

Pandemia e longevità

Luigi Pascalis*

DALLE INDICAZIONI DELLA SIGG AI DATI ISTAT, OMS E ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. UN EXCURSUS DETTAGLIATO FONTE DI NUMEROSE RIFLESSIONI SULL'UNIVERSO DEGLI OVER 75

Come non riflettere, con le dovute considerazioni, su quanto scritto poco tempo fa circa i nuovi anziani¹, alla luce di quanto sta capitando in Italia con l'epidemia Covid-19 in corso? La popolazione italiana può considerarsi più giovane: si è ufficialmente anziani dai 75 anni in su. La svolta è arrivata dal congresso nazionale della Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg), che si è svolto a Roma². Sport, alimentazione e uno stile di vita corretto ci permettono di essere sempre più longevi e di arrivare a età avanzata in buone condizioni fisiche. Una recente ricerca,



Luigi Pascalis

pubblicata sul *Journal of Applied Physiology*, sottolinea, infatti, come l'attività fisica potrebbe modificare il modo in cui invecchiamo. I ricercatori hanno messo in evidenza che le capacità aerobiche dei settantenni attivi sono migliori rispetto a quelle dei loro coetanei sedentari. E questo li rendeva di circa 30

anni biologicamente più giovani³. Un 65enne di oggi ha la forma fisica e cognitiva di un 40-45enne di 30 anni fa, un 75enne quella di un individuo che aveva 55 anni nel 1980. I dati demografici ci dicono che in Italia l'aspettativa di vita è aumentata di circa 20 anni rispetto alla prima decade del 1900. Non solo, larga parte della popolazione tra i 60 e i 75 anni, è in ottima forma e priva di malattie, per l'effetto ritardato dello sviluppo di malattie e dell'età di morte⁴. La popolazione invecchia, ma gli anziani di oggi sono sempre più indipendenti e autonomi. Tuttavia, "l'invecchiamento e il conseguente aumento di pazienti anziani complessi rappresenta un'importante sfida per i sistemi sanitari nazionali dei Paesi occidentali". In tal senso, le stesse linee guida, basate su dimostrazioni di effi-

cacia dei farmaci in studi clinici con controllo randomizzato (*randomized controlled trial*, Rct), altamente selezionati, raramente dedicati al paziente con comorbidità, soprattutto anziano; non inclu-

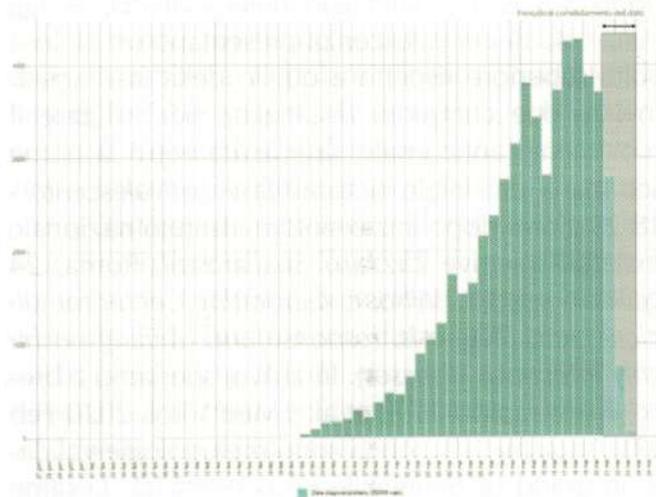


Figura 1 - Casi di Covid-19 diagnosticati dai laboratori regionali, per data prelievo-diagnosi (N=55.059)

dono studi condotti su pazienti complessi e fragili⁵. Ecco perché mi sembra opportuno un ripensamento della loro impostazione. Il 9 gennaio scorso l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha dichiarato che le autorità sanitarie cinesi hanno individuato un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo, provvisoriamente chiamato 2019-nCov e classificato in seguito ufficialmente con il nome di Sars-Cov-2. Il virus è associato a un focolaio di casi di polmonite registrati a partire dal 31 dicembre 2019 nella città di Wuhan, nella Cina centrale. L'11 febbraio, l'Oms ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus è stata chiamata Covid-19. Il 30 gennaio, l'Istituto superiore di sanità (Iss) ha confermato i primi due casi d'infezione da Covid-19 in Italia e il 21 febbraio il primo caso autotono in Italia. L'Iss, dal 28 febbraio, coordina un sistema di sorveglianza che integra a livello individuale i dati microbiologici ed epidemiologici forniti dalle regioni e province autonome e dal Laboratorio nazionale di riferimento per Sars-Cov-2 dell'Iss. Ogni giorno un'informatica dedicata riporta - con grafici, mappe e tabelle - una descrizione



della diffusione nel tempo e nello spazio dell'epidemia di Covid-19 in Italia e una descrizione delle caratteristiche delle persone affette - anziani, in Italia il 19 per cento degli over 65 è a rischio fragilità⁶ - una condizione che si aggrava con l'età, riguarda nello specifico il 12 per cento dei 65-74enni e il 30 fra gli *ultra* 85enni, è fortemente associata allo svantaggio socio-economico (sale al 28 fra le persone con molte difficoltà economiche e al 24 fra le persone con bassa istruzione) e disegna un chiaro gradiente geografico nord-sud (13 per cento nel nord vs 24 nel sud isole). È quanto emerge dalla sorveglianza di popolazione *Passi d'argento, 2016-2018*, che fornisce una misura in ambito epidemiologico della fragilità fra gli *ultra*65enni, misurata sulla perdita di autonomia nello svolgimento di alcune attività strumentali della vita quotidiana. Con la finalità di fornire un contributo alla prevenzione e al contrasto di questo fenomeno, l'Istituto superiore di sanità ha sviluppato un'app rivolta agli operatori socio-sanitari allo scopo d'identificare gli anziani a maggior rischio di fragilità a causa del loro scarso livello di attività fisica e poterli indirizzare verso un impegno funzionale idoneo alla loro condizione⁶. Nel contesto di un paese come il no-

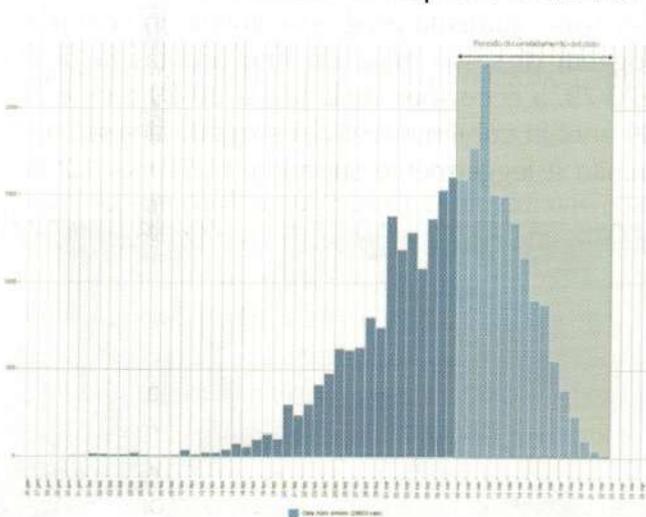


Figura 2 - Casi di Covid-19 diagnosticati dai laboratori regionali, per data d'inizio sintomi (N=29.603)

stro, tra i più longevi in Europa e nel mondo, l'invecchiamento della popolazione è al tempo stesso un trionfo e una sfida per la società. "Se da una parte l'allungamento della vita media è il risultato di continui e importanti traguardi in campo diagnostico e terapeutico, dall'altra l'aumento della proporzione di anziani, che diventano gli utenti principali delle risorse sanitarie, impone un'atten-

zione crescente alla promozione di un invecchiamento sano e attivo e all'ottimizzazione delle opportunità di salute, di accesso equo alla prevenzione e alle cure"⁶. Pertanto, avere la possibilità d'identificare in termini epidemiologici quella parte di popolazione anziana più vulnerabile o a rischio di fragilità diventa cruciale per programmare, sia a livello centrale che locale, politiche mirate ed efficaci che rendano reversibile questa condizione di rischio o ne rallentino la progressione verso la disabilità⁶. La sorveglianza *Passi d'argento* fornisce una misura della fragilità, in linea con il paradigma bio-psico-sociale, basata sulla capacità della persona *ultra*65enne di mantenere o meno piena autonomia nello svolgimento delle attività strumentali e fondamentali della vita quotidiana, e definisce anziano fragile la persona autonoma in tutte le attività fondamentali della vita quotidiana (Adl - mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) ma non autonoma nello svolgimento di due o più attività strumentali (Iadl - preparare i pasti, effettuare lavori domestici, fare la spesa, assumere farmaci, fare il bucato, utilizzare i mezzi di trasporto, gestirsi economicamente, utilizzare il telefono)⁶. Nei pazienti anziani, in base allo stato funzionale, si possono identificare tre gruppi di pazienti: i pazienti *Fit*, cioè quelli che non presentano disabilità o comorbilità e, quindi, candidati a un trattamento *standard*; i pazienti *deboli, vulnerabili, esposti, Unfit/Vulnerable*, che presentano diverse comorbilità, una disabilità, una sindrome geriatrica, candidati a trattamenti adeguati alle condizioni cliniche generali, con lo scopo di migliorare la qualità di vita; i *fragili, Unfit/Frail*, che non rientrano nelle prime due categorie e che possono giovare di un trattamento personalizzato, che ha come scopo, sia di migliorare la sopravvivenza, che la qualità di vita^{1,7}. Com'è noto, sulla base delle indicazioni emanate dal ministero della Salute nella circolare pubblicata il 25 febbraio scorso (protocollo 0005889-25/02/2020), la certificazione di decesso a causa di Covid-19 dev'essere accompagnata dal parere dell'Istituto superiore di sanità (Iss). Per questo motivo, è stato creato un gruppo di lavoro dedicato allo studio delle cause di morte dei pazienti deceduti che risultavano positivi all'infezione da Sars-Cov-2. L'analisi si basa sui dati contenuti nelle cartelle cliniche e nelle schede di morte Istat re-

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEI CASI DIAGNOSTICATI DAI LABORATORI DI RIFERIMENTO REGIONALE (N=73.780) E DEI DECESSI SEGNALATI (N=6.801) PER FASCIA DI ETÀ E SESSO

Classe di età	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. Casi	% Casi per sesso	N. Deceduti	% Deceduti per sesso	% Letalità	N. Casi	% Casi per sesso	N. Deceduti	% Deceduti per sesso	% Letalità	N. Casi	% Casi per classe di età	N. Deceduti	% Deceduti per classe di età	% Letalità
0-9	244	57,5	0	0,0	0,0	180	42,5	0	0,0	0,0	428	0,6	0	0,0	0,0
10-19	281	59,2	0	0,0	0,0	249	48,8	0	0,0	0,0	532	0,7	0	0,0	0,0
20-29	1203	44,3	0	0,0	0,0	1510	55,7	0	0,0	0,0	2718	3,8	0	0,0	0,0
30-39	2405	49,7	14	0,6	0,6	2494	50,3	3	0,1	0,1	5003	6,8	17	0,2	0,3
40-49	4597	50,1	49	1,1	1,1	4570	49,9	13	0,3	0,3	9295	12,6	67	0,7	0,7
50-59	7998	55,8	180	2,3	2,9	6037	44,2	52	0,9	0,8	14068	19,2	243	1,7	1,7
60-69	8755	59,6	406	4,7	5,4	4204	30,4	164	3,9	4,5	13243	18,1	761	5,7	5,7
70-79	9309	60,1	1040	11,2	12,0	4781	30,9	555	11,6	11,6	14898	20,3	2422	16,3	16,3
80-89	6190	50,7	1000	16,3	26,2	4734	40,3	894	18,9	18,9	11021	14,9	2122	19,2	24,6
≥90	897	35,1	273	30,4	33,9	1940	64,9	324	16,7	20,4	2538	3,4	608	8,9	24,0
non nota	125	56,0	0	0,0	0,0	108	84,0	0	0,0	0,0	248	0,3	0	0,0	0,0
Totale	42049	57,6	4788	11,4	11,4	32099	42,4	2810	8,8	8,8	73780	99,9	6801	9,2	9,2

Figura 3

» canti le cause di decesso di questi pazienti. La raccolta dati avviene tramite la piattaforma web <http://covid-19.iss.it>, già utilizzata dalla sorveglianza nazionale, epidemiologica e virologica, dei casi di Covid-19 in Italia (coordinata dall'Iss e attivata dalla circolare ministeriale del 22 gennaio, n. 1997). Il rapporto sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a Covid-19 in Italia viene pubblicato su questa pagina il martedì e il venerdì⁶. (Task force Covid-19 del Dipartimento malattie infettive e servizio d'informatica, Iss. Epidemia Covid-19, Aggiornamento nazionale: 23 marzo 2020). **La situazione nazionale.** Alle 16 del 26 marzo scorso, complessivamente sono stati riportati sulla piattaforma 73.780 casi di Covid-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionale come positivi per Sars-Cov-2 (15.781 casi in più rispetto al precedente bollettino riferito al 23 marzo 2020). È stata confermata la diagnosi d'infezione da Sars-Cov-2 nel 99 per cento dei campioni inviati dai laboratori di riferimento regionale e processati dal laboratorio nazionale di riferimento (Iss). Sono stati notificati 6.801 decessi (1.782 decessi in più rispetto al precedente bollettino). La figura 1 mostra l'andamento dei casi diagnosticati per data di prelievo-diagnosi (disponibile per 70.418-73.780 casi). Si conferma un andamento tendenzialmente in crescita delle nuove diagnosi dal 20 febbraio al 20 marzo 2020. Per i giorni successivi il decremento osservato è verosimilmente dovuto al ritardo di almeno due-tre giorni (tempo tra tampone effettuato, successiva diagnosi e notifica) per avere il consolidamento dei dati. La data d'inizio sintomi è al momento disponibile solo in 37.403 dei 73.780 casi. Questo può essere dovuto al fatto che una parte dei casi diagnosticati non ha ancora sviluppato sintomi e-

dal mancato consolidamento del dato stesso. La figura 2 mostra la distribuzione dei casi per data inizio dei sintomi, che evidenzia come i primi casi sintomatici risalgano alla fine di gennaio, con un andamento in crescita del numero di casi fino al 10 marzo scorso. Anche in questa situazione il piccolo osservato non tiene conto sia del ritardo della segnalazione che dei casi che potrebbero aver sviluppato i sintomi dopo il 10 marzo. • I dati più recenti devono essere considerati provvisori sia per il ritardo di notifica dei casi più recenti, sia perché casi non ancora diagnosticati riporteranno in parte la data d'inizio sintomi nei giorni del riquadro grigio. • Il tempo mediano trascorso tra la data d'insorgenza dei sintomi e la data di diagnosi è di tre giorni per il periodo 20-29 febbraio (calcolato su 1.643 casi), di quattro giorni per il periodo 1-10 marzo (10.110 casi), di cinque giorni dall'11 al 26 marzo (24.380 casi). • Complessivamente, 42.049 casi sono di sesso maschile (58 per cento). • L'età mediana è di 62 anni (range 0-100). • La tabella 1 mostra la distribuzione dei casi e dei decessi segnalati per sesso e fasce di età decennali. • L'informazione sul sesso è nota per 73.044-73.780 casi. La differenza nel numero di casi segnalato per sesso aumenta progressivamente in favore dei soggetti di sesso maschile fino alla fascia di età ≥70-79, a eccezione della fascia 20-29 anni e 30-39 anni in cui il numero dei soggetti di sesso femminile è leggermente superiore (1.510 vs 1.203 -



2.494 vs 2.465). Nella fascia di età ≥ 90 anni il numero di casi di sesso femminile supera quello dei casi di sesso maschile, probabilmente per la struttura demografica della popolazione. • La letalità, riportata in tabella 1 evidenzia un incremento con l'aumento della fascia di età. Si osserva, inoltre, una letalità più elevata nei soggetti di sesso maschile in tutte le fasce di età. Tra i soggetti deceduti, complessivamente è stata segnalata alme-

