

# Il metodo per assistere

**Massimo Calabrò**

**Direttore U.O.C. di Geriatria**

**Ospedale S. Maria di Cà Foncello-Treviso**

# La Valutazione multidimensionale geriatrica e l' intervento individualizzato globale

- La cura dell'anziano guidata dalla applicazione esperta della valutazione multidimensionale (VMD)
- riduce la mortalità,
- previene lo sviluppo di disabilità od il suo aggravamento dopo un evento acuto,
- riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale,
- riduce i costi economici e sociali,
- migliora le condizioni psico-fisiche,
- aumenta il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari

Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342:1032-6

McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits?

A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61:53-62.

- Nel paziente anziano con problematiche acute, questi vantaggi sono soprattutto evidenti quando:
- a. il piano di assistenza individuale è fondato sulla VMD e si realizza, senza soluzione di continuità, in una articolata rete di servizi;
- b. il geriatra è responsabile in prima persona della definizione, della implementazione e del controllo del piano di assistenza. Un semplice servizio di consulenza geriatrica su pazienti la cui gestione rimane affidata ad altre specialità non produce i favorevoli risultati di cui al punto 1.

Hogan DB, Fox RA. A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. *Age Ageing* 1990; 19:107-13.

Reuben DB, Borok GM, Wolde T, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, Liu Y, Rubenstein LZ, Beck JC. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med* 1995; 332:1345-50.

- **In un setting geriatrico per acuti, nel paziente “grande anziano” la VMD permette di guidare scelte cliniche (diagnostico-terapeutiche) evitando la banalizzazione del “secondo me”; ad esempio, la valutazione approfondita della gravità di una patologia respiratoria, quando messa in relazione alla eventuale co-presenza di altre patologie (e della loro gravità) e delle altre problematiche funzionali del paziente permetterà di definire con minore incertezza:**
  - **le possibilità terapeutiche,**
  - **l'impatto sulla disabilità e sul potenziale recupero funzionale,**
  - **la prognosi del paziente**

Pilotto A, Addante F, Ferrucci L, Leandro G, D'Onofrio G, Corritore M, Niro V, Scarcelli C, Dallapiccola B, Franceschi M. The multidimensional prognostic index short-and long-term mortality in hospitalized geriatric patients with pneumonia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009 Aug;64(8):880-7. Epub 2009 Apr 6.

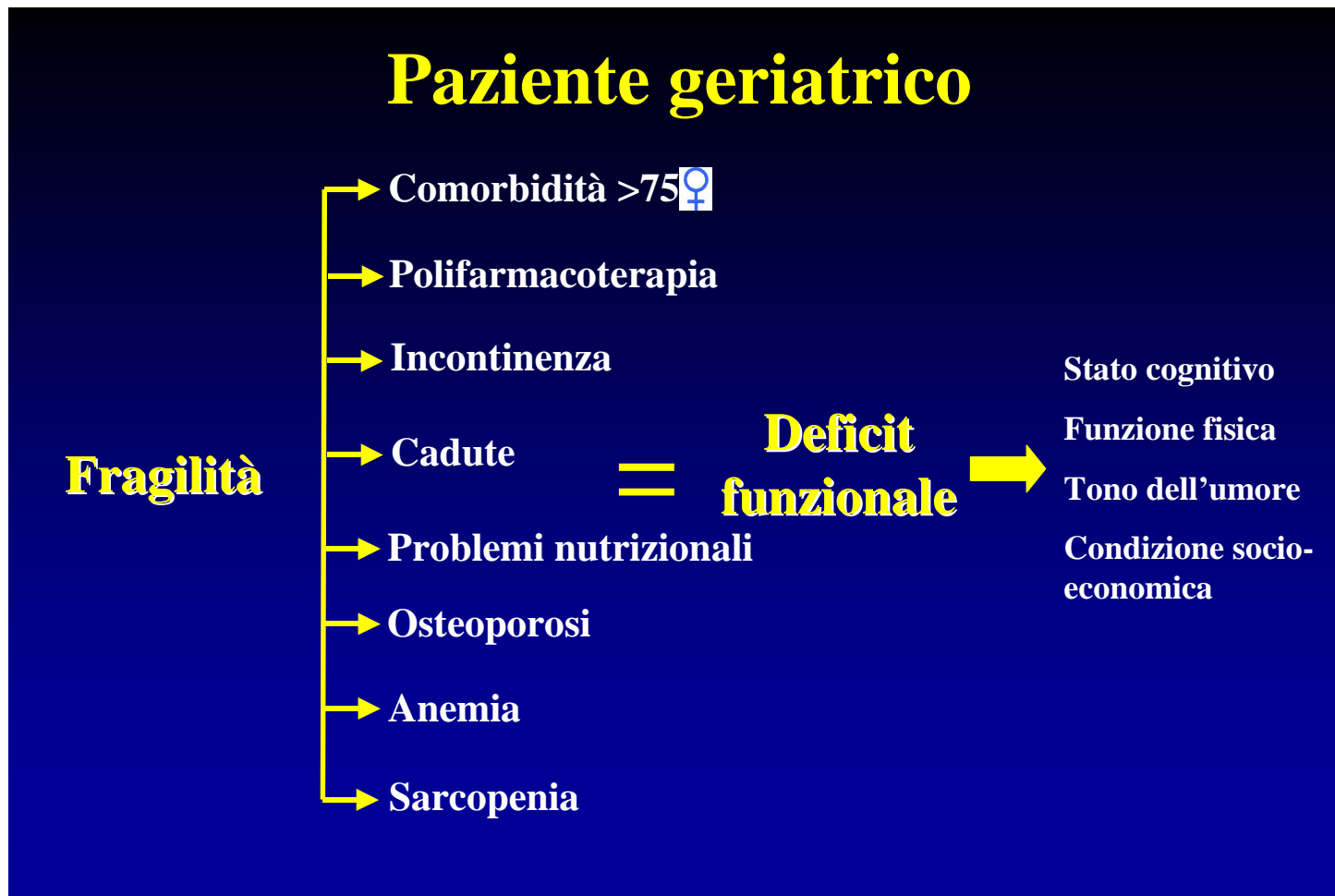
Pilotto A, Addante F, Franceschi M, Leandro G, Rengo G, D'Ambrosio P, Longo MG, Rengo F, Pellegrini F, Dallapiccola B, Ferrucci L. Multidimensional Prognostic Index based on a comprehensive geriatric assessment predicts short term mortality in old patients with heart failure. *Circ Heart Fail.* 2010 Jan;3(1):14-20. Epub 2009 Oct 22.

- **Bisogna aggiungere che se la VMD include anche lo stato funzionale premorbo ad un'eventuale ospedalizzazione acquisisce un'ulteriore e rilevante potere predittivo di eventuali eventi avversi a breve e lungo termine, oltre a permettere una visione dinamica del paziente nel tempo.**
- **I test di performance, come valutati e riportati nella definizione di “anziano fragile”, oltre alla riproducibilità, permettono di tipizzare i pazienti ed ulteriormente guidare i processi decisionali terapeutici.**

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group.

Frailty in older adults: evidence for a phenotype J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):M146-56.

# Paziente geriatrico “moderno”



- Per la possibile concomitante presenza di problemi fisici, cognitivi e del tono dell'umore, di disagi economici e socio-assistenziali solo la VMD permette un inquadramento/identificazione di tutte le aree deficitarie del paziente.
- Di conseguenza solo a valle di una VMD basata sull'evidenza può nascere un piano di assistenza individualizzato (PAI) e globale che permetta di andare oltre la semplice prescrizione terapeutica o di esami e procedure.

- **La VMD origina da scale o misurazioni che esaminano singole aree problematiche; come tale è stata utilizzata negli anni valutando la funzione fisica con le ADL (attività del vivere quotidiano come muoversi, vestirsi, andare al bagno etc) o le IADL (attività strumentali del vivere quotidiano come usare il telefono, maneggiare denaro e gestire conti bancari, fare la spesa etc); la funzione cognitiva con il Mini Mental State Examination; le cadute con la scala di Tinetti; il rischio di lesioni da pressione con quella di Norton; lo stato nutrizionale con il mini nutritional status di Vellas etc.**



# VMD di 1<sup>a</sup> generazione

## ATTIVITA' STRUMENTALI DEL VIVERE QUOTIDIANO (IADL)

TIPO DI ATTIVITA'	SCORE	TIPO DI ATTIVITA'	SCORE
<b>USO TELEFONO</b>		<b>MEZZI DI TRASPORTO</b>	
Autonomia completa	1	Autonomia completa	1
Fa bene solo i numeri che conosce	1	Solo taxi, nessun altro mezzo di trasporto	1
Risponde ma non fa i numeri	1	Mezzi pubblici solo se accompagnato	1
Non usa per niente il telefono	0	Auto o taxi solo se accompagnato	0
<b>FARE ACQUISTI</b>		Assolutamente non autonomo/a	0
Autonomia completa	1	<b>OSSERVANZA PRESCRIZIONI FARMACI</b>	
Autonomo solo per le piccole spese	0	Autonomia completa	1
Necessita stabilmente di una compagnia	0	Autonomo solo per quanto preparato da altri	0
Assolutamente non autonomo/a	0	Assolutamente non autonomo/a	0
<b>CUCINARE</b>		<b>GESTIONE RISORSE</b>	
Autonomia completa	1	Autonomia completa	1
Cucina solo se fornito/a da altri degli ingredienti	0	Spese giornaliere, ma necessità di aiuto per il resto (andare alla banca ecc)	1
Scalda e serve cibi già preparati, ma mantiene una dieta adeguata	0	Assolutamente non autonomo	0
Assolutamente non autonomo/a	0	<b>BIANCHERIA</b>	
<b>BIANCHERIA</b>		Autonomia completa	1
Autonomia completa	1	Lavaggio piccoli capi, calzini ecc	1
Lavaggio piccoli capi, calzini ecc	1	Assolutamente non autonomo/a	0
Assolutamente non autonomo/a	0		

Condizioni generali	Stato mentale	Deambulazione	Mobilità	Incontinenza	Score
Buone	Lucido	Normale	Piena	Assente	4
Discrete	Apatico	Deambula con aiuto	Moderatamente e limitata	Occasionale	3
Scadenti	Confuso	Costretto su sedia	Molto limitata	Abituale (urine)	2
Pessime	Stuporoso	Costretto a letto	Immobile	Doppia	1

L'indice di Norton rappresenta un strumento sensibile per valutare il rischio di sviluppare una lesione da decubito. Ideato da un'infermiera inglese, è facile da applicare. Questo metodo prende in considerazione lo stato fisico generale, lo stato mentale, la deambulazione, la motilità e la continenza del paziente.

A ciascuno di questi parametri viene attribuito un punteggio da 1 (peggiore) a 4 (migliore). Il rischio di contrarre lesioni da decubito diminuisce quasi linearmente con l'aumentare del punteggio. Tale rischio è infatti lieve con un punteggio da 14 a 12; è invece elevato se il punteggio è inferiore od uguale a 12.

## VMD di III<sup>^</sup> generazione

- La VMD si è evoluta in modo significativo negli ultimi 20 anni fino a darsi un' impostazione diversa che non prevede un assemblaggio individuale di scale. La più ampia letteratura a livello mondiale sui risultati della VMD è attualmente prodotta da chi ha infatti scelto la strada centrata sull' utilizzo dei cosiddetti strumenti di terza generazione.
- Sono strumenti onnicomprensivi, specifici per i diversi setting assistenziali dove viene curato l' anziano, quali l' ospedale per acuti, la postacuzie, la RSA, l' ADI, le cure palliative.

## VMD di III<sup>^</sup> generazione

- Tali strumenti hanno una “core component” uguale nel 70% degli item poiché funzione fisica, cognitivtà, sensi, tono dell’ umore etc sono valutati in modo identico. Il 30% restante è modulare, dipendendo dalle specifiche caratteristiche del setting assistenziale.

# VMD di III<sup>^</sup> generazione

## interRAI Long-Term Care Facility (LTCF) ©

SEZIONE L. COINVOLGIMENTO IN ATTIVITA'	
1	<p><b>TEMPO IN CUI IL CLIENTE E' COINVOLTO IN ATTIVITA'</b></p> <p><i>(considerare il tempo in cui il cliente è sveglio e non riceve trattamenti o assistenza nelle ADL)</i></p> <p>0. Per più di 2/3 del tempo 1. Da 1/3 a 2/3 del tempo 2. meno di 1/3 del tempo 3. Mai</p>
2	<p><b>ATTIVITA' RICREATIVE PREFERITE</b></p> <p>0. Nessuna preferenza, il paziente non è stato coinvolto in alcuna attività negli ultimi 3 giorni 1. Nessuna preferenza, ma il paziente è stato coinvolto in qualche attività negli ultimi 3 giorni 2. Preferita, ha effettuato l'attività negli ultimi 3 giorni 3. Preferita, svolge regolarmente tale attività, ma non negli ultimi 3 giorni 4. Preferita, ma non svolge tale attività</p> <p>a. Giochi da tavolo/carte/puzzles b. Attività al computer c. Fare conversazione o parlare al telefono d. Artigianato/Attività artistiche e. Ballo f. Discutere/ricordare eventi della vita passata g. Esercizio fisico/sport h. Giardinaggio i. Aiutare gli altri j. Canto/Musica k. Accudire animali domestici l. Lettura/scrittura/parole crociate m. Attività spirituali o religiose n. Gite o shopping o. Fare passeggiate all'aperto p. Guardare la TV o sentire la radio</p>
3	<p><b>TEMPO IN CUI IL CLIENTE DORME DURANTE IL GIORNO</b></p> <p>0. Sveglio per la maggior parte del tempo (non più di un sonnello durante la mattina o il pomeriggio) 1. Molteplici sonnellini 2. Dorme per la maggior parte del tempo, ma rimane sveglio e reattivo per brevi periodi 3. Sonnoletto e non reattivo per la maggior parte del tempo</p>



## interRAI Home Care (HC) ©

SEZIONE Q. VALUTAZIONE DELL'AMBIENTE	
1	<p><b>AMBIENTE DOMESTICO</b></p> <p><i>[Segnalare tutto ciò che rende l'ambiente domestico pericoloso o inabitabile (se temporaneamente in istituto basare la valutazione sulla visita della casa)]</i></p> <p>0. No 1. Si</p> <p>a. Precarie condizioni dell'immobile – p. es. disordine pericoloso, illuminazione insufficiente, buchi nel pavimento, tubi che perdono b. Gravi condizioni igieniche – p. es. estrema sporcizia, infestazione da ratti o scarafaggi c. Riscaldamento e condizionamento inadeguati (p. es., troppo caldo in estate, troppo freddo in inverno, stufa a legna in una casa con un asmatico) d. Scarsa sicurezza personale – p. es., paura della violenza, problemi di sicurezza nell'andare alla posta o a trovare i vicini, traffico intenso e la strada e. Limitato accesso alla casa o alle stanze – p. es. difficoltà a entrare/uscire di casa per la presenza di scale, difficoltà ad accedere nelle diverse stanze, assenza di corrimani ove sarebbero necessari</p>
2	<p><b>ABITAZIONE RISTRUTTURATA PER PERSONE DISABILI</b></p> <p><i>Il cliente vive in una abitazione ristrutturata per rispondere alle esigenze di una persona disabile</i></p> <p>0. No 1. Si</p>
3	<p><b>AMBIENTE ESTERNO</b></p> <p>0. No 1. Si</p> <p>a. Accesso ad assistenza di emergenza (p. es., telefono, sistema di allarme a chiamata) b. Facilità di accesso, senza bisogno di assistenza, a negozi di alimentari c. Possibilità di consegna a domicilio di generi alimentari</p>
4	<p><b>PROBLEMI ECONOMICI</b></p> <p><i>A causa di problemi economici, nell'ultimo mese, il cliente ha risparmiato su farmaci prescritti, riscaldamento, cure mediche, cibo, assistenza domiciliare</i></p> <p>0. No 1. Si</p>

# Risultati conseguenti all'uso di VMD di III generazione I/II

- Riduzione dell'uso di mezzi di contenzione (40%)
- Riduzione dell'uso di catetere a permanenza (40%)
- Aumento significativo dell'uso di programmi di prevenzione delle lesioni da decubito e conseguente riduzione della loro comparsa

# Risultati conseguenti all'uso di VMD di III generazione II/II

- Riduzione del declino funzionale nella funzione fisica, cognitiva e della continenza
- Riduzione della comparsa di problematiche di disidratazione e malnutrizione
- Riduzione dell'ospedalizzazione del 25% a mortalità invariata

- **Quando confrontati tra loro questi strumenti, omnicomprensivi e setting assistenziale-specifici, con le scale tradizionali si è trovata**
- **una riduzione significativa delle degenze ospedaliere**
- **un migliore stato funzionale dei pazienti**

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P.  
Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998 May 2;316(7141):1348-51.

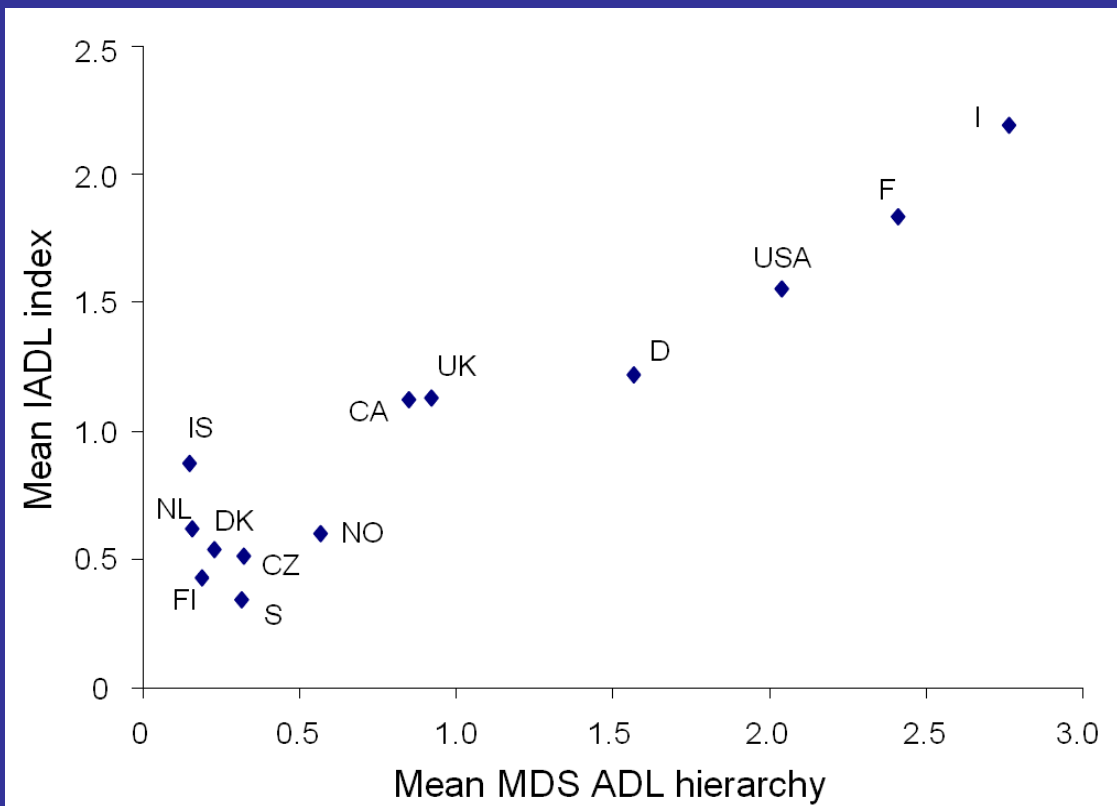
Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccalá G, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R;  
Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial.  
Silvernet-HC Study Group of Bergamo. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Oct;49(10):1288-93.

- **Un sistema di controllo sequenziale degli item risultati significativi permette l'identificazione rapida dei problemi del paziente e facilita la costruzione di un piano di assistenza individualizzato. In un progetto che ha studiato cosa è successo dopo l'implementazione di tale modo di lavorare con gli strumenti onnicomprensivi nelle RSA statunitensi, si è dimostrato un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza**



- **L' applicare la stessa VMD onnicomprensiva degli strumenti di terza generazione su popolazioni di pazienti permette di standardizzare l' approccio ai medesimi e di costruire database fatti di dati omogenei ed interpretabili**

- **Novità assoluta in un mondo, quello degli ultraottantenni, sottorappresentato nei trial clinici randomizzati:**
- **si può effettuare benchmarking tra istituzioni o servizi di diverse ASL, Regioni, Nazioni. Quanto emerso dal progetto EU Ad Hoc ha, ad esempio, dimostrato il maggior carico assistenziale rilevato nel paziente in ADI italiano rispetto ai pazienti gestiti nel nord Europa.**
- **questo tipo di valutazione permette ai policy maker e agli amministratori in generale di sapere per la prima volta come vengono utilizzate le risorse spese e quale è la tipologia dei pazienti serviti in confronto con altri distretti, ASL, Regioni, Nazioni**



Bernabei R et al 'International Gerontology' in Hazzard's Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, Sixth Edition, 2009

## La VMD: problematiche tipicamente geriatriche e suggerimenti clinici

- **Presentazione atipica**
- **Potenziali cause di errori diagnostici**
- **Corretto metodo nella gestione del malato geriatrico**

**Gli anziani fragili presentano maggiore incidenza di problemi cognitivi, affettivi e funzionali;  
sono particolarmente esposti ai danni iatrogeni;  
sono spesso socialmente isolati con possibili problematiche di ordine economico**

- **composizione media della famiglia (2,68 componenti)**
- **oltre una famiglia su cinque è formata da un solo membro**
- **la famiglia ideale, costituita da cinque o più componenti, intesa come salvagente sociale, rappresenta solo il 7,9% delle totali.**

*Da “Bilancio di salute 2006 dell’Azienda ULSS n° 9 Regione Veneto”*

- **dati anamnestici meno affidabili**
- **inadeguato ricorso a strutture sanitarie, sia nel senso di appropriatezza che di timing**
- **rischio di istituzionalizzazione inadeguata e prematura**

**Nell'approccio al paziente anziano è necessario comprendere l'impatto dell'invecchiamento sul piano fisiologico, psicologico e sociale.**

**Gli anziani tendono a manifestare**

- una maggiore vulnerabilità**
- una maggiore complessità clinica**
- l'esordio di malattia è frequentemente atipico e subdolo**

**Nei pazienti con età superiore agli 85 anni la presentazione sintomatologica atipica può essere la regola ed una possibile causa di errori diagnostici.**

- L'atipicità di presentazione della malattia nell'anziano deriverebbe principalmente dalle modificazioni a cui l'organismo va incontro nel corso dell'invecchiamento e dalla frequente presenza di multimorbosità che altera l'espressività clinica delle patologie.
- “punti deboli” dell'organismo (weakest link):  
l'esempio del delirium prevalente

- **La presentazione atipica costituisce un fattore prognostico negativo nell'anziano ospedalizzato, in quanto associata con un aumentato rischio di eventi avversi durante il ricovero, probabilmente in quanto indice di una maggiore fragilità delle condizioni cliniche complessive.**

Jarret P.G., Rockwood K., Carver D., Stole P., Cosway S.:

Illness presentation in elderly patients. *Arch. Intern. Med.* 1995; 155: 1060-1064



- **L'approccio al soggetto anziano basato sulla valutazione multidimensionale (VMD) consente di inquadrare in maniera precisa le multiple patologie presenti in uno stesso soggetto e di conseguenza una diagnosi più accurata.**

# Potenziali cause di errori diagnostici

- Presentazione atipica di malattia
- Preconcetti sulle “barriere” legate all’età nell’iter diagnostico-terapeutico
- Difficoltà nell’uso incondizionato dell’Evidence Based Medicine (EBM) per la complessità clinica e funzionale dell’anziano e per la mancanza di trials clinici
- Difficoltà legate alla raccolta dei dati anamnestici per deficit cognitivi- sensoriali e mancanza del care-giver
- Tendenza a minimizzare e sottostimare i sintomi ed a non manifestare i propri disturbi o le proprie difficoltà in quanto ritenute genericamente ascrivibili all’età avanzata (ageismo)

- **il soggetto anziano presenta un quadro clinico non solo atipico ma spesso difforme determinando la grande eterogenità quale caratteristica strutturale dell'uomo che invecchia.**
- **Tutto ciò determina la complessità, all'interno della quale l'atto medico non deve essere limitato alla sola ricerca della malattia, ma tener conto contemporaneamente anche degli aspetti funzionali, psichici, relazionali e sociali oltre che mantenere un corretto atteggiamento nella gestione di questi malati**

## Corretto metodo nella gestione del malato geriatrico

- Evitare la mancanza di motivazione ed empatia nei riguardi di questi malati, dove talora il “piccolo guadagno” è il massimo risultato possibile
- Evitare l’approccio esclusivamente “compassionevole”
- Dedicare alla raccolta dell’anamnesi ed alla visita medica un tempo congruo
- Prestare particolare attenzione all’anamnesi farmacologica
- Sottoporre il paziente a Valutazione Multi Dimensionale

## Necessità di:

- **Visione longitudinale del paziente geriatrico**
- **Logica del paziente condiviso (shared patient)  
con altri Servizi**