La gestione dell'anziano fragile in un reparto di medicina con attenzione alla dimissione

La geriatria e la gerontologia hanno sviluppato negli anni il corpus scientifico (paradigmi, principi, lessico standard di riferimento: il "Canone geriatrico") da cui devono trarre ispirazione e al quale devono attenersi le azioni per la cura dell'anziano. Questo articolo ha la finalità di descrivere, in modo sistematico, gli atti di cura del paziente anziano (la gestione) in ambiente ospedaliero relativamente al canone geriatrico: determinanti della salute dell'anziano, malattie e loro co-presenza, fragilità, disabilità, "burden of diseases" e complessità, valutazione multidimensionale, appropriatezza dei processi diagnostico-terapeutici, aspettative e del paziente e dei familiari, outcome raggiungibili durante il ricovero, dimissione, aspetti sociali ed extraclinici in grado di condizionare la traiettoria di salute.

Di Renzo Rozzini *(Direttore del Dipartimento di Geriatria della Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero Brescia)*

"Anche se non pretendo di essere una specialista in geriatria, sono stata per anni molto interessata al problema dell'invecchiamento; oggi ritengo che solo il riconoscimento di una specializzazione medica specifica potrà affrontare il problema della cura dei pazienti anziani in modo appropriato. Solo in tempi relativamente recenti la pediatria è stata riconosciuta come specialità autonoma e per questo apprezzata: quando ero studente i bambini venivano ricoverati in reparti per adulti (non c'erano reparti a loro riservati), ritenendo che medici internisti e infermieri avessero competenza più che sufficiente per la loro cura. Oggi lo stesso atteggiamento vale nella cura degli anziani: il risultato è che l'attenzione loro riservata negli ospedali (priva di conoscenze specifiche) è nella maggior parte dei casi scadente e, ugualmente inadatta, quella erogata nei cronicari, privi di qualsiasi armamentario per la diagnosi, di strumenti per la ricerca e per terapia… Con questi punti in mente e, con la consapevolezza che il problema della cura degli anziani è destinato a crescere negli anni a venire, non posso che sostenere con forza l'inclusione della geriatria nel curriculum dello studente di medicina". Queste sono le parole di Marjory Winsome Warren (1897 –1960), considerata la madre della moderna geriatria, in un articolo pubblicato sul British Medical Journal il 25 dicembre del 1943. Sebbene le indicazioni della Warren fossero chiare più di 70 anni fa in molti ospedali, anche di grandi dimensioni, reparti o sezioni dedicate ai pazienti anziani non hanno trovato luogo e, complessivamente, le modalità con le quali oggi la medicina affronta le malattie della popolazione longeva sono spesso insufficienti. L'ospedale è sempre più un ospedale per i vecchi, soprattutto nei reparti generalisti. L'età è un fortissimo predittore di ricovero, la percentuale di pazienti con demenza fra i ricoverati supera il 50% e più del 50% è pure la percentuale dei pazienti con disabilità significativa: un **livello appropriato di cure ospedaliere per questa popolazione non si improvvisa**, richiede la conoscenza dei principi della gerontologia e geriatria.

I determinanti della salute dell'anziano (secondo il "canone geriatrico")

Le persone invecchiano in modi diversi e con velocità diverse. Le condizioni mediche, le sindromi cliniche, gli stili di vita e le storie personali sono diverse per ogni paziente, coesistono, si sviluppano in parallelo e interferiscono tra loro attraverso *loop di feed back e feed forward*; il fenotipo dell'invecchiamento (le caratteristiche del paziente, cioè sua salute) è la risultante delle loro interazioni. Ciò spiega le ragioni per cui persone della stessa età hanno diversi rischi di disabilità e di morte. Lo stato di salute di un paziente anziano è la risultante di alcuni fattori, i principali sono:

- Modificazioni proprie del passare degli anni, legate al mero invecchiamento:

1. Modificazioni della composizione corporea. Comprendono: A) diminuzione della cosiddetta massa magra, composta prevalentemente da muscoli e organi viscerali, B) aumento della massa grassa; il rapporto massa magra / massa grassa cambia sfavorevolmente, C) progressiva demineralizzazione e modificazione della struttura architettonica nell'osso.
2. *Resetting* dell'equilibrio tra disponibilità e domanda energetica. Le persone anziane hanno una bassa disponibilità di energia e ne richiedono in maggior entità, sia a riposo che durante l'attività fisica. Le persone anziane possono consumare tutta la loro energia disponibile eseguendo le attività più semplici (di base) della vita quotidiana e la conseguente stanchezza e restrizione può portare a una vita sedentaria.
3. Modifica della "rete" che controlla l'omeostasi. I principali meccanismi che governano il controllo dell'omeostasi interessano gli ormoni, i mediatori dell'infiammazione e gli antiossidanti.
4. Fenomeni di neurodegenerazione. Le modificazioni corticali e sottocorticali producono segni neurologici "*soft*" non specifici come l'instabilità della marcia, la compromissione dell'equilibrio, la riduzione dei tempi di reazione. Una performance scadente in un compito doppio (*dual task*) è *marker* di ridotta capacità globale di processazione centrale, un processing simultaneo è più limitato.

- Patologie croniche età-specifiche: nel mondo occidentale il passare degli anni vede l'**emergenza di patologie croniche specifiche** in fasce d'età diverse. Dai 60 ai 75 anni le patologie più frequenti sono il cancro, l'osteoartrosi, l'ipertrofia prostatica benigna, la cataratta, la malattia diverticolare del colon, il diabete mellito di tipo 2 e la sordità. Dopo i 75 anni le patologie più frequenti sono la fibrillazione atriale, la demenza, la malattia renale acuta e cronica, lo scompenso cardiaco, la cardiopatia ischemica, l'anemia e l'osteoporosi. Queste condizioni generalmente coesistono configurando in ogni paziente aspetti di multimorbilità (copresenza di due o più malattie o condizioni mediche croniche). Le patologie croniche co-presenti possono essere: somatiche o psichiche, concordanti (che condividono gli stessi fattori di rischio: es.: scompenso cardiaco e FA, depressione e ansia), co-occorrenti e non concordanti (es.: scompenso cardiaco e ca prostata o demenza, depressione e psicosi o BPCO); più o meno gravi (es.: scompenso cardiaco NYHA II o IV; BPCO Gold II o IV). Le patologie croniche possono avere un impatto prevalente sulla sopravvivenza (es.: scompenso cardiaco, BPCO) oppure sulla disabilità (es: poliartrosi, neuropatia periferica, demenza), un'evoluzione breve (es.: ca polmone) o lunga (es.: distimia, demenza), un impatto variabile sull'utilizzo dei servizi sanitari (es.: BPCO, poliartrosi).

- Le modificazioni biologiche età dipendenti e la presenza di patologie croniche, sebbene non ne siano le sole responsabili (entrano infatti in gioco anche stili di vita, trattamenti farmacologici e non), esitano a loro volta in **condizioni di fragilità e disabilità**.

1. Fragilità è la condizione di ridotta efficienza omeostatica che si manifesta dopo un evento stressante;
2. Disabilità è la compromissione della capacità della persona di espletare autonomamente, anche se con ausili, le attività fondamentali della vita quotidiana. L'ospedale è il luogo, per antonomasia, dove gli effetti di un evento stressante (malattia acuta, procedura chirurgica) si manifestano. La disabilità ha un ampio spettro di manifestazioni: può insorgere sia acutamente come conseguenza di una patologia che ha un impatto rilevante sull'apparato locomotore (ad esempio uno *stroke* o una frattura del femore) o quando il substrato clinico è molto fragile (ad esempio la polmonite in un paziente malnutrito e con grave comorbilità) oppure può manifestarsi progressivamente iniziando in modo subclinico (è il caso delle condizioni non fatali). La situazione subclinica indica un elevato rischio di successiva disabilità clinicamente manifesta.

- L'impatto complessivo della multimorbilità, dell'età, della gravità delle singole malattie, della loro durata, della fragilità e/o della disabilità che ne consegue configura un diverso carico di morbilità (*burden* della morbilità).

- L'impatto del *burden* della morbilità e dei fattori extra-clinici correlati alla salute (sesso, rete e supporto sociale,

disponibilità assistenziali, economiche, capacità di utilizzare i servizi, ecc) si definisce come complessità clinica. I pazienti che non hanno una rete sociale significativa possono non avere informazioni o *feedback* necessari mentre le persone che hanno un adeguato supporto sociale possono essere in grado di far fronte alle modificazioni implicite nel loro invecchiare e alle crisi connesse (mediche e sociali).

1° Considerazione

La medicina dell'età avanzata deve valutare la salute del paziente quale risultante di malattie co-presenti, di fragilità e disabilità, di aspetti extraclinici (complessità).

La quantificazione della salute (l'*assessment* geriatrico)

Le modalità specifiche di studio della salute della persona anziana, che prendono in esame i vari aspetti delle funzioni che concorrono a determinarla, vengono indicate col termine complessivo di **valutazione multidimensionale**[1](in lingua anglosassone: *"assessment"*). Questa modalità di valutazione, attraverso l'utilizzo di scale e strumenti specifici, consente di individuare un piano di intervento sanitario ma anche sociosanitario mirato al singolo individuo. Gli scopi e le caratteristiche della VMD sono di **arrivare a una conoscenza delle determinanti di salute dell'anziano, delle sue necessità, di consolidare un metodo di lavoro, di misurare i risultati di un intervento, di offrire un linguaggio comune tra professionisti diversi** (lessico della geriatria)**, di individuare gruppi a rischio e di tradurre i bisogni assistenziali in organizzazione.** Robuste evidenze scientifiche hanno dimostrato che:

1. la cura dell'anziano guidata dalla valutazione multidimensionale ne riduce la mortalità, contrasta la disabilità dopo un evento acuto, riduce l'istituzionalizzazione, i costi economici e sociali;
2. permette un piano di assistenza personalizzato;
3. guida le scelte diagnostico-terapeutiche evitando l'approssimazione.

La valutazione multidimensionale dell'anziano ha molteplici impieghi, per ognuno dei quali deve essere effettuata con strumenti diversamente articolati: può avere fini diagnostici, prognostici o di screening, può essere utilizzata per decidere uno specifico trattamento oppure per indirizzare verso un luogo più appropriato di cura, può essere utile come base per definire le indicazioni ad una procedura o per valutare l'efficacia di un programma di cura, può essere fatta per definire l'eleggibilità a specifici servizi.

2° Considerazione

La valutazione multidimensionale, "midollo del sapere geriatrico", è il prerequisito per ogni processo di cura dell'anziano. Permette di:
a) migliorare l'accuratezza diagnostica;
b) selezionare gli interventi necessari per preservare la salute o recuperare;
c) raccomandare il contesto più appropriato ambientale/organizzativo per l'assistenza;
d) predire gli esiti;
e) monitorare i cambiamenti clinici nel tempo;
f) assumere le decisioni conseguenti.

Le priorità di salute degli anziani e delle loro famiglie: i desideri al momento del ricovero

Le aspettative dei pazienti anziani possono essere comprese nell'arco definito da due condizioni opposte. Da un lato **vi sono pazienti che hanno aspettative molto povere**, ritengono (e non infrequentemente i medici hanno generato e sostenuto questa convinzione "ageismo") che i loro problemi, anche gravi, o la loro preoccupazione relativa allo stato di salute siano ineludibili correlati dell'invecchiamento e non valga la pena una valutazione medica. Credono e viene fatto loro credere che nulla possa essere modificato. Quando sono ricoverati in ospedale la malattia è inevitabilmente avanzata e il trattamento può essere ormai esclusivamente palliativo (le loro convinzioni vengono spesso confermate). Dall'altro lato **vi sono pazienti con grandi aspettative**, sono convinti che la medicina possa risolvere qualsiasi loro problema di salute e che la loro condizione sia conseguenza di un trattamento mancato o inadeguato piuttosto che manifestazione di patologia inguaribile: credono nella medicina come nella magia, sono convinti, qualunque sia il loro problema, che tutto possa o avrebbe potuto essere fatto. Questa fascia di pazienti è sempre più diffusa. La fede nella medicina onnipotente è dovuta, in buona parte, agli oggettivi progressi in campo medico del secolo scorso (il periodo dal 1935 al 1985 è stato giustamente considerato "età dell'oro" della medicina). La realtà è oggi purtroppo diversa. Sebbene la ricerca sia cresciuta in modo esponenziale rispetto ai risultati raggiunti nell'età dell'oro, i progressi a vantaggio dei pazienti sono stati modesti e, con alcune eccezioni (si pensi all'HIV e all'epatite C), certamente non spettacolari. Oggi, nei paesi ad alto reddito, la medicina contribuisce relativamente poco alla salute del cittadino[2]: **i driver primari della cattiva salute sono la povertà, la mancanza di istruzione e la deprivazione socioeconomica**. La convinzione che la medicina possa fare tutto è però ugualmente diffusa. Chi lavora in ospedale è quotidianamente testimone dell'insoddisfazione di pazienti e familiari. Nonostante il semplice buon senso potrebbe indicare che, in una condizione di fragilità, dopo qualsiasi tipo di trattamento o procedura la restituzione all'integrità sia velleitaria neppure con il miglior intervento riabilitativo, questa ineludibile perdita viene considerata malpratica piuttosto che incapacità dell'organismo a guarire. Diffusa è anche l'idea che la diagnostica (e la consulenza specialistica) equivalga alla terapia, lo strumento per ottenere la guarigione (la mancata consultazione di uno specialista, i tempi di attesa per un esame sono psicologicamente insostenibili). Quando questa non occorre, come frequentemente avviene per le malattie degenerative e nella vecchiaia, le aspettative, irrealistiche, non sono soddisfatte e l'operato medico delude.

3° Considerazione

Molte malattie dell'età avanzata sono sotto-diagnosticate o mal trattate, specie nelle classi sociali più povere (l'ageismo porta a ritenere che gli svantaggi dell'età avanzata siano propri nell'invecchiamento). In altri casi le aspettative del cittadino sono irrealistiche e superano la possibilità di guarigione. Da un lato è necessario educare i pazienti, i familiari e la classe medica a distinguere la malattia dalla vecchiaia, dall'altro educare alla finitezza, alla rinuncia, all'umile abbassamento degli obiettivi che deve darsi l'esistenza umana invece della divinizzazione della medicina.

Conciliare le potenzialità della medicina con le aspettative dei pazienti

Il medico, definito lo stato di salute del paziente, deve valutare le indicazioni realistiche ad un trattamento e fare in modo che queste vadano incontro ai desideri e alle priorità dei pazienti. La capacità di prendere decisioni relative alla propria salute comporta le capacità di esprimere una scelta, di comprenderne le relative informazioni e di capire le conseguenze di una

decisione. Sebbene l'abilità decisionale sia compromessa tra i pazienti con deterioramento cognitivo moderato e grave (circa la metà delle persone con demenza moderata o grave non sono in grado di prendere decisioni relative ai loro bisogni medico-assistenziali) la quasi totalità di chi è sano e circa l'80% di chi soffre di decadimento cognitivo lieve la mantiene integra. Contestualmente alla definizione diagnostica, peraltro non sempre necessaria, **nella valutazione di un paziente anziano si devono stabilire in primo luogo i suoi obiettivi di vita in generale** (ad es. vivere più a lungo possibile? vivere in modo indipendente?"), **poi delineare una prognosi, definire il trattamento e, infine, fare raccomandazioni di sintesi.** Definita la priorità degli obiettivi il medico dovrà discutere la fattibilità dei processi di cura. La prognosi della patologia indice e quella legata allo stato di salute globale (comorbilità, fragilità, disabilità) dovrà guidare la scelta del trattamento: ad esempio, la decisione di operare per un tumore asintomatico in fase iniziale è diversa in un paziente anziano robusto rispetto a chi è fragile o con un'aspettativa di vita limitata. Anche se l'età è importante nella determinazione della speranza di vita, la multimorbilità e il danno funzionale possono influenzare fortemente la prognosi complessiva. Soprattutto se il paziente è anziano il medico deve continuare a porsi le due più semplici domande che stanno alla base della professione:

1. a chi giova quello che faccio?
2. rende la vita più vivibile al paziente?

Priorità chiare, comprese e condivise dai pazienti, dai loro familiari o assistenti e dai medici possono portare a cure meno onerose, meglio integrate e, soprattutto, coerenti con ciò che è più importante per i pazienti.

4° Considerazione

Ogni atto diagnostico, ogni scelta terapeutica deve rappresentare la sintesi tra i desideri del paziente e le potenzialità dell'atto medico o chirurgico. Ogni procedura deve nascere non solo dalla valutazione dei potenziali benefici teorici, ma commisurarsi con gli *outcome* attesi.

Il paziente anziano nella comunità

In molti casi, nell'età avanzata, gli interventi in grado di giovare ai pazienti e di rendere loro la vita più vivibile, sono legati alla vita di relazione, alla capacità del paziente di mantenere legami con la comunità o alla capacità della comunità di fare in modo che il cittadino anziano senta di esserne parte. Un medico che prescrive terapie, che fa interventi senza porsi il problema non solo se il paziente ne possa trarre vantaggio biomedico (di funzione, di vita), ma se la sua vita sarà percepita come più vivibile (soddisferà le sue aspettative di salute?) probabilmente non è già oggi più accettabile e lo sarà ancor meno in futuro. **In una persona fragile**, cioè predisposta alla rottura, **non solo la malattia di per sé ma anche il *milieu* in cui il paziente vive sono fondamentali per l'equilibrio salute**: entrambi sono in grado di condizionarsi in senso più frequentemente peggiorativo. Il medico della vecchiaia dovrà tener conto di come la complessità del *milieu* di vita possa modificare la traiettoria della salute e dovrà conoscerne il peso sulla malattia. Un supporto sociale, una rete non adeguata può precludere un trattamento complesso; con questo in testa il medico dovrà prescrivere le cure e con questo in testa il medico ospedaliero deve individuare e programmare la dimissione del paziente. Oltre alle informazioni cliniche che gli permetteranno di definire i bisogni riabilitativi e le potenzialità di recupero[3], il medico deve conoscere il luogo di residenza (fornito o non fornito di una rete di assistenza tra cui ad esempio ADI, Hospice, RSA), la sua struttura familiare (se è coniugato, con o senza figli, se questi vivono in casa, in un comune vicino o lontano a quello del familiare, ecc.), le caratteristiche dell'abitazione (il piano, di quanti locali dispone) la disponibilità di un supporto familiare (colf, badante) e di risorse economiche[4]. Ognuna di queste condizioni, unitamente ad altre, è in grado di cambiare la traiettoria di salute dei pazienti, specialmente per coloro nella fase ultima della loro vita. **La medicina della vecchiaia non può ignorare gli aspetti sociali, extra clinici, della salute: la solitudine, la povertà economica, gli ambienti di vita.**

5° Considerazione

La medicina degli anziani deve essere consapevole del peso delle condizioni extra cliniche sulla loro salute.

Conclusioni

- La geriatria moderna è nata agli inizi degli anni ’80, negli ultimi anni dell’“età dell’oro” della medicina. Della medicina dell’“età dell’oro” ha raccolto l’entusiasmo, i risultati positivi, le aspettative. Partendo da un livello di attenzione ai problemi della vecchiaia molto scadente ha ottenuto risultati straordinari (talora convincendosi che tutto fosse possibile). In molti casi, più che di interventi specifici, si è trattato delle conseguenze di una semplice attenzione ai bisogni semplici, dapprima negletti, manifestazione di un diffuso e intollerabile ageismo.
- La salute dell’anziano si definisce per la presenza multimorbilità, fragilità, disabilità e complessità e la loro interazione secondo *loop di feed back e feed forward* ne definisce i bisogni.
- Nel paziente anziano fragile anche patologie non gravi o interventi di bassa invasività, pur trattati adeguatamente e con indicazione precisa, frequentemente (sempre?) non consentono di recuperare l’integrità funzionale pre-morbosa: alla dimissione bisogni di assistenza saranno superiori rispetto a quelli antecedenti al ricovero ospedaliero.
- In ospedale, oltre al *work-up diagnostico* e al trattamento dell’acuzie, proporzionati alla salute pre-morbosa del paziente, è necessario pensare che le cure, ora per bisogni di maggiore entità, dovranno proseguire oltre la dimissione. Preparare il paziente e i familiari al dopo ospedale, considerando in modo realistico ed esplicito i pro e i contro di qualsiasi luogo di accoglienza è parte ineludibile della medicina ospedaliera degli anziani.

BIBLIOGRAFIA

O’Mahony S., (2019), After the golden age: what is medicine for?, The Lancet, May 4, Volume 393, Issue 10183, P1798-1799

Rozzini R., (2019), The geriatric canon, Monaldi Archives for Chest Disease, 89 (1), Aprile

Warren MW., (1943), Care of Chronic Sick, in British Medical Journal, Dec 25;2(4329):822-3