

La storia della medicina è costellata di momenti in cui, improvvisamente, la disciplina ha dovuto prendere atto di quanto non possa essere sufficiente a se stessa, nella misura in cui l'efficacia delle pur potenti soluzioni che è in grado di proporre – a fronte delle malattie che affliggono l'essere umano – dipende anche (talvolta fortemente) da variabili che le sono esterne, e in particolare da quelle di natura sociale. Gli studi epidemiologici hanno, infatti, dimostrato come per molte patologie il semplice contrasto dell'agente eziologico o la riduzione/contenimento del danno già prodotto non siano risolutori della situazione, quando non accompagnati da idonei interventi agiti sul contesto ambientale del malato. Più recentemente, alla presa d'atto di questa necessaria interdipendenza dell'ambito medico con quello sociale in funzione dell'esito ricercato, si è aggiunta la cogente necessità di individuare gli approcci e gli ambiti assistenziali più appropriati per il singolo individuo trattato, sia in vista della migliore qualità di vita della persona sia in funzione della maggiore sostenibilità economica del caso.

### L'approccio globale

La valutazione multidimensionale (VMD) rappresenta forse uno dei più riusciti esempi di 'soluzioni' che, nel coniugare la ricerca dell'appropriatezza clinica con quella dell'appropriatezza organizzativa, sanciscono l'irrinunciabilità di un **approccio globale** al paziente complesso, in vista di una **personalizzazione dell'intervento** che richiede una compartecipazione attiva di una serie di professionisti e attori anche esterni al mondo sanitario.

Non è un caso che l'alveo in cui questo approccio è maturato sia stato quello geriatrico, dal momento che, nelle società occidentali, la transizione demografica e la sempre maggiore rilevanza delle patologie cronico-degenerative ad effetto invalidante hanno fatto emergere sempre più l'anziano come il soggetto portatore per antonomasia di bisogni molteplici e complessi (situazione abitualmente riassunta con il termine di frailty, fragilità). Pur potendosene riconoscere le origini nel Regno Unito già a partire dagli anni '30, nella sua evoluzione moderna questo processo ha avuto inizio nei primi anni '80 in California, per opera di Rubenstein, cui viene unanimemente

riconosciuto un contributo determinante tanto nella dimostrazione della necessità dell'approccio valutativo globale, quanto nella successiva messa a punto di efficaci strategie assistenziali.

Le sperimentazioni condotte dall'unità valutativa geriatrica da lui diretta hanno, infatti, dimostrato una significativa riduzione di mortalità, una minore ospedalizzazione e istituzionalizzazione e un minor decadimento dello stato funzionale e psicologico – oltre che minori costi assistenziali – nel gruppo sperimentale dei pazienti trattati sulla base di un piano di trattamento fondato sulla VMD rispetto al gruppo di controllo che aveva ricevuto un'assistenza tradizionale. Tali evidenze sono state sostanzialmente confermate anche da studi condotti in Italia.

In Italia, la VMD ha iniziato a diffondersi, sempre in ambito geriatrico, qualche anno più tardi, trovando un suo pieno riconoscimento nell'emanazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani", valido per il quinquennio 1991-1995. Nello stesso ambito geriatrico essa ha continuato, attraverso il confronto scientifico e la ricerca attiva, il suo percorso, di cui è riprova l'importante lavoro di sistematizzazione realizzato con la stesura, ad opera di un gruppo della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG), delle "Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi", presentate ufficialmente e pubblicate nel corso del 2001. Dallo specifico interesse della geriatria clinica, in particolare di natura ospedaliera, tale approccio sta iniziando ad estendersi progressivamente ad altre discipline mediche (igiene e sanità pubblica, oncologia, fisiatria, infettivologia, scienza dell'alimentazione, pneumologia, etc.) e settori assistenziali (in particolare quelli che configurano la rete dei servizi sanitari territoriali di competenza distrettuale) che, con la geriatria, condividono l'interessamento per categorie di pazienti accomunate da livelli medi o gravi di non autosufficienza (anziani con patologie croniche, pazienti oncologici avanzati, malati di AIDS, pazienti che necessitano di nutrizione artificiale, respirazione assistita, etc.). Per tutte queste tipologie di soggetti è, infatti, essenziale, contestualmente alla caratterizzazione del bisogno assistenziale di natura strettamente clinica – da operarsi attraverso visite specialistiche e approfondimenti diagnostici

**UN TENTATIVO DI DEFINIZIONE**

**Valutazione multidimensionale**

Processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere, o predire, la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, attraverso l'utilizzo di scale e strumenti validati, consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e mirato al singolo individuo.

*Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale, 2001, modificato.*

di natura laboratoristica e/o strumentale – l'approfondimento relativo alle effettive capacità di autonomia del soggetto (concretamente indagate per le comuni attività della vita quotidiana), alle sue condizioni e possibilità economiche, ai servizi/prestazioni di cui già usufruisce e alla rete di supporto assistenziale, formale o informale, attiva o attivabile. Non autosufficienza, **complessità dei bisogni**, globalità e **interdisciplinarietà** dell'approccio, personalizzazione dell'intervento e valorizzazione delle risorse attivabili sono i

concetti chiave attorno ai quali è possibile tentare di elaborare una definizione di VMD (riquadro a sinistra). Schematicamente, le aree tematiche fondamentali, o 'dimensioni', che configurano la natura multipla della valutazione, sono rappresentate da: salute fisica, stato cognitivo (o salute mentale), stato funzionale, condizione economica e condizione sociale.

La valutazione, che concretamente si effettua sulla base della compilazione, cartacea o informatizzata, di liste di quesiti (o item), si avvale dell'uso di cosiddette 'scale' di natura monodimensionale, ciascuna delle quali cioè approfondisce una singola area o una specifica articolazione di essa (piuttosto conosciute in ambito medico sono le scale ADL – Activities of Daily Living – e le scale IADL – Instrumental Activities of Daily Living, con i loro vari indici), o di 'strumenti' multidimensionali veri e propri, pensati per caratterizzare il soggetto nelle diverse aree di interesse: questi ultimi possono evidentemente contenere all'interno scale monodimensionali. Gli strumenti attualmente disponibili, descritti nel riquadro in basso, si differenziano in effetti per finalità, impostazione e capacità descrittiva.

**ESEMPI DI SCALE E DI STRUMENTI PER LA VMD DISPONIBILI IN ITALIA**

**Scale monodimensionali**

*MMSE - Mini Mental State Examination*

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 196-198

*GDS - Geriatric Depression Scale*

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83; 17: 37-49

Indice di Barthel - *Activities of daily living - Situazione funzionale*  
Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965; 14: 56-61

*CIRS - Indice di Comorbidità*

Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of cumulative illness rating scale in a geriatric residential population. *J AM Geriatric Soc* 1995; 43: 130-137

TINETTI Scale - *Scala di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura*  
Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 119-126

EXTON-SMITH - *Valutazione dei rischi di piaghe da decubito*  
Exton Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in Hospital National Corporation for the care of old people. London Churchill Livingstone, 1962

**Strumenti multidimensionali**

*GEFI - Global Evaluation Functional Index*

Cucinotta D, Angelin A, Godoli G et al. Proposta e validazione di un semplice indice per la valutazione funzionale globale dell'anziano: il GEFI. *G Gerontol* 1989; 38: 31-36

*GFRS - Scala di valutazione della funzionalità geriatrica*

Grauer H, Birnbom F. A geriatric functional rating scale to determine the need for institutional care. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23 (10): 472-476

*MDS-HC - Minimum data set - Home Care*

Morris JN, Fries BE, Bernabei R. RAI-Home Care, VAOR-ADI Manuale d'istruzione. Ed italiana a cura di Bernabei R, Landi F, Manigrasso L et al, Ed Pfizer Italia SpA, 1996

*OARS - Questionario per la valutazione funzionale multidimensionale*

Palombi L, Mancinelli S, Marazzi MC, Batoli A. Valutare la salute dell'anziano. Guida all'uso della metodologia OARS - Older Americans Resources and Services. Torino, Nuova ERI, 1993

SVAMA - *Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano*  
Regione Veneto (DGR 3979 del 9/11/99).

*VAL.GRAF. - Scheda di valutazione multidimensionale*

*longitudinale dell'anziano dei servizi geriatrici*  
Gigantesco A, Morosini P, Alunni S et al. Validazione di un semplice strumento per la valutazione funzionale dell'anziano. *G Gerontol* 1995; 43: 379-385

### Come utilizzare la VMD

La VMD può essere utilizzata per diversi scopi (che comportano livelli differenziati di analiticità e complessità degli strumenti da adottare) e in diversi contesti assistenziali e di ricerca. Usualmente, si parla di VMD di I livello, impropriamente definito di “screening”, laddove si intende indicare un’applicazione della stessa – auspicabilmente affidata al medico di medicina generale (MMG) – volta a differenziare, all’interno della popolazione esaminata (per lo più anziani), i soggetti sani in equilibrio stabile da quelli che presentano condizioni tali da essere soggetti ad un più o meno consistente rischio di rapido deterioramento della propria salute. Tale utilizzo della VMD è distinto da suoi impieghi di natura e caratteristiche più sofisticate, riferiti a soggetti con funzioni sicuramente compromesse; questo secondo utilizzo della VMD, cui deve necessariamente concorrere un’équipe multidisciplinare, detta **unità valutativa** – la cui composizione minima è data da un medico, un infermiere e un assistente sociale – è specificamente orientato al trattamento della persona attraverso la definizione del **piano assistenziale individualizzato** (PAI). Non è necessario, e di frequente non è praticabile, che il momento della compilazione dei quesiti presenti nelle scale/strumenti coincida con quello dell’impostazione del PAI, ma mentre il primo può essere, eventualmente, svolto da un singolo operatore debitamente formato, per il secondo è indispensabile la collegialità multiprofessionale. Da essa deve inoltre scaturire, per ogni singolo paziente trattato, la figura che svolgerà il ruolo di coordinamento funzionale degli interventi previsti (**case manager**). All’équipe di base è inoltre opportuno si aggiungano, oltre al MMG del paziente (o pediatra di libera scelta, se si tratta di minori), anche le figure medico-specialistiche di volta in volta necessarie sulla base delle problematiche prevalenti del paziente (cardiologo, geriatra, neurologo, psichiatra, etc.). Tutti i dati che scaturiscono dalla VMD, oltre ad offrire l’orientamento per la risposta ai bisogni clinico-assistenziali del singolo individuo (e talora per l’allocazione assistenziale più appropriata), possono però fornire anche informazioni di carattere epidemiologico su larga scala, tali da permettere la definizione delle necessità assistenziali presenti e future (predittività) della comunità di interesse. In particolare, risulta di grande rilevanza la possibilità di dimensionare e caratterizzare per gravità l’area della non autosufficienza,



Paul Klee, Architettura, 1919.

consentendo così – per esempio, all’interno di una pianificazione sanitaria di livello regionale - una progressiva riorganizzazione dei servizi, anche sulla base di stime realistiche delle risorse da impiegare.

Come accennato, la VMD può, o meglio dovrebbe, essere utilizzata in tutti i cosiddetti ‘nodi’ della rete assistenziale, quali che siano i ‘percorsi’ cui va incontro ogni singolo paziente. È così che, nel caso di un episodio di ricovero scatenato da un evento acuto (per esempio, infarto miocardico, scompenso diabetico o frattura di femore) la VMD si offre come lo strumento ideale per realizzare una dimissione realmente “protetta” del soggetto, laddove consente di pianificare, attraverso la comunicazione tempestiva delle informazioni di maggiore interesse, il passaggio di presa in carico da parte dei servizi e delle strutture territoriali. La progressiva diffusione della VMD ha quindi, tra gli altri, il valore di contribuire al consolidamento di un linguaggio comune tra i diversi comparti assistenziali (offrendo, per esempio, la possibilità di percepire con immediatezza la situazione di un soggetto attraverso la comunicazione del punteggio da questi conseguito in una scala di autonomia). Viceversa, nel caso di un paziente già assistito da un servizio (per esempio, un ambulatorio cardiologico) che vada incontro ad un aggravamento del proprio livello di autonomia, la VMD può consentire, attraverso un corretto inquadramento delle sue caratteristiche e delle sue necessità, di attivare un’altra modalità assistenziale (per esempio, laddove non esistano

**PRINCIPALI REQUISITI DI UNO STRUMENTO DI VMD**

- Superamento di una corretta validazione
- Completezza nelle dimensioni indagate
- Armonizzazione/bilanciamento delle dimensioni indagate
- Equilibrio tra capacità di sintesi e finezza discriminativa
- Chiarezza nella formulazione dei quesiti
- Congruenza quantitativa e qualitativa rispetto agli obiettivi e al contesto di utilizzazione
- Flessibilità di impiego (modularità)
- Individuazione di profili assistenziali

alternative preferibili, la residenza sanitaria assistenziale). Inoltre, in caso di richiesta di assistenza rivolta da un cittadino o dal suo MMG ad un servizio, per esempio quello di assistenza domiciliare, la VMD può consentire, laddove siano stati precedentemente esplicitati i requisiti di ammissione (anche detti di eleggibilità) al servizio, di verificarne la sussistenza; tale verifica comporta evidentemente, oltre all'analisi delle dimensioni già menzionate, anche l'accertamento della compatibilità della situazione abitativa del soggetto a quella modalità assistenziale: non è infatti casuale che il 'Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000' citi espressamente la valutazione multidimensionale tra le condizioni necessarie per l'assistenza domiciliare integrata. Non sfuggirà, attraverso quest'ultimo esempio, come, in un servizio sanitario a finanziamento pubblico quale il nostro, la VMD rappresenti uno strumento di equità, laddove consente di valutare secondo criteri espliciti ed uniformi i bisogni dei soggetti che fanno richiesta di trattamento e su queste basi di fornire a tutti le risposte più appropriate. La scelta della somma di scale o degli strumenti da utilizzare dipende essenzialmente dal contesto di somministrazione degli stessi, di norma legato a prevalenti tipologie di pazienti, e dagli obiettivi prioritari della VMD. La situazione più tipica è quella della valutazione effettuata su soggetti anziani non autosufficienti e finalizzata tanto a stendere il piano di trattamento personalizzato, quanto a verificare l'allocazione assistenziale più opportuna. In generale, è possibile individuare una serie di requisiti, cioè di caratteristiche qualitative, che gli strumenti dovrebbero possedere (riquadro in alto). In una fase di decentramento sanitario che, per insufficiente chiarezza e capacità di confronto e coordinamento, mostra consistenti rischi di produrre discriminazioni nella fruibilità

dei servizi e delle prestazioni di Sanità pubblica, la capacità di consolidare il ricorso alla pratica di VMD attraverso l'utilizzo di strumenti omogenei, almeno a livello regionale, per l'accesso ai servizi, potrebbe garantire un'uniformità di approccio ai bisogni assistenziali e criteri trasparenti di allocazione nei servizi.

**Maurizio Marceca, Amina Pasquarella**

*Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio*

**BIBLIOGRAFIA**

- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Rebullia P, Lo Faro F, Marazzi MC  
*Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community*  
*Br Med J* 1998; 316: 1348-1351
- Bestagini P, Palombi L, Scarcella P, Rebullia P, Lo Faro F, Marazzi MC  
*Necessità assistenziali di un campione di 250 pazienti tumorali in fase terminale*  
*Ann Ig* 1998; 10: 373-385
- Cosmacini G  
*Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*  
Bari, Editori Laterza, 1994
- Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale  
*Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi*  
*G Gerontol* 2001; 49: S1-S76
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E  
*Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)*  
*Med Care* 1994, 32: 668-685
- Palombi L, Mancinelli S, Liotta G, Narciso P, Marazzi MC  
*The impact of socio-economic resource, mental health and functional status on survival in a sample of people with AIDS*  
*AIDS Care* 1997; 9: 671-680
- Liotta G, Scarcella P, Carbinì R, Palombi L, Talarico F, Marazzi MC  
*Domanda di assistenza sociosanitaria in un campione di anziani a Catanzaro*  
*Ann Ig* 2002; 14: 149-161
- Marceca M, Mastromattei A, Pasquarella A, Casagrande S, Guasticchi G  
*La valutazione multidimensionale in sanità pubblica*  
*Ann Ig* 2003; 15: 787-803
- Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC  
*Comprehensive geriatric assessment*  
New York, McGraw-Hill, 2000
- Rockwood K, Fox RA, Stolee P et al  
*Frailty in elderly people: an evolving concept*  
*Can Med Assoc J* 1994; 150: 489-495
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL  
*Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial*  
*N Engl J Med* 1984; 311: 1664-1670
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Harker JO, Miller DK, Wieland D  
*The Sepulveda GEU study revisited: long-term outcomes, use of services, and costs*  
*Aging Clin Exp Res* 1995; 7: 212-27