



Utilità della valutazione multidimensionale nella routine quotidiana: profilo cognitivo, comportamentale e di autonomia degli ospiti affetti da demenza in Residenza Sanitaria Assistita

Usefulness of comprehensive geriatric assessment in daily routine: cognitive, behavioral and autonomy features of elderly demented people living in nursing home

P. PAGLIARI, P. COSSO, G. RICCI, A.B. IANES*

RSA Villa San Clemente, Villasanta (MI) - Gruppo Segesta; * Direzione Medica, Gruppo Segesta, Milano

We have evaluated cognitive, behavioral and autonomy features of 109 elderly subjects living in a nursing home, to examine care needs related to cognitive impairment.

69.72% of the subjects suffered from dementia, but age, education, number of drugs, number of diagnoses, scores of CIRS, GDS₁₅, SAS, NPI, IADL and ADL didn't allow us to point out to any difference between demented and not demented subjects.

In the future, comprehensive geriatric assessment, will have to employ instruments offering a qualitative rather than quantitative estimate.

Key words: Comprehensive geriatric assessment • Dementia • Elderly • Nursing home • Cognition • Behavior • Autonomy

Introduzione

La demenza, rappresenta, nell'anziano, uno dei maggiori fattori di rischio di istituzionalizzazione e, di conseguenza, indipendentemente dal fatto che una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia un nucleo dedicato, il 40-74% degli ospiti in RSA è affetto da deterioramento cognitivo di varia etiologia e gravità, di questi il 40% ha una demenza di grado severo (*Clinical Dementia Rating* – CDR 3 o più) ed il 30-54% dei residenti in RSA presenta rilevanti disturbi comportamentali¹⁻⁶. La severità della demenza è inoltre associata ad una crescente comorbidità la cui gestione appare essenziale per migliorare, anche se parzialmente, il quadro cognitivo⁷.

Il fabbisogno assistenziale dell'anziano fragile è perciò complesso, e necessita di un approccio capace di cogliere le complesse e mutevoli esigenze della do-

manda in termini di quantificazione dei bisogni assistenziali e della qualità dei servizi.

Questa natura intrinsecamente pluridimensionale, ha sollecitato l'adozione di un approccio olistico all'argomento e nel contempo la ricerca di uno strumento di valutazione articolato ed omogeneo che permetta di formulare un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) in grado di guidare la formulazione di un percorso assistenziale adeguato ai bisogni che, per la natura stessa del paziente anziano, possono essere mutevoli anche nel breve periodo.

Questo modello e gli strumenti che utilizza, sottolineano la centralità della persona anziana vista come risorsa, protagonista per sé e per la propria storia.

Il lavoro d'equipe è così svolto in base a un progetto e il rapporto con la persona serve a promuovere e realizzare servizi in grado di rispondere ai bisogni di salute e di migliorare nel contempo la proposta di vita comunitaria, promuovendo un controllo attivo della vita della persona anziana e soprattutto delle condizioni di disagio psicofisico derivanti dalla perdita dell'autosufficienza.

Con l'introduzione del PAI sono state abbandonate le soluzioni standardizzate sostituite dalla realizzazione di programmi d'attività rispondenti ad esigenze fisiche, mentali e sociali, in grado di soddisfare più efficacemente i bisogni della persona. Questo processo tipico della visione geriatrica della cura, ha significato il passaggio dalla logica per prestazioni a quella per obiettivi, chiari, realistici, condivisi ed orientati ai risultati.

La validità di tale metodica è stata negli anni confermata da un gran numero di studi condotti su ampie casistiche che hanno dimostrato come l'adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale nella pianificazione assistenziale di soggetti in strutture di lungodegenza per anziani migliora gli indici di qualità della vita, riduce il declino funzionale ed ottimizza il rapporto costo efficacia soprattutto tramite una riduzione dell'ospedalizzazione.

Appare pertanto di importanza strategica, ai fini della stesura del PAI^{8,9} un inquadramento delle caratteristiche sociali, delle performance cognitive e dell'autonomia. In questo senso la valutazione multidimensionale è uno strumento di lavoro indispensabile ed insostituibile nella pratica geriatrica¹⁰⁻¹⁴ anche se la ricchezza di strumenti di valutazione da un lato, e i differenti schemi di assessment adottati rendono problematico il confronto fra realtà differenti.

Obiettivo

Scopo del lavoro è stato di verificare se la valutazione del quadro cognitivo, del comportamento e dell'autonomia in una popolazione di anziani residenti in RSA con gli strumenti routinariamente utilizzati, sia realmente in grado di inquadrare efficacemente le caratteristiche della persona anziana residente in RSA.

Materiali e metodi

Sono stati esaminati in un giorno campione i soggetti ospiti presso la RSA "Villa San Clemente" di Villasanta (MI), struttura appartenente alla SRL Segesta Gestioni (Gruppo Korian), dotata di 110 posti letto di lungodegenza suddivisi in 5 nuclei di 22 letti ciascuno. All'interno della struttura non è presente un nucleo protetto per soggetti affetti da demenza.

Tutti i soggetti presenti nell'RSA Villa San Clemente di Villasanta sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale comprendente le caratteristiche generali degli ospiti (età, scolarità, numero di farmaci e di diagnosi), il grado di comorbilità e la severità di tale comorbilità (*Cumulative Illness Rating Scale - CIRS*)¹⁵, il grado di deterioramento cognitivo (*Mini Mental State Examination - MMSE*)¹⁶, la compromissione globale delle condizioni dell'ospite (*Clinical Dementia Rating - CDR*)¹⁷, la presenza di depressione (*Geriatric Depression Scale - GDS₁₅ item*)¹⁸, la presenza di ansia (*Self Anxiety Scale - SAS*)¹⁹, la presenza e la gravità di disturbi psicocomportamentali (*Neuropsychiatric Inventory - NPI*)²⁰, la compromissione nelle attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living - IADL*)²¹ e basali di vita quotidiana (*Activities of Daily Living - ADL*)²².

Tale valutazione è stata eseguita dai medici della struttura (PP, CP, RG) in cinque giorni campione (un giorno per ogni nucleo operativo) dal 23 al 27 aprile 2008; le scale di valutazione sono state redatte contemporaneamente ed autonomamente da due dei tre componenti dello staff medico, riservando, in caso di discordanza anche di un solo item, al terzo componente la stesura definitiva della scala di valutazione.

I soggetti sono stati classificati in base all'assenza di deterioramento cognitivo (n = 10), alla presenza di *mild cognitive impairment* (MCI) (n = 23), di malattia di Alzheimer (n = 44), demenza vascolare (n = 17) o demenza "mista" (n = 15).

La diagnosi di MCI e delle differenti forme di demenza è stata effettuata in base ai criteri internazionalmente riconosciuti²³⁻²⁷.

I dati ottenuti in ciascuno dei campioni sono stati trasformati in valori medi \pm deviazione standard e confrontati mediante Analisi della Varianza (ANOVA) e successivamente è stata utilizzato Test di Scheffé per l'analisi "post hoc" dei singoli gruppi di soggetti considerati. Sono stati considerati significativi valori di $p \leq 0.05$.

L'analisi statistica è stata condotta utilizzando il Software Statistica 6.0 (STATSOFT Inc.).

Risultati

Sono stati esaminati 109 soggetti presenti nella struttura nei giorni campione individuati. Il tempo medio di permanenza in struttura era di 13 mesi (minimo 1 mese - massimo 32 mesi)

I dati del campione (Tab. I) ci mostrano che un'elevata percentuale degli ospiti della RSA è costituito da soggetti affetti da deterioramento cognitivo ($76/109 = 69,72\%$), prevalentemente di grado lieve moderato (CDR1, CDR2) di età media di circa 78 anni, lievemente superiore nei soggetti deteriorati cognitivamente.

La scolarità del campione è mediamente di 6 anni senza differenze significative fra i gruppi di soggetti dementi e fra dementi e non dementi,

anche se i soggetti affetti da malattia di Alzheimer hanno una scolarità media inferiore ($5,00 \pm 2,77$), rispetto ai non deteriorati ($7,40 \pm 4,69$) ed ai soggetti affetti da demenza "mista" e vascolare (Tab. I).

Il consumo di farmaci è inferiore nei soggetti affetti da malattia di Alzheimer ($3,20 \pm 2,00$) rispetto agli altri gruppi di soggetti (normali cognitivamente e affetti da demenze non Alzheimer) anche se all'analisi "post hoc" di Scheffé tali differenze non appaiono significative (Tab. I).

Nessuna differenza è emersa nei differenti gruppi per quanto riguarda il numero di patologie, i punteggi di CIRS, GDS, SAS di Zung (Tab. I).

I punteggi di MMSE, di CDR differiscono in modo statisticamente significativo fra soggetti deteriorati e non, come del resto è da attendersi da scale che vengono utilizzate routinariamente a questo scopo. Non vi sono invece differenze nei punteggi di MMSE e di CDR fra i soggetti affetti da malattia di Alzheimer e quelli affetti da demenza "mista" o vascolare (Tab. I).

I punteggi di NPI sono più bassi nei soggetti cognitivamente normali e nei soggetti affetti da MCI rispetto ai soggetti affetti da qualsiasi forma di demenza ma tali differenze non sono apparse significative al Test di Sheffé nell'analisi "post hoc" (Tab. I).

Tab. I. Caratteristiche della popolazione studiata (n = 109) suddivisa in base alla presenza o all'assenza di demenza (TEST - ANOVA).

	Alzh (44)	Dmista (15)	VaD (17)	MCI (23)	Norm (10)
Età	78,88 \pm 5,53	80,46 \pm 4,94	77,17 \pm 4,79	78,08 \pm 5,99	75,30 \pm 6,44
Scolarità	5,00 \pm 2,77	7,40 \pm 4,53	6,82 \pm 4,11	6,73 \pm 3,81	7,40 \pm 4,69
Farmaci	3,20 \pm 2,00	5,33 \pm 2,31	4,64 \pm 2,08	4,21 \pm 2,27	5,40 \pm 1,89
N. diagnosi	3,61 \pm 1,61	4,60 \pm 1,80	4,05 \pm 1,34	4,86 \pm 2,61	4,60 \pm 1,80
CIRS severità	1,41 \pm 0,26	1,57 \pm 0,33	1,51 \pm 0,26	1,47 \pm 0,29	1,54 \pm 0,20
CIRS comorb	2,00 \pm 1,51	2,80 \pm 1,61	2,35 \pm 0,86	2,18 \pm 1,68	2,40 \pm 0,96
MMSE	18,11 \pm 3,94	18,66 \pm 5,08	20,64 \pm 5,26	25,17 \pm 3,20*	27,10 \pm 2,07*
CDR	1,51 \pm 0,62	2,00 \pm 0,37	1,70 \pm 0,90	0,50 \pm 0,10*	0,30 \pm 0,25*
GDS	5,57 \pm 3,16	4,25 \pm 2,49	6,30 \pm 3,40	6,18 \pm 3,81	6,30 \pm 3,40
SAS	36,94 \pm 10,05	37,14 \pm 7,52	36,26 \pm 8,92	39,78 \pm 10,51	39,99 \pm 13,73
NPI totale	25,97 \pm 18,59	35,73 \pm 17,87	30,23 \pm 22,75	18,08 \pm 15,26	15,30 \pm 15,36
IADL (f. perse)	2,95 \pm 2,27*	5,26 \pm 1,39	4,11 \pm 2,11	1,47 \pm 1,20*	0,60 \pm 0,84*
ADL (f. mantenute)	5,04 \pm 1,34	3,86 \pm 1,55	4,47 \pm 1,46	5,86 \pm 0,45	5,30 \pm 1,25

* Significatività statistica ($p < 0,01$)

Tab. II. Numero di attività strumentali di vita quotidiana (IADL) perse – confronto fra i differenti gruppi di soggetti esaminati (Test di Scheffé). In grassetto le differenze statisticamente significative.

	Alzh (44)	Dmista (15)	VaD (17)	MCI (23)	Norm (10)
Alzh (44)		0,042244	0,791104	0,333863	0,138144
Dmista (15)	0,042244		0,934881	0,000083	0,000080
VaD (17)	0,791104	0,934881		0,020811	0,008830
MCI (23)	0,333863	0,000083	0,020811		0,992042
Norm (10)	0,138144	0,000080	0,008830	0,992042	

Tab. III. Numero di attività di vita quotidiana (ADL) conservate – confronto fra i differenti gruppi di soggetti esaminati (Test di Scheffé). In grassetto le differenze statisticamente significative.

	Alzh (44)	Dmista (15)	VaD (17)	MCI (23)	Norm (10)
Alzh (44)		0,273559	0,953704	0,57823	0,999966
Dmista (15)	0,273559		0,983469	0,005134	0,442626
VaD (17)	0,953704	0,983469		0,149495	0,943771
MCI (23)	0,57823	0,005134	0,149495		0,992812
Norm (10)	0,999966	0,442626	0,943771	0,992812	

Analogamente nei soggetti normali e affetti da MCI il numero di attività strumentali di vita quotidiana perdute è inferiore significativamente rispetto ai soggetti affetti da demenza mista e vascolare, ma non rispetto ai soggetti affetti da malattia di Alzheimer. Questi ultimi mostrano una significativa maggior compromissione nelle IADL rispetto ai soggetti affetti da demenza “mista”, ma non rispetto ai soggetti con demenza vascolare (Tab. II). Il numero di attività basali di vita quotidiana (ADL) mantenute appare sostanzialmente sovrapponibile nei soggetti normali, negli “MCI” e nei soggetti affetti da malattia di Alzheimer o Vascolare. Una compromissione nelle ADL statisticamente significativa è evidente solo fra soggetti affetti da demenza “mista” e quelli affetti da MCI (Tab. III).

Conclusioni

La popolazione da noi valutata ha mostrato un'età media relativamente bassa (Tab. I), con una scolarità elementare, una comorbilità importante, sia per numero di patologie che per severità, fatto che si riflette nel consumo elevato di farmaci. Elevata la prevalenza di deterioramento cognitivo (69,72% = 76/109) ma con una gravità lieve moderata ed un grado di compromissione delle IADL e ADL abbastanza modesto (Tab. I).

Le caratteristiche del gruppo studiato, sono perciò in controtendenza rispetto a quanto emerge nella letteratura anche recente^{1-6 28 29}, ma non rispecchiano una selezione all'ingresso in struttura. Escludiamo inoltre che vi siano “bias” legati alla somministrazione delle scale di valutazione, perché i componenti dello staff medico hanno lunga esperienza in tal senso ed i dati delle singole scale sono stati esaminati e verificati in maniera uniforme e condivisa.

Lo studio è stato condotto su tutti i soggetti presenti in un periodo preciso dell'anno, ma questo non condiziona, a nostro avviso, i risultati della valutazione multidimensionale, legati soltanto alla tipologia di ospiti presenti in quel momento in struttura.

Nonostante queste particolarità, il dato a nostro avviso più interessante è legato alla scarsa sensibilità delle scale di valutazione di “screening” in uso nelle RSA di cogliere le differenze all'interno di gruppi di persone affette da demenza seppur di grado lieve-moderato associata ad importante comorbilità.

Questo dato deve far considerare la necessità di utilizzare strumenti di valutazione differenti, più sensibili nel riconoscere le variazioni anche minime dello stato di salute e che, pur tenendo conto del dato quantitativo, siano in grado di offrire una valutazione qualitativa dei problemi, in modo che il PAI possa meglio inquadrare le necessità ed i bisogni degli ospiti.

Abbiamo valutato le caratteristiche cognitive, comportamentali e di autonomia di 109 soggetti anziani residenti in Residenza Sanitaria Assistita per verificare le necessità assistenziali in relazione alla presenza di deterioramento cognitivo.

Il 69,72% dei soggetti esaminati presentava un quadro di demenza, ma la valutazione di età, scolarità, numero di farmaci, numero di diagnosi, punteggi di CIRS, GDS₁₅, SAS di Zung, NPI, IADL ed ADL, non ci ha permesso di evidenziare le differenze fra i sottogruppi di soggetti normali,

affetti da *mild cognitive impairment*, demenza vascolare, mista o malattia di Alzheimer.

La valutazione multidimensionale dovrà in futuro utilizzare strumenti di valutazione che al di là del dato quantitativo offrano una visione qualitativa dei dati raccolti.

Parole chiave: Valutazione multidimensionale • Demenza • Anziano • Residenza Sanitaria Assistenziale • Cognitività • Comportamento • Autonomia

BIBLIOGRAFIA

- 1 Hebert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L, Cohen C. *Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M693-9.
- 2 Quesada JJ, Calvani D, Valente C, Boni F, Trombaccia G, Fumagalli S, et al. *Deterioramento cognitivo, disturbi del comportamento e dell'umore, stress del caregiver: studio su 68 pazienti*. G Gerontol 1996;44:433-7.
- 3 Guaita A. *I "nuclei speciali di cura" per i malati di Alzheimer ed altre demenze: indicatori di qualità dell'intervento*. G Gerontol 2000;48:42-7.
- 4 Macdonald AJD, Carpenter GI, Box O, Roberts A, Sahu S. *Dementia and use of psychotropic medication in non-elderly mentally infirm nursing homes in South West England*. Age Ageing 2002;31:58-64.
- 5 Bellelli G, Frisoni GB, Bianchetti A, Boffelli S, Guerini GB, Scotuzzi A, et al. *Special care units for demented patients: a multicenter study*. Gerontologist 1998;38:456-62.
- 6 Gerdner LA, Beck CK. *Statewide survey to compare services provided for residents with dementia in special care units and non-special-care units*. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2001;16:289-95.
- 7 Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, Marin D, Neumann PJ. *Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease*. J Gerontol A, Biol Sci Med Sci 2002;57:M173-7.
- 8 D.P.R. 14 gennaio 1997. *"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"*.
- 9 2 D.G.R. n. 7435 del 14.12.2001. *"Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31 'Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA)'"*.
- 10 Ferrucci L, Marchionni N; Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. *Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi*. G Gerontol 2001;49:S1-S76.
- 11 Marceca M, Mastromattei A, Pasquarella A, Casagrande S, Guasticchi G. *La valutazione multidimensionale in sanità pubblica*. Ann Ig 2003;15:787-803.
- 12 Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC. *Comprehensive geriatric assessment*. New York: McGraw-Hill 2000.
- 13 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.
- 14 Rubenstein LZ, Josephson KR, Harker JO, Miller DK, Wieland D. *The Sepulveda GEU study revisited: long-term outcomes, use of services, and costs*. Aging Clin Exp Res 1995;7:212-27.
- 15 Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. *Validation of cumulative illness rating scale in a geriatric residential population*. J Am Geriatric Soc 1995;43:130-7.
- 16 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;12:196-8.
- 17 Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. *A new clinical scale for the staging of dementia*. Br J Psychiatry 1982;140:566-72.
- 18 Sheikh JI, Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version*. Clin Gerontol 1986;4:165-73.
- 19 Zung WWK. *A rating instrument for anxiety disorders*. Psychosomatics 1971;12:371-9.
- 20 Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. Neurology 1994;44:2308-14.
- 21 Katz S, Ford AB, Moskowitz RW. *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. J AM Med Assoc 1963;185:914-9.
- 22 Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist 1969;9:179-86.
- 23 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington, DC: APA 1994.
- 24 *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision*. Geneva: World Health Organization 2007.
- 25 McKahn G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. *Clinical diagnosis of Alzheimer's dis-*

- ease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease.* Neurology 1984;34:939-44.
- ²⁶ Roman GC, Tatemichi TK, Erkiuntti T. *Vascular dementia - diagnostic criteria for research studies: reports of the NINDS-AIREN international workshop.* Neurology 1993;43:250-60.
- ²⁷ Winblad B, Palmer K, Kivipelto M: *Mild Cognitive Impairment: beyond controversies, towards a consensus.* J Int Med 2004;256:240-6.
- ²⁸ Buchanan RJ, Rosenthal M, Graber DR, Wang S, Kim MS. *Racial and ethnic comparison of nursing home residents at admission.* J Am Dir Assoc 2008;9:568-79.
- ²⁹ Wang J, Kane RL, Eberly LE, Virnig BA, Chang LH.: *The effects of resident and nursing home characteristics on Activities of Daily Living.* J Gerontol Med Sci 2009;64A:473-80.