Il futuro della fragilità: l'opportunità bussa

Mai prima d'ora c'è stato tanto interesse per la fragilità.

Un tempo era tema di dominio quasi esclusivo della gerontologia e della geriatria: le collaborazioni interdisciplinari innovative e l'ascesa della medicina basata sul valore hanno determinato una rapida espansione nella ricerca sulla fragilità, con oltre 3700 menzioni di fragilità in PubMed nel 2020. Nonostante questa crescita e oltre 20 anni di evidenza del valore clinico di un fenotipo basato sulla biologia e di un modello di accumulo di deficit basato sull'ingegneria di fragilità, l'implementazione della valutazione della fragilità (FI-frailty index) nella pratica clinica deve ancora verificarsi. Cooper et al. (JAGS 2021; 70:90-98) sviluppano l’associazione, l’integrazione fra la valutazione multidimensionale geriatrica standardizzata (CGA) e un indice di fragilità basato su dati della CGA e soprattutto la implementazione della CGA-FI in una divisione di medicina geriatrica dotata di servizi di cogestione e di consulenza.

La CGA-FI è stata giudicato utile da 12 geriatri che hanno risposto affermando di utilizzare “sempre” il CGA-FI con i nuovi pazienti; inoltre, il 58% degli intervistati concorda sul fatto che CGA-FI aiuta il flusso del loro lavoro e l'82% che CGA-FI è di aiuto anche nel piano di gestione.

La CGA-FI rappresenta quindi un approccio completo, ponderato e sistematico, che è in grado di evidenziare una somma dei deficit legati all'invecchiamento e misure obiettive delle prestazioni dal paziente che concorrono a costruire il dato fornito dal FI basato su CGA. Una caratteristica fondamentale del lavoro di Cooper et al. è la continua volontà di formalizzare la valutazione della fragilità anche nel contesto dell'uso corrente di CGA. Ci sono stati problemi riguardanti per esempio la definizione delle caratteristiche dei deficit legati all'età che sono stati valutati in modo affidabile così come il processo di integrazione della tecnologia dell'informazione e delle cartelle cliniche elettroniche (EHR), la formazione dei providers e gli sforzi per guidare la successiva diffusione e crescita. E’ stato necessario un processo pluriennale importante di implementazione collaborativo e iterativo, per il quale gli autori dovrebbero essere lodati….

Poiché noi in geriatria cerchiamo di considerare la fragilità come principio organizzativo centrale di riferimento per di un'assistenza efficace per le persone anziane, il lavoro di Cooper et al. evidenzia due grandi potenziali insidie: in primo luogo, riportano un numero impressionante di valutazioni CGA-FI completate, oltre 1400 pazienti all'anno, in gran parte degente in strutture ospedaliere; pertanto la loro implementazione CGA-FI non risolve il problema rilevante dello screening della fragilità come dovrebbe far parte della prevenzione da realizzare nelle cure primarie. In secondo luogo, non è nota la percentuale degli anziani curati con il sistema citato da Cooper et al. dove le competenze geriatriche hanno completato le tante CGA-FI. La struttura del CGA-FI (vedi figura) è di fondamentale importanza per comprendere la scalabilità dello strumento di fragilità (un sistema è descritto come scalabile se è in grado di incrementare le proprie prestazioni, e quindi di rimanere efficiente, quando si verifica un incremento significativo del numero di risorse e di utenti). che richiede Geriatri sia per la raccolta dei dati che per l'interpretazione dei risultati.

Non ci sono e non ci saranno abbastanza Geriatri negli Stati Uniti per valutare e gestire la popolazione degli anziani. Inoltre, gli attuali meccanismi di pagamento non supportano lo sforzo e il tempo per la valutazione faccia a faccia. Quindi, la CGA-FI fa avanzare e promuove la fragilità come valutazione standardizzata, uniforme e clinicamente utile associandola alla CGA con documentazione accessibile dalla cartella clinica informatizzata (EHR); questo approccio della Cooper continuerà a limitare la misurazione e la gestione della fragilità alla sola medicina geriatrica, limitando così la sua diffusione ai tanti settori della medicina e della chirurgia che ne hanno decisamente bisogno.

Sono stati messi a punto indici di fragilità derivati ​​dall'EHR, in grado di valutare migliaia di anziani in pochi minuti sia in Inghilterra che negli Stati Uniti. Alcuni temono che così si potrebbe perdere l'accuratezza o la precisione nelle valutazioni automatizzate della fragilità, o che ciò potrebbe "semplificare eccessivamente l'assistenza geriatrica" ​. Tuttavia, prove recenti suggeriscono che le misure di fragilità basate sull'EHR funzionano in modo comparabile alle valutazioni faccia a faccia e dimostrano una validità predittiva e convergente. Gli indici di fragilità in generale sono anche ragionevolmente associati a misure fenotipiche come la Clinical Frailty Scale o a misure oggettive della velocità dell'andatura e della forza misurata con handgrip. Se i geriatri continueranno a discutere su come misurare la fragilità, rischiamo di sprecare l'opportunità di elevare la fragilità al livello di un segno vitale. In passato, la mancanza di consenso sulle metriche ha impedito l'adozione tradizionale di preziose valutazioni funzionali, inclusa la velocità dell'andatura.

Come suggerito da Cooper et al., un progresso sarebbe un approccio "both-and" piuttosto che "either-or". Misurata sia in base al fenotipo o come indice, la fragilità predice comunque esiti avversi per gli anziani, inclusi ricoveri, cadute, disabilità, istituzionalizzazione e mortalità. Anche se le valutazioni cliniche faccia a faccia hanno superato le misure basate su EHR e su metodologie automatizzate, resta, come già detto, il problema della scalabilità: il modesto numero di Geriatri negli Stati Uniti non è in grado di valutare lo stato di fragilità dei milioni di adulti di età pari o superiore a 65 anni o anche 75 anni.

E’ prevedibile un miglioramento nella comprensione delle basi biologiche della fragilità, ma spetta a noi (Geriatri) studiare gli interventi utili per milioni di anziani fragili che richiedono piani di assistenza personalizzati. L'interesse per la fragilità diminuirà se il nostro settore non sarà in grado di fornire (1) metodi scalabili e riproducibili per valutare la fragilità, uniti a (2) una chiara comunicazione degli obiettivi dell'identificazione della fragilità nei pazienti non solo anziani.

A che scopo cerchiamo di implementare le valutazioni della fragilità? La letteratura limitata sugli interventi cerca prevalentemente di intervenire sulla fragilità stessa, con l'obiettivo di rallentare o invertire la traiettoria della fragilità mirando a deficit specifici. Ma un altro obiettivo è mitigare il ruolo della fragilità sugli esiti avversi negli anziani che devono affrontare un intervento clinico (ad es. chirurgia, chemioterapia, obiettivi di malattie croniche), testando percorsi di cura ben definiti dalla geriatria. Questa possibile evidenza sarebbe una guida per quei medici statunitensi, che gestiscono anziani fragili senza il beneficio di un geriatra consulente. Abbiamo molto da imparare sul trattamento individualizzato per gli anziani fragili, che possono vivere per anni con la fragilità. L'equilibrio deve essere tenuto presente per molte decisioni cliniche per le persone con fragilità; ad esempio, mentre "less is more" per il controllo glicemico intensivo nel diabete di tipo 2, un controllo più stretto della pressione sanguigna sembra in grado di prevenire le malattie cardiovascolari e la mortalità in molti soggetti fragili anziani ipertesi. Molti altri settori clinici devono ancora essere testati: per esempio la cardiologia e la pneumologia ; è certo che i fattori di fragilità sono in grado di fornire consigli utili sugli interventi e/o sulla gestione futura del paziente. Proporrei la nefrologia come nostra metafora. Come strumento automatizzato di primo passaggio, la creatinina e la velocità di filtrazione glomerulare stimata (eGFR) guidano gran parte del nostro processo decisionale clinico, anche senza conoscere la nefropatologia sottostante. Allo stesso modo, un indice di fragilità basato su EHR può identificare quali anziani meritano una considerazione particolare nel nostro approccio clinico, anche se la "causa" della fragilità non è ancora chiara. Proprio come non useremmo il contrasto iodato in un paziente con un basso eGFR, non passeremmo immediatamente a un intervento chirurgico ad alto rischio in un paziente con fragilità misurata da un eFI (Indice di fragilità elettronico). E l'uso di misure automatizzate non preclude ulteriori indagini sull'eziologia. I fornitori di prestazioni medico-assistenziali dovrebbe avvalersi dell'esperienza della geriatria per valutare i fattori di fragilità e fornire consigli sugli interventi e/o sulla gestione futura, proprio come attualmente fanno relativamente ai problemi nefrologici.

La rigorosa standardizzazione dell'approccio geriatrico alla valutazione della fragilità, come elegantemente illustrato in Cooper et al., può aiutare a chiarire le cause sottostanti e i deficit conseguenti alla situazione clinica in considerazione. Pertanto, l’ approccio "entrambi - e" prevede un metodo basato su EHR per l'identificazione della fragilità su larga scala, con una valutazione geriatrica completa (CGA) rivolta a coloro che ne hanno bisogno. I geriatri hanno la possibilità, ora, di far diventare la fragilità argomento fondamentale per tutti : ma se vogliamo mantenere la competenza, dobbiamo rinunciare all’ esclusiva e alla proprietà. Esistono diverse procedure per identificare i pazienti con fragilità; le nostre competenze sono necessarie per (1) sviluppare nuove conoscenze sugli interventi per la fragilità stessa e per guidare il processo decisionale clinico individualizzato per i pazienti fragili; (2) gestire i pazienti già identificati come fragili; e (3) educare e formare i nostri colleghi e tirocinanti nell'identificazione iniziale e nella gestione dei pazienti fragili.

Solo allora la nostra esperienza potrà servire al meglio i nostri pazienti e i nostri colleghi. (JAGS 2021; Sept 21)