

La scala di valutazione multidimensionale AGED

Patrizio Odetti¹, Ivano Aramini²

¹ Università degli Studi di Genova; ² IRCSS San Martino, Genova

BREVE STORIA DELLA SCALA AGED

L'anno 1985 segna una tappa fondamentale nella storia dell'assistenza nel nostro paese, con il riconoscimento del diritto alla partecipazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) alle spese per le cure sanitarie extraospedaliere di anziani e disabili. Fino ad allora, le spese per il ricovero in istituzioni di lungodegenza erano a carico del privato, o dei comuni per i cittadini indigenti. Contemporaneamente, si evidenzia la necessità di "strumenti" operativi per misurare il tipo e il livello di bisogno assistenziale con modalità obiettive e indipendenti dall'osservatore; come spesso è accaduto, le varie regioni si sono mosse autonomamente ricercando e sviluppando varie metodiche. All'epoca, già da almeno un ventennio si validavano metodi di valutazione della disabilità fisica o mentale, e una pubblicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1984 ne elencava 145, dei quali 50 già utilizzati da servizi pubblici (Israel et al., 1984). Fra questi, fu testata in Liguria una *checklist* francese denominata Gèronte (Leroux e Attali, 1981), impiegata in alcuni dipartimenti francesi per dare una rappresentazione della disabilità senile attraverso l'analisi di 28 *item*; lo strumento si rivelò di veloce applicazione e si decise di modificarlo in una scala di misura della dipendenza testando in un campione di anziani la correlazione fra *item* di Gèronte e corrispondenti tempi assistenziali, mantenendo 19 *item* di Gèronte integrati da 8 *item* sulle attività di *nursing* infermieristico. Nacque, così, la prima versione di AGED (*Assessment of Geriatric Disabilities*) (Banchemo, 1990; Ricci, 1990) che esprimeva con un punteggio il peso assistenziale dell'individuo; il punteggio poteva essere trasformato in un valore medio di tempi di assistenza quotidiani. Lo strumento fu adottato dalla Regione Liguria per la valutazione di tut-

ti gli anziani in accesso ai servizi del SSN, e il suo impiego arrivò a regime nel corso degli anni '80.

IMPIEGO DI AGED

Le ulteriori necessità odierne della programmazione sanitaria hanno richiesto l'inserimento di alcuni items per l'analisi del disturbo comportamentale, delle attività riabilitative riattivanti e mediche, della comorbidità, e l'ultima versione di AGED Plus è una scala con 37 voci utilizzata dagli operatori su supporto informatico tramite un link presente sul sito della Regione Liguria, anche se, nella sua versione base cartacea, è ancora largamente impiegata per la valutazione al letto dell'anziano che accede ai servizi del SSN. L'attuale struttura di AGED Plus è pertanto così riassumibile:

Stato cognitivo comportamentale	6 <i>item</i>
<i>Nursing</i> tutelare	16 <i>item</i>
<i>Nursing</i> Infermieristico e attività riabilitative	12 <i>item</i>
Stabilità clinica	3 <i>item</i>

La scala AGED (Fig. 1) si utilizza scegliendo prima per ogni items di autonomia (parte sinistra Fig.1) il livello corrispondente di autonomia (1=funzione conservata completamente; 2=qualsiasi limitazione della funzione; 3=funzione assente) e barrando in una seconda fase il punteggio del bisogno assistenziale (parte destra Fig.1) facendo attenzione a sommare bene i punteggi parziali; la somma dei punteggi ottenuti esprime il carico assistenziale medio quotidiano (che può essere anche trasformato in minuti poiché 1 punto=6 minuti medi assistenza).

L'impiego della scala richiede un breve colloquio preventivo con il paziente e il *caregiver*, e può, pertanto, essere elaborata in circa 15-20 minuti. In Regione Liguria il punteggio AGED consente anche l'identificazione del-

P1	COERENZA		
2	COERENTE	SORV.INCOERENTE E/O CONFUSO	1.00
1	PARZIALMENTE O SALTUARIAMENTE INCOERENTE	SORV.INCOERENTE E/O CONFUSO ITINERANTE	3.00
0	INCOERENTE (BISOGNO DISORVEGLIANZA CONTINUA)		
P2	ORIENTAMENTO		
2	BEN ORIENTATO		
1	PARZIALMENTE O SALTUARIAMENTE DISORIENTATO		
0	DISORIENTATO TEMPORO SPAZIALE		
P3	INSERIMENTO SOCIALE		
2	NESSUN PROBLEMA DI INSERIMENTO NEL PROPRIO CONTESTO SOCIALE	PARZIALE AIUTO ALL'INSERIMENTO IN COMUNITÀ	1.00
1	HA QUALCHE DIFFICOLTÀ (MANTIENE RAPPORTI CON FREQ. CONTRASTI)	AIUTO ALL'INSERIMENTO IN COMUNITÀ	2.00
0	GRAVI PROBLEMI (NON RIESCE A MANTENERE RAPPORTI CON PERSONE)		
P4	VISTA		
2	VEDE BENE (ANCHE CON LENTI)	IMPEGNO ASSISTENZIALE SPECIFICO MEDIO	0.50
1	FUNZIONE PARZIALMENTE CONSERVATA	IMPEGNO ASSISTENZIALE SPECIFICO ALTO	1.00
0	NON VEDENTE		
P5	UDITO		
2	SENTE BENE (ANCHE CON PROTESI ACUSTICA)	IMPEGNO ASSISTENZIALE SPECIFICO MEDIO	0.50
1	FUNZIONE PARZIALMENTE CONSERVATA	IMPEGNO ASSISTENZIALE SPECIFICO ALTO	1.00
0	NON UDEnte		
P6	PAROLA		
2	PARLA E COMPRENDE NORMALMENTE	AFASIA CON COMPRESIONE PARZIALMENTE CONSERVATA	0.50
1	DIFFICOLTÀ NELL'ESPRESSIONE VERBALE	AFASIA GRAVE	1.00
0	TURBE GRAVISIA DELL'ESPRESSIONE CHE DELLA COMPRESIONE		
P7	IGIENE SUPERIORE		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	AIUTO AD AUTOSUFFICIENTE PARZIALE	1.00
0	NON AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE FISICO	1.00
P8	IGIENE INFERIORE	NON AUTOSUFFICIENTE INCOERENTE E/O CONFUSO	2.00
2	AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE INCONTINENTE LUCIDO	3.00
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE INCOERENTE E/O CONFUSO INCONTINENTE	4.00
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
P9	ABBIGLIAMENTO SUPERIORE (CAMICIA/MAGLIA)		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	AIUTO AD AUTOSUFFICIENTE PARZIALE	1.00
0	NON AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE FISICO	1.00
P10	ABBIGLIAMENTO CENTRALE (MUTANDE)	NON AUTOSUFFICIENTE INCOERENTE E/O CONFUSO	2.00
2	AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFFICIENTE INCONTINENTE LUCIDO SENZA DISPOSITIVI	2.00
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	NON AUTOSUFF. INCOERENTE /CONFUSO INCONTINENTE SENZA DISPOS.	3.00
0	NON AUTOSUFFICIENTE		
P11	ABBIGLIAMENTO INFERIORE (PANTALONI, CALZE)		
2	AUTOSUFFICIENTE		
1	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
0	NON AUTOSUFFICIENTE		

Figura I - Scala AGED. Valutazione dell'autonomia nelle cure della persona, del bisogno di nursing tutelare e infermieristico.

(continua)

MATERIALI DI LAVORO

P12	TIPO DI ALIMENTAZIONE		
2	NORMALE (PER OS)		
1	LIQUIDA O SEMILIQUIDA PER OS	PREPARAZIONE ALIMENTAZIONE PARENTERALE O CONSONDA	2.00
0	ARTIFICIALE (SONDA NG, GASTROENTEROSTOMIA, TPN)		
P13	AIUTO ALLA ALIMENTAZIONE		
2	NESSUN AIUTO	ADATTAMENTO DEL PASTO	2.00
1	ADATTAMENTO AL PASTO (AIUTO PER TAGLIARE I CIBI)	AIUTO A NON AUTOSUFFICIENTE	6.00
0	AIUTO TOTALE E SORVEGLIANZA CONTINUA	NON AUTOSUFFICIENTE SONDA NASO GASTRICA O STOMIA	6.00
P14	CONTINENZA URINARIA		
2	CONTINENTE	ASSISTENZA CON PADELLA-PAPPAGALLO E AIUTO USO WC	2.00
1	INCONTINENTE SALTUARIO	ASSISTENZA USO ASSORBENTE	2.00
0	INCONTINENTE FREQUENTE	USA ASSORBENTE ANCHE DI NOTTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
P15	CONTINENZA ANALE	ASSISTENZA PER CATETERE VESCICALE	1.00
2	CONTINENTE	ASSISTENZA PER RACCOGLITORE ESTERNO	1.00
1	INCONTINENTE SALTUARIO	ASSISTENZA PER NEOSTOMIA URETERO-CUTANEA	2.00
0	INCONTINENTE FREQUENTE	ASSISTENZA PER NEOSTOMIA ENTERO-CUTANEA	2.00
P16	MOBILIZZAZIONE DA LETTO		
2	SI ALZA SENZA AIUTO O NON SI ALZA	AIUTO UMANO PER LASCIARE IL LETTO	1.00
1	DEVE ESSERE AIUTATO		
0	DEVE ESSERE ALZATO PASSIVAMENTE		
P17	MOBILITÀ INTERNA		
2	SI MUOVE SENZA LIMITI NELLA RESIDENZA	PREVENZIONE DECUBITI	1.00
1	SI MUOVE SOLO IN CAMERA	MOBILIZZAZIONE PASSIVA A LETTO	1.00
0	NON PUÒ ESSERE ALZATO MAI DA LETTO		
P18	AIUTO ALLA DEAMBULAZIONE		
2	NESSUN AIUTO	AIUTO UMANO PER LA MOBILIZZAZIONE IN CARROZZELLA	1.00
1	AIUTO MECCANICO (BASTOINE, TRIPODE, CARROZZELLA SE AUTOSUFF)	AIUTO UMANO PER LA DEAMBULAZIONE IN REPARTO/CASA	1.00
0	AIUTO UMANO (ANCHE PER SPINGERE LA CARROZZELLA)		
P19	IGIENE POSTO LETTO		
2	AUTOSUFFICIENTE	AIUTO IGIENE POSTO LETTO	0.50
1	NECESSITA AIUTO	IGIENE POSTO LETTO NON AUTOSUFFICIENTE FISICO	1.00
0	NESSUNA ATTIVITÀ	IGIENE POSTO LETTO INCONTINENTE LUCIDO SENZA DISPOSITIVI	2.00
		IGIENE POSTO LETTO INCOERENTE E/O CONFUSO	2.00
		IGIENE P.L. INCOERENTE E/O CONFUSO INCONTINENTE SENZA DISPOSITIVI	3.00
NURSING INFERMIERISTICO		PREPARAZIONE E DISTRIBUZIONE TERAPIA PER OS E PARENTERALE	1.00
		PREPARAZIONE TERAPIA INTENSIVA EV	2.00
		MEDICAZIONE PRESIDI E LESIONI CUTANEE	2.00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA A TPN	3.00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA A TERAPIA EV	3.00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA ALIMENTAZIONE STOMIA ENTER-CUT.	1.00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA A FLEBOCLISI	1.00
		SORVEGLIANZA INFERMIERISTICA A TERAPIA PERIDURALE	2.00
		TOTALE TEMPI	

Figura 1 (segue)

la fascia assistenziale del paziente e della retta sanitaria che sarà erogata al servizio che ospita il paziente; gli anziani con punteggio superiore a 16 punti AGED sono infatti avviati alla RSA, quelli con punteggi inferiori alle Residenze protette. La valutazione dell'autonomia nella cura della persona analizza l'autonomia reale quotidiana nel contesto che ospita l'anziano, e trascura gli aspetti della massima autonomia potenziale dell'anziano, spesso non conseguibili anche a causa della presenza di altre problematiche psichiatriche e socio ambientali.

VALIDAZIONE DI AGED

Nella prima fase di sviluppo dello strumento (anni '80) è stata conclusa una prima validazione dello strumento all'interno di reparti di lungodegenza correlando i punteggi attribuiti da medici geriatri con i tempi assistenziali rilevati da operatori opportunamente addestrati e che ignoravano il punteggio del paziente; su un campione di oltre 600 anziani la scala dimostrò una buona capacità predittiva dell'impegno assistenziale dell'ospite (Aramini, 1990; Petrini, 1990). In seguito fu realizzato anche uno studio della riproducibilità interosservatori dei punteggi attribuiti agli *item* di autonomia che dimostrò una buona correlazione ($\geq 0,6$) fra geriatri che esaminavano in tempi successivi, in cieco e nella stessa giornata, uno stesso anziano (Aramini et al., 1990; Aramini et al., 1992). In tempi più recenti, anche in seguito a critiche su un impiego "localistico" della scala, AGED è stata validata in un confronto con il Sistema RUG (*Resource Utilization Group*) del RAI (*Resident Assessment Instrument*) (USA) su un campione di 156 anziani ospiti di RSA, relativamente agli aspetti di analisi della mobilità, autonomia nella cura della persona (igiene, abbigliamento, continenza) e stato cognitivo, ottenendo livelli di concordanza con K sempre $> 0,62$. (Fig. 2) Lo studio è stato condotto nel 2006 nel-

l'ambito del Progetto Mattoni per la sanità e ha consentito anche la messa a punto di un algoritmo di transcodifica fra AGED e *item* del nuovo sistema Flusso di Assistenza Residenziale (FAR) del Progetto Mattoni (Ministero della Salute, 2007).

In collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S) nel corso del 2008 è stato condotto un ultimo studio di verifica dei tempi assistenziali in anziani istituzionalizzati (Progetto ricerca corrente AGE.NA.S, 2008) suddividendo il *nursing* nei singoli atti assistenziali delle varie figure professionali, allo scopo di ridefinire il peso del punto assistenziale medio di AGED, adeguandolo anche all'organizzazione attuale dell'assistenza che è profondamente mutata rispetto ai modelli degli anni '80. Lo studio è stato condotto su un campione di 540 anziani ricoverati in RSA con varie tipologie assistenziali (nuclei Alzheimer, residenza protetta, riabilitazione postacuzie, ricoveri di lungodegenza) ed ha riparametrato il punto AGED elevandolo a 6 minuti di assistenza media quotidiana. Nello stesso studio è stata evidenziata una buona correlazione fra il punteggio AGED e il peso assistenziale per l'assistenza "tutelare", che esprime, comunque, in questi *setting* circa il 75% del peso assistenziale (Figg. 3-4).

DISCUSSIONE DELLO STRUMENTO

Le metodologie valutative devono essere sempre esaminate in relazione al contesto nel quale sono impiegate e agli obiettivi ultimi della valutazione. AGED è principalmente una scala di misura dell'impegno assistenziale degli operatori in risposta alla non autosufficienza del paziente; contiene anche alcuni *item* di valutazione dello stato cognitivo e genericamente del disturbo comportamentale, espresso come presenza/assenza. Considerati i risultati negli studi di validazione, e la larga esperienza acquisita in Liguria nella versione breve e come AGED Plus, possiamo affermare che è uno strumento di rapida valutazione "sul campo" per fornire una rappresentazione essenziale delle richieste di *nursing* del paziente; consente di indirizzare il paziente alle collocazioni residenziali e semiresidenziali del territorio e un passaggio di un set informativo fra i vari attori della continuità assistenziale. La struttura di misura del deficit su tre livelli può facilitare la collocazione sui livelli 0 (assenza della funzione) e 2 (funzione conservata), come è dimostrato dall'analisi delle valutazioni in archivio; questo può comportare dei fenomeni di sopra o sottostima, ac-

TAVOLA Concordanza AGED/RUG		
	Spearman	K
ADL	0,78	0,7
Mobilità	0,82	0,67
F. Cognitive	0,82	0,62

Figura 2 - Confronto scala AGED - Sistema RUG.

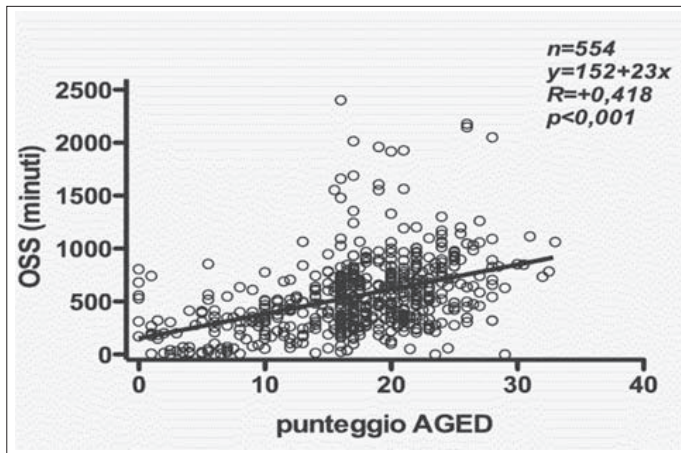


Figura 3 - Correlazione tempo assistenziale Operatore Socio Sanitario (OSS) - Punteggio AGED.

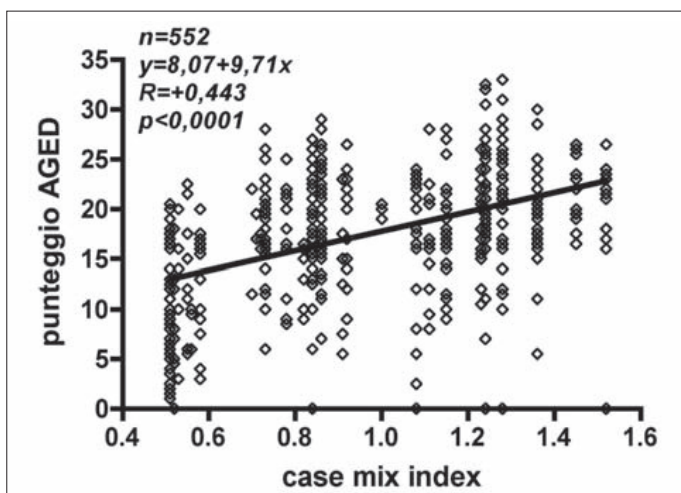


Figura 4 - Correlazione punteggio AGED - Case mix index.

centuati spesso dalla condizione di precarietà operativa nella quale operano i geriatri del SSN (ad esempio tempi ristretti, assenza di notizie anamnestiche) e AGED è pertanto poco sensibile a lievi variazioni della autonomia.

Per migliorare le condizioni di utilizzo è necessaria una formazione iniziale; la versione informatizzata AGED Plus contiene una guida utente che facilita la valutazione degli *item* più complessi e riduce pertanto la variabilità tra valutatori.

AGED non può essere impiegata per formulare piani assistenziali, perché il ridotto numero di *item* riduce la sensibilità della scala, radunando i pazienti in alcuni grandi *cluster* assistenziali.

Nelle prove di concordanza sulle voci principali del *nursing*, AGED si è dimostrata in grado fornire gli stessi risultati di un metodo senza dubbio più complesso come RUG/RAI o SVAMA (Scheda per la Valutazione Multi-dimensionale dell'adulto e dell'Anziano), che richiedono tempi di formazione e somministrazione nettamente superiori.

Come tutti gli strumenti di analisi del bisogno, anche AGED espone al rischio di esaurire l'intervento del geriatra nella mera somministrazione della scala, dimenticando che ancora oggi solo l'attenzione alla globalità della persona può consentirci un'efficace relazione di cura.

BIBLIOGRAFIA

Aramini I. Gx-Tempi: strumento di misura del carico di lavoro assistenziale in una istituzione per anziani non autosufficienti. *Prospettive sociali e sanitarie* 1990;14,8-11.

Aramini I et al. Variabilità fra geriatri nella valutazione dei bisogni riabilitativi e delle condizioni funzionali dell'anziano *Quality Assurance* 1990;5/6:25-32.

Aramini I, Morosini P, Ricci E, Ratto S, Petrini M, Banchemo A. Variability among geriatricians in the evaluation of functional disabilities and rehabilitation needs of the elderly *Quality Assurance in Health care* 1992;4(1):69-76.

Banchemo A. Gx-Tempi: strumento di misurazione del fabbisogno di assistenza degli anziani. *Prospettive sociali e sanitarie* 1990;14:1-2.

Israel L, Kozarevic D, Sartorius N. Valutare l'anziano. In: *Manuale di riferimento dei mezzi di studio e di misura delle funzioni mentali*. Karger, Basilea 1984.

Leroux R, Attali G. Visualisation d'une echelle simple d'autonomie. *La Revue de Geriatrie* 1981;6:433-6.

Ministero della Salute, Progetto Mattoni Sistema Sanitario Nazionale - Prestazioni residenziali e semiresidenziali; relazione finale (Mattone 12 - Prestazioni residenziali e semiresidenziali), 2007.

Petrini M. Gx-Tempi: strumento di gestione di un istituto per anziani. *Prospettive sociali e sanitarie* 1990;14:12-3.

Progetto ricerca corrente AGE.N.A.S. Sperimentazione di un sistema di rilevazione dei costi commisurato alla non autosufficienza, 2008.

Ricci E. Gx-Tempi: caratteristiche tecniche dello strumento. *Prospettive sociali e sanitarie* 1990;14:4-8.