

Invecchiare in salute: la scommessa si vince prima dei 50 anni

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Commento a:

Tipirneni R, Karmakar M, Ayanian JZ, Zivin K, Maust DT, Langa KM.

Predictors and consequences of poor health trajectories among US adults ages 50-64: a latent class growth analysis

J Gen Intern Med. 2026 Jan;41(1):83-92. doi: 10.1007/s11606-025-09436-3. Epub 2025 Mar 6. PMID: 40050557; PMCID: PMC12855676

Dal 2010 si osserva negli Stati Uniti un allarmante declino dello stato funzionale e della speranza di vita negli adulti tra i 50 e i 64 anni, legato a malattie croniche, disuguaglianze socioeconomiche e scorretti stili di vita. Gli studi pregressi, per lo più trasversali, non hanno chiarito l'evoluzione dinamica dell'invecchiamento né il ruolo della continuità assicurativa. Lo studio di Renuka Tipirneni e collaboratori, della University of Michigan ad Ann Arbor (Stati Uniti), analizza l'eterogeneità delle **traiettorie di salute** nella mezza età e ne quantifica l'impatto clinico ed economico dopo i 65 anni.

L'analisi è stata condotta sui dati longitudinali relativi a **12.333 individui** (Health and Retirement Study, coorti 1942-1959), seguiti tra il 1998 e il 2018. Le misure considerate tra i 50 e i 64 anni includono:

stato di salute auto-riferito (scala a 5 punti, da eccellente a scadente);**limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana** (Activities of Daily Living, ADL): camminare, vestirsi, lavarsi, alimentarsi, trasferirsi dal letto alla sedia, usare il bagno; range 0-6);**limitazioni nelle attività strumentali quotidiane** (Instrumental Activities of Daily Living, IADL): mangiare, dare la spesa, usare il telefono, assumere i farmaci, gestire il denaro; range 0-5). Tramite la **Latent Class Growth Analysis** (un metodo statistico longitudinale per identificare sottogruppi nascosti all'interno di una popolazione in base a come gli individui cambiano nel tempo), sono state identificate quattro distinte traiettorie di salute fra i 50 e i 64 anni), **con due importanti premesse:**

il livello basale di salute e funzionalità a 50 anni risulta più determinante del tasso di declino successivo;i profili di invecchiamento si strutturano frequentemente prima dei cinquant'anni. Vediamo in sintesi le caratteristiche delle quattro traiettorie.

Healthy Agers (Anziani sani – 14,2%; N = 1.505)

E' il gruppo di riferimento, caratterizzato da un decorso di salute ottimale. A 50 anni presenta una probabilità di salute molto buona o eccellente prossima al 100%, e stabilmente al di sopra del 95% fino a 64 anni. Sul piano funzionale il gruppo non mostra alcun tipo di disabilità: le limitazioni ADL e IADL sono costantemente nulle (medie ~0) lungo tutto il periodo, confermando che si tratta di persone pienamente autonome.

Less Healthy Agers (Anziani meno sani – 40,7%; N = 4.626)

E' la classe più numerosa. Mostra una salute percepita inferiore rispetto ai sani: la probabilità di salute molto buona o eccellente è del 75-80% a 50 anni, e cala gradualmente al 60% a 64 anni. Tuttavia, il profilo funzionale resta favorevole: le ADL restano stabilmente a zero e le IADL mostrano solo un lievissimo rialzo a 64 anni ($\sim 0,1$), a conferma che l'autonomia di queste persone non è a rischio.

Unhealthy Aged, Low Baseline (Anziani non sani e con un basso livello di salute al basale – 31,0%; N = 4.196)

Coinvolge quasi un terzo del campione. La salute percepita è già compromessa a 50 anni: la probabilità di salute molto buona o eccellente è inferiore 20% e scende sotto il 10% entro i 64 anni. Sul versante funzionale si manifesta un deterioramento progressivo e continuo sia nelle ADL (fino a 0,25-0,30) sia nelle IADL ($\sim 0,15$ -0,20).

Persistently Ill (Malati persistenti – 14,1%; N = 2.006)

E' la coorte più compromessa. La salute percepita è pessima fin dall'inizio: la probabilità di salute molto buona o eccellente è del 5-10% a 50 anni e risulta azzerata a 64 anni. Il tratto distintivo è un'elevata disabilità già a 50 anni ($\sim 1,2$ ADL e $\sim 0,8$ IADL), che si aggrava fino a $\sim 1,8$ ADL e $\sim 1,2$ IADL a 64 anni, denotando una cronicità severa già radicata prima dei 50 anni.

Rispetto agli Healthy Aged, i principali fattori predittivi di traiettorie sfavorevoli sono:

Profilo sociodemografico ed etnico: il genere maschile accresce la probabilità di appartenere a Persistently Ill (OR 1,90) e Unhealthy Aged (OR 1,39). L'etnia nera non ispanica (OR 2,19 per Persistently Ill; OR 1,82 per Unhealthy Aged) e l'origine ispanica (OR 4,33 per Persistently Ill; OR 3,47 per Unhealthy Aged) correlano fortemente con l'invecchiamento patologico, riflettendo disparità strutturali di salute.

Status socio-economico: un basso livello di istruzione quadruplica il rischio di appartenere a Persistently Ill (OR 4,48) e triplica quello per Unhealthy Aged (OR 3,57). Un reddito pari o inferiore al 250% della soglia di povertà federale predice fortemente esiti negativi (OR 3,97 per Persistently Ill; OR 2,32 per Unhealthy Aged). Al contrario, un patrimonio collocato nel quartile più alto (OR 0,35) e un'occupazione stabile (OR 0,11) risultano protettivi.

Quadro clinico e stili di vita: il diabete accresce marcatamente il rischio di percorsi patologici (OR 7,96 per Persistently Ill; OR 6,90 per Unhealthy Aged), cardiopatie (OR 9,47), ictus (OR 8,60), artrite (OR 9,86), disturbi psicologici (OR 10,76) e ipertensione (OR 3,34). Il fumo quadruplica il rischio (OR 4,57). L'obesità mostra un netto gradiente: rispetto al normopeso, l'obesità grave (BMI ≥ 35) incrementa di oltre 13 volte la probabilità di Persistently Ill (OR 13,69) e di oltre 10 volte quella di Unhealthy Aged (OR 10,86).

Fattori assistenziali: una copertura assicurativa continua tra i 50 e i 64 anni riduce significativamente il rischio di invecchiamento patologico (OR 0,76 per Unhealthy Aged; OR 0,73 per Less Healthy Aged). La mancata aderenza alle terapie per motivi di costo predice fortemente l'appartenenza a Persistently Ill (OR 5,29). Le visite mediche frequenti riflettono un maggior ricorso alle cure indotto dal carico morbosità (OR 1,68 per Persistently Ill).

Le traiettorie negative di mezza età proiettano gravi esiti sulla vita senile dopo l'accesso a Medicare (tipicamente a 65 anni):

ospedalizzazioni: fra i 65 e i 67 anni, il tasso di ricovero è 1,83 volte maggiore nei Less Healthy Agers, 3,66 volte negli Unhealthy Agers e 7,71 volte nei Persistently Ill rispetto agli Healthy Agers;

spesa out-of-pocket: i costi diretti a carico dei pazienti sono significativamente superiori nei gruppi compromessi ($\beta = 0,53$ per Unhealthy Agers; $\beta = 0,44$ per Persistently Ill; $\beta = 0,19$ per Less Healthy Agers), superando i 2.000-2.200 dollari rispetto ai circa 1.300 degli Healthy Agers;

mortalità per tutte le cause: il rischio è doppio nei Less Healthy Agers (HR 2,00), oltre 5 volte superiore negli Unhealthy Agers (HR 5,66) e oltre 13 volte superiore nei Persistently Ill (HR 13,31) rispetto agli Healthy Agers.

Conclusioni e sanità pubblica

I percorsi di invecchiamento non sano si determinano in gran parte, e possono essere identificati, prima dei 50 anni.

L'accesso a Medicare a 65 anni giunge troppo tardi per invertire deficit consolidati.

E' quindi prioritario anticipare gli interventi: oltre al controllo precoce dei rischi clinici (diabete, obesità, fumo), occorre garantire una copertura assicurativa continua nella giovinezza e nella mezza età, e contrastare le disuguaglianze socio-economiche e razziali secondo l'approccio "Health in All Policies", la strategia di governance che integra la tutela della salute e dell'equità in ogni decisione politica e pubblica, anche in settori non strettamente sanitari.