

L'anziano e le sue fragilità

Analizzando i discorsi degli ultimi Papi, ci si accorge come da sempre la persona anziana è stata oggetto centrale all'interno della società, compresa quella crisitana. Scriveva papa Giovanni Paolo II: la vecchiaia non manca dei suoi beni, perché - come osserva san Girolamo - attenuando l'impeto delle passioni, essa "accresce la sapienza, dà più maturi consigli". In un certo senso, è l'epoca privilegiata di quella saggezza che in genere è frutto dell'esperienza, perché " il tempo è un grande maestro ". E ben nota, poi la preghiera del Salmista: "Insegnaci a contare i nostri giorni e giungeremo alla sapienza del cuore" (Papa Giovanni Paolo II, *Lettera agli anziani*, n° 5 1999). Anche papa Benedetto XVI faveva notare che: la qualità di una società, vorrei dire di una civiltà, si giudicano anche da come gli anziani sono trattati e dal posto loro riservato nel vivere comune (Papa Benedetto XVI, *Discorso alla casa-famiglia "Viva gli anziani" di Roma*, 12 novembre 2012). Infine, per Papa Francesco: quando gli anziani sono scartati, quando gli anziani sono isolati e a volte si spengono senza affetto, è brutto segno! (...). Un popolo che non custodisce i suoi anziani, che non si prende cura dei suoi giovani, è un popolo senza futuro, un popolo senza speranza. (...) L'attenzione agli anziani fa la differenza di una società (Papa Francesco, *Discorso alla Comunità di sant'Egidio di Roma*, 15 giugno 2014).

Negli ultimi decenni si sono verificati importanti mutamenti nella composizione demografica delle popolazioni a livello mondiale, con un marcato incremento della popolazione anziana. Tale fenomeno ha interessato ovviamente anche il nostro Paese: l'ISTAT ha recentemente certificato che nel 2002 gli ultrasessantacinquenni costituivano circa il 18% della popolazione, mentre nel 2017 rappresentavano circa il 22% e il valore è destinato ad aumentare.



Tabella 1. Struttura per età della popolazione (valori %). Italia – Dati Istat al 1° gennaio di ogni anno – Elaborazione Tuttitalia.it

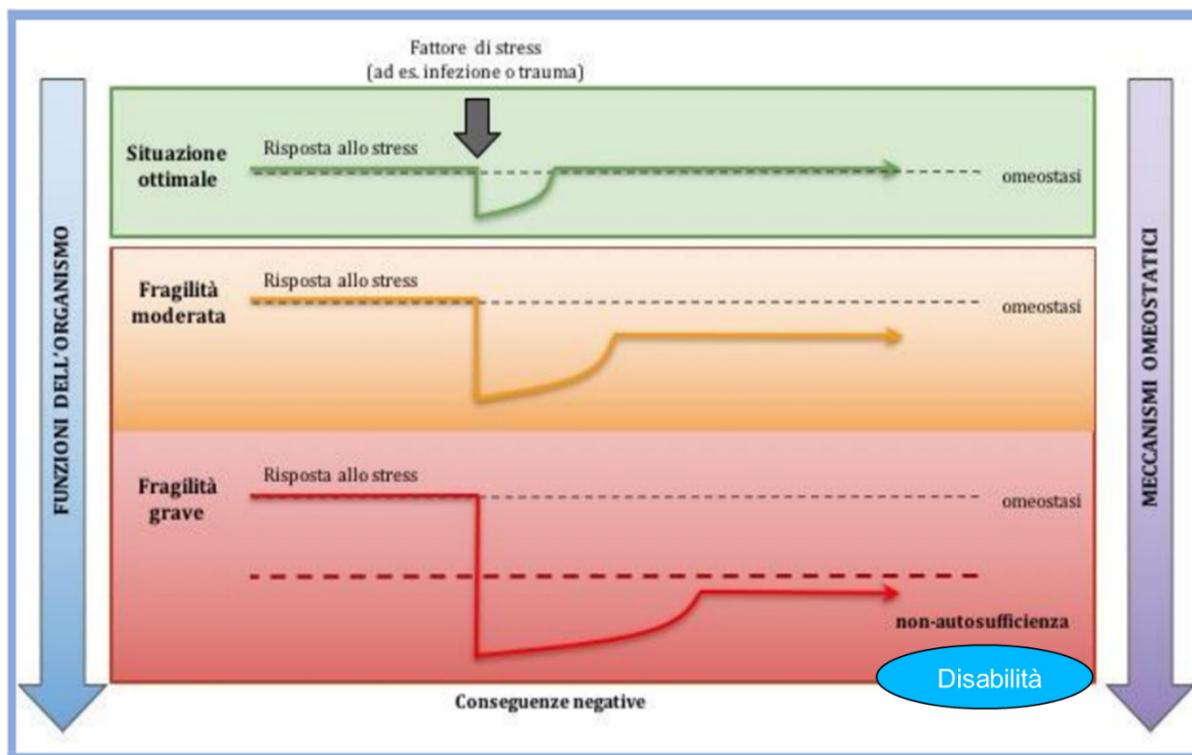
È cambiata anche la concezione classica della famiglia. Infatti, mentre il secolo XX fu quello della crescita demografica e gli anziani nell'ambito della cosiddetta famiglia patriarcale erano stimati punti di riferimento per figli e per nipoti, il nostro secolo sarà quello dell'invecchiamento della popolazione e della famiglia nucleare dove entrambi i genitori lavorano, spesso c'è un figlio unico, dove gli anziani diventano un aiuto economico o organizzativo all'interno della famiglia.

Per ogni anziano è possibile considerare una triplice dimensione: biologica, culturale, spirituale. A livello cronologico possiamo suddividere gli anziani in: giovani anziani dai 65 a 75 anni, anziani veri e propri dai 75 agli 84 anni, infine grandi anziani cioè gli uomini e le donne che hanno compiuto gli 85 anni. In realtà questa semplice suddivisione non basta a descrivere i soggetti anziani, che rappresentano una categoria eterogenea ed estremamente complessa. Infatti, non esiste una “vecchiaia” standard, uguale per tutti, ma le “vecchiaie”, le varianti individuali che rendono l’anziano così come egli è.

Per conoscere l’anziano dobbiamo intersecare, come proponeva Kastembaum, cinque differenti tipi di età: “L’età cronologica”, il numero di anni; “l’età biologica”, lo stato fisico; “l’età soggettiva”, cioè il sentire personale; “l’età funzionale”, il grado di attività e di dipendenza; “l’età sociale”: la percezione di accoglienza da parte degli altri. Da queste componenti deriva il concetto di salute, che è legato a fattori immodificabili come l’età cronologica ma anche a fattori modificabili che sono tutti gli altri. Quindi è possibile cambiare il processo di invecchiamento, agendo su fattori come alimentazione, stile di vita e comportamento sociale nei tempi e nei modi più adatti.

Le sindromi geriatriche sono patologie tipiche dell’età anziana, a genesi multifattoriale e correlate con outcome clinici spesso sfavorevoli. Tra queste, la fragilità rappresenta una delle principali sindromi geriatriche caratterizzata da un’estrema vulnerabilità ai fattori disturbanti e da un elevato rischio di malattie in grado di innescare scompensi biologici a cascata che compromettono la capacità di mantenere l’omeostasi dell’organismo. Per questi motivi, si manifesta con un maggiore rischio di cadute, con difficoltà nella deambulazione o nello svolgimento di un’attività fisica anche modesta, ed esita in più frequenti ricoveri in ospedale o in strutture assistenziali e spesso anche nel decesso a breve termine. Secondo il prof Palestro di Torino, “la condizione di fragilità, espressione ereditata dal latino “frangere”, che indica la facilità con la quale qualcosa si spezza, coinvolge fatalmente ogni cosa che vive, quindi per eccellenza l’uomo vivo. L’uomo è fragile in sé. Tuttavia, la sua fragilità non è sinonimo di debolezza in virtù dell’ampia flessibilità dei suoi sistemi organici che garantisce quell’adattabilità e resistenza da cui scaturiscono poi la forza morale e la volontà” (Prof. Giorgio Palestro, Convegno Un Welfare sostenibile per anziani fragili, 16 giugno 2018 Torino).

Per comprendere meglio, se nell’adulto in condizioni normali qualsiasi forma di stress viene completamente risolta dopo un certo lasso di tempo, nell’anziano uno stress o una patologia possono determinare il raggiungimento di un livello di funzionalità ridotto rispetto al precedente, fino ai casi in cui dalla fragilità si sfocia nella disabilità, cioè l’incapacità per la persona di vivere da sola in maniera completamente autonoma, comportando la necessità di ricorrere all’aiuto di altre persone, i *caregiver*⁶ e che spesso prelude all’inserimento in strutture assistenziali.



Adapted from: *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(12):1711-1716, December 2005. Copyright © 2005 by the American Geriatrics Society. All rights reserved.

Favoriscono la fragilità le patologie acute e croniche comprese la demenza e la depressione, la malnutrizione, la polifarmacoterapia intesa come assunzione di più di 5 farmaci al giorno e le abitudini voluttuarie. Al contempo, uno stato di fragilità si associa alla perdita dell'autonomia fino alla disabilità, alla riduzione delle funzioni sensoriali, al senso di precarietà e alla solitudine, alla povertà e all'aumento del rischio di mortalità. Esiste un ciclo delle fragilità, soprattutto fisica, per cui esistono condizioni patologiche quali la malnutrizione e la sarcopenia che non solo la determinano, ma anche ne favoriscono il mantenimento nel tempo per cui, al pari della fragilità, tali patologie devono essere riconosciute e trattate di conseguenza.

Sappiamo che non esiste solo la fragilità fisica, ma anche quella cognitiva, socio-economica e psicologica, e tra loro si intersecano favorendosi a vicenda.

Tuttavia la fragilità fisica è ancora una condizione reversibile, e per migliorarla possiamo agire su quei fattori modificabili che sono esercizio di resistenza e aerobico modulato in base allo stato funzionale, supporto proteico e calorico, supplementazione di vitamina D, riduzione della polifarmacoterapia quando possibile.

E per le altre forme di fragilità? L'aiuto può venire dagli altri, le persone che vivono vicino: il coniuge, i familiari, compagne o compagni prima non considerati e perfino le persone che assistono l'anziano. Eppure ciò non vuol dire che necessariamente l'anziano fragile deve ricevere da qualcuno l'aiuto e il sostegno per andare avanti. Gli anziani infatti sono soggetti che, nei limiti delle loro capacità, possono ancora dare qualcosa e non soltanto ricevere. Di nuovo è possibile ricordare a tal proposito il pensiero di Papa Francesco della lotta alla cultura dello scarto anche verso gli anziani, concezione che richiama quella dell'ageismo, termine coniato da Robert Butler

nel 1969 per definire il processo di discriminazione e pregiudizio verso gli anziani in quanto tali e che non ha mancato di costituire argomento di discussione anche in campo medico-sanitario.

Recentemente, le linee guida sull'anziano redatte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità non parlano di fragilità ma introducono il concetto di capacità intrinseca, intesa come la combinazione delle capacità fisiche e cognitive incluse quelle psicologiche, e di abilità funzionale, cioè l'interazione della capacità intrinseca con l'ambiente circostante. La capacità intrinseca e l'abilità funzionale declinano con l'età, ma a differenza della fragilità che possiede nella sua definizione un'accezione perlopiù negativa, questi nuovi termini rimarkano al contrario quelle qualità positive che residuano nell'anziano nonostante l'avanzare dell'età.

Riguardo il possibile trattamento della fragilità, oltre alla valutazione dello stato di salute, comprensivo delle comorbidità dello stato nutrizionale e dei farmaci assunti, occorre considerare lo stato cognitivo e il tono dell'umore oltre che l'assetto funzionale e motorio; tutto ciò infine va collegato con le possibili richieste dell'anziano dal punto di vista sociale e con la valutazione dell'ambiente in cui vive e delle risorse disponibili. Infine, è da tenere in considerazione che, da parte del professionista clinico e sanitario, curare e prendersi cura di una persona anziana devono essere sempre considerati due aspetti imprescindibili del medesimo percorso terapeutico.

