

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'ANZIANO FRAGILE: PUNTI CRITICI E ASPETTI METODOLOGICI

Antonella Gigantesco, Isabella Cascavilla, Claudia Meduri
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Prevenzione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Premesse

Nella redazione di questo documento si è tenuto conto anche di quanto scritto nelle Linee Guida sull'Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi (Progetto Finalizzato del Ministero della Sanità ICS 110.1 RF 98.98), alla cui stesura Pierluigi Morosini ha collaborato in qualità di autore e Antonella Gigantesco di consulente.

Questo documento dà priorità alla valutazione dello stato funzionale e cognitivo dell'anziano, come espressione della sua fragilità complessiva. Non contiene raccomandazioni sulle terapie successive alla valutazione, anche per la quasi completa mancanza di dati sull'efficacia di diversi interventi decisi in base alla valutazione multidimensionale (VMD).

L'obiettivo generale è quello di descrivere sinteticamente gli aspetti salienti della valutazione degli esiti degli interventi, anche per agevolarla. Tra gli obiettivi specifici di questo lavoro vi sono quelli di precisare:

- quali anziani devono essere considerati "fragili" e quindi da valutare in modo multidimensionale;
- quali sono le aree essenziali da valutare;
- quando fare la valutazione;
- quali sono gli strumenti idonei.

Le evidenze

Si è lamentata prima la carenza di evidenze sulla terapia. Tuttavia va riconosciuto che la ricerca in ambito geriatrico ed in particolare quella sui servizi per gli anziani è cresciuta esponenzialmente negli ultimi 10 anni, sia come quantità che come qualità. Sono pubblicate quasi ogni giorno nuove evidenze, che qualche volta confermano o completano, ma qualche volta smentiscono le acquisizioni precedenti.

L'efficacia della valutazione multidimensionale in geriatria è ormai generalmente accettata e dimostrata da molte sperimentazioni apparse nella letteratura degli ultimi anni (1). Si è cioè d'accordo che è opportuno rilevare in ciascun anziano:

- la condizione medica (presenza e gravità di malattie);
- lo stato funzionale;
- lo stato cognitivo;
- la condizione socio-economica;
- lo stato psicologico;
- e, in generale, la presenza di fragilità.

L'analisi della letteratura ha tuttavia messo in luce che vi sono scarse evidenze su quali siano i tempi, i modi e gli strumenti più appropriati da utilizzare nelle diverse situazioni cliniche e nei diversi *setting*. Oltretutto, quasi tutte le evidenze disponibili derivano dalla letteratura inglese ed americana i cui sistemi sanitari sono più o meno diversi dal nostro. Anche a causa di ciò, si è ritenuto da qualche anno comunque indispensabile una standardizzazione delle modalità di valutazione in modo da facilitare l'erogazione di un'assistenza mirata e l'acquisizione di elementi fondamentali per una migliore organizzazione dell'assistenza.

Luoghi e figure professionali della valutazione

Uno dei fattori che ostacolano l'applicazione omogenea di procedure di valutazione e di intervento è la mancanza di una terminologia comune per i luoghi in cui si svolge il percorso terapeutico e per le figure professionali coinvolte. Alla disomogeneità della terminologia corrisponde una grande disomogeneità nella tipologia e nell'organizzazione dei servizi. Il tutto è complicato dal fatto che alcuni servizi fondamentali (ad esempio l'Assistenza Domiciliare Integrata - ADI) in alcune realtà regionali non esistono o esistono solo sulla carta (2).

I luoghi in cui eseguire la valutazione sono:

1. La medicina di base nel territorio
2. L'ospedale per acuti
3. Il Day Hospital
4. Le strutture di cura intermedia e riabilitazione
5. L'assistenza domiciliare integrata
6. Le strutture di lungodegenza e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Un ruolo centrale è svolto dalla Unità di Valutazione Geriatrica, il cui compito, oltre a quello di gestire i casi più difficili, è anche quello di individuare le strettoie e le discontinuità nella rete dei servizi che ne compromettono il funzionamento e l'efficienza. Va detto che valutazione, riabilitazione e prevenzione sono aspetti che dovrebbero essere presenti nella definizione del piano terapeutico in un soggetto anziano fragile. Ad esempio, in occasione del ricovero di un soggetto anziano fragile in un ospedale per acuti, diventa necessario attuare gli interventi di sorveglianza e di attivazione che possano prevenire la disidratazione, la denutrizione, la sindrome da immobilizzazione, gli episodi confusionali.

È importante sottolineare che non è tanto importante chi esegue la valutazione quanto che la formazione di chi la esegue sia adeguata. Corsi ed esercitazione nell'uso delle tecniche di valutazione multidimensionale nel soggetto anziano fragile dovrebbero essere inseriti nei corsi di formazione di: medici di medicina generale; infermieri professionali e generici; terapisti della riabilitazione; assistenti sociali e sanitari; operatori tecnici alla assistenza. I corsi dovrebbero avere un carattere pratico, applicativo; alle lezioni teoriche dovrebbe essere riservato non più del 30% del tempo; alle esercitazioni pratiche (utilizzo degli strumenti di VMD in soggetti anziani) almeno il 60% del tempo; alle verifiche (supervisione da parte di un esperto) circa il 10% del tempo.

Gli anziani da valutare

Le indicazioni della letteratura identificano nella "fragilità" una condizione in cui è presente un elevato rischio di deterioramento ma in cui sono ancora possibili interventi terapeutici e preventivi efficaci (3). In alcune situazioni, tutti gli utenti anziani sono da considerare "fragili"

salvo prova contraria (ad esempio, i residenti di una RSA). In questi casi perciò, la valutazione multidimensionale dovrebbe essere raccomandata per tutti.

Strumenti di valutazione multidimensionale

Attualmente sono disponibili molti strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano. Fra questi, ne descriviamo brevemente due. Il primo è lo strumento RAI, a livello internazionale considerato il più completo e validato. La sua diffusione è stata promossa in diversi paesi del mondo: negli Stati Uniti, dove ha avuto origine, Canada, Islanda, Israele, Italia, Giappone, Spagna e Regno Unito. La sua applicazione nella routine ha tuttavia presentato qualche difficoltà, in quanto troppo lungo (il cosiddetto 'core' dello strumento è composto da quasi 400 item) e possibile solo dopo un lungo addestramento (il corso di addestramento per l'uso della versione italiana di questo strumento, il VAOR (4), dura 6 giorni). Nell'indagine condotta dall'Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, il VAOR ha ottenuto una valutazione di 2 requisiti soddisfatti pienamente su 6 (5).

Il secondo è il VALGRAF (VALutazione GRAFica), uno strumento di valutazione longitudinale dell'anziano di dimostrata validità convergente e riproducibilità. È derivato dallo SMAF di Hébert (6) ed arricchito con item relativi agli aspetti psicologici e sociali, a piccoli test cognitivi e a condizioni particolarmente rilevanti nell'anziano fragile (piaghe da decubito, condizioni dei piedi, stato di idratazione, dolore, uso di psicofarmaci, ecc.).

Le sue caratteristiche principali sono:

- è disponibile in due versioni: per le residenze protette e le RSA e per i servizi domiciliari sanitari. Un recente sviluppo del VALGRAF ha riguardato la messa a punto di una versione per i servizi sociali comunali;
- è in gran parte compilabile facilmente e in modo riproducibile da tutte le categorie di operatori, dopo un breve addestramento;
- è *users' friendly*, non solo per la semplicità di linguaggio, ma anche per la presenza di disegni relativi alle varie funzioni (Figura 1), che attirano l'attenzione e consentono di identificare immediatamente i campi di applicazione;
- ha una veste grafica che sollecita ad effettuare più compilazioni successive per valutare l'andamento nel tempo delle varie funzioni; la soluzione grafica adottata porta a costruire delle specie di grafici, simili a quelli noti della temperatura e della pressione arteriosa, in modo che si possa apprezzare con immediatezza l'andamento nel tempo della funzione;
- ha una soluzione grafica che consente al compilatore di segnalare anche piccole modificazioni in meglio o in peggio che sono inferiori ad 1 livello nella scala ordinale perlopiù a 5 livelli (da A ad E);
- consente la "personalizzazione" dello strumento e quindi anche di ridurre i tempi di compilazione nelle rilevazioni successive, segnalando quali sono le funzioni che si ritiene debbano essere monitorate, grazie a una casella MON (per monitoraggio) presente in ogni item;
- consente di ricavare i punteggi di altri brevi strumenti di ampio uso: ADL di Barthel (7), ADL di Katz (8), e IADL di Lawton (9);
- le versioni attuali del VALGRAF comprendono anche 53 variabili su condizioni mediche e prestazioni erogate che non fanno parte integrante dello strumento ma che sono inserite perché sono tutte quelle che consentono di determinare le categorie RUG-III per la valutazione del bisogno assistenziale (10).

MON																														
8. VESTIRE			1°	2°	3°	4°	5°	6°	<p>A. Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi (anche se con indumenti adattati).</p> <p>B. Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci da scarpe.</p> <p>C. Come B e in più occorre preparargli in ordine i vestiti.</p> <p>D. Ha bisogno di aiuto fisico ma collabora in modo appropriato.</p> <p>E. Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.</p>																					
		A	<																											
		B	<																											
		C	<																											
		D	<																											
E	<																													
E' autonomo per:			<table border="1"> <tr><td>A</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						A	<						B	<						C	<						<p>A. Autonomo.</p> <p>B. Autonomo con accorgimenti o ausili (velcro, scarpe senza lacci, tiranti, ecc.).</p> <p>C. Ha bisogno di aiuto.</p>
A	<																													
B	<																													
C	<																													
9. Calze		<table border="1"> <tr><td>A</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						A	<						B	<						C	<							
A	<																													
B	<																													
C	<																													
10. Bottoni		<table border="1"> <tr><td>A</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						A	<						B	<						C	<							
A	<																													
B	<																													
C	<																													
11. Scarpe		<table border="1"> <tr><td>A</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td><</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						A	<						B	<						C	<							
A	<																													
B	<																													
C	<																													

Figura 1. ValGraf (Versione Residenziale): item "Vestire"

Bibliografia

1. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Bula CJ, Gold MN *et al.* A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.
2. Abate, G (Ed.). *Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Indagine conoscitiva sulla situazione nazionale.* Roma: CNR; 1995.
3. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing* 1997;26:315-8.
4. Bernabei R, Landi F, Lattanzio F, Di Niro MG, and L. Manigrasso (Ed.). *Resident Assessment Instrument-VAOR (Valutazione Anziano Ospite di Residenza): Manuale d'istruzione.* Roma: Pfizer Italia Spa; 1996.
5. Mastromattei A, Casagrande S, Marceca M, Pasquarella A. La scelta dello strumento VMD: ipotesi di una metodologia di analisi comparativa di orientamento. In: Pasquarella A, Marceca M, Mastromattei A, Casagrande S, Guasticchi G (Ed.). *Misurare la salute. La valutazione multidimensionale in Sanità pubblica.* Roma: Regione Lazio, Agenzia di Sanità Pubblica; Documento tecnico ad uso interno anni 2002-2004.

6. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing* 1988; 17:293-302.
7. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42:703-9.
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963;185:94-99.
9. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-86.
10. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R and Cornelius E Refining a Case-Mix measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (Rug III). *Med Care* 1994;32:668.