

QUALI NESSI TRA INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E DISABILITÀ/PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA?

BARBARA MAERO

Il consistente incremento della speranza di vita e l'invecchiamento della popolazione avvenuto nel 20° secolo stanno mantenendo la stessa tendenza anche nel 21° (1) [si indicano in parentesi tonde i riferimenti alla bibliografia elencata in calce a questo articolo]. L'Italia è uno dei paesi più vecchi d'Europa e del mondo con la sua quota di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione che, secondo i dati Istat al primo gennaio 2014 è pari al 21,4%. L'unico dato paragonabile in Europa è quello della Germania (20,7%). Ma in un futuro ormai prossimo, nel 2032, secondo le previsioni Istat, la quota di anziani over 65 sul totale della popolazione dovrebbe raggiungere il 27,6%, con circa 17 milioni e 600mila anziani in valore assoluto (2).

L'aspettativa di vita all'età di 65 anni nei paesi dell'Unione Europea è cresciuta da 17,8 anni nel 2002 a 20 anni nel 2014 (3). Vi è quindi un incremento di almeno due anni ogni decade (4). La sopravvivenza in Italia è prevista in ulteriore aumento. Entro il 2065 si prevede una crescita della vita media fino a 86,1 anni per gli uomini e fino a 90,2 anni per le donne (mentre era 80,1 e 84,6 anni nel 2015). L'incertezza associata assegna limiti di confidenza compresi tra 84,1 e 88,2 anni per gli uomini e tra 87,9 e 92,7 anni per le donne (5).

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Si determina così una condizione di comorbilità. Tale fenomeno è ovviamente più frequente con il progredire dell'età.

L'attuale assetto demografico rende altamente probabile un incremento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche, che risultano in aumento al crescere dell'età. Per inciso, la prevalenza è il rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (o in un breve arco tempo-

rale) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo. Conoscere la prevalenza di una malattia consente di comprendere il suo impatto sulla salute pubblica, di pianificare le risorse in base alla sua prevalenza attesa e programmarle in base alla sua variazione temporale. Con il termine incidenza si intende invece una particolare relazione matematica utilizzata in studi di epidemiologia che misura la frequenza statistica di un evento sanitario, ad esempio quanti nuovi casi di una data malattia compaiono in un determinato lasso di tempo (quest'ultimo, ad esempio, può essere rapportato a un mese o a un anno) ed il suo fine ultimo è quello di stimare la probabilità di una persona di ammalarsi della malattia in oggetto di esame.

La comorbilità espone gli anziani più facilmente all'insorgenza di una condizione di disabilità, termine che identifica le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale. È quindi diffusa la preoccupazione che si assista ad un incremento della disabilità in relazione all'invecchiamento, con il conseguente maggior impegno per le spese sanitarie e socio-assistenziali.

Già in un articolo precedentemente pubblicato (6) si era sottolineato che, sebbene l'incidenza della maggior parte delle patologie croniche e la prevalenza della disabilità aumentino con l'avanzare dell'età, esistono studi che dimostrano un miglioramento dello stato funzionale della popolazione. Ciò è dovuto al fatto che le proiezioni sul numero di soggetti disabili sono estremamente sensibili a piccoli cambiamenti dell'incidenza e della prevalenza.

Il raggiungimento di un'età anche molto avanzata non sempre si traduce in un incremento della disabilità e della dipendenza a livello della popolazione, dal momento che si assiste ad un incremento della mortalità dei pazienti più dipendenti (7).

La fascia di popolazione che sta crescendo più rapidamente è quella di età uguale o superiore agli 85 anni, dei quali sino al 20% vive indipendentemente e libero da disabilità nonostan-

te la presenza di comorbidità (8, 9). Come è stato evidenziato in precedenza la salute della popolazione anziana italiana si è modificata nel corso degli anni, con un miglioramento delle condizioni di autonomia, di salute e di vita di relazione (10). Analogamente uno studio sulla popolazione svedese, che ha confrontato due popolazioni di soggetti ultrasettantacinquenni nati in due diverse decadi, ha evidenziato come i quelli nati nell'ultima decade presa in esame siano meno dipendenti nelle attività comuni della vita quotidiana e più coinvolti in attività ricreative rispetto al gruppo di confronto (11). Se da un lato è reale l'incremento della prevalenza di patologie cronico degenerative e la comorbidità è però parallelo un incremento della condizione di autonomia almeno per quanto riguarda le fasce di pazienti anziani più giovani.

I trend di disabilità sono sviluppati sulla base dell'andamento delle patologie cardiovascolari e della demenza. Negli ultimi anni la mortalità e la morbilità cardiovascolare si sono notevolmente ridotte (12). Questo dato, in associazione al prolungamento della speranza di vita, porta ad un incremento del numero di soggetti anziani di età avanzata e quindi potenzialmente a rischio di deterioramento cognitivo. È però anche vero che la demenza e la patologia cardiovascolare hanno, almeno in parte, fattori di rischio comune; quindi una riduzione del rischio vascolare potrebbe anche ridurre l'incidenza della demenza.

Un ramo dello studio Framingham, uno studio longitudinale di coorte americano, ha mostrato come vi sia un progressivo declino dell'incidenza di demenza. Questo trend temporale e un parallelo miglioramento della salute cardiovascolare nel tempo sono stati entrambi osservati in una coorte di soggetti con maggiore scolarità (almeno diploma di scuola superiore) (13). I dati sembrano suggerire che una precoce diagnosi e un trattamento più efficace della patologia cerebrovascolare e cardiovascolare possano aver contribuito a ridurre l'incidenza di demenza, e in particolar modo della forma vascolare.

Nonostante sia stato osservato nello studio Framingham un trend in riduzione per l'incidenza età-specifica della demenza e sia stata ipotizzata una sua stabilità nei paesi dell'Europa occidentale (14) probabilmente, si verificherà un incremento del numero di pazienti affetti da

demenza nel mondo in considerazione del rapido incremento della speranza di vita media. In questo contesto la prevenzione primaria e quella secondaria potrebbero essere la chiave per ridimensionare l'entità dell'atteso incremento del numero di soggetti dementi.

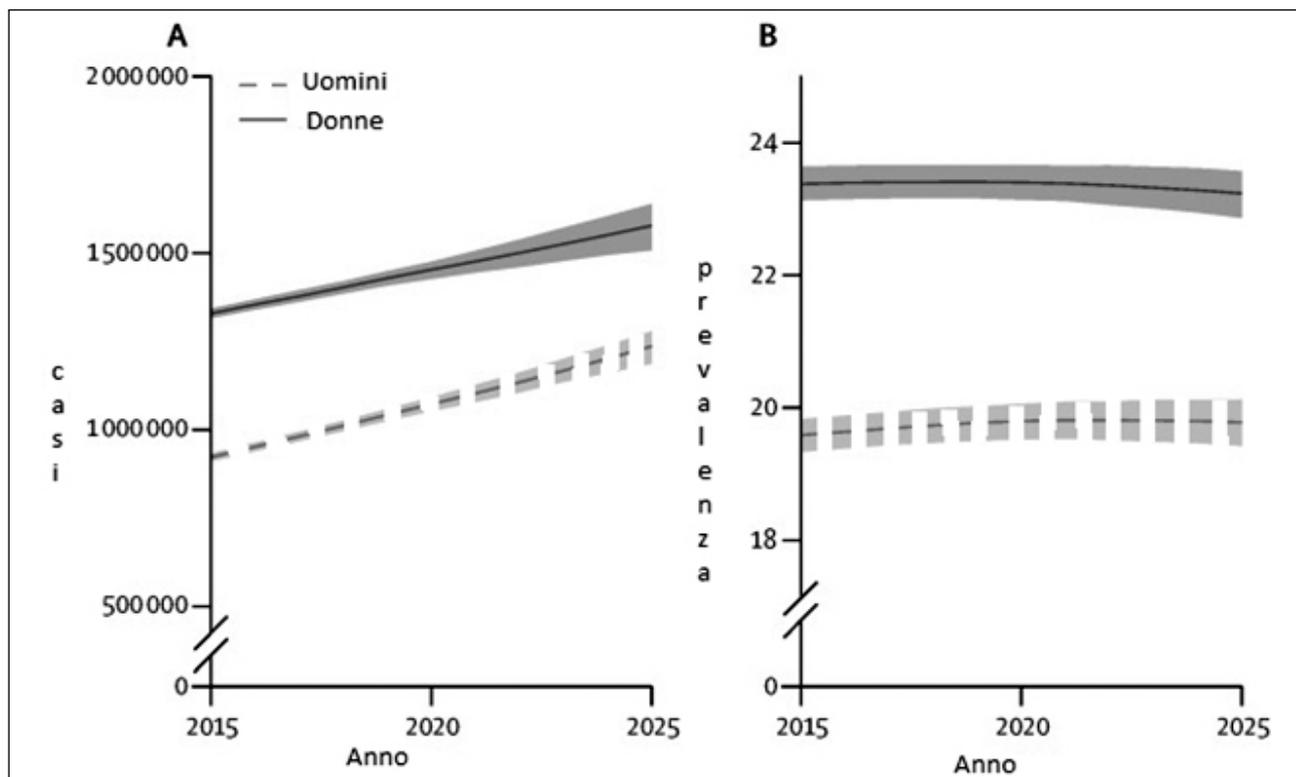
Guzmann e il suo gruppo di ricerca hanno sviluppato in un loro studio un modello per prevedere il trend della disabilità e della speranza di vita in Inghilterra e Galles sino al 2025. I risultati di questo lavoro indicano come si assisterà ad un ulteriore incremento della speranza di vita, ed in particolare è stato calcolato che i soggetti di età maggiore o uguale agli 85 anni passeranno da 1,4 milioni nel 2015 a 2 milioni nel 2025 con un incremento pari al 38,9%. Ciò comporterà necessariamente anche un incremento del numero di disabili, ma non necessariamente della prevalenza di disabilità. Infatti, in questo studio si evidenzia come la prevalenza di disabilità nella popolazione di età uguale o superiore ai 65 anni rimarrà pressoché costante sino al 2025 negli uomini e nelle donne, un modesto incremento della prevalenza di disabilità è previsto per gli uomini più anziani. La prevalenza di disabilità standardizzata per età nella popolazione di età maggiore di 65 anni o più anziana rimarrà sostanzialmente costante sino al 2025 sia negli uomini che nelle donne (si vedano i grafici di queste pagine).

Per i soggetti di 65 anni la speranza di vita libera da disabilità crescerà di 1.0 anni passando da 15.4 anni a 16.4 anni, ma ci sarà anche una crescita della speranza di vita con disabilità soprattutto per gli uomini.

Da queste previsioni risulta che il numero di disabili crescerà però principalmente come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione piuttosto che per un incremento della prevalenza di disabilità (1).

Le previsioni del peso futuro della disabilità enfatizzano il bisogno di efficaci interventi preventivi per "combattere" i principali fattori di rischio per le patologie croniche e la disabilità associata.

Le principali patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito e malattie respiratorie croniche, condividono alcuni fattori di rischio comuni modificabili (fumo di tabacco, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà). Sono anche fattori di rischio l'ipercolesterolemia, l'ipertensione



Proiezione del numero di disabili (A) e della prevalenza di disabilità degli uomini e delle donne oltre i 65 anni dal 2015 al 2025 (B) in Inghilterra e Galles.

arteriosa, l'intolleranza ai carboidrati ed il sovrappeso/obesità.

Questi fattori di rischio, da soli, sono responsabili del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.

Il contrasto ai fattori di rischio comuni modificabili passa attraverso la modifica degli stili di vita della popolazione.

Tale approccio si realizza attraverso programmi di promozione di corretti stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione.

La prevenzione dei fattori di rischio può essere perseguita mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

Anche per questi fattori l'obiettivo finale è quello di mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute.

Tutte le nazioni stanno beneficiando di un consistente guadagno di aspettanza di vita ed è sicuramente un dato positivo. Affinché questo aspetto non assuma connotazioni negative i governi dovrebbero prepararsi a fornire agli

anziani le cure, le attenzioni e l'aiuto di cui necessitano.

Il personale sanitario medico ed infermieristico dovrebbe essere adeguatamente formato nella gestione della comorbidità del paziente anziano e nell'affrontare le prime avvisaglie della disabilità, proprio perché è in questa fase che c'è la maggiore probabilità di riuscire a rallentare il declino funzionale (15).

Tra le soluzioni che potrebbero compensare un iniziale stato di ridotta abilità funzionale, possono essere individuati ad esempio esercizi strutturati o percorsi riabilitativi in grado di migliorare le abilità residue, oppure l'utilizzo di ausili e di adeguamenti strutturali per compensare la funzione che è stata compromessa, il tutto al fine di ritardare l'insorgenza di patologie e condizioni disabilitanti (16, 17).

Dal momento che le persone vivono più a lungo, è importante che possano accedere ai servizi sanitari e che si tratti di servizi di qualità. La dignità ed il rispetto dovrebbero essere i fondamenti dell'assistenza sanitaria e non solo per gli anziani ma così anche per i caregivers sia essi formali che informali.

Investire nel proteggere e supportare la popolazione anziana e i loro caregiver sono pre-

quisiti essenziali per il benessere della nostra società che invecchia (18).

Bibliografia

1. Guzman-Castillo M, Ahamdi-Abhari S, Bandosz P et al. Forecasted trends in disability and life expectancy in England and Wales up to 2025: a modelling study (2017). www.thelancet.com/public-health, e307-e313.
2. Ministero della salute. Piano nazionale della Cronicità 2016
3. WHO. 2015. Life expectancy at age 65. Tratto il giorno 22, 2016 da <https://gateway.euro.who.int>.
4. Mathers CD, Stevens GA, Moerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet*. 2014; 385:540-548.
5. ISTAT. Il futuro demografico del paese. 2017
6. Maero B., Fabris F. "Invecchiamento, malattia e disabilità". *Prospettive assistenziali*. 2002; 138: 8-10.
7. Christensen K, MacGue M, Petersen I, Jeune B, Vaupel JW. Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008; 105:13274-79.
8. Gollerton J, Davies K, Jagger C et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ* 2009; 339:b4904.
9. Jagger C, Collerton JC, Davies K et al. Capability and dependency in the Newcastle 85+ cohort study. Projections of future care needs. *BMC Geriatr* 2011; 11:21.
10. Fonte G. *Prospettive assistenziali*. 2016, n. 196.
11. Falk H, Johansson L, Ostling S, Thogersen Agerholm K, Staun M, Host Dorfinger L, Skoog I. Functional disability and ability 75-years-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. *Age Ageing*. 2014; 43:636-41).
12. Guzman-Castillo M, Gillespie DO, Allen K et al. Future decline of coronary heart disease mortality in England and Wales could counter the burden of population ageing. *PLoS One* 2014; 9:e99482.
13. Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chene G, Dufoil C, Seshadri S. Incidence of dementia over three Decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med* 2016; 374(6):523-532.
14. Wu YT, Fratiglioni L, Matthews FE, et al. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. *Lancet Neurol*. 2015; 15:116-124.
15. Kingston A, Wohland P, Wittenberg R, Robinson L, Brayne C, Matthews FE, Jagger C. Is late-life dependency increasing or not? A comparison of the Cognitive Function and Ageing Studies (Cfas) *Lancet* 2017; 390: 1676-84.
16. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 2016; 387:2145-54.
17. Jagger C, Matthews F, Wohland P, Fouweather T, Blossom S, Robinson L, Arthur A, Brayne C. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of The Cognitive Function and ageing Study I and II. *Lancet* 2016. 387: 779-786.
18. Editorial- The Lancet Public Health. Ageing: a 21st century public health challenge? *Lancet Public Health*. 2017 Jul;2(7):e297. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30125-1. Epub 2017 Jul3.

Tecnici che negano le cure. Unità di valutazione sotto accusa... (segue dalla pag. 18)

sensi dell'articolo 41 della legge 132/1968 "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera" l'ammissione negli ospedali degli infermi deve ispirarsi «al principio dell'obbligatorietà del ricovero nel caso in cui ne sia accertata la necessità». L'allora innovativo concetto della necessità era stato chiarito dalla sentenza del Tribunale di Savona del 31 maggio 1958 nei seguenti termini: «Il ricovero deve essere necessario soggettivamente e non oggettivamente (...) in quanto anche una malattia che normalmente può essere curata ambulatorialmente o in casa può rendere necessario, in un determinato stadio del suo decorso, il ricovero del malato in ospedale».

Pertanto il concetto di "necessità" – come avevamo commentato nel 1985 – deve essere valutato in relazione alle condizioni reali esistenti in merito alla possibilità effettiva di poter praticare le cure a domicilio o in ambulatorio o, aggiungiamo ora, in una struttura residenziale.

Le condizioni del fabbisogno non sono cambiate. Se al termine di necessarie si è sostituito

quello di indifferibili, rimane che le cure sanitarie e socio-sanitarie per le persone non autosufficienti non sono in nessun caso rinviabili dal Servizio sanitario nazionale.

Continuiamo a ritenere valido – e determinante per la salute di centinaia di migliaia di cittadini – l'auspicio che i componenti delle Unità valutative geriatriche e dei servizi assimilabili agiscano «con l'unica e precisa finalità di individuare le effettive condizioni di salute degli anziani malati cronici e delle persone con demenza senile» e definiscano «le loro esigenze terapeutiche e sociali indipendentemente dalle richieste esterne (direzioni amministrative, congiunti, ecc.), nonché dalle eventuali norme contenute in provvedimenti emanati dalle Regioni e/o dalle Asl» (16) contrastanti con le leggi vigenti n. 833/1978 e 289/2002, articolo 54.

(16) Cfr. "Unità valutative geriatriche: strumento tecnico oggettivo o marchingegno per convalidare le illegittime liste d'attesa?", n. 192, 2015.