

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/46554371>

Anzianità attiva e salute in Europa: il progetto ActivAge

Article in *Argomenti: Rivista di Economia, Cultura e Ricerca Sociale* · June 2009

DOI: 10.3280/ARG2009-025003 · Source: RePEc

CITATIONS

0

READS

321

2 authors, including:



[Sandro Turcio](#)

Italian National Research Council

7 PUBLICATIONS 12 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Anzianità attiva in Europa: il progetto ActivAge

di Sandro Turcio e Paolo Calza Bini*

Il seguente articolo presenta i risultati del progetto europeo *Overcoming the Barriers and Seizing the Opportunities for Active Ageing Policies in Europe* (denominato ActivAge), con particolare riferimento a quelli del *Work Package 4* (WP4), intitolato “Anzianità attiva e salute”. Esso segue, in ordine di tempo, altri articoli apparsi su questa stessa rivista dedicati allo stesso argomento.

La ricerca è stata svolta nel triennio 2002-2005 e, oltre al comparto sanitario, ha riguardato il settore pensionistico, minacciato anch'esso, come quello sanitario, da preoccupanti prospettive di instabilità finanziaria a causa dell'invecchiamento demografico e dello squilibrio tra contributi e prestazioni di crescente durata, il mercato del lavoro e il cosiddetto terzo settore e, più in generale, la società civile, che invece rilanciano, con accenti e finalità differenti, il tema dell'invecchiamento attivo.

Al progetto hanno partecipato 10 paesi europei (Austria, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Norvegia, Polonia, Repubblica Ceca, Regno Unito e Svizzera), componendo un campione rappresentativo dei diversi regimi di welfare europei di fronte alle comuni sfide sociali, economiche e politiche, poste dall'invecchiamento della popolazione:

- il modello socialdemocratico dei paesi nordici, fondato su principi politici universalistici, prestazioni generose e sostegno alla piena occupazione;
- il modello liberale-beveridgiano inglese, dove il welfare state è residuale rispetto al mercato, ma comunque improntato all'idea della cittadinanza sociale, con prestazioni sanitarie e pensionistiche universali relativamente più basse rispetto a quelle dei paesi nordici;
- il modello conservatore-bismarckiano continentale, fondato sui principi dell'assicurazione sociale, con prestazioni differenziate in base allo status professionale, e sulla sussidiarietà familiare.

Infine, Polonia e Repubblica Ceca sono due economie in transizione in cui il sistema di welfare sembra evolversi diversamente a partire dalla comune matrice politica ex-sovietica: mentre in Polonia le riforme degli anni '90 in materia di sicurezza sociale hanno determinato il passaggio da un modello bismarckiano a uno multi-pilastro, con il coinvolgimento del settore privato, nella Repubblica Ceca le riforme pensionistiche sono rimaste ben entro i limiti della tradizione europea occidentale.

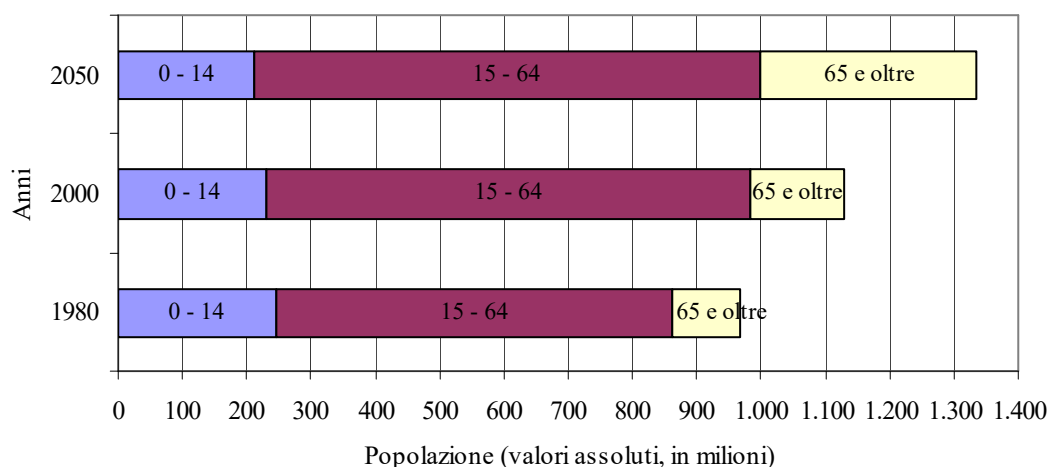
L'Italia è stata inserita nel gruppo del *welfare regime* bismarckiano, superando la distinzione operata tra modello continentale e modello sud-europeo. Come è noto, la principale distinzione riguarda il sistema sanitario, poiché nei paesi sud-europei sono stati istituiti dei Servizi sanitari nazionali che hanno rimpiazzato gli apparati mutualistici propri del sistema assicurativo. L'aderenza al *welfare regime* conservatore è invece più netta in materia di garanzia e sostegno del reddito, ma i sistemi sud-europei appaiono generalmente meno robusti e, per ciò stesso, più marcatamente familistici.

* Sandro Turcio è ricercatore dell'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del CNR. Paolo Calza Bini è ordinario di Sociologia economica all'Università di Roma “La Sapienza”. L'IRPPS è stato partner del progetto ActivAge sotto la direzione scientifica di Calza Bini. Il primo e il terzo paragrafo sono di Sandro Turcio, il secondo di Sandro Turcio e Paolo Calza Bini. Gli autori ringraziano Amalia Donia Sofio e Luciano Forlani sia per la collaborazione prestata durante il progetto che per i suggerimenti forniti durante la redazione dell'articolo. Un ringraziamento va anche al Sig. Luca Pianelli del CNR-IRPPS per la collaborazione tecnica prestata.

1. L'inversione di marcia di natalità e mortalità: la transizione demografica

L'invecchiamento demografico è certamente uno dei fenomeni sociali più rilevanti della nostra epoca. Tutte le statistiche demografiche dei più importanti organismi sovra- e inter- nazionali confermano questo fatto, e finora non avremmo visto che la punta dell'iceberg. Le stime relative all'area dei 30 paesi OCSE ci dicono che la tradizionale piramide demografica tenderà a trasformarsi gradualmente in un cilindro un po' panciuto nei prossimi 40 anni (OECD, 2007a). La popolazione ultrasessantacinquenne dovrebbe raddoppiare nel corso del mezzo secolo che stiamo attraversando (da 147 a 337 milioni, dal 13 al 25 per cento del totale della popolazione); i "grandi anziani", gli ultraottantenni, a cui si guarda sempre più come a una «nuova popolazione», da tenere distinta all'interno di questa fascia (Tognetti Bordogna, 2007), dovrebbero addirittura più che triplicare, dai 33,6 milioni del 2000 ai 122,7 milioni del 2050 (passando da circa il 23 al 36 per cento degli ultra sessantacinquenni)¹.

Fig. 1 - Popolazione per grandi classi di età nell'area OCSE
(Fonte: OECD, 2007a)



Fenomeno con tendenze universali, non circoscritto cioè ai soli paesi più avanzati, ma in via di estensione anche a quelli emergenti e in via di sviluppo (WHO, 2002), l'invecchiamento della popolazione e la crescente eterogeneità della popolazione anziana sono una logica conseguenza del nuovo regime demografico giunto a maturazione nel corso dell'ultimo mezzo secolo, fondato sul tendenziale declino della fecondità, al di sotto del tasso di ricambio naturale della popolazione (2.1 figli per donna in età feconda), e sulla straordinaria crescita della longevità (UNECE, 2005). Bassa natalità e bassa mortalità, dunque. Tale nuovo regime, le cui origini risalirebbero al XIX sec., è venuto gradualmente sostituendo e capovolgendo il precedente regime, caratterizzato viceversa da alta natalità e alta mortalità.

Così, ad esempio, l'Europa dei 15 ha visto aumentare in cinque anni (tra il 1995 e il 2000) il peso degli over 65 sul totale della popolazione di un punto percentuale. Crisci e Heins (2006, p. 42) hanno calcolato che «tale invecchiamento relativo è stato provocato per il 57 per cento da una diminuzione del peso della popolazione in età giovanile (0-19 anni) e il rimanente 43 per cento dall'incremento del peso della popolazione anziana». Invecchiamento "dal basso" ma in futuro

¹ Più in particolare, la serie dei dati mostra che fino alla fascia di età 35-39 anni inclusa, la popolazione tenderà a diminuire fino al 2050, con differenze via via più ampie man mano che si scende verso la base della piramide, verso le classi di età più giovanili.

sempre più “dall’alto”, come si vede chiaramente anche nella precedente figura ancorché ampliata all’area OCSE².

Il processo di invecchiamento non procede dappertutto con lo stesso ritmo e con la stessa incidenza, anche in considerazione dei diversi punti di partenza demografici, economici, sociali e culturali esistenti a livello mondiale, determinando risposte politiche differenti e talvolta divergenti. Mentre, ad esempio, in Europa si adottano politiche volte a promuovere la natalità (le cosiddette politiche di conciliazione dei tempi di vita), in India – uno dei più forti paesi emergenti – l’obiettivo è all’opposto quello di stabilizzare la crescita della popolazione attraverso politiche di controllo delle nascite e di potenziamento dell’istruzione soprattutto femminile. In entrambi i casi, i risultati non sono sempre all’altezza dei propositi.

Tra le diverse aree geografiche e geopolitiche, l’Europa è, insieme al Giappone, quella dove la popolazione invecchia più velocemente. Cosicché, scendendo dal generale al particolare si manifestano differenze talvolta anche rilevanti e in controtendenza tra loro, osservabili fino a livello regionale (Crisci-Heins, 2005). A livello nazionale, il processo di invecchiamento demografico in Europa appare più evidente in Germania e nei quattro paesi sud-europei (Italia, Grecia, Spagna e Portogallo), dove il tasso di fecondità viaggia più prossimo alla soglia della *lowest-low fertility*, della fecondità minima (1.3 figli per donna) che a quella del tasso di sostituzione (come in Francia e in generale nei paesi nordici). In questi paesi, con la sola eccezione del Portogallo, gli ultra sessantacinquenni sono oltre il 18% del totale della popolazione. L’indice di vecchiaia ha superato anche abbondantemente quota 100, vale a dire che vi sono più di 100 anziani per ogni 100 adolescenti, come in Italia dove se ne contano ormai quasi 140; diversamente, nell’area nordica vi sono indicazioni di un rallentamento del processo. In queste diverse tendenze si riconoscono i tratti distintivi dei regimi di welfare europei, da quello socialdemocratico dei paesi nordici a quello conservatore bismarckiano dell’area continentale, fino alla sua variante familista sud-europea (su quest’ultimo caso, si veda Turcio, 2008).

Nei paesi dell’ex blocco sovietico, la popolazione anziana oscilla tra il 17% della Bulgaria, della Lettonia e della Lituania e il 12% della Slovacchia. Il tasso di fecondità è dappertutto al di sotto del tasso di sostituzione naturale della popolazione e in alcuni casi, come in Slovacchia e Polonia, è inferiore alla soglia della fecondità minima. Come vedremo, proprio nel caso polacco, ma anche in quello ceco, all’invecchiamento “dal basso” fanno riscontro livelli di mortalità e aspettative di vita non ancora in linea con gli standard occidentali. E’ però prevedibile che gli scarti esistenti in termini di invecchiamento “dall’alto” tenderanno a riassorbirsi, man mano che sul piano politico verranno recuperati i ritardi e risolte le contraddizioni della transizione sociale ed economica in corso in questi paesi.

2. Dall’invecchiamento all’anzianità attiva: un percorso in salita.

Unitamente alle grandi trasformazioni sociali ed economiche che si sono succedute dal dopoguerra in avanti (dalla famiglia alla parità uomo/donna, dal lavoro ai mercati, dall’economia nazionale a quella globale), l’invecchiamento della popolazione porta con sé nuovi rischi, nuove domande di assistenza e di cure (per cronicità delle malattie, disabilità, non autosufficienza, povertà ed esclusione) e nuove pressioni sui costi del welfare. Per ciò stesso, esso porta con sé però anche nuove opportunità di crescita e di ampliamento della sfera dei diritti di cittadinanza.

² Se la popolazione adolescenziale si restringe sia in termini assoluti che relativi, e quella anziana cresce in entrambi i sensi, la popolazione in età da lavoro (15-64 anni) mostra andamenti divergenti: in leggera ascesa in valori assoluti, in declino in termini relativi. In questo senso, non si può parlare propriamente di invecchiamento “dal centro” se non per quei casi in cui il decremento della fecondità risale a 15-30 anni fa (Crisci-Heins, 2005).

Il progetto ActivAge ha approcciato il problema proprio da quest'ultimo punto di vista: se l'invecchiamento demografico è una tendenza strutturale delle società contemporanee, suscettibile di trasformare tutti gli aspetti della vita economica, politica e sociale, allora non lo si può trattare politicamente alla stregua di un fenomeno strettamente economico da gestire con interventi e/o riforme del welfare di tipo restrittivo, volti al contenimento dei costi. Non a caso, il rapporto finale del progetto (Giorni, 2005³) suggerisce di guardare all'invecchiamento demografico con una visione olistica, riportando il discorso alla contrapposizione tra due paradigmi interpretativi del modo di fare politica in virtù di una società che invecchia, che pensa alla longevità: il paradigma dell'invecchiamento produttivo (*productive ageing*), fondato sui calcoli economici e finanziari relativi alla (in)sostenibilità dei sistemi di welfare, e quello appunto dell'invecchiamento attivo (*active ageing*), fondato invece sulla capacità del sistema di produrre nuove opportunità di benessere in nome della *senior citizenship*.

Il paradigma dell'invecchiamento produttivo postula il prolungamento della vita attiva come mezzo per risolvere i problemi posti dall'invecchiamento demografico, puntando a ridurre i benefici universali del welfare state e a rafforzare il principio assicurativo a scapito di quello redistributivo per "forzare"/"incentivare" la permanenza nel mercato del lavoro. Diversamente, pur convenendo sulla necessità di prolungare la vita lavorativa, il paradigma dell'invecchiamento attivo insiste sul fatto che gli anziani debbano essere riconosciuti come cittadini attivi e promossi in quanto tali come attori sociali e non soltanto di mercato.

Come si può facilmente intuire, il concetto di anzianità attiva rinvia ad un programma politico più impegnativo e ambizioso. Ciò appare chiaro già a partire dalle questioni definitorie: che cos'è l'anzianità attiva? Il progetto non si è arrischiato a proporre una sua definizione, ma contribuisce a chiarirne i termini mettendo in evidenza soprattutto tre aspetti: la partecipazione, la libertà di scelta, lo stile di vita. Le modalità e le potenzialità con cui questi tre aspetti sono vissuti non dipendono soltanto dalle scelte individuali, ma anche dalle possibilità – dalle *capabilities* – offerte dai contesti (dalle risorse) istituzionali, ora ostacolando ora promuovendo in vario modo politiche per l'anzianità attiva. «Le strutture istituzionali dei welfare state europei – si legge nella descrizione online del progetto – incorporano norme e pratiche legate al lavoro, al pensionamento, all'apprendimento, alla salute e all'invecchiamento. Questi contesti istituzionali prefigurano potenziali barriere, ma anche opportunità, rispetto all'attuazione di politiche a favore dell'invecchiamento attivo».

In primo luogo, anzianità attiva significa partecipazione. Secondo i fautori di questo approccio (Walzer-Naegele, 1999; Walker, 2002) la causa principale di tutti i problemi connessi con l'invecchiamento demografico è la discriminazione in base all'età. Walker (2002, p. 19) sostiene, ad esempio, che nelle nostre società «la cultura "del giovane è bello e il vecchio brutto" domina l'occupazione, i mezzi di informazione, la cultura popolare; inoltre, ad eccezione della famiglia, i contributi degli anziani non sono valutati nella stessa misura di quelli dei giovani». La discriminazione in base all'età è all'origine delle barriere che la ricerca ActivAge ha individuato nel mercato del lavoro, nel sistema pensionistico, in quello sanitario e nella società civile.

Nel primo caso, le barriere legate all'età si situano nelle pratiche occupazionali aziendali, che rendono difficile ai lavoratori anziani il permanere o il rientrare nel mercato del lavoro, e nelle politiche nazionali, che non offrono, a riguardo della forza lavoro anziana, strumenti adeguati alla riqualificazione delle competenze e alla rimodulazione contrattuale del rapporto di lavoro (Piekkola,

³ Tutti i rapporti nazionali e di sintesi dei sei Work Package sono scaricabili in Internet al sito del coordinatore del progetto, l'austriaco *The Interdisciplinary Centre for Comparative Research in the Social Sciences* (www.iccr-international.org/activage).

2004). Nel secondo caso, si è avuto modo di constatare come le riforme pensionistiche continuino ad essere ispirate da un approccio politico che guarda all'anzianità come a una condizione di inattività e dipendenza e non come a una nuova e lunga fase esistenziale, fatta di tante cose e di tanti passaggi gradualisti, entro cui gestire diversamente il rapporto tra attività e inattività, tra lavoro e quiescenza (Heinrich-Aleksandrowicz, 2005). Nel caso del comparto sanitario, la discriminazione in base all'età riflette la relativa capacità/incapacità dei sistemi sanitari a mantenere "autonome e indipendenti" – così come prevede la definizione di anzianità attiva dell'OMS (WHO, 2002) – le persone anziane man mano che invecchiano, soprattutto nel passaggio dalla "terza" alla "quarta" età, dall'anzianità alla grande anzianità (Mayhew-Lee, 2005). Nel caso della società civile, infine, gli ostacoli alla *senior citizenship* sono più di ordine politico-culturale che economico o organizzativo, per cui si assiste ad un paradosso: mentre l'invecchiamento demografico accresce il peso demografico delle persone anziane, la loro rilevanza politica sembra essere in declino (Ney, 2004). Se durante gli anni '90 sono sorti in tutta Europa organismi di *voice* politica a favore degli anziani, il progetto ActivAge ha continuato a riscontrare, dentro una pluralità di forme organizzative del welfare locale, dove la società civile esprime più compiutamente il proprio valore aggiunto in termini di benessere, una generale scarsa incisione di tali organismi nelle decisioni politiche (Arend et al., 2005)⁴.

In secondo luogo, anzianità attiva significa libertà di scelta. Invero, questa seconda istanza della *senior citizenship* è stata la prima chiave di lettura del progetto ActivAge (Ney, 2004), traendola dalla definizione di anzianità attiva adottata dall'OCSE alla fine degli anni '90. Secondo l'OCSE, l'*active ageing* è «la capacità delle persone man mano che invecchiano di condurre una vita produttiva nella società e nell'economia. Ciò implica la possibilità di compiere scelte flessibili nel modo in cui esse desiderano condurre la propria esistenza – nell'apprendimento, nel lavoro, nel tempo libero, nelle attività di cura» (OECD, 1998, p. 84).

Questo significato dell'*active ageing* ha valore soprattutto rispetto alla complessa problematica sociale ed economica della transizione lavoro-pensione. All'innalzamento dell'età di pensionamento, il paradigma dell'invecchiamento attivo sostituisce il concetto del pensionamento flessibile e/o graduale, superando il riferimento all'età "legale" di pensionamento. «Il sistema pensionistico – si legge nel rapporto finale ActiveAge (Giorgi, 2005, p. 24) – non dovrebbe erigere barriere contro la partecipazione al mercato del lavoro dei più anziani. Ciò implica abbandonare l'età di pensionamento obbligatoria, riducendo la tassazione del reddito da lavoro durante la pensione e promuovendo regimi pensionistici che permettano il lavoro part-time». Una conclusione, quest'ultima, non dissimile da quella di Fornero e Monticoni (2007) quando osservano che nei sistemi pensionistici europei la rigidità prevale sulla flessibilità circa i tempi e le modalità di pensionamento, nonostante esistano in tutti i paesi europei margini di manovra per ritardare e soprattutto anticipare l'uscita dal mercato del lavoro.

Inoltre, il paradigma dell'invecchiamento attivo mette più adeguatamente in conto, rispetto a quello dell'invecchiamento produttivo, le connessioni esistenti tra tipo di attività e stato di salute. Mentre Walker (2003) ritiene che salute e attività siano intrinsecamente connessi tra di loro, nel senso che una buona salute costituisce la condizione preliminare per una vita attiva, così come una vita attiva promuove una buona salute, il progetto ActivAge avverte la necessità di prestare attenzione alle disuguaglianze esistenti nelle condizioni di lavoro. «Costringere i lavoratori a rimanere più del necessario in occupazioni pericolose, stressanti o in ambienti di lavoro inidonei, contribuirà ad aumentare le malattie legate al lavoro. In altre parole, una politica efficace per l'invecchiamento

⁴ Di particolare interesse è l'analisi del caso ceco su cui il rapporto di sintesi del *Work Package 5* ritorna spesso. Lo sviluppo della società civile, del *self-help* e del volontariato, trovano in questo caso le barriere più rilevanti nelle eredità culturali del vecchio sistema politico, visibili anche dal punto di vista della scarsa partecipazione degli anziani di oggi, essendo cresciuti all'ombra di uno stato onnipotente che ha lasciato poco spazio all'autonomia individuale.

attivo deve inglobare i rapporti esistenti tra un cattivo stato di salute e il lavoro svolto» (Ney, 2004, p. 25).

Come si diceva, anzianità attiva significa, in terzo luogo, stile di vita. Questo è un argomento che la ricerca ActivAge ha indagato con riguardo allo stato di salute e ad alcuni indicatori di sistema dell'offerta sanitaria. «Una vita attiva durante l'anzianità, libera cioè da problemi sanitari debilitanti e disabilitanti, dipende sia da come ogni individuo ha avuto cura di sé, evitando le cause più comuni di morte o di inabilità, come il cancro e le malattie dell'apparato circolatorio, sia dall'offerta di servizi sanitari» (Mayhew-Lee, 2005, p. 3). Dal punto di vista dell'*active ageing*, lo stile di vita scaturisce da una vasta gamma di fattori individuali e collettivi, interrelati tra di loro nel corso del tempo. In questo senso, la questione della *senior citizenship* attraversa sia confini demografici delle classi di età, investendo l'intero corso di vita di un individuo attraverso la sua istruzione e formazione continua, la vita familiare, la carriera lavorativa, il capitale sociale, i modelli di consumo, sia i limiti settoriali delle politiche di welfare: da quelle educative a quelle familiari, dalle politiche del lavoro a quelle di sicurezza sociale, dai servizi alla qualità di vita.

Mentre vi sono indicazioni secondo le quali, oltrepassata una certa soglia di spesa sanitaria pro-capite, la crescita dei costi assistenziali è solo marginalmente produttiva di migliore salute e di aspettative di vita più lunghe, ulteriori progressi in tal senso si possono ottenere lavorando sulla prevenzione e, quindi, sugli stili di vita (Mayhew-Lee, 2005). Ciò non significa valorizzare la prevenzione a scapito della cura, cosa del resto difficilmente ipotizzabile con una domanda di *long term care* in forte crescita. Anche se esistono margini per accrescere l'efficienza dei sistemi sanitari, il rapporto ActivAge ritiene necessario investire al riguardo risorse aggiuntive. «Andare verso la medicina preventiva è necessario, ma si procede lentamente e non senza difficoltà. Le campagne di sensibilizzazione sono efficaci solo se attuate regolarmente e per lunghi periodi di tempo. Inoltre, è parimenti importante lavorare sulla mentalità e sulle pratiche del personale sanitario. Inutile dire che questi progetti di riforma sono difficilmente realizzabili a basso costo» (Giorgi, 2005, p. 58).

Tutta questa ampia articolazione della *senior citizenship* allarga di molto i confini dell'invecchiamento attivo versione anni '90, incentrato soprattutto sul discorso produttivo e sulla preoccupazione dei costi crescenti del sistema pensionistico in una situazione di inasprimento degli indici di dipendenza strutturale della popolazione. Come si legge in un recente articolo del Commissario europeo per l'occupazione, gli affari sociali e le pari opportunità – il ceco Vladimír Špidla – «l'anzianità attiva è sostanzialmente diretta a incoraggiare il lavoratore anziano a rimanere più a lungo sul mercato del lavoro»⁵. Così, la contrapposizione tra *invecchiamento produttivo* e *invecchiamento attivo* proposta dal progetto ActivAge, coglie una differenza che non è solo semantica ma sociologica, assimilando il concetto di *senior citizenship* a quello di *long life society*, che definisce la transizione demografica non in termini di invecchiamento, bensì di evoluzione verso una società che tenga conto dell'allungamento della vita.

La ricerca ActivAge ritiene che il paradigma dell'invecchiamento produttivo domini il discorso politico in tutti i paesi (Ney, 2004; Giorgi, 2005). Pur facendo parte del gruppo delle 'buone idee' che risuonano nell'Unione Europea, il concetto di invecchiamento attivo deve ancora raggiungere un posto di rilievo nell'agenda politica dei paesi membri. Le risorse destinate allo sviluppo di politiche attive e di promozione degli anziani sono modeste e sul loro potenziamento a breve pende il ciclo recessivo dell'economia innescato dalla crisi globale dei mercati finanziari. D'altro canto, ad insistere troppo sulla contrapposizione tra i due paradigmi si finirebbe col concludere che non

⁵ Špidla V., *Active aging and the European employment strategy*, in «The Journal», AARP International, Winter 2007, pp. 27-31 (disponibile in Internet).

esistono sostanziali differenze tra i vari paesi, mentre invece i processi e i percorsi politici si snodano diversamente anche tra paesi appartenenti allo stesso *welfare regime*.

In questo quadro, tra i 10 paesi ActivAge – ma lo stesso vale se si estende il confronto all'insieme dei paesi economicamente più avanzati – è la Finlandia quello dove nel corso dell'ultimo decennio vi è stata una maggiore sensibilità politica rispetto al discorso dell'invecchiamento attivo e dove è stato conseguito uno dei migliori risultati in termini incremento della partecipazione degli anziani al mercato del lavoro (per entrambi i motivi, ha ricevuto nel 2006 il premio della fondazione tedesca Carl Bertelsmann)⁶. Dopo che negli anni '80 e '90 anche in Finlandia si era fatto largo ricorso alla pratica del prepensionamento⁷, nella seconda metà degli anni '90 sono stati avviati diversi programmi sul tema dell'anzianità attiva, come il *National Program on Ageing Workers* (1997-2001)⁸. Nel 2002 è stata poi approvata una riforma pensionistica, andata a regime nel 2005, che ha abolito l'età legale di pensionamento (65 anni) e introdotto quella flessibile tra 63 e 68 anni, incentivando il prolungamento della vita attiva dopo i 63 anni e prevedendo la scomparsa del pensionamento anticipato entro il 2012.

Due sono i punti di forza di quello che una rivista francese⁹ ha definito come il miracolo finlandese dell'invecchiamento attivo: l'aver adottato una strategia multidimensionale in linea con le indicazioni europee, che suggeriscono l'integrazione di più politiche (previdenziali, formative e sanitarie) e l'aver coagulato intorno ad essa un ampio consenso politico e sindacale. Così, in poco più di 10 anni, il tasso di occupazione della forza lavoro anziana (55-64 anni) è aumentato di quasi 20 punti percentuali ed è oggi pari al 55%, vale a dire ben oltre il target europeo del 50% da conseguire nel 2010 (Eurostat, banca dati on-line). In negativo, si teme che la riforma comporti delle discriminazioni tra i diversi settori della forza lavoro, avvantaggiando i cosiddetti 'colletti bianchi', che svolgono generalmente lavori poco usuranti e meglio remunerati, a scapito dei 'colletti blu', più provati fisicamente e meno propensi a prolungare la vita lavorativa dopo i 63 anni (Kunz, 2007).

Prima della Finlandia, anche il nostro paese aveva scelto di adottare nel 1995 – con la legge 335, nota come “riforma Dini” – l'età flessibile di pensionamento, fissandola tra 57 e 65 anni, cioè entro un intervallo temporale ben più ampio di quello stabilito dalla riforma finlandese e, nello stesso tempo, anche inferiore e non a cavallo dell'età legale di pensionamento. La flessibilità in uscita dal mercato del lavoro veniva agganciata al metodo contributivo di calcolo della pensione, che premia chi più resta al lavoro (fino a 40 anni di contributi) e più versa nel proprio montante previdenziale, e all'introduzione della previdenza complementare (il cosiddetto “secondo pilastro”), pensata come integrazione della pensione rispetto alla prevista riduzione dei benefici maturati nel primo pilastro (quello pubblico).

⁶ Come è noto, l'obiettivo principale della Strategia di Lisbona (2000) è di conseguire nel 2010 un tasso di occupazione dei lavoratori anziani nell'Unione Europea pari alla metà della corrispondente coorte demografica (55-64 anni); inoltre, come ricorda il Commissario europeo nel suo articolo, è atteso un aumento medio di 5 anni di permanenza nel mercato del lavoro a partire dal 2011. Le previsioni stimano per il prossimo anno un tasso di occupazione UE pari al 47% con 11 Stati membri che hanno già superato la soglia-obiettivo o che sono prossimi a farlo entro il 2013.

⁷ Nel 2000 si contavano 6 schemi che consentivano di anticipare l'uscita dal mercato del lavoro: la pensione di invalidità; il pensionamento anticipato individuale; l'estensione del sussidio di disoccupazione per le persone di età comprese tra i 55 e i 59 anni; la pensione di disoccupazione tra i 60 e i 64 anni, prima di accedere alla pensione di vecchiaia a 65 anni; pensione di anzianità; pensione part-time, la cui età di accesso era stata ridotta da 58 a 56 anni nel 1998 (Kunz, 2007).

⁸ Altri programmi che hanno dato impulso al discorso sull'anzianità attiva sono stati il *Workplace Development Program* (1996-1999 e 2000-2003), il *National Productivity Program* (1996-1999 e 2000-2003) e il *National Well-being at Work Program* (2000-2003) (Piekkola, 2004).

⁹ Protection Sociale Informations, “Finlande: les miracles du vieillissement actif”, 1 ottobre 2008.

A distanza di quasi 15 anni da quella riforma cardine del sistema pensionistico italiano di fronte alle sfide dell'invecchiamento demografico, la partecipazione degli anziani al mercato del lavoro è cresciuta di 5,2 punti percentuali, portando il relativo tasso di occupazione al 33,8% tra i più bassi a livello europeo. Ciò significa che il sistema delle convenienze a ritardare il pensionamento non ha funzionato. Nel frattempo, mentre la previdenza complementare ha mosso i primi passi solo con la Finanziaria 2007 del governo Prodi, la flessibilità in uscita dal mercato del lavoro è stata di fatto superata con la legge 243/04 del governo Berlusconi (la cosiddetta “riforma Maroni”) che ha introdotto lo scalone, successivamente ridotto a scalini dal governo Prodi (legge 247/07). In altri termini, dalla flessibilità si è ritornati alla rigidità e a provvedimenti occasionali e discriminatori, come lo è stato il “superbonus” previsto dalla “riforma Maroni”, erogato dal 2005 al 2007, o che poco hanno a che fare, in linea di principio, con l'obiettivo di ritardare il momento del pensionamento, come la totale eliminazione del divieto di cumulo tra pensione e reddito da lavoro (legge 133/08), su cui già in passato si sono appuntate osservazioni critiche vicine al mondo sindacale (Mirabile-Carrera, 2003). Ma separare nettamente i due momenti significa anche far precipitare il discorso a prima dell'*active ageing* e della *senior citizenship*, erigendo barriere anziché opportunità. In condizioni regolari e trasparenti del mercato del lavoro, l'anziano che scegliesse di proseguire il lavoro, una volta maturata la pensione, contribuirebbe al pagamento della sua stessa pensione. Che poi il divieto totale di cumulo sia un deterrente più o meno efficace del lavoro sommerso, diffuso anche tra i lavoratori anziani, questa è cosa ancora tutta da verificare¹⁰.

Il successo del caso finlandese ci dice soprattutto una cosa: una politica efficace per l'invecchiamento attivo deve poter contare su un largo consenso. Laddove manca, vi è una barriera in più da superare. Questo accade in Italia – ma non soltanto in Italia – dove il confronto politico ha impedito la definizione di una strada maestra condivisa dalle forze politiche e dalle parti sociali sulla estensione possibile della *senior citizenship*, con i suoi diritti e i suoi doveri. Se i tempi lunghi di attuazione della “riforma Dini”, o quanto meno giudicati tali dall'OCSE, hanno nuociuto al suo successo, di quella riforma restano, sul piano positivo, i risparmi di spesa già conseguiti e, su quello negativo, i timori per l'inadeguatezza delle pensioni future (Pizzuti, 2008). Resta altresì aperto, sul piano delle pratiche discriminatorie, il problema dell'equiparazione possibile dell'età di pensionamento tra i generi, dovendo assolvere alla recente sentenza della Corte di giustizia europea (C-46/07, del 13 novembre 2008) con la quale è stata ribadita la non conformità del regime pensionistico del pubblico impiego (INPDAP) all'art. 141 dei Trattati comunitari in materia di parità di trattamento ai fini previdenziali – in particolare, ad essere discriminati non sarebbero le donne bensì gli uomini, per cui l'aumento dell'età di pensionamento delle prime nasce dall'impossibilità di ridurre quella dei secondi per ovvi motivi di sostenibilità economico-finanziaria.

3. Invecchiamento attivo e salute tra barriere e opportunità

Durante gli anni '90, la principale preoccupazione dei governi nazionali è stata dunque quella di imbrigliare l'impatto della transizione demografica sul sistema pensionistico, per cui contestualmente alle riforme perseguite si è cominciato a parlare di *active ageing*. Nello stesso tempo, è però venuto crescendo l'interesse per l'economia sanitaria e per i suoi avvertimenti circa l'impatto della transizione demografica sull'aumento dei consumi – e, quindi, della spesa – sanitaria

¹⁰ Secondo una recente indagine dell'Ires (2007), la percentuale dei soggetti in condizione lavorativa “non stabile” (temporanei e in cerca di occupazione) è pari a circa il 10% nella fascia di età 55-64 anni. Qualche anno prima, l'Isfol (2002) ha stimato in 1 milione e 200 mila i rientri “non ufficiali” al lavoro dei pensionati, individuando proprio nel divieto di cumulo tra pensione e reddito da lavoro il motivo di molte occasioni di lavoro in “grigio” o in “nero”.

(Levorato et. al., 1994)¹¹. In effetti, mentre per tutti gli anni '90 la spesa pensionistica è aumentata di più di quella sanitaria, dal 2000 al 2006 la crescita della seconda è stata più veloce della prima, come mostra la seguente tabella riferita all'UE15.

Tab. 1 – I principali capitoli della spesa sociale (2000-05), in valori procapite a prezzi correnti in euro e valore indice 2000=100. UE15

	2000	2006	Indice var.
Pensioni	2.790	3.392	121,6
Salute	2.108	2.711	128,6
- spesa per "acute care"	1.641	2.163	131,8
- spesa per "long term care"	467	548	117,3
Disoccupazione	371	421	113,6
Famiglia e infanzia	495	592	119,5
Esclusione sociale e abitazione	201	267	133,1

Fonte: Eurostat, banca dati on-line.

Le determinanti della spesa sanitaria sono molteplici, sia dal lato della domanda, in ragione di bisogni e consumi sanitari che crescono con il dilatarsi del concetto di salute, con l'aumento dei redditi e dell'educazione, sia dal lato dell'offerta in ragione della complessità tecnica e tecnologica, organizzativa e gestionale di un sistema – quale quello sanitario – la cui efficienza, efficacia e qualità dei servizi erogati risente molto anche della cosiddetta *governance* locale. Questo, come è noto, accade e stride in Italia dove le diversità del *welfare system* tendono a perpetuarsi a livello macro-territoriale, tra Centro-Nord e Sud del paese, e a farsi notare anche a livello micro-territoriale, spesso tra territori confinanti tra loro (Calza Bini-Mirabile, 1999), come dimostra tutto il filone di ricerca che, a partire dalla seconda metà degli anni '90, si è sviluppato intorno ai temi del welfare locale e dell'integrazione socio-sanitaria come ambito cruciale della politica sociale di contrasto al processo di invecchiamento, per il sostegno della non autosufficienza e per l'organizzazione della *long-term care* (Gori, 2006).

La valutazione dei maggiori costi sanitari indotti dall'invecchiamento demografico dipende dai diversi scenari evolutivi dei consumi e della spesa sanitaria che sono venuti affinandosi intorno alle proiezioni dell'*Economic Policy Committee – Ageing Working Group* (EPC-AWG) dell'Unione Europea (EPC, 2006), condotte periodicamente in Italia dalla Ragioneria dello Stato (RGS). Da un lato, c'è l'ipotesi base "*pure ageing scenario*" secondo il quale – come osservano Zanette e Ricatti (2006, p. 9) – «lo spostamento della popolazione verso le classi di età più anziane comporterà una maggiore richiesta di cure, dimostrata dal fatto che la spesa sanitaria pro-capite cresce con l'aumentare dell'età». Definita anche come «invarianza del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione» (RGS 2007, p. 64), tale ipotesi restituisce la tipica curva a "J" dei costi/consumi sanitari assumendo «che gli anni di vita guadagnati siano tutti anni vissuti in cattiva salute (*Expansion of morbidity*)» (*idem*, p. 73). Dall'altro lato, vi sono due schemi teorici – il "*dynamic equilibrium*" e il "*death related costs*" – che invece partono da un punto di vista opposto, vale a dire che, grazie al miglioramento dello stato di salute, determinato dai progressi compiuti sul piano scientifico, economico e sociale, gli anni di vita guadagnati siano anni vissuti anche in buona salute, per cui «la spesa sanitaria complessiva potrebbe essere significativamente meno di quanto emerge dall'ipotesi di invarianza della struttura per età dei consumi sanitari» (*ibidem*)¹². Dalla combinazione dei tre precedenti scenari, ne è scaturito un quarto definito come

¹¹ Cfr. in proposito anche il paper intitolato *Economia Sanitaria* del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Perugia, disponibile in Internet (<http://www.unipg.it/~dipigmed/HCS/hcs.htm>).

¹² Noto anche come "*constant health scenario*", lo schema dell'equilibrio dinamico assume che «il verificarsi della mortalità ad età avanzate, dovute al declino della stessa, sia accompagnato da un parallelo posponimento della morbidità e della disabilità. Di conseguenza, l'aspettativa di vita in buona salute cresce allo stesso ritmo dell'aspettativa totale di vita e il numero degli anni spesi in cattiva salute rimane costante» (EPC, 2006, p. 115). Anche nel "*death-related cost*"

“*reference scenario*”¹³. Altri autori, infine, andando “oltre la demografia”, con particolare riferimento al caso italiano, osservano come «adottando tassi di crescita della spesa pro-capite allineati a quelli medi storicamente fatti registrare, l’impatto demografico tende a passare in secondo piano, perché gli aumenti di incidenza della spesa sul PIL diventano doppi e in alcuni casi più che doppi rispetto a quelli proiettabili quando ci si focalizza soltanto sulla demografia» (Pammolli-Salerno, 2006, p. 45). Ma, secondo RGS (2007, p. 72), le indagini empiriche condotte sulla dinamica del consumo sanitario medio, depurato cioè dell’effetto dovuto all’invecchiamento, «mostrano risultati molto differenziati e non concordanti su questo punto». Nella seguente tabella sono riportate le proiezioni della spesa sanitaria pubblica, calcolata secondo i diversi scenari EPC-AWG, con le relative differenze in punti percentuali rispetto allo scenario base, per otto dei dieci paesi che hanno dato vita al progetto ActivAge.

Tab. 2 - Spesa sanitaria pubblica in percentuale PIL in alcuni Paesi europei, anno 2004 e proiezioni al 2050.

	Incidenza anno 2004	Proiezioni al 2050				Differenze in p.p.		
		Pure Ageing Scenario (a)	Dynamic Equilibrium (b)	Death-related cost (c)	Reference Scenario (d)	b-a	c-a	d-a
Austria	5,3	6,9	6,3	6,6	6,8	-0,6	-0,3	-0,1
Finlandia	5,6	7,0	6,4	6,7	7,0	-0,6	-0,3	0,0
Francia	7,7	9,5	8,8	9,1	9,5	-0,7	-0,4	0,0
Germania	6,0	7,3	6,7	7,0	7,2	-0,6	-0,3	-0,1
Italia	5,8	7,2	6,6	6,8	7,1	-0,6	-0,4	-0,1
Polonia	4,1	5,4	4,8	5,0	5,5	-0,6	-0,4	0,1
Regno Unito	7,0	9,3	7,9	8,8	8,9	-1,4	-0,5	-0,4
Rep. Ceca	6,4	8,3	7,5	7,8	8,3	-0,8	-0,5	0,0
UE25	6,4	8,1	7,3	7,7	7,9	-0,8	-0,4	-0,2

Fonte: EPC 2006, ns. elaborazione.

Seguendo le tracce di questo complesso lavoro di valutazione dell’impatto economico legato all’invecchiamento demografico, la ricerca ha messo a confronto i dieci paesi intorno a tre temi: lo stato di salute della popolazione (*health status*), il cui argomento principale è stato il confronto su alcuni indicatori riguardanti le aspettative di vita; lo stato dei rischi sanitari (*health risk*), analizzati attraverso la lente dei cambiamenti relativi alle cause di morte e dedicato al tema degli stili di vita; lo stato dell’assistenza sanitaria (*health care*), osservata attraverso l’analisi di alcuni indicatori strutturali e di funzionamento dei sistemi di cura.

3.1 Lo stato di salute

si assume il posponimento della disabilità grazie al miglioramento delle condizioni di vita, alla conduzione di stili di vita più salutari e agli avanzamenti nella cura delle malattie croniche. Tuttavia, poiché l’evidenza empirica mostra che la maggior parte dei consumi sanitari si concentra nell’ultimo anno di vita (*compression of morbidity*), «la componente di spesa sanitaria relativa alla fase terminale della vita non risulterà significativamente condizionata dall’aumento degli anni di vita guadagnati (RGS 2007, p 73; si veda anche Aprile-Vestri 2005, p. 14), tant’è che, secondo le proiezioni EPC-AWG, la riduzione di spesa ottenuta con il “*death-related costs*” risulta inferiore a quella calcolata in base al “*dynamic equilibrium*”. In linea generale, la riduzione varia tra lo 0,8 e lo 0,4 per cento del Pil.

¹³ In particolare, esso prevede per la spesa “*acute*” l’applicazione della metodologia del “*death-related costs*” alla componente ospedaliera e l’applicazione parziale del “*dynamic equilibrium*” alle altre prestazioni, assumendo che gli incrementi di speranza di vita si traducono in anni vissuti in buona salute in misura pari al 50% anziché al 100% come nel caso dell’applicazione “integrale” del *constant health scenario*. Nel caso della componente “acute” della spesa, tale scenario prevede l’aggancio del consumo pro-capite standardizzato al PIL pro-capite e l’elasticità del consumo pro-capite rispetto al PIL pro capite superiore all’unità; diversamente, nel caso della componente “long term care” il consumo pro-capite standardizzato è agganciato alla produttività per occupato con un’elasticità del primo rispetto alla seconda pari a 1.

Poiché, come si legge nel rapporto di sintesi del WP4, «la questione è stabilire se l'aspettativa di vita in buona salute cresca parallelamente alla o più velocemente della speranza di vita» (Mayhew-Lee, 2005, p. 10), il progetto ActivAge ha messo a confronto questi due indicatori generali dello stato di salute della popolazione. La seguente tabella, rielaborata e aggiornata sulla base degli ultimi dati disponibili e omogenei per i dieci paesi, fotografa la situazione al 2003 calcolando la percentuale di vita in buona salute rispetto alla speranza di vita totale, alla nascita e a 60 anni.

Tab. 3 - Speranza di vita totale e in buona salute, alla nascita e a 60 anni, 2001-2003.

	Speranza di vita alla nascita			Speranza di vita a 60 anni		
	Totale	In buona salute	%	Totale	In buona salute	%
MASCHI						
Austria	76,4	69,3	90,7	20,0	16,2	81,0
Finlandia	74,8	68,7	91,8	19,9	15,7	78,9
Francia	76,0	69,3	91,2	20,8	16,6	79,8
Germania	75,6	69,6	92,1	20,3	15,9	78,3
Italia	76,8	70,7	92,1	20,8	16,4	78,8
Norvegia	76,4	70,4	92,1	20,6	16,2	78,6
Polonia	70,6	63,1	89,4	17,1	12,8	74,9
Regno Unito	75,8	69,1	91,2	20,5	15,7	76,6
Repubblica Ceca	72,4	65,9	91,0	18,4	13,5	73,4
Svizzera	77,7	71,1	91,5	21,1	17,1	81,0
FEMMINE						
Austria	82,2	73,5	89,4	24,0	19,3	80,4
Finlandia	81,5	73,5	90,2	24,2	18,9	78,1
Francia	83,6	74,7	89,4	25,6	20,4	79,7
Germania	81,6	74,0	90,7	24,3	19,0	78,2
Italia	82,5	74,7	90,5	25,0	19,4	77,6
Norvegia	81,7	73,6	90,1	24,4	18,9	77,5
Polonia	78,7	68,5	87,0	22,7	16,1	70,9
Regno Unito	80,5	72,1	89,6	23,6	18,1	76,7
Repubblica Ceca	79,0	70,9	89,7	22,3	16,8	75,3
Svizzera	83,3	75,3	90,4	25,2	20,4	81,0

Fonte: WHO (2004), ns. elaborazione. La speranza di vita totale a 60 anni per entrambi i sessi e per ciascun paese è quella riportata nelle tavole di mortalità dei 10 istituti nazionali di statistica al 2003 .

Nell'analizzare questa tabella occorre tenere conto del fatto che l'aspettativa di vita in buona salute è un indicatore relativamente nuovo, non più vecchio di 10-15 anni, a dispetto del metodo su cui si fonda (Sullivan, 1971). Mancano, pertanto, serie storiche robuste e consistenti in grado di stabilire come effettivamente evolva la buona salute rispetto alla speranza di vita. Inoltre, i dati più recenti non sono confrontabili tra loro, o perché fanno riferimento a età diverse tra loro (60 anni per l'OMS, 65 per Eurostat), o perché risultano – come anche nel caso di molti paesi ActivAge – ancora poco assestati in ragione di modifiche apportate alla metodologia di calcolo di questo indicatore. Per questo motivo, si è ritenuto più opportuno fermarsi all'ultimo anno per il quale si dispongono di dati (e di tendenze) più lineari.

La speranza di vita è una misura che si ricava dalle tavole di mortalità o sopravvivenza e rappresenta il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età x ¹⁴. Proseguendo

¹⁴ Calcolate per la prima volta nel 1693 dall'inglese Edmund Halley (più noto per la cometa che porta il suo nome) per la città polacca di Breslavia, le tavole di mortalità restituiscono, oltre alla speranza di vita, i seguenti parametri di sopravvivenza per singola età con riferimento ad una generazione fittizia di 100mila nati: sopravvissuti, decessi, probabilità di morte e anni vissuti. Oltre che presso i singoli istituti nazionali di statistica, più di 5000 tavole di mortalità

una tendenza di più lungo periodo, dalla seconda metà del secolo scorso la speranza di vita si è allungata significativamente in tutti i paesi economicamente più avanzati, una vera e propria “rivoluzione della longevità” (Robine, 2008) da cui si è approdati alla “*long life society*” con tutto il suo bagaglio di problematiche organizzative del welfare e di questioni etiche tra vita e morte (Bébéar, 2008). Secondo quanto riporta quest’ultimo autore, in Giappone la speranza di vita è aumentata addirittura di 32 anni per le donne e di 28 anni per gli uomini in poco più di mezzo secolo: un risultato tanto sorprendente da offuscare finanche la fenomenale crescita verificatasi in Europa. Nel nostro paese, ad esempio, la speranza di vita è cresciuta di 16,5 anni per le donne e di 14,4 anni per gli uomini, con un ritmo di incremento annuo superiore a 3 mesi per entrambi i sessi.

L’aspettativa di vita in buona salute (*healthy life years expectancy*) misura invece il numero medio di anni che una persona attende di vivere in salute ad una specifica età. Per buona salute, sia l’OMS che Eurostat intendono l’assenza di malattie e/o di invalidità e, per tale motivo, esso è indicato anche come *disability-free life expectancy*. La serie storica dell’Eurostat parte dal 1995 ed è integrata dal data-base dell’EHMU (*European Health Expectancy Monitoring Unit*), disponibile in Internet, che fonda le sue stime su cinque diverse fonti¹⁵, su due diversi indicatori (assenza di malattie e assenza di disabilità) e su tre diversi parametri (assenza totale, presenza severa, presenza moderata). Il dato generale *Healthy Life Years* (HLY, o HALE, o HLYE) a cui si è fatto riferimento nel periodo 1995-2001 è quello dell’assenza totale di disabilità, ed è misurato alla nascita, a 50 e a 65 anni. Dal 2004, le stime sono prodotte su fonte SILC che calcola lo HLY in rapporto alle limitazioni occorse nello svolgimento regolare delle normali attività quotidiane nell’arco degli ultimi sei mesi. Ciò ha prodotto una rottura nella serie dei dati, con un generale livellamento verso il basso delle aspettative di vita in buona salute. Così, ad esempio, se si prende il caso italiano, ma lo stesso vale per altri paesi, l’aspettativa di vita in buona salute delle donne alla nascita cala di ben 7,4 anni nello spazio di un biennio (da 74,4 anni del 2003 a 67,0 anni del 2005, dopo essere stata costantemente in crescita dal 1995 quando era pari a 70 anni)¹⁶. Al 2006 si nota una correzione verso l’alto dei dati, almeno per i paesi per i quali è disponibile, segno di un assestamento in corso di cui vedremo meglio gli effetti tra qualche anno.

Tenendo conto di queste osservazioni, la tabella precedente mostra che in generale la popolazione femminile ha una speranza di vita più lunga di quella maschile (sia alla nascita che a 60 anni), ma quest’ultima gode però di migliori aspettative di vita in buona salute, misurate dal rapporto percentuale tra aspettativa di vita in buona salute e speranza di vita.

Con riguardo alla popolazione maschile, la speranza di vita alla nascita più lunga è quella svizzera seguita da quella italiana, mentre la più bassa è quella polacca preceduta da quella ceca. Lo stesso discorso vale per la longevità in buona salute che, alla nascita, copre generalmente i nove decimi dell’intero corso di vita (solo la Polonia mostra una percentuale inferiore al 90%). A 60 anni, il quadro non subisce particolari modificazioni: Svizzera, Francia e Italia presentano le aspettative di vita migliori, sia totale che in buona salute, mentre Polonia e Repubblica Ceca registrano le aspettative più basse. Tuttavia, confrontando le percentuali di vita in buona salute alla nascita e a 60 anni, e assumendo la differenza come una misura di deterioramento della buona salute, si nota come il nostro paese evidenzia un calo più vistoso (13,2 punti percentuali) rispetto a Francia, Svizzera e Austria che presenta il risultato migliore (9,7 p.p.). Da questo punto di vista, i paesi che più vedono

relative a 37 paesi, per alcuni dei quali – come la Svezia – risalgono fino alla metà del XVIII sec., sono disponibili in rete allo *Human Mortality Database* (www.mortality.it).

¹⁵ *The European Community Household Panel* (ECHP, 1995-2001); *Eurobarometer* (EB, 2002-2004); *The European Social Survey* (ESS, 2002-2004); *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe* (SHARE, 2004); *Statistics on Income and Living Conditions* (SILC, 2004-2005).

¹⁶ Lo stesso vale, per citare i casi più vistosi, per l’aspettativa di vita in buona salute a 65 anni dei maschi tedeschi, che da 10,8 anni nel 2003 scende a 6,5 anni nel 2005, e austriaci (da 10,2 a 6,7 anni).

degradare lo stato di salute della popolazione maschile sono la Repubblica Ceca (17,7 p.p.), Il Regno Unito (14,6 p.p.) e la Polonia (14,5 p.p.).

Quanto alla popolazione femminile, le donne più longeve e che godono di migliori aspettative di vita in buona salute, tanto alla nascita che a 60 anni, sono nuovamente le donne svizzere, seguite da quelle francesi e dalle italiane. Anche in questo caso, Polonia e Repubblica Ceca registrano le aspettative più basse, precedendo il Regno Unito. In linea generale, la forbice tra i sessi è più ampia alla nascita che a 60 anni, tranne che per le donne polacche per le quali invece si allarga ulteriormente. Per quanto riguarda, infine, la misura del deterioramento dello stato di salute, è ancora l'Austria a segnare il risultato migliore (9,0 p.p.), seguita da Svizzera (9,4 p.p.) e Francia (9,7 p.p.). All'estremo opposto, si collocano la Polonia (16,6 p.p.), la Repubblica Ceca (14,4 p.p.) e l'Italia (12,9 p.p.). Quest'ultimo dato inerente al nostro paese, unito a quello relativo alla popolazione maschile, segnala la presenza di un più accentuato deterioramento dello stato salute della popolazione durante il corso di vita, dentro una struttura sociale caratterizzata da forti disparità territoriali, dualismi economici e sociali, maggiori disuguaglianze di reddito e di opportunità. Del resto, come da tempo hanno osservato alcuni ricercatori (Costa-Cardano 1998) a conclusione di una ricerca sullo stato di salute della popolazione torinese, vi è uno stretto e inverso legame tra stato di salute e posizione nella stratificazione sociale, nel senso che il profilo epidemiologico di ciascun livello appare sempre più sfavorevole di quello immediatamente superiore.

3.2. *I rischi sanitari*

La fenomenale crescita dell'aspettativa di vita, che prosegue dalla seconda metà del secolo scorso, è stata accompagnata da una profonda trasformazione delle cause di morte e di morbidità, oltre che del loro declino e/o compressione, come testimoniano gli andamenti dei tassi standardizzati disponibili da varie fonti (WHO-Health for All; Eurostat; Human Mortality Database). Esprimono bene il senso di quanto è avvenuto diversi geriatri e gerontologi, secondo i quali la transizione demografica è coincisa con una transizione epidemiologica contraddistinta «dalla marcata riduzione nell'incidenza delle malattie infettive e l'affermarsi di patologie cronico-degenerative, che caratterizzano la società con maggiore percentuale di anziani» (Di Bari et al., 2004, p. 440). In particolare, la transizione è avvenuta tra patologie trasmissibili (come quelle infettive, per l'appunto) e patologie non trasmissibili, come le malattie cardio e cerebrovascolari¹⁷, i tumori¹⁸, il diabete, i disturbi muscolo-scheletrici e psichici¹⁹. L'impatto sul welfare e sui costi sanitari di questa transizione epidemiologica consiste nell'elevato rischio di cronicità e disabilità che spesso segue, soprattutto nelle età anziane, il verificarsi di un evento morboso di questo tipo, da cui viene fuori l'enfasi sulla prevenzione come politica di riduzione del rischio (prevenzione primaria), di diagnosi precoce delle malattie (prevenzione secondaria) e di appropriato intervento sanitario (prevenzione terziaria).

¹⁷ In questa tipologia delle malattie rientrano tutte le patologie a carico del cuore e dei vasi sanguigni: cardiomiopatie, cardiopatie congenite, ipertensione arteriosa sistemica, aritmie e tumori del cuore. Tra le più frequenti si segnalano l'ipertensione, la cardiopatia coronaria ischemica (infarto e angina pectoris), l'ictus ischemico ed emorragico. Dopo l'artrosi/artrite, l'ipertensione costituisce la seconda causa di patologia cronica per la popolazione italiana di età superiore ai 65 anni.

¹⁸ Nell'ambito delle patologie oncologiche, i cinque tumori più frequentemente diagnosticati sono, tra gli uomini, i tumori della cute diversi dal melanoma, il tumore della prostata, il tumore del polmone, il tumore della vescica e quello del colon. Tra le donne, i più diffusi sono il tumore della mammella, i tumori cutanei diversi dal melanoma, il tumore del colon, il tumore del polmone e quello dello stomaco.

¹⁹ Oltre all'artrosi/artrite, i principali disturbi muscolo scheletrici che si segnalano per diffusione sono le osteopatie, le lombalgie e i reumatismi. Le malattie reumatiche ed osteoarticolari sono la prima causa di dolore e disabilità in Europa, rappresentando da sole la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra di 65 anni. Per quanto riguarda i disturbi psichici – con particolare riferimento a quelli di natura organica – essi comprendono i vari tipi di demenza che riguardano particolarmente la popolazione anziana, tra cui l'Alzheimer è quella più diffusa. Le stime italiane in proposito oscillano notevolmente, indicando tra 184mila e 627mila i casi di demenza di Alzheimer, e tra 150mila e 400mila i casi appartenenti ad altre forme di demenza.

Oltre che all'invecchiamento della popolazione, la diffusione delle patologie non trasmissibili è attribuibile all'interazione di una serie di fattori genetici e ambientali, legati questi ultimi soprattutto agli stili di vita. Quale sia l'incidenza specifica di questi due fattori è difficile da stabilire. Recenti ricerche inducono a ridimensionare il peso della genetica sulla longevità al 30%, assegnando ai fattori ambientali il restante 70%. «Studi longitudinali dimostrano che uno scorretto stile di vita può compromettere la predisposizione genetica e che gli interventi sullo stile di vita sono in grado di prevenire la patologia cardiovascolare nell'anziano» (Spano, 2008, p. 51). Nel nuovo contesto epidemiologico, nell'ambito degli stili di vita, obesità, sedentarietà, esposizione al fumo, consumo di alcol, alimentazione eccessivamente ricca di grassi, costituiscono i principali fattori di rischio per la salute (Di Bari et al., op. cit.).

Il progetto ActivAge ha osservato gli effetti di questa transizione epidemiologica nei 10 paesi oggetto della sua ricerca, concentrando la sua attenzione soprattutto sulla relazione esistente tra cause di morte e stili di vita con particolare riguardo ai principali fattori di rischio: fumo, alcol e alimentazione.

Come conseguenza del relativo peggiore stato di salute della popolazione, Polonia e Repubblica Ceca sono i paesi con i più elevati tassi di mortalità: circa 1100 decessi per ogni 100mila individui di sesso maschile e oltre 600 di sesso femminile (al 2005). Negli altri 8 paesi il tasso standardizzato di mortalità varia da un minimo di 654 decessi (in Svizzera) a un massimo di 813 (in Finlandia) per la popolazione maschile e da un minimo di 410 decessi (sempre in Svizzera) ad un massimo di 527 decessi (nel Regno Unito) per quella femminile. In questa particolare classifica della mortalità, l'Italia si colloca al terzo posto nella graduatoria femminile (con circa 460 decessi) e al quinto di quella maschile (758 decessi).²⁰ «In nessuna particolare patologia l'Italia presenta una elevata mortalità. Tra la popolazione anziana, i decessi dovuti a malattie dell'apparato circolatorio sono inferiori di ¼ circa alla media dei 10 paesi e sono il 5% più bassi tra gli ultra 75enni. Anche le donne italiane hanno una mortalità per tumori più bassa della media, mentre i maschi hanno una mortalità più bassa nella fascia di età 35-54 ma leggermente più alta nelle fasce di età più anziane» (Mayhew-Lee, 2005, p. 22).

In tutti e 10 i paesi, le malattie cerebro e cardiovascolari e i tumori costituiscono, nell'ordine, le principali cause di morte, contando per oltre la metà dei decessi. In Francia si riscontrano le incidenze più basse (58% per i maschi e 55,6% per le femmine), nella Repubblica Ceca quelle più alte (74,6% per i maschi e 78,5% per le femmine). In questo paese, come anche in Polonia, a incidere più pesantemente sono i decessi per le malattie a carico dell'apparato cardiovascolare, mentre i decessi per tumori per entrambi i sessi pesano meno che negli altri otto paesi.

Le tabelle che seguono danno conto invece delle osservazioni ricavate dalla ricerca in merito all'impatto degli stili di vita sulle variazioni della mortalità. L'ambito delle relazioni possibili tra tali fattori – fumo e alcol, in particolare – e cause di morte è stato circoscritto a singole patologie, ritenute le più tipiche di stili di vita scorretti. Tale scelta, se da un lato consente di approfondire determinate relazioni, dall'altro rischia di perdere di vista la più vasta portata epidemiologica connessa al consumo di tabacco e alcol, nonché a modelli scorretti di alimentazione. Così, nel presentare i risultati conseguiti dalla ricerca ActivAge, si è ritenuto opportuno, con particolare riferimento all'Italia, dare conto del più ampio impatto epidemiologico determinato da tali fattori alla luce dell'ultima relazione sullo stato sanitario del paese (Ministero della Salute, 2008).

²⁰ La Francia ha la seconda mortalità femminile più bassa tra i 10 paesi ActivAge, contando 415 decessi. Nella graduatoria maschile, dopo la Svizzera seguono, nell'ordine, la Norvegia (circa 715 decessi), la Francia e il Regno Unito (750).

Per quanto riguarda il fumo (tab. 4), il progetto ActivAge ha messo in relazione il consumo di sigarette con la frequenza dei decessi per tumore ai polmoni. In linea con le evidenze epidemiologiche che imputano il tabagismo di essere la principale causa di morte per questo tipo di patologie, la ricerca riscontra che laddove si fuma di più la mortalità per tumore ai polmoni è più elevata. Per altri versi, sostiene che «la relazione non è così stretta in ogni caso» (Mayhew-Lee, 2005, p. 27).

Tab. 4 – Variazione nel consumo di sigarette e tasso standardizzato di mortalità per cancro ai polmoni tra il 1970 e il 2000

	Numero di sigarette procapite annue			Mortalità per Cancro ai polmoni		
	1970	2000	<i>Variazione Annua</i>	1970	2000	<i>Variazione Annua</i>
Austria	1.787	1.267	-1,0%	32,6	30,6	-0,2%
Finlandia	1.335	927	-1,0%	39,4	26,9	-1,1%
Francia	1.380	1.312	-0,2%	19,7	33,7	2,4%
Germania	1.877	1.561	-0,6%	28,0	33,2	0,6%
Italia	1.402	1.742	0,8%	24,9	35,7	1,5%
Norvegia	633	588	-0,2%	14,5	31,1	3,8%
Polonia	2.126	1.945	-0,3%	23,3	47,7	3,5%
Regno Unito	2.262	1.131	-1,7%	51,8	42,5	-0,6%
Repubblica Ceca	1.697	1.493	-0,4%	49,2	45,1	-0,3%
Svizzera	2.647	2.330	-0,4%	26,9	30,0	0,4%

Fonte: Mayhew-Lee (2005).

Mentre il consumo medio annuo pro-capite di sigarette nel trentennio 1970-2000 appare in diminuzione in 9 dei 10 paesi (l'Italia è l'unico paese dove è aumentato), solo in quattro paesi (Austria, Repubblica Ceca, Finlandia e Regno Unito) la mortalità per tumore ai polmoni si è ridotta nello stesso tempo. La Norvegia, ad esempio, è sempre stato un paese a basso consumo di tabacco, il più "virtuoso" tra i 10 paesi ActivAge, eppure è quello dove si è registrato il maggiore incremento di decessi a causa di questa patologia. Discorso diametralmente opposto vale per la Svizzera, che conta il maggior consumo di sigarette ma anche il più lieve incremento della mortalità per tumore ai polmoni. Naturalmente, queste osservazioni non capovolgono le conclusioni a cui è giunta la ricerca medica circa la nocività del fumo, attribuendo anzi all'esposizione attiva e passiva al fumo l'origine di molte patologie cerebro e cardiovascolari, onde per cui l'impatto del consumo di tabacco sulla mortalità va calcolato su un più vasto catalogo di malattie.

Secondo stime dell'OMS, riprese dal Ministero della Salute nella sua ultima relazione, i decessi correlati al fumo costituiscono la seconda principale causa di morte dopo l'ipertensione. I decessi annuali dovuti al fumo ammontano a circa 650mila nell'Unione Europea e superano quota 85mila in Italia. Analogamente a quanto riscontrato altrove, la percentuale italiana di fumatori maschi è fortemente diminuita, da oltre il 50% del 1980 a circa il 30% del 2003, mentre costante si è mantenuto il numero di donne fumatrici al di sotto del 20%. L'età media in cui si comincia a fumare varia dai 17,6 anni dei maschi ai 19,5 anni delle donne; queste ultime fumano di più tra i 45 e i 49 anni, mentre gli uomini consumano più tabacco tra i 25 e i 29 anni. Sul piano sociale, la relazione ministeriale, anche se non fornisce dati al riguardo, registra un aumento delle disuguaglianze sociali legate al consumo di tabacco: meno favorevoli sono le condizioni socioeconomiche più è alta la propensione al fumo.

Le politiche di contrasto e di prevenzione del fumo si fondano sul suo divieto e sulle campagne di sensibilizzazione. Tra i dieci paesi ActivAge, l'Italia è il paese che si è dotato di una legislazione tra

le più restrittive in Europa, a partire dalla legge 584/75 che introdusse i primi divieti²¹. La legge 3/2003 costituisce l'ultimo e più efficace provvedimento in materia, in seguito al quale il divieto di fumo è stato esteso a tutti i locali pubblici chiusi e ai luoghi di lavoro privati, ad eccezione dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (abitazioni civili). Contestualmente all'approvazione di tale provvedimento e alla sua applicazione, nell'ambito della "Campagna di sensibilizzazione per la promozione di stili di vita salutari" del Ministero della Salute, fu messa in atto una vasta azione comunicativa sulla dissuasione dal fumo attraverso una capillare informazione radiotelevisiva (spot, pillole informative ecc.)

A distanza di qualche anno da quella legge e da quella prima campagna di sensibilizzazione emergono segnali contrastanti. Da un lato, un'indagine condotta allo scopo di verificare l'ipotesi secondo la quale il divieto di fumo riduce la frequenza dei ricoveri per infarto acuto del miocardio indica un loro calo del 7,2% nei primi mesi del 2005, dopo un trend di crescita che proseguiva dal 2001²²; dall'altro, un'importante organizzazione dei consumatori, il Codacons, segnala una crescente infrazione al divieto, assai elevata in alcuni luoghi, come nel caso delle discoteche dove solo poco più del 10% assolve a tale obbligo²³.

Secondo il progetto ActivAge, una correlazione più stretta si osserva tra consumo di alcol e mortalità per patologie epatiche (cirrosi). In questo caso, alle variazioni in più o in meno dei consumi alcolici corrispondono analoghe variazioni dei tassi di mortalità per malattie del fegato (tab. 5).

Tab. 5 – Variazione nel consumo di alcohol e tasso standardizzato di mortalità per malattie epatiche tra il 1970 e il 2000.

	Litri di Alcohol puro procapite			Mortalità per Malattie epatiche e cirrosi		
	1970	2000	Variazione Annuale	1970	2000	Variazione Annuale
Austria	13,9	11,1	-0,7%	25,3	17,6	-1,0%
Finlandia	5,8	8,6	1,6%	4,7	10,0	3,8%
Francia	16,8	10,5	-1,3%	30,1	12,9	-1,9%
Germania	13,4	10,5	-0,7%	21,2	15,8	-0,8%
Italia	18,2	8,7	-1,7%	28,0	13,1	-1,8%
Norvegia	4,7	5,7	0,7%	3,7	4,4	0,6%
Polonia	8,0	8,3	0,1%	10,3	12,8	0,8%
Regno Unito	7,1	10,4	1,5%	2,6	8,0	6,9%
Repubblica Ceca	11,8	11,8	0,0%	15,0	14,5	-0,1%
Svizzera	14,2	11,2	-0,7%	15,1	7,6	-1,7%

Fonte: Mayhew-Lee (2005).

Come si vede, Francia e Italia erano negli anni '70 anni forti consumatori di bevande alcoliche e, nello stesso tempo, presentavano la mortalità più elevata per cirrosi e patologie epatiche. Mentre in entrambi i paesi i litri annui di alcol puro consumati si sono significativamente ridotti, determinando un consistente declino della mortalità, nel Regno Unito e nei due paesi scandinavi (i più "sobri" nel 1970) alla crescita dei consumi ha fatto seguito l'aumento della mortalità. Analogamente al fumo, la

²¹ In particolare, la legge impose il divieto di fumo in una serie di luoghi pubblici quali le corsie degli ospedali, le aule delle scuole, i mezzi di trasporto, le metropolitane, le sale di attesa delle stazioni ferroviarie, le sale cinematografiche, i teatri, le sale da ballo, le sale delle accademie, dei musei e delle biblioteche, i compartimenti ferroviari e, più in generale, tutti i locali chiusi adibiti a pubblica riunione.

²² L'indagine a cui si fa riferimento è ancora in fase operativa a cura del Ministero della Salute in collaborazione con quattro regioni (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania) su un campione di 5 milioni circa di individui tra i 40 e i 64 anni

²³ Dalla newsletter del "Redattore Sociale" dell'8 gennaio 2009.

tabella mostra che più è alto il consumo di alcol (come in Repubblica Ceca, Austria e Germania), più i tassi di mortalità per cirrosi si mantengono su livelli elevati – fa eccezione nuovamente la Svizzera dove a consumi relativamente elevati fa riscontro un tasso di mortalità tra i più bassi nell'ambito dei 10 paesi, preceduto solo da quello norvegese.

Anche l'alcol è un fattore di rischio per molte patologie e danni. La relazione ministeriale informa che l'alcol si colloca al terzo posto, dopo il fumo, nella graduatoria dei fattori di rischio per la salute, essendo responsabile di circa 195mila decessi in Europa e di 25mila in Italia. Oltre che causa di morbidità, in particolare per il diabete, e di decessi per cirrosi, l'abuso l'alcol è responsabile di una vasta gamma di gravi danni alla salute (per incidenti stradali, omicidi, suicidi, patologie neuropsichiatriche e cardiovascolari) e di danni sociali legati ad abusi e violenze di cui sono vittime singoli individui, famiglie e minori. In Europa le persone adulte che abusano di alcol sono stimate in 55 milioni, di cui sette in Italia.

Il consumo di alcol continua a scendere nel nostro paese, attestandosi nel 2003 a 7,6 litri pro-capite di alcol puro rispetto agli oltre 8 litri del 2000, e così anche il tasso standardizzato di mortalità per cirrosi ed altre patologie epatiche è calato a 10,7 decessi per ogni 100mila abitanti nel 2004 rispetto agli oltre 13 del 2000. Tuttavia, come sottolinea la relazione ministeriale, se si considera solo la popolazione di età superiore a 15 anni emerge una tendenza al rialzo dei consumi: dai 9,1 litri del 2001 ai 10,5 del 2003. Questo significa che l'Italia si sta allontanando dall'Obiettivo 12 del Programma "Health/1999" dell'OMS, in virtù del quale il consumo di alcol dovrebbe calare a 6 litri annui pro-capite per la popolazione *over* 15 e a zero per quella di età inferiore.

Secondo l'Istat (2008), vi è una forte disparità di genere nel consumo di alcol: ne fa uso l'84% degli uomini contro il 56,3% delle donne, diversamente da quanto accade per il fumo dove le distanze tendono viceversa a ridursi. Il divario tende a crescere con l'aumentare dell'età: solo la metà dei maschi con più di 65 anni risulta essere non a rischio per consumo di alcol, a differenza dell'85,5% delle donne. Preoccupa il diffondersi del consumo di alcol tra i più giovani, l'aumento dei fenomeni di *binge drinking* (sbornie periodiche) e di assunzione combinata di alcol e stupefacenti²⁴. Sul piano sociale, valgono, infine, le stesse considerazioni svolte per il fumo, per cui gli effetti nocivi dell'alcol risultano essere più elevati nei gruppi sociali più svantaggiati.

Più che effetto di politiche di contrasto e/o di prevenzione, in questo caso il declino dei consumi appare come il risultato di una lenta ma generale presa di coscienza dei danni diretti e indiretti arrecati dall'alcol. In nessun paese le politiche alcolologiche sono così restrittive (proibitive) come quelle per il fumo, né altrettanto estese e penetranti sono le campagne di sensibilizzazione²⁵. Come si vede in molti spot pubblicitari, il consumo di alcol resta associato a momenti aggregativi allegri e spensierati. Inoltre, come si osserva a proposito del caso francese, l'introduzione di politiche alcolologiche più severe fanno fatica ad affermarsi anche per la presenza di forti interessi industriali e commerciali legati alla produzione di vino e liquori. Soprattutto allo scopo di prevenire gli incidenti stradali, nella maggior parte dei paesi sono stati introdotti dei limiti al tasso alcolemico del sangue (Bac: *Blood alcoholic content*) per chi guida (generalmente 0,5g/litro), ma la strategia sull'alcol rimessa a punto di recente in sede europea (*EU Alcol Strategy*, 2006) rilancia su un altro insieme di misure con le quali dovranno confrontarsi gli stati membri negli anni a venire (tassazioni su prodotti

²⁴ Le morti del sabato sera sono state una triste notizia dei sommari dei telegiornali domenicali per diverso tempo. Nel 2002 circa la metà dei decessi dei giovani tra i 15 e i 24 anni è stata causata dagli incidenti del sabato sera, conteggiati dal ministero nel numero delle morti alcolcorrelate (Ministero della Salute, 2008).

²⁵ La legislazione italiana è culminata nella "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" (Legge 125/01) che segue in ordine di tempo un decreto emanato nel 1993. Oltre a ritornare sugli aspetti organizzativi dei servizi, trattati dal decreto degli anni '90, la legge quadro prende in considerazione anche lo sviluppo di attività promozionali volti a promuovere stili di vita più salutari. In quest'ambito, ha avuto luogo, ad esempio, la campagna di sensibilizzazione per una guida sicura, rivolta soprattutto ai giovani.

specifici “*alcopops*”, restrizioni alla vendita e limitazioni alle strategie di marketing, azioni informative nelle scuole e nei luoghi di lavoro mirate alla prevenzione dei rischi alcolcorrelati, riduzione dei livelli di Bac prossimi allo zero per i giovani e nuovi patentati e guidatori professionali, aumento dei controlli etilometrici, sviluppo di programmi pubblici di monitoraggio).

Per quanto riguarda, infine, il fattore alimentazione, il progetto ActivAge ha svolto un confronto tra i 10 paesi sulla base dei consumi di vegetali e grassi e dell’indice di massa corporea (IMC), secondo il quale una persona con un valore superiore a 30 è da considerarsi obesa²⁶. Diversamente dal declino dei consumi di alcol e tabacco, che attestano una pressoché generale evoluzione dei comportamenti verso stili di vita più salutari, l’obesità è considerato un fenomeno in espansione, «una vera e propria epidemia a livello mondiale, costituendo uno dei maggiori problemi di salute non solo nei paesi industrializzati, ma anche in quelli in via di sviluppo» (Ministero della salute, 2008, p.42).

Nell’ambito dei dieci paesi ActivAge, è la Gran Bretagna che ha la maggiore percentuale di obesi (21%) tra la popolazione (tab. 6). In Repubblica Ceca, Germania, Polonia e Finlandia, la percentuale supera il 10%, mentre al di sotto di questo valore si collocano gli altri cinque paesi (Svizzera, Norvegia, Italia, Francia e Austria). Secondo Mayhew-Lee (2005), la minore incidenza di obesi in questi paesi trova riscontro in una dieta alimentare più ricca di vegetali rispetto al consumo di grassi.

Tab. 6 – Variazione delle abitudini alimentari dal 1970 al 2000.

	Consumo di verdure (Kg. pro-capite)		Consumo di grassi (Grammi pro-die)		Calorie Consumate		Popolazione obesa (%)
	1970	2000	1970	2000	1970	2000	2000
Austria	183,0	218,8	124,7	164,4	3.246	3.804	9,1
Finlandia	71,6	156,9	123,3	120,4	3.115	3.181	11,2
Francia	220,2	229,8	126,1	167,2	3.312	3.607	9,0
Germania	172,0	224,3	127,5	153,0	3.148	3.509	11,5
Italia	301,3	331,6	111,9	154,5	3.410	3.672	8,6
Norvegia	129,3	167,9	131,8	133,2	3.017	3.345	8,3
Polonia	141,7	177,5	103,4	111,9	3.443	3.410	11,4
Regno Unito	137,6	169,2	141,7	140,3	3.279	3.312	21,0
Repubblica Ceca	-	145,9	120,4	110,5	3.017	3.017	14,2
Svizzera	217,4	189,9	148,8	150,2	3.476	3.443	7,7

Fonte: Mayhew-Lee (2005).

Per l’Italia, i dati più aggiornati, relativi al 2005, confermano la tendenza alla crescita di questo fenomeno. La popolazione obesa si approssima ai 4,7 milioni di individui, pari al 9,8% della popolazione complessiva (Istat, 2007), in aumento rispetto al 2000 quando sfiorava i 4,4 milioni. Analogamente a quanto accade anche in altri paesi (Francia e Svizzera, ad esempio), l’incidenza di obesi tra gli uomini resta maggiore di quella esistente tra la popolazione femminile (10,5 contro 9,1%) e si mantiene più elevata, per entrambi i sessi, tra i 55 e i 74 anni superando quota 15%. L’obesità è più diffusa al Sud che al Centro-Nord e, dal punto di vista sociale, risulta essere prevalente tra i gruppi sociali a più basso livello socio-economico e culturale. «E’ stato infatti rilevato che i soggetti a più basso livello socio-culturale consumano più carne, grassi e carboidrati,

²⁶ L’IMC è un dato biometrico che si ottiene dividendo il peso espresso in chilogrammi per il quadrato dell’altezza in metri (kg/m²). Le principali patologie legate al sovrappeso sono le malattie cardiovascolari, il diabete, l’ipertensione, l’osteoartrosi, alcune neoplasie e vari disturbi psicologici. D’altra parte, anche i soggetti classificati come sottopeso sono maggiormente esposti ad alcuni rischi come l’osteoporosi, le fratture, le aritmie cardiache.

mentre quelli a più alto reddito consumano più frutta e verdura e curano di più la loro immagine e il loro benessere fisico» (Ministero della salute, 2008, p. 43).

Sul piano politico, la lotta all'obesità sta muovendo i primi passi sulla scorta della strategia elaborata dall'Ufficio europeo dell'OMS nel 2004 (*Global strategy on diet, physical activity and health*), in seguito alla quale è stato avviato un percorso per concordare tra gli stati membri un documento comune. La strategia si propone quattro obiettivi fondamentali: ridurre i fattori di rischio per la salute legati ad una cattiva alimentazione e all'inattività fisica mediante campagne di sensibilizzazione e misure preventive; accrescere la consapevolezza dell'impatto positivo sulla salute in virtù di una alimentazione corretta e di una equilibrata attività fisica; promuovere lo sviluppo di politiche e piani di azione per migliorare la qualità della dieta e la auto tutela della salute fisica, dal livello nazionale a quello locale, con il coinvolgimento del settore privato, della società civile e dei mezzi di comunicazione; monitorare l'applicazione e i risultati degli interventi e delle azioni intraprese e rafforzare le risorse umane e le loro competenze rispetto ai precedenti obiettivi.

La prevenzione dei fattori di rischio per la salute è destinata a diventare in futuro un'area sempre più importante di intervento per le politiche pubbliche. Molto si sta già facendo, e con risultati tutt'altro che irrilevanti in termini di contributo al miglioramento dello stato di salute, come testimoniano l'allungamento delle aspettative di vita e la compressione della mortalità e della morbidità. Molto resta ancora da fare rispetto ai margini di miglioramento che la società produce sul piano scientifico e culturale. Le risorse, come sempre, sono scarse e il ciclo recessivo dell'economia non ne favorisce il potenziamento. La spesa pubblica destinata alla prevenzione della salute pubblica è poco più del 3% nell'area OCSE (2007). Tra i 10 paesi ActivAge, è la Germania a spendere di più per tale area di intervento (3,6%); tutti gli altri si collocano al di sotto della media, dalla Polonia (2,4%) all'Italia (0,9%), fanalino di coda.

3.3 L'assistenza sanitaria

L'ultimo tassello della ricerca ActivAge in tema di salute ha riguardato alcuni aspetti concernenti l'accesso all'assistenza sanitaria. Nella *long life society*, l'accesso ad un sistema sanitario comprensivo e di qualità, capace cioè di garantire la copertura della più ampia gamma possibile di prestazioni e di cure tempestive e appropriate, resta un requisito decisivo per conseguire condizioni di anzianità attiva per tutti, di fronte alle disuguaglianze sociali e di salute prodotte dalle politiche di privatizzazione e razionamento della sanità perseguite da oltre un decennio.

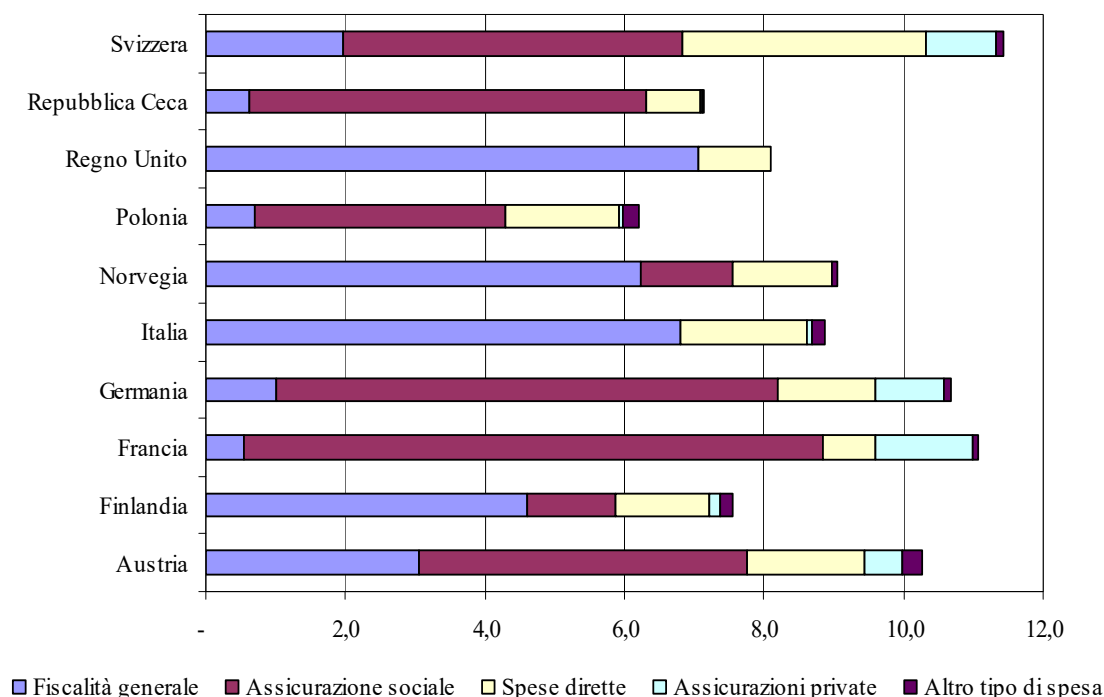
Seguendo questo approccio, la ricerca si è concentrata soprattutto su tre aspetti: il finanziamento della spesa sanitaria e una valutazione della stessa rispetto ai miglioramenti ottenuti in termini di aspettative di vita in buona salute; l'allocazione delle risorse umane addette all'assistenza sanitaria; l'accesso a interventi sanitari a cui si fa ricorso soprattutto durante l'anzianità. Il progetto non è entrato nel merito della *long term care* perché è stata considerata un'area di intervento oltre i confini dell'anzianità attiva, sebbene di pertinenza della *senior citizenship*²⁷.

²⁷ Il report italiano e quello francese hanno dedicato una parte della loro ricerca all'assistenza socio-sanitaria agli anziani, fornendo un quadro delle rispettive situazioni nazionali alla fine degli anni Novanta. In entrambi i casi, l'assistenza domiciliare agli anziani che hanno bisogno di aiuto per svolgere un'attività domestica e quotidiana (lavarsi, vestirsi, fare le pulizie, farsi da mangiare, ecc.) è un mix di assistenza formale (rete dei servizi) e informale (rete parentale e amicale). Gli anziani ospiti in istituti previdenziali erano circa 500mila in Francia 225mila in Italia, dove, come è noto, il ricorso alle badanti (circa 700mila quelle regolarizzate) ha sollevato lo stato da un maggiore impegno diretto nella assistenza alla non autosufficienza, sostenendo parte dei costi con le indennità di accompagnamento.

Sul piano del finanziamento dell'assistenza sanitaria, i dieci paesi si distinguono in due grandi gruppi. Da un lato, vi sono i paesi in cui il sistema sanitario è istituito come servizio sanitario nazionale (il cosiddetto “modello beveridgiano”); dall'altro, quelli basati sul principio assicurativo (“modello bismarckiano”). Finlandia, Italia, Norvegia e Regno Unito appartengono al primo gruppo, gli altri sei paesi al secondo. Nel primo caso l'assistenza sanitaria è universale, costituendo un diritto di cittadinanza, ed è pertanto finanziata principalmente dalla fiscalità generale; nel caso invece dei sistemi assicurativi, la principale fonte di finanziamento è costituita dai contributi sociali, versati dai datori di lavoro e dai lavoratori, per cui, in linea di principio, l'accesso al sistema di cure è riservato a chi è iscritto ad una Cassa malattie in funzione della sua appartenenza ad una categoria professionale. In realtà, anche in questi sistemi la copertura della popolazione è di fatto universale, garantita mediante disposizioni speciali per i familiari a carico e per le persone a rischio di povertà.

Come si vede nella figura seguente, la spesa sanitaria complessiva nei 10 paesi ActivAge oscilla tra il 12% circa della Svizzera e il 6% della Polonia in percentuale di Pil, ma è superiore al 10 % in tutti i paesi a più vecchia tradizione bismarckiana (Francia, Germania e Austria, oltre che Svizzera). In questi paesi, tanto la spesa pubblica quanto quella privata, che supera abbondantemente il 2% fino a raggiungere quasi il 5% in Svizzera, sono più elevate rispetto a quelle dei paesi a modello beverdigiano²⁸. Tra questi ultimi, solo in Italia la spesa privata supera il 2%, spinta in alto soprattutto dalla spesa farmaceutica privata, pari a circa la metà di quella totale. Quanto, infine, ai due paesi dell'ex blocco sovietico, la copertura pubblica dell'assistenza sanitaria appare di gran lunga più estesa in Repubblica Ceca, quasi in linea con gli standard di spesa “occidentali”, mentre più distante appare complessivamente la posizione polacca tanto che, nell'area dei trenta paesi Ocse, occupa il terzultimo posto nella graduatoria della spesa sanitaria pro-capite (867&), precedendo soltanto quella turca e quella messicana (OCSE 2007).

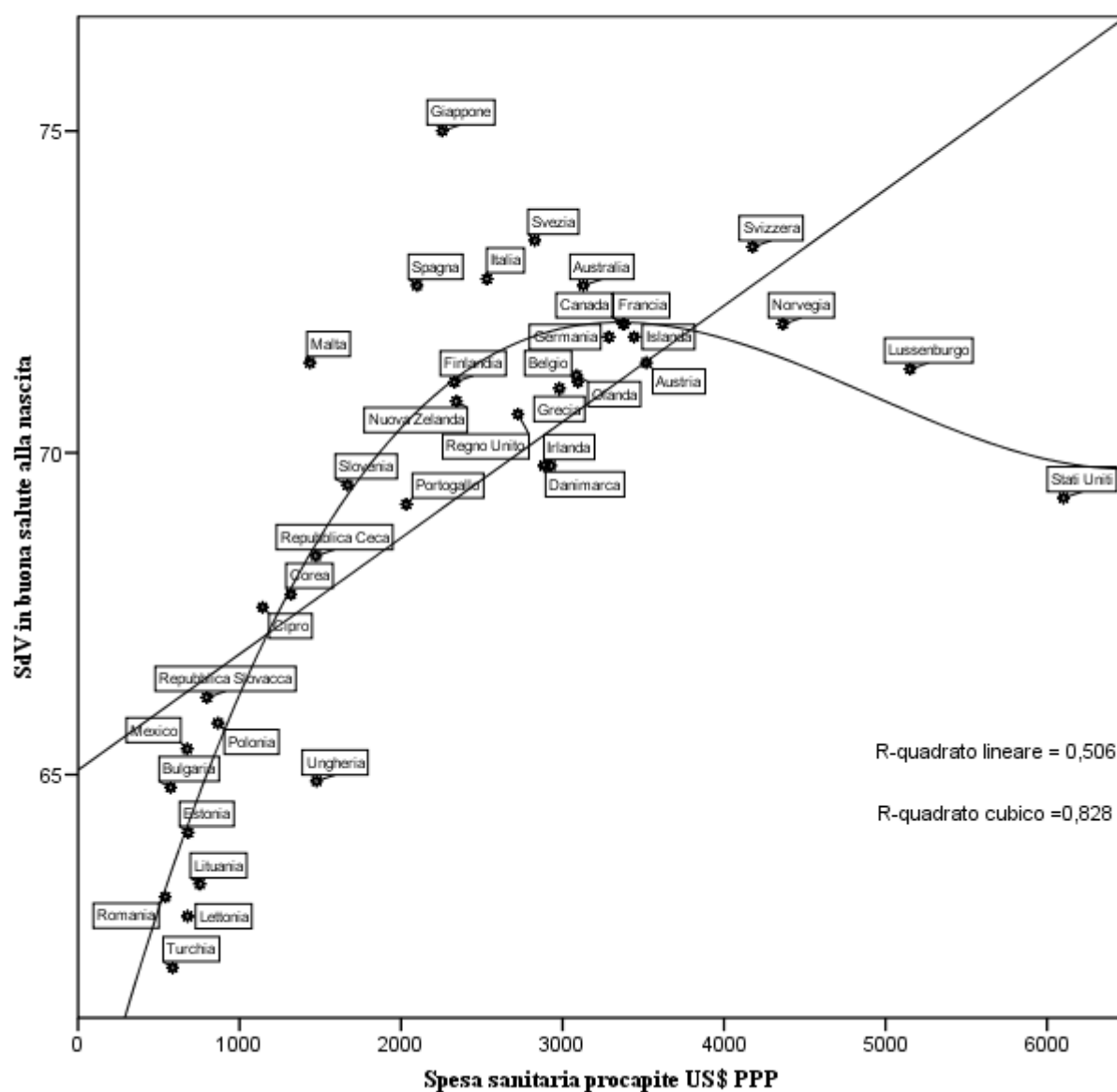
Fig. 2 - Spesa sanitaria in % Pil per fonte di finanziamento
(Fonte: OCSE 2007b, ns elaborazione)



²⁸ Nei paesi a sistema assicurativo, una parte consistente della spesa privata è destinata alla sottoscrizione di assicurazioni private, mentre questa parte è del tutto residuale nei paesi a sistema universale dove la spesa privata è destinata quasi interamente al pagamento diretto di prestazioni, farmaci e servizi.

Secondo il progetto ActivAge, non è possibile stabilire una relazione lineare tra spesa sanitaria e stato di salute della popolazione in termini di allungamento della speranza di vita in buona salute. L'evidenza empirica smentisce questa ipotesi. I livelli di spesa sono importanti, ma fino ad un certo punto. Nel 2000 l'OMS ha combinato vari indici in un unico indicatore definito di "rendimento globale dei sistemi sanitari, fissando questo punto ad una spesa pro-capite di 2000 dollari (a parità di potere di acquisto). In effetti, come mostra la figura successiva, la relazione tra i due termini che intercetta il maggior numero di casi appartiene al tipo non lineare. Ciò significa che al di sotto della soglia dell'OMS, come nella Repubblica Ceca (1473 dollari) e soprattutto in Polonia, lo stato di salute della popolazione ne risente negativamente e la scarsità di risorse si trasforma in una vera e propria barriera per l'anzianità attiva; al di sopra, la linea tende a curvarsi anche se si mantiene lineare fino a valori prossimi ai 3000 dollari.

Fig. 3 - Speranza di vita in buona salute alla nascita e spesa sanitaria procapite
(Fonte: OMS 2004 e 2006, ns. elaborazione)



Invero, anche questo indicatore deve essere trattato con cautela. Il sistema sanitario norvegese, ad esempio, rischia di apparire meno efficiente dell'Italia, perché ha una spesa pro-capite quasi doppia (4364 contro 2532 dollari), ma aspettative di vita totale e in buona salute simili o più basse. E'

probabile che qui, come in altri confronti, rientrino dalla finestra quei fattori genetici che l'ortodossia salutista tende a far uscire dalla porta, enfatizzando l'importanza che comunque hanno gli stili di vita.

Nell'ambito dei dieci paesi ActivAge, l'Italia è quello in cui l'allocazione delle risorse umane è più eccentrica: alla più alta disponibilità di medici si contrappone quella più bassa del personale infermieristico (tab. 7). In nessun altro degli altri paesi, la disponibilità del personale medico è superiore a quella dei paramedici. Anche l'OCSE (2008) è ritornato di recente su questo squilibrio, sottolineando come, a fronte di una popolazione che invecchia e di una domanda di assistenza sanitaria che sale, la disponibilità degli infermieri è sempre più scarsa²⁹. Oltretutto, alla "fuga" all'estero dei medici italiani, che non trovano sbocchi occupazionali, si contrappone la scarsa attrazione del personale paramedico proveniente da altri paesi, sia a causa della competizione con i paesi esteri, che offrono salari più alti e condizioni di lavoro migliori, sia a motivo di una politica dell'immigrazione più complessa. Secondo le stime della Federazione nazionale degli infermieri (IPASVI) mancano circa 60 mila infermieri, mentre gli infermieri stranieri che lavorano in Italia sono circa 7000, pari al 2% del totale della categoria.

Tab. 7 - Confronto della presenza di personale sanitario nei paesi europei (tassi per 100.000 abitanti)

	Medici	Dentisti	Farmacisti	Infermieri	Totale
Austria	308	45	56	583	992
Finlandia	307	93	148	2.179	2.727
Francia	328	69	102	672	1.171
Germania	358	77	58	930	1.423
Italia	640	80	121	605	1.446
Norvegia	470	115	33	1.996	2.614
Polonia	226	34	52	526	838
Regno Unito	170	40	28	497	735
Repubblica Ceca	337	64	49	920	1.370
Svizzera	336	49	63	779	1.227

Fonte: Mayhew-Lee (2005). Per l'Italia, Eurostat (banca dati on line, ultimo dato disponibile, anno 2006).

La relativa scarsità di infermieri è comune a molti paesi e costituisce un problema di qualità complessiva dei sistemi di cura e, quindi, un'ulteriore barriera sul cammino dell'*active ageing*. Accanto ai problemi remunerativi e normativi, le opinioni espresse dagli esperti insistono anche sull'importanza della omogeneità dei percorsi formativi. Come si osserva nel rapporto finale (Giorgi 2005, p. 47) «vi è una grande diversità nei criteri di qualificazione professionale applicati nei vari paesi anche a livello regionale. Spesso l'attività formativa, anche all'interno dello stesso paese, non è ben coordinata e non rispetta standard di qualità comuni».

Per quanto riguarda, infine, l'accesso alle cure, il progetto ActiveAge si è proposto di effettuare un confronto tra i 10 paesi rispetto ad alcuni specifici interventi chirurgici, importanti ai fini della prevenzione e preservazione delle capacità funzionali dell'anziano: cataratta, sostituzione protesica dell'anca e del ginocchio (tab. 8). Se l'autonomia delle persone anziane è un valore della *senior citizenship*, allora la misura in cui un paese valorizza questo obiettivo è determinato dall'accesso anche a questo tipo di interventi. In un documento della Confederazione elvetica del 2007, essi sono considerati come misure di prevenzione le quali «comprendono anche provvedimenti medici, terapeutici, di cura, riabilitativi o reintegrativi. Un trattamento terapeutico può al contempo avere

²⁹ Secondo tale organismo, i medici italiani sono oltre 370mila, di cui un terzo occupato nel settore pubblico, mentre gli infermieri non superano le 350mila unità.

un'azione preventiva: ad esempio, l'impianto di una protesi all'anca permette di prolungare l'autonomia e di prevenire l'incapacità funzionale»³⁰.

Tab. 8 - Interventi chirurgici per specifiche patologie (tassi per 1000 abitanti con età di 65 anni e più).

	Rep. Ceca		Finlandia		Italia		Norvegia		Svizzera	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Protesi dell'anca	3,1	3,5	7,5	10,1	3,5	6,2	4,7	9,2	8,6	10
Interventi di cataratta	16,2	21,4	30,8	48,5	33,1	36,3	-	-	19,6	26,9
Protesi del ginocchio	1,6	2,8	4,2	7	1,4	3,1	2	3,8	3,8	6,1

Fonte: Mayhew-Lee 2005

Purtroppo, solo quattro paesi hanno fornito dati comparabili tra loro. Da un lato, essi confermano la più generale tendenza alla crescita di queste cure che prosegue dagli anni Novanta; dall'altro, non sembrano fornire un valido sostegno empirico all'ipotesi secondo la quale «i tassi di sostituzione protesica dell'anca sono più elevati dove la spesa sanitaria è più alta» (Mayhew-Lee, 2005, p. 47). Come si vede, gli indici finlandesi sono sempre superiori a quelli svizzeri, suggerendo – in assonanza a quanto già osservato – la conclusione secondo la quale i differenziali spesa non bastano da soli a spiegare i diversi volumi di attività e, più in generale, i rendimenti dei sistemi sanitari. Oltretutto, il rapporto finlandese non fa cenno al problema delle liste di attesa, di cui si parla invece in quello inglese italiano. Secondo l'Agenzia sanitaria dei servizi regionali (Assr, 2005), tale problema trova proprio nei ricoveri per interventi di protesi d'anca uno dei punti di maggiore criticità.

Tra i tre paesi "occidentali", l'Italia è il paese con i più bassi indici di interventi per protesi dell'anca (totale e parziale) e del ginocchio. Dall'analisi delle schede di dimissioni ospedaliere (SDO), consultabili in Internet presso il sito del Ministero della salute, si evince una tendenza all'aumento per entrambi questi interventi, così come delle estrazioni della cataratta³¹; nello stesso tempo, «si è ridotto il numero di artrotomie resesi necessarie per la rimozione di protesi mal funzionanti o infette» (Ministero della Salute, 2008, p. 20). Inoltre, il confronto tra il primo e il secondo *Rapporto Nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi e liste di attesa nei siti Web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale* (Ministero della Salute, 2005 e 2007) evidenzia margini di miglioramento anche nell'attività di monitoraggio delle liste di attesa.

Vi sono dunque diverse barriere sulla strada della realizzazione dell'*active ageing*, anche se esse non appaiono insormontabili a tal punto da pregiudicare ulteriori miglioramenti dello stato di salute della popolazione in generale e di quella anziana in particolare. In Repubblica Ceca e soprattutto in Polonia esiste un problema di adeguamento della spesa sanitaria agli standard occidentali; negli altri paesi, dove questo problema non è altrettanto rilevante, le barriere all'anzianità attiva sono più di ordine organizzativo e di efficienza dei sistemi sanitari. Secondo Bébéar (2008), i sistemi fondati sul servizio sanitario nazionale pagano la maggiore efficienza evidenziando maggiori disservizi (le liste di attesa), mentre nei sistemi assicurativi il principale problema è di riuscire a contenere la dinamica della spesa. La spesa privata è in crescita ovunque ed è fonte di preoccupazione per le sorti delle disuguaglianze sociali e di salute. Queste ultime sono state percepite dai testimoni privilegiati intervistati nel corso della ricerca come la principale barriera all'anzianità attiva. Tali preoccupazioni non potevano tenere conto, nel momento in cui sono state affermate, della nuova

³⁰ Si tratta Rapporto del Consiglio federale intitolato "*Strategia in materia di politica della vecchiaia*", consultabile in Internet. Il brano citato è a pagina 16.

³¹ Tra il 1999 e il 2005, gli interventi di estrazione della cataratta agli over 65 sono aumentati del 50% circa (da 215mila a oltre 320 mila), del 30% circa quelli di artroprotesi dell'anca (da 47mila a 61mila circa), mentre sono più che raddoppiati gli interventi di sostituzione totale del ginocchio (da 16mila a quasi 36mila).

“grande crisi” mondiale che stiamo attraversando e di cui si cominciano a vedere gli effetti economici e sociali (forte riduzione del Pil, accentuata deflazione, disoccupazione) e dalla quale è auspicabile uscirne con nuove regole del gioco tra libertà ed uguaglianza, tra economia e società.

Riferimenti bibliografici

- Aprile R.-Vestri A. (2005), *La spesa pubblica per Long Term Care in ambito EPC-AWG: definizione dell'aggregato, profili di spesa e dinamiche demografiche*, RGS, Roma (disponibile in Internet).
- Arend M. et al. (2005), *ActivAge Project: Synthesis Report WP5*, ICCR, Vienna (disponibile in Internet).
- Bébéar C. (2008), “Una vita più lunga: certo, ma come e a quale costo? Aspetti etici”, in *Quaderni europei sul nuovo welfare*, 10, pp. 23-6.
- Calza Bini P - Mirabile M. L. (1999), *Osservatorio finalizzato alla definizione delle politiche locali di lotta all'esclusione sociale: la ricerca di base*, in Mingione E. (a cura di), *Le sfide dell'esclusione: metodi, luoghi, soggetti. Verso una riforma del welfare in Italia*, il Mulino, Bologna, pp. 151-165
- Cardano M. - Costa G. (1998), “Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino”, in *Quaderni di Sociologia*, 17, pp. 86-121.
- Carrera F. - Mirabile M. L. (2003), *Lavoro e pensione. Diagnosi di un rapporto critico*, Ediesse, Roma.
- Crisci M., Heins F. (2006), “L'invecchiamento nelle regioni dell'Unione Europea: processi e risposte politiche europee”, in *Informaires*, n. 30, Ires Piemonte, pp. 39-48 (disponibile in Internet).
- Di Bari M. et al. (2004), “Invecchiamento nel mondo: compressione della mortalità, della morbidità, della disabilità”, in *Gionale di Gerontologia*, 5, pp.438-45.
- Economic Policy Committee (2006), *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, European Commission DG ECFIN, Brussels (disponibile in Internet).
- Eurocare (2006), “Communication setting out a strategy to support Member States in reducing alcohol related harm”, *European Alcohol Policy Alliance*, Bruxelles, pp. 1-17 (disponibile in internet).
- Fornero E. - Monticoni C. (2007), “Il pensionamento flessibile in Europa”, in *Quederni europei sul nuovo welfare*, 7, pp. 7-20 (disponibile in Internet).
- Giorni L. (2005), *ActivAge Project: Final Report*, ICCR, Vienna (disponibile in Internet).
- Gori C. (a cura di) (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, il Mulino, Bologna.
- Heinrich-Aleksandrowicz (2005), *ActivAge Project: Synthesis Report WP3*, ICCR, Vienna (disponibile in Internet).
- IRES (2007), *I volti del sommerso. Percorsi di vita dentro il lavoro irregolare*, Ires, Roma (diponibile in Internet).
- ISFOL (2002), *Prolungamento della vita attiva e politiche del lavoro*, ISFOL, Roma (sintesi disponibile in Internet)
- Istat (2007), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*, Istat, Roma (disponibile in Internet).
- Istat (2008), *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2007*, Istat, Roma (disponibile in Internet).
- Kunz J. (2007), *Population Ageing: Problem or Opportunity? Lessons from the Caste of Finland “*, in *Journal of Sociology*, 1, pp. 1-15 (disponibile in Internet).
- Levorato A. - Rozzini R. - Trabucchi M. (1994), *I costi della vecchiaia*, il Mulino, Bologna.
- Ministero della Salute (2008), *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006*, Ministero della Salute, Direzione generale dei Servizi informativi, Roma (disponibile in Internet).

- Mayhew L.-Lee B. (2005) *ActivAge Project: Synthesis Report WP4*, ICCR, Vienna (disponibile in Internet).
- Nay S. (2004), *ActivAge Project: Synthesis Report WPI*, ICCR, Vienna (disponibile in Internet).
- OECD (1998), *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, OECD (OCSE), Parigi.
- OECD (2007a), *Population Pyramids in 2000 e 2050*, Statistical Portal: Demography and Population, OECD, Parigi (disponibile in Internet).
- OECD (2007b), *Health at Glance*, OECD, Parigi.
- OECD (2008), *Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy*, Health Working Paper, 34, OECD, Parigi (disponibile in Internet).
- Pammolli F. - Salerno N. C. (2006), *Spesa sanitaria, demografia, governance istituzionale*, Quaderno CERM, 2/06, Roma (disponibile in Internet).
- Piekkola H (2004), *ActivAge Project: Synthesis Report WP2*, ICCR, Vienna (disponibile in Internet).
- Pizzuti F. R. (a cura di) (2008), *Rapporto sullo stato sociale 2008. Il tendenziale slittamento dei rischi sociali dalla collettività all'individuo*, Utet, Torino.
- Ragioneria Generale dello Stato (2007), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Aggiornamento 2007*, Rapporto n. 9, Roma (disponibile in Internet).
- Robine J. M. (2008), “Tra compressione e declino della mortalità: la rivoluzione della longevità”, in *Quaderni europei sul nuovo welfare*, 10, pp. 53-9.
- Spano M. (2008), “Stili di vita: patologie e salute cardiovascolare”, in *Nursing*, marzo-aprile, pp. 50-1.
- Sullivan D. F. (1971), “A single index of mortality and morbidity”, in *HSMHA Health Reports*, 4, pp. 347-54.
- Tognetti Bordogna M. (2007), *I grandi anziani tra definizione e salute*, Franco Angeli, Milano.
- Turcio S. (2008), “La famiglia sud-europea tra mutamento sociale, vecchio e nuovo welfare”, in G. Ponzini e E. Pugliese (a cura di), *Un sistema di welfare mediterraneo*, Rapporto IRPPS-CNR sullo Stato sociale in Italia 2007-2008, Donzelli, Roma, pp. 53-97.
- UNECE (2005), *The New Demographic Regime. Population Change and Policy Responses*, United Nation Publication, Ginevra (disponibile in Internet).
- Walker A. - Naegle G. (a cura di) (1999), *The Politics of Old Age in Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Walker A. (2002), “A strategy for active ageing”, in *International Social Security Review*, 1, pp. 121-39.
- WHO (2002), *Active Ageing: a Policy Framework*, WHO (OMS), Ginevra (disponibile in internet).
- WHO (2004), *The World Health report 2004: Changing History*, WHO, Ginevra (disponibile in Internet).
- WHO (2006), *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, WHO, Ginevra (disponibile in Internet).
- Zanette A. - Ricatti M. (2006), “Il sistema salute: esperienze dai Paesi industrializzati e ruolo dell'assicurazione privata”, in *Quaderni europei sul nuovo welfare*, 5, pp. 1-18 (disponibile in Internet).