

Un pensiero al futuro per “curare” le fragilità

Lorenzo PANELLA

Dipartimento di Riabilitazione ASST Pini – CTO Milano

Il termine fragilità, dimensione che caratterizza soggetti prevalentemente anziani ma non solo, è diventato di uso comune nei media. Se ne fa un gran parlare ma spesso confondendo o sovrapponendo concetti in apparenza simili come fragilità, cronicità, vulnerabilità e disabilità, dimensioni tra loro diverse che possono essere presenti singolarmente sulla persona o in sovrapposizione¹.

Ragionando su questi aspetti vorrei proporvi alcune considerazioni di pragmatismo applicativo nel tentativo di trovare risposte concrete ma che non possono prescindere da alcune note di letteratura.

Prima tra queste il dibattito tenuto dal BMJ nell'editoriale di Fiona Godlee. L'argomento in discussione era “cosa si debba intendere oggi per salute”. Alex Jadad e Laura O'Grady invitarono a una “conversazione globale” su questo tema che si concluse un anno dopo arrivando alla conclusione che la salute è: la capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive cui la vita inevitabilmente espone. Si superò così la vecchia definizione OMS del 1948: “la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in assenza di malattia”. Ma se la nuova definizione di salute proposta dal BMJ significa “capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive cui la vita inevitabilmente espone”, la domanda che viene da farsi è: “come si può costruire e favorire la capacità umana di adattarsi e adeguarsi”?

Secondo elemento di discussione: introdotto da Mary Tinetti, che sostiene come l'approccio tradizionale della medicina occidentale degli ultimi seicento anni, basato sulla diagnosi e

sulla cura della singola malattia è oggi del tutto anacronistico se non addirittura dannoso. Esso, infatti, non tiene conto della comorbidità, dell'influenza dei fattori psicologici, culturali ed ambientali dello stato di salute; così come del fatto che i pazienti, soprattutto se anziani, possono avere priorità differenti rispetto agli obiettivi storicamente perseguiti dal medico, privilegiando la qualità della vita alla sua durata².

Altra importante considerazione riguarda il rapporto esistente tra comorbidità, età anagrafica e disabilità. L'età avanzata, soggetti maggiori di 65 anni, è caratterizzata dalla coesistenza nello stesso individuo di multiple patologie legate all'invecchiamento: la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta 4,9 malattie, mentre i soggetti con più di 80 anni hanno un numero medio di patologie di 5,4. In particolare l'associazione di particolari malattie croniche nel paziente anziano, quali la cardiopatia organica e l'osteoartrosi aumentano il rischio relativo di disabilità di 13,6 volte, rispetto ad un rischio isolato di 4,4 per l'osteoartrosi e 2,3 per la cardiopatia organica. Con l'invecchiamento la presenza di comorbidità aumenta in maniera significativa, in larga parte perché la frequenza delle malattie croniche aumenta con l'età³.

Se condividiamo questa lettura viene da considerare come sia del tutto fuori luogo ragionare su proposte di soluzioni centrate sulla malattia ma debba essere presa in considerazione la persona e le aree funzionali che la caratterizzano e su queste dimensionare le risposte. Funzione fisica: forza, motilità, resistenza, destrezza, equilibrio, ecc.; funzione cognitiva: attenzione, orientamento, linguag-

gio, memoria, percezione visuo-spaziale, capacità di giudizio, capacità di risolvere problemi; funzione affettiva: interesse, qualità del sonno, stato dell'umore, sensazione di benessere ed infine stato sociale: supporti familiari, amicizie, aiuti sociali, situazione economica tutto questo inserito in un contesto di valutazione secondo quanto definito concettualmente dall'ICF, International Classification of Functioning⁴.

Se la domanda è “come si può costruire e favorire la capacità umana di adattarsi e adeguarsi”? la probabile risposta sta nella valutazione multidimensionale della persona e del difetto di autonomia, e non solo della patologia, in relazione alla prevalenza di una funzione rispetto all'altra e nella considerazione della capacità e performance, attività e partecipazione integrati o meglio adattati ai fattori ambientali.

Ma cosa offre il mercato della salute? Possiamo avere un ruolo di orientamento anche politico?

In maniera provocatoria citiamo il Dottor Google che offre infinite offerte terapeutiche tra le più svariate: ampeloterapia, apiterapia, argilloterapia, clownterapia, coreoterapia, cosmomedicina, Chavutti Thirumal Arnold Mindell, cristalloterapia, cromoterapia, danzaterapia, digiunoterapia, biodanza, biblioterapia, fitoalimurgia, litoterapia, psammoterapia, opoterapia, oligoterapia, neuralterapia, idrocolonterapia, massaggio con le sfere, impattoterapia, geoterapia Ki-Sung, euritmia terapeutica, naturopatia, rebirthing, Qi Gong, Mi Zong, Reiki, rolfing, Sali di Schussler e molto altro ancora. Mi sono fermato a 318 voci. Lungi da me l'idea di dare giudizi su approcci che non conosco ma certo è che se lo standard

di riferimento è l'evidence based medicine, forse siamo lontani anni luce dall'evidenza.

Ma rimane il problema: dobbiamo avere un ruolo di orientamento non solo etico, in quanto operatori sanitari, ma anche economico, gestionale e politico, di corretto allocamento delle risorse.

Quali sono i bisogni delle persone? I bisogni sono definiti da aree funzionali che ne definiscono funzione fisica, affettiva, cognitiva e stato sociale. La prevalenza di una o più di queste aree ne rappresenta la priorità e le risposte vanno pertanto organizzate sulla definizione di queste priorità che derivano dalla stratificazione delle funzioni che sottendono al rapporto tra numero di patologie (comorbidità) ed età che insieme correlano aumentando la disabilità. Si stabilisce quindi una gerarchia di bisogni fisici, sociali, di sicurezza, protezione ai quali va data una risposta.

La risposta nasce da un ripensamento delle strutture ospedaliere che si devono integrare con la continuità territoriale.

Immaginiamo il SSN rappresentato da due emisfere dove la parte supe-

riore comprende tutte le strutture ospedaliere e l'altra metà il territorio con RSA, RSD, CDI, Case albergo, residenzialità protetta ADI (Figura 1). Queste due emisfere mantengono il collegamento attraverso i MMG a tutela degli assistiti. Il bisogno di salute richiesto è quindi soddisfatto da quanto il SSN esprime.

Abbiamo strutture sanitarie di eccellenza e non abbiamo sostanziali criticità nel rispondere alla patologia: siamo bravissimi nel fare protesi, interventi cardiocirurgici, diagnostica di alta complessità e molto altro. Una buona rete di continuità riabilitativa sia intensiva che estensiva.

L'ospedale va reinterpretato come centro di servizio aperto alla popolazione ripensando il tempo della degenza, quando possibile, creando proposte fruibili in grado di opporsi al disagio emotivo relazionale del ricovero con attività non sanitarie (esempio cinema, musica, racconto, servizi alla persona) e aprendo gli spazi delle strutture alla popolazione con sportelli o attività di informazione (es: sportello demenza) (es riunioni con i quartieri di aggiornamento sulla salute gestite da operatori sanitari) e in-

trattenimento (lo spazio cinema fruito dentro e fuori l'ospedale).

L'ospedale non può essere più un centro isolato dal contesto del territorio in cui è inserito. La dimissione dall'ospedale e la gestione del territorio vanno organizzate ripensando ad un percorso circolare della persona nel contesto delle offerte di salute possibili.

Fondamentale è il ruolo dei MMG interfaccia tra i due sistemi. Fondamentale è la comunicazione informatizzata da ospedale vs MMG e il trasferimento reciproco dei dati. I MMG organizzati in presidi territoriali di equipe, come già esiste in alcune realtà, ma che oltre alla cura della malattia considerino la stratificazione delle funzioni sulla quale definire i bisogni. La scelta delle risposte può avvenire sulla base della valutazione multidimensionale secondo un'organizzazione hub and spoke. Hub può essere l'ospedale o il MMG e spoke le comunità o i servizi erogatori (es. gruppi afa e di cammino, ginnastica a domicilio, telemedicina, pet therapy). Ogni struttura organizzata spoke può al tempo stesso essere hub per altre attività con ruolo di coordinamento (Figura 2).

Per rispondere alle situazioni geograficamente complesse può essere utile rivalutare i presidi territoriali esistenti già con organizzazione sanitaria presente (es. RSA CDI RSD) possibili erogatori di servizi di prima necessità, pensiamo ad esempio a punti prelievo, attività di riabilitazione ambulatoriale, diagnostica di primo livello, mappatura delle situazioni di isolamento.

Tutto questo va contestualizzato nell'ambiente nel quale si vive. Chiunque penso preferisca vivere in luoghi ameni, non inquinati, con aria salubre, senza traffico rispetto a situazioni in cui le polveri sottili superano il livello di soglia, il traffico e il rumore sono prevalenti. Le barriere ambientali e i facilitatori conseguenti sono quindi un altro elemento, come ci insegna l'ICF, che contribuisce alla risposta di salute e all'organizzazione dei servizi per la salute. Alcune soluzioni già esistono: le migliori piante contro l'inquinamento urbano: baccello, tigli, aceri, leccio, ginkgo biloba ecc. Il cotoneaster franchetii ha mo-



Figura 1 Ipotesi di rappresentazione grafica del Sistema Sanitario: due emisfere dove la parte superiore comprende le strutture ospedaliere e l'altra metà il territorio con RSA RSD CDI Case albergo, residenzialità protetta, ADI.

ADI Assistenza Domiciliare; CDI Centri Diurni Integrati; MMG Medici di Medicina Generale; RSA Residenza Sanitaria Assistita; RSD Residenza Sanitaria per Disabili.

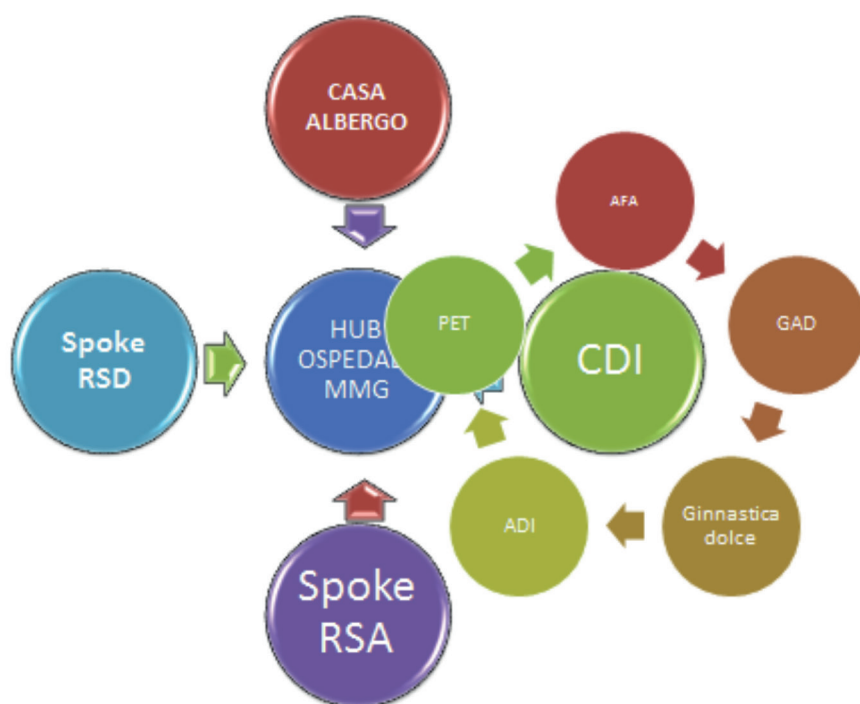


Figura 2 Ipotesi di rappresentazione grafica delle attività organizzate per centri Hub e Spoke.

strato una capacità di assorbimento delle particelle inquinanti nell'aria superiore fino al 20% rispetto ad altre piante arbustive. Cosa fare ad esempio quando si crea un ristagno di smog nelle strade fiancheggiate da palazzi molto alti e con uno scarso ricambio di aria fresca? In questo scenario, chiamato "effetto canyon",

piantare alberi alti non è consigliato perché le chiome bloccherebbero lo smog: meglio il verde verticale sulle fiancate degli edifici o siepi basse ai lati della carreggiata.

L'Airlite, la pittura che assorbe lo smog come una foresta. Il Pedibus è uno scuolabus per pedoni, utilizzando il quale i bambini vanno a scuola a

pedi ed in gruppo; ogni gruppo è guidato da due o più adulti. La sperimentazione ad Ancona e Jesi, dove in tre mesi i PurifyGo ripuliranno dalle polveri sottili 4,2 miliardi di litri d'aria, pari a quella contenuta in un'area di 210 ettari fino a due metri di altezza. Il sistema filtrante che cattura il particolato è installato sul tetto di tre autobus impiegati nelle linee urbane di Ancona e di uno attivo a Jesi. Il dispositivo sul tetto, "Hurdust", è stato realizzato da Ansaldo Trasporti: è un cassetto in alluminio con due filtri dedicati rispettivamente alla raccolta delle Pm10 e delle finissime Pm 2.5. Filtra 486mila litri d'aria all'ora.

Non impediremo certo nel futuro che le persone diventino fragili, croniche, vulnerabili o disabili ma vale la pena ragionare su quali oggi siano le soluzioni possibili da adottare.

Bibliografia

1. Leocadio Rodriguez-Mañas, Linda P Fried. Frailty in the clinical scenario *The Lancet* 2014; DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61595-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61595-6)
2. Mary Tinetti, Terry Fried The end of the disease era *The American Journal of Medicine* 2004; 116:179-185
3. P. Abete, G. Testa, Et Al. Comorbidity in the elderly: epidemiology and clinical features *G Gerontol* 2004;52:267-272
4. International Classification of Functioning, Disability and Health - trad. it. ICF, Trento, Erikson, 2002, pp. 14 - 22, ISBN 978-88-7946-628-8.