

# IL Paziente Geriatrico

Stefano Volpato

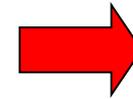
# Obiettivi Formativi

- Conoscere le caratteristiche cliniche del paziente anziano/geriatrico
- Saper affrontare e valutare il paziente anziano
- Conoscere i principi e gli obiettivi della valutazione multidimensionale geriatrica (VMD)
- Conoscere il concetto di continuità delle cure
- Conoscere i benefici clinici della VMD
- Saper eseguire una VMD breve

# Paziente “Geriatrico”

- Multimorbilità
- Politerapia
- Età > 75 aa
  - Incontinenza
  - Cadute
  - Problemi nutrizionali
  - Osteoporosi
  - Anemia
  - Sarcopenia
  - Instabilità clinica
  - Patologia a cascata

**Declino  
funzionale**



- **Cognitivo**
- **Fisico**
- **Psichico**
- **Socio-economico**

# Caratteristiche demografiche e cliniche di 1123 pazienti ricoverati nei reparti di Medicina Interna e Geriatria (studio CRIME)

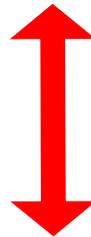
Età (media)	81.5
≥85 %	34.0
Donne, %	56.0
Numero di Patologie (media)	5.61
>5 ,%	52.0
Numero di farmaci durante il ricovero	10.6
≥10 ,%	51.3
MMSE (0-30)	17.2
MMSE non somministrabile, %	16.5
Numero di ADL perse (media)	2.45
Dolore, %	52.5
Cadute, %	24.8

Disabilità

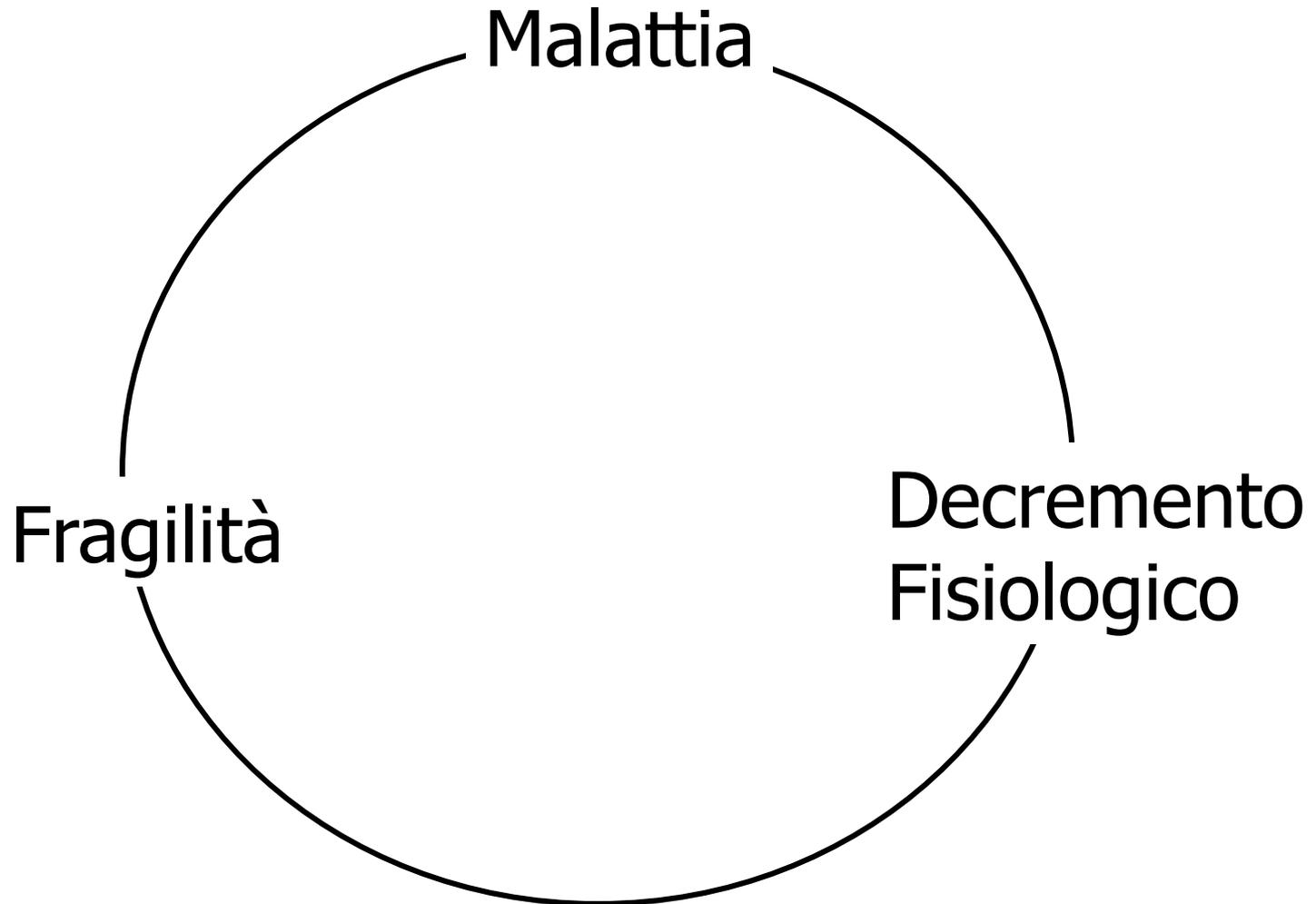
Malattia

Fragile

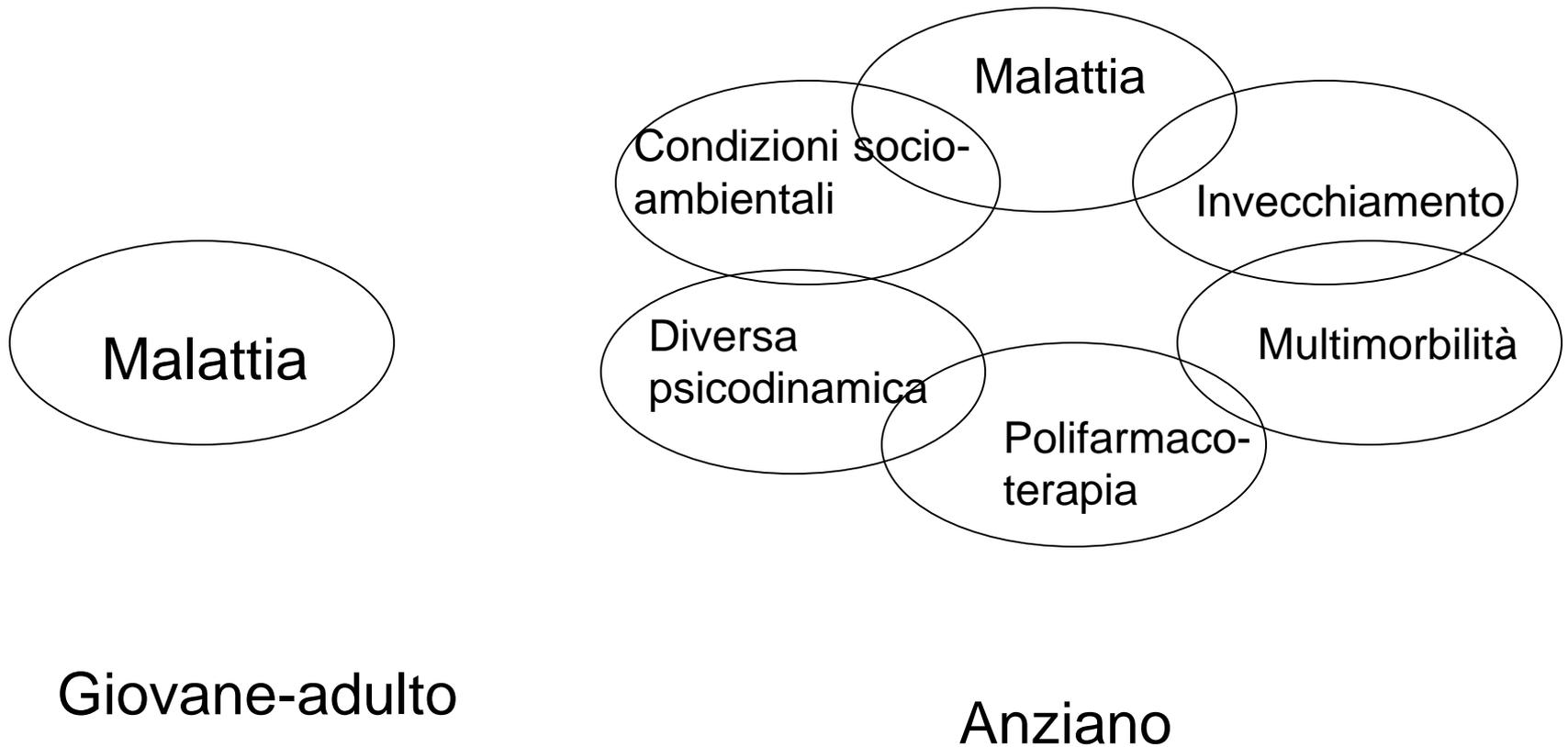
Invecchiamento



# Fragilità e Malattia



# Complessità del paziente anziano rispetto al giovane-adulto



# Presentazione atipica di malattia

Malattia	Giovane-Adulto	Anziano
Tireotossicosi	Gozzo, tremore, esoftalmo	Fibrillazione atriale, delirium, depressione
Infarto del miocardio	Dolore toracico	Delirium, sincope, scompenso
Scompenso cardiaco	Dispnea, affaticabilità	Disabilità, delirium
Polmonite	Tosse, dispnea, febbre	Delirium, astenia, declino funzionale

# Problematiche nella valutazione clinica del paziente anziano

## ANAMNESI

- Deficit mnesici e cognitivi
- Deficit neurosensoriali
- Aspecificità dei sintomi
- Multimorbilità
- Polifarmacoterapia
- Diversa risposta psicodinamica
- Solitudine
- Basso livello culturale

## ESAME OBIETTIVO

- Motivi socio-culturali (maggiore senso del pudore specie nella donna)
- Frequente presenza di deformità e limitazioni funzionali
- Minore collaborazione

## CONSEGUENZE

- Maggior probabilità di errore
- Necessità di cultura gerontologico-geriatrica
- Necessità di maggiore tempo

# Strategie di comunicazione: Controllo dell'ambiente

- Utilizzare stanze ben illuminate
- Evitare o minimizzare i rumori esterni
- Evitare le interruzioni

# Strategie di comunicazione: Stabilire una relazione amichevole

- Presentarsi
- Rivolgersi al paziente utilizzando il cognome
- Rivolgersi al paziente e guardarlo direttamente e di fronte
- Sedersi di fronte a livello degli occhi
- Parlare lentamente con tono profondo
- Utilizzare domande aperte: “Cosa potrei fare per lei?”

# Strategie di comunicazione: Assecondare i bisogni del paziente

- Indagare la presenza di deficit uditivo ed eventualmente modulare il tono della voce in modo appropriato
- Se necessario, scrivere eventuali domande con caratteri molto grandi
- Concedere al paziente un tempo adeguato per poter rispondere

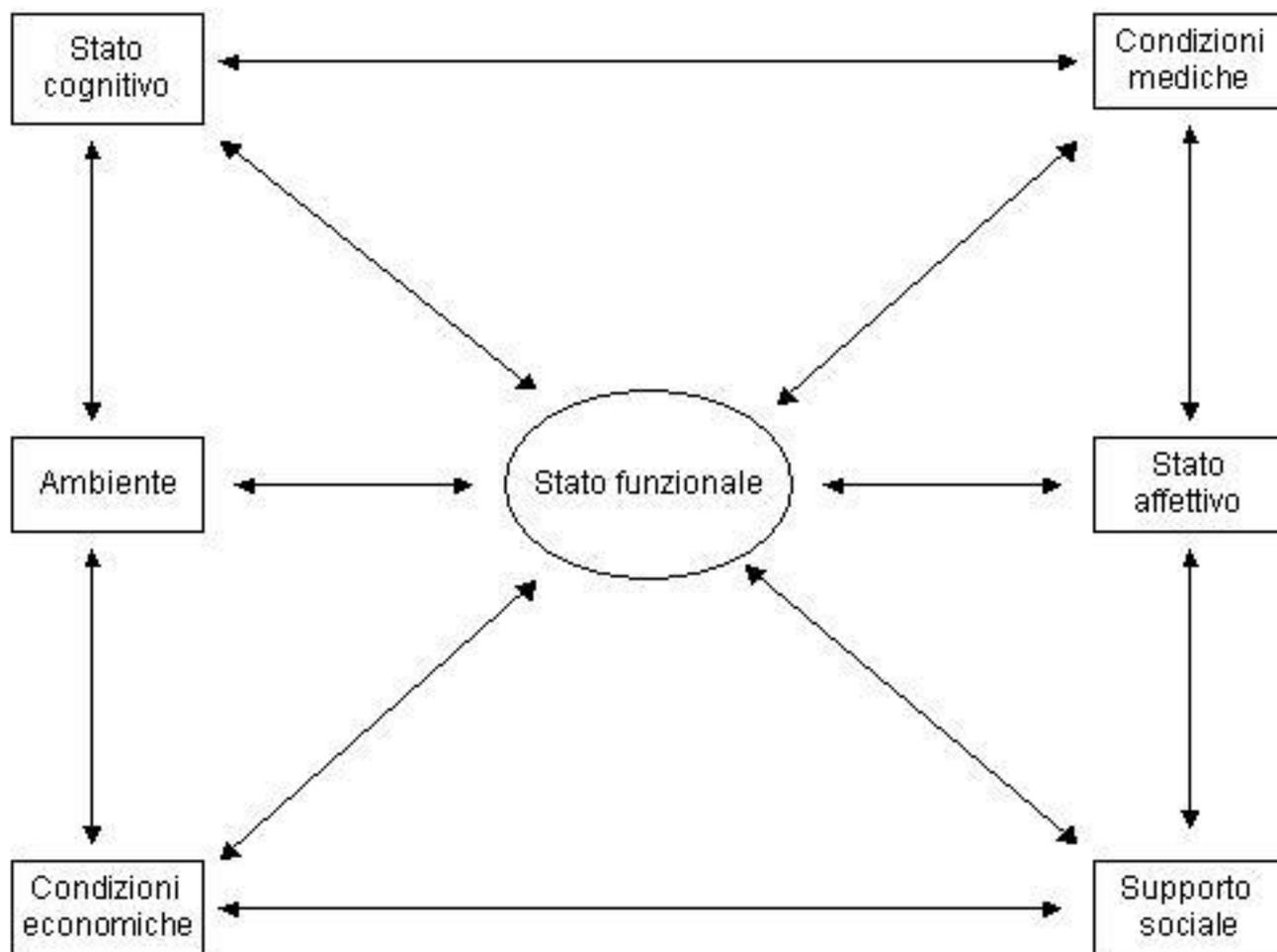
# Confronto tra approccio internistico tradizionale e geriatrico

## Internistico tradizionale

1. Mira a risolvere il problema medico
2. Misura il successo in termini di guarigione
3. Ricerca l'unitarietà del quadro morboso
4. Considera il rischio di recidiva di una malattia
5. E' in una dimensione prettamente medica
6. E' generalmente monodimensionale (disease-oriented)
7. Considera la cura come l'atto del risolvere il problema attuale

## Geriatrico

1. Può solo controllarlo, raramente risolverlo
2. Misura il successo in termini di stato di salute
3. Discerne il peso relativo delle varie patologie sul quadro clinico
4. Considera il rischio di declino funzionale conseguente alla comorbidità
5. Forte integrazione tra dimensioni medica e sociale
6. E' apertamente e strutturalmente multidimensionale
7. E' fortemente orientato dal principio della continuità della cura (programmare l'iter assistenziale)





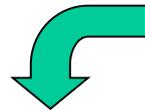
**Elderly  
people**

VALUTAZIONE  
MULTIDIMENSIONALE  
GERIATRICA

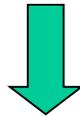
# Inghilterra 1930

---

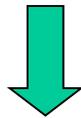
Lionel Cousin  
Ferguson Anderson  
Marjorie Warren



Valutazione globale di pazienti anziani



Evidenziazione di deficit funzionali misconosciuti



Programma riabilitativo mirato



Consistente miglioramento della qualità di vita

La VMD geriatrica è una valutazione multidisciplinare nella quale:

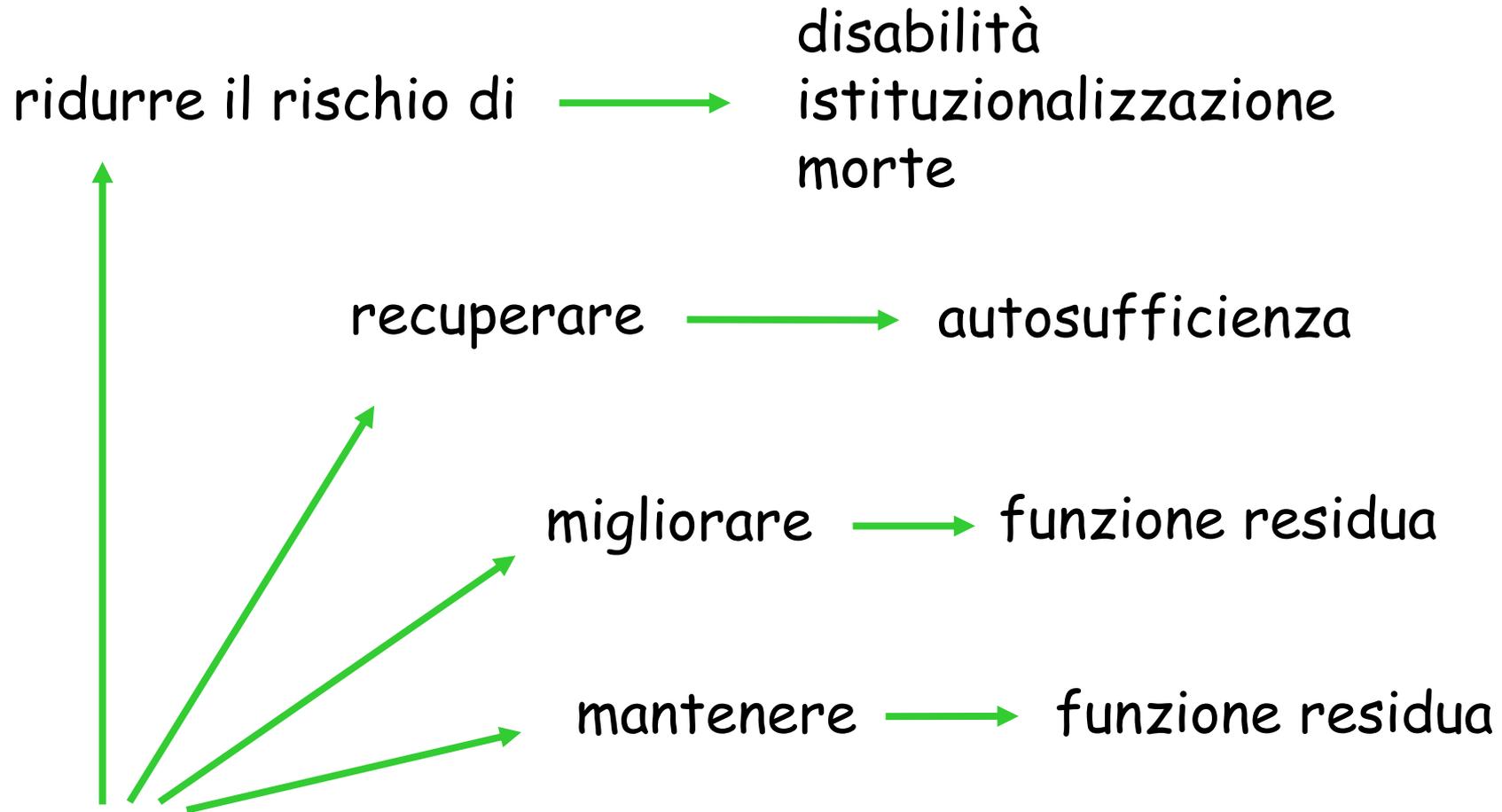
1. Sono identificati, descritti e spiegati i molteplici problemi dell'anziano
2. Vengono definite le sue capacità funzionali
3. Viene stabilita la necessità di servizi assistenziali
4. Viene sviluppato un piano di trattamento e di cure, nel quale i differenti interventi siano commisurati ai bisogni ed ai problemi

# I MAGGIORI OBIETTIVI E FINALITA' DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA

- Migliorare Accuratezza Diagnostica
- Ottimizzare trattamento medico
- Migliorare i risultati
- Migliorare la funzionalità e la qualità della vita
- Migliorare i luoghi di residenza
- Ridurre l'utilizzo non necessario dei servizi

# Paziente Geriatrico

---



piani speciali di intervento

# Valutazione Multidimensionale

---

E' dimostrato che la valutazione sistematica mediante VMD di soggetti anziani mette in luce problematiche cliniche e sociali misconosciute e, spesso, potenzialmente reversibili

gli anziani tendono frequentemente ad interpretare come normali sintomi quali:

- perdita della memoria
- dolori articolari
- affaticamento
- dispnea
- perdita funzionale nelle attività della vita quotidiana



ritardo nella diagnosi

# VALUTAZIONE GERIATRICA GLOBALE

- La Valutazione Multidimensionale (VMD) è una metodologia di indagine che si serve di una vasta gamma di test, misurazioni e scale di valutazione per misurare il problema o area problematica che si intende valutare.
- Essa pertanto si affianca al normale inquadramento nosologico delle patologie dell'anziano fragile, permettendone una più globale ed approfondita conoscenza sul piano funzionale, cognitivo e sociale.
- La VMD valuta in modo standardizzato ed interdisciplinare le diverse aree problematiche dell'anziano “fragile” al fine di identificare con precisione i problemi ed elaborare un piano di assistenza che ne determini la risoluzione.

# VALUTAZIONE GERIATRICA GLOBALE

- I programmi di valutazione geriatrica variano ampiamente nello scopo, nella comprensibilità, nel tipo di staff utilizzato, nell'organizzazione e nelle componenti strutturali e funzionali.
- La maggior parte tenta di focalizzare il bersaglio dei servizi alle persone anziane e di accoppiare la valutazione dei risultati con interventi individuali specifici:
  - riabilitazione,
  - educazione,
  - counseling,
  - servizi di supporto.

OSPEDALE

Unità  
VMG

AMBULATORIO

Screening Protocollo  
VMG

## DOVE LA VMG?

COMUNITA'

Screening Visite a  
domicilio

RESIDENZE  
PROTETTE

RSA

# UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)

## 1° livello

- MEDICO-GERIATRA
- INFERMIERE PROFESSIONALE
- ASSISTENTE SOCIALE

## 2° livello

- FISIATRA
- TERAPISTA RIABILITATORE
- MEDICO SPECIALISTA
- PSICOLOGO

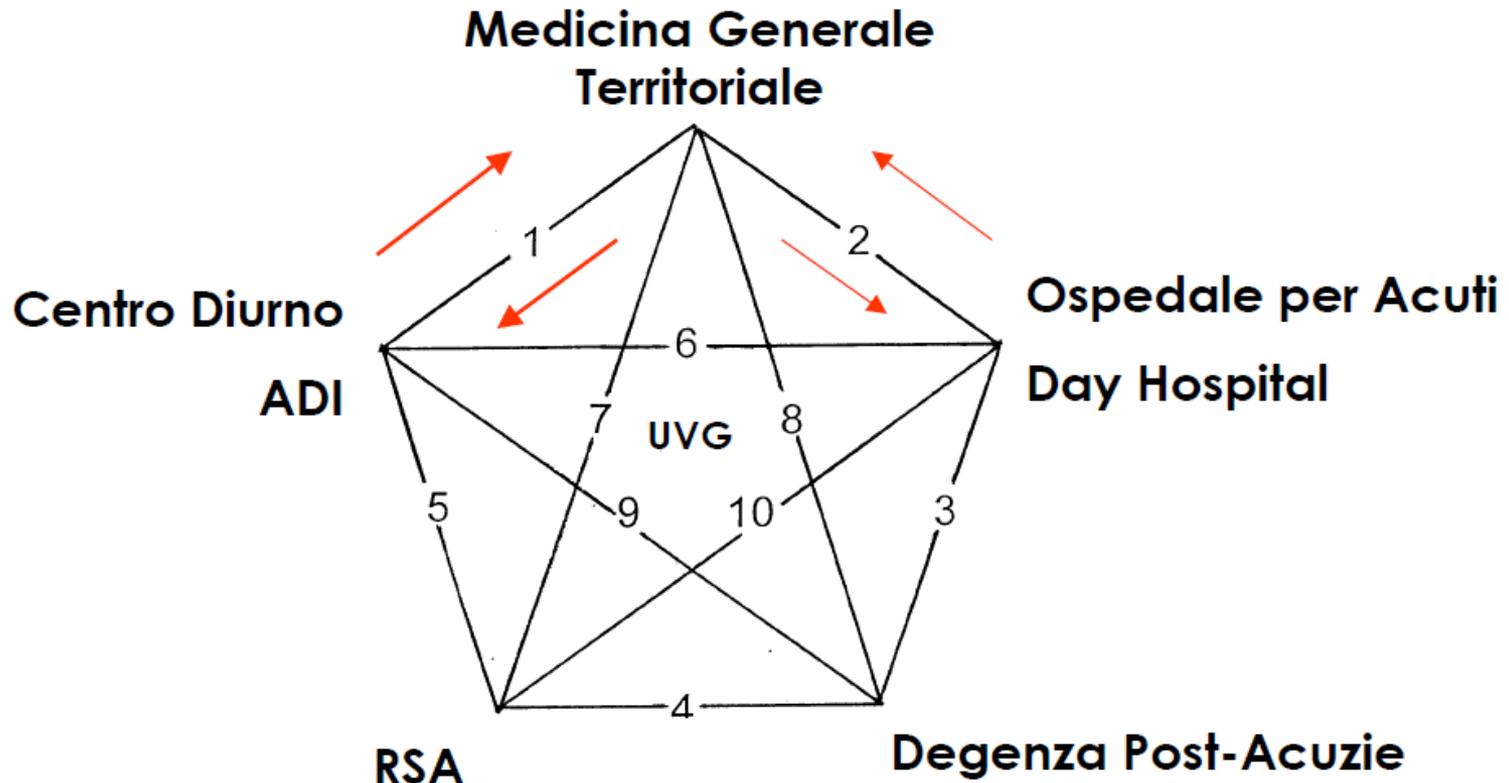
## OBIETTIVI SECONDARI VMG

- Individuazione del caso
- Trattamento
- Uso ottimale delle risorse

## COMPITI DEL TEAM

- RACCOLTA DATI
- DISCUSSIONE DEI DATI DEL SINGOLO PAZIENTE
- SVILUPPO DI UN PIANO DI TRATTAMENTO
- MONITORAGGIO

# VMD e Rete dei Servizi



*UVG: Unità di Valutazione Geriatrica*  
*ADI: Assistenza Domiciliare Integrata*  
*RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale*

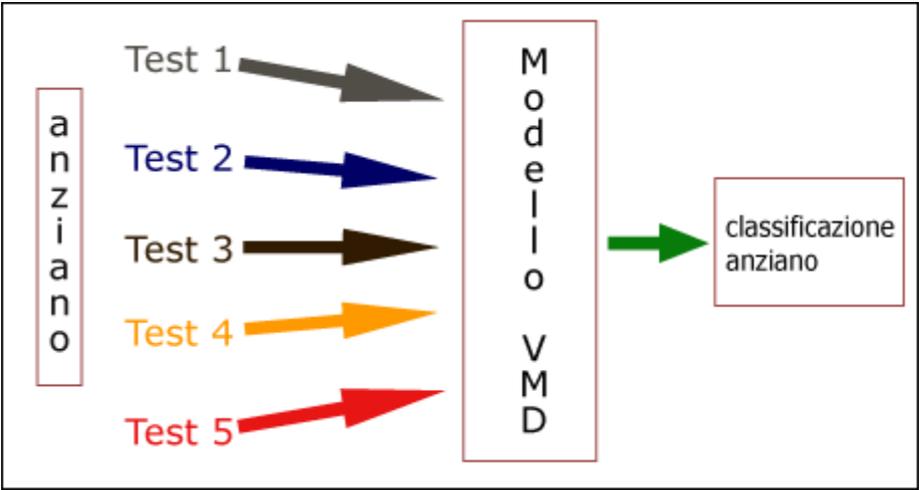
→ **Transizione**

# Valutazione geriatrica globale: risultati attesi

- La valutazione geriatrica globale del paziente fragile o cronico può migliorare la sua assistenza e i risultati clinici:
  - maggiore accuratezza diagnostica,
  - miglioramento dello stato funzionale e mentale,
  - ridotta mortalità,
  - riduzione dei ricoveri in case per anziani e ospedali
  - maggiore soddisfazione per l'assistenza ricevuta

# VMD GERIATRICA: DOMINI DI VALUTAZIONE

- Salute fisica
- Salute cognitiva
- Salute psico-affettiva
- Capacità funzionale
- Situazione socio-ambientale



# STRUMENTI DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

- STRUMENTI DI VMD TRADIZIONALI
  - valutano in maniera descrittiva le singole aree problematiche dell'anziano
  - Hanno come limite principale quello di non condurre in maniera guidata ad un piano di intervento, di essere descrittivi di una singola area problematica e di non garantire un rapido confronto tra diverse esperienze assistenziali e diversi setting assistenziali
- STRUMENTI DI VMD DI SECONDA GENERAZIONE
  - sono strumenti omnicomprensivi, che:
    - guidano verso una corretta diagnosi eziologica delle problematiche evidenziate;
    - conducono ad un migliore piano di assistenza individualizzato;
    - garantiscono il monitoraggio dello stato di salute;
    - consentono la realizzazione di un database (che a sua volta consente confronto, controllo di qualità, trasferibilità dei dati).

# VALUTAZIONE CLINICA

<b>Ambito</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Gestione</b>	<b>Commenti</b>
<u>Nutrizione</u>	Malnutrizione Obesità Ac. grassi saturi Calcio	Diario alimentare Dietista se necessario Controllo pasti pronti	Rischi: scarsa dentizione, mancanza trasporto, cibi Precotti.
<u>Anamnesi Farmacologica</u>	Terapia poli-farmacologica	Semplificare la terapia	Rischi: troppi prodotti da banco.
<u>Fumo, alcool o Tossicod.</u>	Identificarne l'uso	Counseling Eventuale terapia sostitutiva	Rischi: vivere soli, alterazioni personalità,
<u>Esercizio</u>	Inattività Atrofia muscolare Disabilità	Moderato esercizio aerobico	Declino maggiormente correlato alla inattività che all'età.
<u>Prevenzione incidenti</u>	Incidenti d'auto Cadute	Valutazione sensoriale, cognitiva e dell'equilibrio	Pazienti >65 a maggiore frequenza di infortuni a casa. Aumento degli incidenti d'auto

<b>Ambito</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Gestione</b>	<b>Commenti</b>
<u>PA, peso</u>	Ipertensione Obesità	Counseling non Farmacologico Terapia antipertensiva	Il rischio non declina con l'età
<u>Vista</u>	Calo del visus Cataratta Glaucoma Degenerazione Maculare	Correzione Trattamento specifico	Possibile correlazione con alterazioni cognitive. La chirurgia della cataratta può migliorare il quadro
<u>Udito</u>	Ipoacusia sensoriale/ di conduzione Presbiacusia	Apparecchi auricolari Trattamenti Specifici	Apparecchi auricolari possono migliorare il quadro
<u>Cavità orale</u>	Carie, Neoplasie del cavo orale, edentulia	Trattamenti specifici	Aspetto maggiormente trascurato nell'esame obiettivo Può alterare la nutrizione

Numero di patologie  
presenti in un individuo



**Comorbilità**

**sintomatologia**

risposta al trattamento

possibilità di recupero

**prognosi**

Gravità delle patologie



# Caratteristiche degli indici di comorbidità

- Valutano l'effetto di **sommazione** delle singole patologie
- Valutano l'effetto di **interazione** delle singole patologie

## Indice di Comorbidità di Charlson

Comorbidità	Punti
Infarto miocardio	1
Cardiopatìa	1
Malattie vascolari	1
Malattie cerebrovascolari	1
Demenza	1
Malattie polmonari croniche	1
Malattie del tessuto connettivo	1
Ulcera	1
Lievi malattie del fegato	1
Diabete ( senza complicazioni)	1
Diabete con danneggiamento degli organi	2
Ictus	2
Moderate o gravi malattie renali	2
Secondo tumore non metastatico	2
Leucemia	2
Linfoma, MM	2
Moderate o gravi malattie del fegato	3
Secondo tumore metastatico	6
AIDS	6
<b>Punteggio totale</b>	.....

## INDICE DI COMORBIDITÀ (CIRS)

(Parmalee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-137)

1) Patologie cardiache (solo cuore)	①	②	③	④	⑤
2) Ipertensione	①	②	③	④	⑤
si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente					
3) Patologie vascolari sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico	①	②	③	④	⑤
4) Patologie respiratorie polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe	①	②	③	④	⑤
5) O.O.N.G.L. occhio, orecchio, naso, gola, laringe	①	②	③	④	⑤
6) Apparato GI superiore esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas	①	②	③	④	⑤
7) Apparato GI inferiore intestino, ernie	①	②	③	④	⑤
8) Patologie epatiche solo fegato	①	②	③	④	⑤
9) Patologie renali solo rene	①	②	③	④	⑤
10) Altre patologie genito-urinarie ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali	①	②	③	④	⑤
11) Sistema muscolo-scheletro-cute muscoli, scheletro, tegumenti	①	②	③	④	⑤
12) Patologie sistema nervoso sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza	①	②	③	④	⑤
13) Patologie endocrine-metaboliche include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici	①	②	③	④	⑤
14) Patologie psichiatriche-comportamentali include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi	①	②	③	④	⑤

①: assente; ②: lieve; ③: moderato; ④: grave; ⑤: molto grave

Indice di severità: \_\_\_\_\_

Indice di comorbidità: \_\_\_\_\_

## INDICE DI COMORBIDITA (CIRS)

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano.

La versione proposta è quella in uso presso i Nuclei Alzheimer della Regione Lombardia.

Questo strumento richiede che il medico definisca la severità clinica e funzionale di 14 categorie di patologie. Il medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

- ① *assente*: nessuna compromissione d'organo/sistema
- ② *lieve*: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
- ③ *moderato*: la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete o fratture).
- ④ *grave*: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
- ⑤ *molto grave*: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio; stroke; sanguinamenti gastro-intestinali; embolia).

Si ottengono due indici:

**L'Indice di severità**, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali);

**L'Indice di comorbidità**, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).

# Valutazione funzionale

# ATTIVITÀ DEL VIVERE QUOTIDIANO (ADL)

Katz S et al, 1963

TIPO	SCORE
<b>CONTINENZA</b>	
Autonomia completa	1
Necessità di essere aiutato o pulito o sporcarsi\bagnarsi più di una volta alla settimana o totale incontinenza	0
<b>ALIMENTARSI</b>	
Autonomia completa	1
Un qualche aiuto durante il pasto o necessità di essere pulito dopo o dover essere aiutato o necessità di notevole aiuto per ogni pasto o totale non autosufficienza	0
<b>VESTIRSI</b>	
Autonomia completa anche nello scegliersi i vestiti	1
Minore assistenza, assistenza moderata anche nello scegliersi i vestiti, maggiore assistenza anche se si sforza di collaborare, non autosufficienza totale	0
<b>CURA PERSONA(PULIZIA, CAPELLI, MANI, VOLTO, ABITI)</b>	
Autonomia completa	1
Minore assistenza (esempio radersi), assistenza moderata e supervisione, assistenza totale però si mantiene curato, rende vano qualsiasi sforzo degli altri	0
<b>DEAMBULAZIONE</b>	
Autonomia completa	1
Solo dentro casa, deve essere aiutato, autonomo nella sedia a rotelle ma deve essere aiutato per spostarsi, confinato a letto	0
<b>LAVARSI</b>	
Autonomia completa	1
Ogni tipo di aiuto dentro o fuori dalla vasca, può lavarsi faccia e mani ma non il resto, totale aiuto ma collaborante, non autosufficienza completa	0

# ATTIVITÀ STRUMENTALI DEL VIVERE QUOTIDIANO (IADL)

Lawton MP e Brody EM, 1969

## **A) CAPACITÀ DI USARE IL TELEFONO**

1. Usa il telefono di propria iniziativa (alza la cornetta, compone il numero.....)
2. Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
3. Risponde al telefono ma non è capace di comporre i numeri
4. Non è in grado di usare il telefono
0. Rifiuto - non applicabile

## **B) FARE ACQUISTI**

1. Fa tutte le proprie spese senza aiuto
2. Fa piccoli acquisti senza aiuto
3. Ha bisogno di essere accompagnato ogni volta che deve acquistare qualcosa
4. Non è in grado di fare acquisti
0. Rifiuto - non applicabile

## **C) PREPARAZIONE DEL CIBO**

1. Organizza, prepara e serve i pasti in modo adeguato e senza aiuto
2. Prepara pasti adeguati se gli vengono forniti gli ingredienti
3. Scalda e serve pasti preparati oppure prepara cibi, ma non mantiene una dieta adeguata
4. I pasti gli devono essere preparati e serviti
0. Rifiuto - non applicabile

## **D) CAPACITÀ DI ACCUDIRE LA CASA**

1. Sbriga le faccende domestiche da solo o con assistenza occasionale per i lavori pesanti
2. Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti (rifà il letto, lava i piatti.....)
3. Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti ma non è in grado di mantenere un adeguato livello di pulizia della casa
4. Necessita di aiuto per tutti i lavori domestici
5. Non partecipa a nessuna azione di governo della casa
0. Rifiuto - non applicabile

# ATTIVITÀ STRUMENTALI DEL VIVERE QUOTIDIANO (IADL)

Lawton MP e Brody EM, 1969

## **E) AUTONOMIA NEL LAVAGGIO DELLA BIANCHERIA**

1. Lava personalmente tutta la sua biancheria
2. Lava solo i piccoli capi di biancheria (calzini, fazzoletti)
3. Tutta la biancheria deve essere lavata e stirata da altri
0. Rifiuto - non applicabile

## **F) MEZZI DI TRASPORTO**

1. Si sposta da solo utilizzando i mezzi pubblici o guidando la propria auto
2. Per spostarsi usa il taxi, ma non i mezzi pubblici
3. Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno
4. Può spostarsi soltanto in taxi o in auto con l'assistenza di qualcuno
5. Non si sposta con alcun tipo di mezzo di trasporto
0. Rifiuto - non applicabile

## **G) RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI MEDICINALI**

1. Assume i medicinali prescritti nelle dosi giuste e negli orari corretti
2. Assume i medicinali solo se preparati in anticipo in dosi separate
3. Non è in grado di assumere correttamente le terapie da solo
0. Rifiuto - non applicabile

## **H) CAPACITÀ DI GESTIRE LE PROPRIE FINANZE**

1. Gestisce le proprie finanze in modo autonomo (scrive assegni, paga le tasse, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate, riscuote la pensione)
2. E' in grado di fare piccoli acquisti ma necessita di aiuto per le operazioni più complesse (operazioni bancarie, acquisti maggiori....)
3. Non è in grado di maneggiare denaro
0. Rifiuto - non applicabile

# Salute cognitiva e mentale

- Sono stati testati e validati diversi test di screening per le disfunzioni cognitive;
- Il **Mini-Mental State Examination** è diffuso perché testa in maniera efficiente la maggior parte degli aspetti della funzione cognitiva

MINI MENTAL STATE EXAMINATION				
1. Orientamento temporale (5)	<input type="checkbox"/>	Giorno del mese <input type="checkbox"/>	Giorno della settimana <input type="checkbox"/>	Mese <input type="checkbox"/>
		Stagione <input type="checkbox"/>	Anno <input type="checkbox"/>	
2. Orientamento spaziale (5)	<input type="checkbox"/>	Luogo <input type="checkbox"/>	Piano <input type="checkbox"/>	Città <input type="checkbox"/>
		Regione <input type="checkbox"/>	Nazione <input type="checkbox"/>	
3. Memoria a breve termine (3)	<input type="checkbox"/>	Richiamo di tre parole: pane <input type="checkbox"/> gatto <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/>		
4. Concentrazione (5)	<input type="checkbox"/>	100 <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	Sillabare al contrario la parola O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
5. Memoria a lungo termine (3)	<input type="checkbox"/>	Ripetere le parole precedenti: pane <input type="checkbox"/> gatto <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/>		
6. Linguaggio (8)	<input type="checkbox"/>	Denominazione di matita <input type="checkbox"/> orologio <input type="checkbox"/> Ripetere <i>sopra la panca la capra campa</i> <input type="checkbox"/>  Esecuzione del comando in tre tempi <input type="checkbox"/> Prenda il foglio con la mano destra <input type="checkbox"/> Lo pieghi in due <input type="checkbox"/> Lo butti sul pavimento <input type="checkbox"/> Esecuzione del comando scritto (chiuda gli occhi) <input type="checkbox"/> Scrittura della frase		
7. Prassia di costruzione (1)	<input type="checkbox"/>	Copia del disegno		
Nota: gli items rifiutati vengono considerati come 0 (errore); gli items non eseguiti per incapacità fisica o culturale si condiranno 9 (mancante)				
Scrittura della frase				
DISEGNO				
8. TOTALE		a. (Crudo)		b. (Corretto per età e scolarità)



COEFFICIENTI DI AGGIUSTAMENTO MMSE					
Scolarità (anni)	Età				
	65-69	70-74	74-79	80-85	85+
0-4	+0.4	+0.7	+1.0	+1.5	+2.2
5-7	-1.1	-0.7	-0.3	+0.4	+1.4
8-12	-2.0	-1.6	-1.0	-0.3	+0.3
13+	-2.8	-2.3	-1.7	-0.9	+0.3

# Salute cognitiva e mentale

## TEST DI PFEIFFER

### Short portable mental status questionnaire

(Pfeiffer E.; A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. "Journal of the American geriatrics Society", Oct.1975, vol.23, n.10, 433-441)

	Si	No
1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Che giorno della settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qual è il nome di questo posto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qual è il suo numero di telefono.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Qual è il suo indirizzo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quanti anni ha.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando è nato.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Chi è il Presidente della Repubblica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chi era il Presidente precedentemente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quale era il cognome di sua madre da ragazza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numero totale errori \_\_\_\_ / 10

Punteggio corretto \_\_\_\_ / 10

# Stato dell'umore e salute psichica

- Dei diversi strumenti di screening validati per la depressione, la Scala Geriatrica di Depressione e la Scala di Depressione di Hamilton sono le più facili da utilizzare e le più largamente adottate.
- Comunque, uno strumento di screening a due domande
  - “Durante gli ultimi mesi è stato colpito da sentimenti di tristezza, depressione o perdita di speranza?
  - È colpito spesso da mancanza di interesse o di piacere nel fare le cose?”)
- ha la stessa efficacia di queste lunghe scale. Sintomi psichiatrici specifici (p. es., paranoia, delusione, anomalie comportamentali) sono testati nella valutazione psicologica, ma sono meno facilmente quantificabili e raramente sono compresi nei test comuni.

## Geriatric Depression Scale

1. È fondamentale soddisfatto della sua vita?	Sì	No
2. Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	Sì	No
3. Sente che la sua vita è vuota?	Sì	No
4. Si annoia spesso?	Sì	No
5. È di buon umore la maggior parte del tempo?	Sì	No
6. Ha paura che qualcosa di brutto stia per succederle?	Sì	No
7. Si sente più felice nella maggior parte del tempo?	Sì	No
8. Si sente spesso impotente?	Sì	No
9. Preferisce restare a casa piuttosto che uscire e fare cose nuove?	Sì	No
10. Ritieni di avere più problemi con la memoria della maggior parte delle persone?	Sì	No
11. Pensa che la vita sia meravigliosa?	Sì	No
12. Si sente piuttosto inutile così com'è?	Sì	No
13. Si sente pieno di energie?	Sì	No
14. Ha l'impressione che la sua situazione sia disperata?	Sì	No
15. Pensa che la maggior parte delle persone sia migliore di lei?	Sì	No
Punteggio: ___/15 Un punto per "No" alle domande 1, 5, 7, 11, 13 Un punto per "Sì" alle altre domande	Normale	3 ± 2
	Liev. depr	7 ± 3
	Molto depr.	12 ± 2
<small>Adattata da Sheikh JI, Yesavage JA: "Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version," in <i>Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention</i>, edited by TL Brink. Binghamton, NY, Haworth Press, 1986, pp. 165-173.            © By The Haworth Press, Inc. Tutti i diritti riservati. Riproduzione autorizzata.</small>		

# Situazione socio-ambientale:

- I fattori che interessano la situazione socio-ambientale del paziente sono complessi e difficili da quantificare.
- Comprendono:
  - la rete di interazione sociale,
  - disponibilità di risorse sociali di supporto,
  - speciali necessità e sicurezza e convenienza ambientale, che influenzano l'approccio di trattamento utilizzato.
  - Risorse economiche
- Tali informazioni possono essere ottenute prontamente da un'infermiera esperta o da un'assistente sociale.
- Diversi strumenti di valutazione sono disponibili
- Una checklist può essere utilizzata per valutare la sicurezza in casa.

# NORME DI SICUREZZA DOMICILIARE

- Sono presenti dei numeri telefonici per le emergenze accanto al telefono e vengono regolarmente aggiornati?
- Sanno come comunicare un'emergenza i familiari e gli altri badanti?
- Il paziente, i suoi familiari ed i badanti sono consapevoli dei rischi insiti nel fumare a letto?
- Se viene usato l'ossigeno, il paziente ed i badanti conoscono l'uso corretto del sistema di erogazione e come effettuarne la pulizia?
- Le armi da fuoco vengono tenute scariche e sotto chiave?
- Le sostanze tossiche (farmaci, detersivi, insetticidi, solventi, smacchiatori, ecc.) vengono tenute fuori della portata dei bambini e smaltite ove non più necessarie?
- Sono presenti un sistema di allarme antincendio ed un estintore? Il paziente ed i badanti sanno utilizzarlo?
- I familiari ed i badanti dispongono di un piano di evacuazione in caso di incendio o di altre calamità?
- Sono state eliminate o legate le frange dei tappeti?
- I cavi elettrici sono in buono stato, all'aperto e non corrono sotto tappeti o moquette né sono arrotolati intorno a chiodi?
- Sono presenti tappetini anti-scivolamento nelle vasche e nelle docce?
- Sono presenti ringhiere o inferriate lungo le scale?
- Le scale, gli atri e gli ingressi sono privi di materiale d'ingombro?
- I gradini ed i corridoi sono liberi da utensili, giocattoli o altri oggetti?
- Gli strumenti medicali e gli ausili funzionano correttamente?
- Il paziente ed i badanti sanno utilizzare in modo corretto e sicuro le apparecchiature?
- Il paziente ed i badanti conoscono le procedure da seguire in caso di malfunzionamento delle apparecchiature?

# Strumenti di Seconda e Terza Generazione

<b>ACRONIMO</b>	<b>STRUMENTO</b>	<b>Regione</b>
<b>AGED</b>	<b>Assessment Geriatric Disability</b>	Liguria
<b>BINA</b>	<b>Breve indice sulla non autosufficienza</b>	Emilia Romagna
<b>CARTELLA GERIATRICA</b>		Piemonte
<b>GFRS</b>	<b>Scala di valutazione della funzionalità geriatrica</b>	Lazio
<b>SOSIA</b>	<b>Scheda osservazione intermedia assistenza</b>	Lombardia
<b>SVAMA</b>	<b>Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano</b>	Veneto, Puglia Campania
<b>SVM</b>	<b>Scheda valutazione multidimensionale</b>	Trento
<b>VGA</b>	<b>Valutazione del grado di autosufficienza</b>	Toscana
<b>VAL.GRAF</b>	<b>Scheda di VMD longitudinale dell'anziano dei servizi geriatrici</b>	Friuli Venezia Giulia
<b>VAOR</b>	<b>Scheda di valutazione dell'anziano ospite di residenza</b>	Abruzzo, Calabria, Lazio



# B.I.N.A.:

## Breve indice di non autosufficienza

---

### 1. MEDICAZIONI

- 10  non necessarie
- 30  per ulcerazioni e distrofie cutanee
- 60  per catetere a permanenza o stomizzati
- 100  per piaghe da decubito

### 2. NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE

- 10  buona salute (controlli medici non programmati)
- 30  necessità di assistenza medica programmata
- 70  necessità di assistenza medica domiciliare programmata e di prestazioni e/o consulenze specialistiche
- 100  necessità di prestazioni sanitarie continuative integrate

### 3. CONTROLLO SFINTERICO

- 10  presente
- 30  incontinenza urinaria saltuaria
- 70  incontinenza urinaria permanente
- 100  incontinenza totale (vescicale e anale)

### 4. DISTURBI COMPORTAMENTALI

- 10  assenti
- 50  disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso chiede sempre nuovi farmaci)
- 80  disturbi della cognitività (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità)
- 100  costante atteggiamento aggressivo e/o violento (paziente agitato, irrequieto, pericoloso per sé e per gli altri)

### 5. FUNZIONI DEL LINGUAGGIO STATO DELLA RETE SOCIALE

- 10  parla e comprende normalmente
- 40  linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero
- 70  non riesce ad esprimere il suo pensiero, ma comprende solo ordini semplici
- 100  non comprende, non si esprime

### 6. DEFICIT SENSORIALI (udito e vista)

- 10  normale
- 20  deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali
- 60  grave deficit non correggibile
- 100  cecità o sordità completa

# B.I.N.A.:

## Breve indice di non autosufficienza

---

### 7. MOBILITA'

- 10  cammina autonomamente senza aiuto  
30  cammina o si sposta con ausili  
80  si sposta con aiuto costante di altre persone o con sedia a rotelle  
100  allettato, deve essere alzato e mobilizzato

### 8. ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

(igiene personale, abbigliamento, alimentazione)

- 10  totalmente indipendente  
20  aiuto programmato  
70  aiuto necessario ma parziale  
100  totalmente dipendente

### 9. STATO DELLA RETE SOCIALE

- 10  può contare sulla famiglia  
30  può contare parzialmente sulla famiglia ovvero dispone della rete informale (parenti, vicini, volontari, ecc.)  
60  famiglia e rete informale sono disponibili solo se interpellati dai sevizi  
100  non può contare su nessuno

### 10. FATTORI ABITATIVI ED AMBIENTALI

- 10  l'abitazione è idonea ed i servizi esterni sono fruibili (negozi, uffici, ecc.)  
20  l'abitazione è idonea, ma presenta barriere architettoniche ed ambientali limitanti la fruibilità dei servizi esterni  
70  è impedita la fruibilità completa dei servizi indispensabili (cucina e bagno) all'interno dell'abitazione  
100  totale inadeguatezza dell'abitazione, assenza dei servizi fondamentali

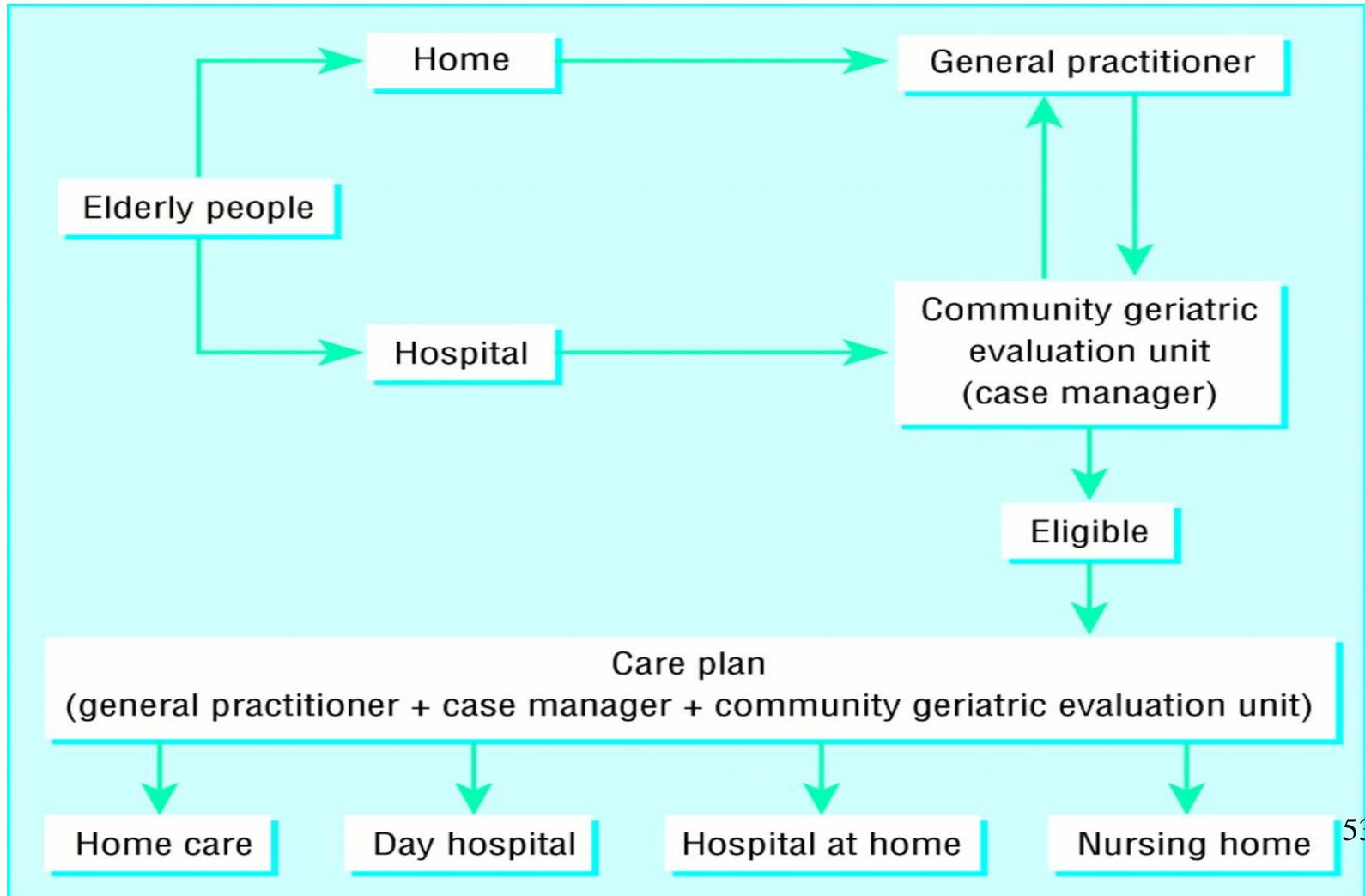
PUNREGGIO SANITARIO (items 1, 2, 4) \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO ASSISTENZIALE (items 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10) \_\_\_\_\_

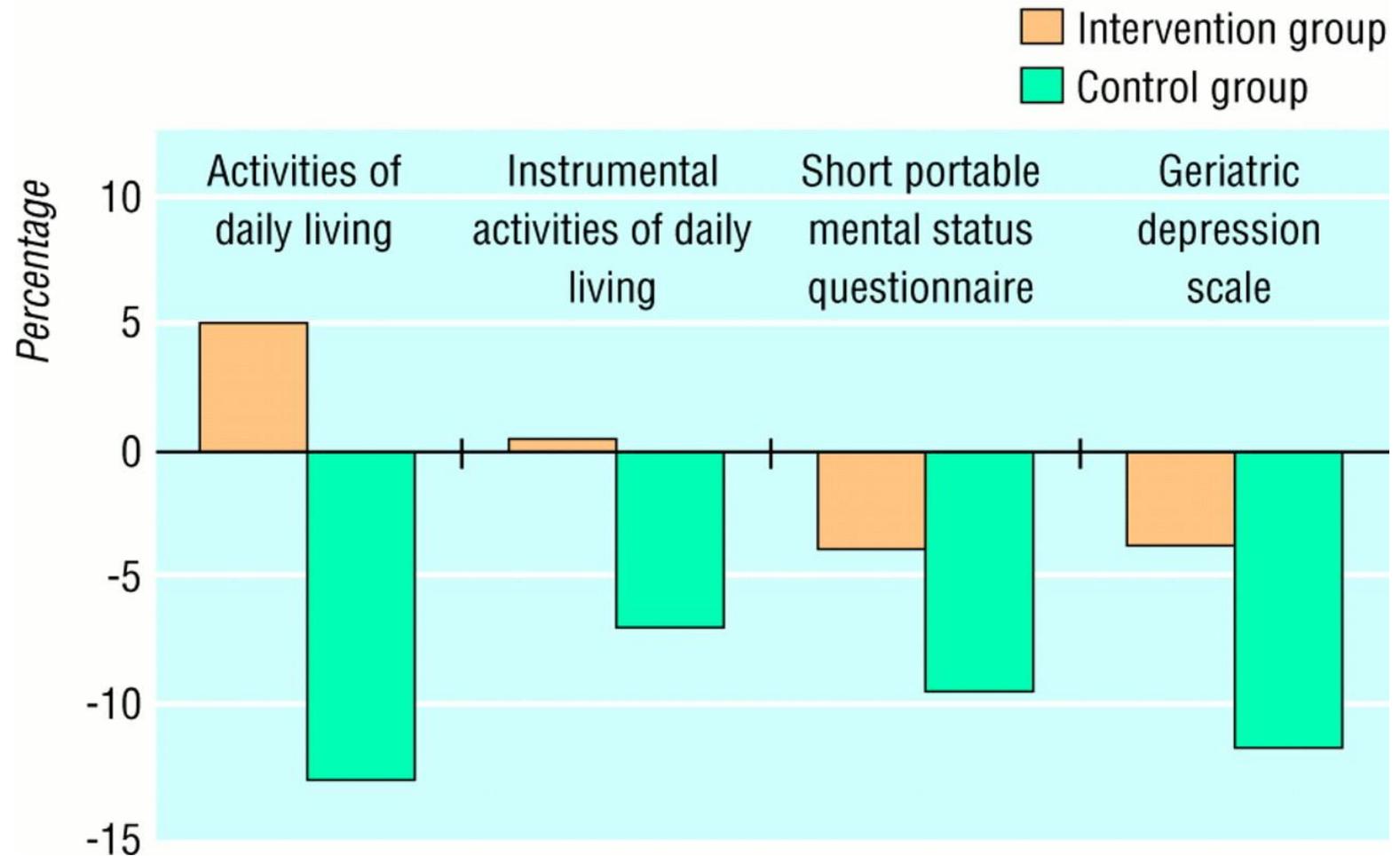
PUNTEGGIO TOTALE RIPORTATO NELLA VALUTAZIONE: \_\_\_\_\_

Punteggio >230 identifica i soggetti non autosufficienti

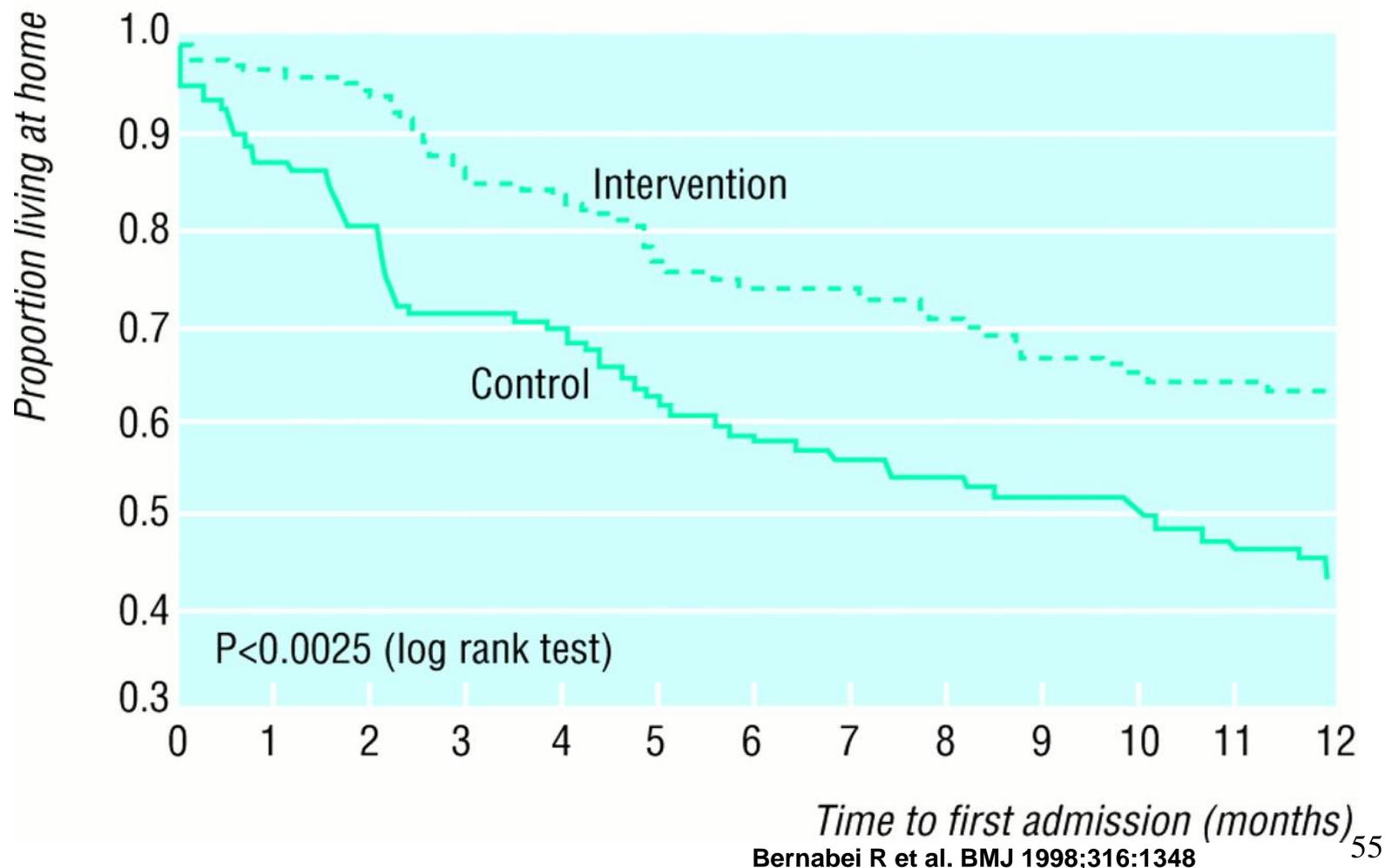
# Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community.



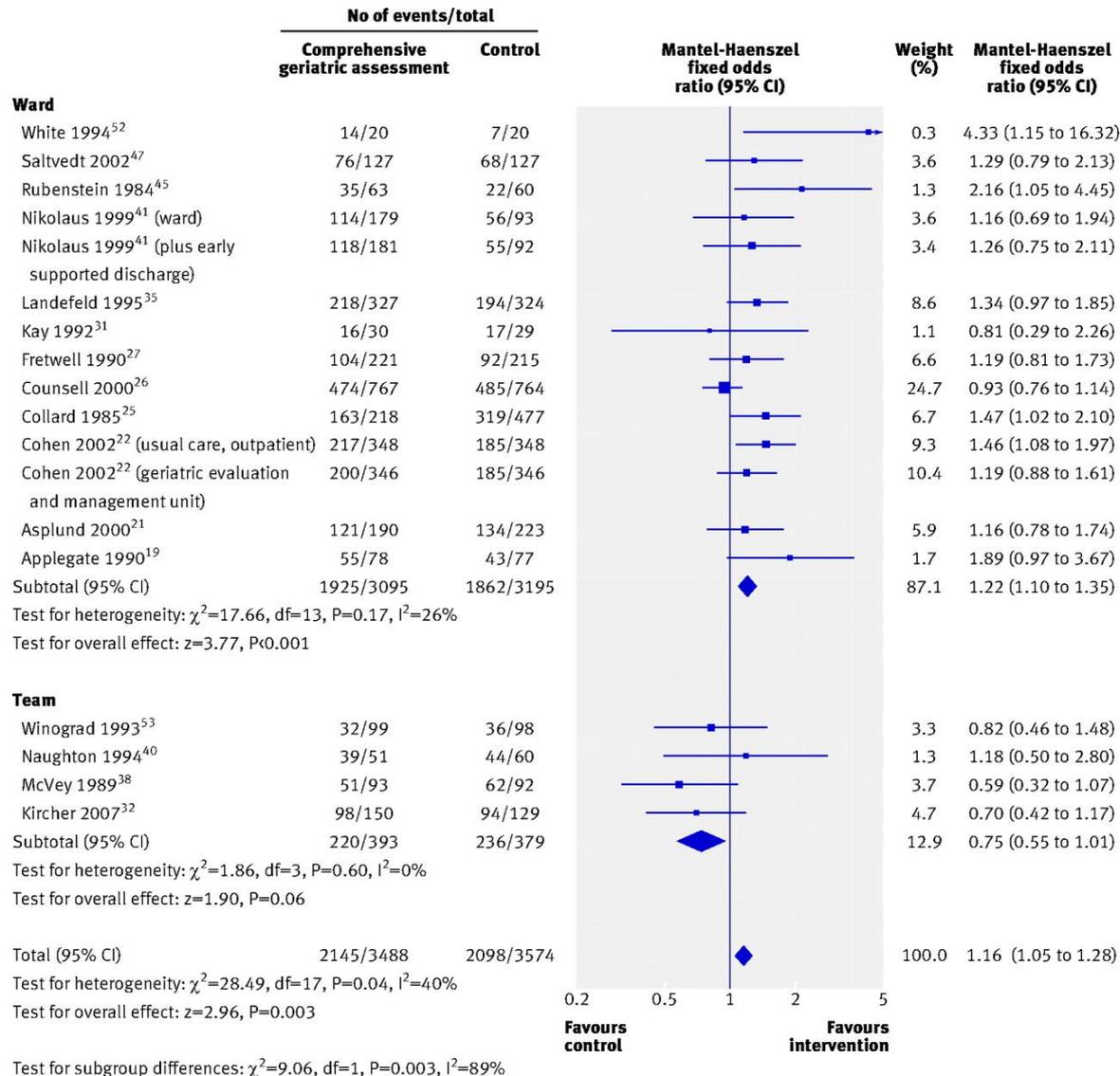
# Percentage change in functional outcomes after 1 year of follow up.



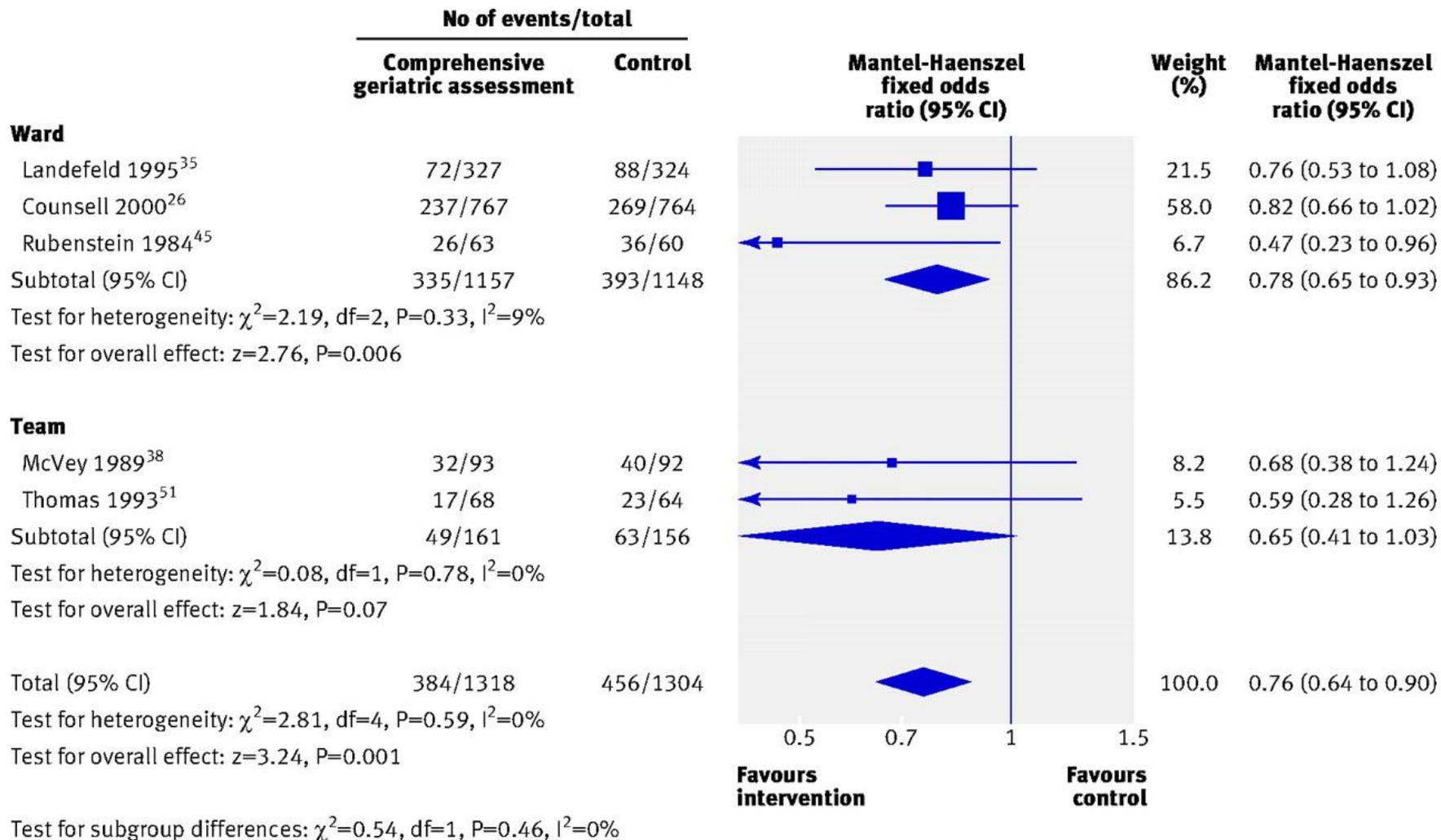
# Proportion of subjects admitted to hospital or nursing home in intervention and control



# Odds ratios for living at home at end of follow-up (median 12 months) in elderly patients according to comprehensive geriatric assessment after emergency admission.



## Odds ratios for death or deterioration at the end of follow-up (median 12 months) in elderly patients according to comprehensive geriatric assessment after emergency admission at baseline.



# Valutazione geriatrica globale: Obiettivi

- Identificazione dei bisogni e delle problematiche assistenziali.
- Guida all'identificazione degli obiettivi assistenziali (“problem solving process”).
- Programmazione dell'intervento assistenziale (prevenzione, cura, riabilitazione).
- Miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita.
- Ottimizzazione dell'allocazione delle risorse.
- Riduzione dell'utilizzo dei servizi non necessari.
- Long-term case management.
- Controllo qualità (realizzazione banca dati).