il 41% (9.5 mld) e l'11% (circa 2.5) gli interventi socio assistenziali.

Considerando che le D.OVER65 sono 7.606.256, la spesa sanitaria pro capite per LTC è di circa 1250 €.

6.4. La spesa sanitaria¹⁸ e di salute delle donne over65

6.4.1. Spesa sanitaria pubblica

Nel 2015 la spesa sanitaria corrente del Conto economico consolidato della sanità relativo alle istituzioni delle Amministrazioni pubbliche, è risultata, nelle stime di Contabilità nazionale, pari a 112.408 milioni, con un tasso di incremento dell'1 per cento rispetto al 2014. Nel 2016 la spesa dovrebbe assestarsi attorno ai 113.3 miliardi, nel 2017 toccherà i 114.7 miliardi, nel 2017 dovrebbe assestarsi su 114.7 mld, nel 2018 raggiungerà 116.1 miliardi e nel 2019 i 118.5 miliardi. Nello stesso periodo, l'incidenza del Pil è in diminuzione: dal 6.8% del 2016 al 6.5% nel 2019.

18. Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma (2016).

Riguardo alla spesa sanitaria pubblica pro capite è aumentata dell'1.285 tra il 2014 e il 2015 attestandosi a 1.838 €, cifra fra le più basse fra i Paesi dell'OECD.

Vi sono variazioni regionali che dipendono da una morfologia demografica più giovane o meno giovane e pertanto con bisogni sanitari diversi e anche da livelli di efficienza gestionale differenziata.

Considerando la specificità di genere, la spesa sanitaria pubblica (sic et simpliciter) delle D.OVER65 è in prima istanza e complessivamente di 13.980.298.528 € (circa 14 mld di €) (A), ma è necessario fare alcune considerazioni su flussi informativi diversi che inducono a stime incrementali correlate a due fonti informative quantitative:

1. Dal rapporto OASI 2016, la stima del bisogno potenziale (pag. 230) concerne 2.713.406 anziani over 65 che hanno limitazioni funzionali catalogabili come “non autosufficienza”; pertanto poiché le D.OVER65 sono il 57% di tale entità si può calcolare che la grandezza risultante è di 1.546.641 persone, ma è stimabile che, a fronte di una presenza delle D.OVER65 nelle istituzioni nella misura di circa il 70% e con una speranza di vita superiore a quella degli uomini, la cifra risultante è di 1.899.384. Considerando che le stime sono di taglio conservativo e semplificando le grandezze, possiamo affermare che se gli anziani over65 con limitazioni funzionali sono circa 3.000.000 e di essi le D.OVER65 sono circa il 70%, le over65 hanno una magnitudo di circa 2.100.000 unità.

In questa fattispecie la spesa pubblica per la non autosufficienza delle D.OVER65 ammonterebbe a 2.625.00 mld €.

In questa situazione la cifra di 14 mld (A) di euro deve essere aumentata, orientativamente e con stime correlate alla spesa LTC di circa 2.7 mld, per un totale di circa 16.7 mld per la spesa sanitaria pubblica complessiva per le D.OVER65 (A+1).

2. Dalla fonte ISTAT l'incremento della cronicità rileva il dato di circa 9 milioni di italiani che hanno una malattia cronica grave e di circa 8 milioni e mezzo affetti da tre o più malattie croniche.

Se consideriamo le fasce d'età della popolazione femminile nel range fra 65-74 anni, il 34% ha tre o più malattie croniche (circa 1.076.000 D.OVER65) e nel range fra 75 e più anni la percentuale sale al 51.5% (circa 2.134.000 donne over 75). Si può valutare che circa 3.210.000 devono fruire di prestazioni e servizi che incrementano la spesa sanitaria in situazione normalità di salute e l'ammontare complessivo è di circa 4 mld di euro (B).

In questa situazione la cifra di 14 mld (A) di euro deve essere aumentata, orientativamente e con stime correlate alla spesa LTC di 4 mld (2) e pertanto la spesa sanitaria pubblica complessiva per donne over 65 è di circa 18 mld di euro (A+2).

In questa situazione si apre una “forbice” riguardo alla spesa sanitaria pubblica delle D.OVER65 che va da circa 2.195 € pro capite a una spesa di circa 2.366 € procapite.

Di seguito e per esemplificazione di orientamento metodologico, si allega la Tabella 7 ove si evidenzia che a fronte di una ricerca che ha come output un set di indicatori di patologie, è possibile fare il calcolo di proxy finanziarie che quantificano i costi della gestione delle patologie o dei comportamenti non corretti.

“Rebus sic stantibus” sarebbe utile fare una ricerca sul costo delle cronicità per le D.OVER65 e fare un calcolo esatto della spesa sanitaria sopra-descritta.

Tab. 7 - Alcuni esempi di calcolo di proxy finanziarie rispetto a specifici indicatori di patologie

		Indicatori	Proxy finanziarie	Fonti
Diagnosi precoce:	Emocromatosi ereditaria	Riduzione della prevalenza di: • Cirrosi • Cardiomiopatia • Diabete	Riduzione dei costi sanitari diretti: • € 15.414,67 (costi «lifetime») • € 31.620,36 (costi «lifetime») • € 3.816,49 (media ponderata dei costi annui)	Barton <i>et al.</i> , 2012; Leitman, 2013; Falize <i>et al.</i> , 2006; Niederau <i>et al.</i> , 1985; McCullen, Crawford e Hickman, 2002; Wiens <i>et al.</i> , 2013; Delea <i>et al.</i> , 2007; Williams, Van Gaal e Lucioni, 2002; Rombout-Sestrienkova <i>et al.</i> , 2012.
		Riduzione del rischio di decesso: • Anni di vita guadagnati • Anni lavorativi guadagnati	• Danno non patrimoniale (€ 97.795,00) • VA medio dei redditi da lavoro futuri (€ 32.946,98)	Tabelle del Tribunale di Milano, 2014; Niederau <i>et al.</i> , 1985; Banca d'Italia, 2015.
		(-) Riduzione produttività per trattamento:	• Costi indiretti – flebotomia (€ 2.906,54)	Rombout-Sestrienkova <i>et al.</i> , 2012.
	Diabete	Riduzione del rischio di sviluppare complicanze: • solo micro-vascolari • solo macro-vascolari • micro- e macro-vascolari	Riduzione dei costi sanitari diretti (orizzonte di 10 anni – tasso di compliance): • € 3.198,62 (costi annuali) • € 3.928,70 (costi annuali) • € 6.522,05 (costi annuali)	Williams, Van Gaal e Lucioni, 2002; OsMed, 2015; Holman <i>et al.</i> 2008; Lozano <i>et al.</i> , 2012; Caputo <i>et al.</i> , 2013; Genovese, 2009; Falco e Corsaro, 2014.
		Riduzione del rischio di decesso (orizzonte di 10 anni): • Anni di vita guadagnati • Anni lavorativi guadagnati	• Danno non patrimoniale (€ 145.072,09) • VA medio dei redditi da lavoro futuri (€ 149.868,13)	Tabelle del Tribunale di Milano, 2014; Caputo <i>et al.</i> , 2013; IGEA (Ist. Sup. Sanità); Banca d'Italia, 2015.

Diagnosi precoce: ipercolesterolemia	Riduzione ospedalizzazioni per: • infarto • ictus	Riduzione dei costi sanitari diretti: • € 60.544,92 (orizzonte di 3 anni) • € 13.297,60 (costi annui) Riduzione costi indiretti (ictus): • € 9.289,19 (costi annui)	Grabowski <i>et al.</i> , 2012; Fattore <i>et al.</i> , 2012; Leal <i>et al.</i> , 2006.
	Riduzione del rischio di decesso: • Anni di vita guadagnati	• Danno non patrimoniale (€ 269.156,66)	Tabelle del Tribunale di Milano, 2014; SIMG, 2014.
Cambiamento stile di vita: consumo alcolici	Riduzione del consumo di alcolici	Riduzione dei costi di acquisto: 0,60 €/UA	Taggi, 2007; ISMEA, 2013; IRI, 2015; dati di mercato (www.massmarket.it).
	Riduzione del rischio di sviluppare: • PAC (patologie alcolcorrelate) • Sindrome di dipendenza alcolica	Riduzione dei costi sanitari diretti: • € 4.122,75 (media ponderata dei costi per ospedalizzazione) • € 395,36 (spesa media per trattamento farmacologico)	Ministero della Salute, 2014; Istat, 2012; C. T. per la Finanza Pubblica, 2007.
	Riduzione del rischio di decesso: • Anni di vita guadagnati • Anni lavorativi	• Danno non patrimoniale (€ 198.216,44) • VA medio dei redditi futuri (€ 216.190,39)	Tabelle del Tribunale di Milano, 2014; Ministero della Salute, 2014; Banca d'Italia, 2015.

6.4.2. Spesa sanitaria privata

A livello italiano la spesa sanitaria privata pro capite (nel periodo 2001-2014) è passata da 449.3 € a 553.1 € con un incremento medio annuo dell'1.61%.

Anche in questo caso le Regioni hanno un comportamento variegato e si passa da una quota di 364.8 € procapite in Campania a 880.0 € pro capite in Valle d'Aosta.

Queste differenze sono attribuibili alla diversa propensione dei cittadini a orientarsi al mercato privato, ma possono anche essere determinate da servizi pubblici asintonici con i bisogni della popolazione. È necessaria una certa attenzione per evitare che la spesa privata svolga un ruolo sostitutivo anziché integrativo rispetto alla spesa pubblica.

Considerando la specificità di genere, la spesa sanitaria privata (sic et simpliciter) delle D.OVER65. è in prima istanza e complessivamente di 4.207.020.193 € (circa 4.2 mld di euro), ma è necessario fare alcune considerazioni che inducono a stime incrementali.

Riprendendo le considerazioni sulla cronicità e aumentando orientativamente e con stima “ad sensum” del 10%¹⁹ la cifra di 553.1 € procapite, si

19. La stima del 10% di incremento della quota procapite privata si basa sulla considerazione che è molto più probabile che la cronicità di patologie possa essere meglio presidiata da strutture pubbliche.

può considerare che la spesa complessiva di sanità privata pro capite per le D.OVER65 è di circa 4.6 mld di euro con una spesa sanitaria privata pro capite di 605 €.

In sintesi per il cluster D.OVER65 si può ipotizzare, con le approssimazioni di rito e la carenza di informazioni puntuali riguardo al segmento, che la spesa sanitaria (pubblica e privata) si strutturi in una forbice che va da 2.800 € pro capite (spesa pubblica sanitaria pro capite + spesa sanitaria privata procapite-CASO *fonte OASI 2015*) a circa 2.971.00 € **pro capite** (spesa pubblica sanitaria pro capite + spesa sanitaria privata procapite-CASO *fonte ISTAT CRONICITÀ*).

L'ammontare **complessivo** della spesa sanitaria per il cluster D.OVER65 si colloca in una forbice che va da circa 21.3 mld € a circa 22.6 mld €.

Avendo usato un'attenzione valutativa con un approccio conservativo, si può affermare che la spesa sanitaria delle D.OVER65 è di circa 3.000,00 € pro capite per un ammontare complessivo di 22.818.768.000 €.

Bibliografia

- Agenas, *Monitor*, 2014, n. 38.
- Campedelli M., "Sanità integrativa e previdenza complementare. Paore chiave", *Care*, 2015, n. 4.
- Censis e Unipol, *Integrare il welfare, sviluppare la white economy 2014*, Roma, 9 luglio 2014.
- Crea Sanità, *10° Rapporto Sanità. Investimenti innovazione e selettività: scelte obbligate per il futuro del Ssn*, Crea Sanità e Università Tor Vergata, Roma, 2014.
- Federsanità Anci, *Ricognizione delle azioni programmate per la non autosufficienza. 2007-2010 Rapporto Finale*, Roma, marzo 2013.
- Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), *Il welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Egea, Milano, 2014.
- Giarda P., *Elementi per una revisione della spesa pubblica*, versione del 8 maggio 2012, www.publicpolicy.it/rapporto-giarda-sulla-revisione-della-spesa-pubblica-21839.html.
- Istat, *Tendenze demografiche e trasformazioni sociali*, Rapporto annuale 2014.
- Longo F., Tanzi E., *I Costi della vecchiaia*, Cergas Bocconi-Egea, 2010.
- Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Cronicità*, 2016.
- Mef - Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario*, 2015.
- Naa - Network non autosufficienza (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto 2009 - Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento*, Maggioli, Rimini.

Politiche sanitarie, *Riconfigurare l'universalismo in sanità? Sanità integrativa e Servizio sanitario nazionale per nuove tutele del diritto alla salute*, numero monografico, 16,1, gennaio marzo 2015, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Regione Piemonte e Istat, *Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013*, Roma, 12 luglio 2014, www.istat.it.

7. Il supporto farmacologico alla donna anziana

di Raffaella Michieli*, Claudia Zerbinati**

7.1. Aspetti generali e ruolo del medico di Medicina generale

La popolazione italiana sta progressivamente invecchiando: 13.5 milioni di individui superano i 65 anni rappresentando il 22.3% del totale; di questi il 58% è costituito da donne con una percentuale che supera il 70% se si considerano gli ultra 85enni.

L'aspettativa di vita è in continuo incremento per entrambi i sessi, ma le donne hanno una vita media più alta pari a 85.1 anni (rispetto agli 80.6 degli uomini) con una speranza di vita a 65 anni di 22.4 anni, questo comporta inevitabilmente la presenza di malattie legate all'invecchiamento.

In questo contesto si assiste a un aumento dei livelli di **multicronicità**; in particolare, le donne presentano tassi molto più elevati, 18.7% contro il 9.8% degli uomini, anche se nell'anzianità sono meno colpite da patologie croniche gravi (50.6% contro il 56% fra gli ultra75enni).

Alla luce di questi dati la comprensione delle **differenze di genere** nell'ambito della diagnostica e della terapia assume un ruolo fondamentale allo scopo di migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure. Ancor più se si considera che le donne hanno un numero di accessi al sistema sanitario maggiore rispetto agli uomini, assumono più farmaci e gestiscono la salute di tutta la famiglia, occupandosi della gestione dei farmaci, del controllo delle patologie e dei fattori di rischio.

La presa in carico dei pazienti con patologie croniche è affidata alla Medicina generale che con la sua assistenza continuativa ha il compito di diagnosticare, trattare e monitorare questi pazienti anche in continuità con lo specialista.

* Segretario SIMG, Società Italiana di Medicina Generale.

** Medico di Medicina Generale, Venezia.

La gestione da parte del medico di famiglia quindi non può prescindere dalla conoscenza e dalla consapevolezza della presenza delle citate differenze, in quanto donne e uomini divergono non solo per la prevalenza delle patologie, ma anche per il contesto sociale, la percezione della salute, la risposta ai farmaci e la comparsa di effetti collaterali.

La **popolazione femminile**, per molteplici motivazioni cliniche e sociali, **consuma in maggior misura farmaci** e altri rimedi alternativi. In linea generale le donne sono **più affette da malattie**, sia per la loro età più avanzata che per la maggiore prevalenza di patologie che comportano **dolore**. Il loro ruolo sociale, mutato negli anni, ha modificato gli stili di vita esponendole a **fattori di rischio** un tempo prevalenti tra gli uomini, come fumo e alcool, pur rimanendo comunque socialmente più svantaggiate.

Il progresso nella diagnostica e nella terapia in medicina si inserisce in un contesto sociale che invecchia, ma progredisce in termini di istruzione, incrementando la consapevolezza e l'informazione nei riguardi delle malattie e della salute.

Il **livello di istruzione** rappresenta un'importante determinante di salute, influenzando sulle possibilità di promozione degli stili di vita sani e sulla consapevolezza del beneficio determinato dalla prevenzione dei fattori di rischio. Attualmente a tutti i livelli di istruzione le donne hanno risultati migliori e forse anche questo è uno dei fattori che comporta il loro ruolo di gestrici della salute familiare.

Invece un basso titolo di studio, che era fino a qualche decennio fa la caratteristica delle donne, implica spesso una condizione socio-economica sfavorevole e con maggior frequenza ciò si associa a patologie croniche e a limitazioni funzionali intese come capacità di movimento, ma anche capacità comunicative, autonomia nelle funzioni quotidiane e capacità di cura della persona. In particolare la perdita di autonomia aumenta con l'avanzare dell'età e tra le persone di almeno 80 anni evidenza uno svantaggio netto per le donne, raggiungendo il 32.5% per gli uomini e il 49.1% nelle donne. Il tutto non si giustifica per la sola maggiore longevità delle donne, visto che il divario emerge in tutte le fasce d'età, ma dipende anche dalla maggiore prevalenza di malattie invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

Le **condizioni economiche** sono un ulteriore fattore associato a una compromissione dello stato di salute, non solo per una carenza di risorse, ma anche perché determinano esclusione sociale; da questo punto di vista vi è un forte squilibrio di genere a favore degli uomini. Nel 2013, infatti, solo il 46.5% delle donne aveva un'occupazione rispetto al 64.8% degli uomini.

Le donne presentano prevalenze significativamente più elevate per quasi tutte le patologie cronico-degenerative, ma le tipologie che colpiscono i due

sessi non sono le stesse, a eccezione dell'artrosi/artrite e dell'ipertensione arteriosa. Gli uomini sono affetti con maggior prevalenza da infarto del miocardio (2.7% contro 1.1%) e da malattie respiratorie, in particolare il 20.7% soffre di bronchite cronica/enfisema contro il 13.3% delle donne. Le donne, invece, sono colpite di più da patologie osteoarticolari, in particolare dall'osteoporosi (12.4% contro 1.7% degli uomini, oltre gli 80anni il 50.8% delle donne ne è affetta), da cefalea e dalle patologie tiroidee (8.4% contro 1.5%).

Nel complesso i dati relativi alla Medicina generale evidenziano per le donne un maggior numero di contatti nelle fasce d'età più giovani, per poi assistere a un'inversione di tendenza oltre i 74 anni, in generale esse tendono a prestare maggiore attenzione al proprio stato di salute e avere maggior consapevolezza delle patologie soprattutto se si tratta di malattie croniche.

7.2. Patologie a maggior impatto sociale e uso dei farmaci

I dati derivanti dal rapporto di *Health Search* (HS, Istituto di ricerca della SIMG) del 2016 permettono di fotografare lo stato di salute della popolazione sulla base della prevalenza delle patologie a maggior impatto sociale e, secondariamente, tramite l'analisi dell'uso dei farmaci, di stimarne l'appropriatezza prescrittiva.

a. Farmaci e malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari rappresentano attualmente la prima causa di morte al mondo; nel corso degli ultimi dieci anni si è assistito a un progressivo aumento della prevalenza di queste patologie associato a maggiori tassi di ospedalizzazione, ma minore mortalità. Il primato della mortalità rimane alle donne: 51% rispetto al 42%.

Dal 2004 al 2014 si è registrato per l'ipertensione arteriosa un incremento della prevalenza dal 18.2% al 26.7%, con un picco nella fascia 75-84 anni e una lieve riduzione negli ultra 85enni; per le malattie ischemiche cardiache dal 2.9% al 4.0%, con stime sensibilmente maggiori per gli uomini, per l'ictus ischemico dal 1.7% al 3.8%, anch'esso più frequente negli uomini e in aumento nelle fasce d'età più avanzate, con un picco tra gli 85enni e infine per lo scompenso cardiaco un incremento di prevalenza dallo 0.8% all'1.3% per entrambi i sessi.

L'ipertensione arteriosa costituisce il principale fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari. Essa presenta prevalenze maggiori tra le donne attestandosi al 27.3% contro il 26.2% degli uomini.

Una terapia corretta dell'ipertensione sarebbe in grado di ridurre da un lato le possibili complicanze e la mortalità complessiva, dall'altro di

contenere i costi sanitari. Tuttavia si è osservato che un elevato numero di pazienti ipertesi risulta non trattato del tutto o non trattato adeguatamente e ciò è imputabile principalmente a una scarsa aderenza alla terapia prescritta. L'aderenza media alla terapia antipertensiva è del 64.1% ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne. Questo espone i pazienti a subire gli effetti collaterali dei farmaci senza raggiungere un adeguato target terapeutico.

L'**ipercolesterolemia**, altro fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari, ha una prevalenza nella popolazione degli assistiti dai medici di Medicina generale (MMG) di circa il 16%, con una percentuale maggiore per le donne rispetto agli uomini e aumenta con l'età raggiungendo un picco tra i 66 e i 75 anni.

È ormai noto come la terapia ipolipemizzante con le statine abbia un rapporto costo-efficacia favorevole sia in prevenzione primaria che secondaria, a patto che si abbia un trattamento continuativo in assenza di effetti collaterali.

Non ci sono apparenti spiegazioni al fatto che le donne siano meno trattate con i farmaci per l'ipercolesterolemia, se non l'istintiva sensazione da parte del personale sanitario che siano meno "gravi". L'aderenza media al trattamento con statine, fondamentale per garantirne l'efficacia in termini di prevenzione cardiovascolare, è limitata e si attesta tra il 30 e il 45%: anche per questa classe di farmaci gli uomini hanno una *compliance* maggiore rispetto alle donne, fatto che si traduce in una perdita di efficacia dal punto di vista terapeutico e in un aumento del rischio di sviluppare effetti avversi. L'**aspirina** infine, farmaco chiave nella prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria per la sua azione antiaggregante, risente fortemente dell'influenza ormonale. Nelle donne recenti studi hanno evidenziato una maggiore reattività piastrinica e dunque, mentre il beneficio dell'aspirina in prevenzione secondaria è stato dimostrato in entrambi i sessi, nella prevenzione primaria il suo uso è ancora controverso, poiché sembra associato a una riduzione dell'ictus ischemico, ma non dell'infarto del miocardio, contrariamente a quanto avviene nell'uomo. Non sono state evidenziate differenze di genere nel rischio di sanguinamento.

b. Farmaci e malattie delle vie respiratorie

Le principali malattie croniche delle vie respiratorie sono l'**asma** e la **broncopneumopatia cronica ostruttiva** (BPCO). La prevalenza di entrambe le patologie è in aumento: in particolare la BPCO ha una prevalenza media dal 2% del 2004 al 2.9% del 2014.

Mentre l'asma è diagnosticata con maggior frequenza nelle donne ed è presente in tutte le fasce d'età, la BPCO aumenta con l'età e colpisce con maggior frequenza gli uomini. Tale trend è in cambiamento a causa dell'a-

bitudine al fumo che sta aumentando soprattutto nelle donne giovani, e nel futuro è previsto un aumento delle patologie croniche respiratorie e del cancro del polmone nel genere femminile.

La terapia di queste patologie vede l'utilizzo di corticosteroidi e di broncodilatatori per via inalatoria. L'aderenza terapeutica a questa classe di farmaci si ferma al 10.7% dei pazienti con asma e al 26.1% di quelli con BPCO, e anche in questo caso sono più complianti gli uomini rispetto alle donne. Questi dati sono da attribuire da un lato all'uso non corretto dei farmaci e dall'altro allo schema terapeutico che varia a seconda del grado di severità della patologia.

c. Farmaci e diabete mellito

I dati di HS evidenziano una prevalenza media del diabete mellito di tipo 2 del 7.1% nel 2014; essa aumenta con l'età, raggiungendo un picco nella fascia 75-84 anni ed è maggiore tra i maschi, anche se la differenza di genere si attenua dopo gli 85 anni. Tra i farmaci si evidenzia un importante aumento nella prescrizione della metformina e una riduzione delle sulfaniluree.

L'aderenza alla terapia con ipoglicemizzanti orali è risultata del 63.6%: si conferma ancora una volta a favore degli uomini, aumenta con l'età, raggiungendo il massimo tra i 66 e i 75 anni e infine è maggiore tra i pazienti già in trattamento e tra quelli senza un pregresso evento cardiovascolare.

È noto come il diabete riduca la protezione del rischio cardiovascolare legata agli estrogeni: le donne diabetiche hanno un maggior rischio di sviluppare infarto del miocardio e anche una peggiore prognosi rispetto alla non diabetiche.

Sono state evidenziate delle differenze nel profilo di sicurezza dei farmaci antidiabetici: alcune categorie aumentano il rischio di frattura nelle donne a causa di interferenze ormonali. Tra questi anche l'insulina è associata a un aumento di fratture, maggiore nel genere femminile.

La prescrizione dell'aspirina è minore nelle donne diabetiche, pur avendo essa dimostrato una marcata riduzione del rischio per infarto nel miocardio anche in donne senza precedenti eventi cardiovascolari.

d. Farmaci e malattie del sistema nervoso centrale (SNC)

La spesa farmaceutica per questa classe di farmaci si posiziona al quarto posto per consumi e al quinto posto per spesa. L'analisi evidenzia un progressivo aumento nell'utilizzo all'avanzare dell'età per entrambi i sessi e, a partire dai 35 anni, una maggior prevalenza d'uso per le donne.

Tra i farmaci del SNC, gli antidepressivi di ultima generazione sono i più utilizzati e insieme agli antiepilettici costituiscono la prima voce in termini di spesa, seguiti dagli altri antidepressivi. Nell'anno 2015 i farmaci

antidemenza e gli anticolinesterasici sono quelli per i quali si è assistito a un maggior incremento nel consumo.

Tra le malattie del SNC la **depressione** è la patologia più diffusa, con una prevalenza di circa 5.5% e con tendenza all'aumento nell'avanzare dell'età con un picco tra gli 85enni. Essa è nettamente prevalente tra le donne in tutte le fasce d'età. Nella popolazione anziana almeno una persona su dieci ne soffre e in particolare la percentuale supera il 16% se si considerano le donne ultraottantenni.

L'indicazione per la prescrizione di questi farmaci presenta nel 60.4% dei casi una diagnosi di depressione o sintomi correlati, ma un 30% circa ha disturbi d'ansia e l'11.8% disturbi psichiatrici. In percentuali minori, ma non trascurabili, essi vengono prescritti per neuropatie e cefalee.

Gli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), farmaci di prima scelta nella depressione unipolare, risultano più efficaci nella donna e risentono meno della fluttuazione dei livelli plasmatici in funzione degli ormoni nelle diverse fasi del ciclo, mentre i triciclici ne vengono influenzati.

L'aderenza terapeutica per questa classe di farmaci è fondamentale per valutarne l'efficacia, poiché la terapia necessita di periodi prolungati. Essa però si ferma al 20%, mentre il 50% dei pazienti sospende il trattamento nei primi tre mesi e oltre il 70% nei primi sei. Questo, ancora una volta, espone al rischio di effetti indesiderati a scapito del beneficio desiderato.

I **disturbi d'ansia** sono molto diffusi nella popolazione, in particolare i disturbi nevrotici costituiscono il 6.8% e le reazioni acute da stress lo 0.8%. Queste condizioni aumentano all'avanzare dell'età raggiungendo un picco tra i 75 e gli 84 anni e sono prevalenti nel sesso femminile per tutte le fasce d'età. Il trattamento farmacologico e non farmacologico di questi disturbi eseguito in maniera non adeguata e tempestiva, determina una cronicizzazione, causando un aumento della disabilità con perdita di autonomia, della capacità lavorativa e di relazione, bassa qualità di vita e soddisfazione personale, aumento dei costi socio-sanitari e infine incremento del rischio di sviluppare altri disturbi psichiatrici, tra cui la depressione maggiore.

La diagnosi di demenza ha manifestato un progressivo aumento dal 2004 al 2014 andando dallo 0.9% al 2.5%, con una prevalenza che aumenta con l'età soprattutto dopo i 65 anni, raggiungendo un picco oltre gli 85 anni. La malattia ha percentuali sempre superiori nelle donne, con un divario tra i due sessi che aumenta progressivamente con l'età.

e. Farmaci e malattia da reflusso gastroesofageo

La malattia da reflusso gastro-esofageo è in costante aumento in Italia e ha raggiunto nel 2014 una prevalenza del 15.5% con un progressivo incre-

mento all'avanzare dell'età. Parallelamente a questo si è assistito però a un esponenziale aumento della prescrizione di farmaci antireflusso, pur con un lieve calo negli ultimi quattro anni analizzati, in seguito al fatto che diversi studi recenti hanno messo alla luce la comparsa di effetti avversi anche gravi, soprattutto per un utilizzo prolungato o in sottopopolazioni a rischio come gli anziani, affetti da comorbidità e quindi politrattati, esposti a possibili interazioni farmacologiche.

f. Antibiotici

Le condizioni cliniche per le quali si osserva un maggior impiego di antibiotici sono le **infezioni** delle alte **vie respiratorie** (IAR), le bronchiti e le infezioni acute non complicate delle basse **vie urinarie**. Le IAR costituiscono il 75% degli interventi medici nella stagione invernale e una delle principali cause di morbidità e mortalità, soprattutto nei soggetti ad alto rischio.

Numerosi studi hanno evidenziato che un'elevata esposizione ad antibiotici determina un maggior rischio di sviluppare resistenze.

È da considerare inappropriato l'utilizzo di antibiotici in presenza di una diagnosi di influenza, laringotracheite o rinite, così come l'uso di fluorochinoloni e cefalosporine in presenza di faringiti e faringotonsilliti o di fluorochinoloni in corso di bronchite in assenza di BPCO.

Le infezioni delle vie urinarie costituiscono l'infezione più frequente nelle donne e un quarto di esse soffrono di episodi ricorrenti.

L'uso inappropriato di antibiotici in queste condizioni cliniche è presente in più del 30% dei casi, con maggior frequenza al Sud, nelle donne e nei pazienti di età avanzata, anche se i tassi sono in riduzione negli ultimi anni.

La letteratura conferma che le donne hanno una maggiore probabilità di ricevere una prescrizione antibiotica, con una differenza di genere più marcata al di sotto dei 54 anni, per poi attenuarsi all'avanzare dell'età. Le classi di farmaci maggiormente prescritte nelle donne sono i macrolidi e le cefalosporine, in particolare per le infezioni respiratorie, mentre per i fluorochinoloni, frequentemente prescritti per le infezioni urinarie, si ha una sostanziale parità tra i due sessi.

Le differenze prescrittive possono essere ricondotte sia a ragioni cliniche, sia genetiche, per una diversa conformazione dei geni coinvolti nella regolazione dell'immunità, sia a motivazioni sociali. Le donne infatti hanno un numero di accessi maggiore presso il MMG, a dispetto del fatto che i maggiori fattori di rischio per infezioni batteriche, come fumo e alcool, siano più presenti negli uomini.

È da sottolineare infine come il numero di prescrizioni aumenti all'avanzare dell'età, con un'inversione di tendenza dal punto di vista del genere: aumentano gli antibiotici prescritti agli uomini oltre gli 84 anni, probabil-

mente in seguito all'incremento di infezioni urinarie per problemi prostatici e a un maggior numero di contatti con il Medico di famiglia.

g. Farmaci e tromboembolismo venoso

Il tromboembolismo venoso, che include sia la trombosi venosa profonda che l'embolia polmonare, costituisce la terza causa di morte per malattia cardiovascolare dopo infarto del miocardio e ictus. In Italia la prevalenza è del 2.83%, con percentuali maggiori tra le donne e tra le fasce d'età più avanzate con un picco oltre i 90 anni. Il trattamento prevede l'utilizzo di anticoagulanti tra cui eparina a basso peso molecolare, antagonisti della vitamina k e, negli ultimi anni, i nuovi anticoagulanti orali.

Gli studi clinici hanno evidenziato differenze di genere nella risposta a questi farmaci, in particolare un aumento del rischio di recidiva di tromboembolismo per gli uomini in trattamento con gli antagonisti della vitamina k e un aumento del rischio di sanguinamento nelle donne che assumono sia gli antagonisti della vitamina k che i nuovi anticoagulanti orali. Le cause sono ancora poco chiare, in parte sicuramente attribuibili a una differente farmacocinetica dei farmaci tra i due sessi.

h. Farmaci e patologie osteoarticolari

Le malattie reumatiche e l'osteoartrosi sono la prima causa di dolore e disabilità in Europa: la loro prevalenza è in aumento e colpiscono il 16.4% della popolazione con valori più elevati nelle donne soprattutto tra 75 e 84 anni. Sono causa di grave disabilità soprattutto quando si sommano ad altre comorbidità. Le patologie più frequenti sono la periartrite, soprattutto a livello di spalla (20%), l'artrosi (18.9%) e l'**osteoporosi** (9.79%). Per quest'ultima i dati evidenziano che il 23% delle donne oltre i 40 anni ne è affetta contro il 14% degli uomini oltre i 60, con percentuali in aumento parallelamente all'invecchiamento della popolazione generale. L'osteoporosi determina un aumento della probabilità di fratture da fragilità nei diversi distretti (radio distale, omero, vertebre, femore) con un forte aumento di disabilità e di costi sanitari.

Tra i farmaci per le malattie osteoarticolari, i FANS giocano un ruolo chiave costituendo il 40% delle prescrizioni, anche se sono in calo, al contrario dei corticosteroidi e del paracetamolo. Nell'osteoporosi i farmaci di elezione sono i bisfosfonati (16.9% in ionoterapia, 6% in associazione pre-costituita con vitamina D). La terapia viene usata con maggior frequenza nelle donne (23.5% tra il 66 e 75 anni). Il 61% dei soggetti associa l'assunzione di calcio o vitamina D e l'aderenza è stata nel 2015 del 50.6%, dato che risulta superiore nelle donne e nelle persone più anziane.

7.3. Farmacologia di genere

La farmacologia di genere è la branca della farmacologia che si occupa di studiare le **differenze tra uomini e donne legate all'uso dei farmaci** in termini di efficacia, di sicurezza, ma anche di risposta in relazione a numerosi fattori interferenti.

Le differenze di genere nell'ambito farmacologico costituiscono un caleidoscopico complesso, ascrivibile a fattori di natura biologica e sociale che interagiscono tra loro: differenze ormonali sesso-specifiche, che si intersecano con il comportamento psicologico, il ruolo sociale, l'istruzione e la formazione culturale, vanno a costituire nell'insieme la complessità di un individuo.

Le differenze di genere in farmacologia riguardano sia la parte *farmacocinetica*, ossia come l'organismo può modificare un farmaco somministrato a una medesima dose in due soggetti di sesso diverso, sia la parte *farmacodinamica*, ossia il differente effetto che un farmaco ha sull'organismo.

Sono molteplici i fattori che influenzano la farmacocinetica di un farmaco: il peso, la genetica, la funzionalità renale ed epatica, il fumo, l'alcool, la dieta e ovviamente l'uso concomitante di altri farmaci. Variazioni in uno di questi fattori possono determinare un differente effetto farmacologico e dunque anche diversità di genere. Nonostante, per esempio, il peso sia uno dei determinanti nelle differenze tra i due sessi, i farmaci vengono somministrati con una dose unica e paritaria con conseguente maggiore esposizione nelle donne che, mediamente, hanno un peso inferiore agli uomini.

La farmacocinetica del farmaco sembra evidenziare differenze in tutte le fasi della sua trasformazione, secondarie sia alla dimensione che alla composizione corporea. Tali differenze risultano a partire dall'assorbimento, processo mediante il quale il farmaco attraversa le barriere dell'organismo per entrare nel circolo ematico: il pH gastrico più alto nelle donne favorisce l'assorbimento di farmaci basici, come benzodiazepine e antidepressivi, e modifica la velocità di dissoluzione delle forme farmaceutiche ph-dipendenti.

A livello intestinale, invece, una diminuita motilità nelle donne ritarda l'assorbimento dei farmaci e potrebbe dunque richiedere un prolungamento dell'intervallo di tempo tra assunzione del farmaco e il pasto.

Anche la distribuzione dei farmaci è oggetto di variabilità di genere, per la presenza di caratteristiche diverse a livello di composizione corporea, flusso sanguigno, legami proteici e molecole di trasporto.

Le donne sono caratterizzate, infatti, da una maggiore percentuale di tessuto adiposo (25%), una minore massa muscolare (10%) e quantità d'acqua totale (15-20%). Tali percentuali variano con l'età: infatti la massa

grassa aumenta fino al 48% dopo la menopausa, mentre la quantità d'acqua e il volume degli organi si riduce. Questo determina un aumento del volume di distribuzione dei farmaci lipofili, come le benzodiazepine, traducendosi in un'emivita più lunga con accumulo prolungato nel tessuto e, di conseguenza, a un'esposizione maggiore all'insorgenza di reazioni avverse. Esse richiederebbero dunque una dose terapeutica più bassa. I farmaci e le sostanze idrofile, viceversa, hanno un ridotto volume di distribuzione nelle donne per cui, per esempio, l'etanolo, distribuendosi in un minor volume, raggiunge un picco di concentrazione maggiore rispetto all'uomo, a parità di dose somministrata.

Il metabolismo dei farmaci, che avviene principalmente a livello epatico, riveste un ruolo fondamentale nella farmacocinetica di genere, ed è legato all'attività dei diversi enzimi epatici che hanno attività differenti nei due sessi; ciò può comportare a volte la riduzione, ma più spesso l'aumento dei livelli ematici di alcuni farmaci, con conseguente maggior frequenza di effetti avversi.

L'eliminazione dei farmaci dall'organismo avviene attraverso la via renale, epatica e polmonare. Il rene costituisce la maggiore via di eliminazione dei farmaci con un processo che differisce nei due sessi. Nella giovane donna infatti, sono minori sia la velocità di filtrazione glomerulare che il flusso sanguigno renale, mentre con il passare degli anni tali parametri diminuiscono anche nell'uomo, raggiungendo valori simili verso i 70 anni. La correzione della dose andrebbe dunque effettuata considerando la *clearance* della creatinina, l'età e il sesso.

7.4. Reazioni avverse a farmaci (ADR)

L'effetto avverso viene definito come il danno risultante da una somministrazione farmacologica alla dose terapeutica. Tali eventi possono aumentare da un lato morbidità e mortalità, dall'altro prolungare il periodo di ospedalizzazione ed, in generale, quindi incrementare i costi sanitari.

I dati epidemiologici evidenziano che i ricoveri secondari a reazioni avverse costituiscono il 3-28% del totale e che circa il 5-20% dei pazienti presenta una reazione avversa durante l'ospedalizzazione.

Sono i pazienti anziani quelli più a rischio di sviluppare reazioni avverse che richiedano una visita d'emergenza e che presentano un rischio 8 volte maggiore che l'evento necessiti di ospedalizzazione.

I maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di reazioni avverse sono il decadimento della funzionalità renale ed epatica, l'aumentare dell'età, le molteplici condizioni patologiche, la politerapia e il sesso femminile.

Le **donne** e gli **anziani** sono dunque le categorie maggiormente a rischio di sviluppare delle ADR. La riduzione fisiologica della **funzionalità**

renale associata a un aumento del volume di distribuzione e del tessuto adiposo a scapito di quello muscolare, determinano da un lato un accumulo maggiore del farmaco e dall'altro una minore *clearance*, favorendo un prolungamento dell'emivita con maggiori picchi di concentrazione ematica.

La **politerapia**, solitamente definita quando si usa un numero variabile di farmaci da 5 a 10, espone – indipendentemente dall'età – a un maggior rischio di reazioni avverse. Mentre l'età, il sesso e la funzionalità renale non sono fattori modificabili, il numero di farmaci è una variabile su cui si è in grado di intervenire.

Poiché gli anziani assumono in genere un maggior numero di farmaci a causa di più patologie concomitanti, sono esposti più frequentemente all'insorgere di reazioni avverse. Questo non è da attribuire solo a un fattore anagrafico, ma piuttosto al fatto che da un lato si assiste al decadimento della funzionalità epatica e renale che riduce la *clearance* dei farmaci, dall'altro all'aumento del rischio di interazioni farmacologiche, di **prescrizioni inappropriate** e di **prescrizioni a cascata** (ossia farmaci prescritti per trattare un effetto avverso interpretato erroneamente come una nuova condizione clinica) e infine alla riduzione della *compliance* terapeutica.

Le donne sono maggiormente rappresentate nella popolazione anziana e hanno un rischio di 1.5-1.7 volte maggiore di sviluppare effetti avversi a farmaci, e con reazioni più gravi; le cause non sono del tutto note, ma sicuramente intervengono fattori farmacocinetici, farmacodinamici, ormonali e immunologici. I fattori predisponenti a questa maggiore sensibilità sono molteplici: consumano un maggior numero di farmaci e di rimedi botanici sia in generale che rispetto al sesso maschile, sono più malate, in quanto raggiungono età più avanzate, ma hanno anche una predisposizione verso alcuni effetti avversi genere-specifici. Per esempio fratture da tiazolidinidioni, la cui causa non è ancora chiarita, ma verosimilmente attribuibile al ruolo giocato dagli estrogeni, oppure la sindrome del QT lungo secondaria a un fisiologico prolungamento della ripolarizzazione cardiaca nella donna, che può essere indotta da alcuni farmaci come macrolidi, antiaritmici, antipsicotici, antifungini e antidepressivi.

È da considerare inoltre un aumentato rischio di sovradosaggio dei farmaci per questioni farmacocinetiche come, per esempio, un minor peso corporeo che influenza le concentrazioni dei farmaci.

Le donne sono, con maggior frequenza rispetto agli uomini, affette da depressione, patologia che in modo indipendente aumenta il rischio di reazioni avverse. Non vanno esclusi infine fattori sociali, in quanto spesso le donne, in particolare le anziane, vivono sole, senza assistenza e in condizioni economiche disagiate.

Le ADR più frequentemente riscontrare in uno studio austriaco tra pazienti ricoverati erano riconducibili ad alterazioni elettrolitiche, scoagula-

zione eccessiva, aritmie cardiache, disidratazione ed emorragia. Tra queste l'emorragia, l'iponatriemia e la bradicardia venivano riscontrate prevalentemente nelle donne, presentando sintomi più severi e a maggior pericolo di vita o mortali. I farmaci maggiormente in causa erano diuretici, per squilibri elettrolitici, antagonisti della vitamina k, ACE inibitori, anch'essi causa di squilibri elettrolitici e riduzione della funzionalità renale e FANS, seguiti da beta bloccanti e glicosidi cardioattivi.

7.5. Appropriatezza

La prescrizione farmacologica inappropriata rappresenta un aspetto cruciale nella pratica quotidiana in quanto ha dei risvolti clinici, aumentando i potenziali eventi avversi secondari ai farmaci con ricadute sulla salute dei pazienti, e anche dal punto di vista economico, incrementando i costi sanitari. Nella **popolazione anziana** questo aspetto assume un valore preponderante per la difficoltà di prescrizione farmacologica in soggetti in condizioni di **pluricomorbilità e fragilità**.

L'appropriatezza farmacologica, e più in generale la qualità della prescrizione, vengono definite in base all'indicazione dei farmaci, il monitoraggio degli effetti avversi e delle interazioni farmacologiche e la *compliance* del paziente. Va considerata sia per la sovraprescrizione di farmaci inappropriati sia per la sottoprescrizione di farmaci appropriati/indicati.

I *Criteri di Beers* sono il metodo più utilizzato per valutare la prescrizione inappropriata di farmaci negli anziani, sia dal punto di vista dell'efficacia sia dal punto di vista del rischio di reazioni avverse. Essi consistono in una lista di oltre cinquanta farmaci suddivisi in tre categorie: da evitare sempre, da evitare in alcune condizioni cliniche e da utilizzare con cautela.

Uno studio italiano condotto su pazienti anziani ha rilevato una prescrizione inappropriata in quasi la metà di essi: i farmaci psicoattivi costituivano il 60.7%, di cui le benzodiazepine erano il 40.2%.

Questo dato è da attribuire all'utilizzo a lungo termine delle benzodiazepine nella popolazione anziana, le quali al contrario, non dovrebbero essere somministrate solo per insonnia, agitazione o delirio, poiché vanno ad aumentare il rischio di decadimento cognitivo e di cadute.

Le donne hanno un rischio maggiore di ricevere prescrizioni inappropriate (31% vs 26%); queste sono riconducibili prevalentemente alla prescrizione di benzodiazepine, antipsicotici, antidepressivi triciclici e FANS (studio inglese).

Le differenze di genere nell'ambito delle prescrizioni inappropriate sono da attribuire a fattori biologici, come la prevalenza di genere delle patologie, ma anche a fattori sociali come il differente approccio diagnostico e

terapeutico che i professionisti hanno nei riguardi dei due sessi di fronte a condizioni cliniche simili, ma anche viceversa quello che i pazienti hanno nei confronti del sistema sanitario, venendo in contatto, per esempio, con più medici con conseguente politerapia e aumento del rischio di reazioni avverse e di terapie inappropriate.

7.6. Interazioni farmacologiche

L'innovazione e il progresso nel campo della farmacologia hanno permesso di trattare sempre più patologie e di migliorare la qualità di vita, specie nelle patologie croniche e, in particolar modo, per la popolazione anziana.

L'utilizzo di un numero sempre maggiore di farmaci, tuttavia, espone al rischio di prescrizioni inappropriate che si esplicano, negli anziani, in due principali sottotipi, ossia le interazioni tra farmaci e quelle tra farmaco e patologia, aumentando il rischio di sviluppare reazioni avverse e di conseguenza anche la morbidità e la mortalità. **La politerapia negli anziani è un crescente problema nella sanità pubblica** proprio per il rischio di sviluppo di potenziali e prevenibili effetti avversi.

I farmaci antinfiammatori, inclusa l'aspirina, sono quelli più coinvolti sia nelle interazioni tra farmaci che tra farmaco e patologia. Questo ha particolare importanza se si considera l'utilizzo diffuso che gli antinfiammatori hanno tra le persone anziane, anche assunti al di fuori delle prescrizioni mediche.

Se si considerano le loro principali interazioni, vanno citati sia i farmaci antitrombotici, tra cui antiaggreganti piastrinici e anticoagulanti, in particolare warfarin, ma anche la classe dei farmaci cardiovascolari, in particolare gli antipertensivi. Medici e farmacisti devono dunque prestare particolare attenzione a questi farmaci e ai loro potenziali effetti avversi, in particolare l'ulcera peptica soprattutto in presenza di un'anamnesi positiva o se assunti in concomitanza di altri farmaci gastrolesivi (come corticosteroidi o antiaggreganti piastrinici), soprattutto alla luce del fatto che essi non sono raccomandati come prima linea nel dolore. Altre interazioni comuni sono tra gli ACE inibitori e i supplementi di potassio o i diuretici risparmiatori di potassio, la digossina con altri antiaritmici e quelle tra gli antidepressivi con antipsicotici e benzodiazepine.

La più comune interazione tra farmaci e patologie è, in entrambi i sessi, l'utilizzo di FANS in pazienti con storia di ulcera peptica o che assumono aspirina o FANS senza gastroprotezione; un altro gruppo di patologie da segnalare con potenziali interazioni sono le cadute in associazione all'assunzione di farmaci che agiscono sul SNC, in particolare le benzodiazepine.

7.7. Epilogo e conclusione

Comprendere le differenze di genere significa considerare la salute di un individuo a partire da conoscenze di tipo epidemiologico, diagnostico e terapeutico, per inserirle in un contesto ambientale e sociale specifico.

Questo concetto applicato alla farmacologia si esplicita nella prospettiva di approfondire le specifiche differenze tra donne e uomini nei confronti dei farmaci, della loro efficacia terapeutica e soprattutto degli effetti collaterali; a questo scopo il primo passo verso il futuro è quello di implementare la ricerca a partire dai trial clinici, con l'obiettivo di individuare una terapia più mirata. L'applicazione di questi principi nella *real life* sarà poi necessaria per l'applicazione del principio di equità di genere. In questo senso il lavoro e i dati della Medicina generale hanno dimostrato di essere affidabili e indispensabili per indurre un cambiamento che parta dal sistema di assistenza delle cure primarie, alla base del nostro Servizio sanitario nazionale.

Nell'era della medicina personalizzata questo cambiamento assume un ruolo fondamentale allo scopo di migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure.

Bibliografia

- Aa.Vv., *La medicina di genere, la nuova frontiera della medicina*, Hippocrates, Edizioni Medico-Scientifiche, 2011.
- Abbate E., Mannucci E. *et al.*, "Diabetes and sex: from pathophysiology to personalized medicine", *Intern Emerg Med*, 2012: 215-219.
- Allegri N., Rossi F. *et al.*, "Drug prescription appropriateness in the elderly: an Italian study", *Clin Interv Aging*, 2017: 325-333.
- Bianchini E., Brignoli O. *et al.*, *IX Report Health Search*, Istituto di ricerca SIMG, 2016.
- Dueckelmann C., Prinz E. *et al.*, "Adverse drugs reactions (ADRs) associated with hospital admissions-elderly female patients are at highest risk", *Int J Clin*, 2011: 577-86.
- Fadiran E.O., Zhang L., "Effects of sex differences in the pharmacokinetics of drugs and their impact on the safety of medicines in women", *Medicines for women*, 2015: 41-68.
- Giustini S., "Rischio da farmaci negli anziani", *Bollettino di farmacovigilanza AIFA*, AIFA, 2009.
- Hanlon J.T., Perera S *et al.*, "Potential drug-drug and drug-disease interactions in well-functioning community-dwelling older adults", *J CLin Pharm Ther*, 2017: 228-233.
- ISTAT, *Indicatori demografici, Stime per l'anno 2016*, ISTAT, 2017.

- ISTAT, *Le dimensioni della salute in Italia. Determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze sociali*, 2015.
- Loffredo L., Violi F. *et al.*, “Sex related differences in patients with acute venous thromboembolism treated with new oral anticoagulants. A meta-analysis of interventional trials”, *Int J Cardiol*, 2016: 255-258.
- Ministero della salute, “Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura”, *Quaderni del Ministero della Salute*, 2016.
- Morgan S.G., Weymann D. *et al.*, “Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults”, *Age Ageing*, 2016: 532-42.
- OSMED, *L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale anno 2015*, 2016.
- Rosano M.C.G., Lewis B. *et al.*, “Gender differences in the effect of cardiovascular drugs: a position document of the Working Group on Pharmacology and drug therapy of the ESC”, *European Heart Journal*, 2015: 2677-2680.
- Shröder W., Sommet H., “Gender differences in antibiotic prescribing in the community: a systematic review and meta-analysis”, *J Antimicrob Chemother*, 2016: 1800-1806.

8. Invecchiamento e innovazione farmaceutica: strategie di sostenibilità

di *Flavia Franconi**, *Ilaria Campesi***

8.1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione è uno dei fenomeni più significativi del ventunesimo secolo. Infatti, negli ultimi anni, il quadro demografico si è fortemente caratterizzato per questo e in accordo alle Nazioni Unite, ciò non può essere ignorato (Nazioni Unite, 2010), anche perché si stima che nel 2050 una persona su cinque avrà più di 60 anni.

Attualmente, in Italia, gli individui di 65 anni e più sono circa 13.5 milioni (22.3% della popolazione totale); quelli di 80 anni e gli ultranovantenni sono il 6.8% e il 1.2% del totale, rispettivamente (Istat, 2017). Gli ultracentenari, invece, ammontano a circa 17.000 e costituiscono lo 0.03% della popolazione totale e si stima un loro ulteriore incremento. Anche in questa classe d'età, come nelle altre classi di anziani, si osserva una netta prevalenza femminile che nel 2015 si attestava all'83.8% sul totale degli ultracentenari (Istat, 2017).

L'aspettativa di vita si attesta a 80.6 e 85.1 anni per gli uomini e per le donne, rispettivamente (Istat, 2017). Tuttavia, si osserva un recupero degli uomini verso le donne che interessa tutte le età (Istat, 2017). È bene ricordare che nel nostro Paese vi sono importanti differenze regionali. Infatti, i valori massimi continuano ad aversi nel Nord-est del Paese, dove gli uomini possono contare su 81.1 anni di vita media e le donne su 85.6. Quelli minimi, invece, si ritrovano nel Mezzogiorno, con 79.9 anni per gli uomini e 84.4 le donne (Istat, 2017). Tuttavia, occorre sottolineare che, a livello globale, negli ultimi due secoli, la speranza di vita alla nascita, per la pri-

* Vicepresidente Regione Basilicata - Laboratorio Nazionale Medicina e Farmacologia di Genere, INBB - Sassari.

** Laboratorio Nazionale Medicina e Farmacologia di Genere, INBB-Sassari; Dipartimento Scienze Biomediche, Università di Sassari.

ma volta, si è arrestata o è diminuita a causa dell'obesità e delle sue conseguenze (*The Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2012). Una ricerca, finanziata dalla *MacArthur Foundation*, ha evidenziato che tra il 1990 e il 2008 le donne caucasiche con meno di 12 anni di istruzione hanno perso 5 anni di speranza di vita, gli uomini 3 anni; mentre tra gli Africani e gli Ispanici la speranza di vita si è allungata, sia pur di poco (Olshansky *et al.*, 2012). Da notare che questa ricerca evidenzia ancora una volta l'importanza dello stato sociale (qui misurato attraverso i livelli d'istruzione).

8.2. Invecchiamento e salute

Un editoriale su *Lancet* del 2013 evidenziava che in Europa, nonostante la crescita della speranza di vita, non si è avuto un aumento della speranza di vita in buona salute. In altre parole, le persone vivono più a lungo in cattiva salute e ciò indica una diminuzione del benessere della popolazione e un conseguente aumento della spesa assistenziale (Editorial, 2013).

È noto che le donne hanno una vita più lunga, ma si ammalano di più e presentano più disabilità rispetto agli uomini (*women paradox*) (Franconi e Cantelli Forti, 2013). Infatti, nei Paesi industrializzati, le donne hanno una maggiore difficoltà nel compiere i gesti della quotidianità (vestirsi, camminare, salire le scale...) rispetto agli uomini. Pertanto non meraviglia che le donne usino di più i sistemi sanitari (Austad e Bartke, 2015).

Oramai è più che noto che per arrivare a una “*vecchiaia sana*” bisogna condurre una vita salubre in tutte le età della vita.

Per indurre le persone ad adottare stili di vita sani come ha sostenuto, a proposito della pandemia obesità, Margaret Chan, allora direttore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2013), alla VIII Conferenza globale della promozione della salute: “*Non c'è solo Big Tobacco da combattere. La sanità pubblica deve affrontare anche Big Food, Big Soda e Big Alcohol. (...) Il potere del mercato si traduce in potere politico. Pochi governi danno la priorità alla salute rispetto agli affari. Come abbiamo imparato dall'esperienza dell'industria del tabacco, una grande azienda è in grado di vendere al pubblico qualsiasi cosa. Permettetemi di ricordare questo punto. Nessun paese è stato in grado di invertire la tendenza dell'epidemia di obesità. Questo non è il fallimento della volontà individuale. Questo è il fallimento della volontà politica nell'affrontare il potere del mercato...*”.

In questo modo, l'allora Direttore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ricordava che la salute non è solo un problema individuale, ma che riguarda tutta la società e tutte le politiche. Per esempio, molte delle differenze in salute possono essere legate allo stress e le donne sono soggette

a più stress rispetto agli uomini (Franconi e Cantelli, 2013). Gli individui stressati vanno più facilmente incontro a malattie psichiatriche e somatiche, quindi questo potrebbe in parte spiegare il cosiddetto *women paradox*. Anche considerando il fatto che le donne, in Europa, possiedono il 38% in meno della ricchezza degli uomini e che tale svantaggio è presente in tutte le età della vita.

Come evidenziato dal rapporto *Wealth and Gender in Europe* della Commissione Europea (2017), tale svantaggio femminile aumenta con l'età. Quindi le donne sono più povere e la povertà, insieme al gradiente sociale, al grado di deprivazione o meglio – come sostiene ultimamente Sir Marmot (2017) – alla posizione socio-economica, produce delle importanti disuguaglianze nella salute.

Al di là della povertà, le donne, svolgendo maggiormente il ruolo di *caregiver* rispetto all'uomo, sono più esposte a *stressor* che possono peggiorare il loro stato di salute (Mayor, 2015). È stato anche visto che il ruolo del *caregiver* può modificare la risposta farmacologica (Franconi e Campesi, 2014). È evidente che accanto ai fattori di rischio classici, che già di per sé presentano dimorfismi sessuali (Franconi e Cantelli, 2013), dobbiamo considerare anche i determinanti sociali della salute se vogliamo avere soggetti invecchiati “*con successo*”, perché in genere questi sono il risultato della vita vissuta aderendo agli stili di vita sani, alle reti relazionali, agli interessi e alla posizione socio-economica.

8.3. Accesso alla cura

Le donne sono le maggiori utilizzatrici delle visite mediche dei medici di medicina generale (Jørgensen *et al.*, 2016) ma, per esempio, anche in tutta Italia (nord, centro, sud), come nel resto del mondo, le donne italiane ricevono meno angioplastica degli uomini (Guagliumi *et al.*, 2014; Seghieri *et al.*, 2016). A questo proposito è stato evidenziato che le donne arrivano più tardi in ospedale perché gli operatori sanitari e le stesse donne sottovalutano il rischio dell'infarto e la maggiore complessità dei sintomi (Guagliumi *et al.*, 2014).

Un altro settore che colpisce per le differenze sono le malattie renali croniche. Queste prevalgono nell'uomo (14.5 verso 12.14 per 100.000), ma le linee guida per le malattie renali croniche ignorano che nella popolazione sana il *reference value* per l'emoglobina è sesso-specifico e che questo potrebbe influenzare il *reference value* per iniziare la terapia con eritropoietina (Carrero *et al.*, 2017).

Inoltre, le donne sono più spesso donatrici di organi rispetto agli uomini, ma ricevono meno trapianti (Franconi e Cantelli Forti, 2013).

Questi sono solo alcuni esempi ma indicano l'estrema urgenza di prendere seri provvedimenti per evitare diseguaglianze che in alcuni casi possono essere anche fatali.

8.4. Sostenibilità

L'invecchiamento della popolazione, almeno per ora, rappresenta un fenomeno ineludibile, perciò la società è chiamata a predisporre i piani più appropriati, perché l'attuale quadro demografico indica che saranno necessarie spese crescenti per le pensioni e l'assistenza sanitaria.

Deve essere altresì chiaro che, per arrivare a una situazione più favorevole, è opportuno promuovere tutta una serie di iniziative che portino a invecchiare con successo. Quindi, accanto a politiche volte a migliorare la prevenzione dei fattori di rischio "classici", si devono intraprendere azioni che abbiano lo scopo, per esempio, di ridurre la povertà (politiche del lavoro, della casa...) e gli eventi stressanti, come la riduzione o la modifica del ruolo di *caregiver*.

Appare evidente che la situazione richiede sempre più una stretta collaborazione tra il paziente, la sua famiglia, l'operatore sanitario e l'operatore sociale; purtroppo non è stato chiarito quali siano i mezzi, i protocolli di intervento necessari per favorire tale integrazione. Sicuramente in un'ottica di prevenzione è necessario, se non vogliamo costruire un malato di domani, predisporre servizi di sostegno per il *caregiver* poiché, come abbiamo detto in precedenza, il ruolo del *care* può essere fattore di rischio per varie malattie e di diversa risposta ai farmaci. A nostro avviso, un aiuto potrà essere fornito dalla tecnologia per portare, in tempi rapidi, alla creazione di *smart home* che, insieme all'*health home monitoring*, aiuteranno a monitorare le attività della vita quotidiana, le condizioni cardiache... degli anziani. Ciò porta a una riorganizzazione dei servizi e a una probabile riduzione dei costi mediante un aumento dell'efficienza del sistema, soprattutto grazie a una maggiore appropriatezza delle cure, alla riallocazione delle risorse, nonché alla riduzione della variabilità "evitabile" della *performance* nelle varie aree territoriali.

Bibliografia

- Austad S.N., Bartke A., "Sex Differences in Longevity and in Responses to Anti-Aging Interventions: A Mini-Review", *Gerontology*, 2015, 62: 40-46.
- Carrero J.J., Hecking M., Ulasi I., Sola L., Thomas B., "Chronic Kidney Disease, Gender, and Access to Care: A Global Perspective", *Semin Nephrol*, 2017, 37: 296-308.

- Chan M., WHO Director-General addresses health promotion conference, www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en.
- Editorial. "How to cope with an ageing population", *Lancet*, 2013, 382: 1225.
- Franconi F., Cantelli Forti G. (eds.), *Manuale di Medicina di Sesso Genere*, Bologna University Press, 2013.
- Franconi F., Campesi I., "Sex and gender influences on pharmacological response: an overview", *Expert Rev Clin Pharmacol*, 2014, 7: 469-485.
- Guagliumi G., Capodanno D., Saia F., Musumeci G., Tarantini G., Garbo R., Tumminello G., Sirbu V., Coccato M., Fineschi M., Trani C., De Benedictis M., Limbruno U., De Luca L., Niccoli G., Bezerra H., Ladich E., Costa M., Biondi Zoccai G., Virmani R., OCTAVIA Trial Investigators, "Mechanisms of atherothrombosis and vascular response to primary percutaneous coronary intervention in women versus men with acute myocardial infarction: results of the OCTAVIA study", *JACC Cardiovasc Interv*, 2014, 7: 958-968.
- Istat 2017, www.istat.it/it/files/2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici_2016.pdf.
- Jørgensen J.T., Andersen J.S., Tjønneland A., Andersen Z.J., "Determinants related to gender differences in general practice utilization: Danish Diet, Cancer and Health Cohort", *Scand J Prim Health Care*, 2016, 34: 240-249.
- Marmot M., "Social justice, epidemiology and health inequalities", *Eur J Epidemiol*, 2017.
- Mayor E., "Gender roles and traits in stress and health", *Front Psychol*, 2015, 6: 779.
- Nazioni Unite, www.ancescao.it/Download/NewsDocs/rapporto_da_fondo_delle_nazioni_unite_32210.pdf.
- Olshansky J. *et al.*, "Differences in Life Expectancy Due to Race and Educational Differences are Widening, and Many May not Catch Up", *Health Affairs*, 2012, 31.
- Franconi F., Gallo M., Montagano G., Seghieri C., "Le differenze di genere negli esiti dell'infarto miocardico acuto: un confronto tra due Regioni italiane", *Politiche sanitarie*, 2016, 17: 197-204.
- The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), www.healthdata.org/news-release/girls-born-2009-will-live-shorter-lives-their-mothers-hundreds-us-counties.
- Wealth and Gender in Europe - European Commission - Europa EU, ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/equal.../2017_report_econind_wealth.pdf.

Conclusioni

di *Franca Biondelli**

La salute della donna è oggi – quanto mai – un tema centrale per il nostro Paese.

Lo rilevano Istituzioni, Terzo Settore, Scienza e Media che in questi ultimi anni hanno iniziato a mettere in luce, ciascuno per il proprio ambito di competenza, le criticità e le disparità della condizione femminile attuale con particolare riguardo alla salute psico-fisica.

All'Osservatorio nazionale sulla salute della donna si deve riconoscere una parte importante del merito di avere tenuto i riflettori accesi su queste tematiche, sensibilizzando con tenacia gli interlocutori non solo a un impegno nello studio e nella ricerca sul benessere al femminile, ma anche alla realizzazione di risposte tangibili in favore delle donne.

Alla gratitudine per il lavoro svolto in questi anni da Onda, devo aggiungere oggi un plauso particolare per il presente volume per cui ho l'onore di scrivere questa nota conclusiva.

Si tratta di un lavoro imponente sia negli obiettivi sia nei contenuti grazie al quale è finalmente possibile fare un punto sulla salute della donna a trecentosessanta gradi.

In questi anni il ruolo della donna – sotto la spinta dei cambiamenti sociali – sta evolvendo, accettando nuove sfide e nuovi rischi e perdendo vecchie sicurezze e tutele che il sistema sociale garantiva.

Lavorativamente la donna sta assumendo stesse responsabilità e stessi rischi degli uomini, ma con stipendi più bassi, maggiori ostacoli alla carriera e – spessissimo – con un carico familiare imponente da portare avanti in prima persona.

Eppure, a fronte di questa evoluzione di ruolo sociale – come si evince chiaramente da questo libro – le donne restano “più sole, abusate e maltrattate”.

* Sottosegretario Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Probabilmente non a caso, in questo contesto, gli indicatori di benessere psico-fisico femminili ci dicono che le donne, per quanto più longeve degli uomini, godono di una salute peggiore rispetto all'uomo, con un eccesso di condizioni quali la polipatologia, la depressione, la perdita dell'autosufficienza e la fragilità in generale.

A rischio non c'è solo la salute della donna, ma quella di tutta la società italiana perché la donna continua ad avere un ruolo fondamentale nel gestire la salute e il benessere della propria famiglia e dei propri cari, che siano coniugi, figli, genitori o nipoti.

Il volume dà conferme alla nostra azione politica da un lato, ma ci sprona anche a trovare nuove modalità di intervento in favore del benessere psico-fisico della donna.

Di sicuro i recenti innovativi interventi normativi da noi promossi come quello a favore della conciliazione tra vita professionale e vita privata nell'ambito del *welfare* aziendale oppure il reddito di inclusione sono alcune delle iniziative messe in campo che danno risposte tangibili a tutte le donne italiane e soprattutto a quelle in difficoltà. Così anche – per quanto riguarda la tutela della salute – grandissimi passi avanti sono stati fatti durante questa legislatura con l'approvazione dei LEA, la creazione del Registro nazionale dei tumori e la legge sulle *Breast unit* per citarne solo alcuni.

Però le sfide aperte – così chiaramente presentate in questo volume – sono ingenti e possono apparire a prima vista scoraggianti.

Da donna ho però una certezza: le donne rappresentano il futuro del nostro Paese e sapranno guidare in prima persona questo cambiamento in atto.

Il nostro ruolo – e in questo caso parlo come istituzione – sarà quello di continuare a dare loro fiducia, supportarle al meglio e liberare le tante energie che mettono in campo in tutti gli ambiti della società italiana.

Postfazione

Sognare per reinventarsi la vita a sessant'anni

di *Giangiaco Schiavi**

Il libro si intitola: *Nonno, parlami di te*. È il passato che parla attraverso una voce amica. In Germania è diventato un best seller. I giovani, è la sintesi, hanno bisogno di memoria. E di ricostruire un'alleanza generazionale, soprattutto oggi, con le cifre dell'invecchiamento che allarmano: nel 2043 gli italiani con oltre 65 anni saranno quasi un terzo della popolazione e nel 2060 raggiungeranno quota venti milioni. Rottamazione è una parola proibita. Serve un'alleanza generazionale, venti-ottanta. Senza questo mix, la società implode.

Siamo un paese di vecchi, alcuni fragili, altri determinati, tutti con una storia. Che non finisce con l'età, con un numero prefissato dall'anagrafe. Può ricominciare, e avere uno sviluppo in qualche caso straordinario. Indro Montanelli, per esempio: a 65 anni, invece di ammainare le vele le ha issate più in alto di prima e con un giornale nuovo ha dato un'impennata alla sua vita. Oppure Umberto Veronesi che a sessant'anni poteva anche considerarsi soddisfatto per i successi raggiunti in campo medico, ma ha fatto una scommessa con se stesso rimettendosi in gioco: ha fondato un grande ospedale. Bernardo Caprotti aveva già ottant'anni quando ha rinunciato a divertirsi sui campi da golf e ha ripreso in mano le redini di Esselunga, rilanciandola. Anche Giulia Maria Crespi ha scavalcato le barriere dell'età: a cinquant'anni ha dato una scossa alla sua attività di imprenditrice sdoppiandosi con l'impegnativa presidenza del Fai, di cui resta, a più di novant'anni, il riferimento principale.

Si può dire che si tratta di eccezioni, ma la casistica lascia pensare che le eccezioni stiano diventando la regola nell'Italia che invecchia con un ritmo da alta velocità: anche gli ottantenni, se sono in buona salute, se hanno le cure adatte, se hanno mantenuto il cervello in funzione, sono produttori di Pil.

* Vicedirettore *Corriere della Sera*.

Siamo entrati nell'era della turbo-longevità. Riprogettare la vita, quando l'Istat la fissa a 84, 6 anni, è una necessità. Quel che prima era un percorso segnato da pensione, decadenza, tessera del tram, immobilismo sociale, accudimento nipoti, è diventato un crocevia della vita con possibilità di scelta: si può riprendere lo studio interrotto, ricominciare un'attività sospesa, seguire una passione, creare una start up, lavorare in coppia con il marito o un nuovo compagno, aprire un bed&breakfast, dedicarsi alla fotografia o alla regia teatrale, scrivere romanzi.

Ricordate Sliding doors: si apre una porta scorrevole e ci si reinventa, evitando di essere un peso in una società a tutele ridotte, ma soprattutto realizzando una performance gratificante, un tempo difficile o forse nemmeno cercata. Cinquant'anni è l'età spartiacque per pensare all'*active aging*, a quella longevità attiva che bisogna preparare per tempo, in modo da non essere schiacciati dal peso degli anni e della nostalgia. Invecchiare è un'arte che si impara da giovani, con la prevenzione e la cura della salute e della mente. Quella dell'anziano è una diversa normalità, con la quale si deve convivere. Con altri ritmi, ma con identiche passioni. Si può pensare a Gillo Dorfles, 107 anni: curiosità, studio e amicizie lo mantengono giovane. Da anziani c'è più tempo per amare e "c'è tempo per amare di più", ha confessato Arrigo Levi. Gianpaolo Pansa aggiunge: "A ottant'anni amo, scrivo e sono felice...". Avanti così.

Reinventarsi non è una curva brusca: si può fare, forse si dovrà sempre più fare. Lina Sotis da giornalista di costume e incontrastata signora del bon ton, alla fatidica età di 65 anni ha voltato pagina: è diventata fondatrice e animatrice di Quartieri tranquilli, un movimento che porta servizi utili e ondate di gentilezza nelle zone di Milano e nel carcere di San Vittore, dove organizza anche una prima-bis della Scala. "Per meritarcì la pensione", dice. Il volontariato è un potente antidoto alla rassegnazione dell'età e uno stimolo a riprogettare la propria vita. "Il segreto è accettarsi", spiega il gerontologo Carlo Vergani. E non smettere mai di sognare.

Appendice

Indagine conoscitiva Onda

“Essere anziani nel 2017”

a cura di *Onda*

Obiettivi

Onda, sensibile alla tematica della terza età e del ruolo sociale dell'anziano, ha svolto nel 2017, in collaborazione con l'Istituto di ricerca partner Elma Research, una ricerca ad ampio respiro su tale argomento, con l'obiettivo in particolare di approfondire:

- la condizione generale, gli stili di vita e le attività svolte dall'anziano;
- il ruolo dell'anziano nell'ambito familiare e sociale, la percezione della propria utilità/inutilità e l'impatto di questo sul benessere psico-fisico;
- il livello di autonomia, la dipendenza dagli altri e il vissuto rispetto alla mancanza di auto-sufficienza;
- la soddisfazione rispetto al proprio stato di salute con particolare riferimento alla depressione (come reale patologia o come condizione di tristezza, senso di inutilità...);
- le necessità e i bisogni non soddisfatti che potrebbero consentire di vivere meglio questa fase di vita;
- il rapporto con le figure mediche, in particolare con il medico di medicina generale e il geriatra;
- i vissuti e le paure rispetto alla fase finale della vita e le aspettative per il futuro.

Campione e metodologia della ricerca

Nella ricerca, svolta nell'aprile 2017, sono stati coinvolti 314 anziani di 70 anni e oltre, di cui 154 uomini e 160 donne.

È stata utilizzata una metodologia quantitativa attraverso interviste personali (compilazione di un questionario semi-strutturato) effettuate nelle farmacie o negli ambulatori dei medici di medicina generale.

Informazioni sul campione intervistato:

- Distribuzione geografica rappresentativa della distribuzione della popolazione italiana secondo dati ISTAT: 25% Nord Ovest, 19% Nord Est, 21% Centro, 35% Sud e Isole.
- Età media pari a 76 anni.
- Il 95% degli intervistati è risultato pensionato.

Sintesi dei risultati

Stile di vita e condizioni di salute

Gli anziani intervistati descrivono positivamente le proprie condizioni generali di salute.

Il 56% di loro afferma di avere una malattia cronica o un disturbo importate di salute, tuttavia l'83% si dichiara autosufficiente, con uno stato di salute sia fisica che psichica buono.

Due anziani su tre vivono con il proprio partner, con o senza figli; il 15% vive da solo e l'11% è assistito a tempo pieno da una badante o all'interno di una RSA.

Nella maggior parte dei casi conducono una vita attiva e il 44% di loro si definisce molto attivo ed energico: escono spesso, hanno modo di incontrare parenti e amici, non di rado si occupano della cura dei propri nipoti.

La partecipazione sociale dell'anziano è molto incentrata sulla famiglia e meno aperta a un contesto allargato, è infatti poco diffusa la frequentazione di centri ricreativi e l'attività di volontariato.

Nella terza età i desideri maggiori riguardano la sfera degli affetti – essere circondati da famiglia e amici, avere il proprio partner accanto – associati al mantenimento di buone condizioni di salute e dell'indipendenza. Non si aspira tanto a una lunga vita, ma a una buona qualità della stessa.

Percezione della propria vita e aspettative riguardo al futuro

La soddisfazione degli anziani rispetto alla propria vita è medio-alta: il 43% di loro la valuta “buona/ottima” e soddisfacente.

Circa la metà degli intervistati si definisce felice, il 76% è sereno in quanto convinto di avere tramandato a figli e nipoti i valori etici e morali in cui crede e il 59% è privo di rimpianti per ciò che è stato.

Ciò posto la maggior parte degli intervistati (58%) ritiene che la vecchiaia imponga molte rinunce e solo marginalmente (30%) pensano che offra nuove opportunità e stimoli. Per la metà degli intervistati invecchiare è un peso.

Gli anziani sanno che il futuro è incerto e che sarà un percorso che riserverà sempre maggiori difficoltà, tuttavia guardano a esso con ottimismo e tanta speranza.

L'invecchiamento fa paura (il 41% afferma di temerlo molto o moltissimo), non tanto per la fine della vita – a cui non si pensa così frequentemente – quanto più per gli ostacoli che l'anzianità comporta. In particolare si teme la perdita dell'autosufficienza (il 72% la teme “molto”), ma anche la malattia (51%), le limitazioni nel movimento (50%), il dolore e la sofferenza (49%), l'instabilità psichica (45%).

Il ruolo sociale dell'anziano

Seppure gli anziani siano partecipi della vita sociale/familiare e nel 61% dei casi si ritengano personalmente utili a essa, affrontando tale tematica in termini più generali, emerge una vena di pessimismo riguardo al ruolo sociale dell'anziano.

Il 53% degli intervistati ritiene che l'anziano sia un'importante risorsa per la società, ma allo stesso tempo il 46% di loro pensa che la società tenda a emarginare le persone più avanti con gli anni.

Solo il 22% degli intervistati è convinto che l'anziano sia adeguatamente compreso e assistito, percezione che si fa particolarmente critica fra chi vive in condizioni di salute e di vita più compromesse.

Focus sugli anziani “unfit”

Dalla ricerca emerge un'immagine di anziano prevalentemente soddisfatto e positivo rispetto a questa fase della propria vita. Tuttavia all'interno del campione si identifica una fetta di popolazione con un atteggiamento diverso (1 anziano su 5), caratterizzata da condizioni di vita più complesse:

- hanno un'età più avanzata (in media 82 anni);
- e/o manifestano condizioni di salute più compromesse: più spesso soffrono di una patologia importante (97%) e sono meno autosufficienti (39% “poco” o “per nulla” autosufficienti);
- e/o sono persone sole, non circondate da affetti significativi e che vivono spesso con una badante o in una struttura (41%);

Tali condizioni si accompagnano a uno stile di vita più dimesso: sono poco attivi e meno calati nel contesto sociale. Ciò genera vissuti decisamente più negativi e impatta sfavorevolmente sulla percezione di sé e del proprio futuro; in particolare emergono:

- vissuti pseudo depressivi: di tristezza, malinconia, solitudine, infelicità (solo il 13% si dichiara felice);

- pessimismo circa il ruolo sociale dell'anziano in generale e nello specifico rispetto al proprio ruolo all'interno della società (solo il 16% si ritiene utile alla società);
- sfiducia verso la capacità di comprensione e assistenza delle persone più avanti con gli anni (solo l'11% pensa che gli anziani siano compresi e assistiti adeguatamente);
- visione negativa di sé e del proprio futuro, con timori e paure più marcate: l'82% ritiene la vecchiaia un peso e il 62% pensa spesso o molto spesso alla fine della sua vita;
- atteggiamento più passivo/disinteressato nei confronti della vita.