

Anziani sempre più “giovani”: evitiamo le letture superficiali

scritto da Vittorio Filippi | 21 Febbraio 2019



A pochi giorni dall'annuncio dell'Istat di un ulteriore allungamento delle speranze di vita in Italia, è opportuno domandarsi se la quantità degli anni e la loro qualità stiano andando a braccetto: Vittorio Filippi ci mette in guardia da interpretazioni superficiali, che non cogliendo la complessità del fenomeno dell'invecchiamento potrebbero condurre a scelte infelici sul piano delle politiche sanitarie e previdenziali.

Una nuova definizione della biografia

All'ultimo congresso annuale dei geriatri italiani (SIGG) è stato proposto di alzare la tradizionale soglia dell'anzianità da 65 a 75 anni, “riducendo” così gli appartenenti alla terza età in Italia di circa sette milioni (1). Questa nuova definizione dell'età anziana, che riprende e rilancia un'acquisizione propria degli studiosi di popolazione, non è una sorta di maquillage giovanilistico ma trova essenzialmente le sue giustificazioni in almeno due ordini di motivi.

Il primo, più quantitativo, sta nella brillante demografia della longevità. La speranza di vita alla nascita è pari a 82,8 anni (dato 2016), un dato costruito sulla base di progressi storicamente continui (solo rispetto al 2013 il guadagno è di sette mesi) e che ha interessato in particolare proprio le età più anziane, dato che la riduzione dei rischi di morte nella classe di età 60-69 anni, per esempio, contribuisce già da sé al 15% del guadagno maschile e al 9% di quello femminile. Dice l'Istat che tali contributi aumentano nella classe di età 70-79 anni, nella misura del 26% e del 20% rispettivamente per uomini e donne ed infine raggiungono il massimo tra gli 80 e gli 89 anni di vita con livelli rispettivamente pari al 37 e al 44%. Assai significativo è anche il contributo spiegato dalla riduzione della mortalità oltre i 90 anni di vita: pari al 10% tra gli uomini e pari a un quarto del guadagno complessivo tra le donne (2).

Secondo una recente ricerca sul limite biologico della vita umana, se fino a ottant'anni il rischio di mortalità cresce esponenzialmente ed a velocità costante, dopo quell'età decelera e superati i centocinque anni (sono i cosiddetti semi-supercentenari) la curva della mortalità non sale più, si

ferma. Ovviamente ciò non significa che non c'è il rischio di morire, ma semplicemente che tale rischio non cresce, fermandosi allo 0,475% (e con una aspettativa di vita ulteriore pari a 1,55 anni): questo livello costante, chiamato plateau, unito al fatto che per le generazioni più giovani i livelli di mortalità sono leggermente più bassi, suggerisce che la longevità umana sta ancora aumentando e che non è stato ancora raggiunto un suo limite, ammettendo che esso esista (3).

Il secondo motivo, più qualitativo, è dato dal netto miglioramento delle complessive condizioni funzionali e di salute della fascia di età compresa tra i 65 ed i 75 anni: secondo i geriatri italiani ormai un 65enne di oggi ha la forma fisica e cognitiva di un 40-45enne di 30 anni fa ed un 75enne quella di un individuo che aveva 55 anni nel 1980. Inoltre nella stessa autopercezione come nella percezione collettiva la definizione di anziano tende ad essere allontanata e spinta verso età sempre più elevate: secondo un'indagine presentata alla London School of Economics, condotta intervistando oltre 12 mila over 65 in diversi Paesi, due ultrasessantacinquenni italiani su tre dichiarano di non sentirsi affatto anziani e addirittura quattro su dieci pensano che la vecchiaia inizi davvero solo dopo gli ottant'anni. In tutto ciò gioca anche una evidente "giovanilizzazione" delle mentalità e dei comportamenti dei sessantenni e settantenni odierni.

Più anni alla vita, ma meno vita agli anni?

Tuttavia l'invecchiamento longevo presenta anche il suo lato oscuro trascinando un carico sempre maggiore di patologie croniche, comprese quelle disabilitanti. È quanto emerge da uno studio del Global Burden of Disease, il consorzio internazionale che coinvolge oltre mille ricercatori di centoventi Paesi. Dal complesso dei dati raccolti emerge pure che la situazione in Italia, almeno rispetto ad una parte d'Europa, va sensibilmente peggiorando (4). Lo studio è la più approfondita indagine su livelli e tendenze dei cosiddetti YLDs (years lived with disability), cioè gli anni vissuti in un cattivo stato di salute o in condizioni di disabilità. Gli YLDs sono cresciuti globalmente del 42,3% - trascinati soprattutto dalla crescita demografica e dall'invecchiamento della popolazione e presenti in particolare nella fascia di età compresa tra i 40 ed i 69 anni - e la tendenza non risparmia comunque l'Italia, dove la variazione è pari al 20,2%, ciò comportando quasi un trentennio, mediamente, di vita all'insegna della disabilità. [MS1] Si moltiplica ovunque la multimorbilità, cioè la compresenza di più patologie, che ovviamente grava soprattutto sulla popolazione in età avanzata (ma non risparmiando anche quella più giovane). Ulteriori conferme arrivano poi sui fattori di rischio: sovrappeso e obesità, soprattutto infantile, sono in crescita, ed è alta l'incidenza di ipertensione, glicemia elevata ed eccesso di colesterolo. Guardando in dettaglio al nostro Paese (dove peraltro esistono sensibili differenze regionali anche per quanto riguarda l'aspettativa di vita), le prime dieci cause di YLDs sono (in ordine decrescente di diffusione): l'Alzheimer, l'ipoacusia, i dolori cervicali, le altre patologie muscolo-scheletriche, il mal di schiena, la cefalea, gli stati ansiosi, le cadute, il diabete, i disordini depressivi maggiori. Buona parte delle citate cause sono con ogni evidenza age related: va sottolineato l'Alzheimer, demenza degenerativa con un notorio impatto sociale assai pesante in termini di caregiving, ma attenzione va anche data alla forte crescita in Italia - tra le principali patologie disabilitanti - del diabete e dell'ipoacusia (cresciute negli ultimi dieci anni rispettivamente del 29 e del 17%).

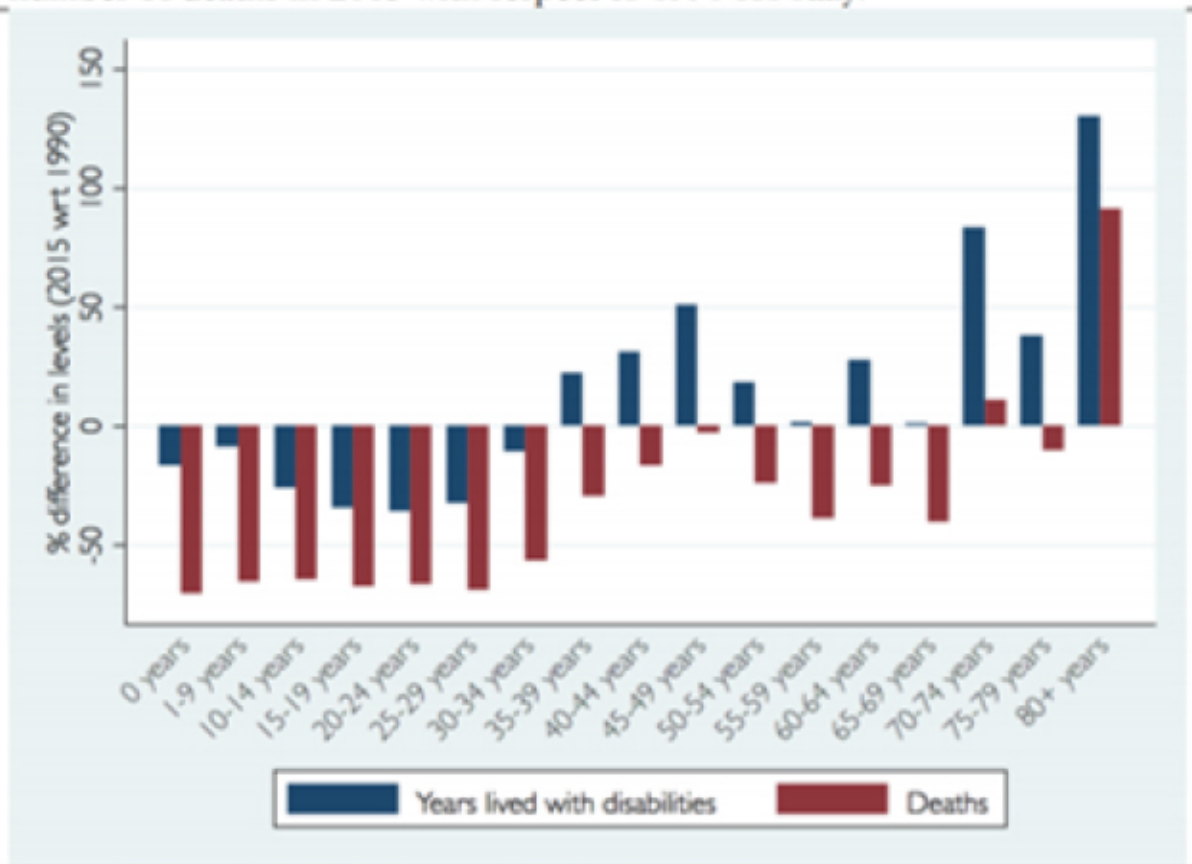
La letteratura epidemiologica ha prodotto tre ipotesi circa il rapporto tra morbilità e mortalità. La prima (compression of morbidity) pensa ad uno spostamento verso gli anni terminali delle patologie con conseguente aumento dei tempi di vita vissuti in modo sostanzialmente sano. La seconda (expansion of morbidity) ritiene all'opposto che l'aumento della longevità trascini anche un aumento degli anni vissuti in cattive condizioni di salute. Infine una terza ipotesi (dynamic equilibrium) prevede una sorta di status quo in cui malgrado la crescita delle patologie la mortalità calerebbe per la migliore gestione medica delle patologie stesse. Ma la ricerca empirica sembra oggi proporre un ulteriore quadro - più pessimistico, chiamato infatti la double expansion of morbidity - in cui non solo

i guadagni di vita sono appesantiti dal peggioramento delle condizioni di salute, ma in cui addirittura vi è una crescente anticipazione delle malattie croniche che riducono nettamente il numero di anni mediamente vissuti in buona salute. Più in dettaglio[MS2] in Italia è stato calcolato che dal 2000 al 2014 il numero medio di anni vissuti nella cronicità è cresciuto di 6,4, di cui 3,4 anni dovuti all'allungarsi della vita e tre da imputare alla precocizzazione delle malattie croniche (da 56,5 anni a 53,5: ma è già dal trentacinquesimo anno - cinque anni prima della media europea - che crescono in Italia le patologie disabilitanti) (5). L'ipotesi esplicativa è che sulle generazioni dei cosiddetti giovani adulti pesino oggi in maniera crescente e perversa possibilità economiche e lavorative ridotte ed incerte, stili di vita e consumi alimentari meno salubri, realtà ambientali deteriorate (specie urbane, ove gioca pesantemente l'inquinamento dell'aria) e quindi maggiormente patogenetiche. Anche negli Stati Uniti, ad esempio, i trentenni risentono di condizioni di salute più scadenti dei loro pari delle generazioni precedenti e la tendenza sembra volgere al peggioramento.

In conclusione

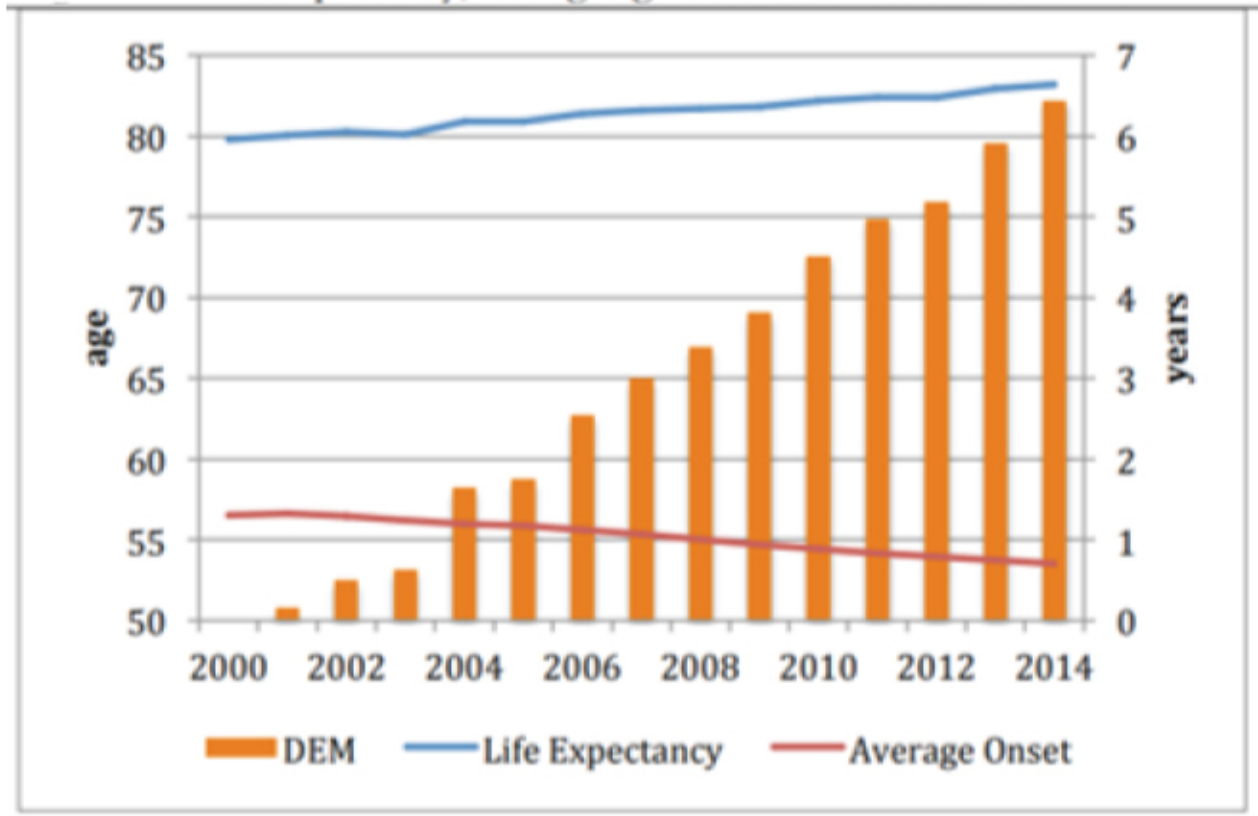
La realtà demografica e biostatistica si presenta quindi paradossale: l'indubbia longevità deve fare i conti con il doppio movimento biografico delle patologie e delle disabilità, un movimento che non solo si estende elasticamente con l'allungamento della vita, ma aggredisce anche, a ritroso (ed inaspettatamente), le generazioni più giovani, con un aggravio stimato di spesa sanitaria pubblica pari a 8,7 miliardi di euro nel 2014 rispetto al 2000. Naturalmente non si tratta solo di costi economici: la precocizzazione delle disabilità e delle malattie croniche getta ombre sull'evoluzione futura non solo della qualità della vita, anziana e non, ma anche della stessa longevità, nonostante la sempre migliore capacità della medicina di evitare che la morbilità viri rapidamente in mortalità (risolvendola o altrimenti cronicizzandola e contenendola). La revisione "giovanilizzante" dei sessantenni e dei settantenni proposta dai geriatri, enfatizzata dai modelli culturali mainstream e adottata come riferimento per le riforme previdenziali potrebbe dunque richiedere un ripensamento e qualche correttivo alla luce di queste - se confermate - spiacevoli tendenze epidemiologiche.

Differences in age specific years lived with disabilities and number of deaths in 2015 with respect to 1990 for Italy.



Source: Institute for Health Metrics and Evaluation - 2016

Life expectancy, average age of disease onset and DEM



Source: Own elaborations on HS-SiSSI (AO e DEM) e EUROSTAT (LE) data

Note

- (1) Società italiana di Geriatria e Gerontologia Quando si diventa anziani? 7 dicembre 2018;
- (2) Istat, Indicatori di mortalità della popolazione residente. Anno 2016, 24 ottobre 2017;
- (3) E. Barbi, F. Lagona, M. Marsili, J. W. Vaupel, K. W. Wachter. The plateau of human mortality: Demography of longevity pioneers, "Science", 29 June 2018, Vol. 360, Issue 6396, pp. 1459-1461;
- (4) The Global Burden of Disease Study 2016, "The Lancet", September 16, 2017, Vol. 390, No. 10100, pp. 1083-1464;
- (5) V. Atella, F. Belotti, C. Cricelli, D. Dankova, J. Kopinska, A. Palma, A. Piano Mortari, The "Double Expansion of Morbidity" Hypothesis: Evidence from Italy, January 2017, CEIS Working Paper No. 396.