Gruppo di ricerca geriatrica

Revisione degli strumenti per la valutazione dell'autosufficienza

Laura Piovani

Dipartimento di Medicina e Geriatria

Ospedale Poliambulanza – Brescia

24 Maggio 2013

Autosufficienza

Capacità di provvedere a se stessi

=

Stato di salute fisica

+

Stato funzionale

+

Stato di salute psichica

+

Stato di salute sociale

Valutazione multidimensionale geriatrica

La valutazione dell'autosufficienza è uno dei punti chiave su cui si basa la geriatria

La geriatria, a differenza della medicina tradizionale incentrata sulla malattia, si pone come medicina centrata sul paziente

La storia

Già alle prime previsioni di aumento dei "vecchi" emerse l'esigenza di una specialità medica che, al di là delle competenze specialistiche settoriali esistenti (Cardiologia, Neurologia…), avesse competenza specifica nella diagnosi e nel trattamento delle malattie degli Anziani; la Geriatria assunse subito un ruolo di primo piano, gli Anziani cominciavano ad apparire diversi perchè portatori di problematiche che richiedevano esperienze e conoscenze anche di altre aree disciplinari non necessariamente mediche.

La geriatria nacque negli anni 40' in Inghilterra e negli USA.
I veri pionieri della Geriatria furono: la Dottoressa Marjory Winsome Warren (1897-1960) e il Dottor Lionel Cosin (1910-1994)

La Dottoressa Marjory Winsome Warren (1897-1960) si rese conto che la cronicità e l'"incurabilità" delle patologie che affliggevano i pazienti anziani erano provocate dall'inadeguatezza dei trattamenti farmacologici, dall'assenza di team multidisciplinari e dall' assenza di un trattamento riabilitativo.

Creò, dunque, la prima vera Unità Operativa Geriatrica del Regno Unito, nell'ospedale per patologie croniche in cui lavorava, il West Middlesex Hospital, concentrandosi prevalentemente sull'introduzione di un assessment globale del paziente e sulla precoce introduzione di una terapia riabilitativa, dimostrando, per prima, che tale metodica permette un netto miglioramento delle capacità funzionali della qualità di vita e dei tempi di degenza ospedaliera (Warren, 1946).

Dottor Lionel Cosin (1910-1994) Chirurgo Ortopedico importante membro della Società Geriatrica Britannica. Egli creò il modello dell'Unità Operativa Geriatrica ad Oxford e sviluppò il primo DayHospital Geriatrico nel Cownley Road Hospital nel 1958.

Il Dr. Cosin fu il primo a comprendere l'effetto negativo dell'allettamento nel paziente anziano, fu altresì il primo a considerare fondamentale la riduzione dei giorni di degenza per frattura di femore e ad attivare rapidamente la mobilizzazione nel paziente anziano.

In Italia bisognerà aspettare gli anni 60' per vedere nascere gli albori della Medicina Geriatrica dall'emulazione dell'esperienza Inglese, che già da più di un ventennio si stava occupando nello specifico del paziente anziano.
In realtà a Firenze già nel 1950 si venne a costituire, su iniziativa di E. Greppi, la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG), al fine di promuovere e coordinare gli studi sulla fisiopatologia della vecchiaia, ed affrontarne anche gli aspetti socio-assistenziali. A tutt'oggi tale Società rappresenta il più importante fulcro di produzione scientifica in campo Geriatrico a livello nazionale.

La valutazione multidimensionale ha trovato il suo pieno riconoscimento negli anni '90.

La valutazione multidimensionale è definita come un processo diagnostico e di trattamento multidisciplinare che identifica le limitazioni mediche, psicosociali e funzionali dell'anziano fragile per poter sviluppare il piano di cura migliore.

Fragilità

DEFINIZIONE

La fragilità si sviluppa in conseguenza al declino età-dipendente nei sistemi fisiologici è lo stato di maggiore vulnerabilità per l'alterazione dell'omeostasi nell'anziano che causa, dopo un evento stressante, aumentato rischio di eventi avversi, tra cadute, delirio e la disabilità

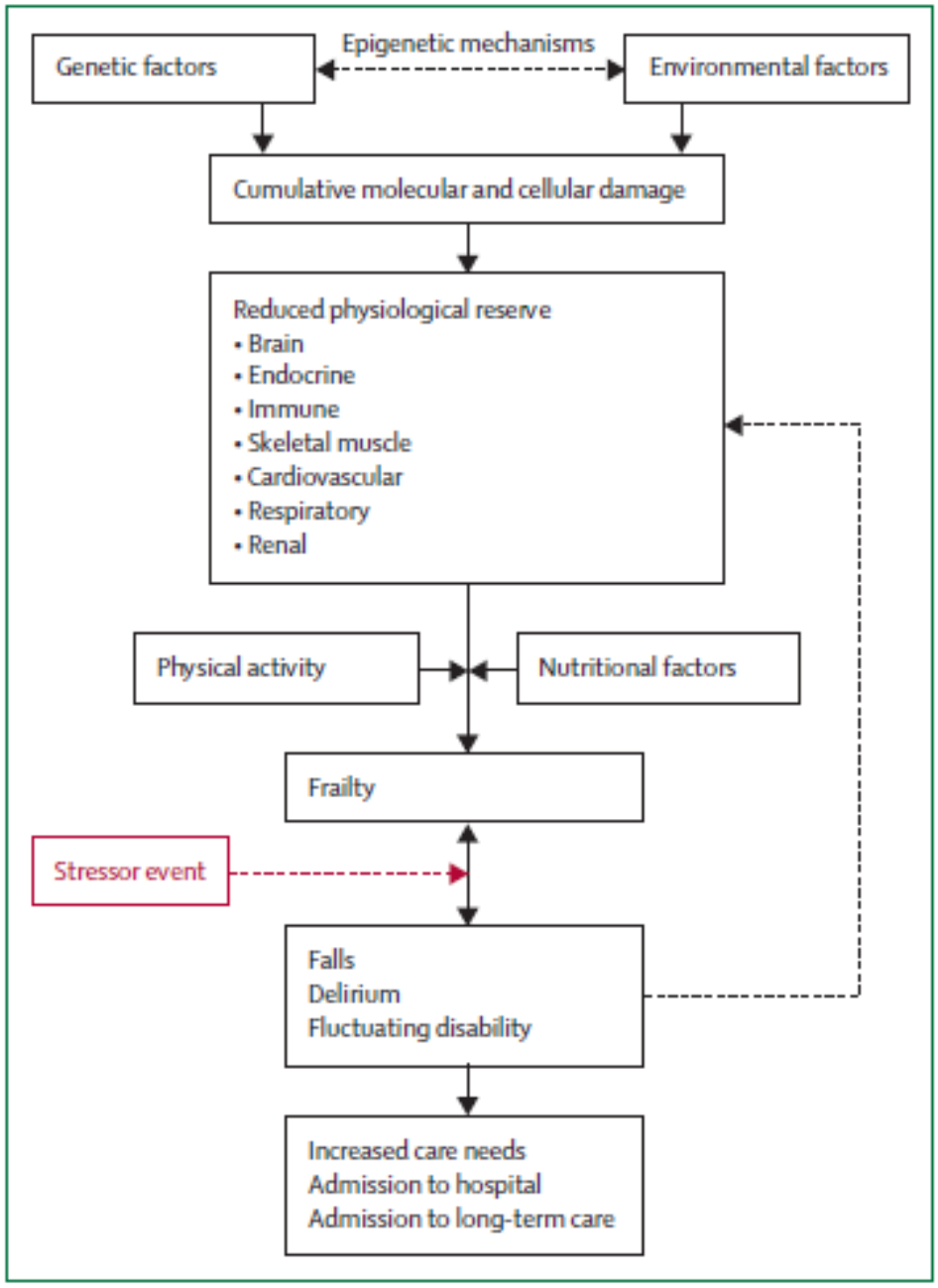


Figure 2: Schematic representation of the pathophysiology of frailty

Lancet 2013; 381:752-62

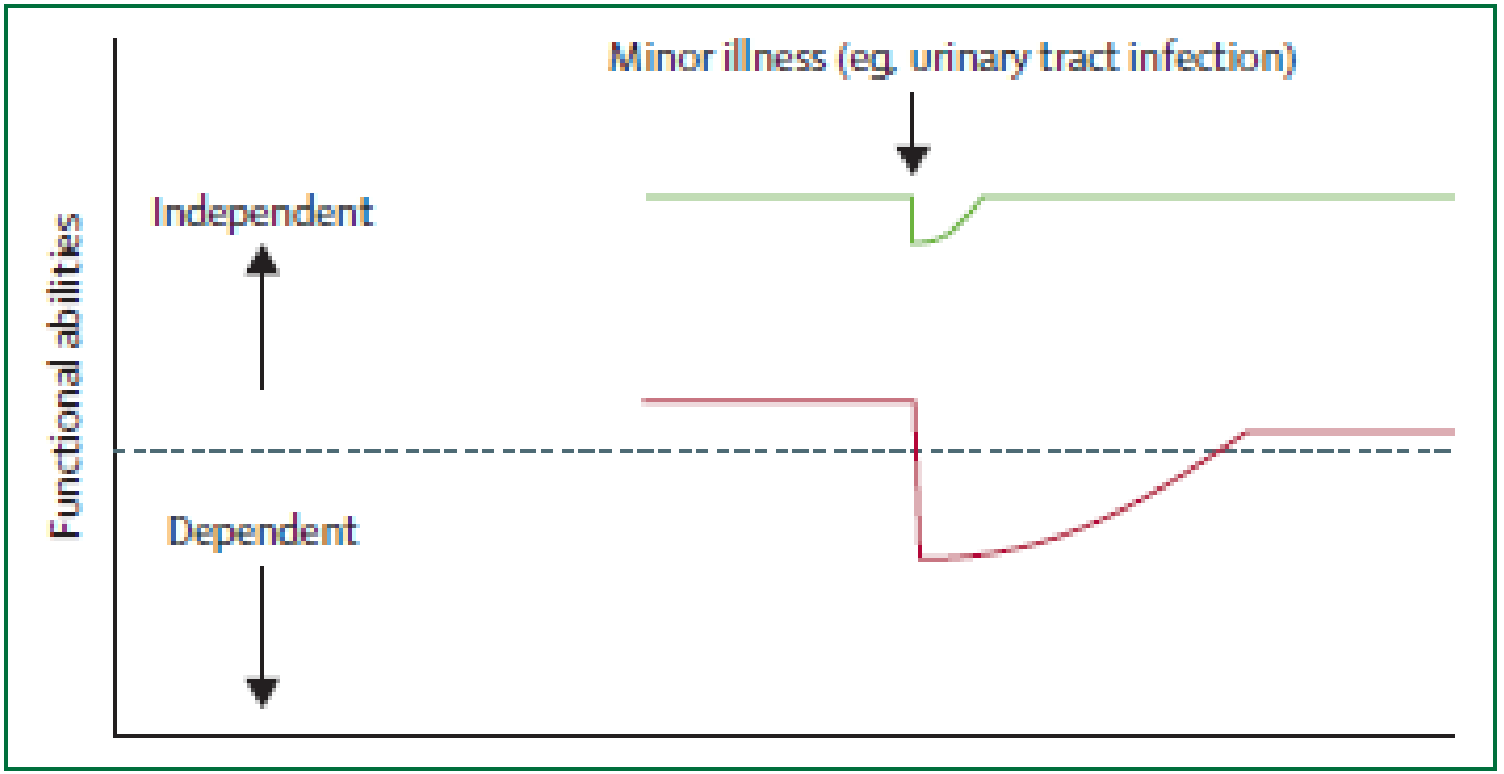


Figure 1: **Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness**

The green line represents a fit elderly individual who, after a minor stressor event such as an infection, has a small deterioration in function and then returns to homoeostasis. The red line represents a frail elderly individual who, after a similar stressor event, undergoes a larger deterioration, which may manifest as functional dependency, and who does not return to baseline homoeostasis. The horizontal dashed line represents the cutoff between dependent and independent.

Lancet 2013; 381:752-62

Scopo della Valutazione multidimensionale

- **Inquadramento iniziale del paziente**
- **Revisione periodica e programmata del miglioramento/peggioramento clinico**
- **Misurare l'efficacia o meno di un determinato trattamento e la qualità delle cure**
- **Stabilire il grado di non autosufficienza (quantificare il fabbisogno assistenziale)**
- **Individuare i soggetti a rischio di perdita dell'autosufficienza (predire le necessità e i costi futuri)**
- **Stabilire la prognosi**

(Assessing older person-Robert L.Kane, Rosaline A.Kane)

- **<u>Paziente:</u> può portare ad un miglioramento degli outcomes clinico-funzionali e della qualità di vita.**

- **<u>Operatori</u>: può migliorare l'attenzione alla specificità di ogni paziente focalizzando il loro intervento sulla realizzazione di un piano individualizzato di assistenza – formazione.**

- **<u>Popolazione</u>: può aiutare ad ottimizzare l'assistenza attraverso il miglioramento dell'utilizzazione delle risorse, organizzazione dei servizi, regolamentazione dell'assistenza, gestione dei finanziamenti.**

Autosufficienza

Capacità di provvedere a se stessi

=

Stato di salute fisica

+

Stato funzionale

+

Stato di salute psichica

+

Stato di salute sociale

Valutazione multidimensionale geriatrica

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

(Linn et al, 1968)

Offre una misura della salute somatica dell'anziano attraverso l'esame della severità clinica e funzionale di 14 categorie di patologie cui viene dato un punteggio da 0 a 5 che conduce a due indici, l'indice di severità (media dei punteggi) e l'indice di comorbilità (numero delle patologie con punteggio uguale o superiore a 3)

Charlson Index

l'indice e costruito in base alla presenza nel singolo paziente di 19 patologie traccianti, ciascuna delle quali contribuisce allo score con un punteggio tra 1 e 6; la somma dei punteggi da malattie coesistenti viene poi ponderata per l'eta. Lo score "grezzo" varia da 0 a 37, mentre il Charlson *age adjusted Index* e compreso tra 0 a 43, con eccellente validità predittiva per un gran numero di *outcome* clinici in ambito oncologico, geriatrico e internistico.

APACHE II Score

Questa scala di misurazione si fonda sulla quantificazione dell'anormalità di diverse variabili cliniche riscontrate all'esame clinico e in base ad alcuni parametri di laboratorio

Geriatric Index of Comorbidity (GIC)

Considera non solo il numero delle patologie compresenti, ma anche la loro gravità; quest'ultima viene calcolata in base alla gravità fisiopatologica di ogni singola malattia evidenziata da sintomi, segni e dati di laboratorio indipendentemente dall'impatto che la stessa ha sullo stato funzionale e valutata attraverso l'Index of Disease Severity (IDS) che definisce 4 livelli di severità.

Autosufficienza

Capacità di provvedere a se stessi

=

Stato di salute fisica

+

Stato funzionale

+

Stato di salute psichica

+

Stato di salute sociale

Valutazione multidimensionale geriatrica

MMSE-Mini Mental State Examination:

E’ un test di screening ideato per rilevare il deterioramento cognitivo, valutarne la severità e documentarne le modificazioni nel tempo.

Il test risente in parte del grado di scolarità del soggetto in esame per cui i risultati vanno ponderati in base agli anni di studio.

E’ infine importante valutare lo stato di coscienza del paziente prima di eseguire il test.

E’ costituito da 12 item tramite i quali vengono esplorate, con 22 prove in parte verbali e in parte di performance, 7 funzioni cognitive:

- **Orientamento temporale**
- **Orientamento spaziale**
- **Memoria immediata**
- **Attenzione e calcolo**
- **Memoria di richiamo**
- **Linguaggio**
- **Prassia visuocostruttiva**

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

orientamento (Chiedere al paziente)
-In che anno, stagione, mese, giorno del mese e della settimana siamo? 0-5
-In che stato, regione, città, luogo, piano ci troviamo?“ 0-5

registrazione
-Dire il nome di 3 oggetti: "gatto", "casa", "pane", nominandoli 1 al secondo;
poi chiedere al paziente di ripetere il nome dei tre oggetti. 0-3

attenzione e calcolo
-Far sottrarre "7" consecutivamente partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte.
In alternativa chiedere lo spelling di "carne" al contrario 0-5

rievocazione
Chiedere di rievocare il nome dei 3 oggetti ripetuti in precedenza (0-3). 0-3

linguaggio
-Chiedere al paziente di riconoscere una matita ed un orologio
0-2
-Far ripetere la frase: "Sopra la panca la capra campa" . 0-1
-Far eseguire il seguente compito su comando:
"Prenda un foglio di carta con la mano dx, lo pieghi a metà, lo appoggi per terra". 0-3
-Far leggere ed eseguire il seguente comando:
"Chiuda gli occhi" scritto su un foglio di carta bianca a caratteri abbastanza grandi. 0-1
-Dare al paziente un foglio di carta bianca e chiedere di scrivere una frase
(deve contenere un soggetto, un verbo ed avere un senso). 0-1
-Far copiare su un foglio di carta bianca 2 pentagoni intersecati
(devono essere presenti tutti i 10 lati, i pentagoni devono intersecarsi in 2 angoli). 0-1

Totale: /30

Geriatric Depression Scale (GDS)

La scala è stata costruita sulla base di 100 domande selezionate per caratterizzare la depressione dell'anziano, da cui ne sono state scelte 30 maggiormente correlate al punteggio totale.
La risposta di tipo binario (si/no) rappresenta una semplificazione e perciò un vantaggio.
Lo strumento, che esclude la valutazione dei sintomi somatici, include nelle dimensioni esplorate i seguenti aspetti:

- **-sintomi cognitivi**
- **-motivazione**
- **-orientamento al passato e la futuro**
- **-immagine di sé**
- **.perdita**
- **-agitazione**
- **-tratti ossessivi**
- **-Umore**

E' stata validata anche una versione a 15 item e a 4 item.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS, versione breve)

		SI	NO
-Siete fondamentalmente soddisfatti della vostra vita?		0	1
-Avete interrotto molte delle vostre attivita' e dei vostri interessi?		1	0
-Ritenete che la vostra vita sia vuota?		1	0
-Vi annoiate spesso?		1	0
-Siete di buon umore la maggior parte del tempo?		0	1
-Temete che vi stia per capitare qualcosa di male?	1	0	
-Vi sentite felici la maggior parte del tempo?		1	0
-Vi sentite spesso indifesi?		1	0
-Preferite stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?		1	0
-Pensate di avere più problemi di memoria delle altre persone?		1	0
-Pensate che sia bello stare al mondo oggi?		0	1
-Vi sentite inutili?		1	0
-Vi sentite pieni di energia?		0	1
-Pensate di essere in situazione priva di speranza?		1	0
-Pensate che la maggior parte delle persone stia meglio di voi?		1	0
		Totale:	/15

Adapted from Sheikh JL, Yesavage JA: Geriatric Depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version, in Clinical Gerontology: *A Guide to Assessment and Intervention*, edited by TL Brink. Binghamton, NY, Haworth Press, 1986, pp 165-173.

Neuro Psychiatric Inventory scale (NPI)

E’ uno strumento in grado di valutare, sulla base delle informazioni ottenute dal caregiver, la frequenza e la gravità di un’ampia gamma di disturbi comportamentali (Deliri, allucinazioni, agitazione-aggressività, disforia-depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità-labilità, comportamento motorio aberrante, disturbi del sonno, disturbi del comportamento alimentare)

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Questa scala valuta il livello di coscienza del paziente e si basa sul presupposto che anche pazienti, con una minima risposta agli stimoli verbali, possono andare incontro a delirium.

Confusion Assessment Method (CAM)

E' costituita da un questionario e da un algoritmo di trattamento e tiene in considerazione 9 criteri di valutazione: modificazioni improvvise dello stato mentale; ridotta capacità di attenzione, pensiero disorganizzato, alterato livello di coscienza, disorientamento, diminuzione della memoria, percezione alterata, agitazione psicomotoria, rallentamento psicomotorio, alterazione del ritmo sonno veglia.

Autosufficienza

Capacità di provvedere a se stessi

=

Stato di salute fisica

+

Stato funzionale

+

Stato di salute psichica

+

Stato di salute sociale

Valutazione multidimensionale geriatrica

Valutazione dello stato di salute sociale

L'esistenza o meno di una solida rete di supporto sociale per l'anziano può essere il fattore determinante per poter vivere al proprio domicilio o avere la necessità di istituzionalizzazione. L'identificazione precoce della mancanza di supporto sociale può aiutare ad effettuare in tempo la pianificazione dell'utilizzo delle risorse.

I caregivers dovrebbero essere valutati periodicamente per escludere la presenza di depressione o burnout.

E' importante, inoltre, valutare la situazione finanziaria del paziente anziano e della sua famiglia

Autosufficienza

Capacità di provvedere a se stessi

=

Stato di salute fisica

+

Stato funzionale

+

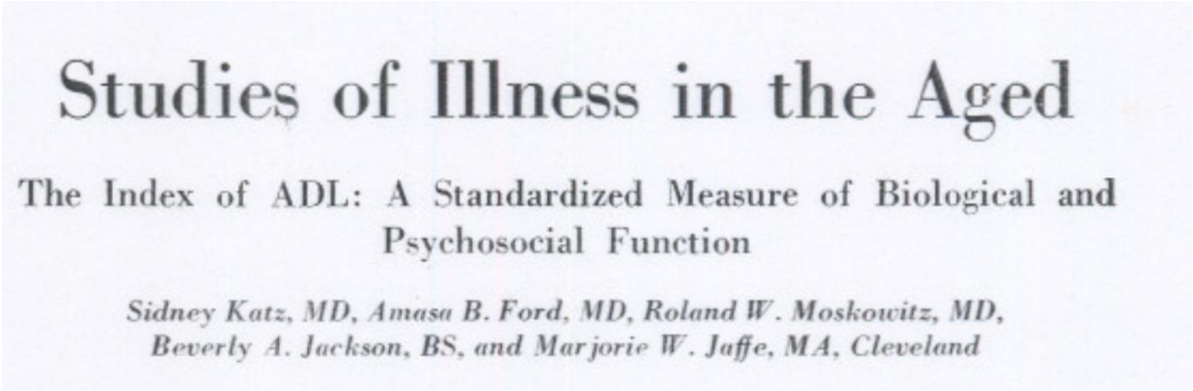
Stato di salute psichica

+

Stato di salute sociale

Valutazione multidimensionale geriatrica

Tra il 1950 e il 1960 Katz e i suoi collaboratori del Benjamin Rose Hospital in Cleveland iniziarono a studiare l'autonomia funzionale in un gruppo di pazienti con frattura di femore e svilupparono, grazie a questo studio, The Index of Activities of Daily Living (ADL)



Studies of Illness in the Aged

The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function

Sidney Katz, MD, Amasa B. Ford, MD, Roland W. Moskowitz, MD, Beverly A. Jackson, BS, and Marjorie W. Jaffe, MA, Cleveland

JAMA, 1963

Nel 1969 Lawton e collaboratori svilupparono The Instrumental Activities of Dayly Living (IADL)
(Lawton and Brody, Gerontologist, 1969)

Basic Activities of Daily Living (BADL)

Attività di base della vita quotidiana

Le BADL comprendono funzioni elementari connesse con la capacità di gestire la propria persona e in particolare la deambulazione, l'abbigliamento, l'alimentazione, l'igiene e il controllo sfinterico.

L'indice di Katz è indipendente da fattori ambientali e culturali.

Indica quante attività quotidiane, tra le sei previste, il soggetto (o chi lo assiste), dichiara di essere in grado di eseguire senza aiuto.

ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL Indice di Katz)
(Katz S, Ford AB et al. JAMA 1963;185:914-919)

- **Fare il bagno (vasca, doccia, spugnature)**
  Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo) 1
  Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. schiena) 1
  Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo 0
- **Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti), inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature o delle bretelle, se utilizzate)**
  Prende i vestiti e si veste completamente da solo senza bisogno di assistenza 1
  Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe 1
  Ha bisogno di assistenza per prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito 0
- **Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)**
  Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto, come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino) 1
  Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda. 0
  Non si reca in bagno per l'evacuazione 0
- **Spostarsi**
  Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) 1
  Compie questi trasferimenti se aiutato 0
  Allettato, non esce dal letto 0
- **Continenza di feci e urine**
  Controlla completamente feci e urine 1
  "Incidenti" occasionali 0
  Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente 0
- **Alimentazione**
  Senza assistenza 1
  Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane 1
  Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale 0

PUNTEGGIO TOTALE (numero totale funzioni perse):____/6

Indice di Barthel

Mahoney FI, Barthel DW et al. Functional Evaluation: the Barthel Index, "Maryland State Med.J", 2, 61, 1965.

E' un altro strumento di misura del grado di autonomia nelle attività di base della vita quotidiana.

Ogni funzione è differenziata in tre livelli di abilità.

Viene preso in esame un numero maggiore di attività rispetto all'indice di Katz.

Risente in parte del giudizio soggettivo dell'esaminatore.

Indice di Barthel

Mahoney FI, Barthel DW et al. Functional Evaluation: the Barthel Index, "Maryland State Med. J", 2, 61, 1965.

	A	B	C
Mangiare (incluso tagliare cibo)	**0**	**5**	**10**
Vestirsi (incluso scarpe e lacci)	**0**	**5**	**10**
Toilette personale (faccia, denti)	**0**	**0**	**5**
Fare il bagno	**0**	**0**	**5**
Controllo defecazione	**0**	**5**	**10**
Controllo minzione	**0**	**5**	**10**
Spostarsi da sedia al letto e ritorno	**0**	**10**	**15**
Montare e scendere dal WC	**0**	**5**	**10**
Camminare in piano	**0**	**10**	**15**
Salire e scendere le scale	**0**	**5**	**10**

Totale= /100

A= dipendente
B= con aiuto continuo o saltuario
C= indipendente

Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

IADL è una scala di valutazione delle attività strumentali della vita quotidiana che indaga la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fisiche complesse, considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza. E formata da un elenco di otto funzioni complesse che richiedono competenza nell'uso di strumenti.
L'indipendenza nelle IADL è di estreme importanza in quanto spesso consente di definire se una persona anziana può o meno vivere sola.

Le attività considerate sono le seguenti:

- **usare il telefono;**
- **fare la spesa;**
- **preparare i pasti;**
- **curare la casa;**
- **lavare la biancheria;**
- **usare i mezzi di trasporto;**
- **assumere le medicine;**
- **gestire il denaro.**

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE (IADL)

A. Ability to Use Telephone

1. Operates telephone on own initiative; looks up and dials numbers..... 1
2. Dials a few well-known numbers..... 1
3. Answers telephone, but does not dial..... 1
4. Does not use telephone at all..... 0

B. Shopping

1. Takes care of all shopping needs independently..... 1
2. Shops independently for small purchases..... 0
3. Needs to be accompanied on any shopping trip..... 0
4. Completely unable to shop..... 0

C. Food Preparation

1. Plans, prepares, and serves adequate meals independently..... 1
2. Prepares adequate meals if supplied with ingredients..... 0
3. Heats and serves prepared meals or prepares meals but does not maintain adequate diet..... 0
4. Needs to have meals prepared and served..... 0

D. Housekeeping

1. Maintains house alone with occasion assistance (heavy work)..... 1
2. Performs light daily tasks such as dishwashing, bed making..... 1
3. Performs light daily tasks, but cannot maintain acceptable level of cleanliness..... 1
4. Needs help with all home maintenance tasks..... 1
5. Does not participate in any housekeeping tasks..... 0

E. Laundry

1. Does personal laundry completely..... 1
2. Launders small items, rinses socks, stockings, etc..... 1
3. All laundry must be done by others..... 0

F. Mode of Transportation

1. Travels independently on public transportation or drives own car..... 1
2. Arranges own travel via taxi, but does not otherwise use public transportation..... 1
3. Travels on public transportation when assisted or accompanied by another..... 1
4. Travel limited to taxi or automobile with assistance of another..... 0
5. Does not travel at all..... 0

G. Responsibility for Own Medications

1. Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time..... 1
2. Takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosages..... 0
3. Is not capable of dispensing own medication..... 0

H. Ability to Handle Finances

1. Manages financial matters independently (budgets, writes checks, pays rent and bills, goes to bank); collects and keeps track of income..... 1
2. Manages day-to-day purchases, but needs help with banking, major purchases, etc..... 1
3. Incapable of handling money..... 0

Scoring: For each category, circle the item description that most closely resembles the client's highest functional level(either 0 or1).

Advance Activities of Daily Living (AADL)

Le AADL indagano situazioni non indispensabili per la vita quotidiana, ad esempio hobby e impiego del tempo libero.

Si tratta di attività facoltative, di tipo ricreativo, ludico o sociale, la cui esecuzione non incide sulla sopravvivenza dell'individuo, ma hanno una stretta relazione con la qualità di vita del soggetto.

Valutano perciò l'eventuale presenza di limitazioni, o la comparsa di deficit, in quella parte di capacità funzionali che non viene presa in esame dalla valutazione delle ADL-IADL.

Il futuro…L'anziano della smart city…

Advance Instrumental Activities of Daily Living (AIADL)

Le attività prese in considerazione sono prevalentemente tecnologiche e sono già diventate patrimonio comune dei giovani, di molti adulti, e di un discreto numero di anziani di oggi. Per ogni "abilità avanzata" testata viene proposta una scala da 0 – non in grado o non autonomo – a 5 – molto autonomo e capace. Il punteggio massimo ottenibile è di 35, quello minimo è pari a 0. Per ognuna delle abilità esaminate viene anche valutato il suo precedente uso. E' infatti possibile che l'abilità testata o non sia mai stata praticata oppure sia stata persa per vari motivi tra cui quelli funzionali.

Si ottengono quindi due diversi punteggi: uno relativo alla somma dei punteggi di utilizzo dell'abilità, il cui punteggio massimo ottenibile è di 35 e quello minimo di 0, ed uno relativo alla somma delle risposte "si-no", sulla presenza o meno dell'abilità d'interesse.

(Bordin, Busato, Borella, & De Beni, G Gerontol 2011;59:155-162)

Presentazione della scala di valutazione AIADL *(Adalberto Bordin, Valentina Busato, Erika Borella e Rossana De Beni)*

Abilità nell'uso del telefono fisso e mobile
Era in grado di usare il cellulare? Si (1)/No (0)
1) Usa il cellulare in modo adeguato e completo: ricevere e inviare telefonate, messaggi, foto) 5
2) Ha un uso limitato del cellulare (riceve o fa solo telefonate) 4
3) Usa il telefono cellulare solo per ricevere telefonate 3
4) Usa il telefono fisso in maniere autonoma 2
5) E solo in grado di rispondere al telefono fisso 1
6) Non somministrabile 0

Shopping
Era in grado di provvedere ai propri acquisti? Si (1)/No (0)
1) Decide e fa in maniera autonoma qualsiasi acquisto anche utilizzando internet, le pagine gialle, ecc. 5
2) Fa in maniera autonoma acquisti per la vita quotidiana 4
3) Fa in maniera autonoma solo piccoli acquisti nei negozi conosciuti 3
4) Fa acquisti solo se aiutato e accompagnato nelle scelte e nel pagamento 2
5) Si fa aiutare anche per piccoli acquisti abituali 1
6) Non e in grado di decidere e di fare acquisti 0

Abilità nell'uso del computer
Era in grado di usare il computer? Si (1)/No (0)
1) E un grande utilizzatore di tutte le possibilita offerte dal computer 5
2) E capace di utilizzare pochi programmi (word, e-mail, internet) 4
3) Autonomo ma chiede di essere aiutato solo per certe funzioni 3
4) Autonomo ma chiede spesso aiuto 2
5) Ha bisogno di essere costantemente aiutato 1
6) Non sa usare il computer 0

Abilità nell'uso del televisore e mezzi audio-visivi (video registratore, lettore dvd)
Era in grado di usare il televisore e i mezzi audio-visivi? Si (1)/No (0)
1) Capace di usare autonomamente e normalmente sia il televisore che i mezzi audiovisivi (video-registratore, lettore dvd, lettore dvx) 5
2) Capace di usare sia la TV che i mezzi audio-visivi solo per la riproduzione (ad es., di video) 4
3) Capace di usare autonomamente la TV ma per i mezzi audio ha bisogno di aiuto 3
4) Utilizza autonomamente la TV 2
5) Accende e spegne la TV 1
6) Non e autonomo 0

Cura della casa ed attività domestiche
Era in grado di gestire la sua casa ed occuparsi delle faccende domestiche? Si (1)/No (0)
1) E in grado di gestire la sua casa e di utilizzare tutti gli elettrodomestici (lavatrice, lavastoviglie, forno micro-onde) 5
2) Gestisce la casa ma non sa utilizzare gli elettrodomestici 4
3) Gestisce autonomamente la sua casa chiedendo aiuti minimi 3
4) Richiede aiuto per una buona parte delle attività domestiche, anche se per altre e ancora autonomo 2
5) Per la cura della casa ha bisogno di un aiuto in tutto 1
6) Non e in grado di occuparsi della propria casa 0

Responsabilità ed abilità nell'uso del denaro e dei depositi bancari
Era in grado di gestire i suoi soldi? Si (1)/No (0)
1) Nella gestione dei suoi soldi e autonomo e utilizza forme avanzate come banca online, trading, banking 5
2) Usa bancomat, carte di credito e compila assegni 4
3) E in grado di gestire i propri soldi, ma non carte di credito e bancomat 3
4) Autonomo ma talvolta necessita di aiuto per gestire i propri soldi 2
5) Deve essere aiutato in tutte le operazioni 1
6) Non e autonomo 0

Patente di guida
Sa guidare? Si (1)/No (0)
1) Guida con competenza in ogni circostanza 5
2) Guida solo in percorsi conosciuti ed abituali (anche fuori citta) 4
3) Fa solo percorsi brevi per commissioni in citta 3
4) Guida accompagnato ed aiutato 2
5) Guida veicoli per i quali non e necessaria la patente 1
6) Non guida più 0

Scala di Tinetti

(Tinetti M.E., 1986)

E' uno strumento clinico quantitativo, che associa un punteggio alle performance motorie valutate, identificando i soggetti a rischio di caduta.

E' formata da de parti:

-Sezione dell'equilibrio

-Sezione dell'andatura

Punteggio:

0-1: soggetto non deambulante

2-19: soggetto deambulante a rischio di caduta

20-28: soggetto deambulante a basso rischio di caduta.

Tinetti equilibrio

(Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. JAGS. 34, 119, 1986)

1. Da seduto	
Si appoggia o scivola sulla sedia	0
Ben fermo, sicuro	1
2. Alzarsi dalla sedia	
Incapace se non viene aiutato	0
Capace ma deve usare le braccia o si spinge avanti sulla sedia prima di alzarsi	1
Capace con un unico movimento, senza aiuto delle braccia	2
3. Tentativi di alzarsi	
Incapace se non viene aiutato	0
Capace ma deve compiere più di un tentativo	1
Capace di alzarsi al primo tentativo	2
4. Nei primi 5 secondi di stazione eretta	
Instabile, barcolla, sposta i piedi, ondeggia col tronco	0
Stabile per meno di 10 secondi, usa il bastone o si aggrappa ad appoggi per reggersi	1
Stabile senza appoggiarsi per almeno 10 sec	2
5. Nella stazione eretta	
Instabile o si appoggia a sostegni	0
Stabile ma deve mantenere i piedi divaricati; deve usare un bastone come supporto	1
Stabile senza alcun supporto, capace di tenete i piedi vicini	2
6. Dopo una leggere spinta sullo sterno (deve tenere i piedi vicini)	
Tende a cadere o l'esaminatore deve aiutarlo a mantenere l'equilibrio	0
Barcolla, muove i piedi, si afferra ad un sostegno ma non cade	1
Stabile	2
7. A occhi chiusi, dopo una leggera spinta sullo sterno	
Instabile	0
Stabile	1
8. Rotazione di 360°	
Movimento disomogeneo, appoggia un piede a terra prima di alzare l'altro	0
Movimento fluido, omogeneo	1
Instabile, barcolla, deve afferrarsi a un sostegno	0
Stabile	1

tot: /16

Tinetti andatura

(Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. JAGS. 34, 119, 1986)

1. Partenza subito dopo il comando	
Qualche esitazione o diversi tentativi per partire	**0**
Nessuna esitazione	**1**
2. Lunghezza e altezza del passo (piede dx)	
Non avanza oltre il piede sx	**0**
Oltrepassa il piede sx	**1**
Non alza completamente il piede da terra	**0**
Alza completamente il piede da terra	**1**
3. Lunghezza e altezza del passo (piede sx)	
Non avanza oltre il piede dx	**0**
Oltrepassa il piede dx	**1**
Non alza completamente il piede da terra	**0**
Alza completamente il piede da terra	**1**
4. Simmetria del passo	
La lunghezza del passo dx e sx non si equivalgono	**0**
Il passo dx e sx sono uguali	**1**
5. Continuità del passo	
Arresti e discordanze tra i passi	**0**
Continuità del passo	**1**
6. Deviazione del passo	
Deviazione significativa	**0**
Deviazione debole o moderata o impiego del bastone	**1**
Nessuna deviazione	**2**
7. Comportamento del tronco	
Marcata oscillazione o impiego del bastone	**0**
Nessuna oscillazione ma flette le ginocchia o muove le braccia per equilibrarsi	**1**
Nessuna oscillazione o flessione o impiego di braccia o bastone	**2**
8. Movimento del cammino	
Talloni distanziati	**0**
Talloni che quasi si toccano	**1**

tot: /12 **Indice morbilità (equilibrio+andatura) /28**

I test di performance fisica

Il Limite

Il limite dei test precedentemente descritti è che si basano su informazioni raccolte dai famigliari/caregiver o dagli stessi pazienti con il rischio di sottovalutare o sopravalutare il livello di autosufficienza

I test di performance fisica

- Get up and go test
- Six Minute Walking Test
- Short Physical Performance Battery (SPPB)
- Physical Performance Test (PPT)

Get-up and go test

(S. Mathias, U.S.L. Nayak, B. Isaacs - 1985)

Test adatto ad essere usato come prima valutazione della mobilità di base; è rapido e facile da somministrare.
Il test richiede di alzarsi da una sedia senza l'aiuto delle mani, camminare per 3 metri, girarsi, tornare, restare fermo e risedersi senza l'aiuto delle mani.
La funzione dell'equilibrio è rappresentata su una scala di cinque punti:
1 equilibrio normale;
2 leggero disequilibrio; lentezza di esecuzione
3 medio disequilibrio; esitazione, movimenti compensatori degli arti superiori e del tronco
4 equilibrio anormale; il paziente inciampa
5 equilibrio severamente anormale; rischio permanente di caduta

Il tempo adeguato in cui completare il test è di 7-10 secondi; il test eseguito in >10 sec si associa ad elevato rischio di cadute.

Six Minute Walking Test
(Balke, 1960)

Nasce per la misurazione della risposta al trattamento nei pazienti affetti da scompenso cardiaco e BPCO.

TABLE 1. INDICATIONS FOR THE SIX-MINUTE WALK TEST

Pretreatment and posttreatment comparisons
- Lung transplantation (9, 10)
- Lung resection (11)
- Lung volume reduction surgery (12, 13)
- Pulmonary rehabilitation (14, 15)
- COPD (16–18)
- Pulmonary hypertension
- Heart failure (19, 20)

Functional status (single measurement)
- COPD (21, 22)
- Cystic fibrosis (23, 24)
- Heart failure (25–27)
- Peripheral vascular disease (28, 29)
- Fibromyalgia (30)
- Older patients (31)

Predictor of morbidity and mortality
- Heart failure (32, 33)
- COPD (34, 35)
- Primary pulmonary hypertension (10, 36)

Definition of abbreviation: COPD = chronic obstructive pulmonary disease.

Am J Respir Crit Care Med Vol 166. pp 111–117, 2002

Valuta la capacità funzionale attraverso la misurazione della distanza percorsa camminando in un tempo definito di 6 minuti.

Gait speed as a functional capacity indicator in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Duygu Ilgin, Sevgi Ozalevli, Oguz Kilinc[1], Can Sevinc[1], Arif H Cimrin[1], Eyup S Ucan[1]

Abstract:

AIM: Walking distance is generally accepted as a functional capacity determinant in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). However, the use of gait speed in COPD patients has not been directly investigated. Thus, the aim of our study was to assess the use of gait speed as a functional capacity indicator in COPD patients.

METHODS: A total 511 patients with mild-to-very severe COPD and 113 healthy controls were included. The lung functions (pulmonary function test), general health- and disease-related quality of life (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form of Health Survey, St George's Respiratory Questionnaire), and gait speed (6-minute walk test) were assessed.

RESULTS: The mean gait speed values were slower in moderate (75.7 ± 14.0 m/min), severe (64.3 ± 16.5 m/min), and very severe (60.2 ± 15.5 m/min) COPD patients than controls (81.3 ± 14.3 m/min). There were significant correlations between gait speed and age, dyspnea-leg fatigue severities, pulmonary function test results (FEV_1, FVC, FVC%, FEV_1/FVC ratio, PEF, PEF%), and all subscores of Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form of Health Survey and activity, impact and total subscores of St George's Respiratory Questionnaire in patients with moderate, severe, and very severe COPD. However, these correlations were higher especially in patients with severe and very severe COPD.

CONCLUSIONS: As a conclusion, according to our results gait speed slows down with increasing COPD severity. Also, gait speed has correlations with age, clinical symptoms, pulmonary functions, and quality of life scores in COPD patients. Thus, we consider that gait speed might be used as a functional capacity indicator, especially for patients with severe and very severe COPD.

Key words:

Chronic obstructive pulmonary disease, gait speed, functional capacity

Short Physical Performance Battery (SPPB) (Reuben and Siu, 1990)

Questa batteria è costituita da 3 sezioni diverse:

1. valutazione dell'equilibrio in 3 prove :

a) il mantenimento della posizione a piedi uniti per 10"

b) la posizione di semi-tandem per 10" (alluce di lato al calcagno)

c) la posizione tandem sempre per 10" (alluce dietro al tallone)

il punteggio di questa sezione varia da un minimo di 0 se il paziente non riesce a mantenere la posizione a piedi uniti per almeno 10" ad un massimo di 4 se riesce a compiere tutte e tre le prove

2. la seconda delle prove è diretta a valutare il cammino (gait) su 4 metri lineari ed a seconda del tempo della performance il punteggio della sezione varia da 0 se incapace, ad 1 punto se la performance ha una durata maggiore di 8,7 secondi, ad un massimo di 4 se riesce ad assolvere il compito in meno di 4,8 secondi

3. la terza sezione della batteria indaga la capacità di eseguire, per 5 volte consecutive, il sit to stand da una sedia senza utilizzare gli arti superiori devono essere incrociati davanti al petto. Il punteggio varia da 0 se incapace oppure la performance ha una durata maggiore di 60 secondi, ad un massimo di 4 se tale performance è svolta a meno di 11,2 secondi

Il punteggio totale della scala ha quindi un range da 0 a 12

Physical Performance Test (PPT) validata dal

Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (Rozzini R, Frisoni GB, Bianchetti A, Zanetti O, Trabucchi M. Physical performance test and activities of daily living scales in the assessement of healh status in elderly people. J Am Geriatr Soc 1993;41:1109-113).

Strumento di valutazione oggettiva che richiede l'esecuzione di prestazioni standardizzate valutando la performance e il tempo impiegato.

E' disponibile in due versioni a 9 o 7 item.

Il punteggio è compreso tra 0 e 28, e punteggi elevati corrispondono ad una migliore prestazione.

PHYSICAL PERFORMANCE TEST

1. Scrivere una frase ___ sec. 0 1 2 3 4(Il sole tramonta nel mare)
0= incapace
1= >20 sec.
2= 15.5-20sec.
3= 10.5-15sec.
4= <10

2. Alimentazione simulata ___ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >20 sec.
2= 15.5-20sec.
3= 10.5-15sec.
4= <10>

3. Sollevare un libro e metterlo sulla mensola ___ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >6 sec.
2= 4.5-6sec.
3= 2.5-4sec.
4= <2>

4. Indossare e togliersi una giacca ___ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >20 sec.
2= 15.5-20sec.
3= 10.5-15sec.
4= <10

5. Prendere una moneta dal pavimento
0= incapace
1= >6 sec.
2= 4.5-6sec.
3= 2.5-4sec.
4= <2

6. **Ruotare su se stesso ___ sec. 0 1 2 3 4**
0= irregolare
2= regolare
0= insicurezza
2= sicurezza

7. Camminare per 15 mt. ___ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >25 sec.
2= 20.5-25sec.
3= 15.5-20sec.
4= <15
Punteggio Totale= ____/28

8. **Salire le scale (una rampa)**
0= incapace
1= >15 sec.
2= 10.5-15sec.
3= 5.5-10sec.
4= <5

9. **Salire le scale**
0= incapace
1= una rampa
2= due rampe
3= tre rampe
4= quattro rampe

Age and Ageing 1997; **26**: 281–287

The effect of chronic diseases on physical function. Comparison between activities of daily living scales and the Physical Performance Test

RENZO ROZZINI, GIOVANNI B. FRISONI, LUIGI FERRUCCI[1], PIERA BARBISONI, BRUNO BERTOZZI, MARCO TRABUCCHI

Aim: to verify the capacity of basic and instrumental activities of daily living (BADL and IADL) disability scales and of a performance-based test (Physical Performance Test; PPT) to detect the effect on the functional capacity of several common chronic conditions in elderly people.

Method: a cross-sectional survey of the entire population aged 70 and over, living in Ospitaletto (Brescia, northern Italy)—549 subjects; 89.6% of the eligible population; 179 males and 370 females—was carried out in 1992. A multi-dimensional questionnaire administered at the subject's home was used to collect information on demographics, presence of several common chronic diseases and BADL and IADL. Objective physical capacity was assessed using the PPT.

Results: only cognitive deterioration and depression were independently associated with disability, as detected by BADL or IADL scales. Cognitive deterioration, stroke, parkinsonism, heart disease and hearing and visual loss were independently associated with PPT. The performance at PPT remained statistically associated with most of the same diseases when the analysis was restricted to subjects with no BADL or IADL disability.

Conclusion: a performance-based measure, such as PPT, may detect a functional limitation before it becomes measurable by traditional self-reported BADL and IADL scales.

Table 1. Functional status of 549 community-dwelling elderly subjects

	No. of subjects	%
Basic activities of daily living (functions lost)		
Independent	401	73.0
Dependent in one function	67	12.2
Dependent in two or more functions	81	14.8
Instrumental activities of daily living (functions lost)		
Independent	262	47.7
Dependent in one function	116	21.1
Dependent in two or more functions	171	31.2
Physical Performance Test (score)		
>20	257	46.9
11–20	195	35.5
<11	82	14.9
Data missing	15	2.7

Age and Ageing 1997; **26**: 281–287

Table 2. The prevalence of chronic conditions and their age- and gender-adjusted associations with the basic and instrumental activities of daily living (BADL and IADL) disability scales and the Physical Performance Test (PPT) in 549 community-dwelling elderly subjects

	Dependent variable						
		BADL		IADL		PPT	
Independent variable	Prevalence (%)	B^a	95% CI	B^a	95% CI	B^a	95% CI
Heart disease	33.2	0.02	-0.22 to 0.26	0.09	-0.24 to 0.42	-2.75	-4.10 to -1.39***
Hypertension	36.2	0.04	-0.27 to 0.19	0.05	-0.28 to 0.37	-0.05	-1.40 to 1.29
Anaemia	8.9	0.00	-0.39 to 0.39	-0.01	-0.56 to 0.54	-2.26	-4.54 to 0.02*
Diabetes mellitus	14.0	-0.07	-0.39 to 0.25	-0.11	-0.56 to 0.34	-0.89	-2.75 to 0.97
COPD	21.7	0.08	-0.19 to 0.34	0.24	-0.14 to 0.62	-1.58	-3.14 to -0.01*
Previous bone fracture	9.5	0.06	-0.32 to 0.43	0.04	-0.49 to 0.58	-1.83	-4.04 to 0.39
Liver disease	6.7	-0.04	-0.49 to 0.40	-0.28	-0.90 to 0.35	-0.46	-3.09 to 2.18
Parkinsonism	2.2	0.47	-0.28 to 1.2	0.13	-0.94 to 1.2	-7.31	-11.66 to -2.95***
Previous stroke	5.1	0.02	-0.54 to 0.47	0.14	-0.58 to 0.85	-11.37	-14.14 to -8.61***
Degenerative joint disease	62.5	-0.04	-0.12 to 0.34	0.09	-0.24 to 0.41	-0.69	-2.03 to 0.64
Poor hearing	14.9	0.11	0.12 to 0.73**	0.54	-0.13 to 0.76	-3.00	-4.81 to -1.19***
Poor vision	14.6	0.42	-0.10 to 0.52	0.35	-0.10 to 0.79	-6.88	-8.62 to -5.13***
Depression	25.7	0.21	0.53 to 0.97***	1.11	0.79 to 1.43***	-1.55	-3.02 to -0.07*
Cognitive deterioration	14.2	1.02	0.75 to 1.30***	2.19	1.82 to 2.6***	-2.91	-4.80 to -1.02**
Cancer	4.0	0.16	-0.40 to 0.73	0.21	-0.59 to 1.0	-3.59	-6.93 to -0.26*

COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

[a] Unstandardized regression coefficients in separate multiple linear regression models where the chronic conditions are coded as dichotomous variables.

*$P < 0.05$; **$P < 0.01$; ***$P < 0.001$.

d from http://ageing.oxfordjournals.org/ by guest on May 15, 2013

Gait speed

EDITORIAL

BRADYPEDIA: IS GAIT SPEED READY FOR CLINICAL USE?

S. STUDENSKI

Esiste un indicatore di mobilità semplice che possa potenzialmente da solo essere indicatore della salute e dell'autosufficienza nei pazienti anziani e con comorbilità?

La velocità del cammino (GAIT SPEED) è predittore di sopravvivenza, disabilità, ospedalizzazione o istituzionalizzazione, demenza e cadute

Identifica precocemente il soggetto con disabilità attuale o a rischio di diventarlo perché riflette il corretto funzionamento di molti organi (encefalo, sistema nervoso periferico, muscoli, ossa, cuore e polmoni)

The Journal of Nutrition, Health & Aging©
Volume 13, Number 10, 2009

I Limiti

- Non è ancora considerata rilevante come altri parametri clinici o biochimici
- Test di performance sono poco effettuati per mancanza di tempo, spazi e strumenti adeguati

The Journal of Nutrition, Health & Aging©
Volume 13, Number 10, 2009

Vantaggi

- Dati oggettivi
- Riproducibile
- Migliore sensibilità alle modificazioni dello stato funzionale
- Meno influenzato dal livello di istruzione e dalla cultura

JAGS 41: 1109-1113, 1993

GAIT SPEED AT USUAL PACE AS A PREDICTOR OF ADVERSE OUTCOMES IN COMMUNITY-DWELLING OLDER PEOPLE AN INTERNATIONAL ACADEMY ON NUTRITION AND AGING (IANA) TASK FORCE

G. ABELLAN VAN KAN[1], Y. ROLLAND[1,2], S. ANDRIEU[2,3], J. BAUER[4], O. BEAUCHET[5], M. BONNEFOY[6], M. CESARI[7], L.M. DONINI[8], S. GILLETTE-GUYONNET[1,2], M. INZITARI[9], F. NOURHASHEMI[1,2], G. ONDER[10], P. RITZ[11], A. SALVA[9], M. VISSER[12], B. VELLAS[1,2]

1. Gérontopôle, Department of Geriatric Medicine, Toulouse University Hospital, Toulouse (France); 2. INSERM U-558, University Toulouse-III, Toulouse (France); 3. Department of Epidemiology and Public Health, University Toulouse-III, Toulouse (France); 4. Department of Geriatric Medicine, University of Erlangen-Nuremberg, Nurnberg (Germany); 5. Department of Geriatric Medicine, Angers University Hospital, Angers (France); 6. Department of Geriatric Medicine, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre-Benite (France); 7. Department of Aging and Geriatric Reseach, Institute on Aging, University of Florida, Gainesville (USA); 8. Department of Medical Physiopathology, "Sapienza" University of Rome (Italy); 9. Institut Catala de l'Envelliment, University Autonoma de Barcelona, Barcelona (Spain); 10. Department of Geriatric Medicine, Catholic University of Sacred Heart, Rome (Italy); 11. Pole Cardiologie et Métabolique, Service d'Endocrinologie, Rangueil University Hospital, Toulouse (France); 12. Department of Health Sciences, Faculty of Earth and Life Sciences, Vrije Universiteit, and the EMGO Institute, VU University Medical Center, Amsterdam (The Netherlands). Corresponding author: Gabor Abellan van Kan, Gérontopôle, Department of Geriatric Medicine, Toulouse University Hospital, 170, avenue de Casselardit, 31059 Toulouse, cedex 9, France, E-mail: abellan-van-kan-g@chu-toulouse.fr, Fax: +33.5.61.77.25.93, Phone: +33.5.61.77.76.49

The Journal of Nutrition, Health & Aging©
Volume 13, Number 10, 2009

Si stabilisce in 0,8 ms-1 (5 secondi per percorrere 4 metri) il cut-off predittivo di eventi avversi nel paziente anziano

Table 1
Gait speed and ADL or mobility disability

Study	Characteristics of participants	Gait Speed	Outcomes
Health Aging and Body Composition study, Health ABC study (19)	N=3047 Mean age 74.2 Well-functioning older persons 4.9 years of follow-up	6 meter walk < 1.0 ms^{-1}	Persistent lower extremity limitation RR 2.20 (1.76-2.74)
Health ABC study (20)	N=3024 Well-functioning older persons 6.9 years of follow-up	6 meter walk < 1.0 ms-1	Persistent lower extremity limitation RR 1.53 (1.35-1.74)
Cardiovascular Health Study, CHS (21)	N=3156 Free from disability, cognitively intact 8.4 years of follow-up	15-foot walk < 1.0 ms-1⇔ >1.0 ms^{-1}	Incident ADL disability HR 0.88 (0.80-0.96)
Women's Health and Aging Study, WHAS-I (22)	N= 1002 No ADL disability 3 years of follow-up	4 meter walk	Incident ADL disability RR 0.72 (0.53-0.99) per 0.31 ms^{-1} increase
Hispanic Established Population for the Epidemiological Study of the Elderly, EPESE (23)	N= 1946 Community dwelling Well functioning 2-year follow-up	8-foot walk Highest vs lowest gait speed group	ADL disability OR 5.4 (1.2-23.6) Mobility disability OR 3.4 (1.8-6.5)
Medicare Health maintenance organisation, HMO, and Veterans Affairs, VA (24)	N= 487 > 65 years Cognitively intact No mobility disability 1-year follow-up	4 meter walk Fast walkers >1 ms^{-1}	Difficulty in personal care: OR 0.62 for every 0.2 ms^{-1} increase
Health ABC study (25)	N=3056 Free from disability, cognitively intact 2-year follow-up	LDCW 400 meter walk < 1.0 ms^{-1}	New mobility limitations Men OR 2.15 (1.44-3.20) Women OR 1.33 (0.99-179)
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Longitudinal Interdisciplinary Study on Aging (26)	N=736 Aged 65 and older Well-functioning Community-dwelling 6-year follow-up	11 meter walk Highest vs lowest gait	Onset of functional ADL dependence Age 65-74: HR 2.43 (1.42-4.17) Age >74: HR 6.18 (3.16-12.1)
Hong Kong Chinese cohort (27)	N=2032 Aged 70 and older Community-dwelling Well-functioning 3-year follow-up	16-feet walk Highest vs lowest gait speed group	ADL dependency Men: OR 1.19 (1.13-1.26) Women: OR 1.16 (1.12-1.21)
Hong-Kong Old Study (28)	N=1483 Community-dwelling Well-functioning 18-months follow-up	8-foot returned walk	ADL mobility decline OR (per second of increase) 1.12 (1.09-1.16)

Table 3
Gait speed and Mortality

Study	Characteristics of participants	Gait Speed	Outcomes
Health Aging and Body Composition study, Health ABC study (19)	N=3047 Mean age 74.2 Well-functioning older persons 4.9 years of follow-up	6 meter walk < 1.0 ms^{-1}	Mortality RR 1.64 (1.14-2.37)
Health ABC study (20)	N=3024 Well-functioning older persons 6.9 years of follow-up	6 meter walk < 1.0 ms^{-1}	Mortality RR 1.49 (1.23-1.80)
Cardiovascular Health Study, CHS (21)	N=3156 Free from disability, cognitively intact 8.4 years of follow-up	15-foot walk < 1.0 ms-1⇔ >1.0 ms^{-1}	Mortality HR 0.87 (0.78-0.98)
Hong Kong Chinese cohort (27)	N=2032 Aged 70 and older Community-dwelling Well-functioning 3-year follow-up	16-feet walk Highest vs lowest gait speed group	Mortality Men: OR 1.08 (1.05-1.11) Women: OR 1.04 (1.02-1.05)
Sydney Older Persons Study, SOP Study (32)	630 community-dwelling 75 years and older Follow-up 6 years Mild cognitive impairment	5-meter returned walk Highest vs lowest gait speed group	MCI with low gait speed presented higher risk of mortality OR 3.3 (1.6-6.9)
Hispanic Established Populations for Epidemiological Study of the Elderly H-EPESE (36)	1630 community-dwelling Aged 65 and older MMSE >21 Follow-up 7 years	8-foot walk Highest vs lowest gait speed group	Slow gait speed was an independent predictor of mortality HR 4.12 (2.85-5.97)
Invecchiamento e Longevita nel Sirente, ilSIRENTE (37)	335 community-dwelling Aged 80 and older Follow-up 2 years	4-meter walk Highest vs lowest gait speed group	Rapid gait speed was an independent predictor of survival HR 0.73 (0.54-0.99)
Epidemiologie de l'Osteoporose, EPIDOS (38)	7250 community-dwelling Well-functioning Women Aged 65 and older MMSE >21 Follow-up 3.8 years	6-meter walk Highest vs lowest gait speed group	Slow gait speed was an independent predictor of mortality OR 2.47 (1.67-3.67) Unable to perform assessment OR 6.01 (2.81-12.83)
Hispanic Established Populations for Epidemiological Study of the Elderly H-EPESE (39	3050 community-dwelling Aged 65 and older MMSE >21 Follow-up 7 years	8-foot walk Highest vs lowest gait speed group	Slow gait speed was an independent predictor of mortality OR 3.64 (1.93-6.85) Unable to perform assessment OR 7.47 (3.83-14.55)

Table 2
Gait speed and dementia

Study	Characteristics of participants	Gait Speed	Outcomes
Hispanic Established Populations for Epidemiological Study of the Elderly H-EPESE (29)	2070 community-dwelling Aged 65 and older MMSE >21 Follow-up7 years	8-foot walk Highest vs lowest gait speed group	Slow gait speed was an independent predictor of greater MMSE score decline over a 7-year period (0.23 points per year)
The Health Aging and Body Composition Study, Health ABC (30)	2776 Well-functioning, community-dwelling Mean age 73.5y Follow-up 5 years	6-meter walk Highest vs lowest gait speed group	Slow gait speed predicted DSST decline OR 1.74
Adult Changes in Thought Study ACT Study (31)	2288 community-dwelling Aged 65 and older MMSE > 25-26 Follow-up 6 years	10-foot walk Score of performance	Dementia: HR for each 1-point increase in score: 0.79 (0.70-0.89) AD: HR for each 1-point increase in score: 0.81 (0.71-0.94)
Sydney Older Persons Study, SOP Study (32)	630 community-dwelling 75 years and older Follow-up 6 years	5-meter returned walk Highest vs lowest gait speed group	MCI with low gait speed presented higher risk of progression to dementia OR 5.6 (2.5-12.6)
Women's Health and Aging Study WHAS-I (33)	558 community-dwelling Women Aged 65 and older MMSE >24 Follow-up 3 years	4-meter walk Highest vs lowest gait speed group	Low gait speed was associated with combined (cognitive and physical) decline. OR of 0.46 (0.22-0.97) per 0.24 ms^{-1} increase
The Oregon Brain Aging Study OBA Study (34)	108 community-dwelling 65 years and older MMSE > 24 Follow-up 6 years	15 foot returned walk Highest vs lowest gait speed group	Slow gait speed predicted onset of dementia, with an increased risk of 1.14 for every second of increase in walking time
OBA Study (35)	N=85 65 years and older MMSE > 24 3-year follow-up	15 foot returned walk	18 participants developed cognitive impairment. OR 1.26 (1.01-1.6) for every 1-second increase in baseline gait speed

MMSE stands for Mini-Mental State Examination, AD for Alzheimer's disease, and MCI for mild cognitive impairment.

Rethinking the Association of High Blood Pressure With Mortality in Elderly Adults

The Impact of Frailty

Michelle C. Odden, PhD; Carmen A. Peralta, MD, MAS; Mary N. Haan, DrPH; Kenneth E. Covinsky, MD, MPH

Background: The association of hypertension and mortality is attenuated in elderly adults. Walking speed, as a measure of frailty, may identify which elderly adults are most at risk for the adverse effects of hypertension. We hypothesized that elevated blood pressure (BP) would be associated with a greater risk of mortality in faster-, but not slower-, walking older adults.

Methods: Participants included 2340 persons 65 years and older in the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000 and 2001-2002. Mortality data were linked to death certificates in the National Death Index. Walking speed was measured over a 20-ft (6 m) walk and classified as faster (≥0.8 m/s [n=1307]), slower (n=790), or incomplete (n=243). Potential confounders included age, sex, race, survey year, lifestyle and physiologic variables, health conditions, and antihypertensive medication use.

Results: Among the participants, there were 589 deaths through December 31, 2006. The association between BP and mortality varied by walking speed. Among faster walkers, those with elevated systolic BP (≥140 mm Hg) had a greater adjusted risk of mortality compared with those without (hazard ratio [HR], 1.35; 95% CI, 1.03-1.77). Among slower walkers, neither elevated systolic nor diastolic BP (≥90 mm Hg) was associated with mortality. In participants who did not complete the walk test, elevated BP was strongly and independently associated with a lower risk of death: HR, 0.38; 95% CI, 0.23-0.62 (systolic); and HR, 0.10; 95% CI, 0.01-0.81 (diastolic).

Conclusions: Walking speed could be a simple measure to identify elderly adults who are most at risk for adverse outcomes related to high BP.

Arch Intern Med. 2012;172(15):1162-1168.
Published online July 16, 2012.
doi:10.1001/archinternmed.2012.2555

Table 1. Characteristics of NHANES Participants 65 Years and Older (1999-2002), Stratified by Walking Speed

Characteristic	Walking Speed			*P* Value
	Faster ≥0.8 m/s (n = 1307)	Slower <0.8 m/s (n = 790)	Did Not Complete (n = 243)	
Age, mean (SD), y	72 (6)	77 (6)	77 (6)	<.001
Female, %	52	67	61	<.001
Black race, %	5	10	14	.001
<High school education, %	24	48	45	<.001
Current/prior smoking, %	56	50	47	.02
BMI, mean (SD)	27 (5)	28 (6)	29 (6)	.01
Total cholesterol, mean (SD), mg/dL	212 (39)	212 (45)	206 (40)	.25
HDL-C, mean (SD), mg/dL	54 (16)	54 (18)	53 (17)	.56
Estimated GFR, mean (SD), mL/min/1.73 m^2	77 (19)	64 (20)	64 (24)	<.001
History of diabetes, %	10	23	23	<.001
History of CHD, %	11	13	12	.72
History of stroke, %	5	12	23	<.001
History of CHF, %	4	13	15	<.001
Antihypertensive medication Use, %	39	54	46	<.001
Systolic BP, mean (SD), mm Hg	139 (21)	143 (23)	147 (30)	.003
Diastolic BP, mean (SD), mm Hg	70 (13)	66 (15)	68 (14)	.001

Abbreviations: BMI, body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared); BP, blood pressure; CHD, coronary heart disease; CHF, congestive heart failure; GFR, glomerular filtration rate; HDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; NHANES, National Health and Nutrition Examination Survey.

SI conversion factor: To convert cholesterol to millimoles per liter, multiply by 0.0259.

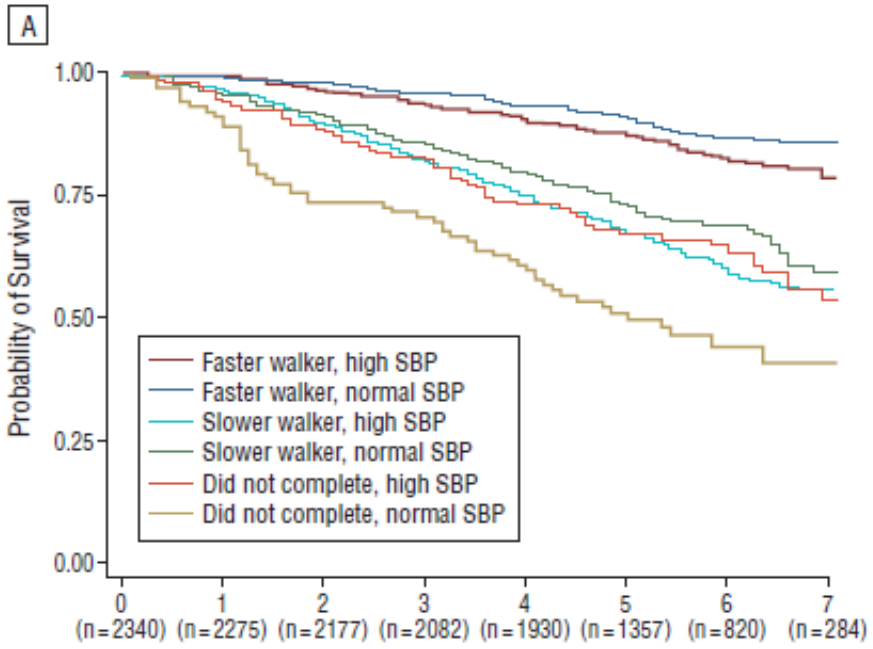
ARCH INTERN MED/VOL 172 (NO. 15), AUG 13/27, 2012

Table 2. Walking Speed by Age and Sex in NHANES Participants 65 Years and Older (1999-2002)[a]

Sex/Age, y	Walking Speed: Faster ≥0.8 m/s (n = 1307)	Walking Speed: Slower <0.8 m/s (n = 790)	Walking Speed: Did Not Complete (n = 243)
Men			
65-69	243 (77)	52 (16)	21 (7)
70-74	204 (66)	77 (25)	28 (9)
75-79	131 (60)	67 (30)	22 (10)
80-84	103 (50)	91 (44)	12 (6)
≥85	30 (35)	62 (53)	26 (22)
Women			
65-69	206 (65)	80 (25)	31 (10)
70-74	175 (61)	88 (31)	24 (8)
75-79	109 (54)	71 (35)	23 (11)
80-84	72 (33)	122 (56)	24 (11)
≥85	34 (23)	80 (55)	32 (22)

Abbreviation: NHANES, National Health and Nutrition Examination Survey.
[a] Data are given as number (percentage) of participants.

ARCH INTERN MED/VOL 172 (NO. 15), AUG 13/27, 2012



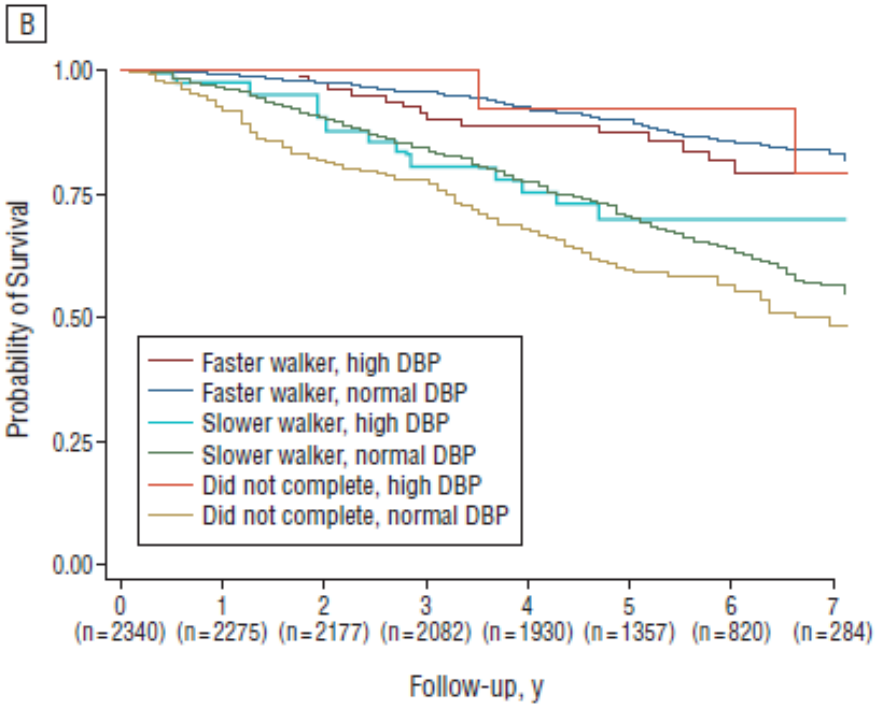


Figure 1. Kaplan-Meier survival plots. Kaplan-Meier survival plots of persons with elevated systolic blood pressure (SBP) 140 mm Hg or higher (A) and diastolic blood pressure (DBP) 90 mm Hg or higher (B), stratified by walking speed, in National Health and Nutrition Examination Survey participants 65 years and older (1999-2002), followed up until December 31, 2006

La velocità del cammino da sola può distinguere quei soggetti anziani robusti in cui valori elevati di pressione arteriosa hanno lo stesso significato che nella popolazione giovane rispetto agli anziani fragili in cui l'ipertensione arteriosa non è associata ad aumento della mortalità.

Nei soggetti >65 anni con velocità del cammino >= 0,8 ms c'è correlazione tra ipertensione e mortalità

Nei soggetti >65 anni con velocità di cammino<0,8 ms l'ipertensione aumenta la sopravvivenza

ARCH INTERN MED/VOL 172 (NO. 15), AUG 13/27, 2012

Rethinking the Association of High Blood Pressure With Mortality in Elderly Adults

The Impact of Frailty

Michelle C. Odden, PhD; Carmen A. Peralta, MD, MAS; Mary N. Haan, DrPH; Kenneth E. Covinsky, MD, MPH

Background: The association of hypertension and mortality is attenuated in elderly adults. Walking speed, as a measure of frailty, may identify which elderly adults are most at risk for the adverse effects of hypertension. We hypothesized that elevated blood pressure (BP) would be associated with a greater risk of mortality in faster-, but not slower-, walking older adults.

Methods: Participants included 2340 persons 65 years and older in the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000 and 2001-2002. Mortality data were linked to death certificates in the National Death Index. Walking speed was measured over a 20-ft (6 m) walk and classified as faster (≥0.8 m/s [n=1307]), slower (n=790), or incomplete (n=243). Potential confounders included age, sex, race, survey year, lifestyle and physiologic variables, health conditions, and antihypertensive medication use.

Results: Among the participants, there were 589 deaths through December 31, 2006. The association between BP and mortality varied by walking speed. Among faster walkers, those with elevated systolic BP (≥140 mm Hg) had a greater adjusted risk of mortality compared with those without (hazard ratio [HR], 1.35; 95% CI, 1.03-1.77). Among slower walkers, neither elevated systolic nor diastolic BP (≥90 mm Hg) was associated with mortality. In participants who did not complete the walk test, elevated BP was strongly and independently associated with a lower risk of death: HR, 0.38; 95% CI, 0.23-0.62 (systolic); and HR, 0.10; 95% CI, 0.01-0.81 (diastolic).

Conclusions: Walking speed could be a simple measure to identify elderly adults who are most at risk for adverse outcomes related to high BP.

Arch Intern Med. 2012;172(15):1162-1168.
Published online July 16, 2012.
doi:10.1001/archinternmed.2012.2555

Table. Characteristics and Conditions Associated With 12-Month Mortality in 461 Elderly Rehabilitation Patients

Characteristic/Condition	12-mo Mortality Events/No. of Patients	Crude RR (95% CI)[a,c]	Adjusted RR (95% CI)[b,c]
Age >80 y	40/250	1.7 (1.1-2.7)	NA
Male sex	37/136	1.8 (1.1-2.8)	NA
Dementia (MMSE score <18)	36/113	2.4 (1.6-3.6)	NA
Respiratory diseases	28/87	2.0 (1.3-3.1)	NA
Liver diseases	15/39	2.4 (1.4-4.2)	NA
Chronic renal failure	44/169	1.7 (1.1-2-7)	NA
Cancer	21/46	3.9 (2.1-7.3)	3.6 (2.0-6.6)
Hypertension	34/224	0.6 (0.4-0.9)	0.6 (0.3-0.9)
Charlson Index score ≥3	47/129	2.9 (1.9-4.3)	2.4 (1.5-3.9)
Drug use (>5)	41/167	1.5 (1.0-2.1)	1.6 (1.1-2.7)
Malnutrition	57/198	2.2 (1.5-3.2)	1.8 (1.1-2.9
Gait speed			
Group A, <15 s/15 m	8/100	1 [Reference]	1 [Reference]
Group B, 16-25 s/15 m	15/126	1.6 (0.7-3.7)	1.2 (0.5-2.8)
Group C, >25 s/15 m	30/142	2.9 (1.3-6.4)	2.2 (1.0-4.9)
Group D, unable to walk	33/93	5.4 (2.5-11.8)	4.0 (1.7-9.2)

Abbreviations: MMSE, Mini-Mental State Examination; NA, not applicable; RR, relative risk.
[a] Crude: the association of predictors with mortality was estimated with bivariate Cox proportional hazards regression models.
[b] Adjusted: the independent association of predictors found to be significantly associated in the bivariate models was assessed in multivariate Cox models.
[c] Tests for trend of the crude and adjusted linear increase of RR through groups of decreasing gait speed were statistically significant ($P < .01$).

Author Affiliations: Department of Internal Medicine and Geriatrics, Poliambulanza Hospital, Brescia, Italy (Dr Rozzini); and Geriatric Research Group, Brescia, Italy (Dr Trabucchi).

Assessing Gait Speed in Acutely Ill Older Patients Admitted to an Acute Care for Elders Hospital Unit

Scan for Author Audio Interview

Glenn V. Ostir, PhD; Ivonne Berges, PhD; Yong-Fang Kuo, PhD; James S. Goodwin, MD; Kenneth J. Ottenbacher, PhD; Jack M. Guralnik, MD, PhD

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of the Patients

Patient Characteristics	Value (n = 322)
Age, y, No. (%)	
65-74	155 (48.1)
75-84	125 (38.8)
≥85	42 (13.0)
Female sex, No. (%)	205 (63.7)
Race/ethnicity, No. (%)	
Non-Hispanic white	228 (70.8)
Non-Hispanic black	55 (17.1)
Hispanic	39 (12.1)
Married, No. (%)	147 (45.7)
Education ≥high school, No. (%)	246 (76.4)
ADL disability, No. (%)	
0	175 (54.3)
1-2	47 (14.6)
3-4	50 (15.5)
≥5	50 (15.5)
Length of stay, mean (SD), d	4.1 (3.8)
Charlson Comorbidity Index, mean (SD)	2.7 (2.1)
BMI, mean (SD)	28.1 (7.3)

Abbreviations: ADL, activities of daily living; BMI, body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared).

Table 2. Length of Stay and Home Discharge by Gait Speed Category

Gait Speed	No. of Patients	Length of Stay, Mean (SD), d	Home Discharge, %
Unable to complete gait speed test	116	4.8 (4.7)	66.4
Gait speed, m/s			
≤0.40	69	4.1 (3.9)	82.6
0.40-0.59	65	3.6 (3.2)	92.3
≥0.60	72	3.1 (2.6)	98.6
Overall	**322**	4.1 (3.9)	82.5

Non solo un problema della geriatria…

Quadriceps Strength, Quadriceps Power, and Gait Speed in Older U.S. Adults with Diabetes Mellitus: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2002

Rita Rastogi Kalyani, MD, MHS,[*] Yolande Tra, PhD,[†] Hsin-Chieh Yeh, PhD,[‡§‖] Josephine M. Egan, MD,[#] Luigi Ferrucci, MD, PhD,[#] and Frederick L. Brancati, MD, MHS[‡§‖]*

MAY 2013–VOL. 61, NO. 5 JAGS

J Ren Nutr. 2013 May 3. pii: S1051-2276(13)00077-0. doi: 10.1053/j.jrn.2013.02.010. [Epub ahead of print]

Association of Frailty With Body Composition Among Patients on Hemodialysis.

Delgado C, Doyle JW, Johansen KL.

What is the utility of preoperative frailty assessment for risk stratification in cardiac surgery?

Nigel Mark Bagnall*, Omar Faiz, Ara Darzi and Thanos Athanasiou

Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, St Mary's Hospital, London, UK

* Corresponding author. Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, St Mary's Hospital, Room 1029, 10th Floor QEQM, Paddington, London W2 1NY, UK. Tel: +44-203 3127619; fax: +44-203 3126309; e-mail: nbagnall@imperial.ac.uk (N.M. Bagnall).

Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery (2013) 1–5
doi:10.1093/icvts/ivt197

La velocità del cammino è un importante indicatore clinico dello stato funzionale e della fragilità del paziente e potrebbe essere usato a completamento della scale self-reported di attività della vita quotidiana (ADL-IADL)

Strumenti di seconda/terza generazione

Limiti degli strumenti tradizionali

- **Descrittivi, non consentendo pertanto di acquisire le informazioni necessarie alla elaborazione ed attivazione del piano di cura/assistenza;**
- **Valutazione di una singola area problematica**
- **Eziologia non deducibile**
- **Difficoltà di confronto**

Strumenti di seconda/terza generazione

- **Omnicomprensivi**
- **Evidenziano le cause e quando possibile consentono la diagnosi eziologica**
- **Finalizzati alla pianificazione dell'assistenza**
- **Confrontabilità**

Strumenti di seconda/terza generazione

La valutazione multidimensionale di II e III generazione si è evoluta negli ultimi 20 anni e prevede uno strumento che include tutti gli aspetti di un assessment globale senza prevedere l'assemblaggio di più scale (I generazione).

Inter RAI, un' associazione scientifica no-profit, ha elaborato gli strumenti di seconda generazione, strumenti onnicomprensivi, specifici per i diversi setting assistenziali dove viene curato l'anziano (ospedale per acuti, postacuzie, RSA, ADI, Hospice). (1980)

E stata successivamente creata una suite di 8 strumenti rivisti, validati e standardizzati che hanno una "core component" uguale nel 70% degli item poiché funzione fisica, cognitività, sensi, tono dell'umore etc sono valutati in modo identico e un 30% restante è modulare, dipendendo dalle specifiche caratteristiche del setting assistenziale (2006).

Gli strumenti inclusi nella suite sono considerati di terza generazione

Journal of Gerontology, 2008, Vol.63, N. 3, 308-313

Acute and Post-Acute Care (AC and PAC) - InterRAI - Windows Internet Explorer
http://www.interrai.org/acute-care.html
interrai
File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?
Acute and Post-Acute Care (AC and PAC) – InterRAI
Pagina Strumenti

| Acute Care
| Assisted Living
| Child and Youth Intellectual/ Developmental Disability
| Child and Youth Mental Health
| Community Health
| Community Mental Health
| Contact Assessment
| Deafblind
| Emergency Screener for Psychiatry
| Home Care
| Intellectual Disability
| Long-Term Care Facilities
| Mental Health for Correctional Facilities
| Mental Health for In-patient Psychiatry
| Palliative Care
| Post-Acute Care
| Quality of Life
| Wellness
| Glossary

assessment tools for falls, delirium, functional decline, and pressure ulcers. The instrument can thus perform the tasks of a range of syndrome-specific instruments, reducing the documentation burden associated with an increasing array of screening tasks.

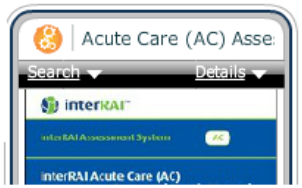
e Hospital "Mini-Suite" of Assessment Tools

Older patients who are targeted for comprehensive geriatric assessment often progress through a complex series of systems within and beyond the hospital episode of care. Repeated assessments and new care plans may be required at each of four stages of care: in the emergency department, acute hospital, post-acute setting, and on return to the community. Relevant interRAI systems are available for each of these stages of care: the interRAI Emergency Department Screener, the interRAI AC, the interRAI PAC (inpatient post-acute care) and the interRAI HC (community-based post-acute care). interRAI is currently developing a strategy to integrate these instruments so that an entire system of assessment and care planning is available to accompany the patient's journey across these often disconnected health sectors.

For further information about the AC, PAC, or hospital "mini-suite," please contact the chair of the interRAI Network of Excellence in Acute Care (iNEAC), Len Gray.

See our list of Acute Care publications in our Catalog.

View inside a sample by clicking on the cover below:



News

Palliative Care in Nursing Homes Becomes Increasingly Important in Belgium
May 7, 2013

Read more

Buy Books

Log In

Terms of Use
© 2012 InterRAI
Design by Creamedia

MDS/RAI

Numeric Identifier_____

MINIMUM DATA SET (MDS) — *VERSION 2.0*

FOR NURSING HOME RESIDENT ASSESSMENT AND CARE SCREENING

BASIC ASSESSMENT TRACKING FORM

SECTION AA. IDENTIFICATION INFORMATION

1.	RESIDENT NAME[6]	a. (First) b. (Middle Initial) c. (Last) d. (Jr/Sr)
2.	GENDER[6]	1. Male 2. Female
3.	BIRTHDATE[6]	Month Day Year
4.	RACE/[6] ETHNICITY	1. American Indian/Alaskan Native 2. Asian/Pacific Islander 3. Black, not of Hispanic origin 4. Hispanic 5. White, not of Hispanic origin
5.	SOCIAL SECURITY[6] AND MEDICARE NUMBERS[6] [C in 1st box if non med. no.]	a. Social Security Number b. Medicare number (or comparable railroad insurance number)
6.	FACILITY PROVIDER NO.[6]	a. State No. b. Federal No.
7.	MEDICAID NO. ["+" if pending, "N" if not a Medicaid recipient][6]	
8.	REASONS FOR ASSESS-MENT	[Note—Other codes do not apply to this form] a. Primary reason for assessment 1. Admission assessment (required by day 1 4 2. Annual assessment 3. Significant change in status assessment 4. Significant correction of prior full assessme 5. Quarterly review assessment 10. Significant correction of prior quarterly ass 0. *NONE OF ABOVE* b. ***Codes for assessments required for Medic*** *1. Medicare 5 day assessment 2. Medicare 30 day assessment 3. Medicare 60 day assessment 4. Medicare 90 day assessment 5. Medicare readmission/return assessment 6. Other state required assessment 7. Medicare 14 day assessment 8. Other Medicare required assessment*

9. Signatures of Persons who Completed a Portion of the Accompanying Assessment or Tracking Form

I certify that the accompanying information accurately reflects resident assessment or tracking information for this resident and that I collected or coordinated collection of this information on the dates specified. To the best of my knowledge, this information was collected in accordance with applicable Medicare and Medicaid requirements. I understand that this information is used as a basis for ensuring that residents receive appropriate and quality care, and as a basis for payment from federal funds. I further understand that payment of such federal funds and continued participation in the government-funded health care programs is conditioned on the accuracy and truthfulness of this information, and that I may be personally subject to or may subject my organization to substantial criminal, civil, and/or administrative penalties for submitting false information. I also certify that I am authorized to submit this information by this facility on its behalf.

Signature and Title	Sections	Date
a.		
b.		
c.		
d.		

SECTION AB. DEMOGRAPHIC INFORMATION

1.	DATE OF ENTRY	*Date the stay began. Note — Does not include readmission if record was closed at time of temporary discharge to hospital, etc. In such cases, use prior admission date* Month Day Year
2.	ADMITTED FROM (AT ENTRY)	1. Private home/apt. with no home health services 2. Private home/apt. with home health services 3. Board and care/assisted living/group home 4. Nursing home 5. Acute care hospital 6. Psychiatric hospital, MR/DD facility 7. Rehabilitation hospital 8. Other
3.	LIVED ALONE (PRIOR TO ENTRY)	0. No 1. Yes 2. In other facility
4.	ZIP CODE OF PRIOR PRIMARY RESIDENCE	
5.	RESIDEN-TIAL HISTORY 5 YEARS PRIOR TO ENTRY	(*Check all settings resident lived in during 5 years prior to date of entry given in item AB1 above*) a. Prior stay at this nursing home b. Stay in other nursing home c. Other residential facility—board and care home, assisted living, group home d. MH/psychiatric setting e. MR/DD setting f. *NONE OF ABOVE*
6.	LIFETIME OCCUPA-TION(S) [Put "/" between two occupations]	
7.	EDUCATION (*Highest Level Completed*)	1. No schooling 2. 8th grade/less 3. 9-11 grades 4. High school 5. Technical or trade school 6. Some college 7. Bachelor's degree 8. Graduate degree
8.	LANGUAGE	(*Code for correct response*) a. Primary Language 0. English 1. Spanish 2. French 3. Other b. If other, specify
9.	MENTAL HEALTH HISTORY	Does resident's RECORD indicate any history of mental retardation, mental illness, or developmental disability problem? 0. No 1. Yes
10.	CONDITIONS RELATED TO MR/DD STATUS	(*Check all conditions that are related to MR/DD status that were manifested before age 22, and are likely to continue indefinitely*) Not applicable—no MR/DD (Skip to AB11) a. MR/DD with organic condition Down's syndrome Autism Epilepsy Other organic condition related to MR/DD b. MR/DD with no organic condition
11.	DATE BACK-GROUND INFORMA-TION COMPLETED	Month Day Year

SECTION AC. CUSTOMARY ROUTIN

1.	CUSTOMARY ROUTINE	(*Check all that apply. If all information* ***(In year prior to DATE OF ENTRY to this nursing home, or year last in community if now being admitted from another nursing home)***

CYCLE OF DAILY EVENTS

Stays up late at night (e.g., after 9 pm)
Naps regularly during day (at least 1 h
Goes out 1+ days a week
Stays busy with hobbies, reading, or fi
Spends most of time alone or watching
Moves independently indoors (with ap
Use of tobacco products at least daily
NONE OF ABOVE

EATING PATTERNS

Distinct food preferences
Eats between meals all or most days
Use of alcoholic beverage(s) at least w
NONE OF ABOVE

ADL PATTERNS

In bedclothes much of day
Wakens to toilet all or most nights
Has irregular bowel movement pattern
Showers for bathing
Bathing in PM
NONE OF ABOVE

INVOLVEMENT PATTERNS

Daily contact with relatives/close friend
Usually attends church, temple, synag
Finds strength in faith
Daily animal companion/presence
Involved in group activities
NONE OF ABOVE

UNKNOWN—Resident/family unable

SECTION AD. FACE SHEET SIGNATU

SIGNATURES OF PERSONS COMPLETING FACE

a. Signature of RN Assessment Coordinator

I certify that the accompanying information accurately reflects resident assessment or tracking information for this resident and that I collected or coordinated collection of this information on the dates specified. To the best of my knowledge, this information was collected in accordance with applicable Medicare and Medicaid requirements. I understand that this information is used as a basis for ensuring that residents receive appropriate and quality care, and as a basis for payment from federal funds. I further understand that payment of such federal funds and continued participation in the government-funded health care programs is conditioned on the accuracy and truthfulness of this information, and that I may be personally subject to or may subject my organization to substantial criminal, civil, and/or administrative penalties for submitting false information. I also certify that I am authorized to submit this information by this facility on its behalf.

Signature and Title	Sections	Date
b.		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		

SECTION A. IDENTIFICATION AND BACKGROUND INFORMATION

1.	RESIDENT NAME	a. (First) b. (Middle Initial) c. (Last) d. (Jr/Sr)
2.	ROOM NUMBER	
3.	ASSESS-MENT REFERENCE DATE	a. *Last day of MDS observation period* Month Day Year b. Original (0) or corrected copy of form (enter number of correction)
4a.	DATE OF REENTRY	Date of reentry from most recent temporary discharge to a hospital in last 90 days (or since last assessment or admission if less than 90 days) Month Day Year
5.	MARITAL STATUS	1. Never married 2. Married 3. Widowed 4. Separated 5. Divorced
6.	MEDICAL RECORD NO.	
7.	CURRENT PAYMENT SOURCES FOR N.H. STAY	(*Billing Office to indicate; check all that apply in last 30 days*) a. Medicaid per diem b. Medicare per diem c. Medicare ancillary part A d. Medicare ancillary part B e. CHAMPUS per diem f. VA per diem g. Self or family pays for full per diem h. Medicaid resident liability or Medicare co-payment i. Private insurance per diem (including co-payment) j. Other per diem
8.	REASONS FOR ASSESS-MENT	a. Primary reason for assessment 1. Admission assessment (required by day 14) 2. Annual assessment 3. Significant change in status assessment 4. Significant correction of prior full assessment 5. Quarterly review assessment 6. Discharged—return not anticipated 7. Discharged—return anticipated 8. Discharged prior to completing initial assessment 9. Reentry 10. Significant correction of prior quarterly assessment 0. *NONE OF ABOVE* b. ***Codes for assessments required for Medicare PPS or the State*** *1. Medicare 5 day assessment 2. Medicare 30 day assessment 3. Medicare 60 day assessment 4. Medicare 90 day assessment 5. Medicare readmission/return assessment 6. Other state required assessment 7. Medicare 14 day assessment 8. Other Medicare required assessment* [*Note—If this is a discharge or reentry assessment, only a limited subset of MDS items need be completed*]
9.	RESPONSI-BILITY/ LEGAL GUARDIAN	(*Check all that apply*) a. Legal guardian b. Other legal oversight c. Durable power of attorney/health care d. Durable power of attorney/financial e. Family member responsible f. Patient responsible for self g. *NONE OF ABOVE*
10.	ADVANCED DIRECTIVES	(*For those items with supporting* ***documentation*** *in the medical record,* ***check all that apply***) a. Living will b. Do not resuscitate c. Do not hospitalize d. Organ donation e. Autopsy request f. Feeding restrictions g. Medication restrictions h. Other treatment restrictions i. *NONE OF ABOVE*

SECTION B. COGNITIVE PATTERNS

1.	COMATOSE	(*Persistent vegetative state/no discernible consciousness*) 0. No 1. Yes (**If yes, skip to Section G**)
2.	MEMORY	(*Recall of what was learned or known*) a. Short-term memory OK—seems/appears to recall after 5 minutes 0. Memory OK 1. Memory problem b. Long-term memory OK—seems/appears to recall long past 0. Memory OK 1. Memory problem
3.	MEMORY/ RECALL ABILITY	(*Check all that resident was* ***normally able to recall during last 7 days***) Current season a. Location of own room b. Staff names/faces c. That he/she is in a nursing home d. *NONE OF ABOVE* are recalled e.
4.	COGNITIVE SKILLS FOR DAILY DECISION-MAKING	(*Made decisions regarding tasks of daily life*) 0. *INDEPENDENT*—decisions consistent/reasonable 1. *MODIFIED INDEPENDENCE*—some difficulty in new situations only 2. *MODERATELY IMPAIRED*—decisions poor; cues/supervision required 3. *SEVERELY IMPAIRED*—never/rarely made decisions
5.	INDICATORS OF DELIRIUM—PERIODIC DISOR-DERED THINKING/ AWARENESS	(*Code for behavior in the* ***last 7 days.***] ***[Note: Accurate assessment requires conversations with staff and family who have direct knowledge of resident's behavior over this time].*** 0. Behavior not present 1. Behavior present, not of recent onset 2. Behavior present, over last 7 days appears different from resident's usual functioning (e.g., new onset or worsening) a. EASILY DISTRACTED—(e.g., difficulty paying attention; gets sidetracked) b. PERIODS OF ALTERED PERCEPTION OR AWARENESS OF SURROUNDINGS—(e.g., moves lips or talks to someone not present; believes he/she is somewhere else; confuses night and day) c. EPISODES OF DISORGANIZED SPEECH—(e.g., speech is incoherent, nonsensical, irrelevant, or rambling from subject to subject; loses train of thought) d. PERIODS OF RESTLESSNESS—(e.g., fidgeting or picking at skin, clothing, napkins, etc; frequent position changes; repetitive physical movements or calling out) e. PERIODS OF LETHARGY—(e.g., sluggishness; staring into space; difficult to arouse; little body movement) f. MENTAL FUNCTION VARIES OVER THE COURSE OF THE DAY—(e.g., sometimes better, sometimes worse; behaviors sometimes present, sometimes not)
6.	CHANGE IN COGNITIVE STATUS	Resident's cognitive status, skills, or abilities have changed as compared to status of **90 days ago** (or since last assessment if less than 90 days) 0. No change 1. Improved 2. Deteriorated

SECTION C. COMMUNICATION/HEARING PATTERNS

1.	HEARING	(*With hearing appliance, if used*) 0. *HEARS ADEQUATELY*—normal talk, TV, phone 1. *MINIMAL DIFFICULTY* when not in quiet setting 2. *HEARS IN SPECIAL SITUATIONS ONLY*—speaker has to adjust tonal quality and speak distinctly 3. *HIGHLY IMPAIRED*/absence of useful hearing
2.	COMMUNI-CATION DEVICES/ TECH-NIQUES	(***Check all that apply*** *during last 7 days*) a. Hearing aid, present and used b. Hearing aid, present and not used regularly c. Other receptive comm. techniques used (e.g., lip reading) d. *NONE OF ABOVE*
3.	MODES OF EXPRESSION	(***Check all used*** *by resident to make needs known*) a. Speech b. Writing messages to express or clarify needs c. American sign language or Braille d. Signs/gestures/sounds e. Communication board f. Other g. *NONE OF ABOVE*
4.	MAKING SELF UNDER-STOOD	(*Expressing information content—however able*) 0. *UNDERSTOOD* 1. *USUALLY UNDERSTOOD*—difficulty finding words or finishing thoughts 2. *SOMETIMES UNDERSTOOD*—ability is limited to making concrete requests 3. *RARELY/NEVER UNDERSTOOD*
5.	SPEECH CLARITY	(*Code for speech in the* ***last 7 days***) 0. *CLEAR SPEECH*—distinct, intelligible words 1. *UNCLEAR SPEECH*—slurred, mumbled words 2. *NO SPEECH*—absence of spoken words
6.	ABILITY TO UNDER-STAND OTHERS	(*Understanding verbal information content—however able*) 0. *UNDERSTANDS* 1. *USUALLY UNDERSTANDS*—may miss some part/intent of message 2. *SOMETIMES UNDERSTANDS*—responds adequately to simple, direct communication 3. *RARELY/NEVER UNDERSTANDS*
7.	CHANGE IN COMMUNI-CATION/ HEARING	Resident's ability to express, understand, or hear information has changed as compared to status of **90 days ago** (or since last assessment if less than 90 days) 0. No change 1. Improved 2. Deteriorated

35 pagine!!!

Il RAI ha migliorato l'assistenza negli USA?

- **Riduzione del 40% dell'uso di mezzi di contenzione in particolare in pazienti cognitivamente sani**
- **Diminuzione dell'uso di catetere vescicale**
- **Miglioramento della prevenzione di decubiti, disidratazione e malnutrizione**
- **Aumento dei pazienti coinvolti in attività**
- **Significativa riduzione del declino funzionale nelle ADL, nello stato cognitivo, nella continenza e nei problemi psico-sociali**
- **Riduzione della percentuale di ospedalizzazione senza aumento della mortalità.**

V Mor et al. JAGS 1997

Il principale strumento di VMD di II generazione è il RAI-MDS (Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set).
La traduzione e l'adattamento alla realtà italiana di tale strumento ha prodotto il VAOR (Valutazione dell'Anziano Ospite di Residenza) ormai giunto alla sua seconda edizione (VAOR 2.0).
Lo strumento VAOR è composto di due parti:

- **Scheda di Valutazione Elementare del Residente (SVER),**
- **Sequenze di Identificazione dei Problemi (SIP).**

La SVER è così definita in quanto esplora, con una estesa serie di domande (oltre 300), le 18 aree che comprendono il 90% delle problematiche degli anziani ospiti in residenza, consentendo così di ottenere il minimo di informazioni necessarie (*Minimum Data Set)* alla successiva elaborazione del programma assistenziale, poiché per ogni problema individuato, la SVER rimanda l'operatore a protocolli specifici che lo guidano alla ricerca dei fattori responsabili e quindi lo supportano nella elaborazione del piano individualizzato di assistenza (PAI).

In Italia

sono oggi disponibili 3 strumenti validati che rispondono ai requisiti della VMD di II° generazione e che hanno sviluppato una "suite" composta da strumenti validati sia nel residenziale che nel domiciliare.

VAOR (MDS/RAI) ADI ed RSA + altri da validare

VALGRAF ADI ed RSA

SVAMA ADI ed RSA

SCHEDA DI VALUTAZIONE ELEMENTARE DEL RESIDENTE (SVER) - VERSIONE 2.0©

VALUTAZIONE DI BASE

SVAOR

SEZIONE AA. INFORMAZIONI GENERALI

1.	INIZIALI DELL'OSPITE	a. (Cognome) b. (Nome)
2.	SESSO	1. Maschio 2. Femmina
3.	DATA DI NASCITA	Giorno Mese Anno
4.	RAZZA	1. Bianca 2. Asiatica 3. Negra
5.	CODICE SSN	
6.	CODICE FISCALE	
7.	CODICE OSPITE	
8.	MOTIVO DELLA VALUTAZIONE	1. Valutazione iniziale 2. Valutazione annuale 3. Cambiamento significativo dello stato di salute 4. Correzione di una precedente valutazione 5. Valutazione trimestrale 0. NESSUNO DEI PRECEDENTI
9.	FIRME	FIRMA DEI VALUTATORI CHE HANNO COMPLETATO QUESTI ITEMS: a. Firma Titolo Data b. Firma Titolo Data

INFORMAZIONI GENERALI ALL'AMMISSIONE

SEZIONE AB. DATI PERSONALI

1.	DATA DI AMMISSIONE	Nota: non inserire la data di riammissione dopo la dimissione temporanea dall'ospedale. In questi casi inserire la precedente data di ammissione. Giorno Mese Anno	
2.	PROVENIENZA	1. Abitazione privata senza assistenza domiciliare 2. Abitazione privata con assistenza domiciliare 3. Residenza Assistenziale/casa protetta/comunità alloggio 4. Residenza Sanitaria Assistenziale 5. Ospedale per acuti 6. Ospedale psichiatrico 7. Clinica di riabilitazione 8. Altro	
3.	VIVE DA SOLO (Prima dell' ammissione)	0. No 1. Sì 2. Altro istituto	
4.	ISTITUZIONALIZZAZIONE NEGLI ULTIMI 5 ANNI	(Segnare tutti i luoghi in cui l'ospite ha vissuto negli ultimi 5 anni, prima dell'ammissione riportata nell'item AB 1) Già residente in questa RSA Residente in altra RSA Appartamento protetto o comunità alloggio Reparto per malati mentali/psichiatrici Reparto per ritardati mentali/portatori di handicap NESSUNO DEI PRECEDENTI	a. b. c. d. e. f.
5.	PROFESSIONE		
6.	SCOLARITA' (Livello più' alto completato)	1. Analfabeta 2. Elementare 3. Scuola media inferiore 4. Scuola media superiore 5. Università Totale anni di istruzione	a. b.
7.	LINGUA	Lingua madre 0. Italiano 1. Altro	
8.	STORIA DI MALATTIA MENTALE	Esiste una documentazione precisa che specifica storia di ritardo mentale, malattia mentale o altro problema mentale? 0. No 1. Sì	
9.	PATOLOGIE CON DISTURBI MENTALI	(Segnare ogni patologia che ha provocato ritardo mentale esordita prima dei 22 anni e verosimilmente destinata a perdurare) No, no ritardo mentale Ritardo mentale con patologia organica Sindrome di Down Autismo Epilessia Altra patologia organica con ritardo mentale Ritardo mentale senza patologia organica	a. b. c. d. e. f.
10.	DATA RACCOLTA INFORMAZIONI	Giorno Mese Anno	

SEZIONE AC. ABITUDINI DI VITA

1.	ABITUDINI DI VITA (Nell'anno precedente la prima ammissione in RSA o nell'ultimo anno vissuto in comunità se	(Segnare anche piu' di una risposta. Se nessuna informazione è disponibile, segnare solo la casella SCONOSCIUTE alla fine del quadro). CICLO DELLE ATTIVITA' GIORNALIERE Va a dormire tardi (ad es. dopo le 21) Riposa il pomeriggio (almeno 1 ora) Esce uno o piu' giorni alla settimana	a. b. c.

SCHEDA DI VALUTAZIONE ELEMENTARE DEL RESIDENTE (SVER) - VERSIONE 2.0©

(Stato negli ultimi 7 giorni se non indicato diversamente)

SEZIONE A. DATI GENERALI

1.	INIZIALI DELL'OSPITE	a. (Cognome) b. (Nome)	
2.	NUMERO DELLA STANZA		
3.	DATA DI RIFERIMENTO DELLA VALUTAZIONE	a. Data di valutazione Giorno Mese Anno b. Originale (0) o copia corretta (inserire il numero della correzione)	
4.	DATA DI RIAMMISSIONE	Data di riammissione dalla piu' recente dimissione dall'ospedale negli ultimi 90 giorni (o dall'ultima valutazione se avvenuta prima di 90 giorni) Giorno Mese Anno	
5.	STATO CIVILE	1. Celibe/Nubile 2. Coniugato 3. Vedovo 4. Separato 5. Divorziato 6. Altro	
6.	NUMERO CARTELLA		
7.	FONTE DI PAGAMENTO	(Segnare anche piu' di una risposta) SSN Assicurazione In proprio Altro	a. b. c. d.
8.	MOTIVO DELLA VALUTAZIONE	1. Valutazione iniziale (14° giorno) 2. Valutazione annuale 3. Cambiamento significativo dello stato di salute 4. Correzione di una precedente valutazione 5. Valutazione trimestrale 6. Dimissione- riammissione non anticipata 7. Dimissione - riammissione anticipata 8. Dimissione prima di aver completato la valutazione iniziale 9. Riammissione 0. NESSUNO DEI PRECEDENTI	
9.	RESPONSABILITA' LEGALE/ AMMINISTRATIVA	Se stesso Giudice tutelare Curatore Altro	a. b. c. d.
10.	OPZIONI DI TRATTAMENTO	Restrizioni alimentari Restrizioni farmacologiche Altre restrizioni di trattamento NESSUNO DEI PRECEDENTI	a. b. c. d.

SEZIONE B. STATO COGNITIVO

1.	STATO DI COMA	(Stato vegetativo persistente) 0. No 1. Sì (Passare alla sezione G)	
2.	MEMORIA	(Ricorda cose apprese o note) a. Memoria a breve termine OK — sembra ricordare dopo 5 minuti 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria b. Memoria a lungo termine; sembra ricordare elementi del passato 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria	
3.	MEMORIA/ CAPACITA' DI RICORDO	(Segnare tutto ciò che l'ospite è in grado di ricordare negli ultimi 7 giorni) Stagione attuale Ubicazione propria camera Nomi/volti del personale Che si trova in RSA Non ricorda nessuno dei precedenti	a. b. c. d. e.
4.	CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE	*(Decisioni prese riguardo ai compiti della vita quotidiana)* 0. *INDIPENDENTE* – decisioni sempre ragionevoli 1. *COMPROMISSIONE LIEVE* – qualche difficoltà in situazioni nuove 2. *COMPROMISSIONE MODERATA* – decisioni scarse; richiesti suggerimenti/supervisione 3. *COMPROMISSIONE SEVERA* – mai/raramente prende decisioni	

5.	INDICATORI DI STATO CONFUSIONALE ACUTO/ PENSIERO DISORGANIZZATO PERIODICAMENTE	(Codifica il comportamento negli ultimi 7 giorni) Nota: una valutazione accurata richiede un colloquio con lo staff ed i familiari che hanno una diretta conoscenza del comportamento dell'ospite nel tempo. 0. Problemi di comportamento assenti 1. Problemi di comportamento presenti da tempo 2. Problemi di comportamento presenti e diversi negli ultimi 7 giorni rispetto alle normali condizioni dell'ospite (insorti per la prima volta o peggioramento di disturbi già presenti)	

SEZIONE D. SFERA VISIVA

1.	VISTA	(Capacità di vedere in condizioni di illuminazione adeguata e con gli occhiali se usati) 0. *ADEGUATA* - vede i dettagli minuti, compresi i caratteri di stampa di giornali/libri 1. *LIEVEMENTE COMPROMESSA* - vede i caratteri grandi, ma non quelli tipicamente stampati nei giornali/libri 2. *MODERATAMENTE COMPROMESSA* - vista limitata; incapace di leggere i titoli dei giornali, ma riconosce gli oggetti 3. *MOLTO COMPROMESSA* - riconoscimento degli oggetti dubbio, ma gli occhi sembrano seguire gli oggetti 4. *GRAVEMENTE COMPROMESSA* - non vede o vede solo la luce, i colori, o i contorni; gli occhi non seguono gli oggetti	
2.	DISTURBI DEL CAMPO VISIVO	Problemi di visione laterale - ridotta visione periferica (ad es. lascia cibo in un lato del piatto, ha difficoltà nello spostarsi, urta contro la gente e gli oggetti, valuta erroneamente la posizione della sedia quando si siede. Difficoltà varie: vede aloni o cerchi intorno alle luci, lampi luminosi, "veli" sopra gli occhi NESSUNO DEI PRECEDENTI	a. b. c.
3.	AUSILI VISIVI	Occhiali, lenti a contatto, lente di ingrandimento 0. No 1. Sì	

SEZIONE E. UMORE E COMPORTAMENTO

1.	INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE	(Codifica gli indicatori osservati negli ultimi 30 giorni, a prescindere dalla causa presunta) 0. Indicatore non mostrato negli ultimi 30 giorni 1. Indicatore manifestatosi fino a 5 giorni la settimana 2. Indicatore manifestatosi giornalmente (o quasi)	
		ESPRESSIONI VERBALI DI MALESSERE a. L'ospite ha espresso affermazioni negative "nulla è importante; preferirei essere morto; qual è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace di aver vissuto così a lungo; lasciatemi morire" b. L'ospite fa domande ripetitive "dove vado; che faccio?" c. L'ospite verbalizza ripetitivamente - ad es. richieste di aiuto (Dio aiutami) d. L'ospite è persistentemente arrabbiato con sè o con gli altri (ad es. si irrita per niente, è arrabbiato per essere in RSA; è arrabbiato per l'assistenza che riceve) e. L'ospite si disistima - ad es. "non valgo niente, non servo a nessuno" f. L'ospite esprime paure non reali - ad es. paura di essere abbandonato, lasciato solo, paura di stare con gli altri g. L'ospite afferma in modo ricorrente che qualcosa di terribile sta per accadere - ad es. crede di star per morire, di avere un infarto h. L'ospite si lamenta in modo ripetitivo della sua salute - ad es. richiede costantemente l'attenzione del personale, si preoccupa in modo ossessivo delle funzioni corporali i. L'ospite ha manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione - chiede insistentemente attenzione/assicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, gli aspetti relazionali	
		PROBLEMI CON IL SONNO j. Cattivo umore la mattina k. Insonnia/cambiamenti del normale ciclo di sonno	
		ATTEGGIAMENTO TRISTE, APATICO, ANSIOSO l. Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata - ad es. fronte accigliata m. Pianto, facilità alle lacrime n. Movimento ripetitivo - ad es. andare in giro, torcersi le mani, irrequietezza, eccitazione	
		PERDITA DI INTERESSE o. Astensione da attività interessanti - ad es. nessun interesse per attività che prima lo interessavano o stare con familiari ed amici p. Ridotte interazioni locali	
2.	PERSISTENZA DELL' UMORE	Uno o piu' indicatori di umore depresso, triste o ansioso non sono stati facilmente modificati da tentativi di rallegrare, incoraggiare, consolare o rassicurare l'ospite negli ultimi 7 giorni 0. Indicatori non presenti 1. Indicatori presenti, facilmente modificati 2. Indicatori presenti, non facilmente modificati	
3.	VARIAZIONI DELL' UMORE	Lo stato dell'umore dell'ospite è cambiato rispetto a 90 giorni prima (o dall'ultima valutazione se effettuata prima di 90 giorni) 0. Invariato 1. Migliorato 2. Peggiorato	
4.	DISTURBI DEL	A. Frequenza dei problemi di comportamento negli ultimi 7 giorni	

5.	CAMBIAMENTI DEL COMPORTAMENTO	Il comportamento dell'ospite è cambiato rispetto a 90 giorni prima (o dall'ultima valutazione se avvenuta prima di 90 giorni) 0. Invariato 1. Migliorato 2. Peggiorato	

SEZIONE F. BENESSERE PSICOSOCIALE

1.	SPIRITO DI INIZIATIVA/ COINVOLGIMENTO	Si trova a suo agio con gli altri A suo agio in attività pianificate o strutturate Svolge senza problemi attività di sua iniziativa Stabilisce i propri obiettivi Ricerca il coinvolgimento nella vita di Residenza (ad es. mantiene/ si procura amici; è coinvolto in attività di gruppo; partecipa a nuove attività; va a messa) Accetta l'invito a partecipare alla maggior parte delle attività di gruppo NESSUNO DEI PRECEDENTI	a. b. c. d. e. f. g.
2.	VITA DI RELAZIONE DIFFICILE	Conflitto aperto/nascosto e/o critiche allo staff Non si trova bene con il compagno di camera Non si trova bene con gli altri ospiti in genere Conflitto aperto/rabbia con familiari/amici Mancanza di contatti personali con familiari ed amici Recente perdita di familiari, amici intimi Non si adatta facilmente ai cambiamenti della consueta routine NESSUNO DEI PRECEDENTI	a. b. c. d. e. f. g.
3.	RUOLI RICOPERTI IN PASSATO	Forte identificazione con ruolo e stato sociale passati Esprime tristezza, rabbia, sensazione di vuoto per la perdita di ruolo/stato sociale Percepisce che la routine quotidiana (abitudini, attività) è molto diversa da quella vissuta in passato NESSUNO DEI PRECEDENTI	a. b. c. d.

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA E PROBLEMI RELATIVI ALLA STRUTTURA

1. **(A) AUTONOMIA NELLE ADL** (Codifica per la prestazione dell'ospite durante gli ultimi 7 giorni e 7 notti - esclusa l'organizzazione)
0. INDIPENDENTE - nessun aiuto o supervisione - OPPURE - aiuto/supervisione prestati solo 1 o 2 volte durante gli ultimi 7 giorni
1. SUPERVISIONE - controllo, incoraggiamento, o suggerimenti prestati 3 o piu' volte durante gli ultimi 7 giorni - OPPURE - supervisione (3 o piu' volte) piu' assistenza fisica dati solo 1 o 2 volte negli ultimi 7 giorni
2. ASSISTENZA LIMITATA - ospite molto attivo; ha ricevuto aiuto fisico nella manovra guidata degli arti o altra assistenza che non implichi il sollevamento in 3 o piu' occasioni - OPPURE - maggior aiuto fisico fornito solo 1-2 volte nell'ultima settimana
3. ASSISTENZA INTENSIVA - sebbene l'ospite abbia svolto parte delle attività, durante gli ultimi 7 giorni, ha richiesto aiuto del/i seguente/i tipo/i 3 o piu' volte:
· aiuto nel sollevarsi
· aiuto completo da parte di un altro durante parte (ma non tutti) gli ultimi 7 giorni
4. DIPENDENZA TOTALE - aiuto completo da parte di un altro negli ultimi 7 giorni
8. ATTIVITA' MAI ESEGUITA negli ultimi 7 giorni
(B) AIUTO FORNITO NELLE ADL (Codifica il maggior aiuto fornito negli ultimi 7 giorni e 7 notti; codifica indipendentemente dal risultato del settore precedente)
0. Nessun aiuto o organizzazione dallo staff
1. Solo organizzazione
2. Aiuto fisico di una persona
3. Aiuto fisico di due o piu' persone
8. Attività mai eseguita negli ultimi 7 giorni

			(A)	(B)
a.	MOBILITA' A LETTO	Come l'ospite si solleva e si alza dal letto, si gira da un lato all'altro ed assume posizioni nel letto		
b.	TRASFERIMENTI	Come l'ospite si sposta tra due punti - dal/al letto, sedia, sedia a rotelle, in piedi. [Nota: escluso da/a bagno/w.c.]		
c.	DEAMBULAZIONE NELLA STANZA	Come l'ospite cammina tra diversi punti all'interno della stanza		
d.	DEAMBULAZIONE NEL CORRIDOIO	Come l'ospite cammina nel corridoio		
e.	LOCOMOZIONE ALL'INTERNO DEL MODULO/ REPARTO	Come l'ospite si muove tra posti diversi nella sua camera ed il corridoio adiacente sullo stesso piano. Se su sedia a rotelle valutarne l'autosufficienza quando sulla sedia a rotelle		
f.	LOCOMOZIONE AL DI FUORI DEL MODULO/ REPARTO	Come l'ospite si muove da e verso il suo modulo/reparto (ad es. aree esterne dove si mangia, si fanno attività o terapie). Se la RSA ha un solo piano, come l'ospite si muove da e verso aree lontane. Se su sedia a rotelle valutarne l'autosufficienza quando sulla sedia a rotelle		
g.	VESTIRSI	Come l'ospite indossa, abbottona e toglie gli indumenti, compresa apposizione e rimozione di protesi		
h.	MANGIARE	Come l'ospite mangia e beve (indipendentemente dall' abilità)		
i.	USO DEL W.C.	Come l'ospite usa il bagno o la comoda, la padella o il pappagallo, come si siede e si alza dal w.c., come si pulisce		

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

The Journal of Nutrition, Health & Aging©
Volume 15, Number 8, 2011

COMPARISON OF THE MINIMUM GERIATRIC SCREENING TOOLS (MGST), THE INTERRAI ACUTE CARE (INTERRAI AC)

FIRST-GENERATION VERSUS THIRD-GENERATION COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT INSTRUMENTS IN THE ACUTE HOSPITAL SETTING: A COMPARISON OF THE MINIMUM GERIATRIC SCREENING TOOLS (MGST) AND THE INTERRAI ACUTE CARE (INTERRAI AC)

N.I.H. WELLENS[1], M. DESCHODT[1,2], J. FLAMAING[1,2], P. MOONS[1], S. BOONEN[2,3], X. BOMAN[4], C. GOSSET[5], J. PETERMANS[4], K. MILISEN[1,2]

1. Centre for Health Services and Nursing Research, Katholieke Universiteit Leuven Belgium; 2. Department of Geriatric Medicine, University Hospitals Leuven Belgium; 3. Leuven University Centre for Metabolic Bone Diseases Belgium; 4. Centre Hospitalier Universitaire Liège Belgium; ,5. Ecole de santé publique de l'Université de Liège Belgium

Conclusioni

La valutazione multidimensionale geriatrica è e sarà sempre di fondamentale importanza per questa disciplina la cui missione è la cura del paziente e non della malattia

La valutazione multidimensionale geriatrica è in continua evoluzione per poter individuare sempre più precocemente le fragilità in modo da sfruttare al meglio le poche risorse che la nuova sanità ci mette a disposizione e per rimanere al passo con la tecnologia che sta prendendo sempre più piede anche nella vita degli anziani.

“Le mie gambe non mi sorreggono

Le gambe che una volta ballavano veloci,

come giovani cerbiatti…

Ma cosa posso fare?

Essere senza età?”

Poeta greco, VI sec. a.c.