

IL GIORNALE DELLA

# Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri



*Longevità: secondo i calcoli del Fondo monetario internazionale l'allungamento della vita media sta diventando un problema non solo da un punto di vista previdenziale, ma anche da quello assistenziale, sanitario e del vivere civile*

3

**FONDAZIONE**  
Passaggio  
di consegne  
all'Enpam

4

**LONGEVITÀ**  
Nuove  
sfide  
per l'Ente

14

**5 X MILLE ALL'ENPAM**  
Aiutare  
i colleghi  
che soffrono

periodico

DCOER1618

Omologato

Posteitaliane

Poste Italiane SpA  
Spedizione in Abb. Post.  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004  
n. 46) art. 1, comma 1  
CNS/AC-Roma

## Longevità, il Fondo Monetario lancia l'allarme

L'allungamento della vita media sembra diventare un problema. Le nuove sfide anche sul piano sociale legate all'aumento dell'aspettativa di vita. Necessaria una maggiore flessibilità delle istituzioni

**S**copriamo che la tanto agognata longevità rappresenta un ostacolo: in base ai calcoli del Fondo Monetario Internazionale (FMI) se la vita media si allungherà di almeno tre anni, il costo dell'invecchiamento della popolazione aumenterà del 50 per cento. Entro il 2050, infatti, l'aspettativa di vita dopo i 60 anni nei paesi occidentali raggiungerà i

26 anni, con un miglioramento stimato in un mese all'anno. Le conseguenze sono maggiori costi per le pensioni e per le prestazioni assistenziali.

La prima risposta al grido di allarme lanciato dal FMI si è avuta nel corso del G 20 svoltosi a Washington lo scorso mese di aprile, quando i paesi membri hanno stanziato 430 milioni di dollari.

Per compensare questo andamento, secondo il Fondo, è necessario dunque allungare l'età pensionabile, aumentare i contributi e ridurre i benefit. Non solo. I governi dovrebbero mettere in atto metodi per condividere il rischio anche con il settore privato, promuovere la crescita dei mercati e offrire una migliore informazione sulla longevità insieme a una mi-

gliore educazione finanziaria.

“I paesi – ha affermato Christine Lagarde, direttore generale del FMI – quando necessario dovrebbero aumentare l'età pensionabile in linea con la crescente speranza di vita, il consiglio è di impostare regole automatiche che facilitano questo processo. Il processo è dinamico: se l'aspettativa di vita aumenta di un anno, a sua volta l'età di pensionamento dovrebbe essere ritardata di un anno. È importante che le istituzioni che offrono le pensioni siano flessibili: se non è possibile aumentare le tasse o aumentare l'età pensionabile, potrebbe essere necessario revocare i benefici”.



di Mario Barbagallo (\*)

**N**onostante non esista una definizione univoca (né criteri diagnostici accettati universalmente) della “sindrome di fragilità”, per essa si intende una condizione clinica complessa caratterizzata da una precarietà degli equilibri biologici, con riduzione della riserva funzionale, che facilita l'in-

## Approccio multidisciplinare per il paziente anziano fragile

sorgenza di più patologie, a determinare la quale concorrono fattori di ordine biologico (il progredire dell'età), di ordine patologico (ma spesso senza una patologia specifica inquadrabile nosologicamente che si possa responsabilizzare), ma anche di ordine psicologico, di ordine economico, di ordine sociale, di ordine residenziale. Da un punto di vista clinico la definizione “anziano fragile” viene utilizzata per indicare quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, spesso cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di

salute instabile, frequentemente disabili o a rischio di diventarlo, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico. Sulla base di questa definizione, la fragilità comporta un rischio elevato di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale ed un elevato consumo di risorse.

L'anziano “fragile” necessita di una particolare attenzione sotto il profilo clinico perché può presentare, per identiche malattie, alcune specifiche peculiarità rispetto alle espres-

sioni cliniche abituali nelle altre età della vita, quali la elevata frequenza di più patologie presenti contemporaneamente (pluripatologia), la diversità nella sintomatologia di esordio e nel decorso delle malattie, la particolare frequenza e gravità delle complicanze, l'elevato rischio di patologia iatrogenica (da farmaci, ma anche danni da omissioni ed errori nella metodologia assistenziale), la tendenza all'invalidità permanente e alla perdita dell'auto-sufficienza, la commistione nel singolo paziente di problemi sanitari, psicologici e

sociali. L'associazione di diverse patologie peggiora la situazione clinica complessiva del singolo malato fragile con omeostasi precaria, indipendentemente dall'importanza della malattia attuale e dalla sua intrinseca gravità. Le ricadute pratiche di questo aspetto sono di diverso ordine: 1) clinico-diagnostico, per la necessità di discernere tra patologie croniche quiescenti e patologie acute o riacutizzate e di identificare tra queste la patologia responsabile del quadro clinico emergente e la sua eventuale tendenza evolutiva; 2) terapeutico, per la necessità di selezionare tra i vari trattamenti proponibili quelli più indicati per la situazione clinica attuale; 3) assistenziale, per prendere le decisioni più opportune e adottare i provvedimenti operativi più idonei al fine di portare beneficio attuale al paziente, ma anche di non peggiorarne la qualità di vita in prospettiva.

Le complicanze (il cui rischio è estremamente elevato nel paziente fragile) possono schematicamente essere comprese in una triade: 1) facilità agli scompensi d'organo e metabolici; 2) frequente comparsa di emergenze cliniche a carico di organi non primitivamente interessati dalla malattia attuale (scompensi a cascata); 3) facilità alla insorgenza di circoli viziosi. Per scompensi a cascata (un esempio nello schema di lato) si intendono situazioni cliniche caratterizzate dall'emergenza, spesso in successione, di una

sofferenza funzionale di uno o più organi o apparati (differenti da quelli primariamente interessati dalla noxa patogena attuale), come conseguenza della precarietà della omeostasi e della riduzione del margine di riserva funzionale dei singoli organi, caratteristiche dell'organismo senile, e che costituisce l'essenza stessa della "estrema vulnerabilità" del paziente fragile. L'importanza pratica della conoscenza e della identificazione della "cascata" sta nel fatto che non di rado il quadro clinico dominante è quello relativo alle complicanze emergenti piuttosto che quello legato alla patologia iniziale, con il rischio, da un lato di una errata interpretazione degli eventi clinici e dall'altro di trattamenti inadeguati e della omissione della terapia più utile, che è quella diretta alla patologia che ha scatenato la sindrome. Infine la formazione di circoli viziosi fa sì che un evento di per sé poco rilevante possa acquistare carattere di gravità crescente, per cui in definitiva si realizzano conseguenze sfavorevoli, e spesso irrimediabili, sull'autosufficienza e anche sulla sopravvivenza che scaturiscono dalla successione perversa di eventi autopotenziati, piuttosto che dalla importanza e dalla qualità dell'evento patologico primario. Il meccanismo fisiopatologico di questi particolari aspetti clinici del paziente fragile è da riportare al deterioramento senile dei di-

versi organi ed alla precarietà omeostatica dell'organismo senile, in relazione alla riduzione del margine di riserva funzionale (omeostenosi), che si esaurisce facilmente in conseguenza di fattori scatenanti di vario ordine (metabolico, tossinfettivo, emodinamico o da farmaci). La conseguenza è l'elevato rischio dell'emergenza di deficit funzionali globali, anche in relazione a processi morbosi di entità modesta, che spiega il rischio elevato di perdita dell'autosufficienza e la tendenza all'invalidità. Tenendo presente tale rischio va sottolineata la necessità di realizzare sempre nel paziente anziano un'attenta valutazione multidimensionale geriatrica ed un approccio diagnostico-terapeutico globale che riguardi, quindi, non solo l'aspetto biologico

e sanitario in senso stretto, ma altresì quello psicologico e sociale.

Queste peculiarità sono alla base della necessità di utilizzare metodiche diagnostiche ed assistenziali specifiche per il paziente geriatrico, che implicano il coinvolgimento di un team di differenti figure professionali, e di una continuità delle cure nei vari setting assistenziali (ospedale, strutture residenziali e il territorio) con percorsi assistenziali appropriati per la persona anziana fragile. •

(\*) *Professore Ordinario di Geriatria - Direttore U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza AOUP Paolo Giaccone Palermo*

(Bibliografia disponibile in redazione)

#### Esempi di possibili scompensi a cascata e "circoli viziosi" avviati da un abuso di ipnoinducanti

