



ORDINE degli ATTUARI
Commissione fondi sanitari/assistenza/non autosufficienza

LONG TERM CARE – III giornata

Milano 4 giugno 2021

Gli Strumenti InterRAI

Ivan Abbruzzo

Willis Towers Watson

Ivan.abbruzzo@willistowerswatson.com

Agenda

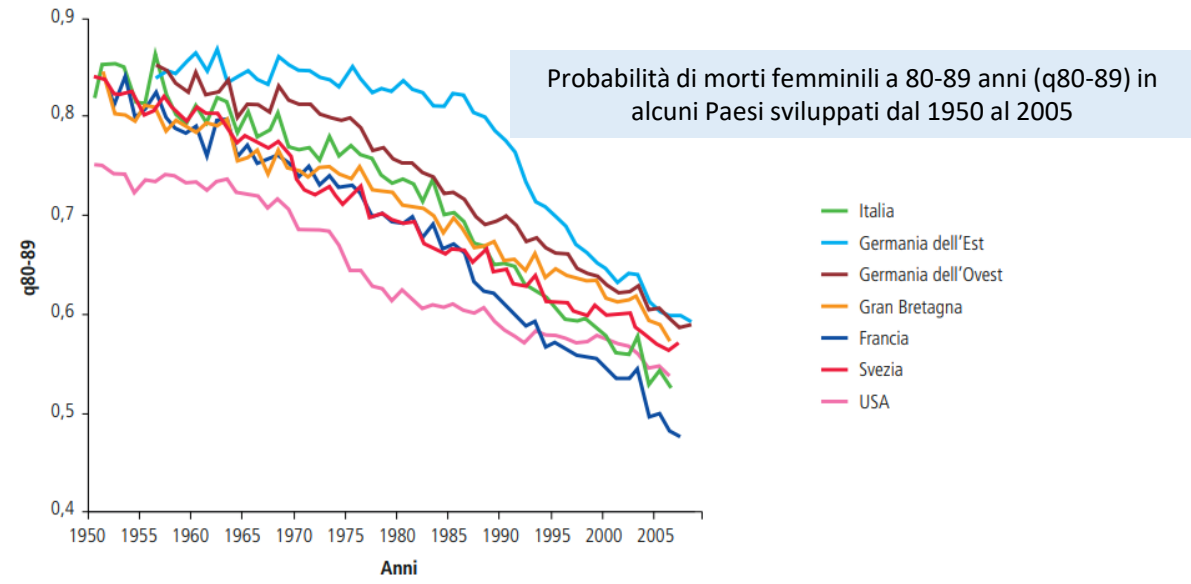
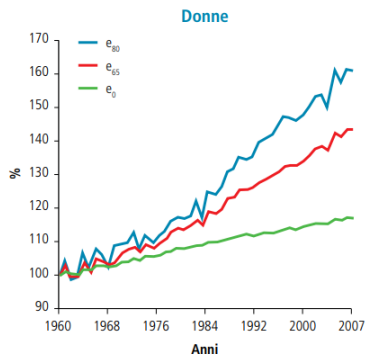
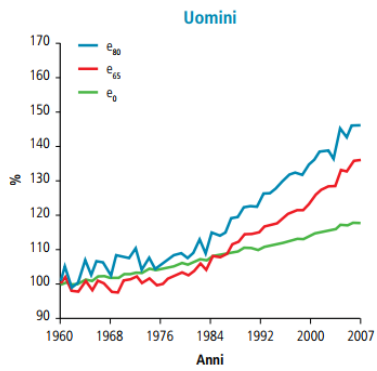
- Invecchiamento Popolazione
- Cause Invecchiamento
- Fragilità e Disabilità
- Valutazione Multi Dimensionale
- Inter-RAI
- SAGE
- ADHOC / SHELTER
- Gli Strumenti in Italia
- Considerazioni

Invecchiamento Popolazione

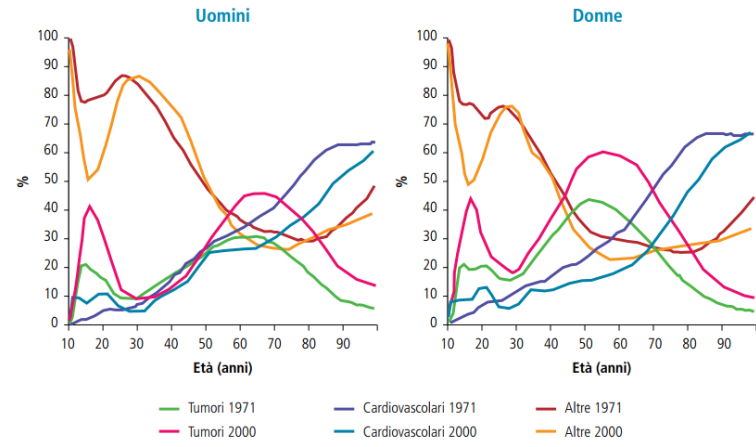
Nel corso dell'ultimo secolo il miglioramento delle condizioni di vita nelle società occidentali e i progressi della scienza medica, in termini di prevenzione e trattamento delle malattie, hanno determinato un notevole aumento dell'aspettativa di Vita.



Numeri indici (1960 = 100) della speranza di vita alla nascita (e_0), a 65 anni (e_{65}) e a 80 anni (e_{80}) per sesso dal 1960 al 2007



Rapporti (%) tra le probabilità di morte per i tumori, le malattie cardiovascolari, le altre cause e la probabilità



Che si muoia sempre meno dopo gli 80 anni è prima di tutto spiegato dalla progressiva diminuzione della mortalità cardiovascolare osservata nelle persone anziane in tutti i Paesi sviluppati, compresa l'Italia.

Il cambiamento della mortalità e il forte declino della fecondità che negli ultimi decenni ha ridotto drasticamente la popolazione nelle età giovanili hanno profondamente modificato e modificheranno in futuro la struttura per età della nostra popolazione.

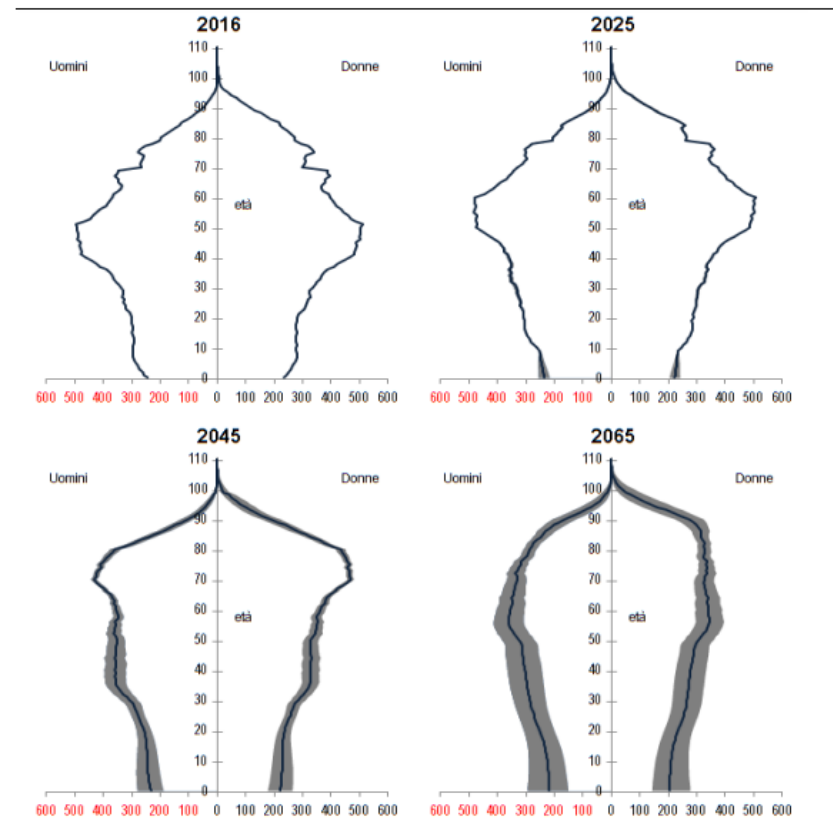
Si devono quindi affrontare nuove e pressanti esigenze di conoscenza dei fabbisogni assistenziali ed economici

Anni	(P_{65+}/P_T)	(P_{80+}/P_T)	Indice di vecchiaia (P_{65+}/P_{0-14})	Indice di dipendenza della popolazione anziana (P_{65+}/P_{15-64})	Indice di ricambio della popolazione attiva (P_{15-19}/P_{60-64})
1901	6,2	0,7	18,3	10,4	262,7
1921	6,8	0,7	21,6	11,0	267,6
1951	8,2	1,1	30,8	12,5	219,8
1961	9,6	1,4	38,2	14,6	165,3
1991	15,1	3,4	93,2	22,0	133,7
2001	18,5	4,2	129,2	27,4	87,9
2009	20,1	5,6	143,4	30,6	83,5
2030*	26,5	8,8	205,3	43,6	60,8

* Proiezione (ipotesi centrale).

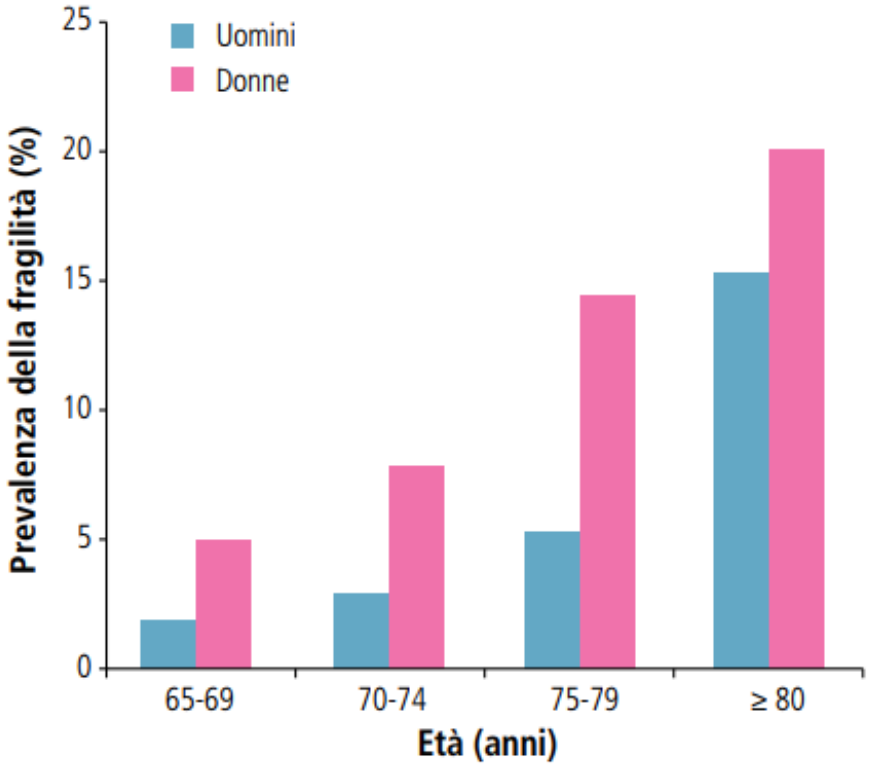
Fonte: Human Mortality Database e Istat (HMD, 2010; ISTAT, 2008 e 2010 b).

Proiezione	Indicatori Demografici Italia				
	2020	2030	2050	2060	2065
Tipo di indicatore demografico					
tasso di natalità (per mille abitanti)	7.3	7.7	7.4	7.6	7.9
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10.7	11.5	14	15.4	15.3
crescita naturale (per mille abitanti)	-3.3	-3.8	-6.6	-7.8	-7.4
numero medio di figli per donna	1.34	1.47	1.55	1.58	1.59

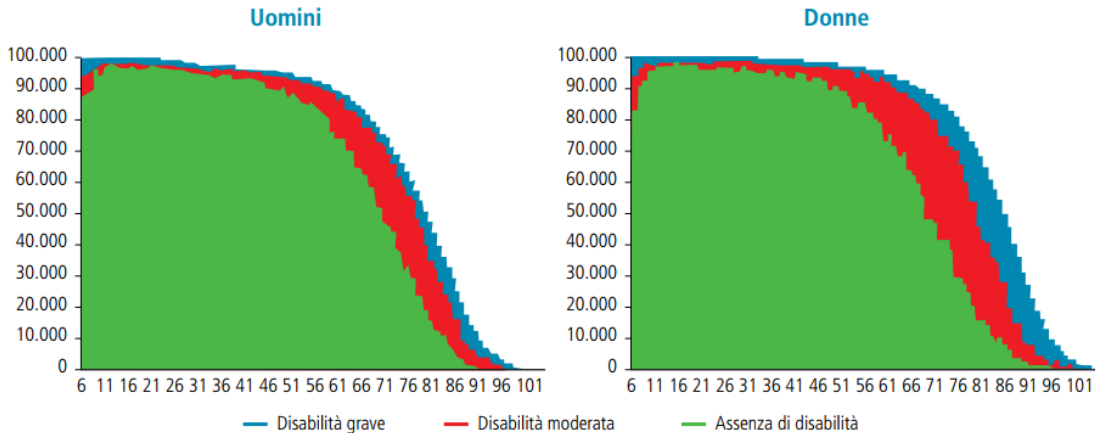
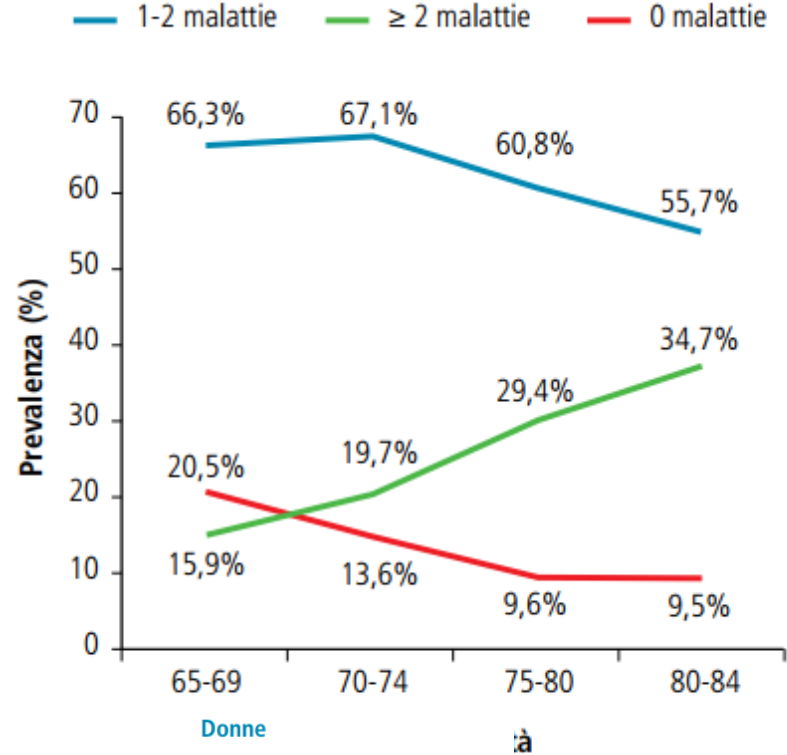


Proiezione	Indicatori Demografici Italia	
	2065	
popolazione 65 anni		33.3
popolazione 85 anni		9.3
indice di vecchiaia		280
indice di dipendenza della popolazione anziana		61

L'età avanzata è caratterizzata dalla comparsa della fragilità, la cui prevalenza aumenta con l'età, in particolare dopo i 75 anni. La presenza di fragilità è correlata con l'aumento della disabilità della multimorbosità e della mortalità.



Dati sulla multimorbosità nella popolazione italiana rilevati a domicilio secondo l'Istat.

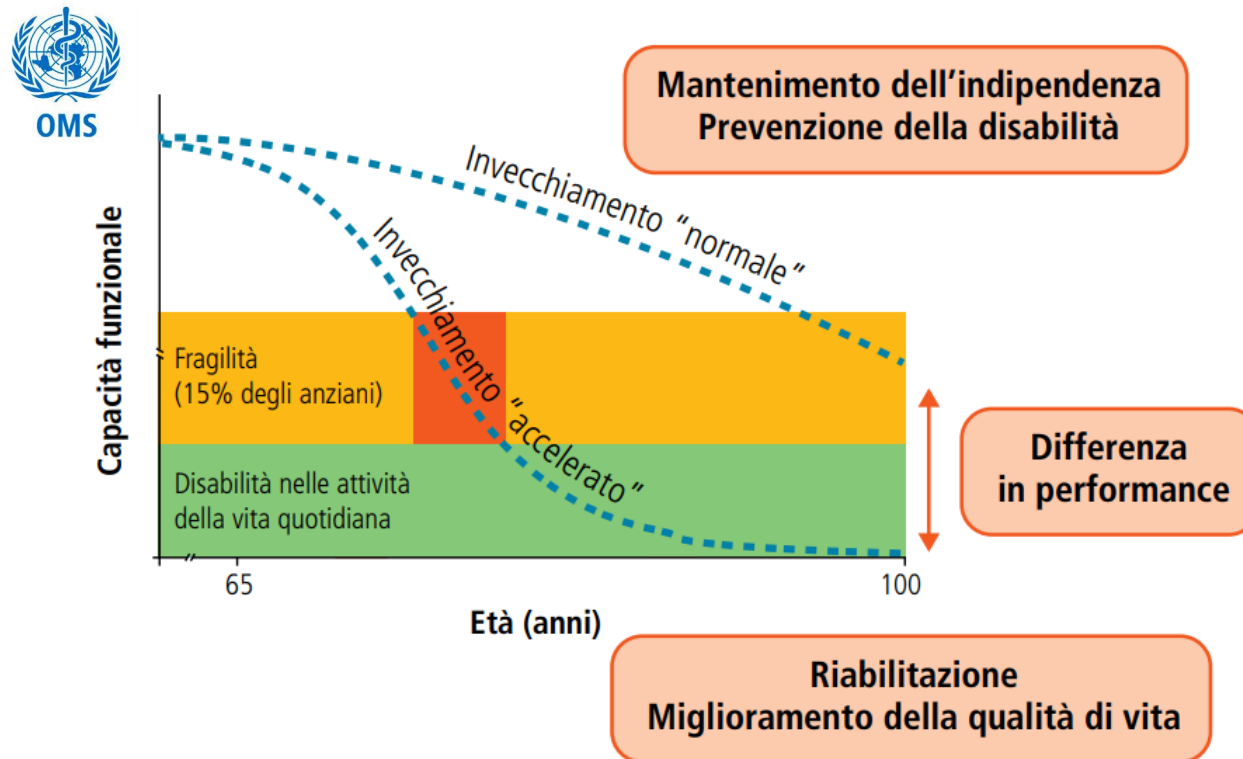


Funzione di sopravvivenza per livello di disabilità (libera, lieve e grave)

Fragilità e Disabilità

L'invecchiamento della popolazione ha consentito a una parte degli individui di raggiungere un'età avanzata in buone condizioni di salute, ma ha determinato anche una crescita del numero di anziani affetti da malattie croniche e disabilità

L'obiettivo della Gerontologia e Geriatria si identifica, quindi, nel mantenere il maggior numero possibile di anziani entro la curva di decadimento funzionale superiore



La perdita progressiva delle capacità funzionali è un fenomeno osservabile a cominciare dai 65-70 anni d'età. In alcuni casi è più lenta e non raggiunge mai la soglia della fragilità e della disabilità, non si associa a importanti patologie cronicodegenerative e consente una vita attiva, qualitativamente buona. Nell'altro gruppo di soggetti il decadimento funzionale è accelerato e si associa alla comorbilità, alla fragilità, alla disabilità e a un accorciamento dell'aspettativa di vita.

Quali sono i fattori per un invecchiamento normale?



SERVIZI SOCIO-SANITARI



OMS

Determinanti della vecchiaia attiva

Fattori sociali

Educazione, supporto sociale, prevenzione della violenza e degli abusi

Fattori individuali

Biologia, genetica, adattabilità

Servizi sociosanitari

Promozione della salute, prevenzione delle malattie, assistenza continuativa, medicina di base

Fattori ambientali

Vita in città/campagna, tipo di abitazione, prevenzione degli infortuni

Fattori economici

Reddito, lavoro, previdenza sociale

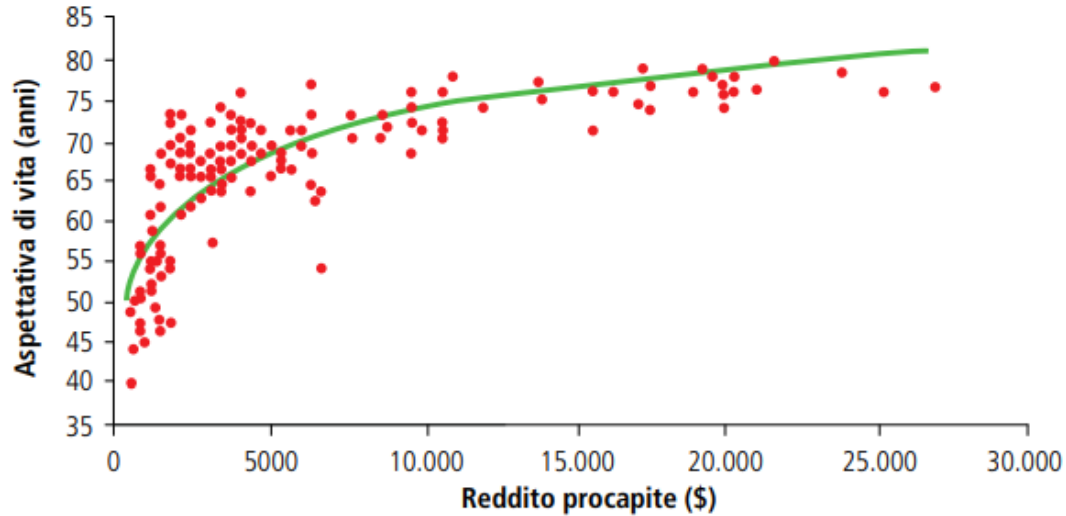
Stili di vita

Attività fisica, alimentazione, fumo, abuso di alcolici e di sostanze

Invecchiamento al maschile o al femminile



Un basso reddito è un fattore negativo per la salute dell'anziano. Si associa ad un aumento della mortalità e della disabilità



Attività aerobica

Frequenza

Minimo 5 giorni a settimana di intensità moderata oppure minimo 3 giorni a settimana di intensità elevata

Intensità

Su una scala a 10 punti di intensità percepita dall'individuo, l'intensità moderata è quella compresa tra 5 e 6 punti; l'elevata è da 7 a 8

Durata

Effettuare in tutto 30 minuti al giorno di attività fisica moderata divisa in periodi di 10 minuti ciascuno oppure un'attività elevata continua per 20 minuti al giorno

Attività contro resistenza

Frequenza

Minimo 2 giorni a settimana

Numero di esercizi

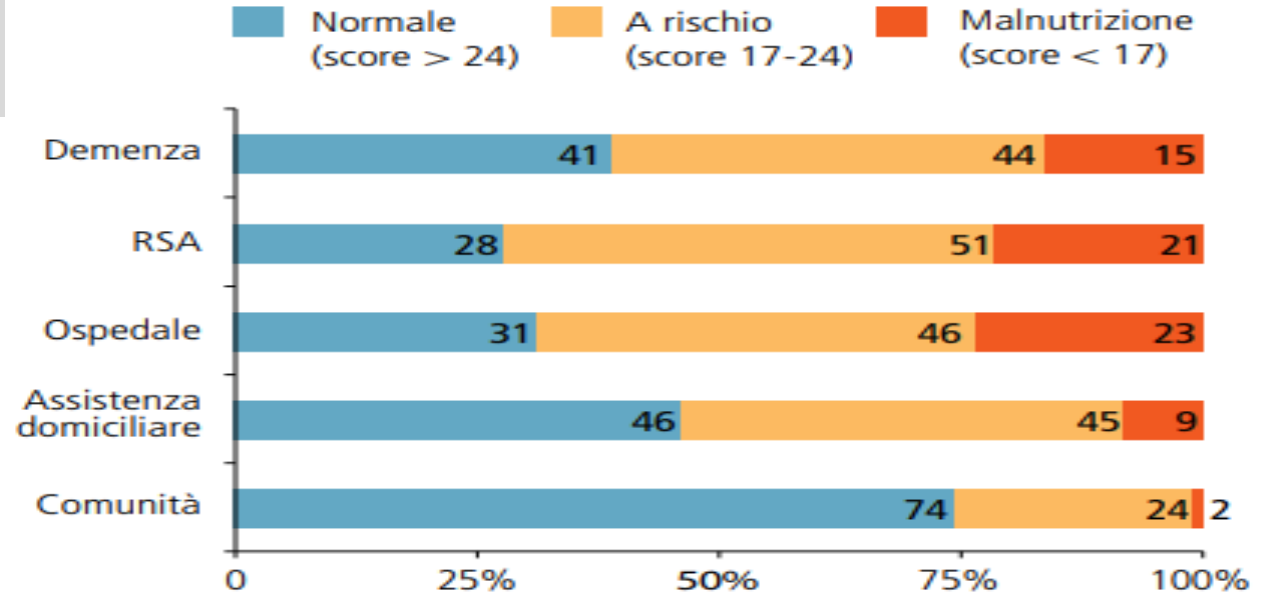
8-10 esercizi giornalieri che coinvolgono i fasci muscolari maggiori

Serie e ripetizioni

10-15 ripetizioni

Flessibilità/Equilibrio

Esercizi di flessibilità, almeno 2 giorni a settimana; esercizi per mantenere o aumentare l'equilibrio per gli anziani a rischio di cadute

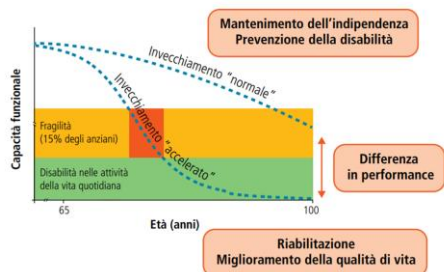


Uno studio compiuto su anziani di 11 Paesi europei dimostra, per esempio, che la dieta di tipo mediterraneo assieme all'attività fisica, a un moderato consumo di alcool e all'astensione dal fumo è in grado di assicurare un aumento significativo della durata di vita.

Si può osservare che le più elevate percentuali di casi con malnutrizione (score < 17) o a rischio (score 17-24) sono state trovate negli anziani ospedalizzati, istituzionalizzati e dementi, mentre la prevalenza più bassa è stata riscontrata nella popolazione generale a domicilio.

L'influenza e la polmonite sono causa di aumento dei ricoveri ospedalieri e della mortalità e, pertanto, costituiscono un rilevante carico assistenziale ed economico in tutti i Paesi occidentali.





Fra i soggetti con età superiore ai 65 anni, il **30%** non è affetto da alcuna patologia importante e il **20%** riferisce una patologia cronica senza particolari effetti sulla funzione fisica e cognitiva (Invecchiamento Normale), Il **50%** presenta morbidità croniche multiple, con conseguenti problemi di mobilità o difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana in almeno il 40% dei casi. Dei soggetti con più di 70 anni, il **10%** ha uno stato di **salute instabile, è affetto da morbidità complesse e va incontro a un rapido deterioramento delle capacità fisiche e cognitive.**

Nella letteratura geriatrica ci si riferisce a questi soggetti come **“fragili”**.



Nella sua definizione più semplice la fragilità è intesa come maggiore vulnerabilità dell'individuo agli stress



Comuni indicatori di fragilità



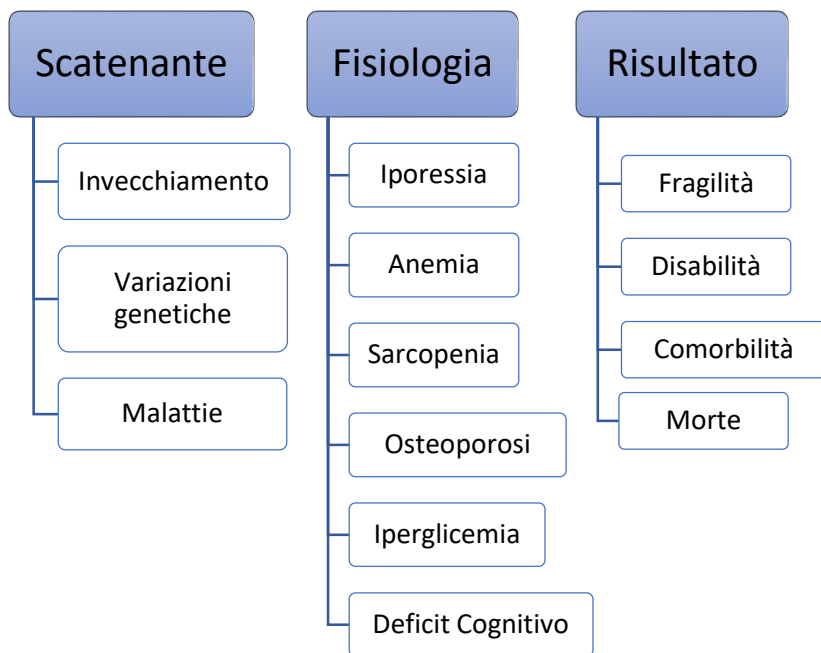
- Età avanzata
- Declino funzionale, disabilità fisica e necessità di aiuto nelle ADL/IADL
- Frequenti cadute e traumi (frattura di femore)
- Malattie croniche
- Polifarmacoterapia
- Stato sociale: dipendenza o necessità di caregivers
- Stato cognitivo: deterioramento o depressione
- Istituzionalizzazione o ospedalizzazione
- Malnutrizione
- Stato infiammatorio e disendocrino

Disabilità e fragilità, pur essendo due condizioni distinte, hanno in comune molte caratteristiche:

- la loro prevalenza aumenta all'aumentare dell'età
- hanno una natura multifattoriale
- e condividono alcuni fattori di rischio.

25% riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari attuando una adeguata prevenzione

Modello per la misurazione della fragilità



Il modello si basa su una definizione operativa di fragilità in cui hanno un ruolo centrale sarcopenia e malnutrizione, che condurrebbero a ridotta produzione di energia e quindi condizionerebbero negativamente attività fondamentali quali camminare o mantenere l'equilibrio

Secondo questo approccio, coloro che presentano 3 o più di tali condizioni possono considerarsi fragili

Il fenotipo fragile

- Perdita di peso involontaria
- Bassa velocità del passo
- Scarsi livelli di attività fisica
- Facile affaticabilità
- Debolezza muscolare (low grip strenght)
- 3-5: Fragile
- 1-2: Intermedio ("pre-fragile")
- 0: Non fragile

Short Physical Performance Battery (SPPB)

- Include tre test:
 - **Test dell'equilibrio** (fino a 10 secondi per prova)
 - Piedi uniti
 - Semi-tandem
 - Tandem
 - **Test della marcia (4 m)**
 - **Test della sedia**
- Punteggio da 0 a 4 per ogni test
- **Punteggio totale: range 0-12**

La capacità di identificare e misurare la fragilità permette di porre in atto interventi di prevenzione mirati a identificare i soggetti a "rischio", cioè i fragili, e a ripristinare la situazione di fragilità o prevenire l'evoluzione della fragilità in disabilità

Il miglioramento della qualità della vita è rappresentata dalla riduzione degli eventi avversi più frequenti nell'età avanzata

Paziente

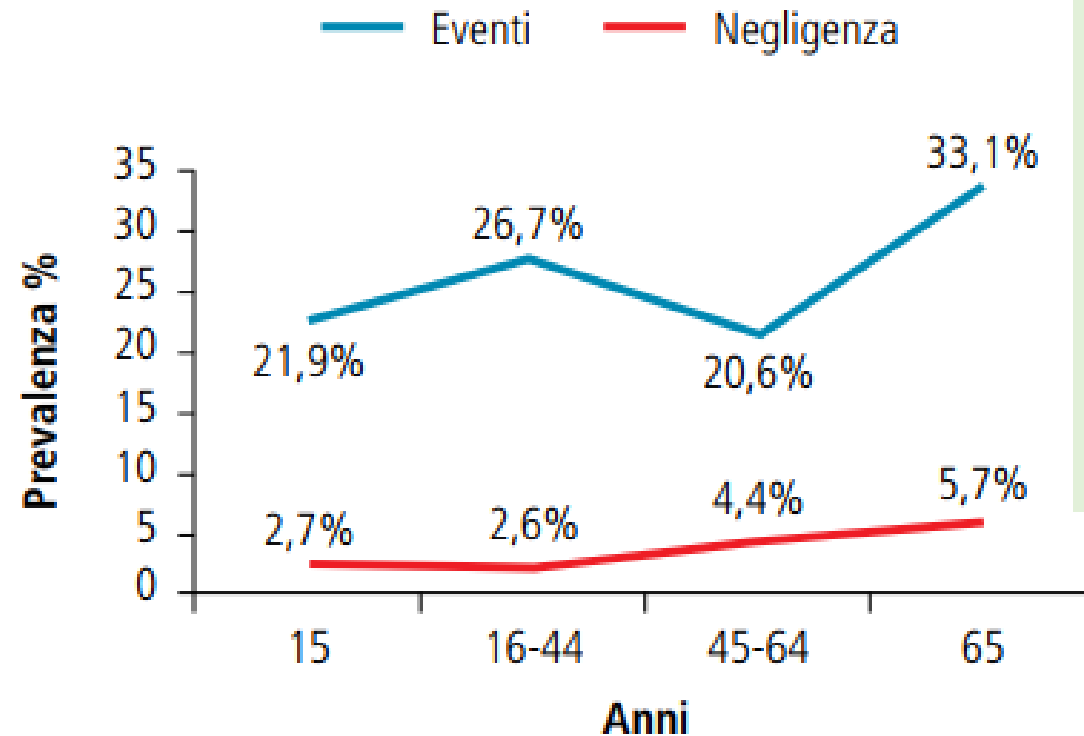
- Multimorbilità
- Riduzione delle riserve fisiologiche
- Alterazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica
- Comunicazione con il personale sanitario

Medico e altro personale sanitario

- Accuratezza diagnostica
- Applicazione delle evidenze scientifiche
- Barriera dell'età
- Comunicazione con il paziente e rapporto empatico
- Accuratezza del controllo del decorso della malattia

Istituzioni

- Assistenza continuativa e rete integrata dei servizi
- Organizzazione interna dei servizi
- Reddito
- Barriere architettoniche



Prevalenza degli eventi avversi e di quelli avvenuti per negligenza in funzione dell'età. Studio della Harvard Medical School su oltre 30.000 cartelle cliniche

Valutazione Multi Dimensionale

La medicina basata sull'evidenza (Evidence-Based Medicine, EBM) costituisce un punto fermo per il medico nella scelta degli interventi da operare nel sorgere di una malattia



In geriatria, l'estrema variabilità del processo di invecchiamento rende impossibile stabilire una norma unica in grado di riflettere per intero la realtà anziana.

L'obiettivo dell'EBM è, infatti, rappresentato dalla possibilità di garantire un fondamento scientifico agli interventi medici.



Il vantaggio della Medicina Geriatrica rispetto alla Medicina Interna si è evidenziato nettamente con l'applicazione della VMD fin dal primo lavoro prototipale di Rubenstein nel 1995, che ha dimostrato un miglioramento della sopravvivenza e del costo-beneficio, associato a un ridotto consumo di farmaci.



Come affrontare allora la persona anziana affetta da ipertensione, diabete, osteoporosi, osteoartrosi e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

l'approccio medico tradizionale ha limitata efficacia nel rallentare il processo che conduce alla perdita di funzione e allo sviluppo di disabilità perché negli anziani esiste una sostanziale discrepanza tra malattia e decadimento funzionale

Obiettivi della Medicina Tradizionale

- Contrastare la morte precoce con la prevenzione primaria e secondaria
- Guarire la malattia acuta (ottimizzazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche)
- Impedire la cronicizzazione delle patologie acute (ottimizzazione del recupero funzionale)
- Migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi medici tramite evidenze scientifiche

Obiettivi della Medicina Geriatrica

- Prevenzione della fragilità dei soggetti a rischio
- Raggiungimento del migliore livello possibile della qualità di vita
- Valutazione multidimensionale del fabbisogno assistenziale
- Analisi critica delle evidenze scientifiche
- Individualizzazione dell'intervento in base a priorità derivanti dal fabbisogno assistenziale

La medicina geriatrica, basata sulla valutazione **multidimensionale**, ha trovato ampie conferme nella letteratura scientifica non solo internazionale, ma anche italiana

La Valutazione Multi Dimensionale (VMD) rappresenta lo strumento tecnologico della medicina geriatrica che tramite un approccio multidimensionale all'anziano permette di ottenere un quadro preciso di tutti quei fattori che concorrono a determinare lo stato di salute o di malattia

Secondo la definizione di Solomon, pubblicata su JAMA nel 1988, la VMD è la metodologia con la quale vengono identificati e spiegati i molteplici problemi dei pazienti anziani, valutati i loro limiti e le loro risorse, definite le loro necessità assistenziali ed elaborati piani di assistenza individualizzati rapportati alle loro necessità



- 1) riduce la mortalità
- 2) previene lo sviluppo di disabilità o il suo aggravamento dopo un evento acuto
- 3) riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale
- 4) riduce i costi economici e sociali,
- 5) migliora le condizioni psico-fisiche e aumenta il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari

Tali effetti sono ancora più evidenti e contrapposti ad una medicina tradizionale, nel paziente anziano con problematiche acute che ha un piano di assistenza individuale fondato sulla VMD assistito con continuità in un'articolata rete di servizi e seguito dal geriatra

La VMD ha origine da scale o misurazioni che esaminano singole problematiche:

- 1) valutando la funzione fisica con le ADL e IADL
- 2) la funzione cognitiva con il Mini Mental State Examination;
- 3) le cadute con la scala di Tinetti;
- 4) il rischio di lesioni da pressione con quella di Norton;
- 5) lo stato nutrizionale con il Mini Nutritional Status di Vellas (MNA)
- 6)

EQUILIBRIO			
1	Equilibrio da seduto	Si inclina o scivola dalla sedia È stabile, sicuro	0 1
2	Alzarsi dalla sedia	E' inc Deve Si alza	
3	Tentativo di alzarsi	E' inc Capa Capa	
ANDATURA			
4	Equilibrio stazione eretta	Instabi Stabi	
5	Equilibrio stazione eretta prolungata	Instabi a bas Stabi	
6	Romberg	Instabi Stabi	
7	Romberg sensibilizzato	Incor Oscill Stabi	
8	Girarsi di 360°	A pas A pas Instabi Stabi	
9	Sedersi	Insic Usa h Sicun	
10	Inizio della deambulazione	Una certa esitazione o più tentativi Nessuna esitazione	0 1
11	Lunghezza e altezza passo	Piede dx Durante il passo il piede dx non supera il sx Il piede dx supera il sx	0 1
		Il piede dx non si alza completamente dal pavimento Il piede dx si alza completamente dal pavimento	0 1
		Piede sx Durante il passo il piede sx non supera il dx Il piede sx supera il dx	0 1
		Il piede sx non si alza completamente dal pavimento Il piede sx si alza completamente dal pavimento	0 1
12	Simmetria del passo	Il passo dx e sx non sembrano uguali Il passo dx e sx sembrano uguali	0 1
13	Continuità del passo	Interrotto o discontinuo Continuo	0 1
14	Traiettorie	Marcata deviazione Lieve o modesta deviazione o uso di ausili Assenza di deviazione o uso di ausili	0 1 2
15	Tronco	Marcata oscillazione o uso di ausili Nessuna oscillazione ma flessione di gambe, ginocchia schiena o allargamento delle braccia durante il cammino Nessuna oscillazione, flessione o uso di ausili	0 1 2
	Cammino	I talloni sono separati I talloni quasi si toccano durante il cammino	0 1
		TOTALE	_/ 12



Attività strumentali del vivere quotidiano (IADL)

1. Uso del telefono
2. Fare acquisti
3. Cucinare
4. Biancheria
5. Mezzi di trasporto
6. Osservanza delle prescrizioni dei farmaci
7. Gestione delle risorse

Attività primarie del vivere quotidiano (ADL)

1. Continenza
2. Alimentarsi
3. Vestirsi
4. Cura della persona
5. Deambulazione
6. Lavarsi



MMSE

Il test fornisce un punteggio totale che permette di collocare il soggetto lungo una scala del funzionamento cognitivo generale, rapportato ad un campione di riferimento.

Il punteggio di cut-off è di 24\30: al di sotto la prestazione è da considerarsi patologica.

Condizioni generali	Stato mentale	Deambulazione	Mobilità	Incontinenza	Score
Buone	Lucido	Normale	Piena	Assente	4
Discrete	Apatico	Deambula con aiuto	Moderatamente limitata	Occasionale	3
Scadenti	Confuso	Costretto su sedia	Molto limitata	Abituale (urine)	2
Pessime	Stuporoso	Costretto a letto	Immobile	Doppia	1

L'indice di Norton rappresenta uno strumento sensibile per valutare il rischio di sviluppare una lesione da decubito. Ideato da un'infermiera inglese, è facile da applicare. Questo metodo prende in considerazione lo stato fisico generale, lo stato mentale, la deambulazione, la motilità e la continenza del paziente. A ciascuno di questi parametri viene attribuito un punteggio da 1 (peggiore) a 4 (migliore). Il rischio di contrarre lesioni da decubito diminuisce quasi linearmente con l'aumentare del punteggio. Tale rischio è infatti lieve con un punteggio da 14 a 12; è invece elevato se il punteggio è inferiore o uguale a 12.

Gli Strumenti InterRAI

Il RAI o Resident Assessment Instrument (VAOR in Italia - Valutazione Anziano Ospite di Residenza) è lo strumento di valutazione multidimensionale elaborato da più di 80 esperti (Gruppo InterRAI) su mandato del Congresso degli Stati Uniti d'America (U.S.A.) a seguito della legge Omnibus Budget Reconciliation Act del 1987

Questa legge fu promulgata per migliorare e rendere omogeneo il lavoro delle Nursing-Home americane

Gli esperti incaricati pubblicarono alla fine del 1990 il primo strumento della famiglia InterRAI (MDS-RAI). Esso prendeva origine dalla revisione di oltre 60 strumenti di valutazione multidimensionale allora disponibili, e teneva in considerazione sia metodologie di valutazione già collaudate che le peculiarità, in precedenza mai considerate, della popolazione anziana residente in Nursing-Home



Il gruppo Inter-RAI, che oggi conta tra le sue fila ricercatori provenienti da oltre 30 Nazioni, ha pubblicato l'ulteriore evoluzione degli strumenti InterRAI ossia la cosiddetta Suite

Gli strumenti di VMD di terza generazione contenuti nella Suite

InterRAI HC (Home Care)

InterRAI CHA (Community Health Assessment)

InterRAI CA (Contact Assessment)

InterRAI LTCF (Long Term Care Facility)

InterRAI AL (Assisted Living)

InterRAI AC (Acute Care)

InterRAI MH (Mental Health)

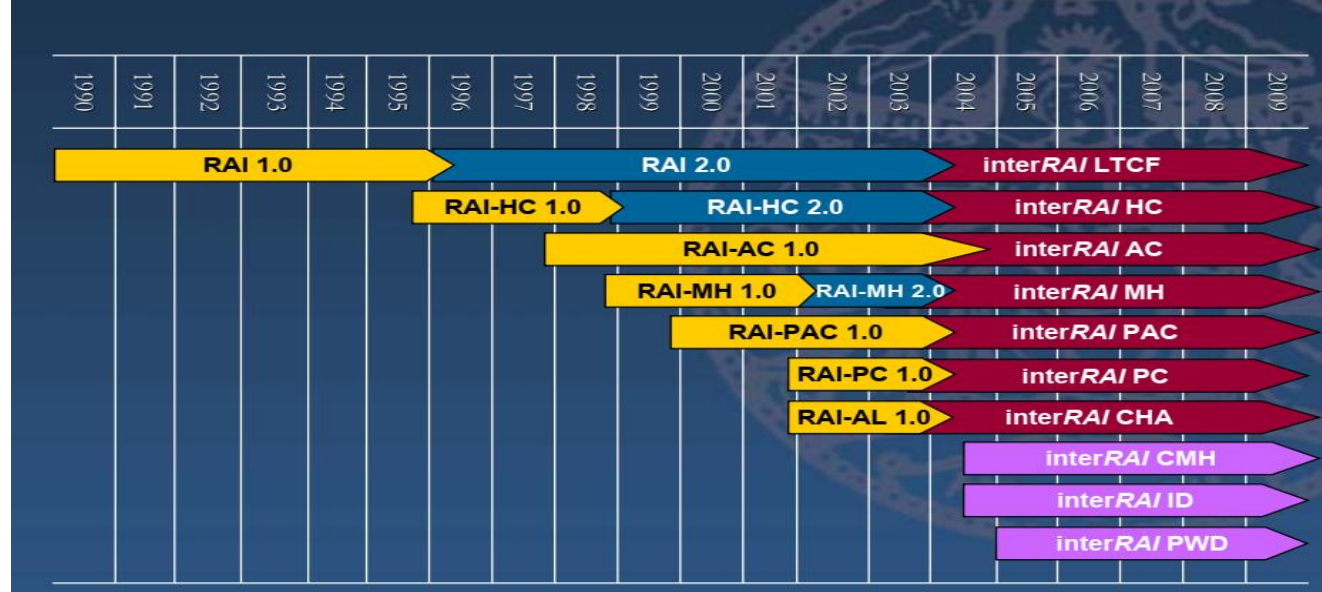
InterRAI CMH (Community Mental Health);

InterRAI ESP (Emergency Screener for Psychiatry)

InterRAI PC (Palliative Care)

InterRAI ID (Intellectual Disability)

Developmental Time Line for interRAI/Suite



Tutti gli item possiedono definizioni identiche, prevedono gli stessi tempi di osservazione ed uno stesso punteggio. Un approccio di questo tipo consente allo strumento di ottenere vantaggi in termini di:

1. trasferibilità dei dati da un setting assistenziale ad un altro
2. formazione di operatori in grado di lavorare nei diversi setting assistenziali
3. utilizzo di un linguaggio comune nel continuum assistenziale.

Gli strumenti della Suite InterRAI sono progettati per lavorare insieme e formare un sistema integrato di informazioni sanitarie e sociali.



Sono accompagnati da un manuale di istruzioni che guida l'operatore nella compilazione della scheda.

Ciascuno strumento è costituito da una scheda di valutazione che permette l'elaborazione di un piano di assistenza personalizzato che consenta di raggiungere e/o mantenere il massimo livello possibile di funzione fisica, mentale e psicosociale.

Attraverso una valutazione globale guidata da domande e sintetizzata nelle risposte agli items predefiniti



Gli strumenti della Suite InterRAI, opportunamente utilizzati nei vari momenti del processo di cura, sono in grado di fornire la base informativa per la valutazione dei risultati raggiunti come risposta della persona alla cura o al servizio erogato.



InterRAI Long-Term Care Facility (LTCF)

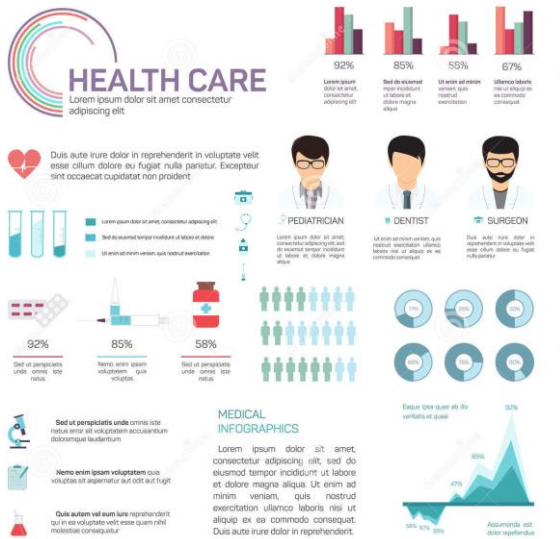
Sezione L. Coinvolgimento in attività

1	Tempo in cui il cliente è coinvolto in attività	(Considerare il tempo in cui il cliente è sveglio e non riceve trattamenti o assistenza nelle ADL) 0. Per più di 2/3 del tempo 1. Da 1/3 a 2/3 del tempo 2. Meno di 1/3 del tempo 3. Mai
2	Attività ricreative preferite	0. Nessuna preferenza; il paziente non è stato coinvolto in alcuna attività negli ultimi 3 giorni 1. Nessuna preferenza, ma il paziente è stato coinvolto in qualche attività negli ultimi 3 giorni 2. Preferita, ha effettuato l'attività
3	Tempo in cui il cliente dorme durante il giorno	0. Sveglio per la maggior parte del tempo (non più di un sonnello durante la mattina o il pomeriggio) 1. Molteplici sonnelli 2. Dorme per la maggior parte del tempo, ma rimane sveglio e reattivo per brevi periodi 3. Sonnolento e non reattivo per la maggior parte del tempo

InterRAI Home Care (HC)

Sezione Q. Valutazione dell'ambiente

1	Ambiente domestico	(Segnalare tutto ciò che rende l'ambiente domestico pericoloso o inabitabile; se temporaneamente in istituto basare la valutazione sulla visita della casa) 0. No 1. Sì a. Precarie condizioni dell'immobile (es. disordine pericoloso,
2	Abitazione ristrutturata per persone disabili	Il cliente vive in un'abitazione ristrutturata per rispondere alle esigenze di una persona disabile 0. No 1. Sì
3	Ambiente esterno	0. No 1. Sì a. Accesso ad assistenza di emergenza (es. telefono, sistema di allarme a chiamata) b. Facilità di accesso, senza bisogno di assistenza, a negozi di alimentari
4	Problemi economici	A causa di problemi economici, nell'ultimo mese il cliente ha risparmiato su farmaci prescritti, riscaldamento, cure mediche, cibo, assistenza domiciliare 0. No 1. Sì

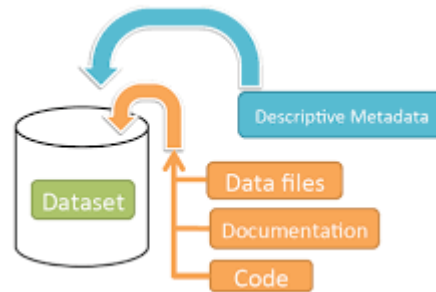


La raccolta di enormi quantità di informazioni e la creazione di vasti database sono diventati una risorsa importante per colmare le lacune conoscitive sugli anziani

Esempi di database di rilevanza internazionale derivanti dall'implementazione di strumenti di tipo RAI sono rappresentati dal **SAGE Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology**

300.000 soggetti di cui il 92% over 65

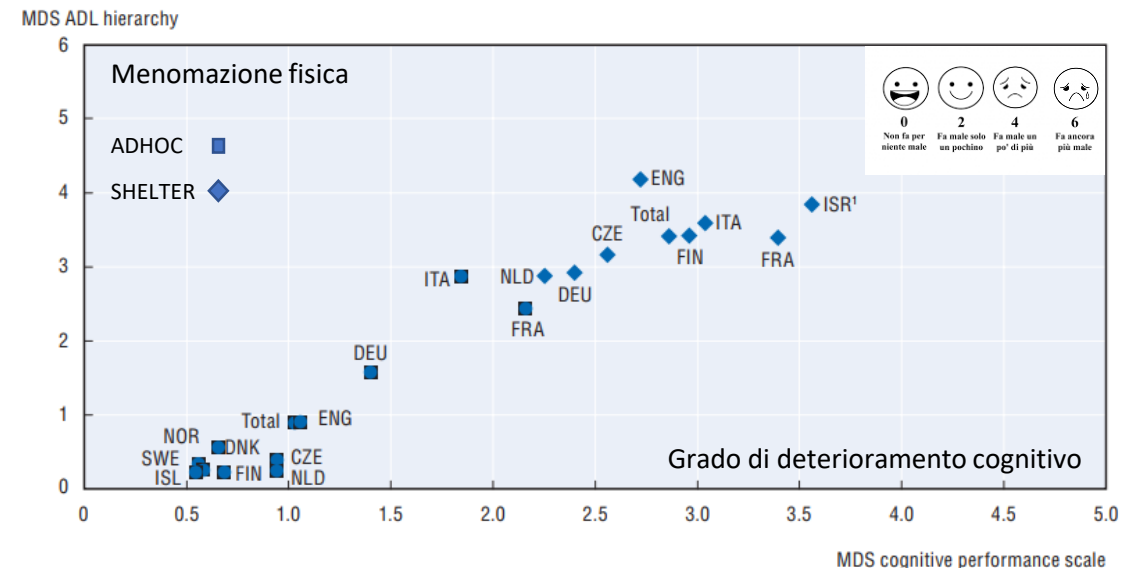
Il database incrocia
 Dati dei residenti
 oltre 350 variabili
 Dati sui farmaci
 Dati Medicare
 Dati strutture
 Dati Paese



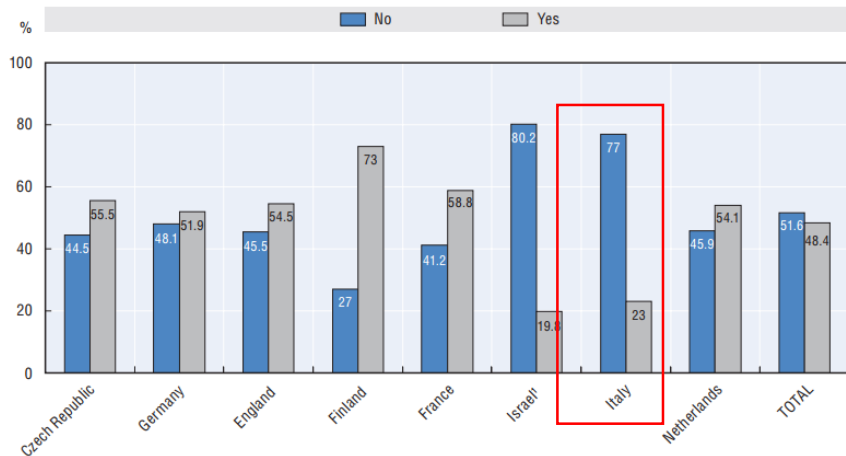
L'analisi del database SAGE ha permesso di fornire risposte ad un ampio numero di domande relative al dolore, sindromi tipicamente geriatriche quali le cadute, patologie, demenza, malattie cardiovascolari e diabete

Un secondo esempio di ampio database costruito con i dati raccolti mediante uno strumento della famiglia RAI specificamente ideato per l'Assistenza Domiciliare attraverso l'utilizzo **InterRAI-HC**, è quello relativo al progetto ADHOC che ha interessato 11 paesi dell'Unione Europea.

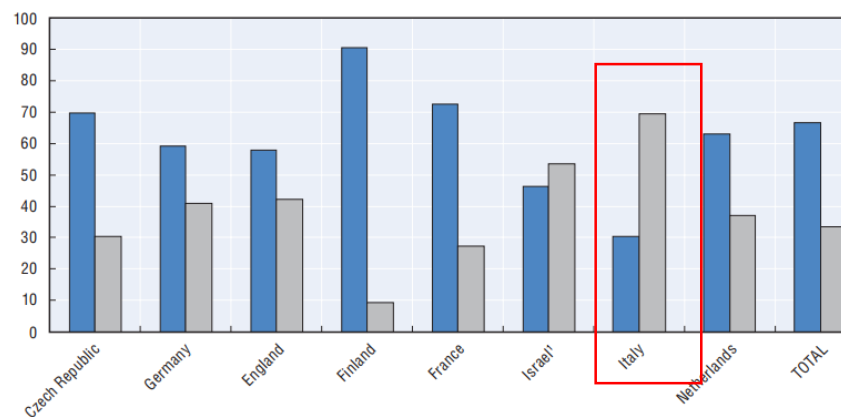
Lo studio SHELTER ha valutato l'affidabilità dello strumento **InterRAI-LTCF** analizzando 450 residenti in case di cura per ogni paese



Prevalenza del dolore e l'uso di farmaci antidolorifici



% on regular pain medication (with or without PRN) % no regular pain medication (also solely PRN)



Il grafico mostra la percentuale di residenti che lamentano dolore quotidiano (colonne più chiare) Il grafico affianco mostra la percentuale di persone a cui sono somministrati antidolorifici

In Italia solo il 23% dei residenti hanno riportato dolore quotidiano ma solo il 30% di questi hanno ricevuto regolarmente farmaci antidolorifici

Il RAI Resident Assessment Instrument o VAOR (Valutazione Anziano Ospite Residente)

Migliorato l'assistenza ed efficientato la spesa

Riduzione del 40% dell'uso di mezzi di contenzione fisica
Diminuzione dell'uso dei cateteri
Miglioramento delle strategie di prevenzione delle ulcere
Aumento dei pazienti coinvolti in attività

Miglioramento delle condizioni dei Residenti

Significativa riduzione del declino funzionale nelle ADL, nello stato cognitivo, nella continenza e nei problemi psico-sociali

Riduzione della prevalenza di decubiti, disidratazione e malnutrizione

Riduzione della percentuale di ospedalizzazione senza aumento della mortalità



Michigan 1 Mld USD

Cambiamenti dello staff nella pianificazione dell'assistenza

Lo staff assistenziale partecipa da 2 a 5 volte in più alla pianificazione dell'assistenza
Il residente ed i familiari partecipano fino a 5 volte in più alla programmazione dell'intervento
Il personale infermieristico partecipa agli incontri di pianificazione dell'assistenza nel 27% delle strutture

- 1) Organizzazione** favorendo il lavoro di equipe
- 2) Obiettivi** non lasciati alla discrezione del singolo ma concordati e condivisi
- 3) Interventi coordinati** e mirati
- 4) Verifica** non basata sull'efficacia della singola terapia ma oggettiva, sistematica

Gli Strumenti InterRAI In Italia

Cure Domiciliari

InterRAI HC (Home Care)

Lo strumento interRAI Home Care è lo strumento per la gestione dei percorsi di cure domiciliari e per la valutazione delle persone per le quali è richiesto l'inserimento in struttura. Lo strumento contiene infatti gli algoritmi che permettono di definire **la priorità di accesso alla residenzialità**.

InterRAI CHA (Communny Health Assessment)

Lo strumento interRAI Community Health Assessment è lo strumento per la **gestione dei piani di intervento da parte dell'assistente sociale del comune**. Rappresenta un sottoinsieme di interRAI Home Care e può essere utilizzato per attivare le unità di valutazione multidisciplinare territoriali, rendendo disponibile una serie di informazioni che velocizzano la presa in carico integrata. La valutazione tramite CHA attiva in casi specifici uno dei quattro supplementi (funzionale, salute mentale, vita assistita, sordo-ciechi). Questo approccio modulare consente di tenere traccia delle esigenze e delle preferenze della persona utilizzando un numero limitato di elementi di valutazione.



Residenziali

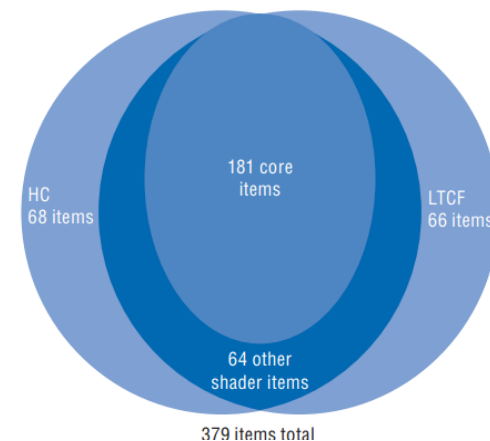
InterRAI LTCF (Long Term Care Facility)

Lo strumento interRAI Long Term Care Facilities è lo strumento per la presa in carico e la gestione delle **persone anziane in residenzialità e semi-residenzialità**. Permette una valutazione globale e standardizzata dei bisogni, dei punti di forza e delle preferenze delle persone che ricevono assistenza post-acuta a breve e medio termine.

InterRAI PC (Palliative Care)

InterRAI Palliative Care è lo strumento per la presa in carico e gestione della persona nell'ambito delle **cure palliative territoriali e hospice**. Si tratta di uno strumento sviluppato per fornire una valutazione globale dei punti di forza, delle preferenze e delle esigenze della persona in questi setting.

Fornisce ai professionisti delle cure palliative un supporto importante alla gestione integrata dei servizi e delle risorse, in un contesto particolarmente complesso delle condizioni della persona assistita e della sua famiglia.





Ospedale/PUA

InterRAI AC (Acute Care)

Lo strumento interRAI Acute Care è lo strumento per **la presa in carico in setting di cure acute**. Il suo scopo è identificare i problemi clinici, funzionali e psicosociali, nonché le persone a rischio di eventi avversi come delirio, cadute e ulcere da pressione.

E' progettato per essere applicato subito dopo l'ammissione della persona in ambiente ospedaliero, con la possibilità di adeguare la valutazione nel corso delle prime 24 ore in base alle funzioni e al comportamento. Ingloba una serie di scale per misurare la gravità del problema, misure per comprendere la funzione pre-morbosa e una serie di indicatori di qualità per valutare l'assistenza globale fornita ai pazienti adulti in contesti di terapia intensiva.

InterRAI CA (Contact Assessment)

Lo strumento interRAI Contact Assessment è uno strumento di screening in supporto alla decisione di presa in carico complessa.

Nel contesto italiano è applicato dal punto unico di accesso per l'inserimento nella rete dei servizi e **come strumento decisionale in fase di dimissione protetta da ospedale**. Raccoglie informazioni strategiche per offrire indicazioni sulla necessità della presa in carico, sulla tempestività dell'attivazione dei servizi e sull'urgenza di una valutazione approfondita.

Salute Mentale

InterRAI MH (Mental Health)

Lo strumento interRAI Mental Health è lo strumento standardizzato per valutare le necessità, i punti di forza e le preferenze degli adulti con **malattia mentale**. Consente di valutare i domini chiave della funzione, della salute mentale e fisica, del sostegno sociale e dell'uso dei servizi.

Contiene aspetti particolari che identificano coloro che potrebbero trarre giovamento da ulteriori valutazioni di problemi specifici per prevenire il rischio di ulteriore declino e migliorare il funzionamento.

Disabili

InterRAI ID (Intellectual Disability)

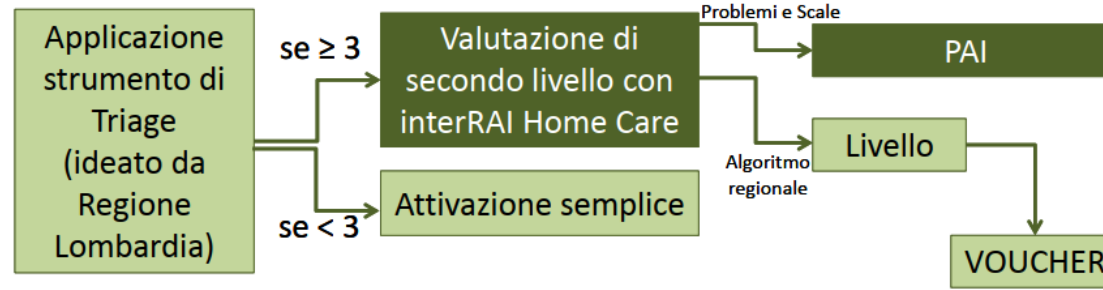
Lo strumento interRAI Intellectual Disability è lo strumento per valutare i bisogni, i punti di forza e le preferenze della persona con **disabilità intellettive o dello sviluppo**.

Consente la valutazione dei domini chiave, tra cui il supporto sociale, la partecipazione sociale, la funzione, il comportamento, la salute mentale, la salute fisica e l'uso dei servizi. Questi elementi supportano la pianificazione degli interventi evidenziando i rischi di declino della persona nel benessere, nelle funzioni e nella salute.

Utilizzatori in Italia

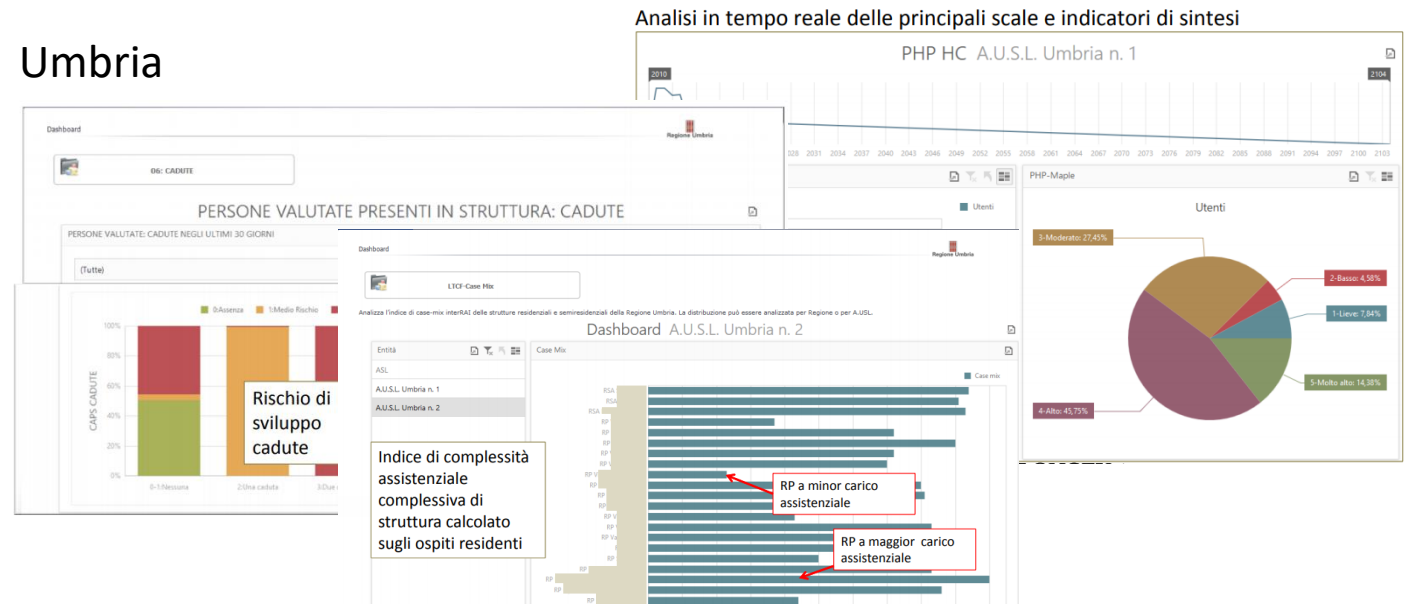
- A. ULSS 13 Mirano (VE)
- Cooperativa Medi Care di Ragusa
- Dipartimento Interaziendale della Fragilità ASL/AO Lecco
- Fondazione Policlinico Gemelli di Roma
- Fondazione Sanità e Ricerca di Roma
- Regione Lazio
- Regione Lombardia
- Regione Umbria
- Università Tor Vergata di Roma

Lombardia



la Suite InterRAI in uso viene assunta, a partire dal 1° gennaio 2015 quale strumento regionale per la Valutazione Multidimensionale

Umbria



Questioni rilevanti e critiche

- Difficile introduzione degli strumenti di valutazione compatibili e coerenti tra diversi sistemi sia nazionali che internazionali
- Può essere visto come oneroso
- Stravolge l'assistenza infermieristica e lo status quo
- Gestione e manutenzione di un sistema di dati
- Il turnover del personale
- L'uso del sistema è influenzato dalle politiche sociali ed economiche
- Può aiutare ma non determinare il giudizio e le scelte della politica

Vantaggi

- Estremamente efficace per valutare in modo accurato sia la **qualità** che la **quantità** di assistenza di cui l'anziano necessita
- il paziente viene seguito nella sua evoluzione (PAI)
- Permette di **pianificare** la presa in carico da parte dei servizi e delle strutture territoriali
- Distribuzione **razionale** delle risorse del Sistema Sanitario Nazionale
- Corretta **efficiente** gestione dell'accesso alle risorse sanitarie

Considerazioni e spunti di riflessione



Non esiste una definizione unica di non autosufficienza !



Consiglio d'Europa: Stato di bisogno di significativa assistenza o aiuto per svolgere le attività della vita quotidiana a causa di mancanza o perdita di autonomia fisica, psicologica o intellettuale

OCSE (LTC): Politiche incrociate che comprendono una gamma di servizi per le persone che dipendono dall'aiuto altrui nello svolgimento delle attività elementari della vita quotidiana per un lungo periodo di tempo.

OMS (disabilità): massimo grado di difficoltà (escludendo limitazioni temporanee) in almeno una delle tre dimensioni: fisica, autonomia nelle funzioni quotidiane, comunicazione, pur tenendo conto dell'ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, etc

INPS – Indennità di accompagnamento:

Totale inabilità (100%) per affezioni fisiche o psichiche;

Impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita, con conseguente necessità di assistenza continua.

Invalidità civile: cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo che hanno subito una riduzione permanente della capacità lavorativa di almeno un terzo o, se minori, con persistenti difficoltà nel fare i compiti e nelle funzioni proprie della loro età.

Atti quotidiani della vita: azioni interdipendenti o complementari nel quadro esistenziale d'ogni giorno ecc. (Circ. Ministero del Tesoro 14/1992).

Coperture Assicurative: metodo delle "Activities of Daily Living" (ADL) Considera non autosufficiente un individuo che non è in grado di svolgere, in modo presumibilmente permanente e senza alcun ausilio, alcune attività elementari della vita quotidiana. Quando l'assicurato non può svolgere una certa quantità di ADL (o le può fare parzialmente con un sistema di punteggio) scatta il diritto alla prestazione. Le differenze riguardano il numero minimo di ADL non svolte considerato valido e l'attribuzione dei punteggi. (3 su 4; 4 su 6; 3 su 6)

Nonostante l'oramai trentennale esperienza accumulata in ambito internazionale e la presenza di studi che evidenziano la capacità di tali strumenti di discriminare la sopravvivenza dei pazienti valutati, ancora oggi tale modello risulta **poco applicato** in Italia e non risultano disponibili studi e dati statistici attuariali che ne consentano un'applicazione in ambito assicurativo o di sanità integrativa

Realizzare una **convergenza**, in primis degli operatori privati su un modello unico di definizione/valutazione della non autosufficienza, rappresenterebbe senza dubbio un obiettivo da perseguirne anche da parte del comparto pubblico.

Valutare la possibilità di intervenire in ambito assicurativo con coperture mirate alla **prevenzione** della fragilità ed attenuare l'evoluzione cronica della disabilità

Saluti a tutti ...e

Grazie