Published on *www.activeageing.unito.it* (http://www.activeageing.unito.it)

Modelli e fasi di fragilità

Modelli e stadi di fragilità

Oltre il modello di fragilità cognitiva da noi preso in considerazione, sono stati proposti altri indici di fragilità che classificano gli anziani in gruppi. Tali indici si basano sia sull'attività funzionale (fisica e cognitiva) sia sulla vulnerabilità sociale, nonché sugli stili di vita.
A oggi, numerosi studi nazionali e internazionali (SHARE, FRADEA, EPESE, ecc.) dimostrano come la prevalenza della fragilità che determina lo stato di dipendenza da terzi varia dal 5% al ??22% della popolazione, e che supererà il 50% nel 2050.

Tra i più importanti modelli di fragilità troviamo:

• **Modello di Fried et al.** (2001), basato sui dati derivati dal Cardiovascular Health Study. La fragilità è una sindrome clinica in cui tre o più dei seguenti criteri vengono soddisfatti: perdita involontaria di peso, stress psico-emotivo individuale, diminuzione della forza mediante la misurazione della presa (hand grip), lentezza nel cammino e scarsa attività fisica. La presenza di uno o due criteri determina invece un quadro di prefragilità. Questa definizione correla con altre variabili quali l'età, le condizioni patologiche croniche, la funzione cognitiva e i sintomi depressivi. Inoltre, questo modello potrebbe essere predittivo di possibili esiti negativi quali cadute, ospedalizzazione, peggioramento della disabilità e morte.

• **Modello di Buchner** (1992). Il concetto di fragilità è indicato come la soglia oltre la quale la perdita di riserva fisiologica e l'adattabilità dell'organismo iniziano a essere insufficienti nel mantenere l'indipendenza del soggetto e lo espongono al rischio di diventare dipendente. Pertanto, ciò sarebbe il risultato di una riduzione dell'omeostasi interna dell'organismo; i meccanismi che determinano questa condizione sono attualmente sconosciuti ma possono essere correlati a più fattori (biologici, genetici, abitudini e stili di vita, malattie croniche e condizioni psicosociali). La manifestazione clinica di questo processo sarebbe l'inizio della disabilità. Questo modello pone una particolare attenzione alla prevenzione, in quanto intende individuare la fragilità preclinica e la disfunzione funzionale prima dello sviluppo delle situazioni di dipendenza. Fragilità non è sinonimo di disabilità (intesa come stabile danno funzionale) ma di una condizione di disturbo funzionale non definitivo, o di un rischio di declino funzionale.

• **Modello di Brocklehurst** (1985). Il concetto di fragilità è dato dal rischio di perdere la capacità di vita nella comunità sociale.

Stadi della fragilità

Tutti i modelli indicano diverse fasi di fragilità che sono rilevanti in termini di prevalenza e di intervento necessario.

• **Anziano sano** - soggetto con un’età maggiore di 60 anni senza una malattia oggettiva. La capacità funzionale risulta buona ed è in grado di eseguire autonomamente le attività di base e strumentali nella vita quotidiana (ADL/iADL). Inoltre, non sono presenti disagi sociali o abitudini di vita non corrette.

• **Pre-fragilità** - Persona sana con malattia cronica (stato simile ad un malato adulto). Il soggetto deve affrontare frequenti visite mediche e diverse ricoveri a causa di una singola malattia in assenza di altri problemi mentali, fisici o sociali. Tali patologie possono essere curate dal servizio sanitario.

• **Fragilità** - Soggetto che mantiene la propria indipendenza in modo precario e che presenta un alto rischio di diventare dipendente. Persona con "comorbidità", che se compensate (affidandosi principalmente all'ambiente familiare e alle relazioni sociali) mantiene un equilibrio che, seppur precario, permette un'indipendenza di base. Processi intercorrenti (quali infezioni, cadute, modifiche terapeutiche, ospedalizzazioni, ecc) possono portare a una situazione di perdita dell'autosufficienza e richiedono l'intervento dei servizi sanitari e/o dei servizi sociali di supporto. La capacità funzionale è apparentemente ben preservata per le attività di base della vita quotidiana (ADL) (per esempio la cura di sè) ma pone problemi per le attività strumentali della vita quotidiana (iADL). Il rischio maggiore è che, pur essendo indipendenti, possano diventare dipendenti (rischio di disabilità).

• **Dipendenza** - Persone anziane, con una o più malattie croniche. Questi pazienti sono dipendenti per l'ADL di base e hanno bisogno di aiuto costante da parte di altre persone. Sono frequenti i disturbi mentali e sociali. Il cosiddetto paziente geriatrico è l'anziano in cui l'equilibrio tra i propri bisogni e la capacità dell'ambiente di supplire ad essi si è spezzato, pertanto il paziente è diventato dipendente o disabile.

Le caratteristiche più frequenti dei soggetti fragili per ogni dominio sono:

1) Sociodemografiche: significativamente più anziani, prevalentemente di sesso femminile, bassa scolarità, e di reddito inferiore rispetto agli anziani non fragili (Avila-Funes et al., 2008);

2) Stato fisico e di salute: elevato numero di malattie croniche come ipertensione, ictus, diabete, ecc. (SARHE) e cadute;

3) Stili di vita e abitudini non sane: mancanza di attività fisica e consumo di tabacco e alcol;

4) Caratteristiche cognitive, psicologiche ed emotive: compromissione cognitiva, distimia e depressione;

5) Capacità funzionali: necessità di supporto per ADL e iADL, problemi di mobilità e necessità di aiuto domiciliare.

Il progetto my-AHA si focalizza su tutti i domini di fragilità sulla base di un approccio olistico cercando di valutare i diversi stadi della fragilità, dal momento che questo circolo vizioso si può interrompere tramite un'individuazione precoce del rischio e interventi mirati, in particolare negli stadi precoci come quello della prefragilità.

Il progetto my-AHA prende in considerazione le correlazioni tra un sano invecchiamento biologico e lo stato di benessere ad esso associato, tenendo conto del genere, dell'etnia, dei fattori socioeconomici e delle altre determinanti di vita che necessitano di ulteriori studi, con particolare interesse nei confronti di individui con profili discordanti (ad esempio i soggetti che mantengono il benessere psicologico e sociale nonostante il declino funzionale). Le questioni di genere sono particolarmente rilevanti in questo studio, in quanto si possono prevedere diverse reazioni alla fragilità nei due sessi: ad esempio, la riduzione della densità ossea, che porta a cadute e fratture, è più frequente nelle donne, mentre una significativa riduzione della massa delle fibre muscolari è attesa negli uomine. Questo può avere un impatto rilevante sulla fragilità fisica e psicologica nei due sessi ed influenzare la compliance dell'individuo nei diversi tipi di intervento. Inoltre, un approccio diverso alle ICT può essere correlato al genere, in particolare negli anziani.

Source URL: http://www.activeageing.unito.it/it/modelli-e-fasi-di-fragilit%C3%A0