



Q-Sys AG

Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen


20 anni di Assessment RAI in Svizzera

sviluppo degli Indicatori di Qualità RAI e Federali

Giornata RAI
Centro Spazio aperto
Bellinzona 24.09.19

Dr.G. Ruggieri

ASSESSMENT / VMD : METODO E STRUMENTO COMPRENSIVO

- Metodologia di indagine  vasto set di test e scale di valutazione attorno all'area problematica che si intende valutare.
- Affianca il normale inquadramento nosologico (patologie), per riconoscere i problemi sul piano funzionale, cognitivo e sociale.
- E' metodo standardizzato e interdisciplinare al fine di identificare con maggior accuratezza i problemi.

QUALIFICA E QUANTIFICA

- **Grado di autosufficienza** tramite l'osservazione delle abilità funzionali
- Mediante un **approccio « osservativo-valutativo e metrico »** comune sull'arco temporale e transettoriale delle necessità di assistenza
- **Nell'arco temporale dato** per poter progettare e attuare quella necessaria **unità di intenti nei nostri** interventi assistenziali-riabilitativi e verificarne il risultato

COMUNI INDICATORI DI FRAGILITA' DEL PAZIENTE GERIATRICO «IL RESIDENTE POSTMODERNO»

[Età avanzata]

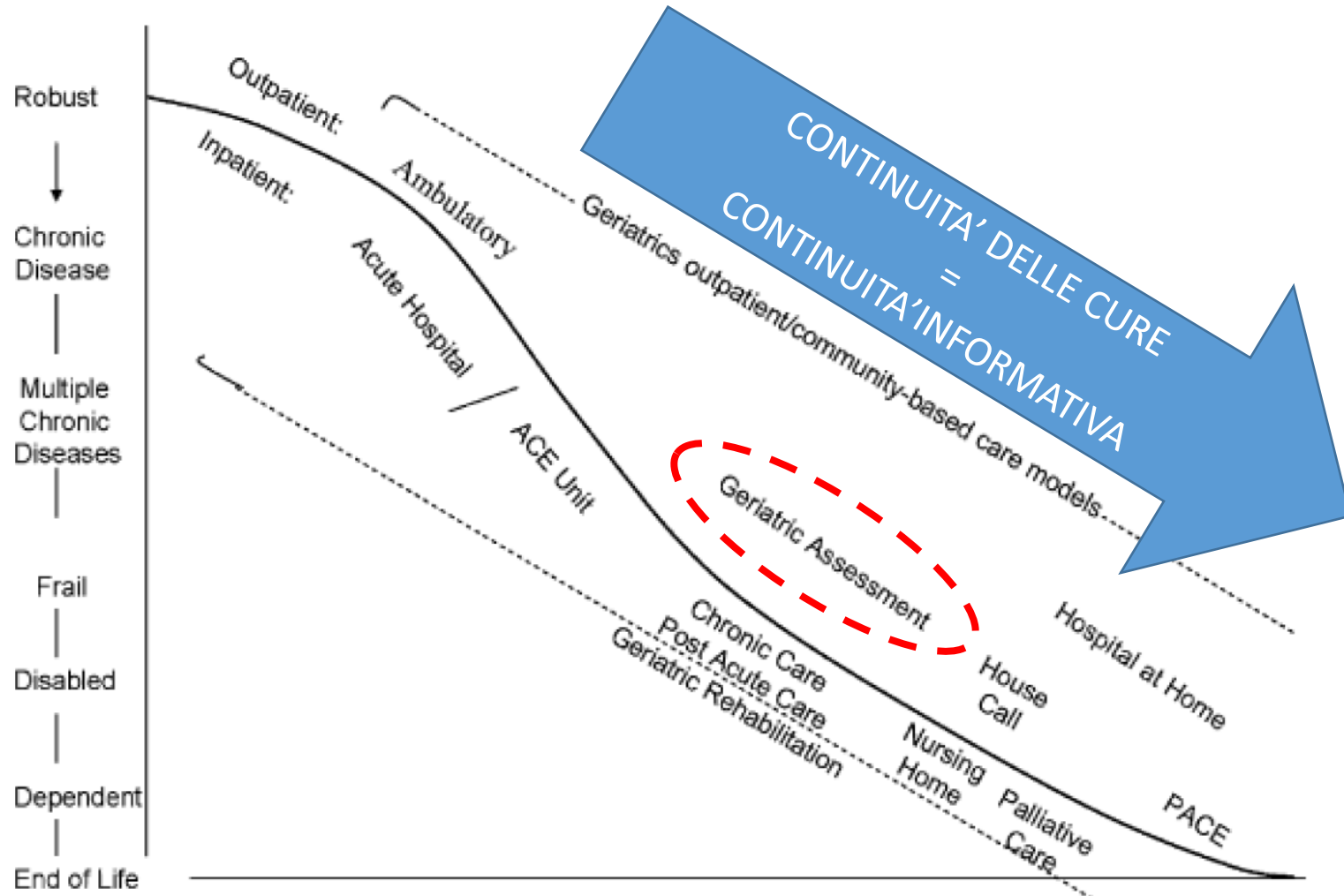
- Declino funzionale, disabilità fisica e necessità di aiuto nelle ADL/ IADL
- Frequenti cadute e traumi conseguenti (frattura di femore)
- Malattie croniche (apparato CV e osteoarticolare)
- **Polifarmacoterapia**
- Stato sociale: dipendenza o necessità di caregivers
- Stato cognitivo: deterioramento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



FRAGILITA E SINDROMI
GERIATRICHE

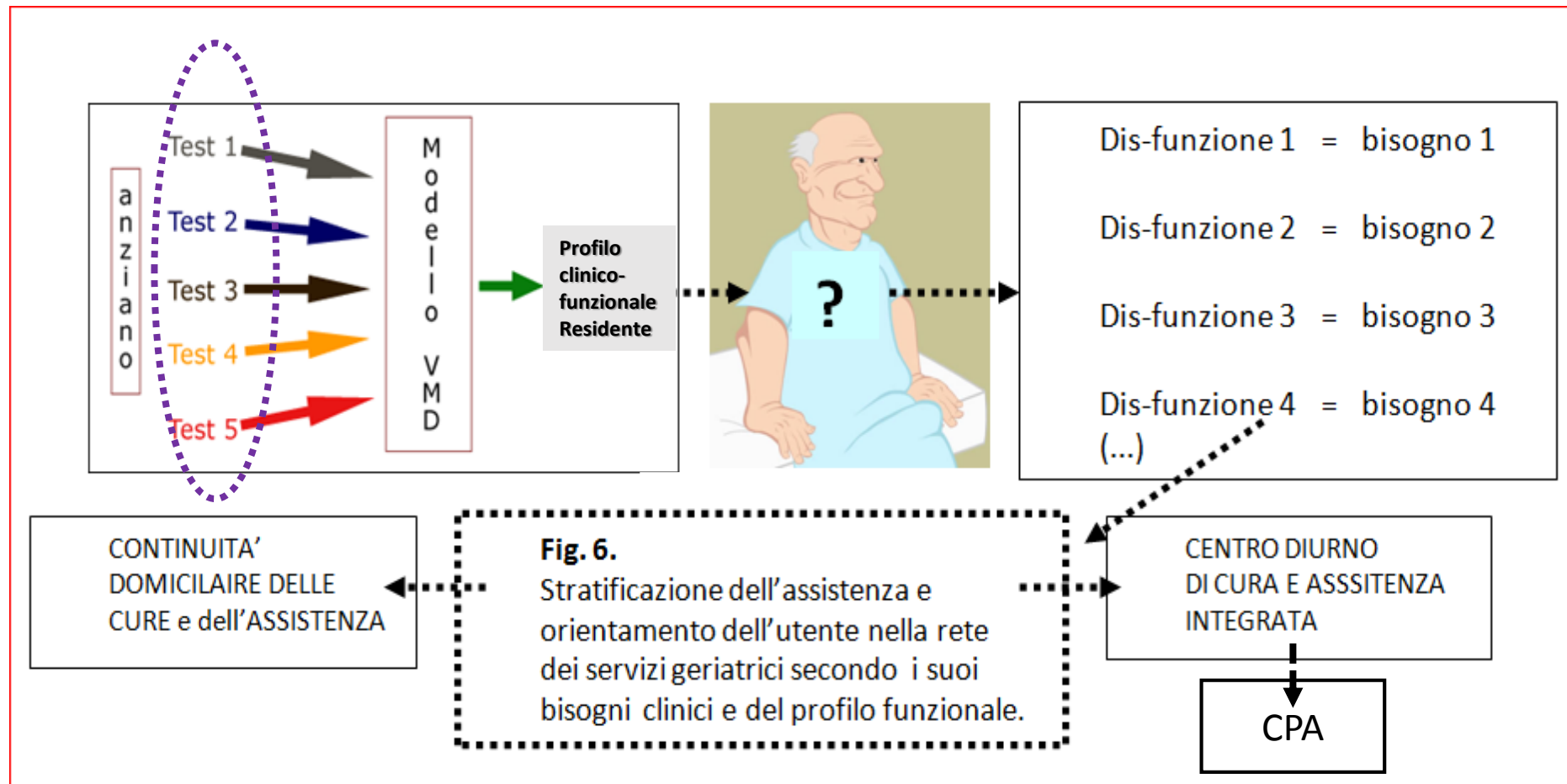
« IL RESIDENTE POSTMODERNO E LA CONTINUITA' DELLE CURE »

J Am Geriatr Soc 57:1088–1095, 2009



LA METODOLOGIA CLINICA GERIATRICA

«la geriatria NON è la medicina applicata al vecchio»



CENNI STORICI: LA RISPOSTA AD UNA NECESSITA'

- **Riforma di legge OBRA '87** come risposta dello Stato Federale USA alla scarsa qualità dell'assistenza nelle “nursing home”
- Svariati cambiamenti auspicati (diminuire il ricorso a psicotropi, a mezzi contenitivi, ecc.)
- Obbligatorietà del ricorso ad uno **strumento uniforme di Valutazione dei bisogni del residente (1990 : RAI-MDS** dopo sperimentazione affidata ad alcuni centri del paese)
- **1991 lo strumento RAI-MDS** e' in uso in tutte le NH degli Stati Uniti

EFFETTI DELLA VALUTAZIONE SULLA QUALITA' ASSISTENZIALE

Mor et al JAGS ,1987

- Ricorso a mezzi di **contenzione** in particolare in pazienti cognitivamente intatti (< 40%)
- Riduzione dell'**uso di CV uretrale**
- Miglioramento nella prevenzione delle **piaghe da pressione**
- Aumento dei **pazienti coinvolti** in forme varie di **attività** stimolanti

EFFETTI OTTENUTI DALLA PRASSI (sui dati rilavati con MDS)

Mor et al JAGS ,1987

- team curante coinvolto **2 a 5 x di più per la pianificazione** dell'assistenza orientata sul risultato post-rilevazione MDS
- residente ed i familiari partecipano **> 5 x in più fino alla programmazione** del piano assistenziale
- **27% strutture si fanno incontri fra personale** per la pianificazione dell'assistenza

EFFETTI DELLA VALUTAZIONE RAI SUI RESIDENTI

Mor et al JAGS ,1987

- riduzione (significativa) del **declino funzionale** (BADL, stato cognitivo continenza e nei problemi psico-sociali)
- Riduzione della **prevalenza di piaghe da pressione**
- Riduzione degli stati di **disidratazione e malnutrizione**
- Riduzione percentuale delle **ospedalizzazioni**
- Nessun aumento della **mortalità**
- Incrementazione (+60%) **di formulazione delle direttive anticipate**

STRUMENTI DI SECONDA GENERAZIONE

- Omnicomprensivi = MULTIDIMENSIONALITA' DEI BISOGNI DI CURA
- Evidenziano le causalità possibili consentendo la diagnosi eziologica geriatrica (es disturbo cognitivo, depressivo...incontinenza sfinterica)
- Finalizzati alla pianificazione del Piano Individualizzato di Assistenza
- Sono confrontabili

APPLICAZIONE DEL RAI: EFFETTI SUL SISTEMA ORGANIZZATIVO

- **Paziente** : migliorano i suoi outcomes clinico-funzionali e la sua qualità di vita.
- **Professionista**: migliora l'attenzione su ogni paziente focalizzando l'intervento sulla realizzazione di un piano di cura basato su obiettivi individualizzati di assistenza e insegnamento (*empowerment*)
- **Popolazione indice**: può aiutare ad ottimizzare l'assistenza attraverso il miglioramento dell'organizzazione dei servizi -> dell'utilizzazione delle risorse e -> regolamentazione dell'assistenza.
- **Economia sanitaria**: contribuisce alla oggettiva rendicontazione per la gestione e l'allocazione dei finanziamenti.

CENNI STORICI: DIFFUSIONE IN CH

- **Introdotta in CH** dalla fine degli **anni '90**
- Le prime case ad averlo introdotto in Svizzera D e ad aver stipulato un **accordo con gli assicuratori malattia sulla base dei gruppi Isorisorse** in materia di cure (RUGs) sono quelle del Canton AG,
- **Nel 1999** l'introduzione del **RAI-NH si estende** nelle case anziani e negli istituti di cura dei Cantoni Soletta, Basilea città, Zurigo, Berna, San Gallo e Ticino .

CENNI STORICI: INTRODUZIONE IN TI

- ***Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Canton Ticino (luglio 2003).***
- Obiettivo del Governo è l'introduzione **entro il 2005 dello strumento RAI NH** in modo tale che si possano generalizzare i contratti di prestazione avendo a disposizione una migliore conoscenza degli ospiti delle case anziani e dei loro bisogni di cura.
- **Le tappe dell' introduzione sono state:**
- **1997:** positiva sperimentazione nella casa anziani La Piazzetta della Città di Lugano (versione con formulari cartacei)
- **2004-2005:** avvio sperimentazione in 11 case anziani (calibrazione dello strumento in CpA di varie dimensioni e realtà)
- **2005-2006:** generalizzazione in tutte le case anziani del Cantone

CENNI STORICI: ESTENSIONE ALLE CURE DOMICILIARI TI

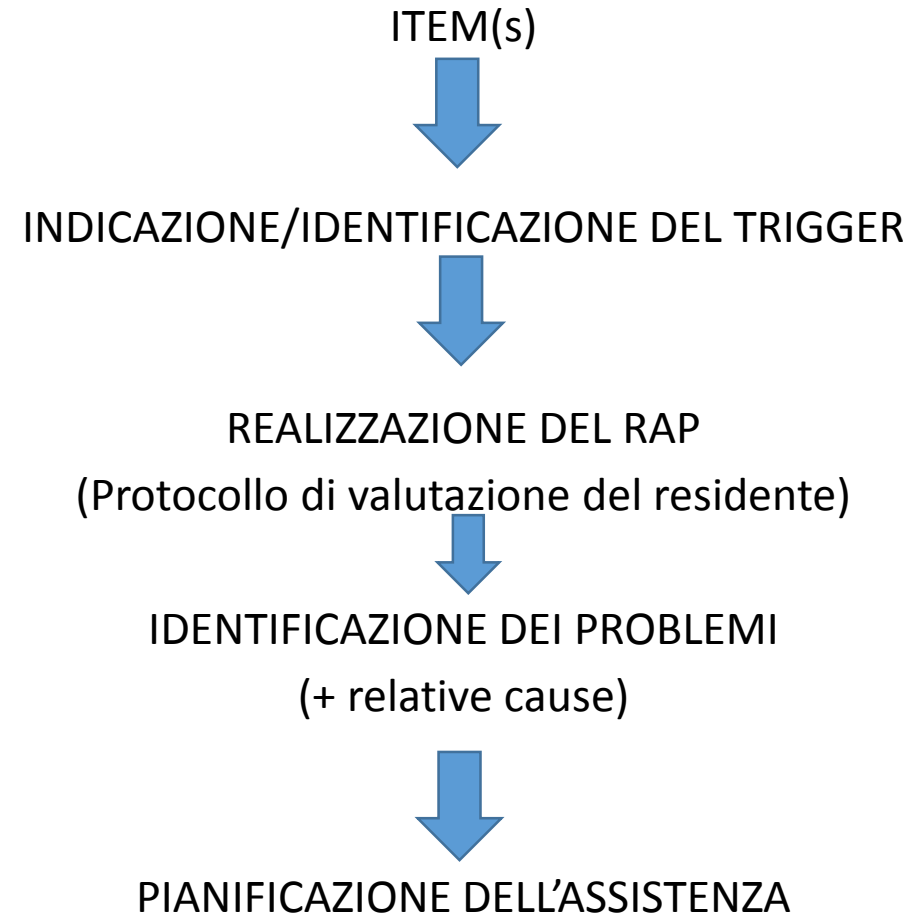
L'obiettivo di adottare lo strumento (VMD dei bisogni dell'utente) e di **coordinamento degli interventi** nei **servizi a domicilio** è stata affrontata dal **CdS nel 2002** per rispondere alla *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio - Rapporto settembre 2002*.

Tappe dell'introduzione:

- **2000-2001**: positiva sperimentazione nel Servizio assistenza e cura a domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (informatizzazione sulla base di un software italiano)
- **2006**: generalizzazione in tutti i servizi a domicilio (obiettivo stabilito a livello nazionale dall'Associazione svizzera dei SACD).

MODALITA' ASSISTENZIALE	PRIMA	DOPO
ORGANIZZAZATIVA	GERARCHIA PROFESSIONALE (ruolo monodisciplinare)	TEAM CONCEPITO COME «UNITA'» MULTIPROFESSIONALE
OBIETTIVI	AUTODIRETTI Ampia discrezionalità del singolo professionista non condivisi	MIRATI su VMD CONDIVISI e COORDINATI
INTERVENTI	SOGGETTIVA (non basati sulla ricerca dell'efficacia)	SISTEMATIZZATA OGGETTIVATA (basata sugli obiettivi da raggiungere interprofessionalmente)
VERIFICHE DI ESITO	ALEATORIE /CASUALI NON ANALIZZABILI	SISTEMATICHE/MISURABILI ANALIZZABILI

APPROCCIO STANDARD DI RILEVAMENTO



ITEMs del Resident Assessment Protocol (RAP)

ITEM

- Delirio
- Funzione visiva
- ADL / Potenziale riabilitativo
- Benessere psico-sociale
- Problemi comportamentali
- Cadute
- Sondino naso-gastrico
- Igiene orale
- Decubiti
- Mezzi di contenzione

ITEM

- Deterioramento cognitivo - Demenza
- Comunicazione
- Incontinenza urinaria
- Catetere vescicale
- Umore e comportamento
- Stato nutrizionale
- Disidratazione
- Psicofarmaci
- Stato di salute

INDICATORI: PROBLEMA DEFICIT COGNITIVO-DEMENZA

è suggerito dalla presenza di due o più dei seguenti item indicati sulla scheda di valutazione:

- Problemi di memoria a breve termine
- Problemi di memoria a lungo termine
- Capacità di prendere le decisioni quotidiane
- Problema nel comprendere gli altri

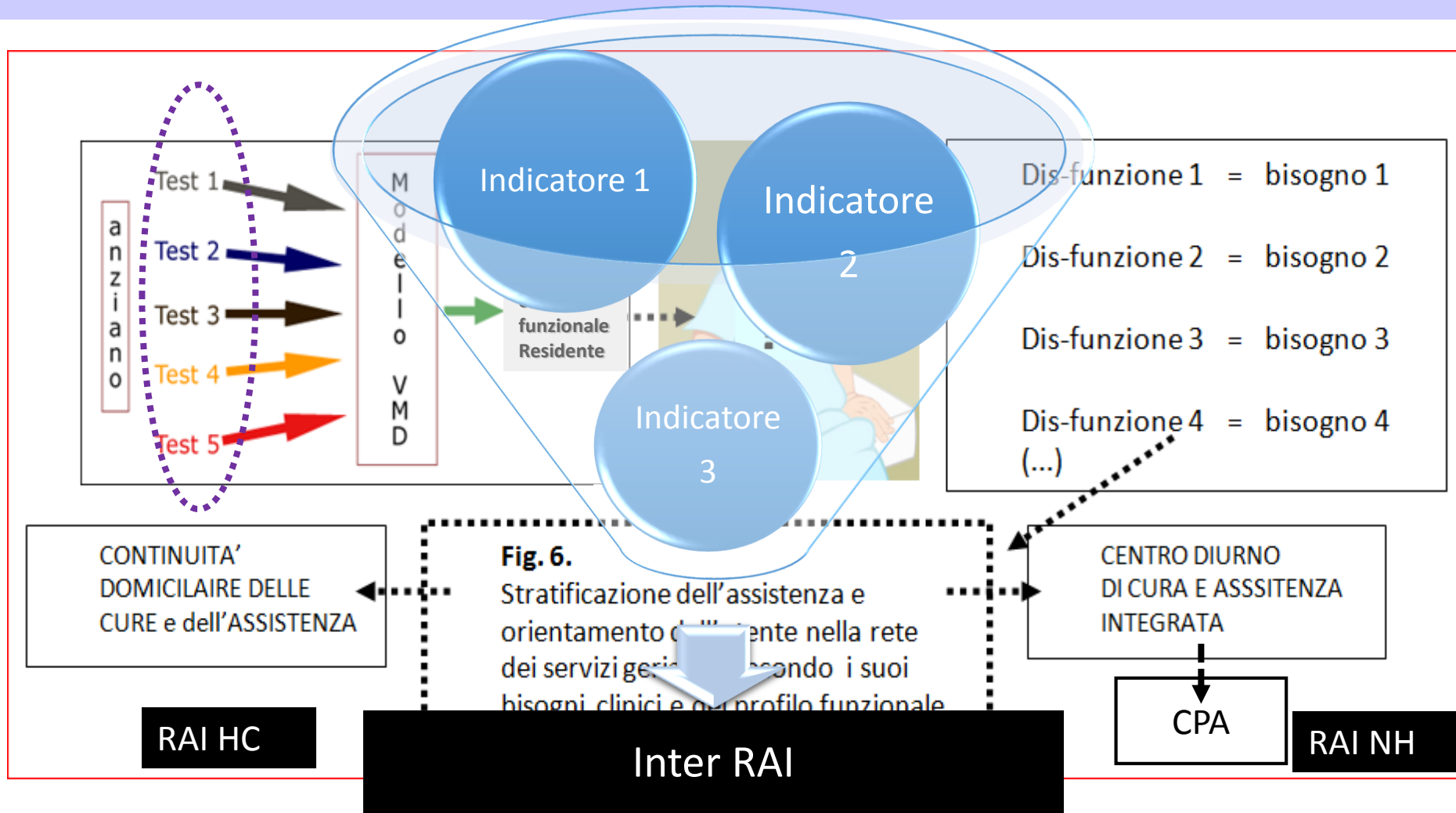
INDICATORI NAZIONALI

- **Applicazione di misure di contenzione**
 - Frequenza giornaliera con ausili che impediscono il movimento
 - Contenzione a letto
- **Perdita di peso** : 5% o più ultimi 30 gg. / 10% o più negli ultimi 180 gg
- **Assunzione di 9 o > medicinali**
- **Dolore**
 - Percepiti e AUTORIFERITI ogni giorno da moderati a forti
 - Ogni giorno da moderati a forti (valutazione da terzi)

COMPARAZIONE DATI TI (ca. 1000 residenti)

	CH	TI
Misure di cont. (ausili x busto e arti)	5.3	12.1
Misure di cont. (ausili limitanti l'uscita dal letto)	21.7	35.2
Calo ponderale	4.0	4.3
9 o > Medicamenti	44.7	42.3
Dolori - autoriferimento	13.2	11.4
Dolori - osservati/valutati da terzi	8.5	8.5

CURE INTEGRATE= CONTINUITA' VALUTATIVA E INFORMATIVA



Finalità di interRAI

Set allargato /comprensivo di assessment clinico basato su uno strumento di rilevazione standardizzato fornisca:

- informazioni fondamentali sui bisogni della popolazione indice su:
- multidimensionalità dei bisogni funzionali
- psicosociali ed ambientali

interRAI ribadisce la validità del modello di cura di riferimento geriatrico come la chiave di volta per la corretta identificazione e coerente pianificazione dell'assistenza; il suo ricorso sistematico nella prassi assistenziale della CpA consente un intervento di miglior qualità al Residente oltre che produrre dati utili per informare correttamente la popolazione.

Bernabei R, Landi F. Journal Gerontology MS, special issue, marzo 2008

Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future

Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care

Roberto Bernabei, Francesco Landi, Graziano Onder, Rosa Liperoti, and Giovanni Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Dipartimento di Scienze Gerontologiche,
Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy.

The systematic adoption of “second-generation” comprehensive geriatric assessment instruments, initiated with the Minimum Data Set (MDS) implementation in U.S. nursing homes, and continued with the uptake of related MDS instruments internationally, has contributed to the creation of large patient-level data sets. In the present special article, we illustrate the potential of analyses using the MDS data to: (a) identify novel prognostic factors; (b) explore outcomes of interventions in relatively unselected clinical populations; (c) monitor quality of care; and (d) conduct comparisons of case mix, outcomes, and quality of care. To illustrate these applications, we use a sample of elderly patients admitted to home care in 11 European Home Health Agencies that participated in the AgeD in Home Care (AD-HOC) project, sponsored by the European Union. The participants were assessed by trained staff using the MDS for Home Care, 2.0 version. We argue that the harmonization by InterRAI of the MDS forms for different health settings, referred to as “the third generation of assessment,” has produced the first scientific, standardized methodology in the approach to effective geriatric care.

Key Words: Comprehensive geriatric assessment—Minimum data set—Scales—Older adults—Nursing homes—Resident assessment instrument—Home care.

LO STRUMENTO DI VALUTAZIONE QUALIFICA E QUANTIFICA

- **Grado di autosufficienza** tramite l'osservazione delle abilità funzionali
- Mediante un **approccio « osservativo-valutativo e metrico »** comune **sull'arco evolutivo temporale e intersettoriale che guida le necessità di assistenza e gli interventi assistenziali-riabilitativi e verificarne il risultato... ovvero sia la QUALITA' delle cure prestate a questa relativamente poco selezionabile popolazione.**

GRAZIE

... e buon lavoro!