

Le problematiche del paziente complesso nel setting delle Cure Primarie e della Medicina Generale

Luca Petrone¹, Eleonora Bellini², Saffi Giustini³

¹ Medico-chirurgo in formazione specifica in Medicina Generale 3° anno, Firenze; ² Medico-chirurgo in formazione specifica in Medicina Generale 1° anno, Firenze; ³ Medico di Medicina Generale, ASL Toscana Centro, Pistoia; Coordinatore AFT, SIMG Firenze

Per “comorbidità” s’intende la compresenza nello stesso individuo di due o più patologie: si tratta di una condizione ad alta prevalenza soprattutto nella popolazione ultrasessantacinquenne, nella quale è frequente la comparsa di patologie con carattere di cronicità, in quanto legate all’esposizione prolungata a fattori di rischio e/o ai processi parafisiologici dell’invecchiamento ¹. Per questo motivo tale termine viene ormai spesso utilizzato per indicare individui affetti da più malattie croniche contemporaneamente.

Secondo i dati dell’Istituto Nazionale di Statistica raccolti all’interno dell’indagine Multiscopo, nel 2016 il 47% degli italiani tra i 65 e i 74 anni era affetto da almeno due patologie croniche. Nella classe anagrafica degli ultrasessantacinquenni questa percentuale saliva al 66,7% ². Di questi due terzi, il 56% soffriva di patologie osteoarticolari (definite come artrite/artrosi), che quindi si configurano come la classe di disturbo cronico più rappresentata; il 54% era affetto da ipertensione arteriosa; seguono l’osteoporosi (32%), il diabete (19%), bronchite cronica e cardiopatia cronica (17% rispettivamente) e ulcera gastroduodenale (5%) ². All’interno di queste stesse fasce d’età, i due terzi circa hanno fatto ricorso a visite mediche (medico di medicina generale o specialista) nell’arco di un anno (dati 2013) e la metà si è sottoposta ad accertamenti diagnostici. La metà delle ospedalizzazioni per acuti (3 milioni su 6 totali ogni anno sul territorio nazionale) è costituita da ultrasessantacinquenni ².

Questi dati delineano il quadro di una popolazione anziana e affetta da più patologie

croniche contemporaneamente, che fa uso intensivo di strutture e servizi sanitari. Una popolazione, quindi, formata da pazienti complessi.

Il paziente complesso, essendo affetto da più patologie croniche, è solitamente seguito da figure specialistiche, sottoposto a terapie continuative e a visite di controllo programmate. Questo sistema ha certamente il vantaggio di affrontare ogni problema di salute con competenze aggiornate, approfondite e dedicate, tuttavia, col tempo, rischia di portare a importanti svantaggi e ciò diviene tanto più evidente quante più sono le patologie coesistenti. Basti pensare a un paziente complesso che soffre, ad esempio, di insufficienza cardiaca, BPCO, diabete e insufficienza renale cronica. Costui spesso finisce con l’essere gestito contemporaneamente da numerose figure mediche: il cardiologo, lo pneumologo, il nefrologo, il diabetologo e, infine, il medico di medicina generale (MMG), spesso incrociato dal paziente solo tangenzialmente, fra una visita specialistica e l’altra. L’esempio appena esposto non è di raro riscontro tra gli assistiti di un MMG; anzi, rappresenta una delle presentazioni “da manuale” del paziente con comorbidità. Una gestione di questo tipo conduce inevitabilmente al venir meno della continuità delle cure e, di conseguenza, al deterioramento della qualità delle stesse. Ne conseguono un peggioramento delle condizioni di salute del paziente e una mancata efficacia delle iniziative preventive. Affinché un sistema di cura multidisciplinare delle cronicità risulti efficiente ed efficace è necessaria una corretta par-

tecipazione da parte del medico di famiglia. Quest’ultimo è, infatti, l’unica figura per la quale è imprescindibile un approccio olistico al paziente, che tenga conto, cioè, della situazione personale dell’assistito, delle sue occupazioni, della sua famiglia, delle sue peculiarità psico-sociali oltre che del novero delle sue patologie e delle possibili interazioni tra di esse.

Il medico di famiglia è inoltre l’unico che può aver obiettivamente le condizioni di partenza del paziente, risalenti a prima che la malattia cronica s’instaurasse o a prima che intervenisse una complicanza. È infine l’intermediario che condiziona la trasmissione delle informazioni mediche tra i vari specialisti e, tra questi e il paziente. Per tali motivi, la Medicina Generale (MG) ha la capacità di fornire coesione e continuità al processo di cura del paziente complesso e occupa, quindi, all’interno della rete assistenziale, un ruolo centrale.

Comorbidità non è solamente un descrittore qualitativo di una condizione: il peso della comorbidità può essere calcolato e, a ogni valore ottenuto, può essere attribuito un significato prognostico. Il sistema più usato a tale scopo è il *Charlson Comorbidity Index* ³, un metodo di valutazione inizialmente concepito nella metà degli anni Ottanta negli Stati Uniti, applicato in forma rivisitata al setting delle cure primarie nel 2008 ⁴, tuttora valido e validato anche in Italia. L’indice di Charlson attribuisce a ogni patologia cronica un punteggio di 1,2,3 o 6 (cfr. Tabella I). La somma dei punteggi, corretta per l’età del paziente aggiungendo un punto per ogni decade di vita dopo i

TABELLA I.*Charlson Comorbidity Index, punteggi assegnati alle singole patologie croniche.*

Patologia	Punteggio
Infarto miocardico	1
Insufficienza cardiaca congestizia	1
Vasculopatia periferica	1
Demenza	1
Malattia cerebrovascolare	1
Malattia polmonare cronica	1
Malattia del tessuto connettivo	1
Ulcera	1
Diabete	1
Epatopatie lievi	1
Emiplegia	2
Malattia renale moderata o grave	2
Diabete con danno d'organo	2
Tumore	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Epatopatia moderata o grave	3
Metastasi	6
Sindrome dell'immunodeficienza acquisita	6

40 anni, fornisce un valore che correla non solo con la mortalità (Tab. II), permettendone l'uso a fini prognostici^{5,6}, ma anche con il consumo di risorse sanitarie del singolo paziente. In particolare l'indice di Charlson è un ottimo predittore della probabilità di accesso al Pronto Soccorso, di ricovero e di riospedalizzazione precoce dopo una dimissione⁶. L'uso di tale indicatore nel setting della MG potrebbe fornire ai medici di famiglia uno strumento semplice e potente per la valutazione prognostica dei pazienti complessi. Esso è stato infine proposto come strumento utile alla definizione del *case mix* di un medico, cioè che fornisca una stima di quanto la comorbilità pesi sull'intera popolazione degli assistiti, in modo tale da permettere di indirizzare al meglio il giudizio sull'appropriatezza prescrittiva e l'allocazione delle risorse sanitarie⁷. Al concetto di comorbilità è imprescindibile-

bilmente collegato quello di fragilità. I due termini non sono intercambiabili: infatti, se il 47% degli ultrasessantacinquenni è definibile, come sopra riportato, complesso, solo il 10% circa è fragile. Per la stragrande maggioranza di costoro, portare i segni di molteplici processi patologici è la condizione necessaria per lo stato di fragilità; non è però condizione sufficiente: la fragilità insorge quando i sistemi di compenso che mantengono l'omeostasi dell'individuo si esauriscono. Secondo le "Linee guida per la valutazione multidimensionale dell'anziano" del 2001, gli "anziani fragili" sono: "quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicate da problemi di tipo socio-economico. [...] la fragilità comporta un rischio elevato

di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale, oltre che un elevato consumo di risorse"⁸.

Tali sistemi di compenso sono resi inefficaci dall'avanzare dell'età e/o dagli esiti di patologie acute, oppure sono già in atto a compensare una funzione danneggiata o una disabilità acquisita e non possono perciò intervenire su ulteriori fronti; ancora, possono essere sistemi di natura sociale: la rete delle conoscenze che s'impoverisce, il partner che viene a mancare e la disponibilità economica che si riduce. Indipendentemente dallo stato di salute complessivo, tale paziente sarà caratterizzato da una grande instabilità: uno stimolo di intensità lieve, che non avrebbe alcun effetto macroscopico in un soggetto sano, può essere capace di peggiorare in modo catastrofico le condizioni di un paziente fragile. L'esempio tipico è quello di un paziente che contrae una lieve infezione gastroenterica. Il paziente sano sarà minimamente distolto dalle proprie attività quotidiane, mentre un paziente geriatrico affetto da anemia sideropenica e scompenso cardiaco rischia di vedere la propria incolumità seriamente compromessa: la febbre innalza la frequenza cardiaca, già aumentata per compensare la frazione di eiezione scarsa e l'anemia; la diarrea provoca disidratazione, non compensata dai liquidi introdotti, per il deterioramento del senso di sete tipico degli anziani; la disidratazione riduce il volume di distribuzione dei farmaci, con possibile comparsa di effetti collaterali; se infine vivrà solo, non potrà essere sprona-

TABELLA II.*Charlson Comorbidity Index corretto per età e corrispondente probabilità di sopravvivenza a 10 anni.*

Punteggio combinato comorbilità + età	Sopravvivenza % predetta a 10 anni
0	99
1	96
2	90
3	77
4	53
5	21

to a idrarsi, né potrà chiedere aiuto in caso di necessità. Un soggetto fragile ha esaurito i propri sistemi omeostatici, quindi anche una banale diarrea può scatenare una riacutizzazione di scompenso cardiaco, un'insufficienza renale acuta, una trombosi venosa profonda o una sincope ipotensiva con fratture.

Nonostante le difficoltà gestionali e il rischio di instabilità clinica, il paziente "complesso" è più stabile del "fragile", perché ha molte più possibilità e risorse per far fronte a potenziali fatti acuti e/o a eventi stressanti. Definire e comprendere il ruolo della fragilità, come condizione che modula la qualità e la durata della vita dell'anziano costituisce un importante punto di partenza. In quest'ottica, infatti, essa diventa l'obiettivo d'interventi mirati sul piano clinico, psicolo-

gico e sociale per ridurre il rischio di eventi avversi ed è stimolo per il miglioramento dei servizi sanitari.

Bibliografia

- 1 Abete P, Testa G, Della Morte D, et al. *La comorbilità nell'anziano: epidemiologia e caratteristiche cliniche*. G Gerontol 2004;52:267-72.
- 2 Banca Dati ISTAT: <http://dati.istat.it>
- 3 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*. J Chronic Dis 1987;40:373-83.
- 4 Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, et al. *The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients*. J Clin Epidemiol. 2008;61:1234-40.
- 5 Crooks CJ, West J, Card TR, et al. *A comparison of the recording of comorbidity in primary and secondary care by using the Charlson Index to predict short-term and long-term survival in a routine linked data cohort*. BMJ Open 2015;5:e007974.
- 6 Battaglia A, Lepore V, Robusto F, et al. *Charlson Comorbidity Index in Medicina Generale e integrazione tra data base amministrativi e clinici*. XXIV Seminario Nazionale di Farmacoepidemiologia Roma, 15 dicembre 2015 (www.epicentro.iss.it/farmacipi/pdf/FEP2015/Battaglia.pdf).
- 7 Battaglia A, Del Zotti F, Farinaro C, et al. *Il Charlson Comorbidity Index in Medicina Generale. Una proposta operativa per migliorare la definizione di Appropriately Prescrittiva*. Rivista SIMG 2006;5:15-18.
- 8 SIGG - SIMG. *Linee Guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella Rete dei servizi di assistenza continuativa* (www.sigg.it/vmd/home.htm).