

Gli strumenti di valutazione: aspetti di convergenza

Enrico Brizioli

Istituto Santo Stefano Riabilitazione - Gruppo KOS

Coordinatore Mattone 12 "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" del Progetto Mattoni SSN

Con l'approvazione del Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" è stato avviato un programma che rappresenta la naturale attuazione del Progetto Mattoni (Mattone 12: Le Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali) e del lavoro della Commissione LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del Ministero della Salute, scaturito nel Documento sulle Prestazioni Residenziali (www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_733_allegato.pdf). I due gruppi di lavoro, che hanno coinvolto i maggiori esperti italiani del settore ed hanno approfondito le migliori esperienze internazionali in merito, avevano l'obiettivo di porre ordine in un settore assistenziale a grande sviluppo, ma oggettivamente privo di una regolamentazione unitaria, ancorché di dati informativi che andassero oltre il semplice numero dei posti letto esistenti e degli ospiti accolti.

Il rationale di questi lavori era basato sulla scelta di utilizzare strumenti di valutazione multidimensionale per tracciare l'attività delle strutture residenziali, il *case-mix* ed il carico assistenziale, la coerenza dei percorsi clinici (Brizioli, 2007).

La scelta degli strumenti di valutazione multidimensionale era scaturita dalla volontà di raccogliere informazioni significative dal punto di vista clinico-assistenziale, ma anche di assicurare la lettura unitaria delle numerose problematiche di un soggetto non autosufficiente (Gigantesco et al., 1995; Bernabei et al., 2008).

Già nei lavori della commissione del Mattone 12 erano emersi dubbi e contrasti sulla scelta degli strumenti, dovuti in genere alla difesa degli investimenti già effettuati dalle Regioni nello sviluppo di propri strumenti di valutazione, ma spesso anche a semplici gelosie dei tecnici che vi avevano lavorato.

Di fronte all'oggettiva impossibilità di trovare un punto di incontro condiviso sulla scelta di uno strumento

unitario, il gruppo di lavoro del Progetto Mattoni si risolse nell'individuare quattro strumenti, giudicati più affidabili in termini di sperimentazione, completezza, gestibilità e diffusione, su cui concentrare il lavoro e le scelte.

Gli strumenti prescelti furono il VAOR-RUG (Valutazione Anziano Ospite di Residenza-Resource Utilization Groups), lo SVAMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'adulto e dell'Anziano), l'AGED (*Assessment of Geriatric Disabilities*) ed il SOSIA (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza), tutti già adottati da una o più regioni.

La componente scientifica del gruppo di lavoro ha decisamente criticato questa scelta multipla ed ha insistito a lungo per l'individuazione di uno strumento unico, da scegliere tra quelli caratterizzati da una maggiore completezza valutativa multidimensionale (VAOR-RUG e SVAMA) e tra questi preferendo il VAOR-RUG, già oggetto di validazione scientifica, adottato in un maggior numero di paesi, e testati con possibilità di accesso a banche dati internazionali (Brizioli et al., 2003).

Bisogna peraltro riconoscere che SVAMA e RUG, pur essendo costruiti con la stessa logica fortemente orientata ad un approccio multidimensionale, enfatizzano rispettivamente in modo maggiore la parte socio-assistenziale (SVAMA) piuttosto che quella sanitaria (RUG). Esiste, alla base di questo, una motivazione di fondo, in quanto il sistema SVAMA (Gallina et al., 2006) nasce come strumento del sistema socio-sanitario Veneto, dove per esplicita scelta si è teso alla gestione coordinata ed unitaria delle problematiche socio-sanitarie (da cui l'originaria denominazione USSL, unità socio sanitarie locali). D'altro canto il sistema RUG (Fries et al., 1994) nasce invece in USA come strumento del *Medicare* per valutare la quota di "contribuzione sanitaria" all'assistenza degli ospiti delle *Nursing Home* americane, ed è quindi centrato con maggior specificità e sensibilità a rilevare

EDITORIALE

le problematiche sanitarie ed il carico assistenziale conseguente. Il VAOR (Bernabei, 1995; Bernabei et al., 2008) è la versione italiana del RAI (*Resident Assessment Instrument*), strumento di valutazione multidimensionale di terza generazione da cui si estrae il RUG e che è costruito sul MDS-NH: (*Minimum Data Set – Nursing Homes*) base dati del flusso informativo del *Medicare* (Morris et al., 1990; Mor, 2009; Hutchinson et al., 2010). Si tratta quindi di due approcci diversi, orientati a leggere da due ottiche distinte gli stessi problemi, e che potrebbero forse trovare una loro composizione in un livello più avanzato di confronto/revisione. Questo ulteriore percorso non è stato tuttavia affrontato, anche perché nel frattempo era maturata la decisione di consentire l'utilizzo di una molteplicità di strumenti, purché fosse possibile desumere dagli stessi, in via automatica, un set di informazioni essenziali per alimentare un flusso informativo nazionale.

La finalità del Mattone I2 era infatti di attuare il miglior risultato concreto conseguibile con l'accordo delle Regioni, ed il compromesso raggiunto ha rappresentato il più avanzato punto di equilibrio possibile al momento. Obiettivo più specifico del Mattone era comunque quello di concretizzare in un unico flusso informativo nazionale informazioni coerenti non solo sui dati anagrafici degli ospiti e sugli aspetti amministrativo/autorizzativi delle strutture, ma anche su alcuni dati clinici significativi, utili per descrivere il *case-mix* assistenziale, i principali bisogni, la evoluzione della casistica nel tempo.

Su queste basi è stata realizzata una griglia informativa di base (FAR: Flusso Informativo Residenziale) contenente, oltre ai dati anagrafici, amministrativi e socio-economici, singole aree di valutazione relative a mobilità, funzioni cognitive, autonomia nelle funzioni quotidiane, disturbi comportamentali e trattamenti speciali, costruite in modo da sintetizzare le informazioni di maggior dettaglio presenti, in maniera diversa, nei singoli strumenti di valutazione.

In chiusura di progetto non è stato possibile realizzare lo studio di convergenza del SOSIA con gli altri strumenti, per il cui il progetto si è concluso con i risultati di convergenza RUG/SVAMA/AGED e su queste basi è stato definitivamente approvato il modello FAR.

Le aree "cliniche" della FAR sono state quindi costruite in modo tale da poter essere alimentate in modo "automatico" dagli strumenti RUG, SVAMA ed AGED, sulla base di uno studio di convergenza che ha consentito di ricondurre ad un unico valore coerente i risultati delle diverse scale utilizzate dai singoli strumenti per leg-

gere e misurare una specifica condizione.

Lo studio di convergenza è stato realizzato in prima battuta utilizzando gli indicatori di convergenza di Pearson, ammettendo solo risultati compresi tra -1 e +1; successivamente si è proceduto all'analisi statistica di concordanza attraverso il coefficiente Kappa di Cohen. Il Kappa di Cohen (Cohen, 1960) misura la proporzione di accordo su risposte qualitative osservata tra due ripetizioni della stessa misura con il medesimo strumento effettuato da due operatori diversi, oppure tra due misurazioni effettuate dallo stesso operatore e sullo stesso caso con strumenti diversi. Un valore di $K = 0$ indica che non c'è alcuna differenza con una concordanza casuale; un valore di $K = 1$ indica concordanza massima assoluta. Tuttavia sono accettabili diversi gradi di concordanza tra 0 ed 1, secondo il seguente schema:

- Valori di K tra 0,81 e 1,00 indicano una concordanza perfetta;
- Valori di K tra 0,61 e 0,80 indicano una concordanza importante;
- Valori di K tra 0,41 e 0,60 indicano una concordanza moderata;
- Valori di K tra 0,21 e 0,40 indicano una concordanza debole;
- Valori di K tra 0,00 e 0,20 indicano una concordanza scarsa.

Nel nostro modello abbiamo giudicato accettabili livelli di concordanza dei diversi *item* comunque superiori a 0,60, ed abbiamo approvato il modello quando è stata raggiunta, dopo alcune modifiche degli strumenti, una concordanza media di 0,80.

Si è proceduto quindi all'approvazione della FAR come strumento in grado di leggere con un buon livello di affidabilità e concordanza i risultati di valutazioni effettuate indifferentemente con RUG/SVAMA/AGED, anche se ovviamente la FAR "perde" molte delle informazioni presenti nei singoli strumenti, che non sono risultate conducibili ad una lettura unitaria perché assenti dagli altri strumenti o perché rilevate con criteri troppo difformi per produrre indici di concordanza accettabili. Il DM 17 dicembre 2008 ha raccolto le risultanze del Mattone I2 ed ha avviato la costruzione del sistema informativo residenziale prevedendo in sintesi:

- ogni Regione è tenuta ad implementare il sistema FAR adottando una propria scheda di valutazione delle prestazioni e dei pazienti che includa uno strumento di valutazione multidimensionale da scegliere prioritariamente tra RUG, SVAMA e AGED;
- alle Regioni che, alla data di pubblicazione del decre-

to, avessero già implementato un diverso strumento di valutazione multidimensionale è data facoltà di mantenerlo previa effettuazione una "transcodifica" con verifica di convergenza con gli strumenti già testati ed approvati.

Quest'ultima norma era stata introdotta in particolare per recuperare il percorso del SOSIA, la cui transcodifica non era stata possibile nell'ambito del progetto Mattoni, ma che per la Regione Lombardia rappresentava un investimento che non poteva essere abbandonato. A questa opzione si sono tuttavia accodate altre Regioni, ed in particolare l'Emilia Romagna, la Toscana e il Piemonte, che hanno tutte richiesto di poter adottare propri strumenti previa effettuazione della transcodifica e della verifica di convergenza.

Le restanti Regioni hanno adottato tutte, in modo più o meno esplicito e definitivo, gli strumenti indicati nel Decreto. Al momento attuale il quadro degli strumenti adottati è quello indicato nella Tabella I.

La Tabella, purtroppo, contiene ancora dei punti inter-

rogativi perché non tutte le Regioni hanno formalizzato con delibera la scelta di uno strumento di VMD.

In ogni caso, tra quelle che lo hanno fatto, il livello di sviluppo dei sistemi è molto dissimile e sarà necessario un forte impegno per poter garantire un corretto flusso informativo nazionale entro il 2012.

In merito alle Regioni che hanno avviato il programma di transcodifica bisogna dire che tutte hanno conseguito l'approvazione dell'apposita commissione ministeriale, seppure con diverse revisioni che si sono rese necessarie e con livelli di convergenza non sempre rientranti nel parametro ottimale minimo di k 0,60 e medio di k 0,80.

Tra gli strumenti proposti per la transcodifica, il SOSIA ed il BINA costituivano esperienze già consolidate delle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna; un grado di convergenza accettabile è stato raggiunto dopo alcune correzioni. Le Regioni Toscana e Piemonte hanno sviluppato invece *ex-novo* propri sistemi: la Toscana ha costruito una scheda costituita dalla somma di diverse sca-

Tabella I - Strumenti VMD scelti dalle regioni su DM 17/12/2008.

Regione	Strumento VMD	% Sviluppo
Valle D'Aosta	VAOR	30%
Piemonte	Transcodifica adattamento FAR + Katz	50%
Liguria	AGED	80%
Lombardia	Transcodifica SOSIA	100%
Veneto	SVAMA	100%
Alto Adige	?	0%
Trentino	SVAMA	30%
Friuli VG	RUG	75%
Emilia Romagna	Transcodifica BINA	80%
Toscana	Transcodifica Scheda Decreto 1354 25/3/2010	50%
Marche	RUG	30%
Umbria	RUG	70%
Lazio	RUG	30%
Abruzzo	RUG ?	10%
Molise	SVAMA	10%
Campania	SVAMA ?	10%
Puglia	SVAMA	10%
Basilicata	RUG	0%
Calabria	RUG	20%
Sicilia	SVAMA ?	30%
Sardegna	?	0%

EDITORIALE

le validate, in larga parte prese dal MDS e quindi coerente con il VAOR ed automaticamente concordanti con il RUG; il Piemonte ha sviluppato una scheda a partire dalla stessa FAR utilizzando singole scale validate (come la ADL di Katz) e recuperando alcune parti di RUG e SVAMA. Le esperienze avviate dalle Regioni Toscana e Piemonte sono sembrate indirizzate a valorizzare alcune parti o criteri delle diverse scale di valutazione, componendo strumenti a loro modo completi, ma privi della loro coerenza interna e della capacità di una lettura sintetica del profilo del paziente che sono state oggetto di validazione complessiva degli strumenti VAOR-RUG e SVAMA.

Tutto questo, come appare evidente dalla Tabella 1, porta inevitabilmente all'utilizzo di una pluralità di strumenti che, seppure oggi in varie fasi di sviluppo, avranno tutti un proprio programma di formazione e di applicazioni informatiche, con la conseguenza che sarà molto difficile arrivare, in futuro, ad uniformare le procedure di VMD giungendo ad avere un unico strumento.

Tuttavia non vogliamo considerare questa un'occasione persa, ma comunque un'opportunità di miglioramento del sistema e confidiamo, in conclusione, che la applicazione del DM 17/12/2008 sia reale e fortemente presidiata dal Ministero (Wu et al., 2009), in modo da raggiungere almeno l'obiettivo minimo auspicato dal Mattone 12, e dal Ministero stesso, che era quello di promuovere lo sviluppo di strumenti di Valutazione Multidimensionale nella pratica assistenziale e portare a regime un flusso informativo nazionale della residenzialità capace di fornire indicazioni utili per la programmazione sanitaria e per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

Bernabei R. Lo strumento di Valutazione VAOR per RSA. Progetto Finalizzato Invecchiamento, CNR Roma, 1995.

Bernabei R, Landi F, Onder G, Liperoti R, Gambassi G. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63(3):308-13.

Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clin Exp Res* 2003;15(3):243-53.

Brizioli E. Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani. *I Luoghi della Cura* 2007;4:7-10.

Cohen JA. A coefficient of variation for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960;20:37-46.

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: 668-85.

Gallina P, Saugo M, Antoniazzi M, Fortuna P, Toffanin R, Maggi S, Benetollo P. Validazione della Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA). *Tendenze Nuove* 2006;3:229-64.

Gigantesco A, Morosini P, Alunni S et al. VALGRAF: Validazione di un semplice strumento per la valutazione funzionale dell'anziano. *G Gerontol* 1995;43:379-85.

Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S, Johnson C, Squires JE, Teare G, Estabrooks CA. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2010;16:166.

Mor VA. Comprehensive Clinical Assessment Tool to Inform Policy and Practice: Applications of the Minimum Data Set. *Medical Care* 2009;42(4):50-9.

Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, Murphy K, Drugovich ML, Friedlob AS. Designing the National Resident Assessment Instrument. *Gerontologist* 1990;30:293-307.

Wu N, Mor V, Roy J. Resident, nursing home, and state factors affecting the reliability of the Minimum Data Set quality measures. *American Journal of Medical Quality* 2009;24:229-40.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Ferrucci L, Marchionni N. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *Giorn Gerontol* 2001;49:1-76.