

Vivere e «curare» la vecchiaia nel mondo

volume 1 • «Curare» la vecchiaia

La vecchiaia non è una malattia

di Antonio Guerci & Stefania Consigliere

I nomi fra parentesi quadre si riferiscono agli autori degli articoli contenuti in questo volume. Nel caso un medesimo autore sia presente con due articoli, si è aggiunto dopo il cognome anche il titolo dell'articolo. Riferimenti sono fatti altresì agli altri quattro volumi della serie *Vivere e «curare» la vecchiaia nel mondo*.

• 1. Fra biologia e cultura

Le virgolette che appaiono nel titolo di questa monografia intendono proporre, fin dalla prima pagina del volume, una riflessione che a un tempo accomuna e supera la somma degli articoli in esso contenuti.

Curare è verbo dalla semantica complessa: trattare, alleviare, prendersi carico, procurare, seguire, avere a cura; ma la prima accezione che viene alla mente del cittadino occidentale è senz'altro quella di «guarire» [•Guerci & Consigliere (eds), *Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*. Serie «Vivere e "curare" la vecchiaia nel mondo», vol. 4•]. Proprio per questo le virgolette erano necessarie: esse segnalano, in primo luogo, che la vecchiaia non è una malattia, e che la cura della vecchiaia non è la guarigione dalla vecchiaia. Non si guarisce da ciò di cui non si ammala: se quest'idea sembra scontata, si consideri quanto spesso la «vecchiaia felice» è appiattita sul mantenimento nell'anziano di parametri fisiologici «giovanili».

L'invecchiamento è un processo complesso, in cui biologia e cultura s'intrecciano in modo indissolubile [•Franceschi•] [•Maggi, Destro & al.•] e la cui epidemiologia dev'essere messa in relazione non solo al processo biologico di senescenza, ma anche all'andamento demografico, allo stile di vita, alla funzionalità, alla situazione sociale, economica e culturale in cui gli anziani vivono [•Maggi, Destro & al.•] [•Ferrucci, Lauretani & al.•] [•Guerci & Consigliere (eds), *La vecchiaia nel mondo*. Serie «Vivere e "curare" la vecchiaia nel mondo», vol. 3•]. Se esistono malattie legate in misura maggiore alla fascia anziana della popolazione, ciò non significa che l'invecchiamento in sé debba essere considerato alla stregua di un processo patogeno, né che l'individuo che invecchia debba essere sottoposto a una progressiva medicalizzazione esclusivamente in base all'età.

• 2. Dagli indicatori biologici alle teorie della senescenza

In primo luogo, dunque, e anche in vista della pianificazione di nuove politiche e strategie sociali per il prossimo futuro, lo stato di salute della terza età dev'essere misurato con accuratezza.

In questo compito le analisi sugli indicatori biologici dell'invecchiamento possono rivelarsi di grande utilità. Le ricerche paleodemografiche e paleopatologiche su popolazioni antiche necessitano di precisi marcatori d'età [•Belcastro, Facchini & Mariotti•] [•Mansilla Lory, Pijoan Aguadé & Salas Cuesta•]; tuttavia, l'affidabilità di quelli in uso è ancora in discussione. Lo studio delle variazioni che riguardano, in età senile, la componente scheletrica, muscolare e adiposa [•Buffa, Floris & al.], permette fra l'altro l'elaborazione di indici sintetici facilmente correlabili ad altre variabili [•Adalian, Boëtsch & al.].

L'idea che gli anziani siano genericamente "fragili", e che quindi abbiano bisogno di cure mediche continue, dev'essere affrontata con cautela. In ogni caso, essa pare in grado di superare alcuni dei problemi sollevati dall'interpretazione patologizzante della vecchiaia [•Ferrucci, Corsi & al.], [•Ferrucci, Cavazzini & al.], e ben si integra con gli studi sulle capacità funzionali [•Quintana Vilchis & González Gómez] legati anche all'esigenza di ripensare le infrastrutture mediche in vista dell'erogazione di un maggior numero di servizi geriatrici.

L'Unione Europea ha finanziato diversi progetti che proponevano misurazioni di parametri biologici d'invecchiamento; qui sono presentati due casi, relativi alla valutazione del rischio d'insorgenza di disordini neuromuscolari durante attività lavorative ripetitive [•Merletti, Pozzo & al.] e alle specificità strutturali e funzionali della microflora intestinale di anziani che vivono in diversi paesi [•Silvi, Verdenelli & al.]. Nella sindrome da immobilizzazione, comune nei soggetti anziani, il quadro fisiologico generale peggiora sensibilmente, ma non è noto in base a quale meccanismo [•Dijk, Odetti & al.]; e i livelli di acido urico paiono significativamente influenzati da differenze regionali legate alla dieta [•Halici, Prada & al.].

Le teorie sull'invecchiamento possono inoltre trarre beneficio dagli studi sulle malattie che comportano invecchiamento precoce [•Berio & Piazzini]. Un'area di ricerca emergente e di particolare interesse è quella relativa all'invecchiamento neuronale, i cui più recenti risultati indicano, contro il pessimismo degli anni passati, il mantenimento di una certa plasticità del tessuto neuronale anche in età anziana [•Galli & Piccini].

Infine, la diffusione della dipendenza da sostanze negli anziani, che è divenuta in anni recenti una vera e propria emergenza sociale (seppure ancora poco visibile perché meno presente nelle cronache), sta ancora una volta a indicare la relazione fra parametri di salute e situazione sociale [•Soligon, Lavagna & Berti].

• 3. Le malattie degenerative: focus su cancro e demenza

Quasi per eccellenza, il cancro è la malattia legata all'invecchiamento generale della popolazione: le società che hanno il privilegio di vivere a lungo pagano anche il tributo di una maggiore diffusione delle malattie degenerative in generale, e del cancro in particolare.

Studi epidemiologici accurati e di ampio respiro geografico sono pertanto necessari per pianificare efficaci politiche preventive [•Vercelli]. Questi, d'altro canto, riservano anche qualche sorpresa: se nell'insorgenza di neoplasie maligne l'età è un fattore di rischio in sé, nella popolazione degli anzianissimi l'incidenza del cancro diminuisce, ed è meno frequentemente causa di morte [•Stanta & Brunetti].

Il bilanciamento fra benefici e rischi nella cura dei tumori nei pazienti anziani, specie laddove il cancro non sia l'unica malattia presente, è oggetto di riflessione tecnica ed etica. Un tentativo di risposta consiste nello sviluppo di strumenti di analisi e di supporto alla

decisione in grado di tener conto di numerosi parametri e del reale bisogno dell'anziano malato [•Repetto, Rizzitelli & Pietropaolo•] [•Extermann•]. È tuttavia da sottolineare come, spesso, le cure prestate agli anziani affetti da neoplasie risentano di comuni pregiudizi per cui, ad esempio, si ricorre con meno frequenza all'intervento chirurgico nel timore di un alto rischio di mortalità [•Audisio, Ramello & al.]. Ma di fatto, la capacità degli anziani di superare l'intervento e di trarre beneficio dalla terapia dipende non solo dall'età, ma anche dal contesto sociale entro cui sono inseriti, dalla posizione economica, dal livello di istruzione [•Quaglia, Micheli & al.]; un adeguato sostegno psicologico può aiutare, indipendentemente dall'età, a far fronte ai sentimenti d'angoscia causati dalla diagnosi [•Vespa & Spazzafumo•]. In breve, la questione fondamentale che l'oncologia geriatrica deve affrontare è se l'approccio al paziente affetto da cancro sia (o possa, o debba) essere differente nel paziente giovane e in quello anziano [•Balducci•].

Un capitolo dalle implicazioni complesse e profonde è quello delle demenze senili: l'impatto di queste sindromi sulla qualità della vita – di chi ne è colpito e di chi lo circonda – è altissimo, e gli interventi per migliorarla hanno costi alti. Un'analisi delle principali determinanti della qualità della vita nella demenza (che indicano, in controluce, le zone di maggior problematicità) è quindi preliminarmente necessaria [•Volicer•].

Per quanto riguarda l'eziologia, è noto che la diffusione della malattia di Alzheimer è positivamente correlata all'età: e tuttavia, essa non risulta affatto ascrivibile a una progressione legata alla mera età anagrafica [•Polleri, Murialdo & Gianelli•]. Dal momento che una delle maggiori priorità nella demenza riguarda la diagnosi precoce, è necessario dotarsi di adeguati strumenti e misurazioni neuropsicologiche, dalle tecniche di *brain imaging* [•Agazzi & Sannita•] alle valutazioni delle prestazioni cognitive [•Gianelli•] [•Vitali, Chiarenza & al.]. [•Molinari & Rai•].

Nella gestione delle demenze, e in particolare della malattia di Alzheimer, è ancora evidente la frattura fra bisogni e servizi, e sarebbe auspicabile che l'assistenza sociale e sanitaria alla cronicità fossero rese flessibili per adattarsi ai bisogni dei malati e delle famiglie. Un progetto triennale finalizzato alla attuazione di un diverso modello organizzativo di presa in carico è in realizzazione a Genova [•Tanganelli•].

Le demenze senili sono entrate nel discorso letterario – sotto forma di resoconto o di romanzo – da una ventina d'anni, testimoniando della nuova posizione di queste malattie e del loro impatto sociale [•Talpin & Talpin-Jarrige•]. La dimensione propriamente umana di malattie, quali appunto le demenze, che investono l'intera sfera individuale, familiare e sociale del soggetto affetto creando sofferenza diffusa, dev'essere adeguatamente rivalorizzata: chi si prende cura dei malati è sottoposto a un'enorme fatica che è al contempo fisica ed emotiva [•Cloutier•].

Nuovi farmaci per migliorare le facoltà cognitive dei soggetti colpiti potrebbero venire dagli studi etnobotanici e dall'osservazione delle piante impiegate nelle diverse culture per curare i problemi connessi all'invecchiamento [•Matonti & Grandi•].

• 4. Questioni etiche

Per finire, non si potevano trascurare gli aspetti etici e legislativi legati alla professione medica e ai problemi specifici che questa incontra nel curare pazienti anziani [•Guerci & Consigliere (eds), *Vivere la vecchiaia. L'Occidente e la modernizzazione*. Serie «Vivere e "curare" la vecchiaia nel

mondo», vol. 2•]. A cavallo fra etica individuale e distribuzione sociale delle risorse, la bioetica medica è solo parte di una più ampia riflessione sulla cura e l'assistenza.

Recenti leggi italiane, ad esempio, mirano a una valutazione multidimensionale dell'handicap e al superamento del criterio assistenzialistico in vista dell'autorganizzazione del soggetto e della formazione di una rete di assistenza mirata [•Giurgola, Sartore & al.]. Le diverse legislazioni europee e internazionali in merito alla comunicazione della prognosi [•Palmiere, Molinari, Odetti & al.] e al *living will* («indicazioni espresse in anticipo dal paziente» in merito alla cura) [•Palmiere, Molinari, Pala & al.] evidenziano la problematicità di situazioni medicoterapeutiche in cui si vuole dare tutela, oltre alla salute e alla vita, anche alla volontà del paziente.

Conclude il volume una riflessione assai articolata sul dolore, sui meccanismi fisiologici che lo mediano, sul suo aggravamento in condizioni di solitudine, di isolamento e di abbandono [•Tiengo]. Queste sono anche, spesso, le condizioni in cui versano gli anziani, che oltre ad abbassare la resistenza al dolore aumentano la possibilità d'insorgenza di patologie multiple.

Questo documento è pubblicato sotto licenza **Creative Commons Attribuzione-Non commerciale 2.5**; può pertanto essere liberamente riprodotto, distribuito, comunicato al pubblico e modificato; la paternità dell'opera dev'essere attribuita nei modi indicati; non può essere usata per fini commerciali. I dettagli legali della licenza sono consultabili alla pagina <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/deed.it>

