



# La Valutazione Multidimensionale:

uno strumento tecnologico specifico per la geriatria

*Il ruolo che svolge l'infermiere in una Unità operativa di Geriatria per Acuti (Acute Care for Elderly Unit – ACE Unit) si differenzia dagli altri reparti di medicina internistica per diversi aspetti culturali ed operativi, determinati dalla specificità dei pazienti, dalla complessità degli obiettivi da raggiungere e, di conseguenza, dalla specificità della metodologia di lavoro richiesta.*



Infatti una Unità ACE ha come target non soltanto il paziente ultrasettantacinquenne quanto l'anziano "fragile", cioè l'anziano, spesso con polipatologia, in cui l'evento acuto, medico, funzionale o psico-sociale, può determinare la perdita dell'autosufficienza (Working Group on Targeting Criteria for Geriatric Evaluation and Management Research 1988).

La condizione di fragilità, seppure non ancora completamente definita, riconosce numerose componenti (cliniche, psico-sociali, ambientali) che necessitano di valutazione complessiva e contemporanea per potere raggiungere l'obiettivo peculiare dell'intervento geriatrico cioè non solo la guarigione della malattia che ha determinato il ricovero, peraltro non sempre possibile in questi pazienti, ma soprattutto il mantenimento dell'autosufficienza e di una buona qualità di vita.

Per tale motivo, fin dagli esordi in Inghilterra negli anni 30, la specialità geriatrica si è caratterizzata per la multidisciplinarietà e multiprofessionalità, espressa dalla Unità di Valutazione geriatrica (UVG), sia essa funzionale o strutturata, il cui nucleo fondamentale è costituito dal medico geriatra, dall'infermiere geriatrico e dall'assistente sociale (nei paesi anglosassoni anche dal dietista e dal farmacista), ma coinvolge spesso il riabilitatore oltre a ogni altro specialista utile al caso. Questo team collabora sia alla valutazione dei problemi che alla definizione degli interventi e degli obiettivi per il paziente. A tal fine utilizza una metodologia originale che costituisce lo strumento tecnologico specifico della medicina geriatrica: la valutazione multidimensionale geriatrica (VMD).

Essa si avvale di scale standardizzate e validate che esplorano gli aspetti clinici, funzionali,

psico-affettivi, sociali e ambientali, allo scopo di

- 1) rilevare e quantificare i problemi del paziente
- 2) definire l'intervento più appropriato e personalizzato per risolverli,
- 3) misurare i risultati ottenuti,
- 4) comunicare in modo oggettivo agli altri operatori della rete clinico-assistenziale le informazioni sul paziente,
- 5) se necessario, individuare geriatrica assistenziale più adatto alla dimissione.

Metanalisi di studi controllati hanno dimostrato l'efficacia di tale metodologia nel ridurre i costi del trattamento medico, dell'ospedalizzazione e istituzionalizzazione, nonché nell'aumentare la capacità funzionale, il livello cognitivo e del tono dell'umore e di prolungare la sopravvivenza.

In questo contesto l'infermiere geriatrico collabora, per quanto di propria competenza, a tutti i momenti della metodologia suddetta, sia mediante l'esecuzione diretta di alcuni strumenti, sia utilizzando i risultati della valutazione globale per la definizione dei programmi personalizzati, degli obiettivi di cura, delle dimissioni protette ecc.

In specifico gli strumenti di valutazione che l'infermiere somministra direttamente al paziente nel momento dell'accoglienza e durante la presa in carico sono:

- 1) strumenti di valutazione del rischio di lesioni da decubito;
- 2) strumenti di valutazione dello stato funzionale.
- 3) La valutazione del rischio di contrarre una lesione da decubito è un importante obiettivo da perseguire sia ai fini della prevenzione che dell'allocazione di risorse umane e tecniche verso i pazienti che necessitano di un intervento evitando, con un buon margine di sicurezza, di adottare misure inutili verso i pazienti non a rischio.

Presso la nostra U.O. si utilizza la SCALA DI BRADEN ( Braden e Bergstram, 1987) che prende in considerazione sei indicatori: percezione sensoriale, umidità, attività motoria, nutrizione, frizione e scivolamento, definiti in modo particolareggiato mediante 23 variabili, con un punteggio che va da 1 a 4 e da 1 a 3 per la variabile "frizione e scivolamento". Questa scala si basa sul principio secondo il quale minore è il valore, maggiore è il rischio. Si evidenzia una situazione di rischio se il punteggio è minore o uguale a 16 (alto rischio=6;basso rischio=23).

- 4) Gli strumenti di valutazione dello stato funzionale, indagano la capacità di compiere una serie di attività caratterizzate da un diverso grado di complessità e di conservare un ruolo sociale.

In relazione alla complessità e alla difficoltà di esecuzione le attività della vita quotidiana possono essere definite di base (BADL, Basic Activities of daily living), e strumentali (IADL Intrumental Activities of daily living), avanzate (AADL Advanced activities of daily living).

Nel momento dell'accoglienza del paziente e durante la presa in carico, l'infermiere indaga direttamente sulle attività di base della vita quotidiana (BADL), che sono riconducibili a quell'insieme di funzioni semplici che consentono il soddisfacimento dei bisogni fondamentali della persona, attraverso la KATZ ADL SCALE (Katz et al., 1970 ), una delle più studiate, che valuta l'indipendenza del soggetto in sei funzioni fondamentali della vita quotidiana: la capacità di effettuare il bagno nella vasca o nella doccia, di vestirsi, di utilizzare i servizi igienici, di compiere i movimenti di entrata e uscita dal letto, di controllare l'evacuazione di urine e feci, di alimentarsi.

Nella descrizione della funzione il termine "assistenza" significa sorveglianza, guida, oltre ...



che assistenza personale diretta. Per ciascuna delle funzioni elencate deve essere contrassegnata la descrizione che meglio corrisponde alla situazione del paziente.

Rispetto alle funzioni elencate l'indipendenza è considerata la capacità del soggetto di svolgere le diverse attività senza una supervisione o l'aiuto di altri (tranne che per le attività relative all'igiene personale, l'abbigliamento e all'alimentazione nelle quali si considera il soggetto autosufficiente anche se è necessario un minimo intervento di supporto).

Il soggetto che si rifiuta di svolgere una funzione è considerato non autosufficiente in quella funzione anche se si pensa che sia oggettivamente in grado di svolgerla.

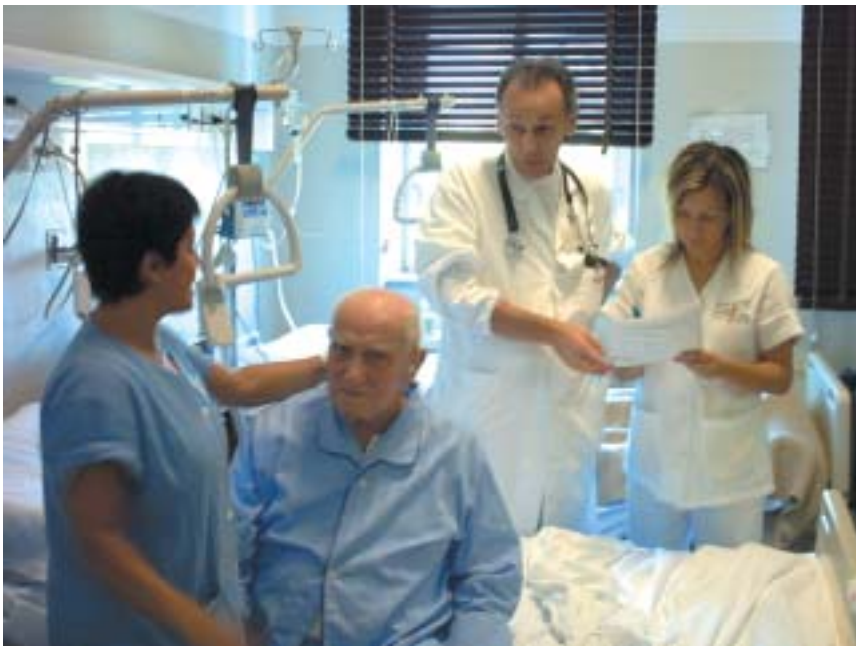
Per stimare l'indice di Katz si attribuisce un punto ad ogni funzione dipendente così da ottenere un risultato uguale a zero in caso di totale autosufficienza, e un risultato pari a sei in caso di completa dipendenza in tutte le funzioni analizzate. La scala di valutazione delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL – Lawton 1969) rileva invece l'autonomia del paziente per attività più complesse quali l'uso del telefono, fare acquisti, usare i mezzi di trasporto, assumere correttamente i farmaci, maneggiare il denaro (per maschi e femmine), pulire la casa, fare il bucato e cucinare (solo per le femmine). Per ciascuna delle funzioni viene attribuito un punteggio di 1 (autosufficiente) o 0 (non autosufficiente). È considerato autosufficiente chi totalizza almeno un punteggio di 6 (almeno 4 nel caso dei maschi). Purtroppo tale scala può essere utilizzata all'ingresso per valutare lo stato funzionale premorbo ma non può essere ripetuta come controllo alla dimissione in quanto parte delle funzioni da valutare non sono esplicabili in ambito ospedaliero.

La valutazione funzionale comprende anche alcune

informazioni circa le attività avanzate (AADL), cioè praticare sport o altri hobbies, viaggiare, soddisfare interessi culturali ecc. che non sono necessarie per l'autonomia ma esprimono una elevata qualità di vita e la perdita delle quali sembra un fattore predittivo di successivo declino funzionale.

Ogni valutazione è riferita alle condizioni premorbose acute e quindi, abitualmente, alle caratteristiche funzionali del paziente due settimane prima del ricovero. Naturalmente non tutte le scale devono essere necessariamente somministrate, in quanto una completa non autosufficienza per le ADL esclude la necessità di valutare le attività strumentali, mentre una completa autonomia per le AADL comporta in genere l'integrità delle altre funzioni.

Inoltre compete all'infermiere, in stretta collaborazione con l'OSS, la rilevazione quantitativa dell'alimentazione e la compilazione della carta geriatrica per la valutazione dell'incontinenza urinaria. Poiché, a differenza della maggior parte delle Unità ACE, nel nostro contesto non esiste un'assistente sociale dedicata esclusivamente all'equipe geriatrica, all'ingresso l'infermiere, insieme al medico, raccoglie anche alcune informazioni di pertinenza socio-assistenziale (caratteristiche del nucleo familiare, attività lavorativa, condizioni economiche e abitative, eventuale uso dei servizi sociali ecc.), che, se necessario, consentiranno la successiva attivazione del Servizio Sociale ospedaliero e/o territoriale. La valutazione globale comprende poi scale che vengono somministrate in prevalenza o esclusivamente dal medico geriatra: l'Index of Disease geriatrica (IDS- Greenfeld 1987) che valuta il numero e la gravità delle patologie del paziente, al fine di definire la comorbilità, fattore in grado di influenzare la presentazione dei sintomi, la risposta al trattamento, la prognosi



clinica e funzionale a breve termine e quindi la durata della degenza ospedaliera, l'uso dei servizi assistenziali territoriali, l'aspettativa di vita.

L'Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II – Knaus 1985), indicatore prognostico della sopravvivenza a breve termine del paziente critico.

Il Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein 1975) che valuta le capacità cognitive (orientamento temporo-spaziale, memoria di fissazione, attenzione e calcolo, memoria recente, linguaggio, prassia costruttiva) del soggetto come screening di base per eventuali ulteriori indagini.

La Geriatric Depression Scale (GDS, Brink e Yesavage, 1982) per la valutazione del tono dell'umore.

La scala di Tinetti per l'equilibrio e l'andatura (Tinetti, 1986) che consente di evidenziare molti dei fattori che determinano il rischio di cadute e di scegliere interventi mirati per ridurre tale rischio. Indipendentemente dall'operatore che somministra le scale, va rimarcato che le informazioni raccolte sono comunque utilizzate da tutti i professionisti per definire programmi e obiettivi clinici e di nursing

personalizzati, nonché per valutare il supporto assistenziale più utile alla dimissione.

Questo approccio multidimensionale ha comportato il bisogno per tutte le figure dell'equipe, in particolare per i medici e gli infermieri, ma anche per gli OTA, OSS, le assistenti sociali e i fisioterapisti, di adottare uno strumento informativo unico che sostituisca la cartella clinica e quella infermieristica, dove siano raccolte tutte le informazioni

utili all'equipe di cura e descritti i programmi, gli obiettivi, le terapie farmacologiche e riabilitative, nonché gli eventi avversi e i risultati ottenuti.

Per tale motivo è stata progettata una cartella clinica integrata, in via di adozione, mentre si stanno valutando modelli di lettera di dimissione integrata, come espressione concreta della corresponsabilità di tutta l'equipe nel processo di cura. Infine va rilevato che l'integrazione non è solo un bisogno dell'equipe intraospedaliera, ma coinvolge necessariamente la rete clinico-assistenziale extraospedaliera, in quanto la continuità delle cure è un elemento fondamentale per il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità di vita dell'anziano.

A tale scopo è stato approntato e viene abitualmente utilizzato uno strumento informatizzato per ottimizzare le procedure di avvio delle dimissioni protette, il cui utilizzo è stato proposto a tutte le U.O. del nostro ospedale.

a cura di: **Vecchi Orietta e Dott.ssa Davoli Maria Luisa** U.O. di Geriatria