

L'ospedale e il paziente "fragile" Un concetto in divenire: contributo alla riflessione¹

Dr. Marco Geddes da Filicaia*, Dr. Alfonso Lagi**

[* Direttore Presidio Sanitraio Firenze centro (S. Maria Nuova . Palagi), Azienda sanitaria di Firenze;

** Direttore S.C. medicina d'urgenza, Ospedale di S. Maria Nuova, Azienda sanitaria di Firenze]

*«It is more important to know what sort of patient has a disease than to know what sort of disease a patient has»
(William Osler, Remark on specialism, 1892)*

Molte persone che fanno ricorso all'ospedale sono anziane, in particolare nella realtà fiorentina. In ogni ospedale viene inoltre accolta una popolazione particolare specifica del proprio bacino di utenza; a Santa Maria Nuova si aggiunge pertanto, alla popolazione residente nel centro storico di Firenze, una quota di utenza che per esigenze proprie o per occasionalità fa capo a tale Presidio: turisti, immigrati, soggetti che esprimono problematiche sociali accentuate, anche con fenomeni di "marginalità" propri di un contesto urbano e di una situazione di impoverimento e riduzione delle reti di protezione sociale.

Ci sembra pertanto importante avviare una riflessione volta a distinguere – ma non a "categorizzare" - questi pazienti, non perché sia possibile, nè utile, suddividerli in diversi raggruppamenti, ma per mettere a fuoco problematiche diversificate e personalizzate nell'ambito dei percorsi ospedalieri e della relazione fra l'ospedale e il territorio.

Il termine "fragile" assume molteplici significati, sia nella lingua italiana sia nei percorsi sociali e assistenziali. Fragile deriva dal latino "fragilis", da frangere e significa delicato, debole, friabile, frangibile; il contrario di robusto, durevole, resistente.

Il dizionario indica come primo significato: *facile a rompersi*, e porta due esempi: *il vetro è un materiale fragile; l'ossatura delle persone anziane è molto fragile*.

Vi è una fragilità sociale e una fragilità biologica; nell'ambito assistenziale entrambe concorrono, spesso in misura sinergica, a definire le problematiche della persona che si rivolge all'ospedale.

La **fragilità sociale** trova il suo ambito nella povertà, ma non coincide con tale concetto. Povertà è un termine familiare, ma non facilmente definibile sul singolo soggetto. Si può dire che ha una valenza comparativa, di carattere economico, facendo riferimento alla disponibilità di mezzi per il sostentamento: povertà assoluta, quella la cui capacità di spesa mensile non raggiunge la soglia minima "necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi essenziali a uno standard di vita minimamente accettabile"; povertà relativa, correlata agli standard di vita prevalenti all'interno di una data comunità e

¹ Una sintesi di questo contributo è in corso di pubblicazione su *Toscana medica*

comprendente bisogni che vanno al di là della semplice sopravvivenza (il “paniere” utilizzato per la povertà assoluta).

Ci si riferisce quindi a una condizione di privazione economica e mancanza di risorse materiali. Il suo significato, rilevante per descrivere situazioni economiche complessive della popolazione, risulta più debole rispetto al singolo individuo e alla sua interrelazione con i sistemi socio sanitari.

La esclusione sociale si lega strettamente alla povertà, ma sottende anche l'esclusione da benefici e servizi cui normalmente le persone e le famiglie hanno accesso; dà quindi rilievo e valore alla rete di relazioni che la persona sviluppa intorno a sé, dedica una rilevanza specifica al livello di istruzione, alla salute, alla disoccupazione, al mercato del lavoro, alla precarietà, al disagio abitativo, all'impossibilità/capacità di partecipare alla vita sociale degli individui¹. Una persona benestante intesse – generalmente – o acquisisce relazioni e supporti sociali in grado di interagire con il sistema sanitario (si pensi ad esempio al ruolo delle badanti), potendo tuttavia, in condizioni di disagio e di isolamento e disadattamento, trovarsi in una situazione di esclusione sociale, malgrado il reddito. Al contrario una persona “povera”, ma inserita in un contesto forte di relazioni (amicali, associative, sociali etc.) come ad esempio quello proprio dei centri abitativi più piccoli, può godere di un grado di tutela sociale informale tale da non collocarsi nell'ambito della esclusione sociale.

Vi è infine il concetto di vulnerabilità sociale, propria di quei soggetti che, anche in seguito a problematiche sanitarie, sono a rischio di intraprendere un percorso di impoverimento che può avvenire transitando nel corso della vita dall'area dell'integrazione all'area della disaffiliazione, con una rottura dei legami sociali, in particolare quando questi siano deboli, fortemente dipendenti dal ruolo occupazionale o dalla disponibilità economica.

La fragilità sociale interagisce nell'ambito del percorso assistenziale ospedaliero in misura rilevante nella pianificazione delle dimissioni, sia sotto il profilo della *compliance* alle terapie che nella predisposizione e messa in atto dell'assistenza a livello territoriale.

La **fragilità biologica** fa riferimento ad altri parametri ed è necessario pertanto distinguerla concettualmente dalla fragilità sociale.

Sulla definizione di paziente fragile vi è un'ampia letteratura proveniente, in larga parte, dall'ambito geriatrico, dato che la fragilità si associa fortemente con l'invecchiamento.

Altra caratteristica di tali definizioni è l'utilizzo dei parametri a fini epidemiologici, per una valutazione del carico assistenziale nell'ambito di una determinata popolazione, ma essenzialmente con l'obiettivo di identificazione e di management del paziente fragile nell'ambito dei servizi territoriali, da parte pertanto del medico di medicina generale e dei servizi socio assistenziali dei distretti. Una riflessione sulla identificazione e gestione del paziente fragile nell'ambito del percorso ospedaliero non può – ovviamente –

prescindere da tali parametri, ma deve tuttavia adattarli ad una diversa realtà organizzativa e informativa dello stato psico-fisico della persona.

Nel percorso ospedaliero la individuazione della fragilità non è finalizzata prioritariamente a pianificare una assistenza nella fase “cronica”, tematica da affrontare eventualmente in fase di dimissione, relazionandosi con i servizi territoriali, ma per “*aiutare il clinico a identificare i pazienti fragili e conseguentemente stratificarli per i diversi livelli di rischio prima di un trattamento oncologico, di una angiografia coronarica o di un intervento chirurgico*”².

Il medico deve pertanto distinguere fra fragilità e complessità clinica, trattandosi di due concetti non coincidenti. La *complessità clinica* è maggiormente connessa alla specifica patologia, alle caratteristiche che assume nel singolo soggetto in particolare in riferimento alle comorbidità. La *fragilità* – senza pretendere in questa sede di dare risposta a quanto stanno dibattendo da tempo geriatri e gerontologi³ - è una sindrome fisiologica caratterizzata da ridotta riserva funzionale e resistenza agli stress, provocata da un declino cumulativo di più sistemi fisiologici⁴, perdita di omeostasi e conseguente instabilità clinica e tendenza a manifestazioni peggiorative di salute.

In questa riflessione indichiamo il termine “fragile” fra virgolette, perché esaminiamo la fragilità in uno specifico contesto, che è quello del ricovero ospedaliero in un Presidio per acuti; ricovero che avviene quindi prevalentemente in urgenza tramite il pronto soccorso.

Il termine “fragile”, mutuato dalla geriatria, non si adatta, poiché in ospedale, e in particolare al Pronto Soccorso, si lavora in un setting differente da quello dove è nato il concetto; si opera in un ambito dove i tempi di valutazione devono essere rapidi. Si tratta quindi di individuare una terminologia differente e un modo diverso di individuarli. Il termine vulnerabile appare adatto e uno score specifico e dedicato adeguato, almeno all’inizio per sostenere un’idea più che un’azione

Il primo obiettivo di chi lavora nell’emergenza è quello di individuare questi soggetti e monitorarli durante il ricovero, elaborando anche uno score, da testare e monitorare al fine di definire il paziente “vulnerabile”

Possiamo così proporre il concetto che in ospedale il soggetto fragile diventa vulnerabile; intendiamo infine sottolineare la necessità di riflettere su quali percorsi e quali interventi effettuare nel corso del ricovero, al fine di non “vulnerare” i pazienti.

Il termine *vulnerabile* deriva dal latino *vulnus* (ferita), e significa quindi feribile, danneggiabile, indifeso; il suo contrario è resistente, insensibile, impenetrabile. E’ evidente che un soggetto fragile è vulnerabile, ma anche un soggetto “forte” può essere *occasionalmente o specificamente* vulnerabile, come appare evidente dall’esempio che fornisce il Dizionario della lingua italiana De Mauro: *Achille* [personaggio non definibile fragile] *era vulnerabile solo nel tallone*.

Con ciò vogliamo richiamare l’attenzione sul fatto che un paziente *non* anziano, che non è definibile fragile, può essere vulnerabile dalle prestazioni ospedaliere; la comparsa di

delirium acuto in un paziente con deficit cognitivi subclinici; un farmaco in un paziente con allergie; una diagnosi invasiva in paziente in trattamento con anticoagulanti; un ricovero di paziente immunodepresso; una poliprescrizione farmacologica in un paziente con insufficienza d'organo etc.

I quesiti che ci poniamo sono pertanto molteplici e possiamo schematizzarli come segue:

1. L'ospedale "vulnera", o, in altri termini, il ricovero compromette funzionalmente lo stato generale o quelle funzioni specifiche del soggetto pur adeguate nella situazione pre-ricovero? L'ospedale vulnera infatti i pazienti poiché alcuni di essi subiscono malattie durante il periodo di ospedalizzazione. Ci riferiamo a polmoniti nosocomiali, a cadute accidentali, a complicanze d'organo a seguito di interferenze farmacologiche, a delirium acuto etc.

2. Chi è a rischio di essere compromesso? Il paziente fragile; quello pre fragile, che presenta quindi solo alcuni indici con cui si definisce la fragilità; il soggetto che, pur appartenendo alle categorie della fragilità, ha qualche elemento – spesso non evidente in una situazione di emergenza e in soggetti non conosciuti – di vulnerabilità specifica?

3. Quali sono i fattori di rischio propri dell'ospedale? L'ambiente, non solo per motivi più evidenti, quali le infezioni nosocomiali, ma anche per le caratteristiche di estraneità e disorientamento spazio – temporale, in cui il paziente si trova; il rischio di caduta; gli accertamenti diagnostici a cui il soggetto è sottoposto; gli interventi chirurgici; la terapia farmacologica?

4. Siamo in grado di evidenziare, nel percorso ospedaliero e in particolare nell'ambito del pronto soccorso, i soggetti a rischio (che sono, prevalentemente, i pazienti fragili)?

5. Poiché gli interventi diagnostici e terapeutici possono portare a una soluzione del singolo problema, ma compromettere funzionalmente il soggetto, accentuandone la fragilità, o interferendo su alcuni specifici elementi di vulnerabilità, possiamo pensare a specifiche alternative, anche grazie all'innovazione tecnologica, in base a una valutazione personalizzata di rischi/benefici?

6. Da occasione di rischio per un paziente fragile il ricovero non dovrebbe trasformarsi in opportunità per una valutazione della fragilità – in particolare se non evidenziata precedentemente – e in un avvio di un processo di prevenzione della fragilità o del suo aggravamento?

Proviamo a fornire alcuni elementi che possono concorrere a rispondere a questi quesiti. La fragilità non è una situazione dicotomica (come la gravidanza!), ma un *continuum*. Vi sono scale di classificazione della fragilità, quale quella messa a punto da alcuni autori⁵ ed inserita nelle Linee Guida canadesi⁶. Si tratta di sette categorie, riferite agli anziani: 1) Very fit; 2) Fit; 3) Well, with treated comorbid disease; 4) Apparently vulnerable; 5) Mildly frail; 6) Moderately frail; 7) Severely frail. Il ricovero ospedaliero non deve essere – ovviamente – l'occasione di una classificazione, quale essa sia. Il medico deve

tuttavia porsi l'obiettivo non di curare la singola patologia e la ragione del ricorso all'ospedale, ma anche prevenire il passaggio da una classe di fragilità a quella più elevata e anzi operare per l'avvio di un percorso in senso inverso.

Il compito non è facile e comporta diversi passaggi. Il primo è quello di riconoscere il paziente "fragile" e quello "vulnerabile". I criteri di identificazione sono mutuabili dalla letteratura geriatrica, ma vanno adattati alla realtà ospedaliera e in particolare al pronto soccorso, punto di contatto con la struttura per la maggior parte dei soggetti. La ricerca ha messo a punto molteplici marcatori, in particolare della struttura e della forza muscolare (citochine, indici di infiammazione etc.) che hanno grande interesse scientifico e una finalità anche epidemiologica, ma improponibili nella realtà clinica, in particolare della fase acuta. I parametri di identificazione sul singolo soggetto⁷ su cui vi è un ampio consenso sono riportati di seguito:

- Perdita di peso (circa 4,5 kg in un anno)
- Affaticamento in almeno 3 giorni la settimana
- Riduzione della forza muscolare
- Ridotta attività fisica
- Riduzione della velocità del cammino (più di 7 secondi a percorrere 4 metri e mezzo).

A questi parametri si aggiunge una valutazione dello stato cognitivo del soggetto. Quello che caratterizza tali parametri, analogamente a proposte leggermente diversificate di altri autori, è che la possibilità di evidenziarli, in particolare nell'ambito di un episodio di ricovero, è affidata ad una capacità di ascolto – del paziente e dei familiari ove presenti - e di osservazione del paziente stesso.

Si tratta quindi di riproporre il concetto di "fragilità" adattandolo a quel paziente che durante il proprio e inevitabile percorso ospedaliero è a maggior rischio, rispetto al resto della popolazione, di subire nuovi eventi morbosi. Si arriva così a ridefinire il concetto di fragile in un setting assistenziale specifico, così che alla fine abbiamo bisogno di un nuovo termine che potrebbe essere quello di paziente vulnerabile.

Il passo successivo appare quello di dedicarsi a questa tipologia di pazienti con interventi mirati e percorsi differenziati e protetti con l'obiettivo di ridurre l'incidenza di eventi morbosi indipendenti rispetto alla malattia principale.

Un ambiente ospedaliero, in cui sia stata sviluppata la capacità di ascolto, la cultura della narrazione e del dialogo, la capacità di osservazione, ha la potenzialità di identificare il soggetto vulnerabile e di predisporre un percorso appropriato. Utilissima sarebbe la collaborazione del medico di base, ma ipotizzabile solo in ricoveri programmati, che sono la minoranza, e per pazienti residenti.

Una volta identificate le problematiche del paziente, si tratta di sviluppare una metodologia adeguata, il percorso assistenziale e le opzioni terapeutiche vanno predisposte e prospettate all'interessato, con criteri di equilibrio rischi/benefici, anche in

relazione alla qualità della vita, alle potenzialità assistenziali attuabili nel territorio e a domicilio, alla stessa attesa di vita.

Un soggetto fragile, in occasione di un ricovero ospedaliero, potrebbe trovare l'opportunità della messa a punto di una serie di strategie volte a contenere o far regredire, seppure parzialmente, lo stato di fragilità; strategie che si attuano e si sviluppano nell'ambito della successiva assistenza extra ospedaliera.

Lo stato nutrizionale può essere valutato, con un piano dietetico realistico concordato in occasione delle dimissioni; il rischio di caduta, che può aver portato il soggetto all'ospedalizzazione, deve essere valutato anche anamnesticamente, dando al soggetto e familiari alcuni suggerimenti sull'ambiente domestico; la mobilitazione del soggetto e la ridotta attività fisica può aver trovato ostacoli dal non utilizzo del bastone o di altri ausili, con cui familiarizzarsi nel corso del ricovero con il supporto del fisioterapista; da una ridotta capacità visiva non adeguatamente corretta, alla cui soluzione avviare il paziente; il trattamento farmacologico deve essere pianificato in fase di dimissione e iniziato anche nel corso degli ultimi giorni di ospedalizzazione, tenendo conto dei multi trattamenti a cui questo tipo di paziente è abitualmente sottoposto; può essere anche occasione di una rivalutazione complessiva, volta a riorganizzare e ridurre le somministrazioni e a elevare la compliance alla terapia⁸.

Queste strategie sono possibili se nel corso di ricovero si ha la capacità di individuare le problematiche complessive della persona ricoverata, attraverso l'ascolto e l'osservazione, rapportandosi con i familiari e i servizi territoriali, trasformando il ricovero da momento di rischio a occasione di opportunità per invertire o rallentare il percorso verso l'accentuazione della fragilità.

Per fare questo il medico deve interrogarsi non tanto su quale tipo di malattia abbia quel paziente, ma che tipo di paziente ha quella determinata patologia.

BIBLIOGRAFIA

¹ Regione Toscana. Piano sanitario regionale 2012 – 2015, par 2.2.3.

http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2012/01/19/477e391ab249dddc30160374a1be24ce_propo stapiano.pdf

² Sternberg SA et al. The identification of frailty: a systematic literature review *J Am Geriatr Soc* 59:2129-38, 2011

³ Società italiana di Gerontologia e Geriatria. Forum sulla fragilità dell'anziano. *G. Gerontol* 2006;54:260 - 270

⁴ 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.

⁵ Rockwood K, Song X, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173(5):489-95.

⁶ British Columbia. Ministry of Health. Guidelines & protocols. Frailty in older adults – Early identification and management, 2008. <http://www.bcguidelines.ca/pdf/frailty.pdf>

⁷ Fried LP, Tangen CM et al. Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. *J Gerontol* 2001;56:M146-M147.

⁸ Bhatnagar M, Palmer R, The Frail Elderly, in *Palliative Medicine* (Walsh TD editor) 1132-1140, Saunders, Philadelphia, 2009: