

# L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?

Lucia Galluzzo, Claudia Gandin, Silvia Ghirini ed Emanuele Scafato

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<http://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2.asp>

**SUMMARY** (*Population ageing: opportunity or challenge?*) - The increase in longevity is a tangible achievement of our times. On the other hand, it represents one of the greatest challenges for the immediate future. Only a systematic, urgent and adequate commitment, at socioeconomic, health and research level, will be able to turn this threat into an opportunity.

**Key words:** aging; population; public health

[lucia.galluzzo@iss.it](mailto:lucia.galluzzo@iss.it)

Il progressivo invecchiamento della popolazione è ormai noto a tutti, esperti e non. Ciò che colpisce maggiormente nel panorama del 21° secolo è il fatto di assistere a una ridistribuzione demografica senza precedenti, in cui entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato (1, 2).

Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronicodegenerative. Nei Paesi più ricchi, il maggior carico di malattia (GBD, global burden of disease), misurato in anni di vita aggiustati per disabilità (DALY, disability-adjusted life years), è attribuibile alle patologie cardio e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza (3). Tanto nei Paesi in via di sviluppo che in quelli a più alto reddito, si prevede che il numero di soggetti con disabilità, derivante principalmente dalle malattie non trasmissibili, aumenterà proporzionalmente alla crescita della popolazione, con una più alta percentuale proprio nelle classi di età più avanzata.

Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto longevity shock, recentemente sottolineato dal Fondo Monetario Internazionale (4). È inoltre evidente che la doppia transizione, epidemiologica e demografica, incrementerà inevitabilmente l'incidenza di numerose patologie neurodegenerative che si caratterizzano per il deficit cognitivo age associated, prima tra tutte la

malattia di Alzheimer, come ha evidenziato il Progetto IPREA (Italian PROject on the Epidemiology of Alzheimer's disease) (5). L'attuale evoluzione richiede, quindi, una ridefinizione delle misure e delle risorse destinate alle fasce di popolazione anziana, in cui più alto è il rischio di malattia e di perdita di autosufficienza.

Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) (6).

Se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento.

### **Evoluzione del concetto di invecchiamento**

Nell'accezione corrente, l'invecchiamento è un processo multifattoriale caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente comorbidità, proporzionali all'avanzamento dell'età e che investono l'intero arco della vita.

Lo stato di salute dell'anziano non è più identificato unicamente con la ridotta presenza di malattia, ma con il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di polipatologie. Per questo motivo, uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è l'aspettativa di vita libera da disabilità (DFLE, disability free life expectancy), un indicatore composito che combina informazioni su mortalità e disabilità, estendendo il concetto di aspettativa di vita al di là del semplice numero di anni vissuti, quantificando quanti di questi siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane (ADL, activities of daily living e IADL, instrumental activities of daily living).

L'originalità del nuovo orientamento risiede nell'aver individuato come obiettivi fondamentali il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano. Oltre al trattamento specialistico e riabilitativo della malattia, compito che comunque rimane essenziale, l'obiettivo che ci si deve prefiggere è quello di attuare interventi di prevenzione in grado di minimizzare i principali fattori di rischio e promuovere adeguati stili di vita in ogni età, favorendo parallelamente l'accesso ai servizi e l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale.

Tale orientamento è stato recepito dall'Unione Europea, che ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni", e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha dedicato la Giornata Mondiale della Salute 2012 a "Invecchiamento e salute: la buona salute aggiunge vita agli anni" (2).

### **Prospettive a livello sociosanitario e assistenziale**

Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno economico, sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia, nel contesto di vita.

Una delle possibili risposte a questa esigenza è rappresentata dalla rete integrata dei servizi sociosanitari che vede l'interazione di diverse figure professionali (medico, assistente sociale, infermiere professionale, fisioterapista, ecc.), al fine di inquadrare l'anziano nella sua unitarietà, individuando precocemente l'anziano "fragile" (a rischio di perdere l'autosufficienza), di delineare un programma di intervento personalizzato e verificarne periodicamente l'efficacia, adattandolo all'evolversi della situazione.

Attraverso la valutazione multidimensionale è possibile analizzare il grado di salute fisica e psichica, il livello di disabilità e handicap, la situazione familiare, socioambientale ed economica, e il rischio di perdita dell'autosufficienza. Per delineare un programma di intervento, che sia non solo adatto al soggetto ma anche realizzabile, l'attività di valutazione deve conoscere in dettaglio quali sono le strutture (reparto geriatrico, residenza sanitaria assistenziale, day hospital, casa di riposo, ecc.) e i servizi (assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, centri diurni, servizi sociali, volontariato, ecc.) disponibili sul territorio.

La figura che gestisce le indicazioni maturate attraverso la valutazione multidimensionale e che organizza e collega gli interventi relativi alla sfera sanitaria, sociale, individuale e familiare è il cosiddetto *case manager*. Tale ruolo può essere ricoperto dal soggetto stesso, se in discrete condizioni psico-fisiche, o in alternativa da un suo familiare, da un assistente sociale, da un volontario, o dal medico curante.

In conclusione, la rete integrata dei servizi dovrebbe essere lo strumento per coordinare gli interventi destinati agli anziani, al fine di migliorarne l'impatto benefico e indirizzare, secondo criteri etici, logici ed economici, l'allocazione delle scarse risorse disponibili per prolungare il mantenimento di una vita attiva, sia dal punto di vista fisico che intellettuale e sociale. Purtroppo, stando ai risultati del progetto "ULISSE - Osservatorio per la qualità dell'assistenza dell'anziano fragile" questo obiettivo in Italia è ancora lontano (7): i servizi sanitari per l'anziano, sia domiciliari, che per acuti o di lungodegenza, sono genericamente insufficienti e soffrono di una consistente

eterogeneità e frammentazione; gli individui che vi accedono hanno un'età media superiore agli 80 anni, un'alta prevalenza di multimorbidità e un elevato consumo di farmaci. Sono, inoltre, caratterizzati da alti livelli di disabilità e ben il 70% degli istituzionalizzati soffre di deterioramento cognitivo, di cui il 40% di grado severo.

### **Prospettive nell'ambito della ricerca scientifica**

La ricerca sull'invecchiamento spesso non è vista come ambito a sé stante, ma come somma delle singole attività di ricerca dedicate alle specifiche patologie e alterazioni che si manifestano nell'anziano. In questo modo, si tende a sottovalutare l'acquisizione di una visione d'insieme dei meccanismi e dei processi che portano dalla vulnerabilità all'instaurarsi, spesso concomitante, di particolari condizioni patologiche legate all'età.

E' necessario potenziare e finanziare la ricerca sull'invecchiamento come entità indipendente e complessa, riconoscendo l'enorme ritorno che gli investimenti in tal senso potrebbero assicurare all'intera società, attraverso l'individuazione dei fattori, non solo sanitari, ma anche di carattere assistenziale, sociale, economico e ambientale, che favoriscono l'invecchiamento attivo e in buona salute. Tali risultati vanno poi tradotti in percorsi di *best practices*, così come sottolineato nella Road Map for European Ageing Research (8) presentata al Parlamento Europeo lo scorso ottobre e alla cui stesura hanno contribuito centinaia di esperti, tra cui quelli dell'Istituto Superiore di Sanità.

Un evidente ostacolo alla ricerca scientifica in generale è rappresentato dall'attuale crisi economica e dalla conseguente riduzione dei finanziamenti a essa destinati. In ambito epidemiologico, risulta praticamente impossibile progettare e intraprendere studi *ex novo* di ampio respiro su vaste coorti, gli unici in grado di fornire un quadro completo dell'evolversi dello stato di salute e di malattia, individuando i fattori correlati alle modificazioni osservate. È quindi fondamentale massimizzare il potenziale rappresentato dalle banche dati e da quelle biologiche esistenti, derivanti da coorti storiche di anziani, investire risorse nella loro integrazione, anche con approcci a basso costo, quali il *record linkage*, e nell'attivazione di ulteriori analisi longitudinali che consentono di fornire indicazioni utili per la programmazione sanitaria e la prevenzione, come dimostrato da alcuni recenti risultati ottenuti proseguendo le analisi dei dati derivanti dalla coorte dell'Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA) (9, 10).

### **Riferimenti bibliografici**

1. Kinsella K, He W. *An aging world: 2008*. US Census Bureau. *International Population Reports* (P95/09-1). US Gov Printing Office; 2009.
2. World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012 (<http://whqlibdoc.who.int/...>).
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL (Ed.). *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC): World Bank; 2006.

4. International Monetary Fund. Global financial stability report: the quest for lasting stability - 2012 ( [www.imf.org/External/Pubs/FT/GFSR/...](http://www.imf.org/External/Pubs/FT/GFSR/...)).
5. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, *et al.* Prevalence of aging-associated cognitive decline in an Italian elderly population: results from cross-sectional phase of Italian PROject on the Epidemiology of Alzheimer's disease (IPREA). *Aging Clin Exp Res* 2010;22(5-6):440-9.
6. United Nations. World population ageing 1950-2050 ( [www.un.org/esa/population/...](http://www.un.org/esa/population/...)).
7. Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, *et al.* Health care for older people in Italy: the ULISSE Project (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano - A computerized network on health care services for older people). *J Nutr Health Aging* 2010;14(3):238-42.
8. Futurage. A road map for European aging research. October 2011 ( [www.futurage.group.shef.ac.uk/...](http://www.futurage.group.shef.ac.uk/...)).
9. Solfrizzi V, Scafato E, Frisardi V, *et al.* Frailty syndrome and all-cause mortality in demented patients: the Italian longitudinal study on aging. *Age (Dordr)* 2012;34(2):507-17.
10. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, *et al.* Changes in severity of depressive symptoms and mortality: the Italian longitudinal study on aging. *Psychol Med* 2012;1-11 (in press).

## Il Disability-adjusted life year o DALY (in italiano: attesa di vita corretta per disabilità)

- è una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura.
- Il DALY è una misura sempre più comune nel settore della sanità pubblica e nella valutazione dell'impatto sulla salute delle malattie. Esso estende il concetto di anni di vita potenziali persi a causa di una morte prematura includendo gli anni di vita "sana" persi in virtù del cattivo stato di salute o di disabilità“. In tal modo, la mortalità e la morbidità sono combinati in un unico indicatore comune.
- Tradizionalmente, le passività della salute sono state espresse utilizzando una sola misura: (valore atteso) di "anni di vita persi" (Years of Life Lost YLL). Questa misura non tiene conto dell'impatto della disabilità provocata dalla malattia, che può essere espressa in: "anni vissuti con disabilità" (Years Lived with Disability YLD). La misura DALY è calcolata tramite la somma di questi due componenti. In una formula:  $DALY = YLL + YLD$ .

