

Sensibilità della Cartella geriatrica piemontese nella valutazione del livello di intensità assistenziale socio-sanitaria di anziani non autosufficienti

Franco Cirio

ASL To 2 e Università Cattolica del Sacro Cuore/Cottolengo, Torino

La Deliberazione della Giunta Regionale (D.G.R.) n. 42-8390 del 10 marzo 2008 della Regione Piemonte ha introdotto un'unica Cartella geriatrica regionale per la valutazione, da parte delle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) delle ASL piemontesi, del livello di non autosufficienza dell'anziano e del livello di intensità dell'assistenza domiciliare o residenziale necessario per compensarlo.

La Cartella utilizza, in modo integrato, alcuni Strumenti di valutazione multidimensionale quali: A.D.L (Katz et al., 1970), I.A.D.L (Lawton e Brody, 1969), S.P.M.S.Q (Pfeiffer, 1975), D.I.S.C.O (Morgagni et al., 1979), D.M.I (Fabris et al., 1989), omogeneizzando i criteri di valutazione utilizzati precedentemente dalle diverse U.V.G. Il gruppo di lavoro che, su mandato regionale, ha predisposto la Cartella geriatrica era consapevole dei limiti valutativi insiti nell'utilizzo degli strumenti adottati ma, più in generale, nell'affidare la valutazione unicamente a quanto codificato da questi strumenti. Infatti, la stessa D.G.R. 42-8390/2008 evidenzia il ruolo insostituibile delle professionalità costituenti la Commissione U.V.G. (medico possibilmente geriatra, infermiere, assistente sociale): *"...La Cartella Geriatrica contiene strumenti di sostegno alla valutazione clinico-diagnostica e sociale della non autosufficienza, i quali devono essere supportati dalla professionalità sanitaria e sociale di coloro che li utilizzano. I componenti dell'U.V.G. devono essere consapevoli della complessità che ogni persona reca con la sua storia, il suo bagaglio affettivo e culturale. Pertanto l'U.V.G. non deve solamente attribuire punteggi, bensì "comprendere", attraverso un approccio globale, non solo le patologie e il contesto socio-familiare dell'anziano, ma anche e soprattutto la sua*

volontà di come vivere e affrontare la sua non autosufficienza".

Attraverso gli strumenti di valutazione adottati si possono attribuire fino a 24 punti, dei quali un massimo di 8 per la condizione sociale, 4 per la valutazione economica dell'anziano, ed ulteriori 12 punti per la valutazione sanitaria. La valutazione sociale è ottenuta attraverso strumenti di misurazione della condizione abitativa, della rete familiare e della condizione assistenziale dell'anziano, introdotti dalla D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 precedentemente citata. La valutazione economica è accertata attraverso la Dichiarazione di Situazione Economica (D.S.E.), una sorta di I.S.E.E. modificata, adottata dal Comune di Torino per valutare il livello di partecipazione ai costi da parte dell'Amministrazione comunale.

In merito alla valutazione sanitaria, la Regione Piemonte ha correlato i punteggi dei singoli strumenti di valutazione multidimensionale adottati con punteggi di sintesi che concorrono a determinare il livello di non autosufficienza, come specificato nella Tabella 1.

Alla valutazione sociale, economica e sanitaria, si affiancano le schede di Definizione dell'intensità assistenziale e di Progetto. In particolare, le Schede di Definizione dell'intensità correlano i punteggi ottenuti con gli strumenti di valutazione sanitaria e sociale con tre livelli di intensità assistenziale: bassa, media e alta per servizi residenziali e bassa, media e medio/alta per servizi di lungassistenza domiciliare (Tab. 2).

Questa correlazione tra punteggi di disabilità rilevati e intensità assistenziale programmabile è stata spesso evidenziata come "non corrispondente ai bisogni dell'an-

Tabella 1 - Strumenti di valutazione correlazione punteggi.

Strumenti di valutazione adottati	Punteggi previsti	Punteggi di correlazione
ADL	A, B, C, D, E, F, G	A=0, B=1, C=2, D=3, E=4, F=5, G=6
IADL	0 - 4, 5 - 9, 10 - 14	0 - 4=2, 5 - 9=1, 10 - 14=0
SPMSQ	0 - 4, 5 - 7, 8 - 10	0 - 4=0, 5 - 7=1, 8 - 10=2
DISCO	A, B, C	A=0, B=1, C=2

Tabella 2 - Definizione dell'intensità assistenziale.

Definizione dell'intensità assistenziale Residenziale attraverso: ADL, SPMSQ, DISCO, DMI		
Punteggio 5 - 6 Bassa intensità	Punteggio 7 - 8 Media intensità	Punteggio 9 - 12 Alta intensità
Definizione dell'intensità assistenziale Domiciliare attraverso: Condizione abitativa, Condizione familiare, Condizione assistenziale, ADL, SPMSQ, DISCO, DMI		
Punteggio 4 - 9 Bassa intensità	Punteggio 10 - 15 Media intensità	Oltre 15 Media/Alta intensità

ziano non autosufficiente" dai componenti delle U.V.G. piemontesi, motivando questo studio. Nello specifico, sembra che aspetti ritenuti dai sanitari importanti per la definizione del livello di non autosufficienza dell'anziano non siano adeguatamente rilevati dagli strumenti adottati.

IPOTESI DI RICERCA

Perseguendo l'obiettivo di evidenziare quali aspetti della non autosufficienza dell'anziano non siano rilevati o siano sottostimati dagli strumenti di valutazione adottati dalla Cartella geriatrica prevista dalla D.G.R. 42-8390/2008, sono state predisposte le seguenti ipotesi "nulle":

- Gli strumenti di valutazione A.D.L, I.A.D.L, S.P.M.S.Q, D.I.S.C.O. e D.M.I. impiegati nella Cartella geriatrica, e i relativi punteggi attribuiti da ciascuna di esse, sono appropriati per valutare il livello di intensità assistenziale domiciliare e residenziale necessario per compensare la non autosufficienza.
- Le correlazioni tra punteggi rilevati dagli strumenti di

valutazione della non autosufficienza e livelli di Intensità assistenziale previsti delle Schede di definizione dell'intensità sono adeguati a stimare la necessità di assistenza.

METODOLOGIA

È stato condotto uno studio prospettico su 285 anziani della Circostrizione 6° e 7° dell'ASL TO 2 della Regione Piemonte, confrontando la valutazione del livello di intensità assistenziale misurato dai sanitari (medici o infermieri) durante le visite domiciliari o ambulatoriali, attraverso gli strumenti della Cartella geriatrica, con la successiva valutazione complessiva della Commissione U.V.G. (medico geriatra e infermiere dell'ASL e assistente sociale dei Servizi sociali del Comune di Torino), di fronte all'assistito.

Dei 285 assistiti sono state analizzate le variabili cliniche e sociali che vengono sottostimate dalle scale, misurando la sensibilità della Cartella geriatrica attraverso la formula:

$$Se = (b1 - a1) / b1$$

a1 = numero di valutazioni con condizioni cliniche sot-

MATERIALI DI LAVORO

tostimate dalle Scale della Cartella geriatrica
 bI = numero totale delle valutazioni
 $(bI - aI)$ = numero valutazioni adeguatamente valutate dalle Scale della Cartella geriatrica.

RISULTATI

Sono stati analizzati 285 progetti elaborati dall'U.V.G. nei mesi di aprile e maggio 2008, dei quali 243 (85%) di Lungassistenza domiciliare e 42 (15%) di Lungassistenza residenziale.

Per la Lungassistenza domiciliare la sensibilità della Cartella geriatrica è risultata del 79%, con 52 (21%) progetti che hanno presentato una discrepanza tra l'intensità assistenziale valutata dalla Commissione U.V.G. attraverso l'analisi complessiva dei bisogni assistenziali e l'intensità derivante automaticamente dalla somma dei punteggi degli strumenti di valutazione utilizzati.

La sottostima si è riscontrata prevalentemente nei casi di assistenza Media/Alta, con ben 50 casi (96%) su 52. Elevati i punteggi rilevati dalle scale con valore "15", di confine tra le intensità Media e Media/Alta, come evidenziato dalla Tabella 3.

Per la Lungassistenza residenziale la sensibilità della Cartella geriatrica è risultata del 45% con 23 (55%) casi sottostimati su 42.

Il livello più sottostimato è risultata l'intensità Media con 17 casi su 23 (74%), seguita dall'intensità Alta con 6 casi (26%).

Tra le condizioni cliniche e assistenziali che sono risultate sottostimate dalle scale, sia nella lungassistenza domiciliare che residenziale, prevalgono: deficit cognitivi dell'assistito che richiedono sorveglianza continua e l'acriticità rispetto alle proprie limitazioni fisiche, che sono presenti, ciascuna, in quasi un terzo dei casi, e le difficoltà di deambulazione correlate a pregresse ripetute cadute in un quarto dei casi (Tab. 4).

A distanza di 12 mesi dalla progettazione, l'analisi dei

Tabella 3 - Confronto tra valutazione Commissione U.V.G. e punteggi derivanti dagli strumenti di valutazione utilizzati.

	Progetti di Lungassistenza domiciliare	Progetti di Lungassistenza residenziale
Intensità assistenziale valutata correttamente dagli strumenti di valutazione	191 (79%)	19 (45%)
Intensità assistenziale sottostimata dagli strumenti di valutazione	52 (21%)	23 (55%)
Intensità assistenziale Media/Alta	50 (96%)	
	(di cui 16 con punteggio 15)	6 (26%)
Intensità assistenziale Media	2 (4%)	17 (74%)
Intensità assistenziale Bassa	0 (0%)	0 (0%)
Totale Progetti	243 (85%)	42 (15%)

Tabella 4 - Condizioni cliniche sottostimate dalle scale.

Condizione	Numero casi	
	Progetti domiciliare Lungassistenza	Progetti residenziale Lungassistenza
Non consapevolezza delle proprie limitazioni funzionali	14	5
Deficit cognitivi che richiedono sorveglianza continua	15	7
Difficoltà di deambulazione con ripetute cadute	9	4
Difficoltà a indossare busto ortopedico	4	0
Presenza di deliri e allucinazioni	3	4
Ipovisione	4	1
Necessità di Ossigeno terapia pressoché continua	3	2
Totale progetti con intensità assistenziale sottostimata dalle scale	52	23

Tabella 5 - Correlazione punteggi e intensità assistenziale domiciliare e assistenziale residenziale.

Assistenziale domiciliare	Intensità Bassa	Intensità Media	Intensità Media/Alta
Attuali punteggi	4-9	10-15	> 15 (16-...)
Punteggi proposti	4-9	10-14	>14 (15-...) Ne deriva un aumento della sensibilità a dal 79 al 83%
Assistenziale residenziale	Intensità Bassa	Intensità Media	Intensità Alta
Attuali punteggi	5-6	7-8	9-12
Punteggi proposti	Punteggi aggiuntivi attribuibili da scale di valutazione più approfondita del deterioramento cognitivo e della percezione dei propri limiti fisici e del rischio cadute		

285 casi da parte di una successiva Commissione di rivalutazione, composta da differenti medici ed infermieri e dalla stessa assistente sociale della prima valutazione, non ha evidenziato una sovrastima da parte della precedente Commissione U.V.G., salvo riscontrare, nel frattempo, un avvenuto decesso e due aggravamenti dell'autonomia per l'insorgenza di episodi cerebrovascolari acuti.

CONCLUSIONI

Lo studio non ha confermato le ipotesi nulle adottate nella ricerca, evidenziando una sensibilità della Cartella geriatrica del 79% nella stima dell'intensità assistenziale per la Lungassistenza domiciliare e del 45% per la Lungassistenza residenziale. Suddetta sottostima è presente prevalentemente nei casi di elevato bisogno assistenziale in presenza di condizioni cliniche caratterizzate da deficit cognitivo dell'assistito che richiedono sorveglianza continua, acriticità rispetto alle proprie limitazioni fisiche e pregresse ripetute cadute correlate a difficoltà di deambulazione.

Si evidenzia, quindi, la necessità di incrementare la capacità d'analisi dell'attuale Cartella geriatrica adottata dalla Regione Piemonte, con ulteriori punteggi derivabili da strumenti di valutazione che indagano lo stato cognitivo dell'anziano e soprattutto la non consapevolezza dei propri limiti fisici e il rischio di cadute, ad esempio adottando i seguenti strumenti di valutazione: Scala di Conley (Conley et al., 1999), Stratify Instrument (Oliver et al., 1997), Scala Tinetti (Tinetti, 1986), Scala Morse (Morse et al., 1989).

Inoltre, dallo studio si deduce che si apporterebbe già un significativo miglioramento della sensibilità della Cartella geriatrica nella stima del fabbisogno assistenziale domiciliare, attribuendo la "media/alta intensità" dal valore "15" e non "16" come attualmente previsto (Tabella 5): la sensibilità aumenterebbe dal 79 all'83%.

BIBLIOGRAFIA

- Conley D, Schultz AA, Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. *Medsurg Nurs* 1999;8:348-54.
- Fabris F et al. D.M.I.: Indice Medico di Non Autosufficienza. *Min Med* 1989;80(suppl.1).
- 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.
- Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;20.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9.
- Morgagni S et al. Disturbi cognitivi e del comportamento (DISCO). Sanitas Domi 1999.
- Morse JM, Black C, Oberle K, Donahue P. A prospective study to identify the fall-prone patient. *Soc Sci Med* 1989; 28 (1): 81-6
- Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997; 315:1049-53.
- Pfeiffer E. S.P.M.S.Q: Short Portable Mental Status Questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.
- Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale, n. 42-8390 del 10

MATERIALI DI LAVORO

marzo 2008.

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(2):119-26.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Città di Torino, ASL 1-2-3-4, Domiciliarità: il nuovo modello dei servizi sociali e socio-sanitari, Centro Stampa Città di Torino, Torino 2005.

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. *Gerontol* 2001;49.

Ministero della Salute, Mattoni SSN, Mattone 12, Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali, Relazione finale, 21/2/2007.

Ministero della Salute, Mattoni SSN, Mattone 13, Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari, Relazione finale, 16/5/2007.

Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population, *J Am Geriatr Soc* 1995;43.

Regione Piemonte, DGR n. 41 del 2002, Linee guida regionali per il nuovo modello integrato del servizio di cure domiciliari, Regione Piemonte, Torino 2002.

Regione Piemonte, DGR n. 17 del 2005, Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, Torino 2005.

NURSING GERIATRICO *Collana diretta da M. Trabucchi*

L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank

MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI

I edizione italiana dalla II edizione inglese
a cura di Marco Trabucchi

Volume broccurato di 564 pagine
f.to cm 12x19
€ 50,00



CIC Edizioni Internazionali