



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

ODONTOIATRIA GERIATRICA

Valutazione multidimensionale in odontostomatologia geriatrica

Assessment and oral health in the elderly

F. ANZIVINO, P. MANSANTI, A.M. ZAGATTI, A. ZURLO

Unità Operativa Complessa di Geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara

The assessment of elders' needs requires a more complex approach than in the past: it is necessary to consider not only their prior or current diseases, but also their social environment and their individual psychological qualities. This new approach to the problem is called multidimensional assessment, a term that implies a collaboration between several professionals (multiprofessional assessment). This is the only way that will allow us to have a clear picture of the diseases as well as of the possible disabilities and the social and sanitary handicaps that could stem from them. Dentists, in particular, should be strongly interested in adopting this methodology, which would grant them concrete advantages in the daily proceedings of their profession.

Key words: Gerodontology • Geriatric assessment

Ormai è quasi di moda parlare di anziani: i giornali e, in generale, tutti i mezzi di comunicazione di massa spesso descrivono l'argomento con immagini per lo più catastrofiche in cui l'invecchiamento della popolazione è percepito in modo simile alle grandi epidemie o emergenze sanitarie usando termini inquietanti che descrivono un mondo ingrigitto e sostanzialmente impoverito dal fenomeno dell'invecchiamento, impoverito soprattutto dal punto di vista economico per l'inevitabile squilibrio tra classi più giovanili, che decrescono, e quelle più anziane, non più produttive, che incrementano a vista d'occhio.

Solo negli ultimi anni si va modificando lentamente questo concetto catastrofico e si parla sempre più di vecchiaia come risorsa: per la persona che invecchia e per la società che lo vede invecchiare. Questo cambiamento di visione trova la sua spiegazione in due fenomeni principali: il miglioramento dello stato generale di salute delle persone in età avanzata e la possibilità di eseguire lavori produttivi, non usuranti, eseguibili da soggetti con più di 65 anni.

È allora evidente che la definizione stessa di anziano non è più così chiara e netta come appariva fino a qualche anno fa quando si distingueva un'età pediatrica, una giovanile-adulta e, infine, una della vecchiaia che iniziava a 65 anni, epoca del pensionamento nella maggior parte dei Paesi industrializzati. L'enorme allungamento della speranza di vita, unitamente al ridursi della numerosità della popolazione più giovane, ha portato a scompensi socio-demografici che hanno determinato importanti riflessi anche economici e di programmazione assistenziale in generale.

Ma la vera differenza è determinata dal generale miglioramento dello stato di salute e, quasi sempre, della qualità di vita. Non è ipotizzabile, se non in casi specialissimi, che un soggetto in cattive condizioni generali e/o psichiche possa raggiungere un'età molto avanzata. Si è ripetutamente e giustamente detto che un individuo di 65 anni oggi è da considerarsi un "giovane" rispetto ad un soggetto di



pari età di 20 o 40 anni fa. Non si è posto sufficientemente l'accento sul fatto che una coorte di individui sempre più anziani conduce un'esistenza sostanzialmente buona ma non paragonabile a quella di un individuo giovane-adulto. Sono individui, in genere ultrasettantacinquenni, che assommano più malattie ad andamento cronico e che richiedono controlli e cure di tipo sanitario oltre che di tutela dal punto di vista sociale. Questi soggetti, in ambiente geriatrico, vengono definiti "fragili". Sono persone in cui il rischio di innescare eventi patologici "a cascata" è molto più elevato che nella restante popolazione anziana "più giovane" e in cui la possibilità di sviluppare disabilità è concretamente possibile anche per situazioni cliniche generalmente ormai non sono più considerate pericolose, come ad esempio una sindrome influenzale, un focolaio broncopneumonico, una caduta, l'allettamento di qualche giorno.

Ogni evento patologico può portare ad una riduzione o perdita di strutture anatomiche e di conseguenza di funzioni mentali o fisiche che realizzano una menomazione. Il passaggio da malattia a menomazione è molto più frequente ed irreversibile nell'anziano che nel soggetto giovane-adulto.

È evidente che la maggior capacità di controllare patologie, anche molto complesse, porta a doversi confrontare con individui affetti da patologie plurime, che assumono molti farmaci e che possono sviluppare limitazioni nello svolgimento delle attività della vita quotidiana che configurano la disabilità.

La disabilità pertanto non è la fatale conseguenza della malattia ma non vi è dubbio che nell'anziano la presenza di più patologie e la caratteristica riduzione delle capacità di recupero rendono altamente probabile l'insorgenza di una situazione in cui sono ridotte le capacità di svolgere gli atti della vita quotidiana.

È pertanto chiaro che, a parità di malattia, possono determinarsi disabilità diverse a seconda della gravità della malattia stessa, dei precedenti patologici,

della tempestività e appropriatezza delle cure, e così via. L'esempio più facilmente comprensibile è quello di un soggetto colpito da ictus cerebri che svilupperà una paralisi motoria più o meno grave a seconda di una serie complessa di fattori sia biologici che psico-sociali. Ma la capacità di un individuo di riuscire a rimanere inserito nel suo contesto sociale e familiare dipendono da altri fattori, a parità di grado di menomazione e di conseguente disabilità. Vi sono, cioè, fattori *esterni* al soggetto malato che determinano le capacità funzionali nella vita quotidiana. Questi fattori vengono definiti come handicap il cui equivalente lessicale, in italiano, è svantaggio. Sono quelle condizioni od ostacoli spesso di natura architettonica (barriere fisiche) ma anche di natura economica o psichica che rendono meno facile la gestione dell'autonomia personale. Per tornare all'esempio del soggetto colpito da ictus se si realizzano condizioni per le quali sono rimosse le barriere architettoniche, vi sia un ottimale utilizzo di aiuti protesici ed ortesici, non vi siano difficoltà economiche è molto più probabile che non si debba ricorrere ad una istituzionalizzazione del soggetto colpito da paralisi.

La valutazione delle possibilità di svolgere le attività di vita quotidiana viene indagata con semplici scale che riescono però a differenziare in maniera molto precisa ed utile il campo della disabilità ed il grado della stessa. In geriatria si distinguono sostanzialmente tre gruppi di attività di vita quotidiana che sono sintetizzati nei seguenti acronimi:

- BADL (Basic Activity Daily Living) (Tab. D);
- IADL (Instrumental Activity Daily Living) (Tab. II);
- AADL (Advanced Activity Daily Living) (Tabb. III e IV).

Le prime (BADL) riguardano le attività basilari della vita quotidiana come il vestirsi, il camminare, l'uso dei servizi, la capacità di alzarsi autonomamente e quella di alimentarsi.

Tab. I. Scheda di valutazione delle ADL (da Katz¹, mod.).

Autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL)	SI	P	NO
FARE IL BAGNO (riceve assistenza nel lavare non più di una parte del corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI (escluso l'allacciarsi le scarpe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DEL GABINETTO (vi si reca con ausili, si pulisce e riveste da solo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOBILITÀ (si alza e siede sulla sedia senza appoggiarsi, può usare il bastone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENZA (controllo completo di feci ed urine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAZIONE (escluso il tagliare la carne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADL: autonomia in _____/6 (sommare solo i SI)

Tab. II. Scheda di valutazione delle IADL (da Lawton ², mod.).

Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL)				
		<i>Uso del telefono</i>		
Autonomo 4	Solo numeri ben noti 3	Risponde, non chiama 2	Incapace 1	
		<i>Acquisti nei negozi</i>		
Autonomo 4	Solo piccoli acquisti 3	Deve essere assistito 2	Incapace 1	
		<i>Uso dei mezzi di trasporto</i>		
Autonomo 5	Solo con taxi, non usa mezzi pubblici 4	Usa mezzi pubblici solo se accompagnato 3	Taxi o auto con aiuto di 1 persona 2	Incapace 1
		<i>Capacità di usare medicinali</i>		
Autonomo 3	Solo se preparati in singole dosi 2	Incapace 1		
		<i>Amministrazione delle proprie finanze</i>		
Autonomo 3	Solo acquisti modesti, non operazioni bancarie 2	Incapace 1		

IADL: = autonomia in ____/19

Le seconde (IADL) indagano sulle capacità di usare “strumenti” quali il telefono, i mezzi pubblici, l’assunzione di farmaci, l’amministrazione delle proprie finanze, ecc.

Infine le AADL vengono utilizzate per valutare le capacità funzionali di più alto livello come eseguire lavori impegnativi, praticare una qualche forma di sport o di esercizio fisico, ecc. Ottenere un punteggio elevato nelle AADL rappresenta la realizzazione di una condizione ottimale che viene definita “invecchiamento con pieno successo”.

L’impegno del geriatra è quello di ricercare gli indicatori di rischio e di trasmetterli a tutti gli specialisti d’organo in modo da poter fornire un utile strumento di lavoro che permetta, in piena sicurezza per il medico ed il paziente, di applicare tut-

te le nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche che la medicina continuamente offre.

L’odontoiatra ha un ruolo di non poco rilievo in questa opera di integrazione professionale in quanto spesso è chiamato ad esprimere un giudizio di fattibilità di cure oro-dentali che possono essere anche complesse e cruenti, in soggetti in età anche molto avanzata ma di aspetto “giovane”. Il punto che dovrebbe essere preso in considerazione è se questo apparente giovanilismo è tale anche dal punto di vista biologico e, soprattutto, se non coesistono situazioni patologiche compensate o ben controllate dai farmaci che potrebbero scompensarsi con lo stress dell’intervento odontoiatrico.

Tab. III. Scala gerarchica della salute per valutare le AADL (da Rosow et al. ³, mod.).

Quale di queste azioni il suo stato di salute le consente di eseguire senza aiuto?

- lavori *pesanti* intorno alla casa, come spalare la neve o lavare le pareti?
- (uomini) svolgere un lavoro a tempo pieno (donne) eseguire i normali lavori intorno alla casa
- camminare per circa 800 metri
- andare al cinema, in chiesa, a un incontro o da amici
- salire e scendere due piani di scale

Tab. IV. Scala gerarchica legate all’esercizio per valutare le AADL (da Reuben et al., ⁴).

- Partecipa frequentemente (almeno tre volte alla settimana) a sport attivi come nuoto, jogging, tennis, bicicletta, aerobica, corpo libero o altre attività che provocano sudorazione o affaticamento?
- Cammina spesso (almeno tre volte alla settimana) per almeno un chilometro e mezzo o più, in una volta sola, senza fermarsi?
- Cammina spesso (almeno tre volte alla settimana) per circa 500 metri, senza fermarsi?

Tab. V. Valutazione breve dello stato mentale (SPMSQ).

	SI	NO
Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Che giorno della settimana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual è il nome di questo posto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual è il suo numero di telefono? (oppure: Qual è il suo indirizzo?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanti anni ha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando è nato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chi è l'attuale Papa? (o Presidente della Repubblica?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chi era il precedente Papa? (o Presidente della Repubblica?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual era il cognome di sua madre prima di sposarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faccia 20-3, poi ancora -3 sino a raggiungere 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punteggio: _____

(8-10 assenza di deterioramento; 6-7 deterioramento lieve; 3-5 deterioramento moderato; 0-2 deterioramento grave).

La valutazione di questi pazienti è così complessa e specifica che non è possibile ipotizzare che tutti gli odontoiatri siano in grado di farla ma la cosa importante è che tutti siano al corrente dell'entità del problema e della possibilità che questo venga affrontato con professionalità e competenza. In questo modo la valutazione multidimensionale fatta dal geriatra potrà offrire all'odontoiatra un prodotto finale che esprime, con ragionevole certezza, il grado di rischio ed il rapporto costo-beneficio o, meglio, costo-efficacia.

In questo quadro non va dimenticata la valutazione dello stato mentale che non poche implicazioni medico-legali può avere anche in relazione alle cure oro-dentali che possono avere un costo economico rilevante. Il geriatra è riconosciuto, a livello internazionale, come lo specialista che si occupa della valutazione del declino cognitivo e, di conseguenza, un suo giudizio, se correttamente e compiutamente espresso, può rappresentare una sicurezza operativa per l'odontoiatra o per altri specialisti che si apprestano ad eseguire interventi in cui è richiesto un reale consenso (consapevole ed informato).

Anche in questo caso riportiamo, a mo' di esempio, un breve test per lo screening iniziale dello stato mentale che viene usato routinariamente nella pratica geriatrica, sia ambulatoriale che ospedaliera (SPMSQ) (Tab. V).

Ecco, allora, il senso del titolo di questo breve articolo: l'odontoiatra è pronto ad affrontare i numero-

si e complessi problemi che il paziente anziano pone, alla luce della costante crescita della popolazione anziana e delle sempre più precise richieste di cure odontoiatriche? È ovvio che, mutando di poco i termini del problema, la stessa domanda potrebbe essere rivolta a molti specialisti "d'organo" ma, nel caso della pratica odontoiatrica, è particolarmente pregnante per le peculiarità in cui quasi sempre si svolge la professione del dentista che opera spesso in studi privati, senza collegamenti diretti con le strutture ospedaliere e senza l'abitudine di paragonare il proprio operato con altri specialisti.

Il III millennio, di cui tutti parlano, porterà sicuramente alla luce la necessità dell'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria, specie quella rivolta al paziente anziano, con lo scopo di indirizzare le risorse disponibili solo nei confronti di quelli che presentano reali problemi assistenziali e di fare una seria programmazione alla luce dei reali bisogni espressi in modo da poter ritarare le risorse, in tempo quasi reale, monitorando lo stato di salute della popolazione anziana.

La valutazione multidimensionale, termine in cui si racchiude la capacità di porre in evidenza i complessi problemi della persona malata con l'obiettivo di trovare la soluzione agli stessi, è l'unico strumento che ha dimostrato, in modo inequivocabile, efficacia ed efficienza e che, speriamo, possa diventare patrimonio comune che, trasversalmente, investa tutti gli operatori che agiscono in campo bio-psico-sociale.

La valutazione dei bisogni nelle persone anziane richiede un approccio più complesso che per il passato in cui si deve tener conto non solo delle

malattie, in essere o pregresse, ma anche del contesto sociale e delle peculiarità psichiche. Questo nuovo modo di accostare il problema viene defi-

nito valutazione multidimensionale che sottende una collaborazione di più professionisti (valutazione multiprofessionale). Solo in questo modo si potrà avere un quadro preciso delle malattie, delle possibili disabilità e degli svantaggi (handicap) sanitari e sociali che ne possono derivare. L'odontoiatra dovrebbe essere fortemente inte-

ressato ad utilizzare tale metodologia per trarne concreti vantaggi nell'esercizio quotidiano della sua professione.

Parole chiave: Odontostomatologia geriatrica • Valutazione multidimensionale

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Katz S. *Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living*. J Am Geriatr Soc 1983;31:721-7.
- ² Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist 1969;9:179-85.
- ³ Rosow I, Breslau N. *A Guttman Health Scale for the Aged*. J Gerontol 1996;21:556-9.
- ⁴ Reuben DB, Laliberte L, Hiris J. *A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level*. J Am Geriatr Soc 1990;38:855-61.