

Stato di salute, ospedalizzazione della popolazione anziana e aspetti quantitativi ed evolutivi dell'invecchiamento demografico in Italia

Considerazioni generali e fonti statistiche dei dati utilizzati

È opinione comune che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sia ormai un processo ineludibile in quasi tutti i paesi sviluppati, così da determinare l'insorgere di preoccupanti squilibri di natura economica, sanitaria e sociologica. Nel contesto europeo, la popolazione italiana e quella tedesca rappresentano quelle maggiormente invecchiate, mentre su scala mondiale livelli di invecchiamento più pronunciati si osservano nel solo Giappone¹. Ciò fa emergere importanti problematiche che investono il servizio sanitario nazionale e i sistemi pensionistici e previdenziali.

I paesi industrializzati utilizzano per la popolazione anziana circa il 65% delle risorse del servizio sanitario nazionale, inoltre più della metà dei ricoveri ospedalieri e circa il 70% della spesa farmaceutica sono dovuti a questa fascia di popolazione².

Il tema dell'assistenza sanitaria per la popolazione anziana va quindi acquisendo progressivamente rilevanza, sia per l'aumento dei cittadini appartenenti a questa fascia d'età, sia per le crescenti possibilità tecnologiche in campo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che si rendono disponibili per molte malattie cronico-degenerative che colpiscono questo gruppo di persone³.

Sembra dunque utile, nella prima parte del lavoro, presentare un'esauriente descrizione dell'andamento temporale di lungo periodo del fenomeno dell'invecchiamento demografico nel nostro Paese attraverso l'analisi di alcuni indicatori caratteristici che denotino la variazione del fenomeno in relazione sia alla sua passata evoluzione, sia ai suoi sviluppi previsti nell'immediato futuro. La seconda parte dello studio ha lo scopo di presentare e commentare alcuni dati relativi allo stato di salute ovvero alla necessità di ricovero della popolazione anziana.

Per quanto riguarda le fonti statistiche, si è fatto ricorso ai dati dell'indagine multiscopo "condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"⁴, mentre quale popolazione di riferimento è stata considerata quella delle rilevazioni Istat in materia di "popolazione residente"⁵. Le fonti dei dati sanitari sono fornite dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO)⁶, che vengono compilate alla dimissione del paziente dall'ospedale: le schede contengono informazioni anagrafiche e sanitarie (diagnosi principale, malattie concomitanti, procedure diagnostiche o chirurgiche, terapie, ecc).

Metodologia dell'applicazione e principali risultati

In questo paragrafo è presentata un'applicazione statistica intesa a conferire concretezza alle considerazioni sin qui svolte: ciò attraverso particolari "indicatori" capaci di quantificare differenti aspetti del grado di invecchiamento dei collettivi allo studio.

È inoltre il caso di fornire qualche indicazione circa le previsioni demografiche implicite nei dati contenuti nella *tabella 1* riferiti agli anni dal 2025 in poi.

Dunque, si è fatto impiego del moderno criterio di previsione usualmente definito - con terminologia anglosassone - *cohort-component*. Tale criterio consiste sostanzialmente nel portare avanti nel tempo contingenti demografici classificati allo scopo per sesso ed età, impiegando speciali coefficienti esprimenti l'attitudine alla sopravvivenza, la propensione a procreare e l'incidenza delle migrazioni, da e per l'estero, della popolazione in oggetto. La futura evoluzione temporale di detti coefficienti è stata determinata ipotizzando la pura e semplice prosecuzione degli andamenti riscontrati negli anni recenti. Occorre comunque rimarcare che la logica operativa sopra delineata conferisce ai procedimenti in questione il carattere di mere "proiezioni" piuttosto che di previsioni demografiche in senso stretto.

Tabella 1 - Indicatori d'invecchiamento della popolazione italiana negli anni indicati

Anni	% in età 65 e più	% in età 80 e più	Indice % di vecchiaia	Indice % di dip. anziani	Età media (anni)
Valori osservati					
1994	16,5	3,8	118,2	25,7	40,1
1999	17,7	3,9	122,0	28,4	41,1
2004	19,0	4,9	133,8	31,4	42,2
2009	20,3	5,8	144,1	34,3	43,2
2014	21,4	6,5	154,1	36,7	44,2
2019	22,9	7,3	174,0	38,7	45,5
2023	24,0	7,7	193,1	41,0	46,3
Valori previsti					
2025	24,7	7,9	211,2	43,1	47,0
2029	27,0	8,7	232,0	48,8	47,9
2034	30,1	9,4	263,3	57,4	48,9
2039	32,8	10,2	289,6	65,9	49,8
2044	34,3	11,6	318,4	72,1	50,5
2049	34,9	13,5	331,5	74,9	51,1

Fonte: elaborazioni (anche previsive per gli anni dal 2025 al 2049) dell'autore su dati Istat

La popolazione residente in Italia attesa per il prossimo futuro sarà caratterizzata da una composizione per età significativamente invecchiata: se nel 1994 le persone in età pari e superiore ai 65 anni rappresentavano il 16,5% del totale, e nell'epoca attuale il 24%, alla futura data del 2049 detta percentuale raggiungerà una quota pari a 34,9. Dunque si presume che ciò metterà in forte crisi la sostenibilità del SSN. Un altro aspetto che caratterizza la popolazione è costituito dall'invecchiamento progressivo delle classi di età più avanzate, dal momento che in termini rela-

tivi la quota delle persone molto anziane sta crescendo più rapidamente di qualsiasi altra fascia di età della popolazione italiana; difatti i residenti in Italia di 80 anni e oltre, che nel 1994 ancora rappresentavano il 3,8% della popolazione e che attualmente sono circa il 7,7%, al traguardo finale del 2049 si attesterebbero al 13,5%.

L'indice di vecchiaia, fornito dal rapporto percentuale tra l'ammontare della popolazione in età 65 anni e oltre e quello delle età giovanili da 0 a 14 anni, tra il 1994, il 2023 e il 2049, appare aumentare di percentuali pari rispettivamente a circa 118, 193 e 331 per cento, sicché all'ultima data di previsione, l'entità degli anziani risulterebbe ben superiore al triplo di quella dei meno che quindicenni. Si può aggiungere che tale indicatore nei prossimi decenni verrà sospinto verso l'alto dalla variazione in senso opposto delle due quantità al numeratore e denominatore, esaltando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione italiana.

Per studiare il livello di sostegno fornito dalla popolazione in età lavorativa agli anziani, si può utilizzare un indice di dipendenza, dato dal rapporto tra l'ammontare della popolazione di età 65 anni e più e quello delle potenziali età attive da 20 a 64 anni (l'indice di dipendenza degli anziani). Questo indicatore, che nel 1994 era pari al 25,7%, raggiunge il 41% nel 2023 e il 74,9% nel 2049, facendo quindi aumentare notevolmente i pensionati a scapito della forza lavoro, con riflessi importanti sulla tenuta e sostenibilità del sistema di *welfare* del nostro Paese.

Questi ultimi due indicatori sono particolarmente importanti perché esprimono il cosiddetto "debito demografico" che un paese ha nei confronti delle generazioni future in termini di sanità, assistenza e previdenza. Anche la cosiddetta età media (espressa in anni) della popolazione dà conto del livello di invecchiamento demografico. In effetti, nel 1994 in Italia questo indicatore si aggirava attorno a 40 anni, mentre ai giorni nostri (2023) è salito a 46,3 anni, valore che andrà ancora gradualmente aumentando fino a raggiungere, presumibilmente, più di 51 anni nel 2049.

La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza, anche se non necessariamente in buona salute. Il progressivo allungamento della vita impone infatti alla società di creare le condizioni per assicurare agli anziani di vivere il più a lungo possibile e in assenza di patologie invalidanti o malattie croniche. Per raggiungere tale obiettivo è necessario un monitoraggio sempre aggiornato dello stato di salute della popolazione

in età avanzata, mirando gli interventi di *policy* così da garantir loro, per quanto possibile, una vita sana e attiva.

La diffusione delle malattie croniche tra gli anziani è oggetto dell'indagine multiscopo "condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta ogni anno dall'Istat (*tabella 2*) basata sulle dichiarazioni rese dagli intervistati negli ultimi giorni precedenti l'intervista. Per una valutazione globale delle condizioni di salute, i dati concernenti la "percezione" dello stato di salute consentono di determinare importanti indicatori di riferimento, molto usati anche in ambito internazionale. Essi infatti consentono di cogliere la "multi-dimensionalità" del concetto di buona salute, da in-

Tabella 2 - Popolazione residente per condizioni di salute e malattie croniche dichiarate: valori percentuali per classe di età* - Anno 2022

		Classe di età		
		60-64 anni	65-74 anni	75 anni e più
Persone per condizioni di salute	Persone in buona salute	58,4	46,2	28,6
	Persone con almeno una malattia cronica	59,3	72,8	86,0
	Persone con almeno due malattie croniche	29,4	47,1	66,0
Persone con malattie croniche	Cronici in buona salute	45,1	37,0	23,5
	Affetti da diabete	8,5	15,6	21,6
	Affetti da ipertensione	30,9	43,3	56,8
	Affetti da bronchite cronica	7,0	9,4	15,8
	Affetti da artrosi, artrite	21,6	33,7	49,8
	Affetti da osteoporosi	9,9	18,0	30,8
	Affetti da malattie del cuore	5,4	8,4	15,8
	Affetti da malattie allergiche	11,8	10,6	10,0
	Affetti da disturbi nervosi	4,6	7,3	15,0
	Affetti da ulcera gastrica o duodenale	3,1	4,0	4,4

*Gli anziani cumulano più tipi di limitazioni funzionali, quindi il totale non corrisponde alle singole voci

Fonte: Istat, indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

tendere, secondo la definizione dell'OMS, come stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale". Inoltre, nel soggetto anziano la percezione che l'individuo ha del proprio stato psico-fisico è un parametro di particolare interesse perché è inversamente correlato alla mortalità⁷.

Nella multiscopo del 2022, al quesito "come va in generale la sua salute?" il 70,1% degli intervistati ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute, rispondendo "molto bene" o "bene". La prevalenza di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute decresce sensibilmente, com'è ovvio, all'aumentare dell'età: scende al 58,4% nella classe 60-64, si riduce ulteriormente al 46,2% per le persone con età compresa tra 65 e 74 anni e raggiunge soltanto il 28,6% in relazione agli ultra-75enni.

Alla diffusione delle patologie cronico-degenerative fa riferimento un altro importante indicatore dello stato di salute: molte di dette malattie assai raramente comportano la guarigione e, una volta insorte, condizionano in modo permanente la qualità della vita degli individui che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e determinando la necessità di assistenza, ospedalizzazione e prestazioni sanitarie.

Già nella classe 60-64 anni soffre di almeno una patologia cronico-degenerativa il 59,3% della popolazione, e la quota raggiunge ben l'86% per le persone ultra-75enni. Nella popolazione anziana aumenta anche la "comorbidità", che nel caso delle persone di 75 anni e più si attesta al 66%. Nella stessa classe di età tra le malattie più diffuse si registrano l'ipertensione arteriosa (56,8%), l'artrosi e l'artrite (49,8%) e l'osteoporosi (30,8%).

È quindi da rimarcare come con l'invecchiamento aumenti fortemente il numero di persone con limitazioni funzionali legate allo svolgimento delle usuali attività quotidiane. Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute generali, e riducono sia la mobilità fisica che le capacità sensoriali a causa di malfunzionamenti e patologie raramente letali ma comunque invalidanti come, ad esempio, l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite. Fondamentale sarà in questo caso, concentrare gli interventi assistenziali sulla prevenzione primaria nei confronti delle malattie cronico-degenerative in modo da poter favorire quello che viene definito "invecchiamento attivo". L'obiettivo diventa individuare l'anziano fragile, in modo da poter da una parte migliorare la sua qualità della vita e, al tempo stesso, diminuire i ricoveri impropri, con una conseguente riduzione della spesa socio-sanitaria.

Nella *tabella 3* è descritta la distribuzione dei tassi di dimissione

Tabella 3 - Tassi di dimissioni ospedaliere per acuti (in regime ordinario e *day hospital*) per classe di età, sesso e diagnosi principale (a) per 10 mila abitanti. Anno 2021

	Classe di età			
	60-69 anni	70-79 anni	80-89 anni	90 anni e oltre
Malattie infettive e parassitarie	20,0	37,3	75,0	110,4
Tumori	230,1	335,2	321,4	192,1
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	23,1	26,9	40,6	54,4
Malattie del sangue e organi emopoietici	10,4	21,0	40,4	57,3
Disturbi mentali	16,9	12,6	15,4	17,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	69,5	105,5	95,1	41,7
Malattie del sistema circolatorio	235,9	431,7	654,3	705,8
Malattie dell'apparato respiratorio	128,4	220,9	390,9	591,3
Malattie dell'apparato digerente	142,2	185,7	218,6	205,6
Malattie dell'apparato genitourinario	118,9	150,9	167,5	168,9
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	8,7	11,6	15,3	14,0
Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	149,9	176,3	100,3	23,4
Malformazioni congenite	6,1	5,0	2,9	1,3
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	30,0	47,2	69,0	76,7
Traumatismi e avvelenamenti	94,6	151,1	290,1	463,1
Fattori influenzanti salute e ricorso a strutture sanitarie	107,7	134,5	103,0	62,2
Non indicato	0,1	0,1	0,3	0,4

(a) La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento o di indagini diagnostiche

Fonte: Istat e Ministero della Salute, elaborazione dati sulle schede di dimissione ospedaliera

ospedaliera per classi di età e per grandi gruppi di cause. Le schede di dimissione ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario e *day hospital* nel 2021 dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. La diagnosi principale di dimissione è la condizione morbosa, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di ospedalizzazione, di trattamento o di indagini diagnostiche.

Nell'anno 2021 si nota che per le persone molto anziane, oltre alle malattie del sistema circolatorio, il ricorso all'ospedale è dovuto principalmente alle malattie del sistema respiratorio. Seguono, per importanza, i tumori e le malattie dell'apparato digerente.

In particolare le malattie del sistema circolatorio rappresentano la causa principale di dimissione nelle classi di età comprese fra gli 80 e 89 anni e 90 anni e oltre (rispettivamente 654,3 e 705,8 per 10mila abitanti). Nelle stesse fasce di età sono malattie dell'apparato respiratorio a determinare la terza causa della maggioranza delle dimissioni ospedaliere (nell'ordine 390,9 e 591,3 per 10mila abitanti).

Tra i 60 e i 69 anni invece i dimessi con diagnosi di malattie del sistema circolatorio ammontano a 235,9 per 10mila abitanti, nella stessa classe di età le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo hanno rappresentato la seconda causa di dimissione (149,9 per 10mila abitanti).

Conclusioni

Il prolungamento della durata media della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, se rappresentano un chiaro successo della scienza e della medicina, aumentano tuttavia il peso delle patologie invalidanti e i conseguenti costi per il sistema socio-sanitario⁸. Questa condizione comporterà un fabbisogno di assistenza sempre più elevato, accrescendo la pressione su un sistema sanitario già oggi in difficoltà nel garantire l'accesso alle cure a tutta la popolazione. La spesa sanitaria si concentra infatti sulle fasce anziane della popolazione, caratterizzate da una elevata prevalenza di malattie croniche (più dell'80% delle persone sopra i 75 anni ne ha almeno una).

Un obiettivo rilevante in termini di sanità pubblica, in una società

sempre più caratterizzata da una grande proporzione di persone in età avanzata, è quello di minimizzare l'impatto delle malattie croniche e della disabilità dei più anziani, attraverso percorsi di diagnosi precoci e terapie mirate, monitorando le condizioni di salute, i fattori di rischio e i comportamenti connessi alla condizione fisica della popolazione delle fasce di età più elevate.

Dunque, assistenza sanitaria e gestione delle malattie, sono doveri imprescindibili tanto che dovrebbero essere perseguiti universalmente, nel miglior modo e con le più ampie possibilità di accesso alle cure.

Queste misure non possono, tuttavia, esaurire gli obblighi di un sistema sanitario che possa ritenersi efficiente e moderno. L'adozione e il potenziamento di misure di prevenzione primaria potrebbero essere in grado di aumentare le possibilità di invecchiare in salute migliorando la qualità di vita, riducendo allo stesso tempo la spesa sanitaria. In definitiva, si manifesta la necessità di affrontare problemi di salute diffusi e prioritari, al fine di migliorare le possibilità di prevenzione, e così pure anche la stessa gestione delle patologie.

Bibliografia

1. Eurostat (2023). Struttura della popolazione e invecchiamento.
2. Ministero dell'economia e delle finanze (2023). Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario.
3. Istat (2021). Anziani e domanda socio-sanitaria.
4. Istat (2021). Indagine Multiscopo: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.
5. Istat. Annuario statistico italiano. Vari anni.
6. Ministero della Salute (2023). Rapporto SDO 2022. Rapporto sui ricoveri ospedalieri.
7. Nobile M. (2013). Riflessioni sulla definizione di salute dell'OMS. Intervento presentato alla IX edizione del Seminario Nazionale di Sociologia del diritto, Capraia.
8. Istat (2020). Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia.