

FRAGILITA', MULTIMORBILITA' E DISABILITA': NELLE CARTELLE CLINICHE MANCANO TROPPO SPESSO RIFERIMENTI A QUESTI FONDAMENTALI PARAMETRI GERIATRICI.

Diverse metodologie con variabile qualità e criteri di misura sono stati utilizzati per condurre screening di popolazione e, a livello clinico, per valutare la fragilità del paziente anziano; i due metodi più noti nella ricerca clinica sono quello di Fried che individua il fenotipo della fragilità e quello di Rockwood che si basa sulla somma di malattie o condizioni morbose (esiste il frailty index elettronico che fa riferimento alle malattie presenti). Qui c'è sovrapposizione fra multimorbilità e fragilità; sono termini a volte utilizzati per definire il profilo di rischio del paziente anziano e per prendere decisioni cliniche o anche esprimere un giudizio prognostico. Non si deve dimenticare che l'anziano fragile ospedalizzato va incontro a riospedalizzazione a 6 mesi molto elevata (40% in media): questo dato rappresenta un insuccesso per il sistema delle cure territoriali che soprattutto in Italia dovrebbero essere migliorate.

Per quanto riguarda la fragilità nel paziente anziano ospedalizzato segnalo il tentativo di stratificare il paziente anziano ricorrendo all' **Hospital Frailty Risk Score (HFRS)** utilizzando i dati della cartella clinica elettronica e in particolare della valutazione multidimensionale geriatrica. Il problema pratico è rappresentato dalle decisioni e procedure differenziate per trattare la casistica stratificata dal HFRS (vedi [allegato](#)); nelle news della SIGG è stata già proposta l'attività motoria con esercizi anche di resistenza per gli anziani fragili ospedalizzati di età > 75 anni; si è fatto riferimento in questa casistica selezionata al [ViviFrail](#)

La definizione di fragilità dell'anziano ospedalizzato comporta la disponibilità di interventi operativi adeguati ed efficaci; in caso contrario è soltanto accademia, poco utile al malato. I codici diagnostici che si possono ottenere con il modello HFRC sono definiti nella ricerca pubblicata; per esempio E87 [disorders of fluid, electrolyte, and acid-base balance], E86 [volume depletion], B95 [Streptococcus, Staphylococcus, and Enterococcus as cause of diseases], and R56 [convulsions]], ecc. La costruzione è abbastanza complessa e forse non sarebbe alla portata di molti ospedali soprattutto in Italia. T. Gilbert et al utilizzano i dati della cartella informatizzata per sviluppare uno strumento di risk stratification in ospedale, utilizzando i codici dell'ICD-10-CM in una popolazione ampia degli ospedali inglesi (n=1 013 590); questa casistica è dicotomizzata in frail e non-frail; quella fragile fu definita poi a rischio basso, intermedio e elevato. La casistica dei pazienti fragili corrispondeva a un quinto dell'intera casistica e al 50% delle giornate di ospedalizzazione. Si vuole così identificare "a group of patients who are at greater risk of adverse outcomes and for whom a frailty-attuned approach might be useful". Il prevalente modello ospedaliero basato sulla diagnosi non serve tanto al malato; piuttosto si dovrebbe realizzare un modello capace di ridurre i rischi del paziente fragile durante il ricovero ospedaliero. I problemi rilevanti anche da un punto di vista didattico-formativo non sono ben illustrati dall'anziano con broncopolmonite non complicata che guarisce con gli antibiotici e che presenta un decorso radiologico tradizionale: questa casistica forse non era da ospedalizzare; geriatrici e da ospedalizzazione sono invece quei casi di polmonite che presentano delirium e immobilità, abbastanza frequenti. Questa casistica ha un protratto ricovero ospedaliero e pone problemi di dimissione e pertanto di gestione del caso clinico specifico; questa casistica dovrà avere una terapia che ha come target i patient-centred outcomes cioè la miglior mobilità, funzionalità, cognitivtà, continenza, il minor dolore e buon coinvolgimento sociale.

L'anziano fragile all'ospedale manifesta disturbi molto comuni che non devono essere sottovalutati, sono riassunti nella tabella da Age Ageing 2017; 46: 920. Le malattie acute nell'anziano fragile si manifestano con segni e sintomi a volte atipici e non specifici come per esempio la compromissione dell'equilibrio e della mobilità e quindi del trasferimento: la valutazione della mobilità nel tempo è pertanto fondamentale anche per prevedere il recupero del paziente fragile; il recupero della motilità è anche un segno prognostico. Pertanto l'anziano fragile rappresenta un reale problema nel setting ospedaliero; l'approccio terapeutico attualmente utilizzato non è probabilmente idoneo ad ottenere i migliori risultati da ogni punto di vita, anche economico.

Le critiche al HRTF non sono mancate; forse non discrimina adeguatamente la casistica > 75 anni e i 109 codici diagnostici complicano le operazioni. Si dubita che molti anziani con scompenso cardiaco, cancro, broncopneumopatia cronica presentano fragilità ma forse sono stati inclusi nel gruppo non-frail (cluster problemi di cuore oppure cancro con malattia polmonare)

Il cluster FRAIL della ricerca di Gilbert et al potrebbe includere casi di fragilità da comorbidità come demenza; l'esperienza di altri suggerisce che i codici HRTF che rappresentano la casistica di anziani fragili (che ha anche un ridotto rimborso rispetto ai codici delle più note acuzie) potrebbero essere meno ben documentati al momento del ricovero quando prevalgono le attenzioni per le diagnosi organo specifiche. Probabilmente le diagnosi correlabili alla fragilità potrebbero essere meglio catturate nei setting ambulatoriali; ma anche l'ospedale dovrà entrare nel problema della fragilità degli anziani che sempre più occupano I letti di degenza: le cure offerte devono essere di qualità e competenti.

Nel setting ospedaliero si dovrebbe adeguare il Triage ai pazienti anziani spesso fragili che accedono al pronto soccorso. Si menziona il **Modified early warning score** (MEWS) che è un semplice strumento per valutare la gravità clinica e il rischio di mortalità di un paziente, anche anziano, che presenta un evento acuto di varia natura; prevede la semplice rilevazione dei segni vitali fondamentali (pressione arteriosa, temperatura corporea, frequenza cardiaca e respiratoria) e dello stato di coscienza valutato con la risposta a stimoli con AVPU (*alert, voice, pain, unresponsive*).

La tabella aiuta a creare lo score del MEWS.

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Pressione sistolica	<70	71-80	81-100	101-199	—	>200	—
Freq. cardiaca (BPM)	—	<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130
Freq. respiro (RPM)	—	<9	—	9-14	15-20	21-29	>30
Temperatura (°C)	—	<35	—	35.0-38.4	—	>38.5	—
AVPU	—	—	—	A	V	P	U

Stato di coscienza: A: vigile, V: risponde alle parole, P: risponde agli stimoli dolorosi, U: non risponde

Un punteggio elevato è predittivo di ammissione al pronto soccorso (PS), alla terapia intensiva, e anche di mortalità; inoltre predice l'utilizzazione di risorse sanitarie. La valutazione del MEWS nel tempo fornisce indicazioni prognostiche in quanto misura l'instabilità clinica; anche dal punto di vista didattico MEWS rappresenta un significativo strumento. In Geriatria la sua validazione comporterebbe un riferimento ai valori normali dei parametri fisiologici in rapporto all'età: la sua utilizzazione da parte del medico di famiglia consentirebbe la precoce rilevazione di eventi clinici che avendo sintomatologia spesso atipica, comportano diagnosi tardive; la sua rilevazione frequente potrebbe segnalare precocemente anche gli effetti avversi alle terapie mediche e chirurgiche: si pensi alle sue variazioni in rapporto all'interventi chirurgico. Come si vede non si tiene conto della disabilità che nel breve termine non influenza la prognosi; il MEWS indica la necessità di attenzioni e di cure. Il monitoraggio dei segni vitali con i quali si calcola l'indice MEWS è utile così come la registrazione dei segni vitali nel tempo.

La **multimorbilità** è un problema in medicina geriatrica, affrontato sempre più spesso dalla ricerca del settore; essa influenza negativamente la durata della vita, la autosufficienza nella vita quotidiana, gli anni della vita vissuti con disabilità; quindi il livello di multimorbilità è parametro importante di cui si dovrebbe tener conto attribuendole priorità nella salute pubblica (J Am Geriatr Soc 2017; 65:1056-

1060).La gestione del paziente anziano con problemi legati alla multipatologia è in attesa di soluzioni qualificate che richiederebbero un'attenzione che non c'è; la multimorbilità influenza l'approccio operativo e la proposta curativo-assistenziale. Lo studio (vedi [qui](#)) è ad oggi il più vasto nel settore dell'approccio long-term degli anziani con multipatologia (siamo nel setting cure primarie): questi con maggior probabilità presentano precaria salute fisica e mentale e anche ridotta qualità della vita; questi pazienti assumono molti farmaci e subiscono modificazioni non gradite del loro stile di vita; non raramente sono istituzionalizzati. Lo studio di intervento su Lancet non è confortante; il metodo basato su patient-centered care non migliorò la qualità della vita di una casistica ampia di anziani che avevano almeno 3 malattie. Le critiche al trial non sono mancate: con quale metodologia si è intervenuti, la multimorbilità non era ben pesata (spesso problemi mentali). La valutazione aggiuntiva della fragilità avrebbe forse consentito di identificare quali pazienti erano più a rischio di outcome negativi e pertanto più bisognosi di un intervento centrato sul malato. Non è ben definita poi la partecipazione al progetto di cura e di assistenza del paziente e anche del caregiver.

Quindi il problema dell'efficacia delle cure longterm agli anziani fragili è ancora senza soluzioni certe; forse manca la semplificazione dei problemi; nelle ricerche a volte prevale "gizmo idolatry" cioè il gadget da utilizzare per incontri e pubblicazioni scientifiche poco utili per i pazienti. Compromissioni funzionali si accumulano nello stesso paziente provocando disabilità: spesso interventi multidisciplinari sono necessari per aiutare l'anziano che non ce la fa; la diagnosi tradizionale e precisa a volte potrebbe non essere necessaria anche perché senza prospettive di cure specifiche.

Fragilità e multimorbilità sono fortemente associate alla disabilità oltre che alla frequenza della ospedalizzazione, istituzionalizzazione e anche al rischio di morte. La fragilità indica aumentata vulnerabilità agli eventi stressanti a causa della diminuzione della riserva funzionale e anche ridotta resilienza; la multimorbilità cioè la coesistenza di 2 o più malattie croniche, non sempre si associa a fragilità; invece l'anziano fragile è spesso portatore di malattie croniche. La Fragilità dovrebbe essere misurata nella pratica clinica come parte della routine nella cura degli anziani.

Fragilità è un concetto geriatrico che implica valutazione complessiva del malato, del suo ambiente di vita in modo da individuare conseguentemente il piano di cura più adeguato e personalizzato.

La disabilità sembra il parametro più sicuramente e forse facilmente valutabile e di significato prognostico rilevante anche rispetto alla multimorbilità. La fragilità è giudicata predittiva di *outcome patient centred*, in particolare per quanto attiene la mobilità, l'attività fisica, la funzionalità in generale fino alla qualità della vita; si ritiene però che la fragilità non sia parametro adeguato a misurare gli outcome nella ricerca geriatrica ([Ann Intern Med 2018](#)).

Le malattie croniche sono spesso responsabili di diminuzione della qualità della vita, ridotta funzionalità e una delle cause più frequenti di morte (80% dei casi nei > 65 anni in Europa): il problema è come affrontarle dal punto di vista terapeutico ed assistenziale. Si legge che fragilità e multimorbilità si riscontrano nel 42% della popolazione con overlapping frequente fra ADL e problemi di mobilità e disabilità. Per tanto è importante disporre di trattamenti finalizzati alla rilevazione precoce, prevenzione e trattamento della fragilità; per ora gli obiettivi della sanità nazione si limitano alle malattie croniche (c'è un piano nazionale).

C'è consenso sull'approccio olistico alla fragilità e alla multimorbilità utilizzando strategie multiprofessionali, integrate e continue, soprattutto nei setting delle cure primarie ed intermedie. La rilevazione della fragilità e della multimorbilità dovrebbe avvenire utilizzando i dati delle documentazioni sanitarie (fascicolo sanitario elettronico e cartella clinica informatizzata): ciò consentirebbe interventi precoci e preventivi e la verifica della loro reale efficacia.

Oggi tanti anziani con multipatologia, fragilità e disabilità sono ospedalizzati per ricevere cure non raramente poco efficaci e mirate alle singole malattie croniche presenti. Le decisioni da prendere in questi casi sono complesse e riassunte nell'inserito che segue che riporta suggerimenti per approfondire ed affrontare finalmente il problema ([Ann Intern Med 2019](#)): vi troviamo elementi semplici come deprescrizione dei farmaci, traiettoria dello stato funzionale e mentale, prognosi e speranza di vita, eventuale rapporto comunicativo con il paziente (che ha delle priorità da soddisfare) e i caregivers, ecc. Queste tematiche dovrebbero essere inserite finalmente nei curricula dei corsi di laurea delle scuole di medicina. La documentazione sanitaria e soprattutto la cartella clinica

ospedaliera dovrebbero arricchirsi di rilevazioni che riguardano le prestazioni fisiche e mentali del paziente e anche la sua resilienza e qualità della vita.

Table. Clinical Tools to Support Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions

Clinical Issue	Tool
Identify patients' health priorities and incorporate them into clinical decision making	<p>Persons with multiple chronic conditions Tools for decision making aligned with patient priorities, including Tinetti M, Naik A, Dindo L. Conversation guide and manual for identifying patients' health priorities. Patient Priorities Care. 2018. Accessed at https://patientprioritiescare.org/resources/clinicians-and-health-systems on 12 December 2018.</p> <p>American Geriatrics Society. Framework for decision-making for older adults with multiple chronic conditions: action steps for the AGS guiding principles on the care of older adults with multimorbidity. Accessed at www.GeriatricsCareOnline.org on 16 January 2019.</p> <p>Persons with serious illness Ariadne Labs. Serious illness conversation guide. 2018. Accessed at www.ariadnelabs.org/areas-of-work/serious-illness-care/resources/#Downloads&%20Tools on 16 November 2018.</p> <p>University of California. Prepare for Your Care. 2018. Accessed at www.prepareforyourcare.org on 16 November 2018.</p>
Determine prognosis and health trajectory	University of California, San Francisco. ePrognosis. 2018. Accessed at https://eprognosis.ucsf.edu on 16 November 2018.
Deprescribe	Bruyere. Deprescribing guidelines and algorithms. 2018. Accessed at https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms on 16 November 2018.

Gli sforzi per identificare, trattare e prevenire la fragilità dovrebbero avere come target gli individui di media età che già presentano multimorbilità; in questi la fragilità è significativamente associata alla mortalità. Si osservi nella figura la relazione fra la fragilità e la pre-fragilità e il numero delle condizioni patologiche long-term. È tempo che la ricerca e anche la medicina pratica con i suoi servizi spostino il loro interesse dalla malattia singola alla multipatologia presente in un numero crescente di anziani (Lancet Public Health 2018; 3: e 323-332)

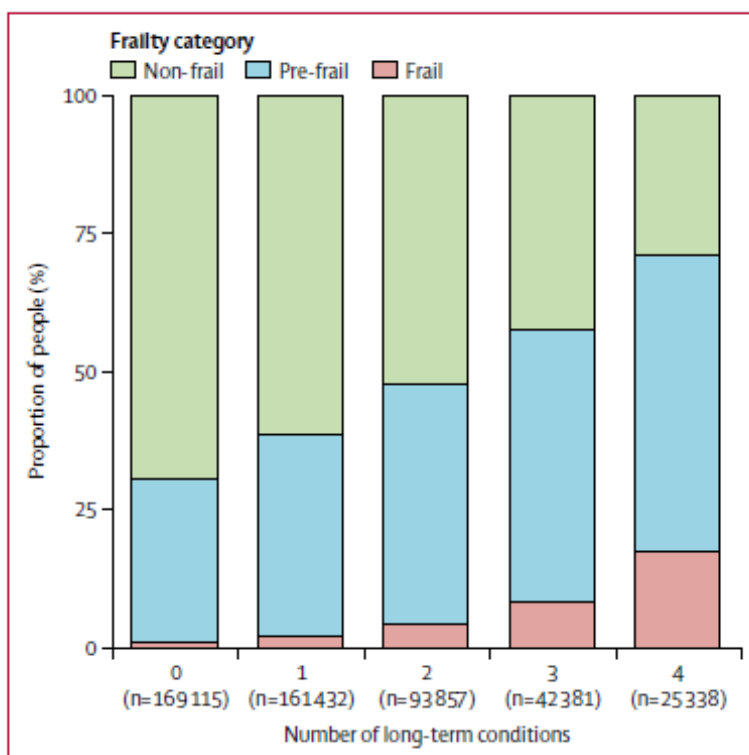


Figure 1: Prevalence of frailty and pre-frailty categorised by number of long-term conditions