



## LA HEALTH REVOLUTION DELLA TERZA ETA'

Carlo Vergani

140

Kéiron

**Nella società che invecchia, utilizzare in medicina i parametri propri delle età più giovanili come "gold standard" è una forzatura che penalizza proprio gli anziani.**

**Produrre salute e capability in età avanzata è la terza rivoluzione sanitaria dopo quella del controllo delle malattie trasmissibili e di gran parte di quelle non trasmissibili. Ma questo significa sostituire il "paradigma del fattore di rischio" con il "paradigma del determinante sociale" della salute, dove le evidenze fondate sul controllo dell'ambiente e degli stili di vita non coincidono più con quelle della medicina classica.**

La transizione demografica, caratterizzata da un basso tasso di fecondità e da un aumento della durata della vita, si associa ad un mutamento del quadro epidemiologico.

In Italia, le curve di soprav-

vivenza della popolazione indicano che su cento individui più di ottanta superano i 65 anni di età: gran parte della patologia acuta è stata controllata e l'80% delle morti precoci è stato rimosso.

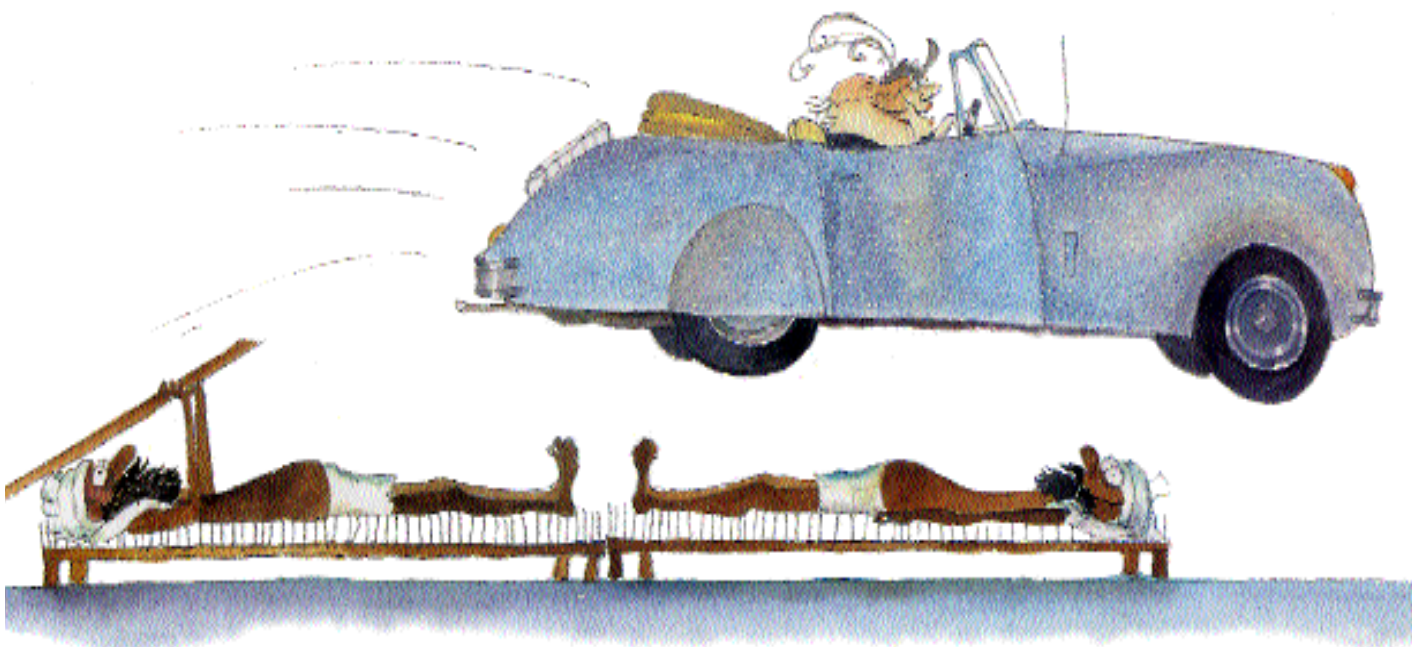
L'invecchiamento della popolazione ha comportato un aumento della prevalenza di malattie cronic-degenerative: un anziano su due è portatore di artrosi, uno su tre è affetto da ipertensione arteriosa, cardiopatia o disturbi dell'udito. Il fenomeno è planetario: nei prossimi cinquanta anni gli ultrasessantacinquenni passeranno dall'attuale 7% al 16% della popolazione mondiale, con un incremento soprattutto nei paesi in via di sviluppo.

Il processo biologico dell'invecchiamento è un processo che comporta sviluppo e declino delle funzioni dell'organismo. Nel corso degli anni si stabilisce un continuum dei parametri di normalità caratteristici delle diverse età. Utilizzare, perciò, come gold standard i parametri propri di un determinato periodo della vita, quale può essere l'età giovanile, è una forzatura che penalizza soprattutto l'individuo anziano.

Da questo punto di vista la ricerca biomedica è in grave ritardo perché non sono

ancora noti molti parametri di "normalità" dell'individuo in età avanzata.

Il sesto rapporto del Joint National Committee (JNC VI) indica come limite superiore di normalità per i soggetti al di sopra dei 18 anni una pressione arteriosa sistolica di 140 mmHg. In realtà il Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP), che prende in considerazione l'ipertensione arteriosa sistolica nell'anziano, considera patologici livelli superiori a 160 mmHg. L'abbassare al di sotto di questo valore la pressione può indurre ipotensione ortostatica con conseguente aumento del rischio di caduta. Un aspetto biologico che viene considerato anomalo nel giovane può rientrare nella "normalità" nel soggetto anziano. Tale è, per esempio, il caso dell'ernia iatale che si riscontra nel 75% delle donne di età superiore a 80 anni. Il non disporre di parametri di riferimento e di criteri certi di malattia per la popolazione anziana espone facilmente al danno iatrogeno derivante da un tratta-





"La Napoli di Bellavista "  
Luciano De Crescenzo  
Arnoldo Mondadori Editore, 1979

mento non appropriato.

### **L'autosufficienza**

E', inoltre, da tenere presente qual è l'obiettivo da perseguire con il trattamento del soggetto anziano. Mentre nel giovane lo scopo è il recupero della salute, cioè il controllo o la rimozione della malattia, nell'anziano, portatore di più malattie croniche, l'obiettivo è l'autosufficienza. Secondo gli US Centers of Disease Control and Prevention, le malattie croniche sono quelle che si prolungano nel tempo, che non recedono spontaneamente e che raramente hanno una completa risoluzione. Per l'anziano, dunque, salute non significa assenza di malattia. Egli può

dichiarare uno stato di salute buono o molto buono pur in presenza di una compromissione fisica notevole. Tale è il caso, secondo i dati Istat, del 40% circa degli anziani portatori di due o più malattie croniche. Ciò è dovuto al fatto che, oltre allo stato fisico, altre componenti determinano la qualità della vita in età avanzata, in particolare l'atteggiamento psico-affettivo e il rapporto sociale. Spesso il vissuto personale ha più peso nel definire lo stato di salute dell'anziano di quanto non ne abbia la patologia stessa. Nell'anziano si supera, pertanto, il dualismo *res cogitans* - *res extensa*. Il medico non può ignorare gli orizzonti nuovi che ha dischiuso la fenomenologia husserliana

quando, mediante il concetto di “corpo vivente”, oltrepassa le strette imposte da Cartesio.

Questa considerazione deve indurre a progettare nuove strategie d'intervento quali un diverso approccio biomedico e il potenziamento della medicina “sull'uscio di casa”, che vede un minore ricorso all'istituzionalizzazione. Non si può poi sottovalutare il fatto che l'anziano ospedalizzato va incontro a seri rischi. In ospedale il 36% degli anziani presenta reazioni avverse a farmaci, più del 40% diviene incontinente per urine o per feci. Nell'anziano allettato è frequente inoltre la comparsa di gravi lesioni cutanee.

Secondo il Report 1999 dal titolo “To err is human” dell'Institute of Medicine, ogni anno negli ospedali americani si verificano, specie fra gli anziani, da 44.000 a 98.000 morti e un milione di eventi dannosi da cause iatrogene. È necessario, pertanto, creare una rete dei servizi sul territorio per una assistenza programmata, continuativa ed interdisciplinare all'anziano. Questo tipo di approccio ha comportato un miglioramento sia del rapporto costo/efficacia sia del rapporto costo/beneficio. Uno studio condotto nel 1999 da ricercatori della Università della Pennsylvania ha dimostrato che gli anziani seguiti a domicilio per sei mesi da una équipe infermieristica, dopo la dimissione programmata da un ospedale per acuti, hanno un minore numero di nuovi ricoveri

rispetto ai controlli (20% vs 37%) con un risparmio globale di 3000 dollari pro capite della spesa sanitaria.

### **Una visione diacronica**

In Italia l'attesa di vita a 65 anni d'età è mediamente, per entrambi i sessi, di 16 anni, a 75 di 10 anni, a 85 di 6 anni, a 100 anni di 3 anni. Se si considera che l'attesa di vita alla nascita è di 75 anni per gli uomini e di 82 anni per le donne, si può concludere che più si va avanti negli anni più si prolunga la durata totale della vita perché sopravvivono i migliori, quelli dotati di un patrimonio genetico più favorevole. Secondo Daniel Callahan, dell'Hastings Center di New York, “l'imperativo della ricerca”, che considera la morte un evento evitabile, mira a rimuovere le singole cause di morte, nella prospettiva di una durata di vita senza fine. Ad esso si contrappone “l'imperativo della clinica” che valuta la morte come parte dell'arco vitale, da accettare con consapevolezza nella sua interezza. Quest'ultima interpretazione accetta il concetto che il processo dell'invecchiamento porta al decadimento dell'organismo. “Signori, – ha detto Robert Butler, Professore di Geriatria del Mount Sinai Medical Center di New York – rendiamoci conto che qualche volta la morte è preceduta dalla vecchiaia”. Il criterio del “tempo residuo” deve, necessariamente, entrare a far parte delle motivazioni che portano il medico ad una scelta terapeutica appro-

## Bibliografia essenziale

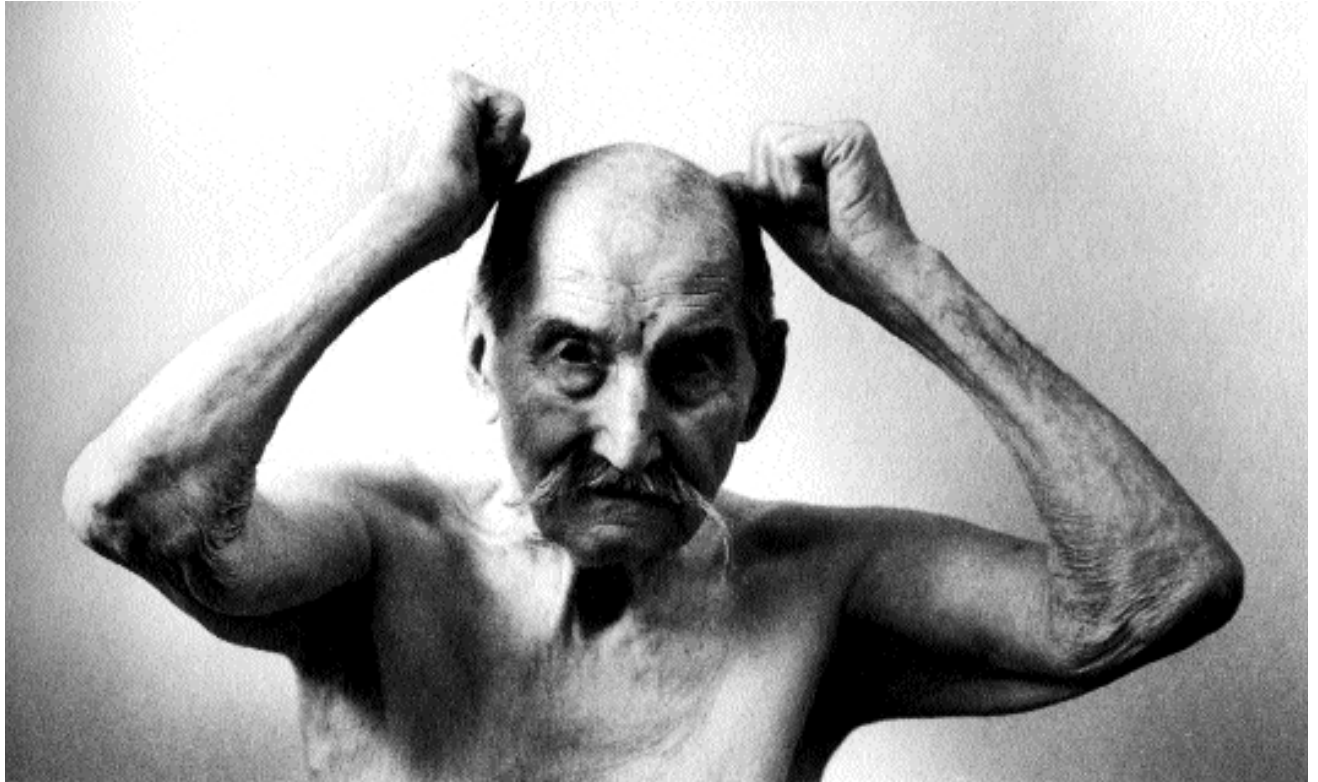
- B.R. Bloom, *The future of public health*. Nature 1999; 402: 63-64.
- L. Breslow, *From disease prevention to health promotion*. JAMA 1999; 281: 1030-1033.
- D. Callahan, *Death and the research imperative*. N Engl J Med 2000; 342: 654-656.
- R.M. Davis et al., *Managing chronic disease*. BMJ 1999; 318: 1090-1091.
- J.S. Goodwin, *Geriatrics and the limits of modern medicine*. N Engl J Med 1999; 340: 1283-1285.
- K.G. Manton, L. Corder, E. Stallard, *Chronic disability trends in the elderly United States populations: 1982-1994*. Proc Natl Acad Sci USA 1997; 94: 2593-2598.
- J. McKinlay, L. Marceau, *US public health and the 21st century: diabetes mellitus*. Lancet 2000; 356: 757-61.
- D.B. Morris, *Illness and culture in the postmodern age*. JAMA 1999; 281: 2050.
- M.D. Naylor, Brooten D., Campbell R. et al. *Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders*. Jama 1999; 281: 613-620.
- N.B. Oldridge, A. Cartei, F. Fattiroli, N. Marchionni, G. Masotti, *La valutazione economica degli interventi medici: problematiche particolari nella popolazione anziana. Economic valuation: a focus on treatment of elderly patients*. Giorn Gerontol 2000; 48: 127-140.
- J.W. Rowe, R.L. Kahn, *Human aging: usual and successful*. Science 1987; 237: 143-149.
- J.W. Rowe, *Geriatrics, prevention, and the remodeling of Medicare*. N Engl J Med 1999; 340 : 720-721.
- E.L. Schneider, *Aging in the third millennium*. Science 1999; 283: 796-797.
- M. Terris, *The changing relationship of*

priata. Al di sopra dei 65 anni esistono cellule tumorali in situ nella prostata del 30 % dei soggetti: di questi, però, solo il 10% presenta una sintomatologia e solo il 3 % muore per tumore della prostata. Si può quindi morire “con” e non “per” una determinata patologia. Poiché, a distanza di 10 anni dalla evidenziazione biotica delle cellule tumorali nella prostata, la quasi totalità dei portatori sono vivi, l’American Cancer Society e l’American Urological Association non ritengono giustificati negli ultrasessantacinquenni lo screening per il tumore della prostata e l’intervento radicale di prostatectomia, che può causare incontinenza urinaria e disturbi sessuali. Alla fine degli anni settanta è stato introdotto come marcatore tumorale l’Antigene Prostatico Specifico (PSA), il cui livello normale in circolo è inferiore a 4 ng/ml. Quando il livello del PSA è compreso tra 4 e 10 ng/ml, il test ha un valore predittivo positivo per cancro della prostata pari al 25%: ciò significa che tre individui su quattro con alti livelli di PSA sono perfettamente sani. La specificità del test è stata ulteriormente aumentata prendendo in considerazione la velocità d’incremento dell’antigene ed il rapporto PSA libero/ PSA totale. Ma la specificità rimane sempre bassa, tale da non giustificare l’aumento di quattro volte degli interventi di prostatectomia verificatosi recentemente negli USA. Un altro intervento molto

discusso è lo screening del tumore al seno con mammografia. Si ritiene che la mammografia, in termini di costo/efficacia, trovi la sua indicazione in donne di età compresa tra i 50 e i 70 anni. In questo range di età la riduzione della mortalità per tumori al seno è del 29%; in età fertile la densità del tessuto mammario fa sì che l’esame perda di sensibilità mentre al di sopra dei 70 anni la sua efficacia non è ancora stata dimostrata.

## Produrre salute

Nuovi indici sono stati introdotti per valutare lo stato di salute di una popolazione. Il Disability Adjusted Life Expectancy (DALE) separa gli anni di vita attiva da quelli vissuti con disabilità. Secondo lo World Health Report 2000 dell’OMS, l’Italia si colloca al sesto posto, dopo il Giappone, l’Australia, la Francia, la Svezia e la Spagna, in una classifica di 191 paesi che prende in considerazione il DALE. Questa classifica vede gli USA al ventiquattresimo posto. Secondo l’OMS, l’attesa alla nascita di vita attiva in Italia è di 72,7 anni (70 anni per l’uomo e 75,4 anni per la donna); a questi sono da aggiungere 5,4 anni di vita con disabilità per l’uomo e 6,7 anni di disabilità per la donna. Produrre salute e capability in età avanzata è l’obiettivo prioritario in una società che invecchia. Secondo M.Terris è questa la terza public health revo-



lution dopo quelle che hanno visto il controllo delle malattie trasmissibili e di gran parte di quelle non trasmissibili, in particolare della coronaropatia e dell'ictus. Nuove coorti di anziani più "sani", che hanno preparato una vecchiaia prestigiosa, seguendo fin da giovani stili di vita sani, si presentano all'orizzonte. Negli USA, nel periodo 1982-1996, la percentuale degli anziani con disabilità cronica è diminuita del 4,3% con 1,4 milioni di disabili in meno rispetto ai disabili attesi. Al "paradigma del fattore di rischio" va sostituendosi il "paradigma del determinante sociale" della salute: le evidenze della salute pubblica, che si fonda sul controllo dell'ambiente e degli stili di vita, non coincidono con quelle della medicina classica. Oggi la medicina, per prevenire il danno

d'organo, tende ad abbassare sempre più la soglia della morbilità per cui, accanto al livello normale del colesterolo totale, pari a 240 mg per 100 ml, esiste un livello "desiderabile" pari a 200 mg per 100 ml, mentre la soglia per il diabete mellito è stata posta a un livello di glicemia a digiuno pari a 126 mg per 100 ml anziché a 140 mg per 100 ml. Come dice R. Virchow, un problema di massa, quale è quello legato all'invecchiamento della popolazione, richiede una soluzione di massa, richiede cioè l'upstream healthy public policy che riconosce nell'ambiente e nell'organizzazione sociale le fonti principali della menomazione e della malattia.

Friedrich Janz a 105 anni, mette in mostra i suoi bicipiti. Da un servizio di Peter Sager "Die Kraft von hundert Jahren"

(La forza dei cent'anni) Zeitmagazin, luglio 1981 Foto di Gerd Ludwig

---

*epidemiology and society*. J Public Health Policy 1985; 6: 15-36.

A. Tonks, *Medicine must change to serve an ageing society*. BMJ 1999; 319: 1450-51.

C. Vergani, *La nuova longevità*. Oscar Mondadori. Milano, 1997.

World Health Organization. The World Health Report 2000 - *Health systems: Improving performances*. Geneva,