



Forum sulla fragilità dell'anziano

Sabato 14 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

COSA È L'ANZIANO FRAGILE?

Molto si parla, anche sui giornali, di anziano fragile. C'è un po' di confusione che non facilita certamente ad identificare la Geriatria e la Gerontologia. L'allegato è un contributo culturale della Geriatria di Modena: suggerisce una modalità per identificare l'anziano fragile.

Altre opinioni concrete potrebbero consentire di formulare una proposta didattica qualificata e condivisa.

L'ANZIANO FRAGILE E IL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE: PROBLEMA SOLO TERMINOLOGICO?

G Salvioli e C. Mussi

Si parla spesso del problema della fragilità nell'anziano, dell'anziano fragile, del paziente anziano fragile: cosa significa questo abusato aggettivo? Perché tanto spesso la stampa quotidiana lo usa inopinatamente? Il paziente anziano può essere definito fragile? Se sì, in quali condizioni? Perché il sistema di classificazione delle malattie ICD9-CM non prevede un codice specifico per questa sindrome tanto frequente? Nel capitolo 5 del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 si affrontano gli obiettivi di salute: al punto 3 è presa in considerazione soltanto l'autosufficienza degli anziani e dei disabili; non si parla della fragilità che ha in sé contenuti e riferimenti preventivi molto importanti. La confusione fra fragilità e disabilità non è solo apparente: l'anziano fragile richiede un modello di assistenza o soprattutto una diagnosi precoce e comportamenti curativi e riabilitativi adeguati ed efficaci. La definizione di fragilità come sindrome fisiologica caratterizzata da ridotta riserva funzionale e resistenza agli stress sembra la più seguita e basata su elementi concreti e non filosofici; è la conseguenza di un più o meno lento declino delle funzioni di organi ed apparati che indice vulnerabilità con risultati negativi sulle prestazioni funzionali che potrebbero essere colte semplicemente anche con la valutazione periodica delle attività strumentali della vita quotidiana (IALD).

La definizione di fragilità ha una storia: da rischio di mortalità in eccesso rispetto ai soggetti della stessa età, a problemi riguardanti la funzione fisica, cognitiva e sociale, fino alla dipendenza nelle ADL, alla presenza di malattie specifiche, discrepanza tra richieste ambientali, supporto sociale e capacità fisica e cognitiva; con criterio cronologico il soggetto di età superiore a 75 anni è fragile. Complessivamente l'incertezza a definire con criteri sicuri l'anziano fragile è grande, compiuta, tipicamente geriatrica: ne consegue l'abuso del termine.

La letteratura più autorevole individua la fragilità dell'anziano in una sindrome biologica caratterizzata da riduzione delle riserve e della resistenza agli stress e provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici^{1,2}; va quindi ben differenziata dalla disabilità. Si caratterizza inoltre per l'eterogeneità e l'instabilità clinica e per la vulnerabilità con tendenza a manifestazioni peggiorative la salute. Sicuramente vi concorrono fattori molto diversi, di natura biologica, medica ed ambientale; anche il suo impatto clinico è condizionato dall'ambiente fisico, sociale e dalle situazioni che perturbano l'equilibrio della vita quotidiana; questi parametri sono di non facile definizione da parte del medico e dell'infermiere.



Incerto è il significato dei possibili *marker* flogistico-coagulativi (proteina C reattiva, fibrinogeno, IL-6, D-dimeri) e metabolico-endocrini (glicemia, insulina, IGF-1, cortisolo, DHEA-S): la possibilità del loro impiego a scopo diagnostico ha dubbie evidenze cliniche³.

Come si fa a stabilire la presenza di fragilità in una persona anziana? Gli elementi riportati nella Tabella I, prevalentemente fisici, sono stati proposti da Fried et al.¹ e si basa su parametri diagnostici che non sono insegnati nei corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Più attenzione deve essere posta al muscolo, alla sua massa, alla forza che è in grado di sviluppare. Le cure primarie sembrano il *setting* più interessante per le procedure che vogliono identificare l'anziano fragile). Molto impegno didattico è richiesto per dare dignità diagnostica alla fragilità; nei corsi di laurea e anche nelle scuole di specializzazione dell'area medica si dovrebbe insegnare praticamente l'approccio alla diagnosi di una situazione che è il cuore della disciplina Geriatria e Gerontologia.

Tab. 1.

- Perdita di peso (10 libbre nell'ultimo anno - pari a 4,5 kg)
- Affaticamento (*self-reported*) (fatica in almeno 3 giorni/settimana)
- Riduzione della forza muscolare (*hand-grip*) (meno di 13 e 7,5 libbre nel M e F - sono 5,85 e 3,37 kg nel M e F, rispettivamente)
- Ridotta attività fisica (valutabile con PASE-Physical Activity Scale for the Elderly)
- Riduzione della velocità del cammino (percorso noto: più di 7 sec. a percorrere 4,57 metri)

C'è fragilità quando sono presenti almeno 3 dei 5 *item* riportati. Quando sono presenti meno di 3 *item* si può parlare di *pre-frail*. M: maschio; F: femmina

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. *Frailty in older adults. Evidence for a phenotype*. J Gerontol 2001;56:M146-M147.
- ² Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamsom JD, Anderson G. *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implication for improved targeting and care*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:255-63.
- ³ Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. *Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute of Aging Research Conference on Frailty in older adults*. J Am Geriatr Soc 2006;54:991-1001.

Lunedì 16 ottobre 2006, Umberto Senin

Caro Gianfranco, concordo pienamente con la necessità che i Geriatri si riconoscano in una proposta didattica qualificata e condivisa sull'anziano fragile, tanto da aver più volte chiesto negli ultimi 6-7 anni che la SIGG si esprimesse attraverso un suo "manifesto". Per quanto riguarda il contributo culturale della Geriatria di Modena sulle modalità per identificare l'anziano fragile, esso è in piena linea con quanto scritto dalla scuola geriatrica perugina nel capitolo 6 della seconda edizione del libro "Paziente anziano, paziente geriatrico e medicina della complessità" che, spero, la maggior parte dei Colleghi Geriatri (ma non solo) abbiano ricevuto.

Lunedì 16 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

Caro Umberto, ti ringrazio per quanto dici; spero che i nostri Colleghi recepiscano e ne facciano un argomento e un impegno didattico non solo nel corso di laurea in medicina. La confusione fra anziano fragile con il paziente vecchio con una o più patologie è e rimane notevole; la definizione della Fried propone l'esecuzione di metodologie inconsuete che si devono implementare essendo tipicamente geriatriche: lo studente potrà capire meglio cosa vuol dire "invecchiamento" considerando le funzioni e non solo le solite malattie. L'Emilia Romagna intanto ha il suo progetto fragilità; non ci saranno conclusioni utili. Molte Società scientifiche fanno riferimento al paziente fragile e anziano; un punto fermo è veramente necessario per salvaguardare la nostra disciplina che dovrebbe cominciare ad interessarsi di più di quanto si verifica fuori dall'ospedale e prima del ricovero.

Lunedì 16 ottobre 2006, Domenico Cucinotta

Carissimi, probabilmente avrete assistito ad alcune mie relazioni in passato sull'anziano fragile, per cui siete già consapevoli del mio modo di vedere la fragilità, che è una condizione di rischio e non di stato. A suo tempo la mia posizione fu assolutamente non condivisa dal presidente SIGG del tempo, che diceva che la mia affermazione spostava la Geriatria verso la prevenzione, mentre noi siamo i medici del "crostino". Non esiste a mio avviso la possibilità di definire *sic et simpliciter* il concetto di fragilità senza un riferimento ecologico. Concordo con gli allegati del prof. Salvioli, che però servono, giustamente, per identificare l'anziano fragile in

una popolazione generale *free living* e per attuare programmi di screening e di prevenzione. Ricordate il progetto fragilità della Regione Emilia Romagna PSR 2002-2004? Che fine ha fatto? Personalmente ho sempre avuto dei dubbi sulla traduzione semplicistica di "frail" in fragile. Però oggi è invalso l'abuso della terminologia di fragilità dell'anziano in tutti i campi, per cui diventa fragile il cardiopatico (che non è fragile ma malato), il neoplastico (e qui si apre un capitolo diverso...), il pneumopatico, ecc ecc: basta andare a vedere i programmi dei convegni organizzati dai colleghi specialisti, ove difficilmente i Geriatri sono invitati come esperti della materia. Anzi spesso sono ignorati nel programma. Lascio a voi i commenti. Scusatemi per questo intervento. Vi saluto cordialmente.

Lunedì 16 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

È indubbio che la definizione con 5 *item* dell'anziano fragile è di vecchia data; è riportata puntualmente sul recente testo di Senin et al. *Paziente anziano Paziente geriatrico* (pag. 187) che tutti conosciamo ed apprezziamo. Credo che non si possa categorizzare gli anziani in base ad impressioni personali; il rischio (fragilità) ha dei connotati che sono quelli della Fried e coll.; chi ne è portatore è a rischio di tante possibili conseguenze: è stato dimostrato con l'osservazione longitudinale. Il fatto che il termine fragilità sia utilizzato scorrettamente associandolo a tante condizioni patologiche, non fa onore alla Geriatria e alla Gerontologia che non ha salvaguardato uno specifico patrimonio culturale. Le conseguenze sono ben descritte da Cucinotta. Anche l'AUSL di Modena ha aderito al progetto fragilità della regione con risultati non noti. Si tratterebbe di non esprimere opinioni, ma utilizzare i risultati disponibili: questi si possono promuovere insegnando sia nei corsi di laurea (infermieri!) che nei corsi di aggiornamento ECM. Quindi la mia proposta non è discutere il problema dell'anziano fragile che autorevoli ricercatori hanno definito con prove oggettive; piuttosto insisto per trasferire questa specifica conoscenza alla nostra attività di Geriatri, spesso docenti a vario titolo.

Martedì 17 ottobre 2006, Fernando Anzivino

Carissimi, credo che il dibattito sulla fragilità nell'anziano sia non solo utile ma auspicabile. Credo

anche che il fatto che in campo geriatrico vi siano così evidenti divergenze dimostri la "fragilità" della Geriatria piuttosto che quella del paziente geriatrico. Il problema sollevato da Salvioli è comunque concreto. C'è questa cosa (la fragilità), tutti ne parliamo cominciamo, se possibile, a definirne i contorni e a ragionare in termini di strumenti di screening accettati e accettabili. Dopo viene il ragionamento di Mimmo, con cui sono pienamente d'accordo, di capire in quale setting assistenziale e su quale fascia di popolazione anziana applicare gli strumenti valutazione. Certo non è indice di salute mentale pensare di andare nella Case Protette o nelle RSA e capire chi è fragile. Chi pensa si possa fare non ha idea di chi è ricoverato in queste strutture e in quali condizioni vive (vedasi *case-mix* delle strutture protette dell'Emilia Romagna). A me sembra importante, però, cercare di creare un piccolo gruppo di lavoro, che veda coinvolte le due Società scientifiche, che prepari uno snello documento da condividere con la platea di Geriatri della nostra regione. Dovranno essere coinvolti i giovani privilegiando quelli che lavorano anche sul territorio.

Carissimi saluti a tutti.

Martedì 17 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

Ringrazio Anzivino. Ritengo si debba far riferimento ad esperienze qualificate ed irripetibili che richiedono evidentemente condivisione. È evidente che si esce dal classico ospedale per acuti (ho letto oggi che uno studio della SIGOs ha messo in evidenza che il 20-35% degli anziani dimessi è più compromesso funzionalmente rispetto all'ingresso). Il coinvolgimento dei giovani è fondamentale: penso anche alle scuole di specializzazione e ai corsi di laurea dove si insegnano tante cose poco pratiche e di conseguenza poco utili. Cercherò con la vostra collaborazione di sviluppare l'iniziativa utilizzando i sistemi di informazione a disposizione (stampa, e-mail); ho l'impressione che una buona attività della medicina di base potrebbe identificare precocemente gli anziani fragili. Intanto la SIMI (Società Italiana di Medicina Interna) sta sviluppando un gruppo geriatrico (!): era molto sentito e darà frutti rilevanti. Ricordo il progetto regionale riguardante la fragilità: che risultati ha avuto? sarebbe interessante e promozionale avere l'aiuto della nostra regione.

Martedì 17 ottobre 2006, Alberto Ferrari

Direttore Unità Operativa di Geriatria, A.S.M.N - Azienda Ospedaliera di R.E., Presidente Sezione Regionale SIGOs

Leggo con un po' di ritardo (dovuto all'inevitabile mole di lavoro trovata dopo il congresso di Piacenza e ad una serie di avvenimenti contingenti quali i nuovi assetti dipartimentali del nostro ospedale con le incombenze burocratiche relative al loro avvio) l'interessante riflessione congiunta in e-mail. Certamente molti fanno confusione tra fragilità e disabilità. Soprattutto la fanno i politici che si occupano di sanità, i colleghi di altre discipline, gli utenti comuni e forse anche qualche Geriatra. L'obiettivo di arrivare a fornire elementi chiarificatori con un articolo congiunto tra le due società mi sembra utile:

- sono convinto che la fragilità sia di per sé **figlia dell'invecchiamento e direttamente proporzionale ad esso** (almeno nella grande maggioranza dei casi) in quanto espressione della fisiologica riduzione delle riserve funzionali che con gli anni progredisce e che durante la malattia acuta emerge improvvisamente innescando la cascata degli eventi che solo il Geriatra esperto è in grado di interpretare e di contrastare per cercare di evitare la disabilità.
- quindi **non una condizione di malattia ma una predisposizione, un elemento di prognosi sfavorevole in caso di...**

Andare a codificare un metodo di definizione della fragilità quale quello che indica Salvioli (tabella di Fried) od anche altri per identificare, nell'ambito della popolazione anziana individui fragili e non (o individui fragili ed altri ancora più fragili!) sarebbe sufficiente? Non si dovrebbe infatti ragionare poi in termini prospettici per avere l'evidenza che la supposta fragilità individuata con un determinato metodo sia veramente tale sfociando in caso di malattia od altro stress in una cascata di eventi di difficile contrasto che potrebbero portare a disabilità?

Mi sembra che dobbiamo avere un po' più di chiarezza su quello che intendiamo fare:

1. Dare un contributo didattico utilizzando la letteratura ed alla fine licenziando una specie di *consensus* su una definizione di fragilità e su una metodica di individuazione della stessa?
2. O vogliamo utilizzare la letteratura per dare una definizione e scegliere un metodo di analisi (es. la citata tabella di Fried) e poi effettuare uno studio prospettico per verificare se gli individui identificati come fragili si dimostreranno poi nel tempo ta-

li e magari se oltre ad una determinata soglia di età la Fragilità è patrimonio di tutti i soggetti di quella categoria?

Martedì 17 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

Leggo con piacere le osservazioni del dr Ferrari, in particolare quando cita la confusione tra fragilità e la disabilità e soprattutto quando afferma che la fragilità è figlia dell'invecchiamento. Il metodo per la sua "diagnosi" è abbastanza semplice (criteri di Fried), ma si tratta di procedure ignorate nella didattica corrente, da applicare soprattutto nella medicina territoriale. Il contributo culturale è disponibile da molti anni, ma non è ancora trasferito alla pratica anche per le omissioni della didattica universitaria; un primo proposito potrebbe essere un inserimento dei Geriatri nel progetto fragilità della Regione (forse è già finito-potremmo chiedere i risultati) e fare presente con forza la necessità di un approccio preventivo al problema.

Ne parleremo ancora. Intanto quando si parla di "fragilità" ci compete essere preparati ed ortodossi.

Mercoledì 18 ottobre 2006, Umberto Senin

Caro Gianfranco, benedetto il documento di riordino della Scuola di Specializzazione in Geriatria (SSG) che ha costretto la nostra disciplina ad individuare il paziente target così da differenziarsi dalla Medicina Interna. Speriamo ora che altre voci si aggiungano. Credo però che per rendere il dibattito proficuo ai fini della elaborazione di un documento condiviso sia opportuno che tutti i soggetti coinvolti, che per la massima parte non sono universitari, conoscano il nuovo ordinamento SSG (che ti allego) che, come sai, sta per essere pubblicato nel prossimo numero del Bollettino COLMED/09. Naturalmente ai fini operativi è fondamentale la massima concretezza tenendo conto di come la più recente letteratura scientifica internazionale affronta il problema.

Mercoledì 18 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

Caro Umberto, ti ringrazio della iniziativa del forum. Cercherò di coinvolgere altri Geriatri che sentono, forse più degli universitari, il problema. Di fatto il problema fragilità a Modena (AUSL): comprende le demenze e hanno creato una U.O. sem-

plice per la fragilità omnicomprensiva... Ci saranno sorprese culturali...

Mercoledì 18 ottobre 2006, Franco Rengo

Carissimi, il 13.1.2006 proposi al prof. Bernabei la costituzione di un nuovo gruppo di studio sull'anziano fragile (vedi allegato). Consiglierei una procedura analoga a quella seguita per la SS di Geriatria, partendo dal documento Salvioli (vedi allegato) ed integrandolo con altre nostre proposte fondate su evidenze. In occasione del prossimo congresso nazionale SIGG potremmo riunirci, non solo per il varo del documento, ma soprattutto per definire un protocollo scientifico da realizzare con le nostre AA.FF. di Geriatria universitarie ed ospedaliere.

**PROPOSTA DI ISTITUZIONE
di un GRUPPO DI STUDIO SIGG-FIRI:
LA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO:
DEFINIZIONE E STADIAZIONE**

La fragilità è un termine utilizzato per descrivere soggetti anziani con comorbilità ed instabilità clinica, disabilità e rischio di eventi avversi, con elevata incidenza di ospedalizzazione e/o morte. Numerosi autori definiscono la fragilità come un insieme di marcatori biologici e clinici, distribuiti in un contesto dinamico caratterizzante gradi diversi della sindrome. Esistono in letteratura numerosi studi volti alla definizione della fragilità, alla sua quantizzazione ed alla sua correlazione con eventi avversi. Più recentemente Hogan et al.¹ ha considerato la fragilità un'entità multidimensionale, definita da fattori fisici, psicologici, sociali ed ambientali, che nei singoli lavori scientifici difficilmente sono stati presi in considerazione nel loro insieme.

Lo scopo del gruppo di studio dovrebbe essere, idealmente, quello di identificare *markers* clinici, biologici, psicologici, sociali ed ambientali per realizzare uno strumento capace di definire e stadare la fragilità. Poiché potrebbe essere difficile centrare l'obiettivo, il gruppo comunque dovrebbe descrivere lo stato dell'arte, in modo da poter tenere informati i Soci SIGG su un argomento di grandissimo interesse e di cui tutti parliamo probabilmente pensando ognuno a scenari clinici diversi.

BIBLIOGRAFIA

¹ Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. *Models, definitions and criteria of frailty*. Aging Clin Exp Res 2003;15:3-29.

Proposta iniziale della composizione del gruppo di studio:

Struttura	Componenti
Università di Napoli Federico II	prof. F. Rengo, prof. P. Abete
Università di Perugia	prof. U. Senin, prof. A. Cherubini
Università di Ferrara	prof. R. Fellin, dott. S. Volpato
Università di Firenze	prof. G. Masotti, prof. N. Marchionni
Università Cattolica di Roma	prof. PU Carbonin, prof. R. Bernabei, ...
Gruppo Ricerca Geriatrica Brescia	prof. M. Trabucchi, ...
Università di Modena	prof. G. Salvioli,...

Mercoledì 18 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

Ritengo che ogni forma di discussione vada bene a condizione che si arrivi al più presto a chiarire che l'anziano fragile è qualcosa di preciso e di definibile senza retorica; ci sono problemi didattici incombenti! A Modena l'AUSL ha da un anno un Progetto Fragilità (è una U.O. semplice!) che si interessa di tutto dalla demenza alla disabilità... È tempo di citare gli errori culturali partendo però da un corretto insegnamento e da una pratica clinica adeguata. Al mio documento iniziale (è riassunto di un articolo del GdG) rispose solo Senin (che propone la forma del Forum) e tre Primari Geriatri della mia regione che hanno partecipato attivamente e in tempi brevissimi alla definizione dei problemi. Dimenticavo che il problema in oggetto è, per quanto riguarda la disciplina Geriatria-MED09, prevalentemente didattico-formativo; volevo che rileggeste l'articolo (che allego) di Senin di qualche anno fa (pubblicato sul GdG): può essere utile.

Giovedì 19 ottobre 2006, Niccolò Marchionni

Personalmente, trovo molto utile ed opportuno il dibattito sulla definizione di anziano fragile promosso da Umberto Senin e vivificato dagli interventi di Gianfranco Salvioli, Domenico Cucinotta, Fernando Anzivino, Alberto Ferrari. È specifico merito della Scuola di Perugia aver introdotto questo tema nel dibattito interno alla nostra disciplina ed alla nostra Società scientifica, anche con accenti che alcuni hanno talora tacciato di maniacalità (Umberto vorrà perdonarmi questo riferimento, che per mio conto vuole essere più affettuoso che offensivo nei suoi confronti), ma che io credo siano invece il segno di una autentica ed intensa passione, senza la quale la Geriatria ha vita breve, per

le difficoltà e le complessità che sono intrinseche all'oggetto stesso della sua azione: l'anziano fragile, per l'appunto. Un merito degli amici perugini da tutti noi, del resto, riconosciuto ed apprezzato. Come sottolineato da molti, la ricerca di una definizione di fragilità ha grande utilità non solo didattica, ma anche operativa, ai fini della identificazione dei soggetti/pazienti a maggiore rischio e, dunque, sui quali concentrare maggiori risorse terapeutiche e/o preventive. Oltre che, come già detto, enorme valenza culturale e disciplinare, per ben individuare - in utile ed opportuna distinzione nei confronti dei colleghi internisti -, i più naturali "clienti" della nostra disciplina. Credo che siamo ormai tutti d'accordo sul fatto che fragilità non coincide affatto con disabilità ma, in piena sintonia con Domenico Cucinotta (quando parla di necessità di **riferimento ecologico**), penso sia da sottolineare come la definizione di fragilità non possa prescindere dal contesto operativo nel quale si stia operando, su soggetti/pazienti per definizione diversi ma, soprattutto, per diverse finalità. Lo studio delle citochine, degli indici di infiammazione, della struttura e della forza muscolare come marcatori di fragilità e fattori di rischio di disabilità - portato avanti con enorme successo anche da ricercatori italiani quali Luigi Ferrucci -, ha grande interesse scientifico ma, forse, per il momento con valenza eminentemente speculativa e più gerontologia che geriatria: pur rendendomi conto di operare una banalizzazione, credo sia ancora prematuro proporre la determinazione sistematica di IL-6, o di altri marcatori, per individuare i soggetti a rischio... In un contesto di prevenzione della disabilità, invece, modelli come quello proposto da Fried e riportato da Gianfranco Salvioli e Chiara Mussi, risultano ben applicabili anche a larghe popolazioni ai fini di screening, per identificare ad esempio coloro sui quali focalizzare interventi preventivi di eventi potenzialmente catastrofici: la progressiva riduzione di forza muscolare, preludio alle cadute insieme alla instabilità posturale, o la diagnosi precoce di condizioni cliniche ancora non manifeste, ma che possono appunto tradursi in perdita di peso, affaticamento, ecc. Per contro, in un contesto di malattia acuta - e quindi, nella UGA - fragilità è la perdita di omeostasi che fa sì che **quella** malattia acuta sia più probabilmente mortale o permanentemente disabilitante, in quanto meno tollerabile per un organismo con ridotte riserve funzionali. Una riduzione di riserva funzionale che vede nella **comorbilità** il suo più importante e costante meccanismo eziopatogenetico. Che importanza può avere questa considerazione? Ad esempio, per

dimostrare che coloro con maggiore carico di comorbilità - e quindi con maggiore, intrinseca fragilità - sono quelli che maggiormente si giovano di tecniche di limitazione del danno acuto. A questo proposito, mi permetto di allegare un articolo del nostro gruppo (Am Heart J 2006;151:1101-7), nel quale si dimostra che la estensione agli anziani "cattorci" (ricordi, Umberto?) dei benefici derivanti dalla angioplastica primaria in corso di infarto miocardico acuto avrebbe prodotto vantaggi prognostici nettamente superiori a quelli ottenuti in pazienti più giovani e non fragili che, paradossalmente, sono invece i più sistematicamente trattati. Concludo questa breve nota con due auspici: che il dibattito vada avanti con il massimo contributo di tutti, con sua sistematica pubblicazione sul bollettino e periodica pubblicazione di aggiornamento sul Giornale, in modo che raggiunga ed investa il maggior numero di Soci possibile, promuovendo la partecipazione di tutte componenti della nostra Società; e che la SIGG si faccia carico della definizione condivisa di strumenti di definizione dell'anziano fragile che - se ci troviamo d'accordo con quanto enunciato da Domenico Cucinotta e ripreso da me - dovrebbero essere diversificati in base al contesto operativo ed ai differenti obiettivi che ci si prefiggono. In modo simile, ad esempio, a quanto avvenuto per le differenti versioni del VAOR.

Venerdì 20 ottobre 2006, Giorgio Valenti

Caro Franco, ho seguito con interesse il dibattito sulla tematica della "fragilità" che, proprio in quanto ancora non ben definita, si presta alle molteplici elucubrazioni che ho letto e che in gran parte mi sento di condividere. Mi pare tuttavia che un aspetto non sia stato sufficientemente stressato e cioè il ruolo fondamentale della sarcopenia come elemento cruciale nel processo patogenetico della condizione di fragilità; conseguentemente andranno rivalutate tutte le componenti patogenetiche della sarcopenia stessa tra cui *in primis* quella ormonale. So per certo che l'industria farmaceutica ha in progetto grossi investimenti nella direzione del problema "sarcopenia-fragilità", con un'attenzione particolare proprio per la componente ormonale. Forse ti saranno sfuggiti gli ultimi nostri contributi su questa tematica e perciò ti ricordo i riferimenti bibliografici che riporto in seguito. Credo perciò, se lo ritenete opportuno, che anche il nostro gruppo (Valenti, Ceda, Maggio, Ceresini) possa avere titolo per dare il suo contributo in un ipotetico gruppo di studio.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Ferrucci L, Maggio M, Ceda GP, Beghi C, Valenti G, De Cicco G. *Acute postoperative frailty*. J Am Coll Surg 2006;203:134-5.
- Maggio M, Cappola AR, Ceda GP, Basaria S, Chia CW, Valenti G, Ferrucci L. *The hormonal pathway to frailty in older men*. J Endocrinol Invest 2005;28:15-9.
- Maggio M, Ceda GP, De Cicco G, Cattadori E, Visioli S, Ablondi F, et al. *Acute changes in circulating hormones in older patients with impaired ventricular function undergoing on-pump coronary artery bypass grafting*. J Endocrinol Invest 2005;28:711-9.
- Maggio M, Lauretani F, Ceda GP, Bandinelli S, Basaria S, Paoletto G, et al. *Association of Hormonal Dysregulation with Metabolic Syndrome in Older Women (Data from the InCHIANTI Study)*. Am J Physiol Endocrinol Metab. 2006; [Epub ahead of print].
- Valenti G. *Adrenopause: an imbalance between DHEA and Cortisol secretion*. J Endocrinol Invest 2002;25:29-35.
- Valenti G, Ceda GP, Ghigo E, Hoffman AR. Proceedings of the Meeting of Geriatric Endocrinology 2005;1:1-122.

Sabato 21 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

Caro Valenti: "elucubrazioni" credo voglia dire considerazioni inconcludenti; in realtà il caso della fragilità (non è il solo) è stato ed è inconcludente. Fra i 5 *item* proposti per diagnosticare la sindrome della fragilità dal gruppo della Fried c'è anche la misura della forza; se riusciamo a misurarla almeno nei nostri malati sarà un progresso - scoprire le cause della sarcopenia è più interessante, ma ai nostri vecchi per ora deve essere offerta la possibilità di diagnosi precoci e di un approccio clinico geriatrico. In questi giorni ho avuto conferme al fatto che degli anziani ricoverati molto raramente si conosce il peso e l'altezza (in compenso l'ospedale ha costosi servizi di dietoterapia!); non si capisce a quali elementi si faccia riferimento per prescrivere una delle tante diete disponibili. Mi sembra sia tempo che anche a livello di cure primarie peso, altezza e forza muscolare siano misurati soprattutto negli anziani. Sbaglio?

Lunedì 23 ottobre 2006, Pier Ugo Carbonin

Carissimi, il tema della fragilità è indubbiamente cruciale per la nostra disciplina e mi pare opportuna la distinzione che Senin fa tra anziano fragile e paziente anziano fragile. Non vorrei sbagliarmi, ma credo che Umberto volesse impennare la discussione sull'utilità di una distinzione tra il concetto generale di fragilità e la gestione del paziente geriatrico. A questo proposito suggerirei di imposta-

re preliminarmente la discussione su due punti che mi paiono critici per l'istituzione di un gruppo di studio sulla fragilità.

Definizione. Non vi è assolutamente accordo nella letteratura su una definizione accettabile per tutti di fragilità. È vero che c'è stato il tentativo della Fried e Coll. di enucleare i fattori della fragilità, ma altri pensano che questi fattori siano molto più numerosi dei 5 individuati da questi Autori (J Gerontol 2004;59A:86). Personalmente non saprei trovare una definizione migliore di quella concordata dopo lunghissime ore di discussione dal Gruppo che stilò le linee guida della SIGG sulla VMD. Del resto, un *panel* formato dai massimi esperti sull'argomento (JAGS 2006;54:991) non è stato in grado di decidere se sia preferibile affrontare il problema da una punto di vista generale oppure spostare l'attenzione su singole fragilità che potrebbero avere meccanismi fisiopatologici specifici e richiedere trattamenti diversi.

Obiettivi. Dovrà essere un gruppo di studio che ha come obiettivo prevalente i meccanismi fisiopatologici della fragilità oppure le problematiche connesse con la prevenzione, la clinica e l'assistenza del "paziente anziano fragile"? Mi sembra, ad esempio, che Niccolò Marchionni propenda per il secondo obiettivo.

Lunedì 23 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

È un peccato che le risposte come quella di Carbonin siano "di parte" e parziali; non credo si possa parlare di censura: io al messaggio di Valenti ho risposto, ma non lo trovo allegato. Molte risposte o interventi prescindono dal problema iniziale che è fondamentale: in medicina (servizio sanitario) chi dovrebbe fare la diagnosi di anziano fragile? Non certo noi Geriatri chiusi nei nostri ospedali ad aspettare che l'anziano si ammali veramente. I 5 *item* della Fried e coll. sembrano gli unici trasferibili concretamente alla didattica dei corsi di laurea (non parlo della scuola di spec.); sono validati anche dall'osservazione longitudinale. L'obiettivo è uscire dalla teoria, dalle discussioni per proporre qualcosa di concreto e di validato. Il Forum di Senin mi sembrava fantastico, ma noto con dispiacere che non è più compilato: spero di sbagliarmi perché lo ritengo molto utile. Alla mia proposta di utilizzare il metodo della Fried non ne sono seguite altre. Poiché l'età non mi consente lunghe attese, credo che, in assenza di altre definizioni utilizzabili nella pratica clinica, la soluzione da me proposta sia la più razionale. Se ce ne sono altre altrettanto credibili che non ri-

chiedano convegni o altre burocrazie, sarò ben lieto di leggerle, condividerle ed eventualmente di adottarle nella mia attività di Docente di Geriatria.

Martedì 24 ottobre 2006, Giuseppe Paolisso

Egredi Colleghi, la costituzione di un gruppo di lavoro che abbia come tematica principale l'Anziano Fragile mi sembra una iniziativa quanto mai necessaria e opportuna al fine di meglio definire quello che l'oggetto dell'interesse essenziale della Geriatria. A questo punto però ci troviamo di fronte a ad un bivio: a) provare a definire fisiopatologicamente l'anziano fragile ben sapendo che il dibattito della comunità scientifica mondiale (prima fra tutti Fried) non è riuscita ANCORA a trovare un consenso unanime sul concetto e sui *markers* biologici della fragilità; b) provare a definire o "individuare" clinicamente il paziente anziano fragile per porlo sempre più - e questa volta non solo politicamente ma anche culturalmente - al centro del nostro interesse. Non credo che le due cose si escludano e personalmente vedrei molto bene per la Geriatria italiana (sicuramente tra le migliori dei Europa) un *challenge* importante il tentativo di definire fisiopatologicamente (magari si potrebbero fare delle riunioni preliminari anche con esperti internazionali che potrebbero poi concludersi con una Consensus Conference organizzata dalla FIRI e magari inserita nel prossimo congresso SIGG 2007) il paziente anziano fragile. Nel frattempo poiché il percorso fisiopatologico potrebbe essere abbastanza lungo e complesso un altro gruppo di lavoro potrebbe focalizzare più a breve termine il concetto clinico di paziente anziano fragile. In quest'ultimo caso dovremmo dare il massimo della visibilità a questo nostro lavoro sia nei confronti della comunità scientifica in generale ma ancor più nei confronti della SIMI.

Martedì 24 ottobre 2006, Roberto Bernabei

La SIMI attende una mia proposta per il simposio congiunto del loro congresso 2007. Io proporrei proprio l'inquadramento clinico dell'anziano fragile (Fried, linee guida SIGG, test di *performance*, VAOR, database...). Sono certo che il livello di approfondimento della relazione del Geriatra (figlia del gruppo di lavoro sponsorizzato FIRI...) sarà di gran lunga più esaustiva di quella dell'internista SIMI e FADOI.

Martedì 24 ottobre 2006, Gianluigi Vendemiale

Gentili Colleghi, avendo seguito con estremo interesse il forum in questione, desidero solo comunicare il mio totale accordo con la proposta del prof. Paolisso che rappresenterebbe un deciso salto di qualità nella ricerca di una definizione e standardizzazione del problema. Il risultato finale potrebbe poi essere diffuso a tutte le sedi universitarie che avrebbe così un documento ufficiale da applicare. Ciò avrebbe ovviamente anche positive ricadute sulle SSG. Seguendo inoltre il suggerimento del prof. Bernabei, lo stesso elaborato, frutto di questo gruppo di lavoro, potrebbe poi essere rappresentato nell'eventuale simposio congiunto con la SIMI.

Mercoledì 25 ottobre 2006, Gianfranco Salvio

È indubbio che il messaggio inviatovi il 14 Ottobre riguardante l'"identità" dell'anziano fragile con i connessi problemi didattici ha provocato tanti pareri e risposte che, spero, si possano continuare a leggere tutti sul Forum (che il prof. Senin lodevolmente ha organizzato) che da qualche giorno, probabilmente per motivi contingenti, non c'è più. Poiché molti Colleghi, giustamente, fanno dell'anziano fragile (e del paziente anziano fragile) un problema prevalentemente di ricerca, credo sia rilevante fare riferimento, non solo all'ampia e qualificata letteratura disponibile, ma anche all'allegato del *National Institute of Aging* (è del 2003) che potrà fornire spunti molto rilevanti per l'eventuale ricerca che si vuole intraprendere. A mio parere un problema veramente risolvibile è il trasferimento alla realtà didattica e anche assistenziale di alcuni risultati di ricerche fatte come per esempio quella riguardante lo screening dell'anziano fragile con criteri prestazionali. Ricordo che al sito <http://www.sigg.it/vmd/vmd%20sezione%204.htm> si legge dell'anziano fragile nella rete dei servizi sanitari (è il risultato di un progetto finalizzato del Ministero della Salute di diversi anni fa).

Mercoledì 25 ottobre 2006, Umberto Senin

Concordo pienamente con quanti scrivono che l'approccio alla fragilità può essere effettuato a 2 livelli:

- **fisiopatologico**, altamente impegnativo perché investe competenze e discipline quanto mai diverse e tempi sicuramente infiniti;

• **clinico**, di identificazione di un paziente che c'è già e sul quale la medicina geriatrica ha dimostrato di essere quella che ha le migliori competenze per occuparsene.

Del **primo**, anch'io penso, che potrebbe essere un progetto FIRI; del **secondo** è la SIGG, magari con il supporto FIRI, a doversene fare carico attraverso un Forum (che si concluda con un dibattito non più virtuale), che porti in tempi brevi ad elaborare un documento ufficiale nel quale, partendo dalla definizione, vengano indicate quelle che sono le metodologie e gli strumenti da utilizzare sul piano clinico-pratico per l'individuazione del paziente, la sua tipizzazione in rapporto ai fattori responsabili della sua fragilità, premessa indispensabile per la definizione del PAI, così come per la scelta del setting assistenziale.

Ha infatti ragione Paolisso quando si dichiara d'accordo sul fatto che è a questo livello che la Geriatria si differenzia dalla Medicina Interna, come d'altro canto, lo ripeto, è scritto nel documento di riordino della SSG, che rappresenta il vero motore all'intera nostra discussione.

Così come ha ragione Carbonin quando afferma che non si può prescindere dalle **Linee guida sull'anziano fragile** (Ferrucci, Marchionni, SIGG) alle quali molti di noi hanno dato a suo tempo un contributo. Con tanto impegno e fatica!

Sono infine d'accordo anche con Roberto Bernabei sul fatto che il paziente anziano fragile sia oggetto di un simposio congiunto al Congresso SIMI 2007, in quanto esso ci dà l'opportunità di confrontarci con l'internista SIMI e FADOI.

Su come procedere ora sul piano operativo, spetta ai Presidenti SIGG, FIRI e ANG decidere.

Mercoledì 25 ottobre 2006, Giovanni Gambassi

Nella sua formulazione più matura (dall'inizio del nuovo millennio), il concetto di fragilità è inteso come indipendente dalla medicina/clinica (il paziente), addirittura quasi "pre-clinico" (o subclinico sec. A. Newman). Nasce ovvero dalla evidenza che *outcome* avversi si realizzano in individui per i quali non sembrano sussistere marcatori clinici noti di rischio (le patologie fondamentalmente). È quindi essenziale la distinzione di fragilità da comorbilità e da disabilità. Ovviamente le tre condizioni possono, e spesso accade, coesistere nello stesso individuo, ma non possono essere utilizzate in modo intercambiabile (e anche questo purtroppo spesso succede) Su questo molti studiosi (incluso Ferrucci) concordano. Da questa evidenza -

inoppugnabile - discendono vari (sostanzialmente due) tentativi di definizione ed inquadramento della fragilità. La scuola Hopkins di Fried al momento vanta una base di informazioni superiore a quella del rivale canadese Rockwood ma, forse, pecca di un eccesso di protagonismo. Rimane l'idea che la ricerca di fragilità sia un approccio di "screening" cui far corrispondere l'adozione di schemi di profilassi, quasi "primaria". Questa impostazione scientifica - la individuazione e la parametrizzazione di una nuova sindrome - ha sostanzialmente eluso la problematica medica, clinico-assistenziale. Il vacuo ha contribuito al contrapporsi di una visione medico-assistenziale che ha ribaltato completamente la sequenza ideologica. Fragilità è quindi (ri)divenuto un attributo soggettivizzato, e come tale "post-clinico". Ovvero, il "paziente" è fragile non appena somma su di sé età, patologia e sindromi che evidentemente pre-esistevano (Olde Rikkert). Ne consegue che la fragilità così definita è l'anticamera della disabilità, dell'istituzionalizzazione e della morte. Quindi la sequenza ideologica prevede una ineludibile progressione tra successivi gradi di "severità", dalla patologia (sindrome) singola alla morte. Questa ideologia è stata però "infragilita" dagli studi di T. Gill che documentano la possibile reversibilità della disabilità e, quindi, della severità della fragilità. A Yale, però, si sono concentrati sui pazienti anziani che venivano ricoverati in ospedale. Questo lascia credere che un concetto di "fragilità clinica" possa essere addirittura contestato dipendente (comunità, ospedale, residenze), o forse "stadio" (età, traiettoria, ecc.). I due piani, ho l'impressione, viaggino su binari paralleli ad intercettare individui diversi, o perlomeno, ad un momento diverso della loro traiettoria. Un tentativo unificante era stato promosso dalla Presidenza ed un gruppo della SIGG si è riunito a suo tempo per varare lo studio ANFORA (Anziani Fragili Ospedalizzati nei Reparti per Acuti). La proposta dello studio era stata resa operativa grazie allo sforzo di Antonio Cherubini e Stefano Volpato. Aveva lo scopo di testare la validità "clinica" della definizione della fragilità offerta da Linda Fried che è opportuno ricordare è stato operazionalizzato esclusivamente sui dati di pazienti *community-dwelling* ed è stato validato su *outcomes* a lungo termine. Rimango della opinione che nuovi dati servirebbero l'obiettivo che stiamo perseguendo molto meglio di qualsiasi elaborato.

Mercoledì 25 ottobre 2006, Antonio Cherubini

Carissimi, ritengo estremamente interessante ed utile il dibattito che si sta sviluppando sull'anziano fragile, in quanto è questo il paziente di elezione della Geriatria. Il problema della definizione della fragilità è peraltro alquanto complesso e non ancora risolto. Personalmente concordo con diversi interventi che hanno richiamato la distinzione tra differenti fasi della fragilità ed in particolare tra una fase precoce, che è quella che verosimilmente intercetta la definizione della Fried, validata su anziani viventi a domicilio, ed una più avanzata, nella quale si trovano molti dei pazienti che afferiscono agli ambulatori ed ai reparti geriatrici o che si ritrovano nelle residenze per anziani. Le due fasi richiedono approcci diagnostici e terapeutici differenti e la lacuna che l'ANFORA voleva colmare è proprio quella di meglio caratterizzare una fase più avanzata di fragilità per validarne una definizione operativa e cominciare a delinearne la fisiopatologia al fine di aprire la strada alla ricerca di interventi efficaci in questi pazienti. La costituzione di un gruppo di studio che promuova progetti di ricerca è, come indicato da altri Colleghi, anche per me un obiettivo da perseguire. Sarebbe inoltre sicuramente utile elaborare un documento di consenso della SIGG sull'anziano fragile, anche se concordo con il prof. Carbonin sul fatto che non sarà facile andare al di là della definizione fornita nelle linee guida VMD del 2001 in quanto sono ancora pochi i dati disponibili.

Giovedì 26 ottobre 2006, Gianfranco Salvoli

Ritengo molto significativi i contributi dei proff. Gambassi e Cherubini che ritengo "giovani". Ancora una volta c'è il riferimento a qualcosa che si dovrà "scoprire" realizzando uno studio in corso o che si voleva fare. Nel messaggio iniziale facevo riferimento alla realtà didattica ed assistenziale attuale: dovrebbe adeguarsi alla esistenza degli anziani sul territorio (dove sono prevalentemente al loro destino voluto dalla tradizione), negli ospedali (dove si affrontano i problemi spesso legati anche all'esistenza di malattie croniche con le procedure dei malati acuti) e nelle strutture per gli anziani (dove succede probabilmente di tutto). Il Docente di Geriatria deve insegnare non dubbi o incertezze: almeno per l'anziano fragile dovrebbe essere delineato per quello che è (in attesa di future incerte conoscenze): i 5 *item* della Fried sembrano "facili" e tipicamente geriatrici.

Giovedì 26 ottobre 2006, Umberto Senin

Facendo mia una espressione "popolare" (senza offesa per Marco Trabucchi), vi ricordo che "è meglio il buono subito che l'ottimo impossibile". È oggi che abbiamo bisogno di definire clinicamente l'anziano fragile individuando gli strumenti da utilizzare in ambito assistenziale, tenendo presente che accanto ad una sindrome clinica da fragilità - Fried -, esistono anche fragilità d'organo o di sistema e già questo rappresenta, secondo me, un grosso contributo alla tipizzazione clinica dell'anziano fragile. Scusatemi per il "semplicismo", ma questo è quanto viene fuori dalla pratica clinica quotidiana.

Giovedì 26 ottobre 2006, Daniela Mari

Carissimi, sono appena rientrata dal Congresso della SIMI, dove sempre di più viene ribadito il concetto che è di competenza della MEDICINA INTERNA, il paziente anziano "complesso". Concordo quindi con tutti voi che la fragilità del paziente anziano debba essere definita in modo stringente dal Geriatria (la definizione delle linee guida del 2001 mi sembra sempre la migliore allo stato attuale dei dati disponibili). Un gruppo di studio che affronti questo problema è senz'altro da promuovere. Sulle due linee da perseguire (fisiopatologia o linee guida assistenziali) non ci dovrebbe essere una contrapposizione, ma penso che, viste le forze in campo, ci si potrebbe muovere parallelamente.

Giovedì 26 ottobre 2006, Pasquale Abete

Concordo pienamente su tutti gli interventi sull'anziano fragile e ritengo che sia estremamente importante definire al più presto il gruppo di studio SIGG che dovrà occuparsi del problema anche se, come sottolineato da diversi autorevoli colleghi, sarà di non facile soluzione.

Il problema più grande, credo, non è la definizione di fragilità, sulla quale più o meno siamo tutti d'accordo ma la "quantizzazione" del fenomeno. Mi spiego meglio. Come sottolineato anche da Antonio Cherubini esiste una gradazione della fragilità che ne differenzia in maniera radicale il quadro clinico. Dal punto di vista scientifico il problema è stato affrontato ma, di volta in volta, la metodologia utilizzata è stata diversa: da Gill che ha distinto la fragilità in moderata e severa ¹ a Rockwood che ha distinto la fragilità in 7 gradi e 70 tipi di deficit (?) ².

Anche il nostro gruppo ha tentato una gradazione di fragilità in 3 classi applicando il *Frailty Staging System*³ alla popolazione dell'Osservatorio Geriatrico Campano, stratificata in presenza ed assenza di insufficienza cardiaca cronica⁴. Tale metodo prende in considerazione anche la valutazione del supporto sociale che, molto spesso, viene escluso dalle analisi di fragilità. Credo che abbiamo il dovere di raggiungere uno strumento in grado di diagnosticare la fragilità e soprattutto di stabilirne la "gradazione", anche in considerazione della verifica del risultato di possibili interventi terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. *A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home*. N Engl J Med 2002;347:1068-74.
- ² Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people*. CMAJ 2005;173:489-95.
- ³ Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM Jr, Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC, et al. *A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients*. Ann Intern Med 1990;112:699-706.
- ⁴ Cacciatore F, Abete P, Mazzella F, Viati L, Della Morte D, D'Ambrosio D, et al. *Frailty predicts long-term mortality in elderly subjects with chronic heart failure*. Eur J Clin Invest. 2005;35:723-30.

Giovedì 26 ottobre 2006, Gianfranco Salvioli

Umberto! I contributi culturali sono stati tanti, ma i richiami alla pratica e ai problemi sanitari e concreti molto pochi. Credo che la "via" per far conoscere ed apprezzare la Geriatria sia il suo corretto insegnamento ed implementazione nella pratica quotidiana. Oggi ho scoperto per esempio che i codici ICD9-CM relativi alla malnutrizione non sono quasi mai presenti nelle schede di dimissione ospedaliera; stesso riscontro per peso, altezza, fabbisogno calorico (parlo delle strutture della mia area). Però il Geriatra ha fatto e fa incontri-congressi sul tema malnutrizione; non si ha notizia del trasferimento alla pratica dei risultati ottenuti. Si può e si deve migliorare, non è difficile. Il contributo di chiunque legga questo FORUM è fondamentale oltre che gradito. Si auspica che localmente sia effettivo e qualificato l'approccio geriatrico al soggetto anziano sia in ambulatorio che a domicilio, nelle strutture e in ospedale. La Geriatria si promuove anche con una didattica ortodossa e con procedure praticabili.