

Salute e disabilità nell'anziano, tra vecchi paradigmi ed un nuovo sorprendente futuro

Giuseppe Liotta, Sandro Mancinelli, Paola Scarcella, Daniela Pompei*,
Antonio Mastromattei°, Rita Cutini**, Maria Cristina Marazzi°°,
Ersilia Buonomo, Leonardo Palombi, Francesco Gilardi***

Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università Tor Vergata di Roma

* Regione Lazio, Osservatorio sulla povertà, Roma

° ASL RMA, Roma

** Provincia di Roma, Centro per lo studio e lo sviluppo delle politiche sociali per la terza età

°° LUMSA Università, Roma

*** Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Tor Vergata di Roma

Parole Chiave *Disabilità, Anziani, Determinanti di salute, Transizione demografica*

Riassunto Le proiezioni e previsioni legate all'invecchiamento della popolazione italiana sono segnate da forti preoccupazioni di vario segno, ma lo scenario sembra in realtà prestarsi a interpretazioni più ottimistiche. Le teorie sulla compressione della mortalità, morbilità e disabilità formulate negli anni '80, trovano conferme, prefigurando un'inattesa diminuzione dei tassi di disabilità nella popolazione anziana. L'obiettivo della presente revisione è quello di offrirne una spiegazione analizzando il ruolo svolto dai diversi determinanti di salute, e particolarmente dall'isolamento sociale, nella convinzione che essi avranno grande importanza anche per il futuro. I successi raggiunti e raggiungibili nell'ambito della salute della popolazione anziana può contribuire ad una scelta decisiva volta all'attuazione di programmi di promozione della salute e al rafforzamento delle misure di coesione e solidarietà sociale. È prioritario utilizzare energie e risorse per costruire una rete dei servizi per gli anziani altra rispetto alla mera residenzialità.

Health and disability in the elderly: old paradigms and future prospects

Key words *Disability, Elderly, Health determinants, Demographic transition*

Summary The projections regarding the ageing of the Italian population are cause for great concern; however, the ageing scenario may actually be interpreted in a more optimistic way. Theories formulated in the 80s envisaging a decline of mortality, morbidity and disability in the elderly are now confirmed and prefigure an unexpected decrease in disability rates in the elderly population. The aim of this review is to attempt to explain the reasons for this by analyzing the role played by the various determinants of health, in particular social isolation, which are likely to play an important role in the future as well.

The successes achieved so far and those that may be achieved in the future can help make a decisive choice regarding the implementation of health promotion programs and programs to strengthen social cohesion and solidarity. The priority is use the scarce resources available to build a network of services for the elderly rather than for generalised forms of residential care.

1. Introduzione

Lo scenario demografico, attuale e del prossimo futuro, e la domanda di salute nel nostro paese, come nei paesi occidentali più in generale, sono caratterizzati da una situazione di transizione epocale. Questo grande mutamento, che sta influenzando e sempre più influenzerà tutte le dimensioni dell'agire e vivere umano anche oltre l'effettiva percezione del singolo individuo, si incentra soprattutto su una transizione demografica progredita in maniera notevole dopo la seconda guerra mondiale che caratterizzerà, secondo le previsioni, buona parte del presente secolo. Essa è legata soprattutto ad un aumento graduale e costante dell'aspettativa di vita, frutto dei grandi sviluppi della medicina ma, ancor più, del miglioramento delle condizioni di vita delle nostre popolazioni. L'aumento della vita media, oltre a delineare un grande successo della scienza e del pensiero umano, sta mettendo in discussione definizioni, tappe e, in definitiva, il senso stesso della esistenza umana. Si avverte la necessità di riconsiderare alcuni dei traguardi consolidati che contraddistinguono da sempre l'esistenza di ogni individuo, ed in particolare la definizione dell'età anziana. Si ricorda, in questo senso, che il limite, certamente ormai datato ed anacronistico dei 65 anni, fu introdotto nel 1889 dal Cancelliere Bismarck per i suoi veterani, in quella che fu considerata la prima bozza europea di sistema di sicurezza sociale. Non solo non si è ben percepita la discrepanza tra questo limite e le effettive condizioni di vita e di salute di un contemporaneo ultrasessantacinquenne, ma perdurano ancora oggi atteggiamenti che ricordano l'antica definizione di Terenzio: "senectus ipsa morbus est". Non è infrequente, infatti, imbattersi in diagnosi di "senilità" o in atti medici omessi o somministrati in base ad una non meglio identificata senescenza del paziente.

Il mutamento che interessa approfondire è quello relativo all'impatto che l'invecchiamento della popolazione sta determinando sulla sanità pubblica e, in generale, sulla vita previdenziale ed economica del paese. Infatti, lo straordinario incremento dell'attesa di vita si è accompagnato, nel corso dell'ultimo secolo, ad una profonda trasformazione del quadro epidemiologico, ovvero alla riduzione della prevalenza di malattie ad esito dicotomico (restitutio ad integrum o exitus),

come ad esempio quelle infettive, ed all'aumento di malattie il cui esito è caratterizzato da disabilità più o meno gravi che permangono nel tempo. Al decesso improvviso conseguente a malattie acute non dominabili, si è sostituito un lungo e lento declino, caratterizzato dalla riduzione delle capacità funzionali e della indipendenza fisica. È stata sconvolta una tradizionale visione dei concetti di malattia, guarigione e salute: lo "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità" rappresenta oggi una irraggiungibile meta, appartenente forse più alla sfera della felicità personale che non a quella di un concreto traguardo scientifico-assistenziale. Oggi questa definizione è forse meglio tradotta e da intendere in termini di qualità della vita e conservazione dell'autonomia personale.

Tutto questo è ampiamente noto agli addetti ai lavori, ma è stato richiamato perché anche questa cultura è in transizione ed è necessario sgomberare il campo da proiezioni e assunti sul futuro basati su presunti postulati che, in realtà, stanno rapidamente evolvendo. Se si può confermare un trend demografico che renderà nel futuro ancora più consistente la quota di popolazione ultrasessantacinquenne, non altrettanto può dirsi del carico di disabilità che questa trasformazione comporterà. Piuttosto, emerge con forza una sostanziale inversione del trend, per cui appare altamente probabile un paradossale miglioramento relativo delle capacità funzionali delle prossime popolazioni anziane. Il presente lavoro ha l'ambizione di coniugare una visione del futuro con una proposta di organizzazione assistenziale che sappia interpretare e accompagnare le trasformazioni epocali delle nostre popolazioni.

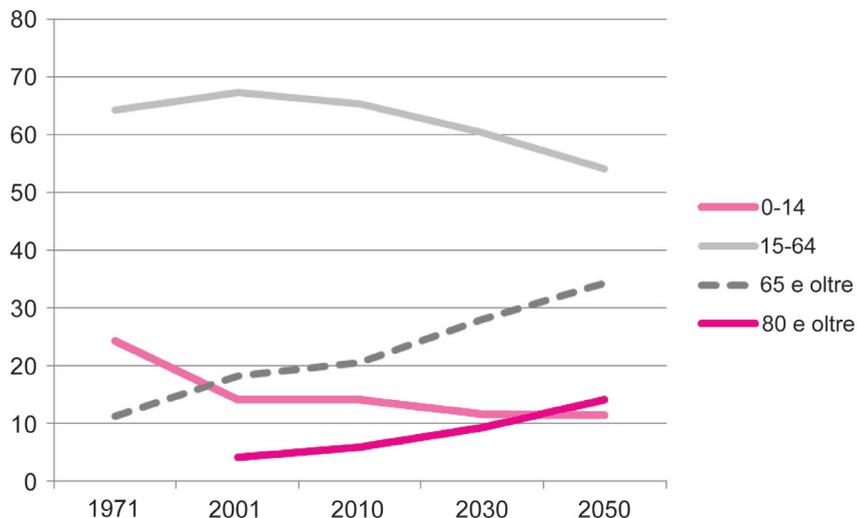
2. La transizione demografica ed epidemiologica: oltre le realtà consolidate verso un sorprendente futuro

La domanda di salute nella popolazione ha subito un profondo mutamento nel nostro continente e nei paesi occidentali in relazione all'invecchiamento della popolazione ed al conseguente aumento delle malattie cronico-degenerative, spesso associate a disabilità e non autosufficienza. In Italia il 20% circa della popolazione ha più di 65 anni per un totale di circa 11,9 milioni di persone. Gli ultraottantenni rappresentano il 6% della popolazione. A dicembre 2010 l'indice di invecchiamento ha raggiunto un valore pari al 144,5%, a testimonianza che l'Italia risulta essere uno dei Paesi europei più segnati da questo fenomeno (1). Il nostro paese è secondo

solo alla Germania per indice di invecchiamento, ma è anche il più longevo d'Europa. È un dato su cui occorre riflettere, perché tradisce le dimensioni di un successo epocale: aver prolungato in modo così sostanziale la vita, tanto da aver creato una nuova stagione, sconosciuta alle passate generazioni. Questa tendenza sembra destinata a confermarsi anche per il futuro. Infatti, il trend demografico in Europa indica un incremento dall'attuale 18% della popolazione europea con 65 anni ed oltre a circa il 30% nel 2050, con una popolazione ultraottantenne che arriverà a circa il 12% (2).

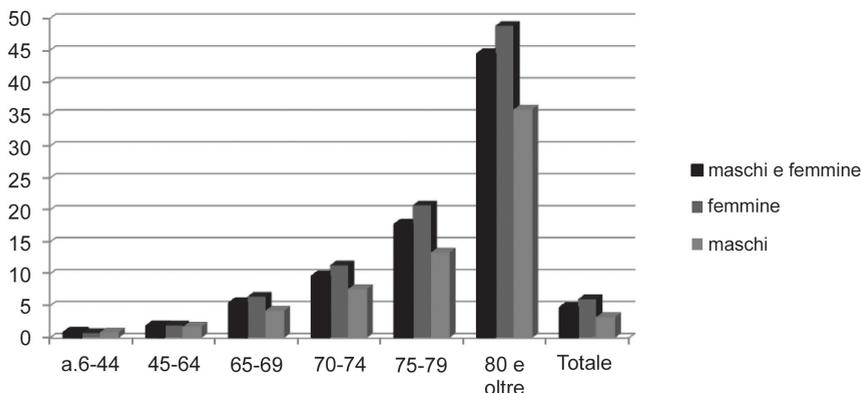
Le previsioni relative all'Italia (Fig. 1) parlano di un incremento ancor maggiore della popolazione sopra i 65 anni, che nel 2050 si stima possa arrivare al 34,4% della popolazione, mentre gli ultraottantenni arriverebbero al 14,2% (3) (4). Con l'aumento dell'età aumentano le patologie non trasmissibili cronico-degenerative e le malattie mentali, responsabili della maggior parte delle disabilità (Fig. 2) (5). Inoltre, le persone anziane risultano essere, e sempre più lo saranno, maggiormente a rischio di presentare contemporaneamente una o più di queste patologie.

Figura 1 - Previsioni della popolazione residente in Italia. Composizione % per classi di età periodo 1971- 2050



Fonte: Nostra elaborazione su dati tratti da (3) e (4)

Figura 2 - Persone di 6 anni e più disabili per classi d'età e sesso 2005 (per 100 persone della stessa classe di età e sesso)

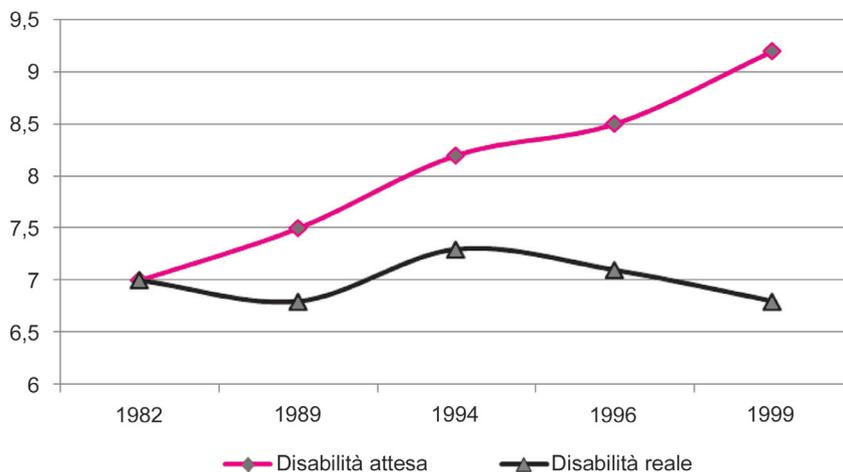


Fonte: Nostra elaborazione su dati tratti da (5)

Attualmente la percentuale di comorbidità nella popolazione anziana italiana affetta da una malattia cronicodegenerativa è del 20,5% (6). La presenza di una o più malattie cronicodegenerative, pur non essendo sinonimo di disabilità, è strettamente connessa con la perdita di una o più funzioni essenziali per la vita quotidiana, determinando nel lungo periodo, in molti casi, una condizione di disabilità che può rappresentare o portare alla non autosufficienza.

La maggior parte degli osservatori prevede, sulla base dei dati sin qui esposti, una società a venire segnata dalla disabilità: grande incremento delle non autosufficienze per un semplice effetto di trascinamento dell'aumento della popolazione ultrasessantacinquenne e ultrasettantacinquenne, con tutti i riflessi di carattere economico, previdenziale, assistenziale ed antropologico che questo comporta. Lo stesso rapporto sulla non autosufficienza del Ministero del Lavoro (2010) riporta testualmente (7): "La domanda di assistenza è destinata ad aumentare in modo esponenziale nei prossimi decenni con impatti significativi non solo sui sistemi di welfare ma anche direttamente sui cittadini". Non è detto, però, che questa previsione pessimistica, da tanti proposta e condivisa, sia destinata ad avverarsi: il futuro che ci attende potrebbe rivelarsi sorprendente. Lo dimostrerebbero alcuni dati che non hanno a che fare con proiezioni ma che al contrario riportano suggestive evidenze di un fenomeno già in essere. Negli Stati Uniti, una serie di studi di

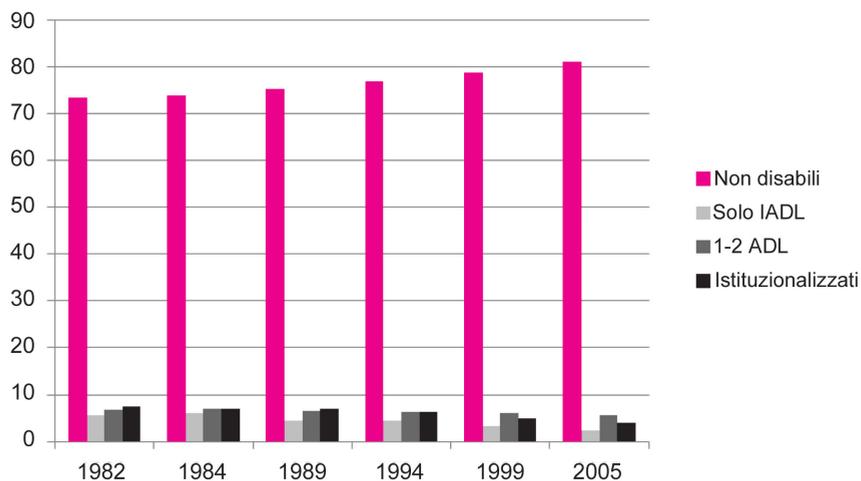
Figura 3-Rapporto tra disabilità attesa ed osservata nella popolazione anziana statunitense nel periodo 1980-1999



Fonte: Nostra elaborazione su dati tratti da (8)

Manton ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ evidenzia un trend a forbice tra disabilità previste ed osservate all'interno di Medicare, il noto sistema americano previdenziale al servizio di tutti i cittadini ultrasessantacinquenni (Fig.3). Manton osserva come i tassi di

Figura 4- Distribuzione percentuale per gruppi di disabilità, 1982 - 2005



Fonte: Nostra elaborazione su dati tratti da (12)

disabilità non seguono passivamente gli incrementi demografici, ma giungono a divergere ed addirittura a diminuire. La Fig. 4 riporta nel dettaglio la distribuzione per classi di disabilità registrate da Medicare dal 1982 al 2005 ed è del tutto evidente che i soggetti senza alcuna disabilità sono passati dal 73% all'80%. L'autore riporta che "...declines in chronic disability continued over the 22-year period at a rate fast enough (i.e., 1.52% per annum) to contribute significantly to the long-term fiscal stability of the Medicare (and Medicaid) programs" (12). La progressione di tale diminuzione ha subito in effetti un incremento nel tempo impressionante, quasi quadruplicando nel corso di un ventennio: 0,6% per anno nel 1984; 1,1% nel 1989; 1,3% nel 1994, 1,8% nel 1999, 2,2% nel 2005 (10) (12). Peraltro, le stesse rilevazioni affermano che tali progressi sono stati determinati da programmi di promozione della salute piuttosto che dall'aumento della spesa per i programmi di assistenza. È possibile condurre osservazioni analoghe anche per l'Italia: una indagine ISTAT (5) riporta che i tassi di disabilità standardizzati per età, tra il 1994 e il 2004, sono passati dal 5,7% al 4,7%, con una diminuzione di un punto percentuale. Nello stesso rapporto si evidenzia che la quota di popolazione disabile anziana è passata dal 21,7% al 18,8%, con una diminuzione di 3 punti percentuali! (Tab. I) In termini assoluti gli ultrasessantacinquenni sono aumentati, nello stesso periodo di 10 anni, di circa 2 milioni di unità (+21%), mentre i disabili sono cresciuti solo di 99.541 unità (+5%). Il rapporto disabili osservati/attesi (99.541/322.726) è dunque pari allo 0,31, con una diminuzione netta del 69%, pari, in numeri assoluti, a ben 223.185 soggetti. Si può dunque affermare che, sebbene il periodo considerato sia solo la metà di quello indagato da Manton, il trend italiano appare non dissimile da quello statunitense, con una chiara ed eloquente diminuzione dei nuovi disabili.

3. I determinanti della crescita dell'attesa di vita e della riduzione della disabilità

Quali sono le ragioni che hanno invertito un trend consolidato di crescita delle disabilità? Si può ipotizzare che alcuni determinanti della salute possano aver giocato un ruolo di primo piano diversificando, in modo sostanziale, le diverse coorti di anziani che si succedevano in MEDICARE o nelle rilevazioni ISTAT. In primo luogo si deve evidenziare la stretta quanto inattesa associazione tra aumento dell'aspettativa di vita e riduzione dei tassi di disabilità di una popolazione. Alcuni

Tabella I - Rapporto tra disabilità attesa ed osservata nella popolazione anziana italiana nel periodo 1994 - 2004

	1994	2004
Popolazione anziana => 65 residenti al 1 gennaio	9.182.548	11.128.481
% anziani disabili	21,7	18,8
Popolazione anziana disabile	1.992.613	2.092.154
Variazione assoluta N.		+ 99.541
Variazione %		+ 5
Popolazione anziana disabile attesa		2.414.880
Variazione N. disabili attesi		+ 322.726
Rapporto disabili osservati/attesi		0,31

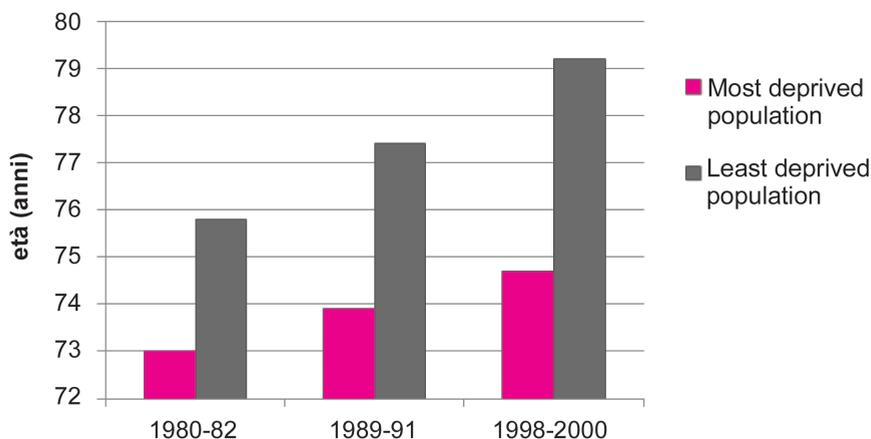
elaborazione degli autori su dati tratti da (5) e (13)

autori hanno indagato tale potenziale associazione, sviluppata a partire dagli anni '80 da Fries ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾ nella teoria della compressione della mortalità, morbilità e disabilità ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾, confermandone l'esistenza e affermando che le condizioni che partecipano all'aumento dell'aspettativa di vita concorrono anche alla diminuzione della disabilità. Le pagine che seguono, sulla base di tale assunto, esploreranno il ruolo di quei fattori che determinano un aumento aspettativa di vita, ritenendoli implicitamente coinvolti anche nel controllo della autosufficienza in età anziana. Tra le condizioni prese in considerazione si possono elencare il reddito, l'istruzione, la nutrizione, l'occupazione, l'accesso alle cure e le nuove tecnologie, gli stili di vita. Infine verrà dedicata particolare attenzione alla solitudine e all'isolamento sociale, ovvero al ruolo delle reti di prossimità.

Il reddito e la condizione socioeconomica

Il reddito potrebbe ad esempio aver condizionato di molto le diverse generazioni. Nel 2010 il Department of Health and Human Services degli Stati Uniti, ha pubblicato un report in cui i valori di aspettativa di vita erano distribuiti attraverso diversi valori di un indice di deprivazione, basato su reddito, istruzione, lavoro e disoccupazione, povertà, benessere e qualità abitativa ⁽¹⁸⁾. L'analisi è stata condotta sull'intero territorio degli Stati Uniti nell'arco di un ventennio, lo stesso osservato da Manton. I risultati, illustrati sinteticamente in Fig. 5, sono piuttosto eloquenti, evidenziando una differenza interna ai singoli gruppi di circa 4 anni di aspettativa

Figura 5 - Aspettativa di vita in rapporto a gruppi socioeconomici di popolazione negli Stati Uniti



Nostra elaborazione su dati tratti da (18)

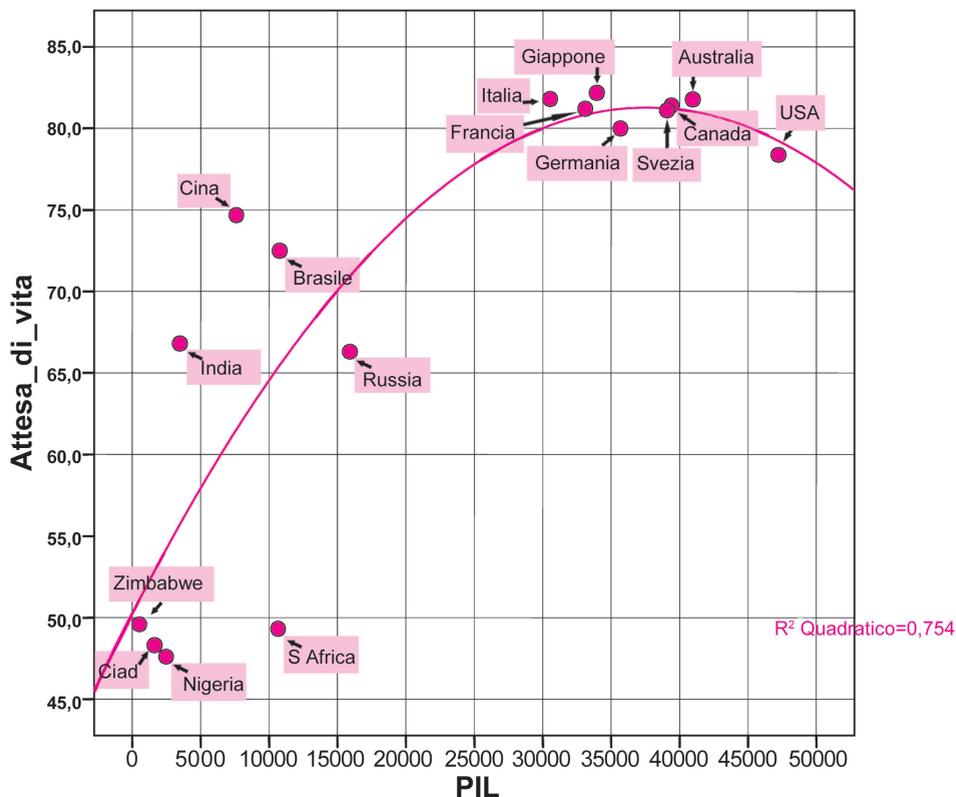
di vita. In un secolo, perdurando questo trend, è assai probabile che questo divario aumenti in modo ancor più consistente. È interessante osservare che le disuguaglianze aumentano nel tempo in modo evidente, soprattutto se si guarda alla curva relativa al periodo 1998-2000. Tuttavia, il guadagno all'aumentare del reddito è generalizzato. È chiaro poi che tali sostanziali incrementi siano destinati a riflettersi anche sui tassi di disabilità secondo la relazione precedentemente descritta. Ancora più diretto risulta il rapporto tra ricchezza ed aspettativa di vita. Come ben descritto dalla Fig. 6⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾, la correlazione esistente tra PIL pro capite dei paesi più sviluppati e maggiore aspettativa di vita è ben evidente.

Istruzione

Il livello di scolarizzazione/educazione costituisce una rilevante eccezione al preambolo fatto a questo capitolo, nel senso che è ampiamente dimostrata una associazione indipendente e diretta con la riduzione dei tassi di disabilità. Infatti Manton et al. ⁽⁸⁾ riportano il rimarchevole fatto che gli individui più istruiti presentano un tasso di disabilità inferiore di circa la metà rispetto a quello osservato nelle persone meno istruite (Tab. II).

Si mantiene comunque nel tempo, anche in questo caso, un diffuso e omogeneo trend decrescente, che conferma l'accelerazione verso una riduzione delle disabilità

Figura 6 - PIL pro capite di alcuni Paesi del mondo e relativa aspettativa di vita



Fonte: nostra elaborazione su dati tratti da (19) e (20)

nel tempo. Se si prende ad esempio la colonna per età 65-76 relativa al 1999 della popolazione bianca, si può osservare che il tasso di disabilità passa dal 16,1% dei meno scolarizzati al 6,7% degli individui diplomati o laureati. Qualcosa di simile può essere avvenuto anche in Italia: nel nostro paese il livello di istruzione si è notevolmente elevato. A fronte di una riduzione del tasso di analfabetismo dal 12,9% del 1951 all'1,5% del 2001, lo sviluppo, nello stesso periodo, delle popolazioni con un più elevato livello di istruzione (diploma di scuola superiore e laurea) è notevolmente progredito: dal 3,3% di diplomati nel 1951 al 25,9% nel 2001; dall'1,0% di laureati nel 1951 al 7,5% nel 2001 ⁽²¹⁾. Del resto, recenti dati ISTAT (6) rilevano che circa il 75% delle persone con disabilità ha un livello di istruzione basso (50%

Tabella II - Distribuzione (%) per età, livello di istruzione e stime della disabilità nella popolazione anziana statunitense di colore e non

Livello istruzione	Popolazione anziana di colore				Popolazione anziana bianca			
	1982	1994	1999	Δ82-89	1982	1994	1999	Δ82-89
Età 65-74								
Livello 0-8	22,4	19,7	15,5	- 6,9	16,4	15,5	16,1	-0,3
Livello 9-12	33,2	21,6	12,4	- 20,8	10,5	10,3	9,0	- 1,5
Livello 13 +	14,3	31,7*	10,8	- 3,5	13,4	8,0	6,7	- 6,7
Età 75-84								
Livello 0-8	38,9	38,2	36,2	- 2,7	35,8	30,8	30,2	- 5,6
Livello 9-12	53,2*	31,0	24,0	- 29,0	20,5	23,9	23,3	+ 2,8
Livello 13 +	30,8	25,2	26,1	- 4,9	31,3	22,1	18,1	- 13,2
Età 85 +								
Livello 0-8	81,6	68,1	65,7	- 15,9	69,2	57,2	56,6	- 12,2

* Campione di dimensione limitata

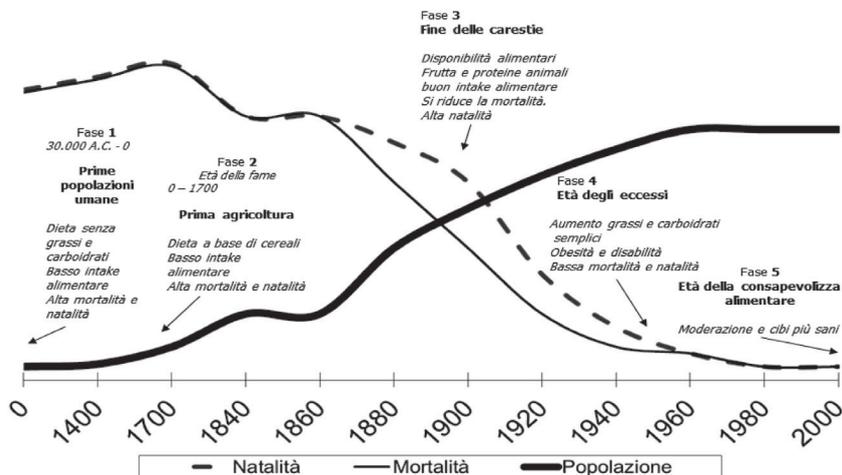
Fonte: elaborazione degli autori su dati tratti da (8)

licenza elementare, 23% nessun titolo di studio). Al contrario, i più istruiti (soggetti con almeno un diploma di scuola superiore) rappresentano solo l'8% dei disabili e il 17% quelli in possesso della sola licenza media. Si può ipotizzare che il livello d'istruzione, congiuntamente al reddito pro capite, influenzi altri possibili determinanti della riduzione della disabilità, quali l'accesso alle cure sanitarie, l'occupazione, la maggiore conoscenza e adozione di stili di vita salutari e la conservazione delle funzioni cognitive.

Alimentazione

Anche l'alimentazione, in modo probabilmente ambivalente, costituisce uno dei determinanti più importanti nella presente analisi. Indubbiamente, durante la transizione demografica i miglioramenti alimentari delle popolazioni europee del secolo XIX sono stati fondamentali per la fase di innesco del fenomeno attraverso la drastica riduzione della mortalità infantile e l'aumento dell'aspettativa di vita. Il succedersi delle diverse fasi storiche della transizione alimentare (Fig.7) ⁽²²⁾ ha determinato un impatto fondamentale nella transizione epidemiologica delle nostre popolazioni. L'attuale 4a fase, definita delle "malattie cronic-degenerative",

Figura 7 -La transizione alimentare nelle diverse fasi della transizione demografica



Fonte: nostra elaborazione su dati tratti da (19) e (20)

sviluppatasi successivamente alla seconda guerra mondiale nei paesi sviluppati ed in drammatica evoluzione nei paesi in via di sviluppo, è caratterizzata da una dieta ricca di grassi di origine animale, carboidrati raffinati, cibi processati e minore consumo di fibre. Questa fase ha determinato l'attuale profilo epidemiologico delle nostre popolazioni in cui le principali cause incidenti sui tassi di mortalità, morbilità e disabilità sono costituite dalle malattie cronic-degenerative, soprattutto cardiovascolari e tumorali, e dalla problematica connessa all'incremento dell'obesità e del diabete di tipo 2, la cui diffusione nei paesi in via di sviluppo sta determinando una vera e propria pandemia delle malattie non trasmissibili ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾. Negli ultimi vent'anni ha cominciato ad affermarsi, soprattutto in alcune regioni del mondo, una 5a fase, definita dei cambiamenti comportamentali ⁽²²⁾ o della consapevolezza alimentare, caratterizzata dal consumo di grassi di elevata qualità, dalla riduzione dei carboidrati raffinati, dall'aumento del consumo di frutta e verdura, nonché dall'incremento dell'attività fisica, tutti fattori destinati a produrre un aumento dell'aspettativa di vita degli ultrasettantacinquenni.

Occupazione

L'occupazione è strettamente correlata con il livello di istruzione e rappresenta il

principale determinante del reddito. Costituisce, quindi, l'elemento fondante lo status socioeconomico di una persona.

Esiste una stretta correlazione tra tipologia di occupazione, classe sociale di appartenenza ed aspettativa di vita. In Inghilterra si è affermata una consolidata tradizione nel correlare lo stato di salute della popolazione con la struttura delle sue classi sociali. Questa tradizione risale a William Farr, sovrintendente alle statistiche, che nel 1837 istituì un registro di mortalità in cui, oltre alla causa di morte, veniva segnalata la classe sociale di appartenenza della persona deceduta⁽²⁵⁾. Più recentemente, l'ultimo rapporto sulle disegualianze diffuso in Inghilterra nel 1998 sulla base dei dati raccolti nel registro relativi al ventennio precedente, correlava il tasso di mortalità per tutte le cause con sei differenti gruppi di popolazione selezionati per classe lavorativa (professionisti, tecnici e manager, specializzati non manuali, specializzati manuali, semispecializzati, non specializzati), e metteva in evidenza come questo tasso, pur riducendosi in tutte le classi, aveva visto ampliarsi il divario già esistente tra le classi a più elevata classe lavorativa rispetto alle più basse, passando da quasi il doppio a quasi il triplo⁽²⁶⁾. È facilmente intuibile come tale divario relativo alla mortalità, incrociato con i precedenti dati sul reddito procapite ed il livello di istruzione, potrebbe analogamente essere confermato per le peggiori condizioni di salute, inclusa la disabilità. Ulteriori indagini si spingono anche a determinare le graduatorie per indice di disabilità di circa 50 categorie di professioni distribuite per sesso⁽²⁷⁾, confermando che le peggiori condizioni di salute si presentano nelle classi lavorative di basso reddito e maggior carico lavorativo soprattutto di tipo manuale. In definitiva, la transizione lavorativa, che ha portato nei paesi sviluppati al passaggio dai cosiddetti "colletti blu" ai "colletti bianchi", ovvero da attività professionali prevalentemente incentrate sul lavoro manuale e caratterizzate da esposizioni a inquinanti ambientali ad un tipo di lavoro prevalentemente intellettuale, ha profondamente inciso sullo stato di salute delle popolazioni e, conseguentemente, sull'aspettativa e qualità della vita. D'altro canto l'occupazione è considerata un fattore ad effetto complessivamente protettivo sulla salute della popolazione. Un numero crescente di persone lavorano ben oltre i 60 anni, un tempo considerati la soglia di normale ritiro dall'attività lavorativa. Oggi ritirarsi a questa "giovane" età costituisce assai spesso l'inizio di percorsi caratterizzati da una sedentarietà crescente, dal cosiddetto "misuse", ovvero il mancato utilizzo di risorse fisiche e mentali precedentemente allenate

all'attività produttiva, e dal concomitante accentuarsi di fenomeni morbosi associabili allo sviluppo di disabilità. Ad esempio, è stato osservato che la perdita involontaria di lavoro nei lavoratori più anziani è significativamente associata al peggioramento della salute fisica e mentale e, di converso, il reimpiego ne induce un netto miglioramento⁽²⁸⁾. Secondo più recenti analisi di Manton⁽⁹⁾ (11), la riduzione delle disabilità mobilita ingenti risorse lavorative: infatti, la riduzione dei tassi di disabilità registrati negli Stati Uniti determinerebbe, nel medio-lungo periodo, un sostanziale aumento della forza lavoro, contribuendo alla produzione di maggiori introiti derivanti dalle tassazioni dei redditi e, presumibilmente, dalla maggiore produttività correlata (sempre che, naturalmente, la possibilità di occupazione possa rimanere per lo meno inalterata). Di certo è importante la riduzione dei costi per l'assistenza previsti per i sistemi Medicare e Medicaid: l'autore, in particolare riporta, in termini di costo, il divario tra l'atteso e l'osservato nel periodo 2000-2008.

Accesso alle cure e nuove tecnologie

Il rapporto esistente tra le più diffuse malattie cronico degenerative e la disabilità è ben rappresentato dalla tabella III. Per molte di queste patologie esistono trattamenti farmacologici, chirurgici, fisici o protesici in grado di ridurre, prevenire e/o controllare lo sviluppo delle possibili disabilità conseguenti. Lo sviluppo tecnologico e il costante miglioramento delle cure mettono a disposizione tecniche e trattamenti che possono essere diffusi nella popolazione in tempi relativamente brevi; se da una parte questo significa l'aumento del costo dei trattamenti sanitari, dall'altra è indubbio che tutto ciò possa esitare nella riduzione del grado di disabilità di una elevata percentuale di pazienti anziani.

Con riferimento alle patologie più strettamente connesse con la disabilità, possono essere citati diversi esempi, corroborati da indicazioni oggettive. Si pensi alle artriti ed artrosi, tra le prime cause di disabilità, per le quali trattamenti farmacologici e fisioterapici sempre più avanzati e diffusi permettono di garantire buoni livelli di riduzione della disabilità connessa. Senza contare il grande sviluppo che sta avendo la chirurgia sostitutiva delle grandi articolazioni (ginocchio ed anca), che permette di ridurre grandemente la disabilità per un numero crescente di pazienti. In Italia recenti studi che analizzano i rapporti del Ministero della Salute sulle schede di dimissioni ospedaliere (SDO)⁽²⁹⁾ (30) hanno evidenziato, per il decennio 1996–

Tabella III - Disabilità e malattie croniche. Persone di 65 anni ed oltre per presenza di disabilità, e tipo di malattia cronica. Anni 2004 - 2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Malattie croniche	Disabili 65 anni e oltre	Non disabili 65 anni e oltre
Diabete	21,2	13
Cataratta	22,9	10
Ipertensione	47,9	38,9
Infarto del miocardio	9,8	5,5
Altre malattie del cuore	20,2	9,3
Ictus	13,8	2,4
Bronchite cronica, enfisema	23,8	11,9
Asma bronchiale	11,7	5,4
Artrosi, artrite	78,3	51,4
Osteoporosi	30,7	16,1
Depressione e ansietà	23,8	10,1
Alzheimer e demenze senili	9,4	0,6
Tumore maligno	4,6	2,2

Fonte: elaborazione degli autori su dati tratti da (6)

2006, un incremento di queste pratiche chirurgiche di circa il 130% nella popolazione con 65 anni ed oltre ⁽³¹⁾. La diffusione di molti interventi nella modalità organizzativa del day hospital e della day surgery o nella dimensione ambulatoriale, contribuiscono certamente alla diminuzione delle disabilità. È il caso dell'intervento sul cristallino che ha subito una netta diminuzione nei ricoveri ospedalieri, ma un'ampia diffusione nelle nuove forme organizzative, contribuendo in maniera importante alla diminuzione della disabilità legata alla diminuita capacità visiva. I trattamenti farmacologici per l'ipertensione hanno subito, soprattutto nell'ultimo ventennio, un notevole progresso, contribuendo ad un maggior controllo dei valori pressori nella popolazione e, di conseguenza, alla riduzione della mortalità causata da malattie cardiovascolari e cerebrovascolari ⁽⁸⁾ ⁽³²⁾. Così come lo sviluppo e la diffusione di protocolli di pronto intervento per gli incidenti cardiovascolari acuti ha certamente contribuito a ridurre la frequenza degli esiti in disabilità più o meno gravi. La sempre maggior diffusione dell'Information Technology sta sicuramente favorendo la semplificazione di alcuni aspetti della vita quotidiana, incluso l'accesso

alle cure sanitarie, come previsto dalla diffusione dei sistemi di assistenza legati alla telemedicina. Da ultimo, la diffusione di strumenti e tecnologie per gli ambienti di vita e per l'assistenza ⁽³²⁾, ha semplificato alcuni aspetti della vita quotidiana, soprattutto delle persone anziane, prevenendo lo sviluppo di attività a maggior rischio per le cadute ed gli incidenti che sono in grado di precipitare verso la disabilità soprattutto le persone più fragili.

Stili di vita

Già nel 2005 ⁽³³⁾ e poi nell'Action Plan 2008-2013 ⁽³⁴⁾, l'OMS ha indicato i sette principali fattori di rischio per lo sviluppo delle malattie cronico degenerative, che sono: ipertensione, ipercolesterolemia, inattività fisica, alcol, fumo, sovrappeso ed obesità, basso consumo di frutta e verdura. Cinque su sette di questi fattori di rischio sono legati all'alimentazione e tutti allo stile di vita. L'incidenza dei programmi di promozione della salute possono orientare fortemente la popolazione verso l'adozione di stili di vita salutari, contribuendo al passaggio verso la citata 5a fase della transizione alimentare e al controllo dei determinanti di quelle malattie cronico- degenerative cui sono connessi agli attuali livelli di disabilità riscontrati nella popolazione. L'effetto che la sommatoria di due o più fattori di rischio risulta poi notevole sui tassi morbosità e mortalità e, quindi sull'aspettativa di vita. Un esempio lo possiamo desumere dall'incidenza dell'associazione di due fattori di rischio quali il fumo e l'obesità, misurata attraverso il BMI (Body Mass Index), sui tassi di sopravvivenza a 40 anni ⁽³⁵⁾. Ancora una volta sono comunque gli indici di scolarizzazione a mettere in evidenza come una migliore istruzione risulti critica per l'adozione di stili di vita più salutari e si correli ai tassi di disabilità più bassi ⁽³²⁾ a conferma del fatto che programmi di promozione ed educazione alla salute, sempre più promossi dall'OMS e dai sistemi sanitari dei paesi più evoluti, possono sortire i migliori effetti per quanto riguarda gli indicatori di salute della popolazione ed il controllo della disabilità.

4. Verso un nuovo modello assistenziale

L'ampia disamina sinora condotta vuole costituire la base teorica di un nuovo modello di assistenza per l'anziano, che prenda nella dovuta considerazione il ruolo dei molti determinanti della salute descritti e più orientato ad interventi diretti su di essi. Questo tipo di interventi potrà trovare la sua sostenibilità in un

radicale passaggio dall'assistenza prevalentemente residenziale ad una articolata offerta sul territorio. Mentre infatti la soluzione residenziale rappresenta una ultima ratio in grado purtroppo di sconvolgere e azzerare il profilo dei determinanti della salute e l'"ecologia" stessa della vita dell'anziano, la implementazione di un continuum assistenziale domiciliare e territoriale rappresenta un approccio assai più conservativo e rispettoso di questo profilo. Molti esempi potrebbero essere fatti di tale approccio basato sui determinanti di salute: nuove forme assistenziali come i servizi di pre long-term care, interventi in campo nutrizionale, interventi sugli stili di vita, fisioterapia ed altri interventi per favorire l'attività fisica, miglioramenti nella organizzazione della degenza e nelle tecnologie sanitarie rivolte all'anziano (dalla cataratta alle protesi), l'implementazione della telemedicina nei servizi domiciliari e via dicendo. Tuttavia resta da chiarire come l'emersione del "continente anziano" si sia accompagnata alla contemporanea esplosione di studi ed evidenze sulla fragilità sociale, l'isolamento e la solitudine. In altri termini l'emergere di una nuova stagione della vita si è accompagnato in modo molto suggestivo all'evidenziarsi di nuovi determinanti di cui le reti sociali ⁽³⁶⁾, meglio definite come reti di prossimità, rappresentano indubbiamente il fattore più importante. È proprio questo aspetto che convalida in modo definitivo la transizione da un modello residenziale, che in qualche modo "sequestra" l'anziano al di fuori del suo naturale contesto, ad un modello che al contrario lo raggiunge al centro della sua rete di relazioni, rispettandone la storia e l'ecologia complessa del mondo di appartenenza. Molti studi confermano il valore protettivo di reti di prossimità di buona qualità e, di converso, la rilevanza del rischio associato alla solitudine e all'isolamento, che alcuni autori hanno riportato essere pari o superiore a quella del fumo di sigaretta. Non si tratta solo di mortalità, ma anche di esiti di morbosità, disabilità, ospedalizzazione e persino di demenza ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾. La recente conferenza sui determinanti sociali di salute, tenutasi a Rio de Janeiro lo scorso ottobre, organizzata congiuntamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Governo Brasiliano, ha sancito l'importante ruolo che i determinanti sociali giocano nella salute, richiamando l'attenzione sulla necessità di una più approfondita ricerca sulla loro azione soprattutto ai fini del riconoscimento delle disuguaglianze di salute crescenti nelle diverse popolazioni. Sempre più persone, in particolare anziane, vivono sole, con reti sociali di prossimità sempre più povere e, quindi, sempre meno in grado di sostenerle in momenti di crisi e difficoltà. Recenti lavori

epidemiologici dedicati alle ondate di calore hanno evidenziato come le reti di prossimità dell'anziano svolgono una funzione protettiva essenziale ⁽³⁹⁾. Servizi innovativi dedicati alla cura ed al rinforzo di tali reti sociali hanno le potenzialità per ridurre mortalità e morbosità, ricoveri ospedalieri e in lungodegenza, contribuendo in maniera determinante ad uno stato di salute migliore delle persone inserite in tali programmi sperimentali ⁽⁴⁰⁾. In conclusione, appare evidente che, in questo momento di crisi economica e di scarsità di risorse, protrarre con pervicacia sforzi ed investimenti verso forme generalizzate di assistenza residenziale, non solo risulterà alla lunga insostenibile, ma aggraverà il già consistente ritardo nel disegno di un modello assistenziale centrato sul territorio e rispettoso ed attento al profilo dei determinanti della salute. Del resto, questo ritardo è ormai evidente in relazione ad altri paesi europei e costituisce un divario che sarà sempre più difficile colmare. Al contrario riconvertire il SSN e il welfare alla territorialità ed alla dimora dell'anziano attraverso tecnologie appropriate di telemedicina ed altre forme di telepresenza, nonché mediante la protezione e promozione delle reti di prossimità, produrrà effetti benefici anche sul piano della solidarietà sociale e dello stesso tessuto di relazione delle nostre città. Non è infrequente, per chi si occupa di questo argomento, riscontrare la simpatia e la disponibilità di tanti attori, appartenenti a generazioni diverse, nel prestare volontariamente aiuto a situazioni di bisogno. Forse è proprio questo il ruolo dell'anziano che andiamo riscoprendo in questa proposta: la fragile umanità dei nostri vecchi che da periferica e marginalizzata diviene centro di gravità di nuove reti sociali e pretesto aggregativo per tutti.

Bibliografia

- ⁽¹⁾ ISTAT. *Annuario Statistico 2011*
- ⁽²⁾ Eurostat. *Europe in figures*. Eurostat yearbook 2008. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2008
- ⁽³⁾ ISTAT 2003. *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione dal 1.1.2001 al 1.1.2051*. (Informazioni n.13)
- ⁽⁴⁾ ISTAT 2008. *Previsioni demografiche – 1° gennaio 2007 al 1° gennaio 2051*. (Nota informativa 19 giugno).
- ⁽⁵⁾ ISTAT 2007. *Indagine Multiscopo “Pianeta sanità, condizioni di salute dei cittadini e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005”*.
- ⁽⁶⁾ ISTAT 2009. *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*. Argomenti n. 37

- ⁽⁷⁾ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Rapporto sulla non autosufficienza in Italia – 2010
- ⁽⁸⁾ Manton KG, Gu X. *Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and non black population above age 65 from 1982 to 1999*. Proc Natl Acad Sci U S A 2001; 98 (11): 6354-9.
- ⁽⁹⁾ Manton KG, Gu XL, Ullian A, Tolley HD, Headen AE Jr, Lowrimore G. *Long-term economic growth stimulus of human capital preservation in the elderly*. Proc Natl Acad Sci U S A 2009; 106 (50): 21080-5.
- ⁽¹⁰⁾ Manton KG. *Recent declines in chronic disability in the elderly U.S. population: risk factors and future dynamics*. Annu Rev Public Health 2008; 29: 91-113.
- ⁽¹¹⁾ Manton KG, Lowrimore G, Ullian A, Gu XL, Tolley HD. *Labor force participation and human capital increases in an aging population and implications for U.S. research investment*. Proc Natl Acad Sci U S A 2007; 104 (26): 10802-7.
- ⁽¹²⁾ Manton KG, Gu XL, Lamb VL. *Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population*. Proc Natl Acad Sci U S A 2006; 28; 103 (48): 18374-9.
- ⁽¹³⁾ ISTAT. Database ISTAT demo. Available from: <http://www.demo.istat.it>
- ⁽¹⁴⁾ Fries JF. *Aging, natural death and the compression of morbidity*, N Engl J Med 1980; 303: 130-5.
- ⁽¹⁵⁾ Fries JF, Bruce B, Chakravatry E. *Compression of morbidity 1980-2011: a focused review of paradigms and progress*. J Aging Res 2011; 2011: 261702. Epub 2011 Aug 23
- ⁽¹⁶⁾ Di Bari M, Inizitari M, Crovetto B, Lumini A, Colombini A, Masotti G, Machionni N. *Invecchiamento nel mondo: compressione della mortalità, della morbilità, della disabilità*. G Gerontol 2004;52:438-5
- ⁽¹⁷⁾ Gabriele S., Raitano M. *Invecchiamento, salute, spesa sanitaria e di cura in Italia*. Studi e Note di Economia 2009; 14 (3): 541-69
- ⁽¹⁸⁾ Singh GK, Siahpush M. *Widening socioeconomic inequalities in US life expectancy, 1980–2000*. Int J Epidemiol 2006; 35 (4): 969–79
- ⁽¹⁹⁾ CIA 2012 The World Factbook. *Life expectancy at birth*. Available from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>
- ⁽²⁰⁾ Index Mundi 2011. *Prodotto Interno Lordo (PIL) pro capite*. Available from: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=67&l=it>
- ⁽²¹⁾ D'Aprile V. *Grado d'istruzione. Italia, Regione Puglia, Provincia di Bari e città di Bari e Conversano (BA)*. Censimenti: 1951/2001. Indagine statistica. Available from: <http://www.edscuola.it/archivio/statistiche/analfabetismo.pdf>
- ⁽²²⁾ Popkin BM. *Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with non communicable disease*. Am J clin Nutr 2006; 84 (2): 289-98
- ⁽²³⁾ Anand SS, Yusuf S. *Stemming the global tsunami of cardiovascular disease*. Lancet 2011; 377 (9765): 529-32
- ⁽²⁴⁾ Wise J. *Tsunami of obesity threatens all regions of the world*. BMJ 2011; 342:d772

- ⁽²⁵⁾ Comodo C, Maciocco G. *Igiene e Sanità Pubblica. Manuale per la professioni sanitarie*. Roma: Carocci editore; 2009
- ⁽²⁶⁾ Department of Health (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health – Report*. London. Available from: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>
- ⁽²⁷⁾ Leigh JP, Fries JF. *Disability in occupations in a national sample*. Am J Pub Health 1992; 82 (11): 1517-23
- ⁽²⁸⁾ Gallo WT, Bradley EH, Siegel M, Kasl SV. *Health effects of involuntary job loss among older workers: findings from the health and retirement survey*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2000; 55 (3): S131-40
- ⁽²⁹⁾ Ministero della Salute. Rapporto annuale sulle attività di ricovero 2001
- ⁽³⁰⁾ Ministero della Salute. Rapporto annuale sulle attività di ricovero 2006
- ⁽³¹⁾ Liotta G, Gilardi F, Scacella P, Mancinelli S. *Lospedalizzazione della popolazione anziana in Italia: un confronto tra 2001 e 2006*. Ann Ig 2011; 23 (5): 375-85
- ⁽³²⁾ Cutler D. *The reduction in disability among the elderly*. Proc Natl Acad Sci U.S.A 2001; 98:6546-7
- ⁽³³⁾ Organizzazione Mondiale della Sanità. *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale. Rapporto globale dell'OMS, 2005*. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf
- ⁽³⁴⁾ Organizzazione Mondiale della Sanità. *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Prevent and control 2008. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>
- ⁽³⁵⁾ Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L. *Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis*. Ann Intern Med 2003; 138 (1): 24-32.
- ⁽³⁶⁾ Fratiglioni L, Wang H X, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. *Influence of social network on occurrence of dementia: a community based longitudinal study*. Lancet 2000;355 (9212):1315-1319
- ⁽³⁷⁾ Folgheraiter F. *Operatori sociali e lavoro di rete. Saggi sul mestiere di altruista nelle società complesse*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson; 1994
- ⁽³⁸⁾ Sugisawa S, Liang I, Liu X. *Social networks. Social support and mortality among older people in Japan*. J Gerontol 1994; 49 (1): S3-13
- ⁽³⁹⁾ Whitman S, Good G, Donoghue ER, Benbow N, Shou W, Mou S. *Mortality in Chicago attributed to the July 1995 Heat Wave*. Am J Public Health 1997; 87 (9): 1515-18
- ⁽⁴⁰⁾ Cutini R. *Viva gli anziani. Un servizio innovativo per i nuovi scenari demografici e urbani*. Roma: Maggioli Editore; 2010

Referente:

Sandro Mancinelli,
prof. associato di Igiene,
dipartimento di Biomedicina e Prevenzione,
via Montpellier 1 – 00133 Roma;
tel 06 72596613, fax 06 20427263; sandro.mancinelli@uniroma2.it