



INAPP POLICY BRIEF

L'IMPATTO SPROPORZIONATO DELLA PANDEMIA SULLA POPOLAZIONE ANZIANA: ALCUNE RIFLESSIONI SUGGERITE DALL'ACTIVE AGEING INDEX

L'elevato tasso di letalità della pandemia da Covid-19 in Italia e l'impatto sproporzionato sulla popolazione delle classi d'età più avanzate alimentano il dibattito sul ruolo giocato a riguardo dalle diseguaglianze sociali ed economiche.

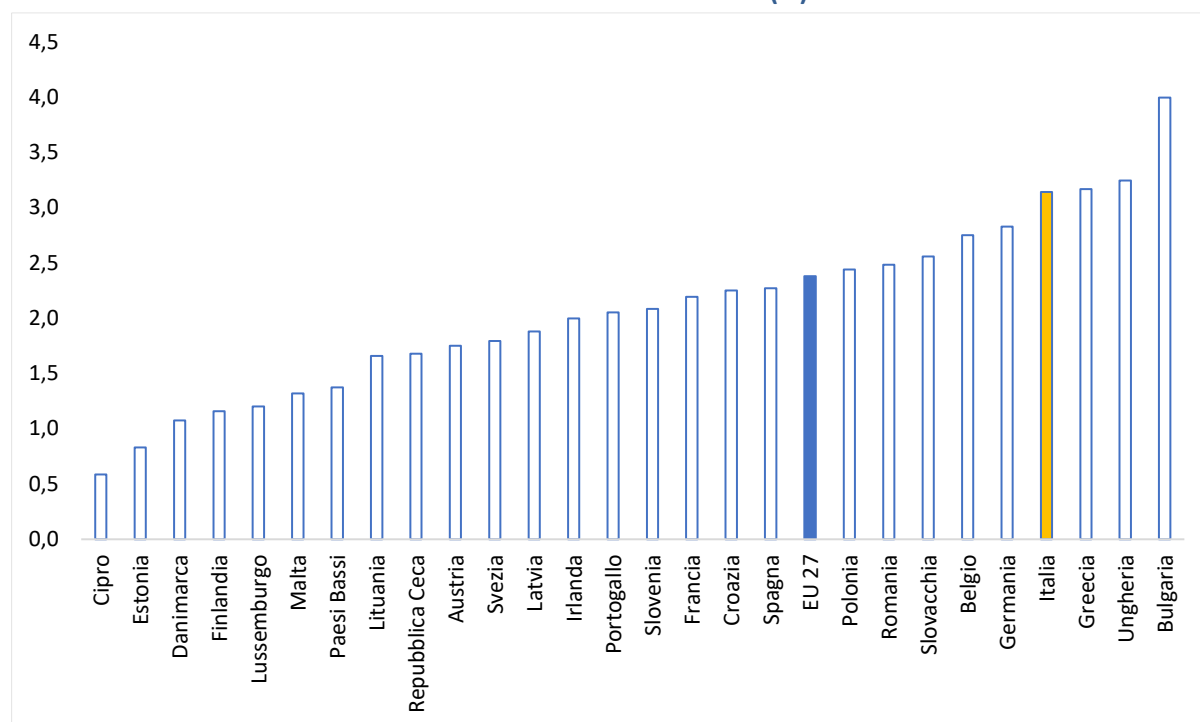
Nel Policy brief si utilizzano le informazioni desumibili dall'Active Ageing Index, messo a punto dalle Nazioni Unite e dalla Commissione europea, per esaminare in chiave comparativa alcune delle dimensioni che negli anni recenti possono aver contribuito a determinare la fragilità della popolazione anziana nei confronti di eventi shock di questo tipo.

INAPP*

Al carico di sofferenza e angoscia causato dal perdurare della crisi pandemica da Covid-19, si sommano i quesiti che in Italia continuano a sollevare l'elevato tasso di letalità riscontrato e l'impatto sproporzionato che le conseguenze del contagio hanno avuto sulla popolazione delle classi d'età più avanzate. Come da tempo messo in evidenza (Codagnone 2021), la percentuale di morti rispetto ai casi di positività ufficialmente registrati ha visto il nostro Paese ai primi posti nell'ambito dell'Europa a 27 – almeno sino al decollo effettivo della campagna vaccinale – con un valore pari al 3,1%, del tutto simile a quanto fatto riscontrare da Grecia e Ungheria e significativamente sopra la media dell'area (2,4%) (grafico 1).

* A cura di Pietro Checcucci.

Grafico 1. Percentuale di morti sui casi totali da Covid 19 (%)

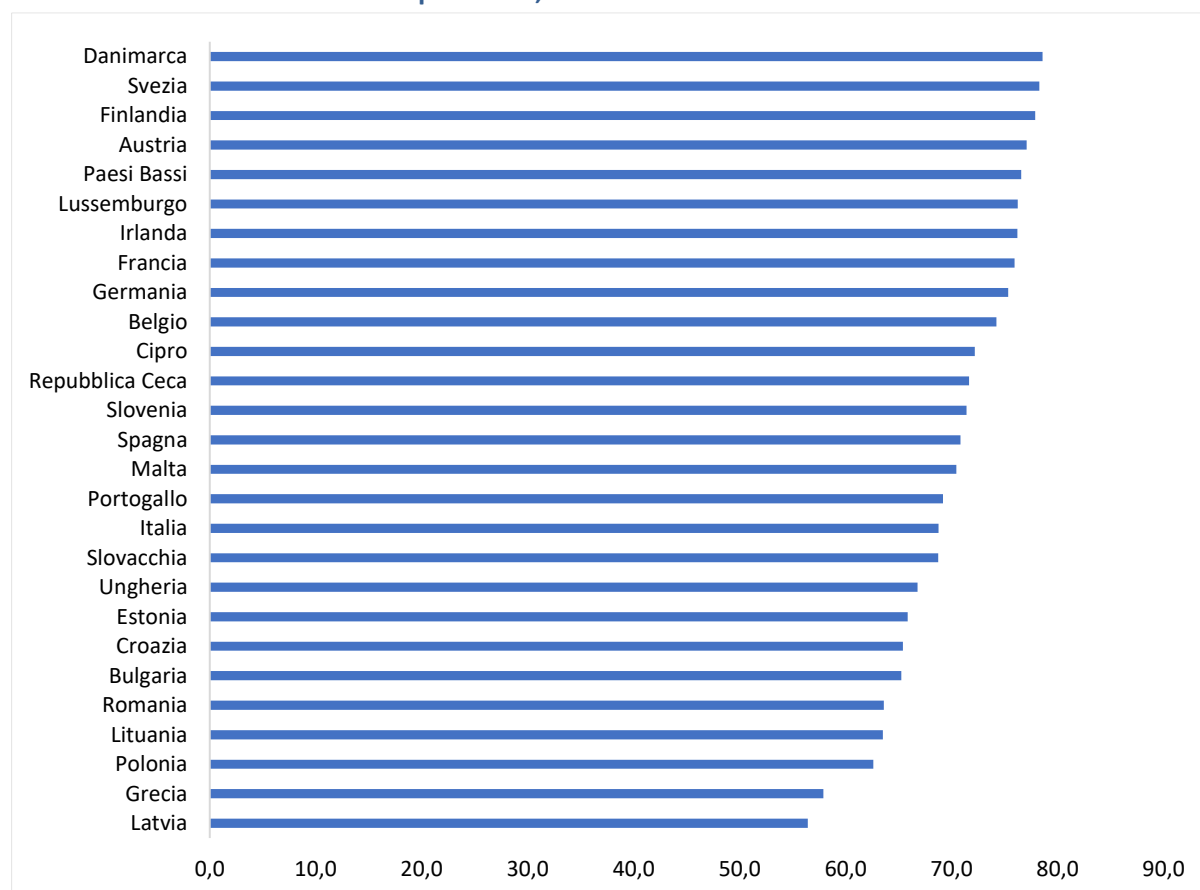


Fonte: elaborazione su dati European Centre for Disease Prevention and Control, 19 marzo 2021

Secondo i dati del sistema di sorveglianza dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istat (ISS 2021; Istat e ISS 2021), l'età media delle persone riscontrate come positive al Covid-19 e successivamente decedute era di 81 anni al 27 gennaio 2021, cioè molto più elevata di quella calcolata fra tutte le persone che nello stesso periodo avevano contratto la malattia (pari a 48 anni). L'analisi per fasce d'età conferma, com'è ampiamente noto, l'impatto sproporzionato sulle coorti più anziane: il 92% dei decessi si collocava infatti al di sopra dei 65 anni e il 61,7% al di sopra degli 80, a fronte di un peso percentuale delle due classi di età sui casi segnalati nel 2020 molto più bassa, pari cioè rispettivamente al 23,2% e al 10,1% (ibidem). Il dato appare confermare quanto altrove messo in evidenza, riguardo alla presenza di tassi di letalità più alti in Paesi con una percentuale più elevata di popolazione anziana (Sorci *et al.* 2020; Chaudhrya *et al.* 2020; Istat e ISS 2021).

In molti sembrano concordare sulla complessità dei fattori connessi alla diffusione e alla letalità della pandemia provocata dal virus SARS-CoV-2, fra questi l'eventuale presenza di comorbidità, con particolare riguardo alle malattie non trasmissibili, oltre naturalmente alle condizioni economiche e sociali dei singoli Paesi e, al loro interno, dei vari gruppi di popolazione considerati.

Grafico 2. AAI 2020 Vita indipendente, in salute e sicurezza



Fonte: elaborazione su dati UNECE 2020

Per approfondire in chiave comparativa alcune delle dimensioni sociali che possono aver avuto un ruolo nel determinare l’impatto del Covid-19 sulla nostra popolazione più matura, può essere utile fare riferimento alla batteria di indicatori dell’Active Ageing Index (AAI)¹, focalizzando l’attenzione sull’ambito dedicato alla vita indipendente, in salute e sicurezza. Facendo riferimento al paradigma dell’invecchiamento attivo, elaborato dall’OMS (WHO 2002), nell’ambito del contributo alla definizione del Piano di Azione internazionale sull’invecchiamento di Madrid (Madrid International Plan of Action on Ageing - MIPAA), approvato nel 2002 dell’Assemblea generale dell’ONU², questo dominio dell’AAI include le seguenti dimensioni: a) esercizio fisico³;

¹ L'Active Ageing Index (AAI) è un indicatore complesso sviluppato dalla United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), nell'ambito dell'Anno europeo 2012 per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni, con il contributo dell'Unione europea. L'AAI è progettato per misurare il potenziale non sfruttato nella società per ottenere un invecchiamento attivo e in buona salute a livello nazionale e subnazionale. Esso è costruito da 22 indicatori individuali, raggruppati in quattro domini: occupazione, partecipazione alla vita sociale, vita indipendente, in salute e sicurezza, ambienti abilitanti per l'invecchiamento attivo. I singoli indicatori sono calcolati sulla base dei risultati delle seguenti indagini: EU Labour Force Survey (EU-LFS), European Quality of Life Survey (EQLS), EU Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC), European Health and Sistema di informazione sull'aspettativa di vita (EHLEIS), Eurostat ICT Survey, European Social Survey (ESS) <https://bit.ly/3zbg7AF>.

² Resolution 57/167; UN 2002.

³ Percentuale di persone di 55 anni o più che svolgono esercizio fisico o attività sportiva quasi ogni giorno (fonte: European Quality of Life Survey - EQLS).

b) accesso alle cure sanitarie e dentali⁴; c) vita indipendente⁵; d) reddito medio relativo⁶; e) assenza di rischio di povertà⁷; f) assenza di severe deprivazioni materiali⁸; g) sicurezza fisica⁹; h) accesso all'apprendimento lungo tutto l'arco della vita (lifelong learning)¹⁰.

Se guardiamo al computo dell'indicatore composito (grafico 2), ottenuto dalla combinazione di tutte le dimensioni ricordate, vediamo che nel 2020 (dati 2018) l'Italia si è collocata in diciassettesima posizione, anche in questo caso piuttosto al di sotto rispetto a Paesi simili, in termini demografici, quali la Francia o la Germania. Incrociando i valori dell'AAI con quelli presentati nel grafico 1, si nota come l'Italia e gli altri tre Stati membri dell'UE con tasso di letalità più alto risultino accomunati da un posizionamento più basso dell'indicatore composito relativo a vita indipendente, in salute e sicurezza (grafico 3). I due indicatori mostrano peraltro una correlazione statistica negativa non elevata, ma comunque significativa (-0,38), che rafforza l'idea che alcune delle dimensioni interessate possano avere avuto un ruolo nel mitigare o meno l'impatto della pandemia nell'insieme dei Paesi considerati.

⁴ Percentuale di persone di 55 anni o più che dichiarano di non avere avuto bisogni insoddisfatti di visite o trattamenti medici o dentali durante i 12 mesi precedenti (fonte: European Union Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC)

⁵ Percentuale di persone di 75 anni e più che vive da sola o in coppia (2 adulti senza minori a carico) (fonte: European Union Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC).

⁶ Rapporto fra il reddito disponibile equivalente mediano delle persone di 65 anni e più e quello delle persone al di sotto dei 65 anni di età (fonte: European Union Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC)

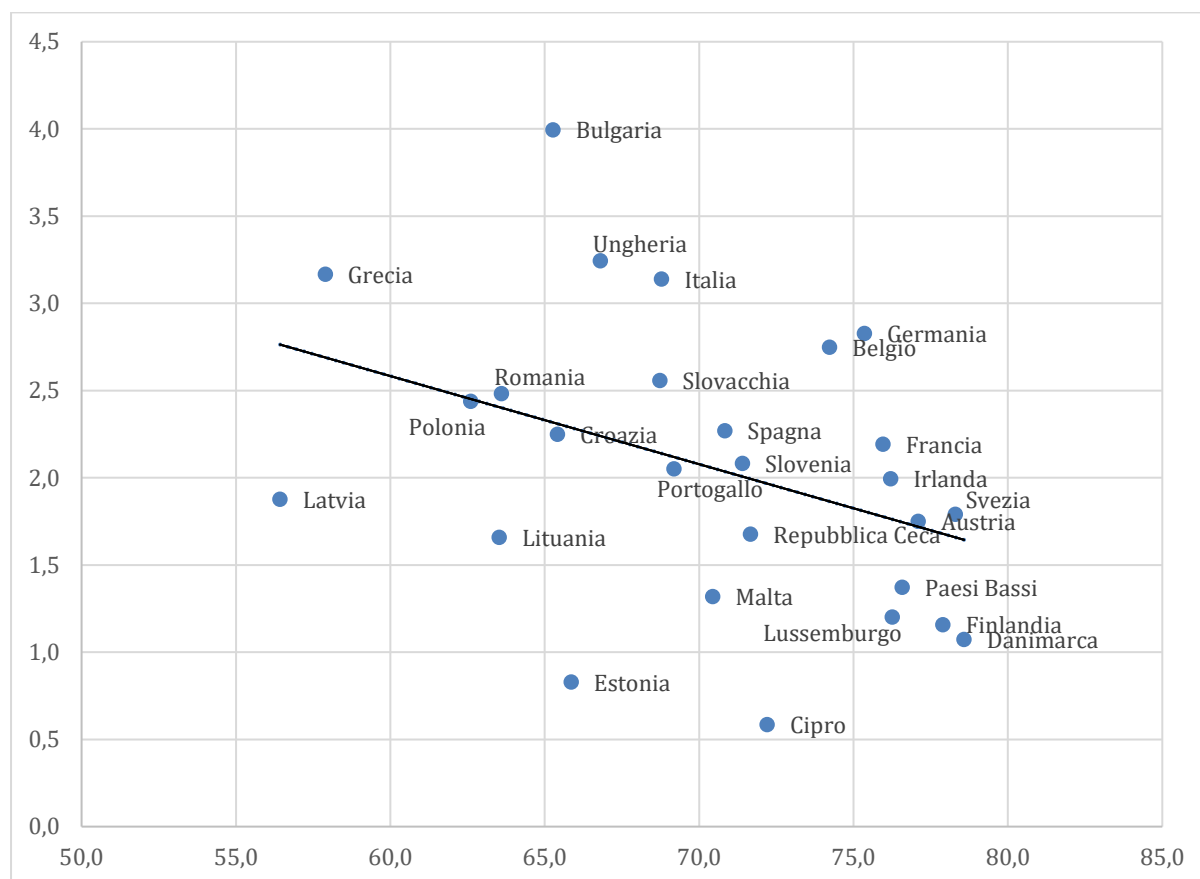
⁷ Percentuale di persone di 65 anni e più che non sono a rischio di povertà (fonte: European Union Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC).

⁸ Percentuale di persone di 65 e più che non soffrono di severa deprivazione materiale. La severa deprivazione materiale si riferisce a una condizione economica durevole che comporti la impossibilità forzata (piuttosto che la rinuncia volontaria) di permettersi almeno quattro delle seguenti nove tipologie di spesa: a) pagare l'affitto, il mutuo o le bollette; b) riscaldare la casa; c) fare fronte a spese inattese; d) mangiare regolarmente carne o proteine; e) andare in vacanza; f) acquistare un televisore; g) acquistare una lavatrice; h) acquistare un'automobile; i) acquistare un telefono (fonte: European Union Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC).

⁹ Percentuale di persone di 55 anni e più che si sentono sicure o molto sicure di passeggiare nel loro quartiere dopo il tramonto (fonte: European Social Survey - ESS).

¹⁰ Percentuale di persone tra i 55 e i 74 anni che hanno dichiarato di aver frequentato corsi di istruzione o formazione nelle quattro settimane precedenti l'intervista (fonte: EU Labour Force Survey - EU-LFS).

Grafico 3. Confronto tra il tasso di letalità da Covid 19 e l'AAI 2020 Vita indipendente, in salute e sicurezza

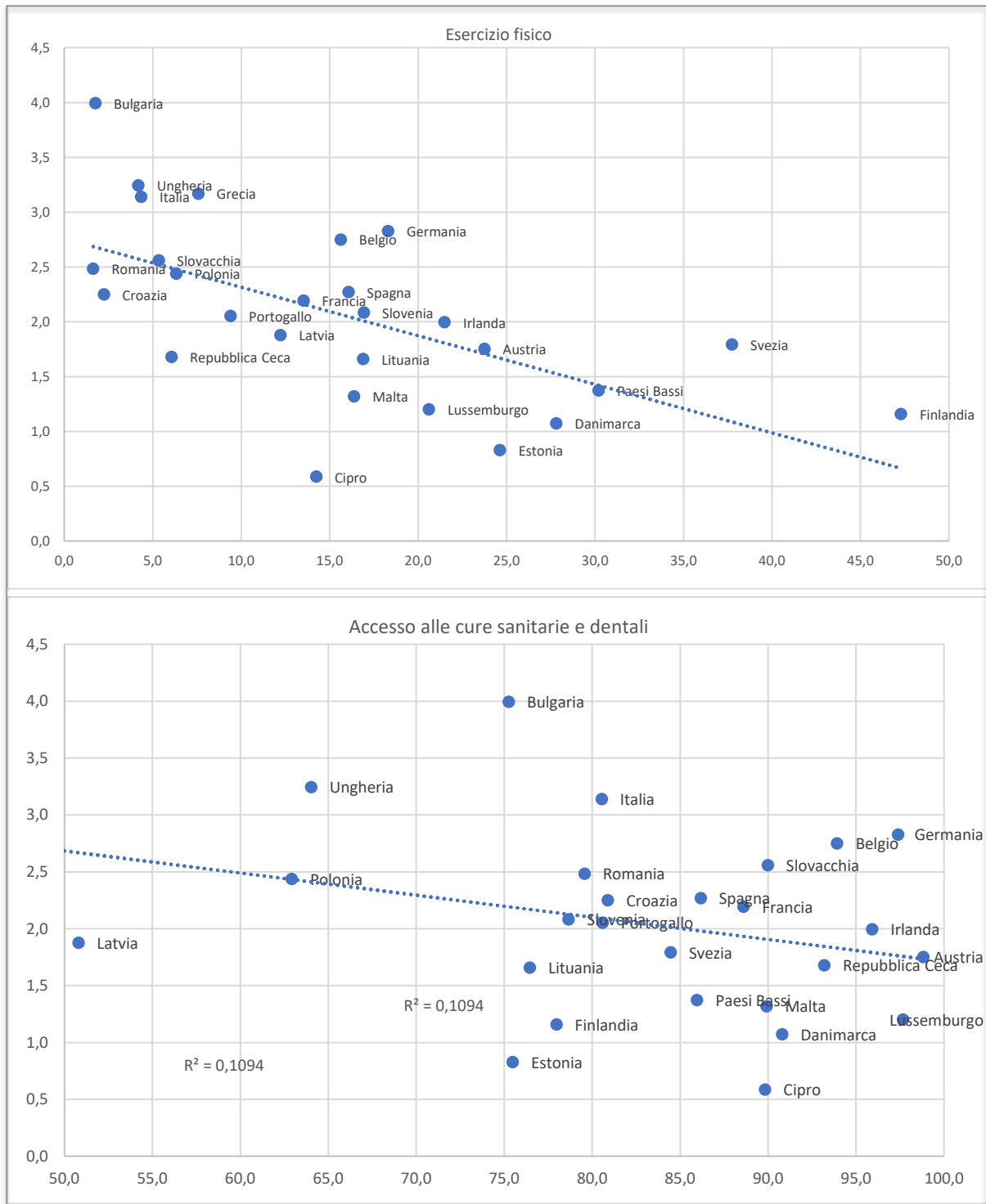


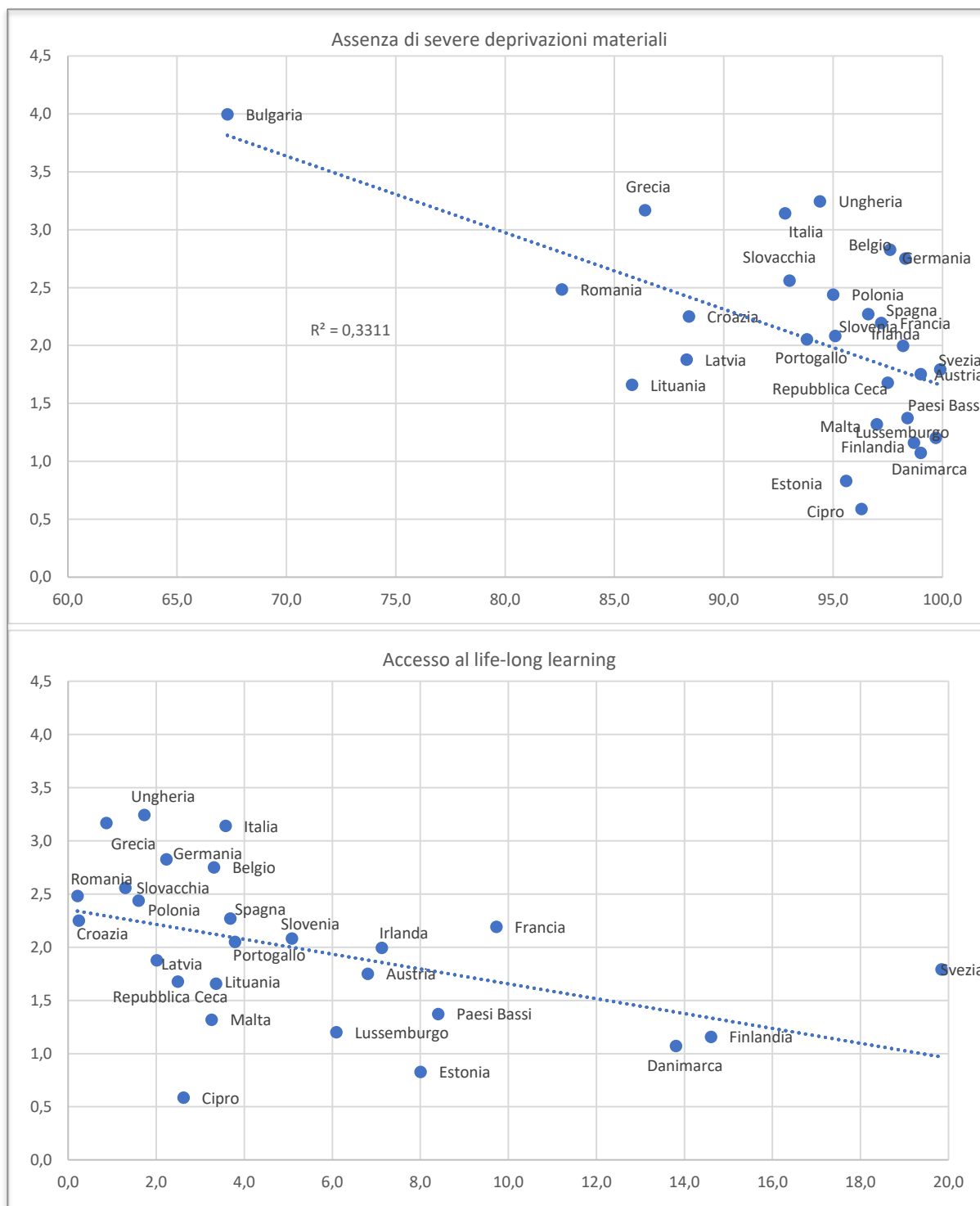
Fonte: elaborazione su dati UNECE 2020

È tuttavia l'analisi delle singole dimensioni, con i loro relativi indicatori che può fornirci un quadro più esaustivo. Nonostante il reddito disponibile equivalente mediano degli ultrasessantacinquenni si collochi allo stesso livello di quello della popolazione al di sotto di questa soglia di età, l'Italia viene a trovarsi tra la diciottesima e la ventiquattresima posizione in tutti gli altri indicatori ad esclusione del rischio di povertà e dell'accesso al lifelong learning (dove siamo quattordicesimi). Alcune delle dimensioni considerate mostrano un coefficiente di correlazione negativo abbastanza elevato con l'andamento del tasso di letalità calcolato a metà marzo 2021, con particolare riferimento a: l'esercizio fisico; l'accesso alle cure sanitarie e dentali; l'assenza di severe deprivazioni materiali; la partecipazione ad iniziative di lifelong learning (figura 1)¹¹. Ciò suggerirebbe di ricercare le ragioni della letalità comparativamente più elevata in Italia, oltre che nella probabile occorrenza di comorbidità connesse al decadimento dovuto all'età avanzata, in alcune condizioni di origine sociale ed economica che potrebbero aver contribuito ad accrescere la vulnerabilità di questo segmento di popolazione (Codagnone 2021).

¹¹ Rispettivamente esercizio fisico -0,61; accesso alle cure sanitarie dentali -0,33; assenza di severe deprivazioni materiali -0,57; partecipazione ad iniziative di lifelong learning -0,46.

Figura 1. AAI 2020 Vita indipendente, in salute e sicurezza. Confronto fra singoli indicatori e tasso di letalità





Fonte: elaborazione su dati UNECE, 2020

Le dimensioni dell'invecchiamento attivo esaminate non si manifestano peraltro in maniera omogenea in tutta la popolazione anziana. Già nel 2018 (UNECE e European Commission 2018) le Nazioni Unite hanno rilevato che in Italia l'AAI complessivo relativo al dominio vita indipendente, in salute e sicurezza ha continuato a mostrare, in primo luogo, un differenziale di genere a svantaggio delle donne che tra il 2007 e il 2016 si è ridotto di poco, passando da 3,4 punti percentuali a 3,1. Nello stesso periodo di tempo, l'indicatore composito mostra di essere migliorato di 2,1 punti nelle regioni del Nord, ma solo di 1,1 al Centro e 0,7 al Sud. Per quanto

riguarda il titolo di studio, a un livello basso (che include la licenza media) è corrisposto un miglioramento di 1 punto; ad uno intermedio (diploma di maturità o equivalente) un avanzamento di 1,6 punti; ad uno elevato (livello universitario) un incremento di 1,8 (UNECE e European Commission 2018).

Tra le varie dimensioni socio-anagrafiche, il reddito mostra però di avere avuto una influenza più significativa, se si pensa che ad un livello basso è corrisposto addirittura un peggioramento di 1,2 punti, mentre a livello intermedio il decremento è stato di soli 0,1 punti. Ciò ha fatto sì che praticamente tutto il miglioramento nelle condizioni sintetizzate dall'indicatore si sia concentrato nella sola fascia reddituale più elevata (ibidem).

Se guardiamo alle dimensioni analitiche precedentemente considerate (tabella 1), vediamo anzitutto che le donne presentano una situazione peggiore degli uomini, che appare rilevante nel caso dell'esercizio fisico e molto di meno nell'accesso alle cure e nell'assenza di deprivazioni materiali. Al contrario, esse si collocano meglio degli uomini per quanto riguarda l'eventuale partecipazione a iniziative educative o formative. Accanto a ciò, la dimensione geografica conferma una situazione comparativamente peggiore del Sud, rispetto alle altre due ripartizioni.

Tabella 1. AAI 2016 Vita indipendente, in salute e sicurezza. Indicatori selezionati, per le principali variabili socio-anagrafiche

	Esercizio fisico	Accesso alle cure sanitarie dentali	Assenza di severe deprivazioni materiali	Life-long learning
Totale	36,8	83,3	88,9	3,8
Uomini	42,8	84,7	90,1	3,5
Donne	31,8	82,2	88	4
Nord	47,9	89,3	93,8	4,7
Centro	36,8	85,5	91,2	4,5
Sud	20,8	73,3	79,9	2
Livello di istruzione				
Basso	29,2	80,5	87	1,4
Medio	48,7	88,3	94,6	5,5
Alto	57,3	92	96,8	12
Livello di reddito				
Basso	30,6	74,3	79,7	2,7
Medio	38,3	84,2	90,8	7,1
Alto	46	91,1	95,1	13,5

Nota: per la descrizione dei singoli indicatori si vedano le note da 4 a 11.

Fonte: elaborazione su dati UNECE e European Commission, 2018

Appare tuttavia evidente che sono il livello di istruzione e soprattutto il reddito a rappresentare le variabili capaci di produrre i differenziali più evidenti, in tutte le dimensioni considerate, con distacchi fra la modalità più elevata e quella più bassa che toccano rispettivamente i 16,8 punti per l'accesso alle cure e i 15,4 punti per l'assenza di deprivazioni materiali.

Ulteriori elaborazioni dell'Istat (Istat 2020) hanno confermato che, per tutti gli indicatori di salute, emergono evidenti disuguaglianze connesse al livello di istruzione: da una vita media più breve (1,4 anni per gli uomini e 1,7 per le donne), alla presenza di multicronicità, che nella vulnerabilità a SARS-CoV-2 ha giocato un ruolo di primaria importanza (il 60% dei maschi e il 75% circa delle donne con titolo di studio basso presenta tali condizioni); per arrivare alla presenza di gravi difficoltà nelle attività di cura personale (il 13% di quanti hanno una istruzione di livello basso, contro il 5,3% con titolo di studio medio-alto) o nelle attività domestiche (34% contro il 18,2%). A

sua volta, la dimensione geografica conferma lo svantaggio delle regioni meridionali in tutte le dimensioni considerate (Istat 2020).

Come evidenziato dall'Istat, gli stili di vita suscettibili di avere una influenza notevole nell'insorgenza o meno delle malattie croniche non trasmissibili (obesità, malattie cardiovascolari ecc.) risultano anch'essi fortemente influenzati dalle condizioni socio-economiche. La sedentarietà nel 2018 era infatti maggiore di 39 punti percentuali fra gli over 55 in possesso di licenza elementare, con un aumento rispetto al passato. Una distanza ugualmente ampia si riscontrava fra livelli occupazionali più o meno elevati, così come per la presenza di obesità (ibidem).

In aggiunta alle caratteristiche sociodemografiche e di salute, l'essere ospitato in residenze assistite (RSA) ha apparentemente rappresentato per una porzione significativa di persone anziane un ulteriore fattore di rischio. A ottobre 2020, circa l'8,5% delle persone anziane ospitate in queste strutture risultavano decedute, con un tasso di mortalità più elevato rispetto a quello dei loro coetanei che vivevano presso le proprie abitazioni e un rischio di mortalità stimato quattro volte superiore rispetto agli anni precedenti (de Girolamo *et al.* 2020). A riguardo la mancanza di personale, le difficoltà o impossibilità di trasferimento di ospiti contagiati presso strutture ospedaliere o almeno di isolarli in camere singole, il fatto di superare la soglia dei 60 ospiti e il livello di diffusione del virus nell'area geografica circostante hanno rappresentato alcuni dei fattori positivamente associati alla diffusione dell'infezione all'interno delle RSA (Lombardo *et al.* 2020).

In mancanza di un'analisi di maggior dettaglio sulle condizioni sociali ed economiche, oltre che di salute, delle persone decedute in Italia e in Europa a causa del virus SARS-CoV-2, le informazioni che abbiamo presentato ci invitano a considerare attentamente l'influenza che le disuguaglianze stanno esercitando nel favorire l'impatto della pandemia, non solo a livello globale, ma all'interno delle nostre stesse società (Horton 2020; Mendenhall 2020).

Poiché una serie di queste disuguaglianze coinvolgono anche le caratteristiche demografiche dei vari Paesi e giocano verosimilmente un ruolo nel prezzo sproporzionato pagato dalla popolazione più anziana, occorre raccogliere seriamente l'invito del Segretario generale delle Nazioni Unite, Antonio Guterres, che già a maggio del 2020 ha richiamato l'attenzione su come la pandemia abbia messo a rischio la salute fisica e mentale delle persone anziane, aumentando spesso il loro isolamento sociale e su come la fase di ripresa post-pandemica debba tenere in attenta considerazione le loro esigenze e il loro potenziale, prezioso contributo (UN 2020).

In termini di policy, ad una attenta azione di prevenzione sanitaria, nella quale va riconosciuto che l'Italia ha una consolidata esperienza, come dimostra l'azione congiunta del Ministero della Salute e delle Regioni (Ministero della Salute 2020), occorre affiancare finalmente una altrettanto articolata strategia di perseguimento dell'invecchiamento attivo, così come definito dall'OMS. In accordo a quanto affermato dall'ONU, l'invecchiamento attivo si basa sul riconoscimento dei diritti umani delle persone anziane, con particolare riguardo ai principi di indipendenza, partecipazione, dignità, cura e autorealizzazione¹². Il riconoscimento di tali diritti è la base per

¹² Affermati nella Convenzione internazionale sui Diritti economici, sociali e culturali, a sua volta basata sulla Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 16 dicembre 1966 ed entrata in vigore il 3 gennaio 1976.

costruire misure efficaci finalizzate ad avviare e consolidare nel tempo un “processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane” (WHO 2002). Per agire in questa direzione al riconoscimento effettivo di tali diritti occorre affiancare una azione istituzionale che punti ad inserire l’invecchiamento come dimensione trasversale alle varie politiche nazionali e regionali (il cosiddetto mainstreaming dell’invecchiamento, UNECE 2021), in maniera analoga a quanto si è cercato di fare nell’ambito della disabilità, successivamente alla ratifica da parte dell’Italia della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità (UN Convention on the Rights of Persons with disabilities, CRPD)¹³.

Allo stato attuale, la sperimentazione più avanzata in tal senso è rappresentata dal Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo¹⁴, promosso dal Dipartimento per le Politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, con l'obiettivo di creare un coordinamento nazionale degli interventi in tale ambito. Il progetto opera nel triennio 2019-2022 con il concorso di un’ampia rete di stakeholder istituzionali, accademici e rappresentanti della società civile, cui l’Inapp fornisce supporto tecnico scientifico, sia a livello nazionale che internazionale.

¹³ Legge 3 marzo 2009, n. 18.

¹⁴ <https://bit.ly/3v0eRx2>.

Bibliografia

Chaudhry R., Dranitsaris G., Mubashir T., Bartoszko J., Riazi S. (2020), A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes, *EClinicalMedicine*, 25, 100464 <<https://bit.ly/3cqHXE9>>

Codagnone C. (2021), Covid-19: numeri senza spiegazione, *Lavoce.info*, 11 gennaio <<https://bit.ly/3wfDAip>>

de Girolamo G., Bellelli G., Bianchetti A., Starace F., Zanetti O., Zarbo C., Micciolo R. (2020), Older People Living in Long-Term Care Facilities and Mortality Rates During the COVID-19 Pandemic in Italy: Preliminary Epidemiological Data and Lessons to Learn, *Frontiers in Psychiatry*, n.11, October <<https://bit.ly/3cgicix>>

Horton R. (2020), Offline: COVID-19 is not a pandemic, *The Lancet*, vol.396, September 26 <<https://bit.ly/34Y3VW1>>

ISS (2021), *Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia*, Roma, Istituto superiore di Sanità, aggiornamento del 27 gennaio <<https://bit.ly/3x3DwSx>>

Istat, ISS (2021), *Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. anno 2020*, Roma, Istat, 5 marzo <<https://bit.ly/3cs7wQh>>

Istat (2020), *Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia*, Roma, Istat, agosto <<https://bit.ly/3w4J5A6>>

Lombardo F.L., Bacigalupo I., Salvi E., Lacorte E., Piscopo P., Mayer F., Ancidoni A., Remoli G., Bellomo G., Losito G., D'Ancona F., Bella A., Pezzotti P., Canevelli M., Onder G., Vanacore N. (2021), The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, n.36, pp.873-882

Mendenhall E. (2020), The COVID-19 syndemic is not global: context matters, *The Lancet*, vol.396 November 28 <<https://bit.ly/3glii2c>>

Ministero della Salute (2020), *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, Roma, agosto <<https://bit.ly/3x3Ox6v>>

Sorci G., Faivre B. Morand S. (2020), Explaining among-country variation in COVID-19 case fatality rate, *Nature.com, Scientific Reports*, 10, article n:18909 <<https://go.nature.com/3gh4Kyp>>

UN (2020), *Policy Brief: the Impact of Covid-19 on Older Persons*, New York, United Nations <<https://bit.ly/2SlygLn>>

UNECE (2021), *Guidelines for Mainstreaming Ageing*, Geneva, United Nations <<https://bit.ly/2T49LCy>>

UNECE, European Commission (2018), *Criteria-specific analysis of the Active Ageing Index in Italy. June 2019*, Geneva-Brussels <<https://bit.ly/3w2OCHj>>

WHO (2002), *Active Ageing. A policy Framework*, Geneva, World Health Organization <<https://bit.ly/3w1OurG>>

Alcuni diritti riservati (2021) (INAPP)

Quest'opera è rilasciata sotto i termini della licenza Creative Commons.

Attribuzione - Non Commerciale - Condividi allo stesso modo 4.0 - Italia License.

ISSN 2533-3003



I *Policy Brief* dell'INAPP offrono spunti di riflessione tratti dai temi di ricerca e di analisi realizzati dall'Istituto, a supporto delle politiche pubbliche.

La collana INAPP *Policy Brief* è a cura di Claudio Bensi.

Per info: stampa@inapp.org - www.inapp.org

