

Introduzione ad un nuovo concetto di Fragilità

La fragilità è ancora un modello attuale ai tempi del Covid?

Alberto CESTER
Geriatra e Fisiatra

Da tempo si parla di fragilità nel paziente anziano, quasi quale fosse una sorta di stereotipo dell'invecchiamento. Molti di noi ne hanno scritto ed hanno partecipato a dibattiti sul tema. La fragilità è certo parte integrante dell'esistere da vecchi, e si compendia in maniera individualmente molto variabile, assieme alla comorbilità, alla sarcopenia, alla polifarmacoterapia, con altre patologie preminenti ed altre peculiarità specie/specifiche dell'invecchiamento.

Ma cosa è la fragilità? Da sempre la definizione che culturalmente mi appartiene di più, è quella di Fretwell: marcata vulnerabilità e diminuita capacità omeostatica come una sorta di predittore di malattia. Da sempre inoltre mi ha convinto la metafora della Fragilità come un'auto in riserva, che mantiene garanzie di efficienza e di potenziale raggiungimento delle sue velocità di punta, ma con minor possibilità di sostenere viaggi e distanze rilevanti e maggiore capacità di "roture" da usura.

La fragilità impatta in maniera rilevante sul substrato psico-fisico di ogni anziano. Vi è un momento in cui da vecchi ci sentiamo noi stessi più fragili. A determinare questa condizione, può essere un evento clinico, il confronto sugli esiti fratturativi di una caduta, l'inizio di alcune patologie più spesso correlate con l'invecchiamento, ma è un processo assolutamente individuale.

Gli aspetti funzionali della fragilità nei vecchi, si riverberano anche pesantemente sulle capacità di performance, di endurance e funzione.

Vi è stato in letteratura un fitto dibattito

se la fragilità rappresenti appunto un ingresso reale di malattia, un fattore di rischio o sia una sorta di sindrome da predisposizione alle malattie ed alla loro cronicizzazione. E ancora, se e quanto, influenzi la soglia del declino e di malattia di ogni individuo.

Il dibattito speculativo su questi temi confesso che non mi ha mai molto entusiasmato, anche se culturalmente affascinante. Per me, medico pratico, è bastata la valutazione e la dimostrazione che *la velocità del cammino* in tutte decadi avanzate, sia un marcatore financo preventivo di salute (Fit or Frailty). Una sorta di certificato di abilità, malattia e salute.

Quanto sia importante il tema della fragilità, lo si può anche rilevare dal fatto che una prestigiosa rivista come *Aging and clinical and experimental research*, già nel 2002 aveva dedicato un intero supplemento al tema della fragilità. A seguire una delle letterature più vivaci sia in ambito geriatrico che riabilitativo, seppur con sfumature diverse.

I modelli di Valutazione MultiDimensionale (VMD) Geriatrica hanno contribuito molto efficacemente a dettagliare i confini delle fragilità attraverso la valutazione allargata dei vari domini psico-fisico-funzionali e sociali nell'anziano (tra gli autori più rilevanti in tema di VMD, cito solo: Linda Fried, Ken Rockwood, fino al Multidimensional Prognostic Index - MPI di Alberto Pilotto).

Altrettanto validi e approfonditi i sistemi di valutazione funzionale in uso in ambito riabilitativo (FIM ed altri modelli), certamente più concen-

trati su aspetti globali di funzione, che su singoli domini e sui vari livelli di disabilità.

Ora gli avanzamenti ottenuti con tali strumenti, sono ormai patrimonio e rappresentano le vere frecce in faretra di ogni professionista che a qualsiasi livello si interessi alla salute bio-psico-fisica e sociale di ogni anziano. La valutazione, la conoscenza e il peso prognostico della fragilità, ci sono quindi ben noti. Interessanti a tal proposito anche di *longevità sana*, gli ultimi scritti di David A. Sinclair con le ricerche, le intuizioni e le nuove risultanze su sirtuine, vitamina D, ed altre sostanze e sul digiuno e dieta appropriata (Longevità di David A. Sinclair Verduci Editore).

Ma il quesito che mi pongo e vi pongo adesso è quali fragilità sono state messe a più dura prova o sono emerse durante la lunga condizione sociale, affettiva e fisica impostaci dalla pandemia da SARS Covid 19? Intendo nuove fragilità nei pazienti anziani, ma anche nei modelli assistenziali ed anche nel nostro.

Intanto è emersa se ve ne fosse stato bisogno, l'impotenza del nostro sapere di fronte ad una infezione indotta da un banale virus del raffreddore modificato. Grandi le ferite narcisistiche alla nostra supremazia di specie, alla nostra sapienza medica, enfatizzate le falle di un modello sanitario organizzato prevalentemente sui nostri bisogni, incapace di adattarsi rapidamente ad una malattia ad alta diffusibilità, ad una pandemia globale, in un sistema delle cure che molto spesso rappresenta una sorta di *prestizionificio* egoista. Siamo stati troppo

convinti che la salvaguardia di luoghi e regioni a scapito di altre, allontanasse il baratro della diffusione pandemica di un qualsivoglia virus. Anche ciò che sta avvenendo in termini di campagne vaccinali e supremazia di paesi avanzati rispetto a paesi più poveri, la dice lunga su come non riusciremo a sconfiggere questo virus se non pensando ogni azione a livello di sanità mondiale e non di singoli paesi o continenti.

Ci manca e ci è mancata una necessaria visione globale e mondiale della pandemia, una visione non centrata solo su confronti tra diffusione, casi, morti e incidenza delle varianti del virus, ma su strategie concertate ad armi pari con "tutti" gli stati del mondo. Solo agendo in senso globale con la coralità di interventi che richiederebbe la gravità dei tempi che stiamo vivendo, potremo pensare a sconfiggere SARS Covid-19, e potremo riprendere a viaggiare liberamente ed a vivere e forse ad affrontare altre condizioni emergenziali, ed anche a curare altre malattie che certo non sono scomparse con la pandemia...

Questo ci deve anche aiutare a trovare insieme un nuovo modello di sapere medico condiviso, solo se si lavora insieme condividendo i nostri saperi fuori dalle corporazioni, si possono affrontare le gravi difficoltà, come quella che stiamo vivendo, senza rischiare un collasso organizzativo.

Qualsiasi altra strategia suprematista nei confronti del virus e nella fattispecie il modello *America first*, coniato nobilmente da Thomas Woodrow Wilson ed usato più recentemente da un presidente degli USA in maniera quantomeno più miope, ha già perso! Il mondo è uno scacchiere troppo complesso per pensare di risolvere situazioni di tale complessità ritirandosi dentro i propri confini umani, culturali ed epidemiologici.

Tralasciando aspetti generali di pandemia, vorrei lanciare qualche concetto e pensiero su come la pandemia abbia toccato pesantemente il mondo degli anziani, in termini non solo di **incidenza** di malattia, di **morti e lutti**, ma altresì in termini di **esiti ancora non del tutto qualificabili e quantificabili nei pazienti anziani**. Ricordo che solo ora si delinea il contorno della poliedrica **"sindrome post Covid"** e **Long Covid**, e queste cosa lasceranno negli anziani? Solo fibrosi polmonari? Problemi ad altri organi ed apparati e gli aspetti neuropsicologici? I trattamenti riabilitativi delle lunghe immobilità per pazienti che siano sopravvissuti a trattamenti respiratori invasivi, alla sarcopenia da inattività, sindrome di per sé non banale: ma saremo pronti a trattare i numeri che gli esiti della pandemia ci imporranno?

E ancora, in termini di solitudini imposte dalle norme di isolamento, la mancanza non solo di presenza, di vicinanza, ma di abbracci, carezze, cosa lasceranno ai nostri anziani? Saremo in grado di **ricordare questi tragici "frame" di vita**, e quanto incideranno sul futuro nostro e dei nostri vecchi? Ricordiamo che i vecchi in genere non hanno la fretta dei giovani, ma hanno **meno tempo di vita**, certo anche le giovani generazioni hanno subito privazioni e limiti impensabili per le nostre generazioni, ma gli anziani sono la categoria più fragile, come sopra citato e le solitudini imposteci dalla pandemia e dalle conseguenti norme restrittive, hanno imposto **separazioni ed interruzioni** più gravose per i vecchi. Pensiamo poi alla **diffusione del virus, giovani paucisintomatici, vettori virali**, quindi da allontanare dai vecchi... le **separazioni nonni-nipoti**. Interrompere la continuità di un rapporto affettivo delicatissimo come questo,

che è *caducità versus continuità*... cosa comporterà? Ancora: essere **contenuti in un ambiente che azzerà le relazioni di vicinanza fisica**, non è un poco come essere ancora più tragicamente soli? Non è una ennesima **"contenzione psico-affettiva"**? La **solitudine** non è solo condizione di mancata vicinanza fisica, di assenza è spesso **quasi un sentimento individuale, "ci si sente soli"**, anche quando magari non lo si è fisicamente. Solo per citare alcuni degli aspetti neuro-affettivi che ci lasceremo alle spalle, ma che incideranno sulle motivazioni riabilitative dei nostri pazienti.

Gli anziani come sempre stanno pagando e pagheranno il prezzo più alto alla pandemia, ma quando ne usciremo dimostreremo che oltre alla longevità posseggono anche la **resilienza psicologica**.

Quindi **Fragilità e Covid sono un'altra prova per i nostri vecchi**, che loro sapranno come sempre affrontare e vivere.

Anche noi che ci occupiamo delle fragilità dei nostri vecchi dovremo essere all'altezza di questi temi, saremo messi a dura prova dai nuovi bisogni che emergeranno dopo che avremo sconfitto, speriamo, questo maledetto virus.

Dovremo ripensare quindi alla fragilità dell'esistere da vecchi, soprattutto negli oldest old che rappresentano la "palestra" più difficile per tutti noi in termini di qualità dei trattamenti, di timing degli interventi riabilitativi e delle loro durate oltre che della loro complessità.

Bene, la riabilitazione Italiana e mondiale credo sia matura per intelligenza, competenze e capacità di riflessione su questi temi, per affrontare anche questa sfida, dopo l'infezione da SARS Covid-19. Noi ci saremo per affrontare queste ed altre fragilità.