

LE POLITICHE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE PER GLI ANZIANI

R. BIANCHERI

Dipartimento di Scienze Politiche - Università di Pisa

RIASSUNTO

L'invecchiamento della popolazione è uno dei fattori di maggiore criticità per la sostenibilità dei nostri sistemi sanitari. Politiche di *active ageing* intendono sostenere, attraverso la promozione di fattori migliorativi degli stili di vita e del benessere, interventi di prevenzione per la salute attraverso un'adeguata educazione sanitaria ma anche sostenendo la partecipazione sociale e le reti relazionali degli anziani.

Parole chiave: Invecchiamento · Partecipazione · Sanità pubblica

ABSTRACT

The aging of the population is one of the most critical factors for the sustainability of our health systems. Active aging policies aim to support health prevention interventions by promoting adequate health education but also by supporting social participation and relational networks of the elderly through the promotion of factors that improve lifestyles and well-being.

Keywords: Aging · Participation · Public health

Sebbene l'indice di dipendenza legato alla popolazione con oltre 65 anni si incrementi a ritmi preoccupanti, nel nostro Paese non si è tuttora declinata efficacemente una politica a sostegno dell'invecchiamento attivo che tenga conto della complessità dei fattori e degli attori che entrano in gioco in questo settore cruciale. Molte delle risorse di cui si può usufruire sono disperse a causa di una visione indistinta della vecchiaia, mentre sono presenti una vasta gamma di condizioni biologiche e biografiche individuali che non rispettano affatto l'età anagrafica. Elementi, quindi, che non devono essere semplicemente dati per scontati ma al contrario interpretati con una chiave di lettura, ampia e articolata, dipendente da fattori strutturali e culturali di cui è necessario tener conto nel progettare i servizi socio-sanitari. L'ultimo Rapporto Istat (2017) delinea un quadro significativo per la lettura della condizione anziana nel nostro Paese, sottolineando una maggiore longevità ma in peggiori condizioni di salute. Infatti l'invecchiamento, accompagnato da una ridotta autonomia, può variare in funzione delle diverse condizioni legate alle disuguaglianze sociali e, in

particolare, rispetto allo stato socio-economico e al livello di istruzione, che rappresentano tuttora fattori causali per il rischio di insorgenza di gravi patologie. Uno svantaggio che si acuisce nelle limitazioni motorie tra chi vive in famiglie a basso reddito e nelle regioni del Mezzogiorno. Simili dimensioni sono importanti per l'impatto sulla salute, ma non sempre sono esaustivi nella spiegazione del processo di causalità che genera le ineguaglianze, ad esempio sono le reti sociali, i comportamenti e non ultimo la componente politica e ambientale a intervenire sugli esiti fisici. Si legge nel Rapporto Istat (2017) "Anziani: le condizioni di salute in Italia e in Europa":

«In Italia, la speranza di vita a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne nel 2015) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media UE, ma dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori [...] Il 23,1% degli anziani ha gravi limitazioni motorie, con uno svantaggio di soli 2 punti percentuali sulla media UE, principalmente dovuto alla maggiore quota di donne molto anziane in Italia. Le donne riportano

meno frequentemente malattie croniche gravi ma più multicronicità e limitazioni motorie o sensoriali. Lamentano più degli uomini dolore fisico da moderato a molto forte (45,4% contro 27,6%). Tra le ultraottantenni la percentuale arriva al 58,6% a fronte del 39,2% degli uomini» (cfr. Fig. 1) [...] Fattori ambientali e comportamentali possono condizionare in maniera specifica l'insorgenza e l'evoluzione di alcune malattie in modo differente per i due sessi. Nelle donne anziane è più elevata la prevalenza di artrosi (58,4% contro 34,1% degli uomini), patologie lombari (38,8% contro 26,6%) o cervicali (33,9% contro 21,8%), depressione (14,7% contro 7,5%); negli uomini anziani è maggiore la prevalenza per infarto del miocardio (8,7% contro 3,8% nelle donne), bronchite cronica ed enfisema (13,7% contro 11,8%) (Prospetto 2). Le differenze di genere si riscontrano anche nella media dell'UE 28: per le patologie croniche emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni) e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni, in particolare per l'artrosi. La versione italiana dell'indagine europea sulla salute (EHIS) consente anche di stimare la prevalenza per quelle patologie croniche maggiormente legate al processo di invecchiamento, come l'Alzheimer e le demenze senili che

raggiungono, complessivamente, il 10,2% tra le ultrasettantacinquenni». (pp. 1-3)

Come abbiamo sottolineato, oltre a questi elementi c'è uno stretto legame tra condizioni di minore o maggiore fragilità a seconda della solidità delle reti di supporto familiari, certamente più limitate per chi vive da solo e soprattutto nelle grandi città e tra gli uomini.

Questa fotografia con il 22,3% della popolazione di ultra sessantacinquenni evidenzia una questione importante per le nostre società che riguarda l'andamento demografico della popolazione a piramide rovesciata e le conseguenze sulla sostenibilità del nostro sistema di welfare di fronte al crescere dei bisogni e della non autosufficienza. Ne deriva che la qualità della vita futura e dei servizi di welfare dipenderà sempre di più dalle risposte di policy per la promozione dell'**active ageing** (intesa come processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza); soprattutto se teniamo conto dei processi in atto nelle famiglie considerato: la riduzione nel numero di componenti, le funzioni e compiti loro assegnati e il sovraccarico derivante ai principali *caregiver*, soprattutto donne, presenti in ambito della sfera privata.

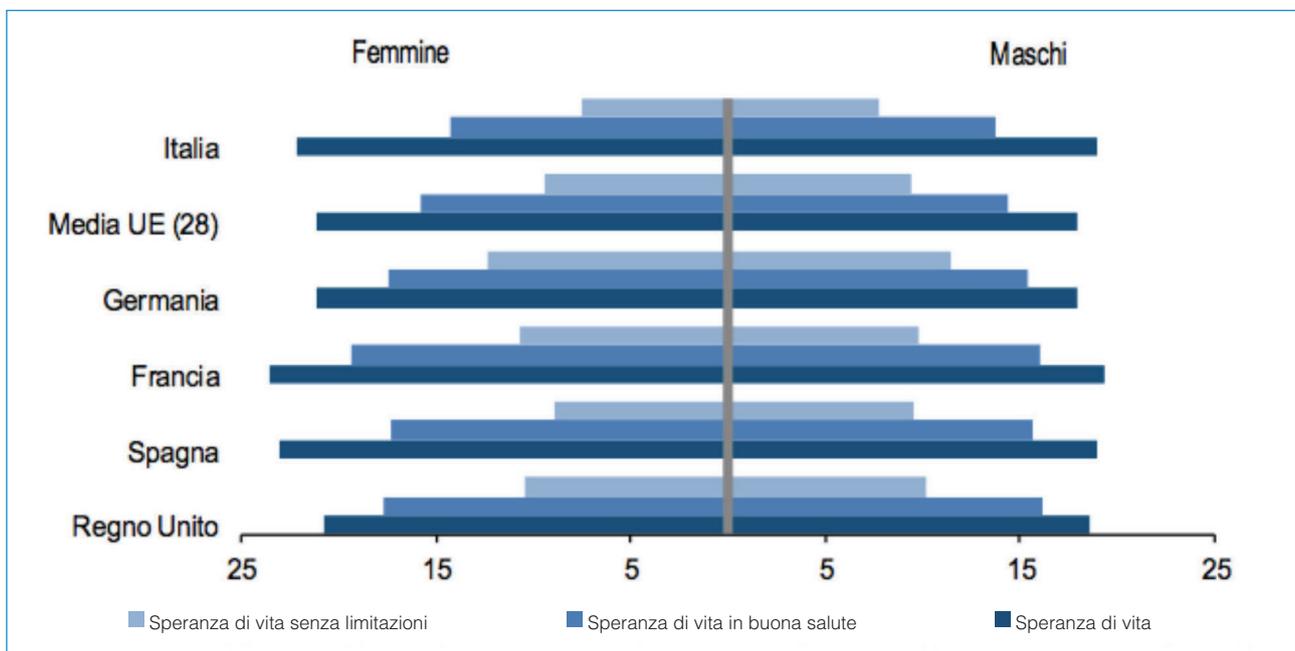


Fig. 1 - Speranza di vita, speranza di vita in buona salute, speranza di vita senza limitazioni a 65 anni in alcuni Paesi UE per sesso. Anno 2015, anni di vita media.

Fonte: Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdph100&plugin=1>.

2012 ANNO DELL'INVECCHIAMENTO SANO E ATTIVO

Ne deriva che una mera osservazione del trend demografico, da solo, rischia di essere fuorviante in quanto le generazioni attuali di anziani presentano peculiarità e caratteristiche difficilmente assimilabili. Infatti attualmente l'adozione di una soglia standard fissata a 65 anni è criticata in quanto non è adeguata a comprendere le diversità che caratterizzano le varie fasi di vita, poiché l'invecchiamento è considerato un processo individuale, con profili eterogenei, all'interno del quale fattori psicologici e sociali possono ritardare o accelerare la senescenza. Di conseguenza le politiche europee a partire dagli anni Novanta hanno recuperato la dimensione sociale e i criteri di equità, coesione e inclusione, tentando di introdurre, per diminuire la vulnerabilità di questo particolare periodo dell'esistenza, una rinnovata attenzione al capitale sociale, al terzo settore come elemento importante nella ridefinizione delle strategie e delle forme di protezione sociale per la promozione della salute degli anziani. Perciò uno dei tratti salienti per le politiche dell'Unione europea è certamente la partecipazione sociale vista nel doppio ruolo sia di impegno, in una fase dei corsi di vita dove sono ancora presenti tempo e risorse relazionali, sia nella sua funzione di importante riferimento collettivo per la diffusione di buone pratiche e stili di vita volti al benessere della persona.

Se si stima che nel 2065 la popolazione anziana rappresenterà il 32,6% della popolazione questo porterà con sé indubbiamente ulteriori elementi di criticità, intrinsecamente connessi con le caratteristiche strutturali di tutti i sistemi di welfare, in quanto altererà i rapporti tra popolazione attiva e non, acuendo il problema redistributivo in un contesto dove i tassi di fecondità non superano, negli ultimi trent'anni, 1,4 figli per donna.

Su questa nuova prospettiva che intende invertire lo stereotipo dominante, che vede tale stagione della vita soltanto nei suoi aspetti di declino fisico e mentale, molto si sta facendo sulla convinzione che simili sfide se non affrontate consapevolmente possono compromettere definitivamente la sostenibilità dei sistemi sanitari.

In questo quadro si inseriscono anche i temi di un'adeguata prevenzione tra eccessi nella società

performativa, come è stata definita la nostra, del consumismo salutista e l'indubbio valore di un'efficace prevenzione, riguardante una corretta diffusione dell'educazione sanitaria e della consapevolezza che da essa deriva relativamente alla promozione della salute.

L'OMS indica su questa linea cinque importanti strategie:

- 1) costruzione di politiche pubbliche per la salute;
- 2) creazione di contesti fisici e sociali a supporto del cambiamento individuale;
- 3) rafforzamento dell'azione comunitaria;
- 4) sviluppo delle competenze personali;
- 5) ri-orientamento dei servizi sanitari verso la popolazione e la *partnership* con i pazienti.

Con una buona attività di prevenzione, dunque, si potranno allungare gli anni vissuti in buona salute per cui una popolazione più sana avrà meno bisogno dei servizi sanitari, con un ricorso inferiore al pronto soccorso e un minore bisogno di ricoveri ospedalieri. La maggior parte della letteratura in quest'ambito mostra l'associazione positiva tra partecipazione, *activity* e "ingaggio", da un lato, e benessere psicosociale e salute dall'altro. Uno studio longitudinale ha correlato positivamente livelli depressivi inferiori con la partecipazione ad attività di volontariato, oltre che con l'attività fisica. Sulla stessa linea anche altre ricerche hanno riaffermato il legame tra una più alta soddisfazione per la vita e l'impegno in attività di carattere sociale. Per questo la promozione di stili di vita sani e della partecipazione sociale nella popolazione anziana stanno sempre più ottenendo, sotto la spinta delle istituzioni comunitarie, spazio e sostegno istituzionale anche nel nostro Paese. Resta da aggiungere che è opinione condivisa che in caso di malattie croniche e disabilità non è inutile l'attività riabilitativa per indurre la ripresa funzionale, anzi i mancati interventi possono successivamente aumentare i costi e peggiorare le condizioni di autonomia, con la complessa fenomenologia che ne consegue. Per la non autosufficienza non è più adeguato l'approccio assistenziale ma gli investimenti in prevenzione restano del tutto insufficienti e la *long term care* necessita di sempre maggiori risorse per cui la spesa dovrebbe raddoppiare nel giro di un decennio.

La sfida è pertanto quella di contribuire a un miglioramento non solo in termini di prolunga-

mento della longevità ma anche rispetto alla crescita del numero di anni vissuti in buona salute, favorendo una migliore qualità della vita. Ciò può ridefinire i canoni della visione tradizionale della senilità, modificando sia l'autopercezione che le rappresentazioni collettive ad essa collegata. L'invecchiamento non è un fattore oggettivo, statico, legato a una definizione prettamente anagrafica, ma è un processo dinamico, soggettivo, dipendente dal genere, per cui la ricerca deve contribuire alla conoscenza di tutti quei fattori che intervengono nella percezione di essere ma soprattutto sentirsi anziani e delle motivazioni di questa attribuzione di senso. In molte analisi emerge che la partecipazione sociale, la progettualità, gli stimoli culturali opposti alla perdita di motivazioni e alla riduzione delle relazioni

sono dimensioni positive e dipendono dal corso di vita. Il pensionamento può comportare anche una riduzione dei network con effetti contrastanti da cui però possono derivare nuove opportunità nell'allocazione del tempo di cui tener conto per portare avanti politiche innovative e maggiormente efficaci.

BIBLIOGRAFIA

1. Becchetti L., Semplici L., *Salute e felicità. Gli indicatori, le determinanti, le sfide future in Italia e in Europa*, Il Mulino, Bologna, 2003.
2. Biancheri R., Cervia S. (a cura di), *La costruzione della salute nel welfare socio-sanitario*, Pisa University Press, Pisa, 2016.
3. Capellari L., Lucifora C., Rosina A., *Invecchiamento attivo, Mercato del lavoro e benessere*, Il Mulino, Bologna, 2018.

CORRISPONDENZA:

Rita Biancheri
Dipartimento di Scienze politiche
Via Serafini 3, 56126, Pisa
Tel. +39 050 2212440
Email rita.biancheri@unipi.it