

Riccardo De Gobbi, Roberto Fassina, Riccardo Tonon, Giacomo Benetti

Medici di Medicina Generale, docenti nella Scuola Veneta di Formazione Specifica in Medicina generale.

Il paziente anziano fragile: strumenti di valutazione cognitivo-funzionale in Medicina Generale

Introduzione

È ormai patrimonio comune che il crescente trend di allungamento della vita media della popolazione occidentale impone al medico di medicina generale (MMG) un'attenta valutazione del nuovo scenario demografico, caratterizzato dall'ampliamento progressivo di quella coorte di popolazione che definiamo come "anziani fragili". La sfida epocale che ci attende consiste nell'affiancare a una lunga esistenza una qualità di vita accettabile. Se la "complessità" è il paradigma clinico che incombe sul nostro lavoro quotidiano, la "fragilità" ne è il dovuto corollario, e ci obbliga a riflettere sulle aspettative legittime dei pazienti e sulle capacità dei Sistemi Sanitari di rispondere ai nuovi bisogni di salute.

Elementi fondamentali per rispondere a queste nuove esigenze sono l'individuazione dei fattori di rischio della fragilità, la sua diagnosi precoce, e il monitoraggio continuo. Come per le linee guida, anche le molte scale di valutazione cognitivo-funzionale fino a ora costruite nascono in setting di lavoro che non sono quello della Medicina Generale (MG). Il che rende assai problematica la loro applicazione, o per l'eccessivo numero degli item, o per l'eccessiva complessità dello strumento, o per la "vision" troppo specialistica e poco "olistica" dei questionari.

Questo articolo intende evidenziare alcuni contributi di colleghi inglesi, australiani e italiani, volti a semplificare le tecniche di

screening della "fragilità" e del suo monitoraggio.

La valutazione cognitiva dell'anziano

Nessun medico pone in discussione l'importanza della rilevazione della pressione arteriosa nel corso di una visita medica di un anziano.

La valutazione cognitiva non è meno importante in quanto un declino cognitivo comporta sempre una menomazione funzionale e il grado di menomazione funzionale aumenta il rischio di complicanze e diminuisce la sopravvivenza¹.

La valutazione cognitiva prende in esame le funzioni corticali superiori e in particolare l'attenzione, l'orientamento, la memoria, il linguaggio, le funzioni esecutive (ossia la programmazione delle attività) e le funzioni prassiche (ovvero la successione delle attività).

Un recente articolo del *British Medical Journal* prende in esame le funzioni cognitive dell'anziano e propone una scala di valutazione semplice e facilmente utilizzabile nel contesto delle cure domiciliari².

Le affezioni che più comunemente comportano problemi cognitivi nell'anziano sono la demenza, la depressione e gli stati deliranti. Si definisce "**demenza**" una sindrome clinica caratterizzata da difficoltà di memoria, disturbi del linguaggio, modificazioni psicologiche e comportamentali e talora sintomi

psichiatrici, difficoltà di vario grado nell'esecuzione delle attività quotidiane. La demenza interessa il 20% della popolazione sopra gli 80 anni.

Per "**depressione**" si intende un disturbo psichico caratterizzato da abbassamento del tono dell'umore, perdita di interesse e di piacere nelle attività (anedonia), scarsa cura di sé, perdita di speranza per il futuro, pensieri tristi che possono talora giungere fino a desideri di morte. Gli episodi depressivi maggiori colpiscono ogni anno fino al 30% degli ultra 70enni³.

Per "**delirio**" si intende una variazione rapida dello stato di coscienza con agitazione o sonnolenza, scarsa capacità di mantenere l'attenzione e di interagire con l'ambiente, ideazione e linguaggio incoerente: esso generalmente insorge in pazienti con precedente deficit cognitivo che incorrano in episodi febbrili, si sottopongano a particolari stress (ricoveri, interventi chirurgici) o assumano farmaci psico-attivi. Il delirio può colpire fino al 50% degli anziani ricoverati³. La distinzione tra i diversi quadri è molto importante in quanto sia lo stato delirante che la depressione possono essere efficacemente curati con ripristino dello stato psichico-cognitivo antecedente.

Come sospettare un possibile declino cognitivo nell'anziano

Le prime, più importanti indicazioni ci giungono dall'osservazione diretta: il **modo di presentarsi** del paziente, il suo modo di

TABELLA 1.

GPCOG-It. Test di screening per la demenza per il MMG (® University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care; da Brodaty et al., 2006, mod.)⁴.

Sezione 1		
Paziente: Cognome _____ Nome _____ Data _____		
Sezione 1: Valutazione del Paziente		
Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola		
Richiamo: 1ª fase. Nominativo e indirizzo da richiedere nella 2ª fase		
1. “Ora Le dirò un nome e un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me. Ricordi questo nome e indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli di nuovo fra pochi minuti: Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia.” (consentire un massimo di 4 tentativi: non si assegna punteggio in questa fase)		
<input type="checkbox"/> Corretto <input type="checkbox"/> Sbagliato		
Orientamento temporale		
2. Mi dica la data di oggi? (solo la risposta esatta è valida)		
Funzionalità visuospatiale: disegno dell'orologio (usare un foglio con un cerchio prestampato)		
3. Per piacere inserisca tutti i numeri delle ore. (i numeri devono essere posizionati correttamente)		
4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10. <i>La risposta è corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se il paziente non è riuscito a distinguere la lancetta lunga da quella corta</i>		
Informazioni		
5. Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana? (nel caso di risposte generiche, tipo “guerra”, “molta pioggia”, chiedere ulteriori dettagli: se il paziente non è in grado di fornirli classificare la risposta come “sbagliata”).		
Richiamo: 2ª fase		
6. Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare? (un punto per ogni parola esatta)		
<input type="checkbox"/> Mario		
<input type="checkbox"/> Rossi		
<input type="checkbox"/> Via Libertà		
<input type="checkbox"/> 42		
<input type="checkbox"/> Pavia		
(per ottenere il punteggio totale, sommare tutte le risposte corrette)		
Totale risposte corrette (punteggio massimo: 9/9)		
Punteggio 9/9: funzioni cognitive nei limiti di norma; non sono necessari ulteriori accertamenti.		
Punteggio 5-8/9: sono necessarie ulteriori informazioni per cui procedere con la Sezione 2		
Punteggio 0-4/9: è presente deterioramento cognitivo ed è opportuno procedere con accertamenti		
Sezione 2: Intervista al Familiare/Conoscente		
Data _____ Cognome _____ Nome _____		
Relazione con il paziente: [] coniuge [] figlio [] fratello [] nipote [] convivente [] amico [] vicino [] badante [] ass. sociale [] altro _____		
Queste sei domande indagano lo stato funzionale del paziente, confrontato con quello di 5-10 anni prima, quando era in buona salute.		
Chiedere: Rispetto a qualche anno fa, il/la paziente		
sì		
no		
non so		
non applicabile		
1. ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?		
2. ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?		
3. quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?		
4. è meno capace di gestire il denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?		
5. è meno capace di gestire e assumere i suoi farmaci da solo/a?		
6. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)? (se le difficoltà del paziente sono dovute solo a problemi fisici, ad es. agli arti inferiori, segnare “no”) (per ottenere il punteggio totale, sommare tutte le risposte: “no”, “non so” e “non applicabile”)		
Punteggio totale (punteggio massimo: 6/6)		
Punteggio 0-3/6: è presente deterioramento cognitivo ed è opportuno procedere con accertamenti.		
Punteggio 4-6/6: funzioni cognitive normali; non necessari ulteriori accertamenti, rivalutare dopo 12 mesi		

vestire, la cura di sé. Nel colloquio successivo il medico deve verificare se vi siano stati **mutamenti nella vita quotidiana**: forse il paziente dimentica scadenze e appuntamenti, non ritrova oggetti riposti in sedi inusuali, smarrisce soldi o documenti, è soggetto a infortuni domestici.

Si invita il paziente a parlare liberamente e si valuta tanto il contenuto quanto l'organizzazione del discorso: con tatto e gradualità si devono ricercare **disturbi della memoria, specie quella anterograda più precocemente compromessa, ma anche la memoria semantica (significato delle parole) e la fluency verbale**.

Il modo di esprimersi del paziente può essere poco chiaro, incoerente, interrotto da pause legate ad anomalie e coperte con parole "passe partout" o da frasi fatte: può avvenire che il paziente perda più volte il filo del discorso e non ricordi più né l'argomento né il contesto.

Se clinicamente riscontriamo anomalie di questo tipo possiamo formulare una diagnosi di declino cognitivo e passare a una valutazione del grado di declino e a una diagnosi differenziale sulle cause.

Un importante supporto al medico viene fornito da alcuni **test di valutazione** molto affidabili ma che debbono sempre essere utilizzati a complemento della indagine clinica e non in sostituzione di essa.

I test di valutazione cognitiva nella medicina pratica

Il test più usato e più ampiamente convalidato nel mondo occidentale è il **Mini-Mental State Examination** che tuttavia richiede una quantità di tempo non sempre disponibile nella medicina pratica ed è inoltre stato recentemente coperto da un brevetto che ne limita le condizioni d'uso.

Una importante novità ci viene dai colleghi australiani che hanno creato e validato un test molto semplice che ha una sensibilità e specificità diagnostiche (85 e 86% rispettivamente) confrontabili con quelle del Mini-Mental, pur richiedendo meno di 4 minuti per il paziente e circa 2 minuti per il caregiver; si tratta del **GPCog (General Practice Cognitive Test)**: date le sue caratteristiche favorevoli esso si è diffuso largamente nei paesi a lingua e cultura inglese⁴.

Nella Tabella I ne riportiamo la versione italiana.

Quando il medico, sulla base della valutazione clinica e dei dati forniti dal GPCog formula diagnosi di demenza deve anzitutto escludere che si tratti di una forma depressiva o di uno stato delirante e quindi ricercare accuratamente le forme di demenza secondaria, specie quelle correggibili (cause ormonali, neoplasie cerebrali benigne, ecc). Accertata la presenza di una demenza non secondaria vanno distinte mediante l'indagine clinica, la diagnostica per immagini e la consulenza specialistica, le forme di Alzheimer (50% circa), le forme vascolari (25% circa), le forme miste, le demenze con corpi di Lewy (15% circa) e le forme meno comuni (demenze fronto-temporali, forme sottocorticali, ad es. secondarie a m. di Parkinson, ecc.)^{5,6}.

La valutazione delle ipotesi diagnostiche fino alla diagnosi di ragionevole certezza può essere efficacemente riassunta in un semplice schema (Tab. II).

La Valutazione Funzionale dell'anziano

Numerosi studi negli ultimi anni sottolineano come l'approccio funzionale sia un indispensabile complemento e arricchimento dell'attività medica, in particolar modo per una valutazione prognostica e per la prevenzione delle complicanze.

Un recente articolo del *British Medical Journal* prende in esame le principali scale di valutazione funzionale presentate in letteratura e ne propone una sintesi semplice e facilmente utilizzabile nel contesto delle cure domiciliari⁷.

L'approccio medico tradizionale ricerca nell'individuo e in particolare nell'anziano i segni e i sintomi di varie malattie o insufficienze di organo.

Nell'ambito delle cure primarie tuttavia questo approccio è riduttivo in quanto non consente di evidenziare tutte quelle alterazioni funzionali che sono indicatori di uno stato di salute compromesso. È stato infatti dimostrato che il declino funzionale può essere una prima manifestazione di patologie occulte⁸ e che l'entità del declino funzionale è associata a un'aumentata mortalità⁹. La valutazione funzionale è particolarmente importante in alcune circostanze:

1. quando il paziente presenta una nuova malattia o nuovo quadro clinico;
2. prima di trasferire in cura un paziente;
3. prima di decidere un nuovo programma terapeutico/assistenziale;
4. quando si noti un peggioramento in alcune performance del paziente.

È importante ricordare come il declino funzionale sia sempre multifattoriale e come accanto ai problemi medici vadano sempre considerati gli aspetti psico-sociali (stato dell'umore, situazione familiare, problemi economici ecc).

Una prima semplice valutazione può essere effettuata mediante domande dirette al paziente e/o al caregiver sulle attività della vita quotidiana (ADL) e su quelle che comportano l'uso di mezzi o strumenti (IADL). Esistono diverse versioni di queste scale di valutazione¹⁰: è tuttavia sufficiente ricordare i parametri che vengono valutati per le ADL e le IADL (Tabb. III, IV).

Considerato che un'osservazione diretta del paziente nelle ADL comporta l'impiego di

TABELLA II.

Dal riscontro del deficit cognitivo alla diagnosi di demenza.

1. Accertare mediante valutazione clinica e test appropriato la presenza di un deficit cognitivo
2. Escludere che il deficit cognitivo sia secondario a depressione o a stato delirante
3. Porre diagnosi di forma di demenza
4. Escludere tutte le forme secondarie a cause internistiche e a lesioni cranio-cerebrali
5. Distinguere, mediante l'indagine clinica, la diagnostica per immagini e la consulenza specialistica, le varie forme:
 - Alzheimer
 - forme vascolari e miste
 - demenze con corpi di Lewy
 - forme meno comuni (demenze fronto-temporali, forme sottocorticali, ecc.)

TABELLA III.**ADL (Activities of Daily Living – attività della vita quotidiana). Indice di Barthel.***(per ogni voce valutare il grado di autonomia)*

1. Alimentazione
2. Bagno-doccia
3. Igiene personale
4. Abbigliamento
5. Continenza urinaria e fecale
6. Uso dei servizi igienici
7. Trasferimento: sedia/carrozzina/letto
8. Mobilità: deambulazione con eventuali ausili/uso della carrozzina
9. Scale: capacità di salire/scendere le scale con eventuali ausili

TABELLA IV.**IADL: Instrumental ADL – attività che richiedano l'uso di strumenti (basata sulla Nottingham Extended ADL Scale).**

1. Mobilità fuori dell'abitazione – Uso di mezzi pubblici o privati
2. Tempo libero – Autonomia e contatti sociali
3. Gestione delle attività domestiche – Pulizie, shopping, gestione del denaro
4. Uso della cucina – Capacità di preparare autonomamente un pasto

una considerevole quantità di tempo è stata proposta una valutazione funzionale breve, di facile esecuzione, che fornisce importanti indicazioni al medico: essa viene ricordata con l'acronimo "PULSE" ¹¹.

P= Physical Examination (esame fisico)

È una valutazione breve delle condizioni generali con particolare riguardo all'efficienza muscolare: si effettua il test "End of the Bed" che consiste semplicemente nell'invitare il paziente ad alzarsi dal letto e fare qualche passo.

Si osserva la prontezza nell'esecuzione, l'energia nel movimento, la stabilità nella marcia: pochi minuti di osservazione per acquisire molte importanti osservazioni.

U= Upper Limb Function (funzionalità degli arti superiori)

Il paziente viene invitato a sollevare una scodella e a spostarla di alcuni metri. Si osserva la coordinazione, la forza, l'eventuale presenza di tremori.

Si passa quindi a una valutazione dei movimenti fini chiedendo semplicemente al paziente di allacciare le scarpe: si valuta la precisione e la velocità di esecuzione.

L= Lower limb function (funzionalità degli arti inferiori)

Si invita il paziente a camminare attorno alla stanza. Si valuta la forza, l'equilibrio, la funzionalità articolare (anche, ginocchia, caviglie). Se le condizioni del paziente e il contesto lo permettono è possibile una più approfondita valutazione con il "get up and go test" ^{14 15}: il paziente deve alzarsi da una sedia (o poltrona) senza l'aiuto delle braccia, deve restare fermo eretto per alcuni secondi, camminare per almeno 3 metri, girarsi di 180 gradi ritornare alla sedia e sedersi. Il test fornisce una valutazione globale di forza, coordinazione, equilibrio e della propensione alle cadute.

S= Sensory (sensorio)

Si chiede al paziente di leggere da vicino e da lontano alcuni caratteri di stampa, si valuta approssimativamente il campo visivo chiedendo al paziente di fissarci ponendo nel contempo un oggetto alle estremità del campo. Per l'udito si ricorre al semplice test a voce sussurrata.

E= Environment (ambiente)

Una valutazione dell'ambiente in cui vive

il paziente è indispensabile da un lato per conoscere le risorse disponibili dall'altro per valutare le barriere, la disposizione delle stanze, dei mobili, le caratteristiche della cucina e dei servizi.

Essenziale inoltre è un'attenta osservazione e una valutazione del caregiver e delle sue modalità di relazionarsi con il paziente e di gestirne i problemi (ad es. atteggiamento di sostegno e di promozione dell'autonomia, oppure indifferenza e trascuratezza oppure atteggiamento troppo protettivo che favorisce la regressione).

La valutazione del rischio cadute

Le cadute sono piuttosto frequenti negli anziani: nel Regno Unito esse sono responsabili del 14% dei ricoveri urgenti e del 4% di tutti i ricoveri, che avvengono generalmente per i traumi correlati alla caduta ¹².

Le cadute possono essere la conseguenza di un problema neuro-motorio (paresi, Parkinson, neuro-miopatie ecc.), di un problema internistico (sincope, crisi vertiginose ecc.) oppure più semplicemente di un problema legato all'ambiente in cui è inserito l'anziano (barriere architettoniche, arredamento non adeguato, mancanza di ausili).

Vi sono autorevoli ricerche che dimostrano che buona parte delle cadute possono essere prevenute mediante individuazione dei soggetti e delle situazioni a rischio e attraverso la correzione dei fattori di rischio ¹³.

Possiamo anzitutto elencare le più frequenti condizioni che favoriscono le cadute nell'anziano (Tab. V).

La conoscenza delle condizioni che favoriscono le cadute è il primo importante fattore di prevenzione.

Il passo successivo è quello di un'accurata anamnesi e di un diligente esame clinico del paziente: la raccolta e l'integrazione di questi dati ci permettono di inserire il paziente in una fascia di rischio (valutazione qualitativa: rischio basso medio alto).

Esistono inoltre numerosi test di valutazione quantitativa, alcuni dei quali controllati e validati da studi su un numero adeguato di pazienti.

Nell'ambito della medicina pratica i requi-

TABELLA V.**Condizioni che favoriscono le cadute nell'anziano.**

1. Disturbi dell'equilibrio e della mobilità
2. Disturbi visivi non corretti
3. Problemi cognitivi: deficit e demenze
4. Episodi sincopali
5. Episodi vertiginosi
6. Problema ai piedi o agli arti inferiori: dolori, deformità, calzature inadeguate
7. Uso di farmaci che riducono la vigilanza o il coordinamento motorio o la forza muscolare
8. Fattori ambientali: barriere architettoniche, accessibilità e sicurezza dei vari ambienti, disponibilità di ausili e supporti*

* La larga maggioranza degli anziani vive in abitazioni che non sono state costruite né arredate per le necessità degli anziani. Con il passare degli anni il divario tra le necessità dell'anziano e le offerte dell'ambiente domestico diviene sempre più accentuato e richiede inevitabilmente interventi correttivi.

siti essenziali sono l'affidabilità ma anche l'applicabilità, che è direttamente correlata al tempo e alla difficoltà di esecuzione: in questi anni si è affermato nei paesi anglosassoni un test semplice validato e affidabile: il **"Get up an Go Test"**^{14 15}. Nella Tabella VI presentiamo una descrizione del test e delle preziose indicazioni che esso ci può fornire.

La valutazione multiassiale nel setting della MG

Il problema insito nelle varie scale di valutazione dell'"anziano fragile" riguarda essen-

zialmente la loro "monoassialità": ossia si limitano a valutare solo aspetti cognitivi, oppure solo aspetti funzionali.

Alcuni Autori italiani hanno cercato di ovviare a questo problema proponendo un nuovo score "multiassiale" della "fragilità", interpretata secondo i principi della recente teoria della complessità, coniugando capacità tecnica e visione d'insieme¹⁶.

La scheda proposta in questo studio (scheda SVAFRA: Scheda di VALutazione della FRAGilità) è stata presentata, discussa e migliorata durante i Corsi Regionali di Formazione del Veneto, rivolti a 4500 MMG,

nel 2009. Attualmente è in corso di validazione all'interno della Regione Veneto.

Prendendo lo spunto dal TNM oncologico, gli AA hanno definito 4 assi valutativi: **S**alute, **D**isabilità, **G**estione (riferito ai problemi del carico assistenziale) e **C**ontesto (riferito ai problemi socio-familiari). Per ogni asse è previsto un grading di valutazione "oggettiva" (S0, S1, S2, S3; D0, D1, D2, D3; G0, G1, G2, G3; C0, C1, C2, C3).

Poiché nessun asse è comunque in grado di contenere "esaustivamente" tutte le informazioni necessarie a definire la "fragilità" dei pazienti anziani, è stata anche proposta una valutazione finale "sintetica e soggettiva" (F0, F1, F2, F3) del MMG, unico professionista in grado di integrare le conoscenze "oggettive" con dati ed elementi "diacronici" sulla storia complessiva del paziente, attinenti al proprio specifico "sapere di sfondo" (Tab. VIII).

L'importanza di questa scheda risiede non solo nell'impegno e nella serietà con cui è stata progettata, ma anche e soprattutto nel fatto che essa rappresenta il primo tentativo di studio della "fragilità" del paziente anziano ideato e concepito nel setting della MG. Questo importante "valore aggiunto", assieme alla sua forza di sintesi, la rendono preziosa e meritevole della sperimentazione che si sta svolgendo in Veneto.

TABELLA VI.**Get up and Go Test.**

Descrizione. Il paziente siede in una sedia senza braccioli e indossa indumenti e calzature comode; può utilizzare un bastone se lo fa usualmente. Si richiede al paziente di:

1. Alzarsi dalla sedia senza aiutarsi con le braccia
2. Restare nella posizione eretta
3. Camminare per 3 m
4. Girarsi di 180°
5. Ritornare alla sedia
6. Sedere senza aiutarsi con le braccia

Cosa può svelare il Test

1. Lentezza nell'esecuzione (un tempo superiore a 12 secondi viene considerato anormale)
2. Necessità di un supporto esterno
3. Andatura "aprossica" (passi corti, strascicati)
4. Andatura "atassica" (instabile, su base allargata)
5. Andatura "festinante" e mancata oscillazione degli arti
6. Andatura esitante
7. Andatura "antalgica"

TABELLA VIII.

Scheda SVAFRA. Scala dei determinanti della fragilità.

Scala dei Determinanti della Fragilità (SDGC)				
S - problemi di salute (gravità, comorbilità, politrattamento)	S0 - assenza di patologie	S1 - patologia unica	S2 - patologie multiple	S3 - patologie instabili
D - problemi di disabilità fisica e cognitiva/comportamentale (ADL/IADL)	D0 - assenza di disabilità	D1 - disabilità lievi (fisica: uso del bastone; cognitiva/comportamentale: deficit lieve)	D2 - disabilità parziali (fisica: uso della carrozzina; cognitiva/comportamentale: deficit medio)	D3 - disabilità gravi (fisica: allettamento; cognitiva/comportamentale: deficit grave)
G - problemi di gestione del paziente	G0 - assenza di problemi di gestione del paziente	G1 - problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi di un singolo professionista	G2 - problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi multiprofessionali	G3 - problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi multiprofessionali ad alta integrazione
C - problemi di contesto familiare e socio-ambientale	C0 - assenza di problemi di contesto familiare e socio-ambientale	C1 - problemi di contesto lievi (famiglia e relazioni deboli)	C2 - problemi di contesto medi (famiglia e relazioni molto deboli)	C3 - problemi di contesto gravi (famiglia e relazioni assenti)

Scala della Fragilità (F)				
Classe	Fragilità	Stato del paziente	Caratteristica della fragilità	Azione prevalente
F0	Assente	Sano	-	Prevenzione
F1	Lieve ⊕	Pre-fragile	Reversibile	Cura e riabilitazione
F2	Media ⊕⊕	Fragile	Irreversibile	Presca in cura
F3	Grave ⊕⊕⊕	Fragile grave	Irreversibile	Cure palliative e accompagnamento

Conclusioni

Lo sforzo che la MG sta affrontando in tutto il mondo per far fronte al fenomeno epidemiologico dell'allungamento della vita media, con conseguente ampia estensione del "pianeta della fragilità degli anziani", passa necessariamente attraverso l'individuazione di strumenti idonei alla diagnosi precoce e al monitoraggio continuo di tali pazienti. Per la specificità della nostra professione di MMG è strettamente necessario che tali strumenti siano "agibili" nel nostro setting di lavoro: quindi molto sintetici e con indicatori forti e discriminanti, che ci permettano in breve tempo di identificare precocemente i "determinanti della fragilità", di effettuarne un follow-up efficace, e di prevedere le migliori soluzioni assistenziali per questa tipologia di pazienti. Le proposte fino a ora elaborate da vari Autori sono prevalentemente monoassiali e spesso ideate in contesti specialistici o comunque di secondo livello. La strada aperta dai Colleghi italiani sembra interes-

sante e proficua, per la visione sintetica e olistica che la caratterizza.

Bibliografia

- Cooper R, Kuh D, Hardy R, et al. *Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis.* BMJ 2010;341:c4467.
- Young J, Meagher D, Maclulich A. *Cognitive Assessment in older people.* BMJ 2011;343:d5042.
- Alexopoulos GS. *Depression in the elderly.* Lancet 2005;365:1961-70.
- Brodsky H, Low LF, Gibson L, et al. *What is the best dementia screening instrument for general practitioner to use?* Am J Geriatr Psychiatry 2006;14:391-400.
- Burns A, Iliffe S. *Dementia.* BMJ 2009;338:b75.
- Burns A, Iliffe S. *Alzheimer's disease.* BMJ 2009;338:b158.
- Quinn TJ, McArthur K, Ellis G, et al. *Functional assessment in older people.* BMJ 2011;343:d4681.
- Schumacher JG. *Emergency medicine and older adults: continuing challenges*

and opportunities. Am J Emerg Med 2005;23:556-60.

- Cooper R, Kuh D, Hardy R, et al. *Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis.* BMJ 2010;341:c4467.
- Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation. The Barthel Index.* Maryland State. Md State Med J 1965;14:61-5.
- Moskowitz E. *PULSES profile in retrospect.* Arch Phys Med Rehabil 1985;66:647-8.
- Close J, Ellis M, Hooper R, et al. *Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomized controlled trial.* Lancet 1999;353:93-7.
- Close JC, Lord SR. *Fall Assessment in older people.* BMJ 2011;343:d5153.
- Mathias S, Nayak US, Isaacs B. *Balance in elderly patient: the "get up and go test".* Arch Phys Med Rehabil 1986;67:387-9.
- Rose DJ, Jones CJ, Lucchese N. *Predicting the probability of falls in community residing older adults using the 8-foot up-and-go.* J Aging Phys Activ 2002;10:466-75.
- De Toni AF, Giacomelli F, Ivis S. *Il mondo invisibile dei pazienti anziani. La fragilità interpretata dalla medicina di famiglia mediante la teoria della complessità.* UTET 2010.