

LA FRAGILITÀ DELLA VECCHIAIA

LUIGI MARIA PERNIGOTTI *

“La fragilità della vecchiaia” è un termine tanto comprensibile quanto indefinito: ossia è ben noto che il periodo della vecchiaia dell'uomo è sempre stato riconosciuto come un momento di debolezza, più o meno rispettata, ma per quanto la debolezza delle persone che invecchiano sia una caratteristica intuibile, ben presente nell'immaginario collettivo, dal punto di vista medico sfugge la definizione precisa e misurabile della vecchiaia dell'individuo della nostra società. La medicina non conosce appieno quali siano le età dell'orologio della vita, i tempi in cui l'invecchiamento segna i passaggi dalla buona alla cattiva salute e alla morte. Si conoscono alcuni dei meccanismi dell'orologio: riguardano temi di genetica, di medicina, di sociologia.

Per il mantenimento della salute nel corso della vita, dal punto di vista genetico pare che l'eredità di geni di lunga sopravvivenza conti meno dell'eredità di geni che rafforzano la resistenza alle malattie, soprattutto quelle che dipendono dai fattori di rischio cardiocircolatori. Si eredita la capacità di una maggiore o minore forza nel sopportare i danni delle fatiche del lavoro, degli stili di vita sedentari ed accrescenti i processi arteriosclerotici vascolari e degenerativi cerebrali.

Un ruolo importante nel determinare il passaggio dalla salute alla malattia un tempo era tenuto dal contagio di malattie infettive, oggi è tenuto dal contrarre malattie cronico-degenerative. Esse conseguono a tante cause, che spesso hanno ruolo sinergico, e consistono di interazione tra aspetti genetici con il modo di vivere. Nella più parte dei casi i segni più limitanti dell'uomo che invecchia coincidono con i segni delle malattie croniche e degenerative che si sono sviluppate in decenni di vita, spesso misconosciute prima che superino l'orizzonte clinico, solo in parte cancellabili con le cure. Per il controllo dello sviluppo e dell'evoluzione di queste malattie, specie quando manchi una resistenza genetica, conta molto la conduzione di stili di vita corretti.

In ultimo, si deve considerare un terzo fattore che condiziona la forza dell'individuo e consente la vita libera e sana per lunghi tempi, oggi si dice sino a cent'anni: l'elemento sociologico. Nella storia dell'umanità la lunghezza della vita è stata condizionata dal modo in cui l'uomo ha affrontato l'organizzazione sociale per procacciarsi cibi e proteggersi dagli insulti ambientali. Dal modo di spartirsi nel gruppo ruoli e compiti diversi per ciascuno, si sono creati diversi modelli di aggregazioni. Alcuni modelli vincenti hanno raggiunto il minor dispendio di fatica dei singoli ed i più alti risultati per il benessere di tutto l'intero gruppo, salvaguardando l'identità e le libertà d'espressione individuali e disegnando lo sviluppo della civiltà con il rispetto della salute dell'anziano. Sotto questa luce il nostro Paese è risultato il laboratorio sperimentale più avanzato, nel quale si è dimostrato come la cultura della civiltà, e del rispetto di ogni individuo, anche vecchio e malato, possa condizionare il raggiungimento della longevità, più che in ogni altro Paese, di simile dimensione, in Europa e nel mondo.

L'elemento sociale si è dimostrato essere un tema determinante e modificabile. Si tratta di riferimenti alle variazioni di crescita e sviluppo delle genti a seconda della loro storia sociale, ma non solo guardando alle variazioni antiche del mondo, quando le genti hanno modificato il modo di procacciarsi il cibo trasformandosi da cacciatori ad agricoltori, da agricoltori ad operai, da lavoratori manuali a gestori delle macchine. Anche nel mondo contemporaneo l'assetto organizzativo pare condizionare rapidamente il modo di invecchiare e morire: è ben noto come l'età della vita sia diversa tra Paesi sviluppati e del sottosviluppo. Come esempio si può citare quanto è accaduto in Europa, in tempi vicini, nel dopoguerra dello scorso secolo, quando abbiamo toccato con mano come la sopravvivenza del popolo tedesco sia stata condizionata, prima della caduta del muro di Berlino, dall'assetto sociale. Negli anni della divisione, a seconda dell'assetto socio politico, si è osservata una crescita delle età della vita

* Direttore del Dipartimento di geriatria dell'Asl 1, Torino.

nella Germania dell'ovest ed una sua diminuzione nella Germania dell'est, pur trattandosi di popolazioni genericamente simili: alla fine del conflitto mondiale l'attesa di vita alla nascita per i tedeschi suddivisi nei due blocchi, orientale ed occidentale, ha iniziato a divenire diversa con un incremento notevole per quelli che abitavano nell'occidente, sin tanto è rimasta la suddivisione politica; dopo la riunificazione, dalla caduta del muro, rapidamente in pochi anni, con il miglioramento delle condizioni socio-ambientali, gli abitanti dell'est hanno raggiunto una speranza di vita alla nascita pari a quella dei loro fratelli dell'ovest.

La prima conclusione di questa chiacchierata è che si deve trarre stimolo dalla nostra storia a seguire l'applicazione di principi di organizzazione come quelli che hanno segnato la crescita del nostro Paese, perché essi sono stati garanti della più alta possibilità di invecchiare con una progressiva riduzione dei mali della vecchiaia, un po' perché, nella nostra organizzazione, la vecchiaia, anche se malata, è stata rispettata e curata dando significato all'esistenza anche negli ultimi anni delle nostre vite, un po' perché la garanzia del rispetto dei diritti di vita di tutti ha portato ad una ricaduta biologica di rafforzamento della limitazione della fragilità dell'anziano.

Nel passato la maggior parte delle persone invecchiavano con un declino delle funzioni dei loro organi secondo una linea della quale si conosceva, a grosse linee, la velocità ed il raggiungimento di una situazione di incapacità alla sopravvivenza o di dipendenza della vita dall'aiuto di altri o dalle cure. Su queste esperienze si è costruito nel tempo, accanto all'immagine sociale dell'anziano, di una persona che è definibile vecchia perché non più inserita nel mondo produttivo e lavorativo, un tentativo di definire il declino da invecchiamento, e si è anche costruito un canone, un insieme di parametri della vecchiaia correlati alla diminuzione delle funzioni dei molti organi dell'organismo della maggior parte delle persone che raggiungevano l'età anziana.

Le stigmate medico biologiche della persona anziana hanno condizionato la sua rappresentazione sociale in un sistema di pensiero, definito "deficit model", nel quale l'invecchiamento è stato associato con la malattia fisica e psichi-

ca e con tutti i problemi psico-sociali che questa comporta: il decadimento, la diminuzione delle forze, l'aumento delle patologie sono diventati sinonimi di anziano. In un contesto dominato da questo pensiero i nuovi assetti sociali costruiti dalle forze di lavoro dei giovani adulti hanno condotto al ridimensionamento di un patto sociale che gli anziani di oggi, quando erano giovani adulti, avevano costruito. Per la prima volta nella storia nel nostro Paese assistiamo all'inversione di quel fondamentale momento di sviluppo che portava il potere economico dei figli a livelli superiori a quello dei genitori. Si configura uno scenario nel quale il problema della nostra società viene palesato quale "il problema degli anziani" e non quello dei giovani adulti che sono venuti meno al patto sociale, allargandosi la visione di uno stereotipo di vecchio disperato e solo che non pare corrispondere alla realtà della persona anziana di oggi.

Oggi nel nostro Paese, in modo che segna un cambiamento rapido, avvenuto in pochi decenni, siamo in difficoltà a riconoscere modificazioni chiare che nell'uomo contemporaneo segnano il momento dell'invecchiamento. L'individuo anziano ed anche molto anziano dei Paesi occidentali spesso non dimostra quei segni di declino che erano propri dell'anziano di un tempo passato. Con questa osservazione non si annulla lo spettro di una possibile perdita della capacità di essere autonomi, nei movimenti e nel pensiero, quando si raggiunge l'età anziana e molto anziana. Il fatto è che oggi iniziamo a riconoscere che quando insorgono limiti funzionali nella persona anziana la loro causa non è l'età od i processi d'invecchiamento, ma l'evoluzione di malattie croniche. È pur vero che esse raggiungono l'individuo tanto più esso si esponga al rischio di contrarle ed il tempo, il passare degli anni, è una inevitabile esposizione maggiore.

La debolezza della vecchiaia sta nell'aumento dei rischi di esposizione ad ammalarsi, ma la debolezza non è di per sé correlata a sicuri meccanismi di invecchiamento. Quindi la fragilità della vecchiaia non è l'essenza dell'invecchiamento ma è il segno di malattie, di processi che nell'anziano sono più frequenti, che non si collegano necessariamente a processi biologici e psicologici dell'invecchiamento. Volendo rappresentare ciò che capita in una persona

durante il tempo della vita in un grafico che correla la fragilità al passare del tempo, definendola come riduzione progressiva della omeostasi e delle capacità di compenso ai danni da consumo che precedono la disabilità, possiamo osservare come le perdite di funzioni esplodono clinicamente, rendendo la persona non autosufficiente quando le perdite delle capacità di compenso superano una determinata soglia. La pendenza della discesa verso il non funzionamento dell'organismo è variabile, in alcuni casi ripida e precoce, nel cosiddetto invecchiamento patologico, in altri poco inclinata e tardiva, in altri ancora molto lenta, nel cosiddetto invecchiamento di successo. I determinanti della variabilità risiedono in un complesso causale, nel quale le malattie giocano l'aspetto più importante: esse in generale possono essere intese come incapacità del corredo genetico a resistere agli stress ambientali, alle fatiche della vita, agli insulti che incidono sul corpo durante l'esistenza e che aumentano dal distaccarsi da una esistenza condotta con stili di vita corretti ed equilibrati. Quindi un insieme in cui conta l'aspetto genetico, ma in cui l'espressione del gene è condizionata dal modo di vivere. Le conoscenze che hanno chiarito come gli aspetti genetici della persona, l'ereditarietà, pur rimanendo un elemento centrale del condizionamento dell'esistenza dell'individuo può essere condizionata dai determinanti ambientali, e quindi relazionali, prendono il nome di epigenetica.

La seconda conclusione che si delinea è che la fragilità dell'anziano inizia oggi ad essere riconosciuta come somma di aspetti biologici e di variabilità sull'individuo dell'impatto delle relazioni che caratterizzano la sua esistenza. Siamo quindi indotti a ritenere che la fragilità dell'anziano sia un concetto identificativo che trascende i riferimenti semantici alla debolezza della persona e dei suoi costituenti fisici, psicologici e sociali e si sostanzia come debolezza dell'esistenza misurata in termini di interventi possibili e realizzabili per risolvere il bisogno, ovvero l'attesa per abolire o ridurre le cause di problemi affrontabili. In questo pensiero si riassume una concezione che rimette la fragilità alla responsabilità degli altri e la misura come capacità degli altri di sviluppare dinamiche di protezione e solidarietà.

Con gli assunti di quanto detto il tema della fragilità si sposta da argomento strettamente medico e psicologico ad argomento dei principi esistenziali, quello del mantenere o respingere i principi ispiratori del vivere in civiltà. Se si è raggiunto un limite di età crescente per la maggior parte dei nostri cittadini, ciò è dovuto al fatto che nel nostro sistema di vita, pur nei cambiamenti politici, ha trionfato la crescita di principi solidaristici di protezione dei deboli. Il rischio del contempo è che questo sistema si interrompa, che nella contingenza si rafforzino i raggruppamenti di forza tra persone di diverse età e di ruolo sociale distinto per età, limitando l'esistere intergenerazionale. Si configura la necessità che rinasca un pensiero forte per legare il significato dell'esistenza alla forza della sua essenza, al respiro vitale in tutto il corso della durata della vita, senza ancorarlo a significati utilitaristici ristretti di uomo sociale perché economico.

Trasferire il problema della fragilità della vecchiaia da una considerazione biologica e psicologica ad una esistenziale, sociale ed economica può apparire un allontanarsi dalla medicina, perché questa è incapace a dettare un rimedio scientifico contro la fragilità, una ricetta contro l'indebolimento, una pozione per rinforzarsi nel corso della vita. Non è così. La medicina di oggi continua a scoprire sempre maggiori interazioni tra le modificazioni del corpo e della mente e l'esistenza di relazioni di vita condizionate dall'assetto sociale in cui si vive. In una nostra ricerca si era individuato come le relazioni deboli del quotidiano, le emozioni delle giornate comuni, divengono elementi sostanziali per il mantenimento della carica di salute anche degli anziani più malati. In un ampio campione di cittadini torinesi, molto anziani, da un lato abbiamo contato un numero di malattie croniche ed attive molto elevato, dall'altro abbiamo misurato come in predominanza essi, pur spesso molto malati, continuavano ad aver più emozioni positive che negative. Più contentezza, soddisfazione, gioia che tristezza, rabbia, sconforto. Tutti essi peraltro vivevano nella loro casa, ed allora il mantenimento della casa, un vivere "avendo qualcosa", diviene elemento condizionante, protezione contro la crescita dei cambiamenti biologici che stanno alla base dell'interruzione delle reti in cui nel cervello si muovono i

neurotrasmettitori che sostengono il mantenimento delle emozioni positive e negative. Nelle visioni più recenti del complesso neurobiologico il modello di un cervello che con il tempo perde irreversibilmente neuroni e possibilità di sopravvivenza delle reti di trasmissioni è via via superato da nuovi scenari che considerano la neurogenesi anche nell'uomo, come è dimostrato nei viventi di specie inferiori, con la possibilità di una crescita sostitutiva degli elementi che il tempo deteriora a sostegno di ipotesi di una reale plasticità cerebrale. Negli studi più recenti si intravedono interrelazioni tra plasticità del cervello, possibilità quindi di mantenere funzioni corticali elevate ad ogni età, ed attività fisica. Si iniziano a riconoscere evidenze scientifiche che sostengono gli antichi assunti che accostavano la salute al mantenimento del movimento e dell'attività della persona anziana.

Si può quindi prospettare una possibile via per contrastare la fragilità della vecchiaia. Permettere all'anziano uno stato sociale che gli consenta spazi nel vivere sociale, anche attività lavorativa, sino a tarda età, è prerequisito perché la persona che invecchia trovi stimolo a continuare l'esistenza emotiva e la estrinsechi con risposte motorie che la consolidino.

Resta infine quanto è più grave affrontare. Quando il ritiro sociale diviene elemento di una tematica medica espressiva di depressione o ancora più di consolidato deterioramento degenerativo. Il dramma della depressione misconosciuta è affrontabile con approcci farmacologici e non farmacologici: l'infragilirsi del paziente depresso è problema di una organizzazione sanitaria che deve ancora compiere un salto qualitativo che consenta una vicinanza all'anziano, il riconoscimento medico precoce di stati di malattia ancora curabili. Le cure in questo ambito non si possono ricondurre a ricette, comportano una osservazione sistematica dello stato di salute della popolazione anziana a rischio di malattia ed il precoce inizio di percorsi di cura ed assistenza pianificati ed individualizzati, non in ultimo, attenti anche alla salute dei prossimi del malato, dei cosiddetti *caregiver*. Obiettivo delle cure, in ultima analisi, è la riconquista per il malato di possibilità di relazioni e prerequisito perché ciò avvenga è la cura di tutti gli attori della vita, del paziente e dei suoi prossimi. Si deve considerare che in

questo campo si possono ottenere risultati non limitati al riconoscimento ed alle cure dei determinati mentali della salute. Molte delle persone anziane malate palesano aspetti di deterioramento cognitivo e comportamentale, secondariamente ad un infragilimento per malattie sistemiche o per malattie d'organo che, secondariamente, condizionano il funzionamento delle relazioni e del comportamento. Molte volte queste situazioni sono aggredibili e modificabili dalle cure.

Si può concludere considerando che l'attenzione dell'organizzazione sanitaria allo sviluppo di competenze geriatriche accanto a quelle della medicina di famiglia sia un elemento determinate per un futuro volto a limitare la fragilità della vecchiaia.

L'invecchiamento di successo ed il successo delle cure mediche garantite all'anziano ed al grande anziano, con competenze qualificate e geriatriche, sono elementi di forza che possono combattere lo sviluppo della fragilità nella nostra popolazione che ha conquistato la longevità. Il sostegno all'esistenza del malato anziano passa peraltro nello sviluppo di politiche che superino le fratture intergenerazionali e supportino il ruolo anche lavorativo di chi invecchia. Le linee di sviluppo della società futura non possono abbandonare i principi di rispetto dell'anziano, ancorché malato e non autosufficiente, che hanno segnato il successo della società contemporanea, segnata dalla conquista della longevità. Nel rinnovo del patto sociale che si dovrà negoziare tra giovani e vecchi, in vista delle contingenze, si deve tenere in conto che il mantenimento solidaristico della dignità delle esistenze dell'anziano non necessariamente risulta un costo. La medicina sta dimostrando rapporti che legano il riconoscimento della dignità dell'esistenza, a qualsiasi età, come atto di rafforzamento biologico e di conseguente vantaggio economico per l'intera società. Non si può peraltro nascondere che le vie tracciate in questo articolo debbano essere discusse in una visione che consideri la compatibilità del prolungamento della vita oltre limiti accettabili per un superamento delle discriminazioni tra i viventi, tenendo in conto che nel mondo si assiste ad un impoverimento rischioso delle risorse per il sostegno di una umanità in crescita come non mai.