Il Commento

Pierangelo Lora Aprile[1],
Alberto Magni[2]
[1]SIMG segretario scientifico,
[2]SIMG coordinatore macroarea fragilità

Il titolo dell'articolo si riferisce alla gestione della comorbidità, ma nella discussione si introduce uno "scenario clinico complesso" e nel prosieguo si introduce il termine "fragilità". E' bene distinguere il significato di comorbidità, fragilità e complessità. Comorbilità si riferisce alla presenza di una malattia principale accompagnata da uno o più disturbi aggiuntivi che influenzano la prognosi, la gestione terapeutica o la qualità della vita. Tutte queste patologie possono essere "pesate" per gravità e rilevanza consentendo di elaborare facilmente indicatori sintetici come l'indice di *Charlson*[1] che esprime il rischio di mortalità e consumo di risorse.
Fragilità[2] rappresenta invece una condizione di vulnerabilità aumentata nei confronti degli stressor, anche minimi, che espone l'individuo a un elevato rischio di esiti avversi (cadute, ospedalizzazioni, perdita funzionale, morte), pur in assenza di una disabilità evidente. La "complessità" si riferisce invece a una rete di interconnessioni tra elementi che non possono essere compresi appieno attraverso l'analisi delle singole parti ed emerge ogniqualvolta il medico non può più affidarsi esclusivamente alle proprie competenze individuali o a soluzioni standardizzate, ma necessita di un approccio condiviso, integrato e multidimensionale.

Lo strumento cardine nelle condizioni di fragilità/complessità, come nel caso in esame, è la Valutazione Multidimensionale (VMD), che consente di esplorare in maniera sistematica e strutturata i molteplici ambiti rilevanti per la salute del paziente: dimensioni cliniche, funzionali, psicologiche, cognitive, sociali e relazionali.
A partire da questa valutazione, si sviluppa un Piano Personalizzato di Cura (PPC), un progetto dinamico e adattabile, costruito insieme al paziente e alla sua rete di supporto, che guida la presa in carico e l'erogazione degli interventi assistenziali.
Il percorso a fronte di uno "scenario complesso" è quello di valutare se il paziente è fragile e quale sia il suo grado di fragilità. La crescente complessità clinica e assistenziale che caratterizza la popolazione seguita in Medicina Generale impone l'adozione di strumenti validati, operativi e integrabili nella pratica quotidiana.
Il PC-FI[3], strumento di screening sviluppato dalla SIMG specificamente per l'ambito delle Cure Primarie, utilizza i dati già presenti nella cartella clinica elettronica per generare automaticamente un indice di fragilità.
Il Brief-MPI è una versione semplificata dell'indice prognostico multidimensionale utilizzato in geriatria (MPI), inserito nelle Linee Guida italiane per la VMD[4], consente una valutazione sintetica ma completa della prognosi a breve-medio termine, integrando parametri clinici, funzionali, cognitivi e sociali, e fornendo un punteggio che riflette il rischio di mortalità e peggioramento clinico.
LA VMD è in funzione di un PPC costruito sui domini deficitari (ADL, IADL, stato cognitivo, nutrizionale, mobilità, comorbilità, politerapia, contesto sociale).
Questa fase richiede spesso il coinvolgimento di altri professionisti (infermieri, assistenti sociali, nutrizionisti, fisioterapisti) e può prevedere l'attivazione di strumenti di approfondimento. Nel caso specifico (se viene rilevato un deficit cognitivo con la VMD), è appropriato utilizzare lo strumento GPCog (*General Practitioner assessment of Cognition*)[5].
Da ultimo è necessario pianificare un monitoraggio che, in base al grado di complessità, definisca tempi, modalità e ruoli degli operatori coinvolti nel percorso clinico e assistenziale.

Esempio di percorso appropriato per il caso clinico illustrato

1 ▸ Il calcolo del PC-FI risulta di 0.28 e sospetta uno stato di fragilità grave (> 0.24)

2 ▸Un secondo step appropriato per i pazienti con grave stato di fragilità potrebbe essere la valutazione dei bisogni di cure palliative. Utilizzando un semplice strumento validato di screening (es. NECPAL eseguito in 3 minuti) si valuta l'eventuale percorso specifico per questi malati utilizzando strumenti validati di VMD (es. I-Pos) e di identificazione dei casi complessi da segnalare alla rete di cure palliative.

3 ▸Se lo step n. 2 non rileva bisogni di cure palliative è indicato l'utilizzo di strumenti di VMD (es. Brief-MPI) utili a confermare il grado di fragilità (non sempre PC-FI e MPI coincidono essendo il primo uno strumento di screening molto sensibile ma poco specifico) ed a rilevare i domini deficitari che hanno necessità di essere valutati singolarmente. Per esempio, se il dominio delle funzioni cognitive risultasse deficitario sarebbe opportuno utilizzare strumenti validati nell'ambito delle cure primarie (es. GP-Cog) per valutare il grado di compromissione. Per la Signora in questione non è stata eseguita una VMD per cui non è dato sapere alcuni dati clinime-trici importanti: il grado di autonomia, lo stato nutrizionale, la mobilità, il numero di farmaci assunti e soprattutto il contesto sociale, che spesso condiziona l'efficacia degli interventi proposti.

4 ▸ La VMD è in funzione della stesura di un PPC in risposta ai domini risultati deficitari identificando even-tualmente quali altri operatori è necessario contattare (medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, nutri-zionisti, assistenti sociali), fissando i tempi per monitorare i risultati degli interventi.

Questo percorso, ovviamente, non esime dalle valutazioni, accertamenti, terapie e monitoraggio delle patologie specifiche di cui la Signora è portatrice ed in particolare dello stato di osteo-sarcopenia il cui approccio descritto nell'articolo risulta esaustivo e molto appropriato.

Bibliografia

1. *Charlson ME, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Devel-opment and validation. J Chron Dis 1987;40:373–83,*
2. *Scaccabarozzi M, et aL: Progettare e realizzare il miglioramento nei Servizi di Cure Domiciliari - Corso di Formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa dell'Area di Sanità Pubblica- Scuola IREF-Bocconi-Ottobre, 2001*
3. *Vetrano DL, et al. Frailty detection among primary care older patients through the Primary Care Frailty Index (PC FI). Sci Rep 2023;13:3543.*
4. *Pilotto A, et al. The Italian guideline on comprehensive geriatric assessment (CGA) for the older persons: a collaborative work of 25 Italian Scientific Societies and the National Institute of Health Aging Clin Exp Res 2024;36:121*
5. *Brodaty H, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. J Am Ge-riatr Soc 2002;50;530-34.*