

IL FUTURO DELLA FRAGILITÀ: NUOVE OPPORTUNITÀ

Mai prima d'ora c'è stato tanto interesse per la fragilità.

Tale tema, un tempo era di dominio quasi esclusivo della gerontologia e della geriatria. Nelle ultimi decenni, tuttavia, le collaborazioni interdisciplinari innovative e l'ascesa della medicina basata sul valore hanno determinato una rapida espansione nella ricerca sulla fragilità, con oltre 3700 menzioni sulla fragilità in PubMed nel 2020. Nonostante questa crescita e oltre 20 anni di evidenza sul valore clinico di un fenotipo basato sulla biologia e del modello di accumulo di deficit, l'implementazione della valutazione della fragilità nella pratica clinica è ancora in via di perfezionamento. Cooper et al. (JAGS 2021; 70:90-98) affrontano questo tema, integrando la valutazione multidimensionale geriatrica (CGA) con un indice di fragilità (CGA-FI) ed implementandolo in una divisione di medicina geriatrica dotata di servizi di co-gestione e consulenza.

La CGA-FI è stata giudicata utile da 12 geriatri che hanno affermato di utilizzare “sempre” tale strumento sui nuovi pazienti; inoltre, il 58% degli intervistati concorda sul fatto che CGA-FI aiuti il flusso del loro lavoro e l'82% che CGA-FI è di aiuto anche nella gestione dei pazienti.

La CGA-FI rappresenta quindi un approccio completo, ponderato e sistematico, in grado di evidenziare l'insieme dei deficit legati all'invecchiamento e le misure obiettive delle prestazioni del paziente che concorrono a costruire un dato sul livello di fragilità del singolo.

Una caratteristica fondamentale del lavoro di Cooper et al. è la continua volontà di formalizzare la valutazione della fragilità anche nel contesto dell'uso corrente della CGA. Ci sono stati problemi riguardanti per esempio la definizione delle caratteristiche dei deficit legati all'età che sono stati valutati in modo affidabile così come il processo di integrazione della tecnologia dell'informazione e delle cartelle cliniche elettroniche (EHR), la formazione dei providers e gli sforzi per guidare la successiva diffusione e crescita della metodologia.

Poiché noi in geriatria cerchiamo di considerare la fragilità come principio organizzativo centrale di riferimento per un'assistenza efficace delle persone anziane, il lavoro di Cooper et al. evidenzia due grandi potenziali insidie. In primo luogo, viene riportato un elevato numero di valutazioni CGA-FI completate, oltre 1400 pazienti all'anno, in gran parte degenti in strutture ospedaliere. Pertanto, la loro implementazione CGA-FI non risolve il problema rilevante dello screening della fragilità che dovrebbe far parte della pratica di routine delle cure primarie. In secondo luogo, non è nota la percentuale degli anziani curati con il sistema citato da Cooper et al. (vedi lavoro in [allegato](#)) in cui le competenze geriatriche hanno completato le tante CGA-FI. La struttura del CGA-FI è di fondamentale importanza per comprendere la scalabilità dello strumento di fragilità (un sistema è descritto come scalabile se è in grado di incrementare le proprie prestazioni, e quindi di rimanere efficiente, quando si verifica un incremento significativo del numero di risorse e di utenti), che richiede Geriatri sia per la raccolta dei dati che per l'interpretazione dei risultati. Il numero di geriatri negli Stati Uniti, per esempio, non è sufficiente per gestire l'intera popolazione anziana e gli attuali meccanismi di pagamento non supportano lo sforzo e il tempo per la valutazione una esecuzione valutativa faccia a faccia. Quindi, la CGA-FI promuove la fragilità come valutazione standardizzata, uniforme e clinicamente utile associandola alla CGA con documentazione accessibile dalla EHR.

Sono stati messi a punto indici di fragilità derivati dall'EHR, in grado di valutare migliaia di anziani in pochi minuti sia in Inghilterra che negli Stati Uniti. Se da un lato vi è il timore che strumenti più rapidi potrebbero ridurre l'accuratezza o la precisione nelle valutazioni automatizzate della fragilità, dall'altro, prove recenti suggeriscono che le misure di fragilità basate sull'EHR funzionano in modo comparabile alle valutazioni faccia a faccia e dimostrano una validità predittiva e convergente. Gli indici di fragilità in generale sono anche

ragionevolmente associati a misure fenotipiche come la Clinical Frailty Scale o a misure oggettive della velocità dell'andatura e della forza misurata con handgrip.

Come suggerito da Cooper et al., un progresso sarebbe un approccio "both-and" piuttosto che "either-or", con la fragilità misurata sia in base al fenotipo o come indice. In entrambi i casi, infatti, la fragilità predice esiti avversi per gli anziani, inclusi ricoveri, cadute, disabilità, istituzionalizzazione e mortalità. Anche se le valutazioni cliniche faccia a faccia hanno superato le misure basate su EHR e su metodologie automatizzate, resta, come già detto, il problema della scalabilità: il modesto numero di Geriatri negli Stati Uniti non è in grado di valutare lo stato di fragilità dei milioni di adulti di età pari o superiore a 65 anni o anche 75 anni.

E' dunque d'aupicio l'integrazione delle attuali conoscenze al fine di fornire (1) metodi scalabili e riproducibili per valutare la fragilità, uniti a (2) una chiara comunicazione degli obiettivi dell'identificazione della fragilità nei pazienti non solo anziani.

A che scopo cerchiamo di implementare le valutazioni della fragilità?

La letteratura limitata sugli interventi cerca prevalentemente di agire sulla fragilità stessa, con l'obiettivo di rallentare o invertire la traiettoria della fragilità mirando a deficit specifici. Un altro obiettivo è mitigare il ruolo della fragilità sugli esiti avversi negli anziani che devono affrontare un intervento clinico (ad es. chirurgia, chemioterapia, obiettivi di malattie croniche), testando percorsi di cura ben definiti dalla geriatria. Questa possibile evidenza sarebbe una guida per i medici che gestiscono anziani fragili senza il beneficio di un geriatra consulente. Abbiamo molto da imparare sul trattamento individualizzato per gli anziani fragili, che possono convivere per anni con la fragilità. Per molte decisioni cliniche per le persone con fragilità l'obiettivo da raggiungere è un equilibrio; ad esempio, mentre "less is more" per il controllo glicemico intensivo nel diabete di tipo 2, un controllo più stretto della pressione sanguigna sembra in grado di prevenire le malattie cardiovascolari e la mortalità in molti soggetti fragili anziani ipertesi. Molti altri settori clinici devono ancora essere testati, per esempio la cardiologia e la pneumologia. È certo che i fattori di fragilità sono in grado di fornire consigli utili sugli interventi e/o sulla gestione futura del paziente. Come metafora, si pensi al campo nefrologico in cui come strumento automatizzato di primo passaggio, si usa la creatinina e la velocità di filtrazione glomerulare stimata (eGFR), anche senza conoscere la nefropatia sottostante. Allo stesso modo, un indice di fragilità basato su EHR può identificare gli anziani che meritano una considerazione particolare nel nostro approccio clinico, anche se la "causa" della fragilità non è ancora chiara. Proprio come non useremmo il contrasto iodato in un paziente con un basso eGFR, non passeremmo immediatamente a un intervento chirurgico ad alto rischio in un paziente con fragilità misurata con l'eFI (Indice di fragilità elettronico). L'uso di misure "automatizzate" non preclude ulteriori indagini sulla eziologia. I fornitori di prestazioni medico-assistenziali dovrebbero avvalersi dell'esperienza della Geriatria per valutare i fattori di fragilità e fornire consigli sugli interventi e/o sulla gestione futura, proprio come attualmente fanno relativamente ai problemi nefrologici.

La rigorosa standardizzazione dell'approccio alla valutazione della fragilità, come elegantemente illustrato da Cooper et al., può aiutare a chiarire le cause sottostanti e i deficit conseguenti alla situazione clinica in considerazione. Pertanto, l'approccio "entrambi - e" prevede un metodo basato sulla EHR per identificare la fragilità su larga scala, con una valutazione geriatrica completa (CGA) per coloro che ne hanno bisogno. I Geriatri hanno la possibilità, ora, di far diventare la fragilità argomento fondamentale per tutti. Esistono diverse procedure per identificare i pazienti con fragilità; le nostre competenze sono necessarie per (1) sviluppare nuove conoscenze sugli interventi per la fragilità stessa e per guidare il processo decisionale clinico individualizzato per i pazienti fragili; (2) gestire i pazienti già identificati come fragili; e (3) educare e formare i nostri colleghi e tirocinanti nell'identificazione iniziale e nella gestione dei pazienti fragili.

Solo allora la nostra esperienza geriatrica potrà servire al meglio i nostri pazienti e i nostri colleghi. (JAGS 2022;70: 78-80).