

VAOR: storia di questi ultimi 20 anni

Cinzia Falsioli, Giuseppe Colloca, Francesco Landi

Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze Ortopedia, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Nel corso delle ultime due decadi le competenze specialistiche e strumentali in grado di gestire particolari situazioni di difficoltà delle condizioni di salute e di individuare i livelli di autonomia, inizialmente di pertinenza solo delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono diventate fondamentali nell'organizzazione dei servizi territoriali al massimo delle loro potenzialità, il tutto con il fine di disegnare un intervento di cura sempre più personalizzato ed individualizzato. Negli anni '90 è stato progressivamente necessario superare definitivamente il tradizionale metodo di lavoro clinico, orientato alla diagnosi ed al trattamento dei singoli episodi di instabilità, per evolvere verso un modello orientato in modo più specifico verso la presa in carico globale della complessità assistenziale e della lettura puntuale della storia di vita dei pazienti.

Pur esistendo in letteratura diversi strumenti di valutazione multidimensionale, validati e progettati per guidare la pianificazione delle cure, verificarne gli esiti, stimare la coesistenza delle professionalità e delle risorse economiche necessarie ad orientare le scelte organizzative, si è avvertita la necessità di qualcosa di più articolato della semplice esecuzione di batterie di test utili a leggere in modo separato le diverse variabili di funzionalità, puramente descrittive, ad eziologia non deducibile e difficilmente confrontabili tra di loro.

Bisognava integrare questi stessi strumenti in algoritmi in grado di produrre indici e score sintetici dell'assorbimento delle risorse collegato ai diversi profili assistenziali; rappresentazioni sintetiche che permettessero di guidare la progettazione degli interventi per obiettivi individualizzati e la pianificazione dell'azione delle diverse professionalità, soprattutto nelle filiere complesse di servizi. Quindi la necessità di strumenti omnicomprensivi, che, lì dove possibile, consentissero una diagnosi eziologica, e soprattutto che facessero della confrontabilità la loro virtù maggiore.

Uno degli strumenti più diffusi e solidi sotto il piano metodologico è stato ed è il sistema RAI (*Resident Assessment Instrument*, Valutazione Anziano Ospite di Residenze-VAOR nella traduzione italiana). Si tratta di un progetto nato nei primi anni '90 su mandato del Congresso americano (Legge OBRA, 1987) (1) in risposta alla scarsa qualità dell'assistenza in *Nursing Home*, sviluppato a partire da una revisione sistematica degli strumenti di Valutazione Multi Dimensionale esistenti e con lo scopo di raccogliere in un unico strumento tutte le aree problematiche dell'anziano residente, includendo anche le sue capacità residue, le sue preferenze ed il grado di coinvolgimento nelle possibili e più varie attività (2). La sua diffusione e sviluppo sono stati permessi grazie ad InterRai, una rete collaborativa internazionale che comprende oltre trenta paesi e che si propone di migliorare le cure sanitarie rivolte a persone anziane, deboli o disabili e promuovere pratiche e politiche socio-sanitarie basate sulle prove cliniche di efficacia (3). I 300 items che compongono il *Minimum Data Set* (MDS) del RAI/VAOR non restituiscono solo una descrizione dettagliata della persona e delle sue funzionalità, ma sono integrati in un sistema completo di Protocolli di Valutazione Clinica (CAPs) utile ad orientare la progettazione individuale dei piani di cura e favorire il miglioramento continuo della loro qualità. Linee guida e protocolli includono tutte le esigenze assistenziali e sono alimentati ed aggiornati dalla rete collaborativa in base ad analisi sistematiche della letteratura ed al contributo di tutti i partner scientifici. Un *subset* specifico del RAI, basato su 109 items che si sono dimostrati più sensibili e statisticamente significativi nel quantificare il fabbisogno di risorse assistenziali, permette la definizione di gruppi di assorbimento equivalenti delle risorse di assistenza, i cosiddetti RUG (*Resource Utilization Group*). Questo attraverso un *software* (*RUG Grouper*) che opera sulla base di un algoritmo di selezione a filtri successivi, assegna il paziente al primo raggruppamento di cui esso

QUADRO DI RIFERIMENTO

soddisfi i requisiti (4). L'assegnazione al raggruppamento principale avviene sulla base dei problemi assistenziali più rilevanti (presenza di tracheotomia, respirazione assistita, nutrizione enterale o parenterale, terapia infusiva, lesioni da decubito, incontinenza, denutrizione/disidratazione, delirio, perdita di memoria) individuando quindi il gruppo RUG di appartenenza sulla base di tre ulteriori variabili: il punteggio nella valutazione delle Attività di Base della Vita quotidiana (ADL), un valore soglia delle scale di depressione e la presenza di programmi di riabilitazione infermieristica (posizionamento, mobilizzazione, semplici esercizi) (5). I pesi assistenziali sono misurati a partire da analisi dettagliate del lavoro di unità d'offerta omogenee, entro i confini dei diversi paesi, confrontabili con i pesi raccolti nelle banche dati del sistema Medicare (5) e di InterRAI (3).

Il Sistema InterRAI è in uso dal 1991 in tutte le *Nursing Home* statunitensi, in virtù di specifiche leggi federali che regolano anche le relazioni economiche con i sistemi federali di tutela della persona anziana (5). InterRAI, sulla base dell'esperienza acquisita, ha successivamente sviluppato, dal 1991 ad oggi, una *Suite* di strumenti adatti alla valutazione in diversi *setting* di cura (acuzie, post-acuzie, riabilitazione, cure palliative, cure domiciliari e dimissione ospedaliera, salute mentale, comunità) ed in diverse condizioni di salute e disabilità, tutte con un *core* di *items* comune e poi una serie di *items* specifici per il singolo *setting*.

Nel complesso, la valutazione InterRai VAOR, offre profili di attenzione utili ad orientare la progettazione degli interventi sulla singola persona, ma anche le funzioni di governo e direzione di un singolo reparto, di una struttura nel suo complesso o di tutte le strutture di un sistema, ad esempio regionale, favorendo lo sviluppo di azioni migliorative e la verifica nel tempo dei loro esiti (2).

L'effetto di questo processo di ricerca ed implementazione clinica è stato tangibile e concreto. Negli Stati Uniti si è assistito alla riduzione del 40% dell'uso di mezzi di contenzione, in particolare in pazienti cognitivamente sani, miglioramento della prevenzione

e della prevalenza dei decubiti ed aumento dei pazienti coinvolti in attività, significativa riduzione del declino funzionale nelle ADL, nello stato cognitivo, nella continenza e nei problemi-psicosociali, ma soprattutto riduzione percentuale di ospedalizzazione, e quindi risparmio di risorse economiche, senza aumento della mortalità (6). L'implementazione dell'InterRai VAOR ha avuto effetti significativi su più fronti: organizzazione da gerarchica a lavoro di *équipe*, obiettivi da discrezionali del singolo operatore sanitario a predefiniti, concordati e condivisi, interventi mirati e concordati e soprattutto possibilità di verifica oggettiva, sistematica e basata sul raggiungimento degli obiettivi (2).

Si tratta comunque di un lavoro continuamente in evoluzione e, come osservato in letteratura, occorrerà ridefinire e rivalidare nel tempo il coefficiente di peso del RUG, intendendo il grado di assorbimento di risorse richiesto dalle diverse tipologie di pazienti, in quanto l'ammontare e l'intensità della cura specifica per ogni sottogruppo RUG dipendono dalle peculiarità del mercato sanitario e dal costo del personale di ogni singolo paese in cui si applica il sistema RUG, operazione ancor più necessaria lì dove i pesi costituiscono la base per l'implementazione di un sistema di rimborso.

BIBLIOGRAFIA

1. Kelly M. The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987. A policy analysis. *Nurs Clin North Am.* 1989 Sep;24(3):791-4.
2. Bernabei R, Landi F, Onder G, Liperoti R, Gambassi G. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Mar;63(3):308-13.
3. <http://www.interrai.org/>
4. Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clin Exp Res.* 2003 Jun;15(3):243-53.
5. <http://www.medicare.gov/>
6. Mor V, Intrator O, Fries BE, Phillips C, Teno J, Hiris J, Hawes C, Morris J. Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument. *J Am Geriatr Soc.* 1997 Aug;45(8):1002-10.