

INVECCHIAMENTO E DISABILITÀ: UN'ANALISI SULL'AUMENTO DELL'ASPETTATIVA DI VITA E DELLA VITA ATTIVA

GIANFRANCO FONTE *

Cosa "corre" più in fretta? L'aumento dell'aspettativa di vita o l'aumento della vita attiva? Da una ricognizione di recenti studi internazionali risulta che le patologie sono più numerose (anche perché maggiormente diagnosticate) di un tempo, che l'identificazione della disabilità è più ampia, ma essendosi estese le possibilità di compensazione dei loro effetti, le patologie hanno un impatto più lieve e in definitiva l'aspettativa di vita attiva è aumentata nel corso dei decenni in modo per lo meno proporzionale a quello dell'aspettativa di vita. Sono confutati così i presupposti teorici secondo cui la vecchiaia s'identifica immediatamente con lo stato di malattia e disabilità (reputati erroneamente "normali" per gli anziani) e le prospettive di chi aveva prefigurato un aumento vertiginoso della non autosufficienza in concomitanza all'allungamento dell'aspettativa di vita. Perde di fondamento l'allarmismo sulla diffusione delle demenze senili, insieme alla conseguente posizione che, siccome il problema sarebbe troppo esteso e di fatto irrisolvibile, sarebbe da giustificare la mancata presa in carico della sanità delle persone colpite da malattia inguaribile e non autosufficienza.

Circa dieci anni fa era stato pubblicato su questa rivista un magnifico lavoro a firma di Barbara Maero e del nostro maestro, il professor Fabrizio Fabris (1). A partire da quei dati e da quello spirito mi è stato chiesto di rendere nota la situazione aggiornata riguardo disabilità, complessità e comorbidità (o multimorbidità) del paziente anziano.

La situazione socio politica nel frattempo è notevolmente mutata; quelle difficoltà che allora erano in embrione, e per certi versi non costituivano preoccupazione, sono attualmente al centro della vita quotidiana e condizionano pesantemente i propositi e le iniziative in ambito sociale e sanitario, tanto che gli sforzi programmatici sono talora rivolti più alla ricerca della efficienza di un sistema che alla efficacia degli interventi.

Questa situazione colpisce prevalentemente, anche se non esplicitamente, le fasce di popolazione più deboli quali gli anziani cronici non autosufficienti.

Negli anni scorsi l'invecchiamento della popolazione (la speranza di vita a 65 anni nel 2003 era di 19,02 anni, nel 2012 di 20,76 anni con un incremento in nove anni di un anno e mezzo) e

la parallela maggiore capacità diagnostica ha determinato un aumento totale del numero di problemi sanitari da affrontare. Parallelamente è aumentata la capacità di discriminare elementi potenzialmente negativi per il benessere degli anziani; sono state infatti identificate nuove condizioni quali la sarcopenia, multimorbidità ed il peso della polifarmacoterapia. E sono stati considerati nuovi fattori di rischio (depauperamento della rete sociale e familiare, influenza ambientale, ecc...). Tutto ciò ha determinato un ritorno al concetto di vecchiaia come un periodo caratterizzato in maniera quasi univoca con la disabilità e con l'assenza di benessere.

Conseguentemente dal punto di vista politico gli anziani cronici non autosufficienti sono stati identificati come *revenue losers* cioè soggetti che hanno come esclusiva prerogativa quella di assorbire risorse. Le scelte economico-politiche a riguardo sono state condizionate da una sorta di ineluttabilità e di rassegnazione che hanno prodotto scarse azioni e destinato scarse risorse.

A tutto ciò si assommano gli effetti della crisi attuale sulla rete familiare. Si è così assottigliata la rete sociale ed economica attorno all'anziano.

A conforto di tale situazione dovrebbero venire in aiuto concetti come la *compression of morbidity* (compressione della morbidità) e le stime

* Geriatra dell'Azienda ospedaliero-universitaria Città della salute e della scienza – Ospedale Molinette di Torino.

(1) Barbara Maero e Fabrizio Fabris, "Invecchiamento, malattia e disabilità", *Prospettive assistenziali*, n. 138, 2002.

di disabilità nei decenni futuri che contrastano con questa visione fortemente pessimistica.

È vero infatti che le patologie sono più numerose (anche perché maggiormente diagnosticate), che l'identificazione della disabilità è più ampia e pare epidemiologicamente più rilevante di un tempo, ma è anche vero che si sono ampliate le possibilità di compenso, che le patologie hanno un impatto più lieve, che in definitiva la speranza di vita attiva è aumentata nel corso dei decenni in modo per lo meno proporzionale all'aumento della speranza di vita.

Un recente rapporto (2) propone una lettura interessante a riguardo. «Così come l'età della morte si allontana, così si allontana l'età della insorgenza di disabilità». Questo scenario (Avaupel 2010, Mitnisky 2003) è in accordo con il modello della *compression of morbidity* e predice per i prossimi decenni l'espansione della vita e della vita attiva.

Ciò ha determinato varie interpretazioni, letture e conseguenze. Manton e altri Autori hanno analizzato questo fenomeno alla luce dell'impegno economico profuso dal *Medicare* (il sistema di assicurazione sanitaria nazionale statunitense per anziani e bambini) ed ha rilevato come l'impegno in termini di spesa si sia ridotto nel corso degli anni e sia stato possibile indirizzare le risorse risparmiate verso la prevenzione della disabilità (3).

Questa tendenza non è solo presente nel mondo occidentale, ma anche nell'Estremo Oriente: uno studio su più di 7.000 soggetti ha dimostrato come annualmente il tasso relativo di disabilità cala del 3,1% (4).

Sull'importante rivista on line *Bmc Geriatrics* un lavoro di scuola newyorkese del 2011 dimostrava un aumento in un decennio delle diagnosi di almeno una malattia cronica che da 86,9% passava a 92,2% mentre la disabilità era scesa dal 26,3% al 25,4% (1998, 2008) (5).

(2) Cfr. Nicole van der Gaag, Govert Bijwaard, Joop de Beer, Luc Bonneux, "A multistate model to project elderly disability in case of limited data", *Demographic research*, volume 32, article 3, pages 75-106.

(3) Cfr. Manton KG, Lamb VL, Gu X. "Medicare cost effects of recent U.S. disability trends in the elderly: future implications", *J Aging Health*. 2007 Jun;19(3):359-81.

(4) Cfr. Liang Y, Song A, Du S, Guralnik JM, Qiu C. "Trends in disability in activities of daily living among chinese older adults, 1997-2006: the China health and nutrition survey", *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014 Nov 19. pii: glu204.

(5) Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends

Il report del 2012 redatto dal Cdc (*Centre of disease control – Us*) massimo organo statunitense di raccolta ed interpretazione dei dati sanitari, è emblematico da questo punto di vista. La prevalenza di disabilità lieve (perdita di 1 o 2 funzioni alle Adl) rimane sostanzialmente costante durante il tempo. Passa cioè dal 20,5% nel 1992 al 19,3% nel 2010. Al contrario la disabilità moderato-severa (perdita di 3-6 funzioni alle Adl) subisce un calo netto del 30% circa passando dal 14,2% al 10,5%.

Anche nell'ambito delle attività della vita quotidiana più avanzate (strumentali) il trend conferma una riduzione della prevalenza di difficoltà in tutti gli *items* della valutazione. Di particolare rilievo geragogico la riduzione della prevalenza dei disabili nell'usare il telefono (dall'11,6 al 8,2%) e nell'effettuare acquisti (dal 20,8 al 14,9%).

Per comprendere meglio il fenomeno può essere interessante valutare la modificazione nel tempo di un parametro cruciale quale la speranza di vita in salute. La figura 1 dimostra come davvero la durata della vita tende ad aumentare ma viene fortemente minato il luogo comune per cui l'aumento della durata della vita sia associato alla "temuta catastrofe" economica (fig. 1).

La condizione che maggiormente determina disabilità nella popolazione anziana è la demenza. Le recenti tendenze riguardo la demenza in diversi Paesi occidentali, mostrano un graduale declino della prevalenza e dell'incidenza. Questo calo è stato attribuito a un miglioramento in ambienti educativi e di vita, l'impegno in comportamenti sani e la riduzione della prevalenza di fattori di rischio vascolare; non si può neppure dimenticare l'aumento degli stimoli cognitivo-comportamentali che il mondo moderno propone anche alle persone anziane nonché il livello di istruzione che è mediamente aumentato nel corso degli anni (6). Due studi recenti (7) con-

in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011 Aug 18;11:4.

(6) Cfr. Lee Y. "The recent decline in prevalence of dementia in developed countries: implications for prevention in the Republic of Korea", *J Korean Med Sci*. 201 Jul;29(7):913-8.

(7) Cfr. Fr. Schrijvers EM, Verhaaren BF, Koudstaal PJ, Hofman A, Ikram MA, Breteler MM, "Is dementia incidence declining?: Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study", *Neurology*. 2012 May 8;78(19):1456-6.

Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L, Brayne C; Medical research Council cognitive func-

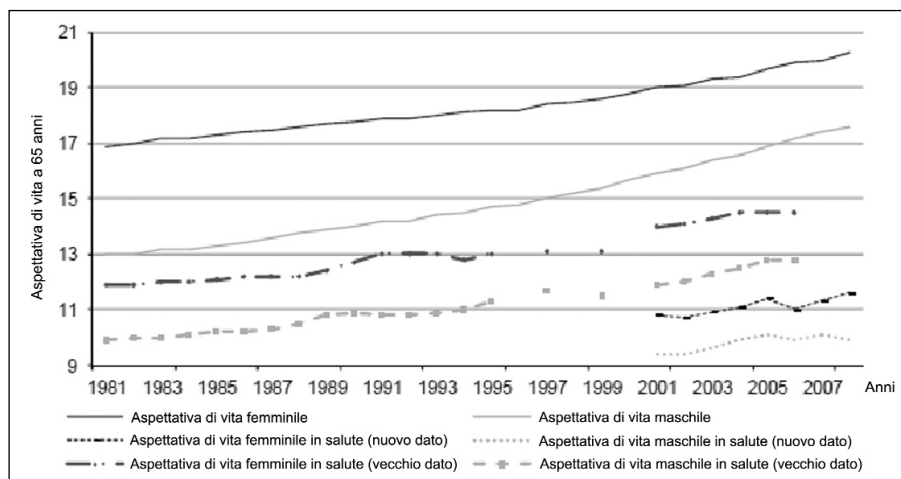


Figura 1

fermano questa tendenza che è massimamente evidente nel corso delle ultime due decadi.

Nella figura 2 è illustrata la prevalenza di demenza negli anni 1984-89 (colonna scura) e 2008-11 (colonna più chiara) si nota la netta costante riduzione dei tassi in tutte le fasce d'età.

Come già detto il futuro degli anziani sarà condizionato dalle condizioni economiche generali che si mostrano sempre più precarie ma non bisogna farsi condizionare dai dati attuali e dai luoghi comuni. Infatti, la popolazione anziana crescerà in dimensioni a causa della diminuzione dei tassi di mortalità, dell'aumento della speranza di vita, e dell'invecchiamento della coorte di *baby boomer* (persone nate tra il 1945 e il 1964 in Nordamerica e, per estensione, persone nate nello stesso arco di tempo in Occidente). Ma anche se la prevalenza di malattie croniche e disabilità aumenta con l'età, l'invecchiamento di successo nella popolazione anziana sarà molto diffuso, e gli anziani saranno generalmente in buona salute (8), come abbiamo visto dai dati precedenti.

In ambito economico sono state effettuate numerose simulazioni riguardo la spesa sanitaria generata dagli anziani cronici non autosufficienti. Gli scenari più favorevoli che contemplano una compressione di disabilità del 5,12% nel

tion and ageing collaboration "A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the cognitive function and ageing study I and II", *Lancet*. 2013 Oct 26;382(9902):1405-12.

(8) Cfr. Economic implications of increased longevity in the United States Annual Review of Public Health Vol. 25: 457-47.

2030 prevedono un risparmio di spesa pro-capite di 8.000 dollari all'anno per persona (9).

Autori geriatri di grande profilo avevano già previsto ciò all'inizio del XXI secolo (10). Cionondimeno è necessario programmare con attenzione interventi articolati e diffusi per poter far fronte alla situazione, interventi che la compressione della morbidità e conseguentemente della disabilità rendono possibili (11). È necessario stimolare e promuovere azioni volte a favorire la cura in ambiente idoneo, attrezzato di tutte le risorse organiche e tecnologiche necessarie degli anziani malati, favorire la prevenzione della disabilità impegnando risorse nei confronti dei *caregivers* siano essi formali (famiglia) o informali (badanti, residenzialità), e nei confronti di servizi quali la rete informativa e la rete sociale.

(9) Cfr. Goldman DP, Shang B, Bhattacharya J, Garber AM, Hurd M, Joyce GF, Lakdawalla DN, Panis C, Shekelle PG, "Consequences of health trends and medical innovation for the future elderly", *Health aff (Millwood)*. 2005;24 Suppl 2:W5R5-17.

(10) Cfr. Terri R. Fried, MD; Elizabeth H. Bradley, PhD; Christianna S. Williams, MPH, MA; Mary E. Tinetti, "MD Functional disability and health care expenditures for older persons" *FREE Arch Intern Med*. 2001;161(21):2602-2607.

(11) Cfr. Tilse C, Wilson J, Setterlund D, Rosenman L, "The new caring: financial asset management and older people", *Ann N Y Acad Sci*. 2007 Oct;1114:355-61.

Figura 2

