

La valutazione multidimensionale geriatrica trent'anni dopo: riflessioni storiche e attuali

Antonio Guaita

Direttore Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso

“... che cosa caratterizza la sua professione?” “La modalità di approccio, cioè la valutazione globale, multidimensionale della persona ...”.

(Carlo Vergani, *Giangiaco Schiavi* “Ancora giovani per essere vecchi” *Corriere della Sera* edizioni *Grandi Saggi*, Milano 2014, pag. 151)

A dicembre del 1984 usciva sul *New England Journal of Medicine* un articolo di Rubenstein (1) che avrebbe portato la valutazione multidimensionale geriatrica alla ribalta internazionale del mondo medico non solo geriatrico. Sono passati trent'anni, eppure la sua attualità non è per niente in discussione.

In accordo con le conclusioni del *Consensus Statement del National Institute of Health (USA)* e della *Comprehensive Geriatric Assessment Position Statement dell'American Geriatrics Society* (2) la Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD_G) è una valutazione multidisciplinare nella quale:

- sono identificati, descritti e spiegati i molteplici problemi di un individuo anziano;
- sono definite le sue capacità funzionali;
- è stabilita la necessità di servizi assistenziali;
- è sviluppato un piano di trattamento e di cure, nel quale i differenti interventi siano commisurati ai bisogni e ai problemi.

La VMD_G è spesso identificata con le “scale di valutazione”: più appropriatamente è un modo diverso di guardare al malato e al suo contesto, valorizzandolo, superando i molti limiti che la diagnosi dimostra di fronte alle malattie cronico degenerative, tipiche del nostro tempo.

Questo articolo è rivolto ad illustrare il significato e i contenuti di questo cambiamento di punto di vista,

almeno per come i geriatri della mia generazione l'hanno sperimentato.

CAMBIAMENTO DELLA PATOLOGIA

“Nell'attuale scenario demografico le malattie cronico-degenerative, legate al processo di invecchiamento dell'organismo, si confermano le principali cause di morte: le malattie del sistema circolatorio e i tumori rappresentano, ormai da anni, le prime due più frequenti cause di morte, responsabili nel 2008 di ben 7 decessi su 10. Le malattie del sistema circolatorio sono prerogativa delle fasce più anziane della popolazione. Esse rappresentano la causa principale di morte dopo gli 85 anni di età sia per gli uomini sia per le donne e fra queste ultime lo sono già a partire dai 65 anni”. *Relazione sullo stato sanitario del paese 2009-2010, Ministero della Salute.*

Tra gli anziani le malattie croniche sono una condizione frequentissima (Fig. 1): una malattia cronica colpisce 5 persone su 100 a 35-50 anni e 50 persone su 100 a 80 anni (ISTAT, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - anno 2005, 2007).

LIMITI DELLA DIAGNOSI DI FRONTE ALLE MALATTIE CRONICHE E IL CAMBIO DI PARADIGMA DELLA VMD

“...We are still practicing acute care medicine in a world of chronic disease, 19th century models at the dawn of the 21st century ...” (Robert L. Kane “Geria-

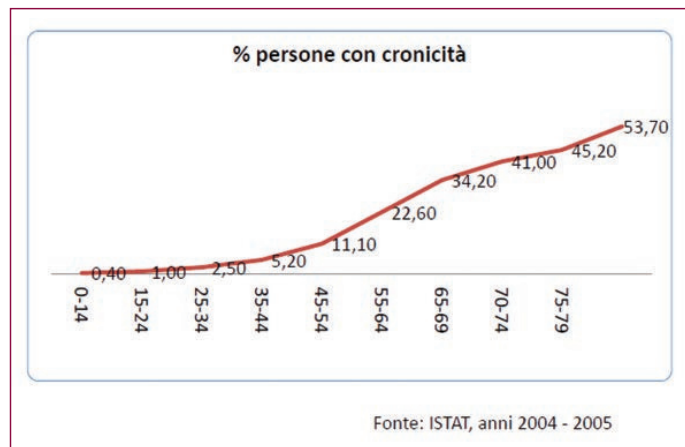


Figura 1 - Prevalenza di soggetti affetti da patologie croniche per fasce di età.

trics as a Model of the New Chronic Disease Paradigm” 50° Congresso Nazionale Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 9-13 novembre 2005) (3) (Fig. 1).

“... Il primato della diagnosi riflette una confusione dei mezzi con i fini. Lo scopo della medicina è di alleviare le sofferenze, di aiutare e di guarire. La diagnosi corretta, basata sulla comprensione della fisiopatologia, è solo uno dei mezzi per raggiungere quello scopo ...”.

(James S. Goodwin “Geriatrics and the Limit of Modern Medicine” *New Engl J Med.* 1999:1283-1285).

L’approccio valutativo multidimensionale geriatrico nasce quindi dalla necessità di confrontarsi con i problemi posti dalla modificazione delle patologie

prevalenti che si è osservata nel secondo dopoguerra: le patologie cronico degenerative hanno preso nettamente il sopravvento su quelle acute infettive delle epoche precedenti. A lungo non è stato compreso il cambiamento che questo comporta, ammesso che oggi lo sia. Già nel 1990 su “Lancet” si scriveva: “... un importante compito è aiutare gli studenti (di medicina) a vedere gli anziani in termini funzionali. È vitale stabilire che cosa una persona anziana è capace di fare, piuttosto che semplicemente attaccare un’etichetta diagnostica alla sua malattia...” (4).

La diagnosi è un elemento necessario, ma quasi mai sufficiente per identificare i bisogni di cura e assistenza delle persone affette da patologie croniche e va necessariamente integrata con le informazioni di contesto biologico, funzionale e sociale (Tab. 1) per formulare un piano di cura. La tendenza ad assolutizzare il valore della diagnosi è in discussione da molto tempo e le voci critiche non sono mancate: dall’OMS nel 1959, a successive e ormai lontane voci critiche autorevoli (5).

I benefici attesi della VMD_G sono:

- Per il paziente: portare a un miglioramento degli outcome clinico-funzionali e della qualità di vita.
- Per gli operatori: migliorare l’attenzione alla specificità di ogni paziente focalizzando il loro intervento sulla realizzazione di un piano di assistenza individualizzato.
- Per la popolazione: contribuire ad ottimizzare l’assistenza attraverso il miglioramento dell’utilizzazione delle risorse, l’organizzazione dei servizi, la regolamentazione dell’assistenza, la gestione dei finanziamenti.

Tabella 1 - Caratteristiche della diagnosi e della valutazione multidimensionale a confronto.

Diagnosi	Valutazione multidimensionale
La diagnosi è “negativa” si basa su ciò che non funziona, sui danni	Valuta e rende evidente il positivo, anche ciò che funziona
La diagnosi è statica, non si modifica con le diverse fasi di gravità	Si modifica con il modificarsi della gravità della situazione
La diagnosi astrae dai contesti personali, biologici e sociali	Valorizza gli intrecci fra gli elementi di contesto biopsicosociale
La diagnosi è insufficiente per definire i bisogni di cura individuali	Fornisce gli elementi fondamentali per il piano di cura individuale

VMD_G COME PRATICA

Storia e dimostrazione di efficacia

Nel 1979 apre a Sepulveda la "Evaluation Unit" di Rubenstein, che pubblicherà i primi risultati di efficacia del metodo, ma i primi ad attuare reparti ospedalieri con finalità di valutazione e trattamento funzionale (cioè con obiettivo principale la definizione e il trattamento dell'autonomia e non solo della malattia) sono stati, nei primi anni Settanta, i Canadesi della *British Columbia*, rafforzati dall'istituzione di un ampio settore del ministero della sanità dedicato alle malattie croniche, il "Continuum Care".

Il lavoro fondamentale per la dimostrazione di efficacia della VMD_G è quindi di Rubenstein del 1984 (1). Con un accurato studio caso controllo fu seguito il destino di 63 persone dimesse dalla "Evaluation Unit" (EU) e 60 con le stesse caratteristiche, dimesse da un reparto normale dello stesso ospedale. A un anno la mortalità fu del 23,8% per il gruppo EU contro il 48,3% degli altri; così il ricovero in residenza per cronici riguardò il 12,7% del gruppo EU contro il 30,0% degli altri.

Già nel 1993 fu possibile condurre una meta analisi degli studi pubblicati sulla VMD_G (6) che confermò la diminuzione di mortalità (-14%) e dei re-ricoveri (-12%) soprattutto per le unità ospedaliere con qualche incertezza per l'intervento sul territorio.

Nel 1995 fu replicato lo studio randomizzato controllato a Sepulveda (Los Angeles) per i servizi domiciliari (7). Dai dati di questo studio risultò che a tre anni il 12% del gruppo della VMD_G e il 32% dei controlli avevano una dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana. Così il 4% del gruppo VMD_G e il 10% degli altri erano stati ricoverati in residenze per cronici. In più, nei tre anni, il 21% del gruppo VMD_G contro il 12% dei controlli aveva partecipato a iniziative sociali, tipo università della terza età. L'articolo così conclude: "...The results of our study support the view that a program of comprehensive in-home geriatric assessments may help prevent disability".

Aree e modalità di valutazione

La storia non si è fermata e proseguono lo studio e la ricerca. Dai numerosi studi pubblicati (più di 1200 sotto la voce "comprehensive geriatric assessment" in "PubMed" dal 1969 a oggi) la letteratura internazionale ha dimostrato che la VMD_G e il piano di intervento che da essa deriva:

- costituiscono l'elemento specifico, caratterizzante dell'assistenza continuativa al paziente anziano.
- La VMD_G aumenta l'accuratezza diagnostica e la messa in opera di interventi capaci di rallentare il declino funzionale, ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita di anziani fragili.
- L'uso della VMD_G potrebbe permettere anche una maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse, una riduzione dei costi, e un miglioramento dell'organizzazione e della qualità assistenziale, ma le evidenze in questo senso sono indirette e molto limitate.
- Dalla letteratura si riconosce chiaramente che la VMD_G è particolarmente efficace quando è applicata in una rete di servizi ospedalieri e territoriali organizzati in un unico progetto.
- È stato dimostrato che la cura dell'anziano in un servizio sanitario è più efficace quando si tengono in considerazione e si affrontano gli elementi che contribuiscono allo sviluppo della "fragilità" in età avanzata.

Questi elementi sono identificabili con la procedura di VMD_G, che esplora le seguenti aree:

- salute fisica
- stato cognitivo
- stato psico-emozionale
- stato funzionale
- condizione socioeconomica
- ambiente di vita.

Ciascuna di queste aree può essere esplorata e misurata con apposite scale validate internazionalmente, che sono ben conosciute e per le quali si rimanda alle revisioni dedicate. Ogni selezione sarebbe arbitraria, legata alla propria esperienza poiché complessivamente se ne dovrebbero elencare diverse centinaia, anche solo limitandosi alle più note e applicabili in ambiente non specialistico! Nel 2001 la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria ha pubblicato un ampio lavoro sul tema che si consiglia di consultare, perché, pur essendo in qualche punto datato, è per la gran parte utile anche oggi (8).

Si è quindi imposta la necessità di gestire in modo appropriato una massa tale di informazioni e l'avvento della tecnologia informatica è stata fondamentale. Si sono così proposte sintesi efficaci delle molte aree coinvolte nella VMD_G (9) e, soprattutto, si sono sviluppati strumenti di uso estensivo che integrano in un sistema complesso ma armonico, una gran quantità di informazioni come il sistema

RAI – MDS (VAOR in Italia) che è applicato in tutte le *Nursing Homes* americane dal 1987 e obbligatorio dal 1990. Il sistema è in uso in 37 paesi di tutto il mondo e adottato in Italia da diverse realtà regionali, mentre altre sono in procinto di farlo (10, 11).

VMD_G e le “Unità di Valutazione Geriatrica-UVG”

Il nome di “Unità valutativa geriatrica” (UVG) compare per la prima volta in Italia nel 1992 nel “Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani”, come strumento che regola l’accesso ai servizi socio sanitari per gli anziani. In Italia da allora a oggi vi è stata una crescita delle UVG che ha contribuito

a una visione integrata dei problemi della non autosufficienza, sia sul piano dei contenuti sia del metodo. È però anche difficile riferirsi in modo univoco a questa esperienza perché, sia a livello internazionale che nazionale, dietro questo termine si intendono configurazioni piuttosto diverse (12).

Sono 6 le regioni italiane che hanno previsto l’Unità di Valutazione “geriatrica” e 11 Unità di Valutazione senza il termine “geriatrica” ma variamente denominate (UVM: multidimensionale; UVD: distrettuale, ecc.). Pur essendo di fronte alla solita disastrosa pleora di inutili originalità messe in campo dalle regioni, l’operatività delle UVG – UVM è però abbastanza simile (Tabb. 2 e 3).

Tabella 2 - Le Unità di Valutazione Geriatrica: caratteristiche di un servizio di “valutazione”.

• mantenere la valenza clinica e valutativa rivolta alla persona, al malato e alla sua famiglia
• evitare ogni tentazione di diventare un servizio “autorizzativo”
• essere persone che aiutano altre persone
• non emettere sentenze, ma farsi carico del risultato
• non “classificare” il bisogno, ma aiutare a perseguire il miglior risultato possibile
• non diventare un servizio di “ <i>management</i> ” del caso al posto della famiglia, se presente, ma impostare una metodologia di “ <i>counseling</i> ” e di sostegno alle scelte

Tabella 3 - Aspetti positivi e negativi delle Unità di Valutazione Geriatrica.

Aspetti positivi	Aspetti negativi
Aver introdotto la valutazione multidimensionale, le scale di valutazione, l’uso di indicatori formali.	Vi è stata una sostanziale incapacità di condividere, almeno a livello nazionale, strumenti e metodologie di lavoro.
Aver obbligato operatori di diversa professionalità, soprattutto sanitaria e sociale, a lavorare insieme su un terreno condiviso e con un obiettivo comune.	Si sta garantendo sempre più solo una gestione “autorizzativa” dell’accesso ai servizi sociosanitari.
Aver reso trasparente il meccanismo di accesso ad alcuni servizi: ad esempio in Campania l’accesso alle RSA, o alle residenze in generale come in Emilia o in Veneto, quasi ovunque per l’ADI.	Non rimettere in discussione il percorso che ha portato la persona verso la non autosufficienza.
Aver introdotto la stesura di un progetto assistenziale individualizzato, anche se non dappertutto e con modalità molto diverse da regione a regione.	Aver privilegiato una visione “collocativa” (dove “mettere” non dove “curare” la persona).
Aver creato, pure se in modo ancora insufficiente, una partnership con i familiari nella ricerca della soluzione assistenziale.	Tendere all’anonimato dell’“ <i>équipe</i> ”, non garantire rapporto personalizzato.

MATERIALI DI LAVORO

Per quanto riguarda il ruolo delle Unità Valutative, si registra un sostanziale accordo tra le diverse Regioni. L'Unità valutativa è un'equipe professionale, con competenze multidisciplinari (Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Trento), in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno (Marche, Piemonte, Trento, Basilicata), per disegnare il percorso assistenziale ideale di trattamento del paziente (Marche, Piemonte, Trento, Basilicata), da attuarsi con il consenso della persona interessata e della sua famiglia (Trento) (13).

CONCLUSIONI

Passare da una classificazione per "diagnosi" a una classificazione per "scale" non è un grande passo avanti, se non si supera il ruolo passivo di "registrazione del caso" per divenire anche dei revisori critici del bisogno che è portato in valutazione. Trascurare gli strumenti anche narrativi e clinici di interpretazione delle storie personali, infatti, non consente di mettere in discussione il percorso fra malattia e disabilità che il malato sta compiendo, per dargli eventualmente nuove chance di cura, ma obbliga ad accettarlo così come è non per curarlo, ma per "collocarlo" al meglio.

Alla tecnologia delle "macchine" la geriatria ha anteposto la strategia dell'organizzazione sanitaria, e un approccio al malato anziano di tipo umanistico, che tende a privilegiare gli aspetti di qualità della vita alla semplice cura delle malattie. Ciò non significa rifiutare il progresso della scienza e della tecnica e il concetto della medicina intensiva, ma piuttosto inserire l'intensività e la tecnologia in un progetto assistenziale globale di cui l'intervento sulla malattia acuta è solo un elemento. In altre parole, la geriatria rifiuta l'intervento puntiforme dopo il quale, alla dimissione dall'ospedale tecnologico, il paziente anziano è lasciato a se stesso. La stabilizzazione, la riabilitazione, i supporti sociali, l'intervento dei servizi territoriali e l'assistenza alla famiglia sono ugualmente importanti. La "tecnica" necessaria ad affermare questo modello di cura nella prassi quotidiana è proprio

la VMD_G. Gli elementi forniti dalla VMD_G al processo diagnostico sono infatti essenziali per la pianificazione del progetto individuale di assistenza che si attua nella filiera dei servizi. Solo se si riuscirà a fare in modo che i medici e tutti gli altri operatori sanitari diventino pienamente coscienti di questa filosofia e riescano a vedere il progetto assistenziale nella sua globalità, sarà possibile ricostruirne la partecipazione attiva e l'entusiasmo.

BIBLIOGRAFIA

1. 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;311:1664-70.
2. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: geriatric assessment methods for clinical decision-making. *J Am Geriatr Soc.* 1988;36:342-7.
3. <http://www.sigg.it/public/doc/DASCARICARE/484.pdf?r=0,214864>
4. Dickinson EJ, Young A. Framework for medical assessment of functional performance. *Lancet.* 1990;335:778-9.
5. McCormick JS. Diagnosis: the need for demystification. *Lancet.* 1986;2(8521-22):1434-5.
6. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993;42:1032-36.
7. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, Liu Y, Rubenstein LZ, Beck JC. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med.* 1995;1345-50.
8. 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. <http://www.sigg.it/vmd/index.htm>
9. Vergani C, Corsi M, Bezze M, Bavazzano A, Vecchiato T. A polar diagram for comprehensive geriatric assessment. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;38:139-44.
10. Landi F, Mannarella F. Il sistema VAOR. *I luoghi della cura.* 2011; 9(4):8-11.
11. Falsiroli C, Colloca G, Landi F. VAOR: storia di questi ultimi 20 anni. *I luoghi della cura.* 2014;12(4):8-9.
12. Guaita A. Le UVG tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete. In: *Network Non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto.* Maggioli Editore. 2009;143-156.
13. Pesaresi F, Simoncelli M. Le unità di valutazione multidimensionale. *Prospettive sociali e sanitarie.* 2006;9:8.