



**XXII CONGRESSO NAZIONALE CARD**

**I DISTRETTI DI COMUNITÀ PROTAGONISTI  
DEL DM 77 E DELLA PRIMARY HEALTH CARE**

**GENOVA | 17-19 OTTOBRE | 2024**

**STARHOTELS PRESIDENT**  
Corte dei Lambruschini, 4

**LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI PER IL SOGGETTO  
ANZIANO FRAGILE E CRONICO AL FINE DI  
PROGRAMMARE LA PRESA IN CARICO:**

**- GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE**

**RELATORE:**

**DR. ANTONIO MASTROMATTEI**



Come posso stabilire le  
priorità di intervento e  
il setting assistenziale  
più appropriato?

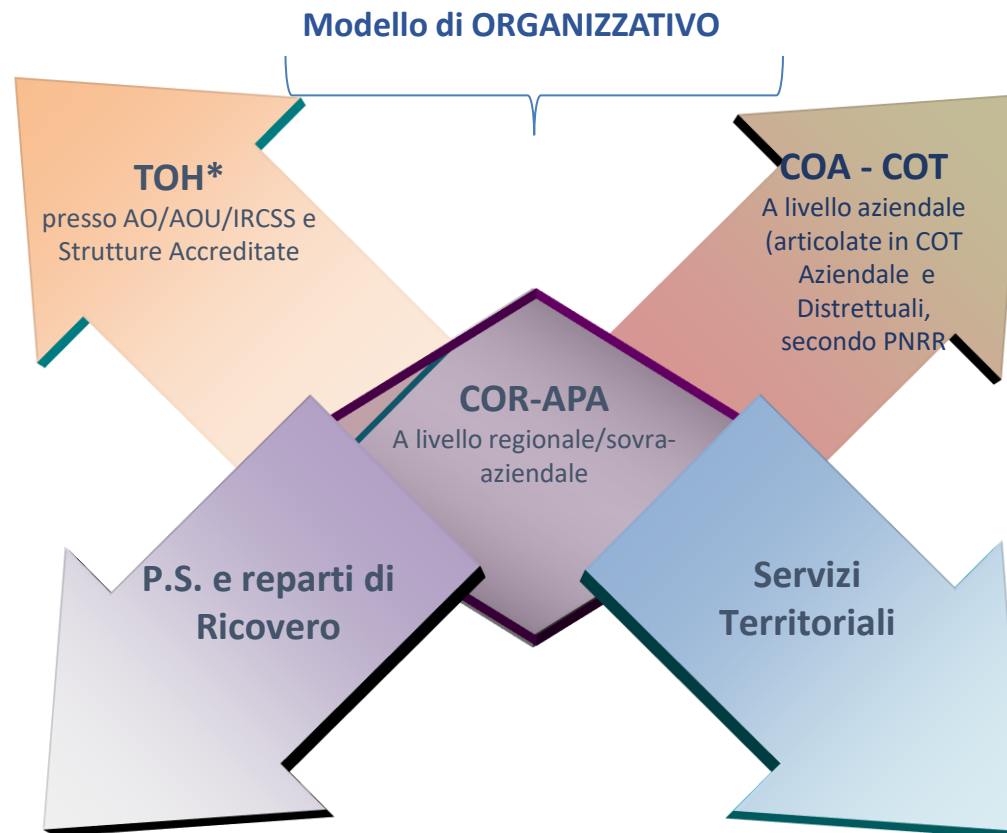


PIANO TERRITORIALE

# Modello organizzativo della Regione Lazio



## Strumenti organizzativo/funzionali: le Centrali Operative



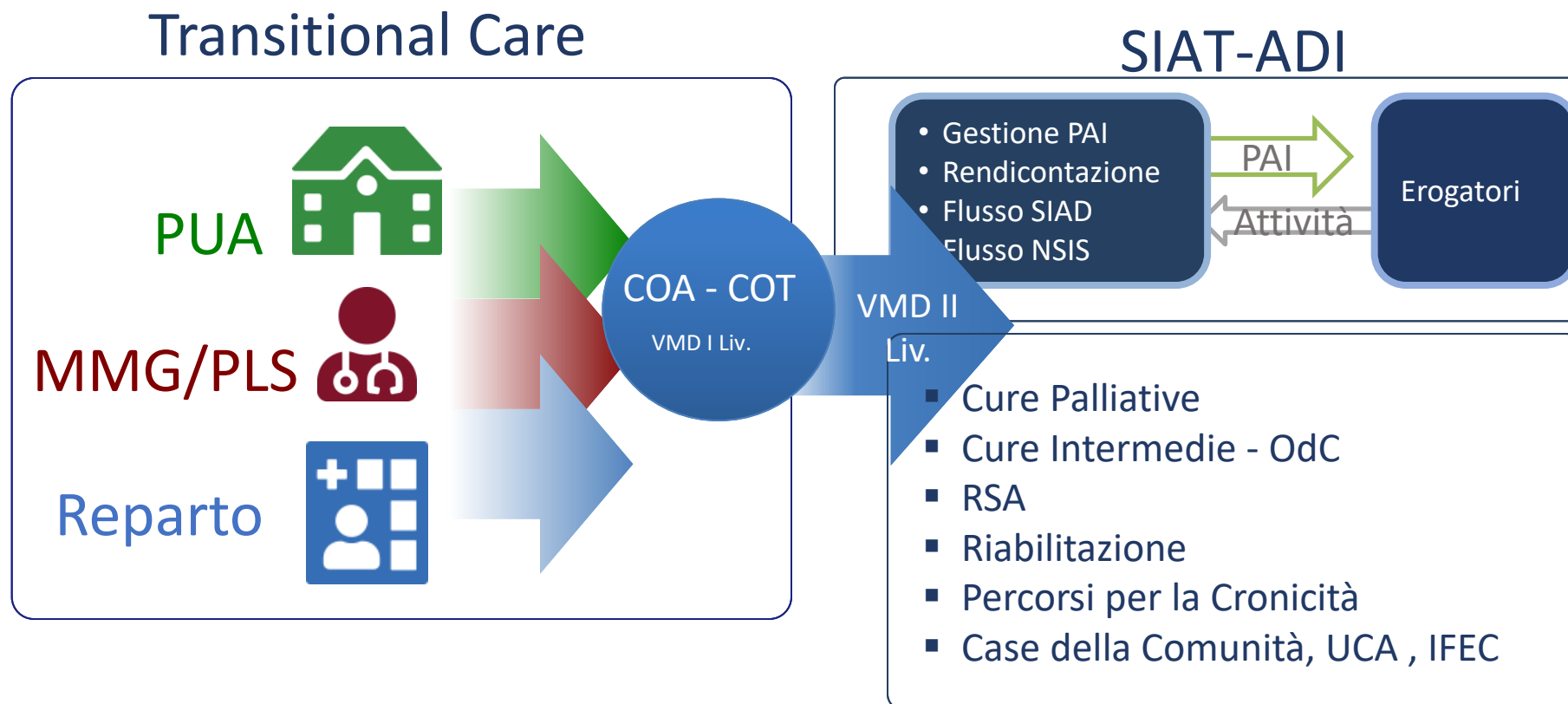
\*TOH: Team Operativo Ospedaliero



PIANO TERRITORIALE

Transitional  
Care

## Transitional Care: visione d'insieme



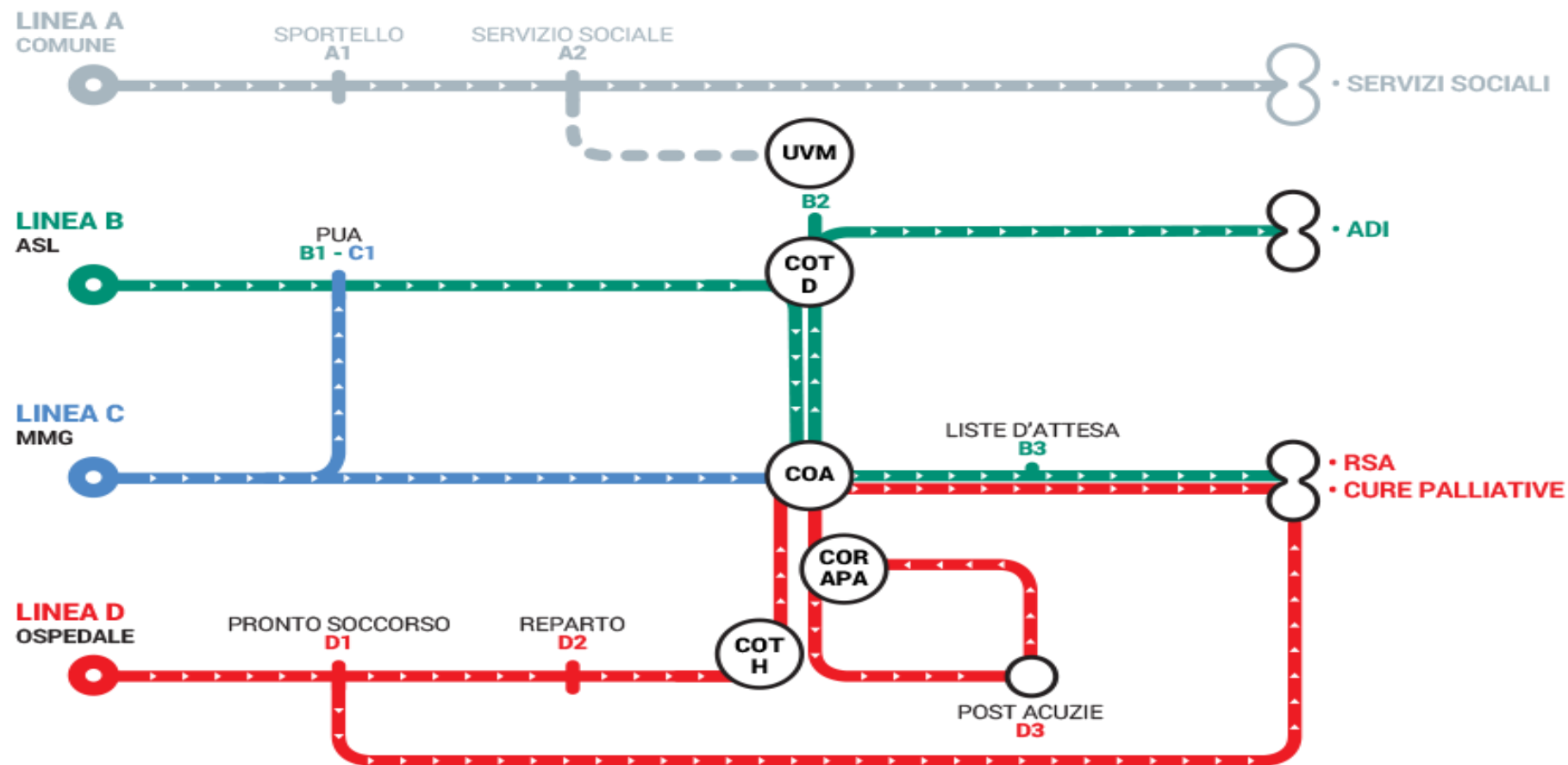




PIANO TERRITORIALE



## Percorsi assistenziali del Transitional Care



# VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

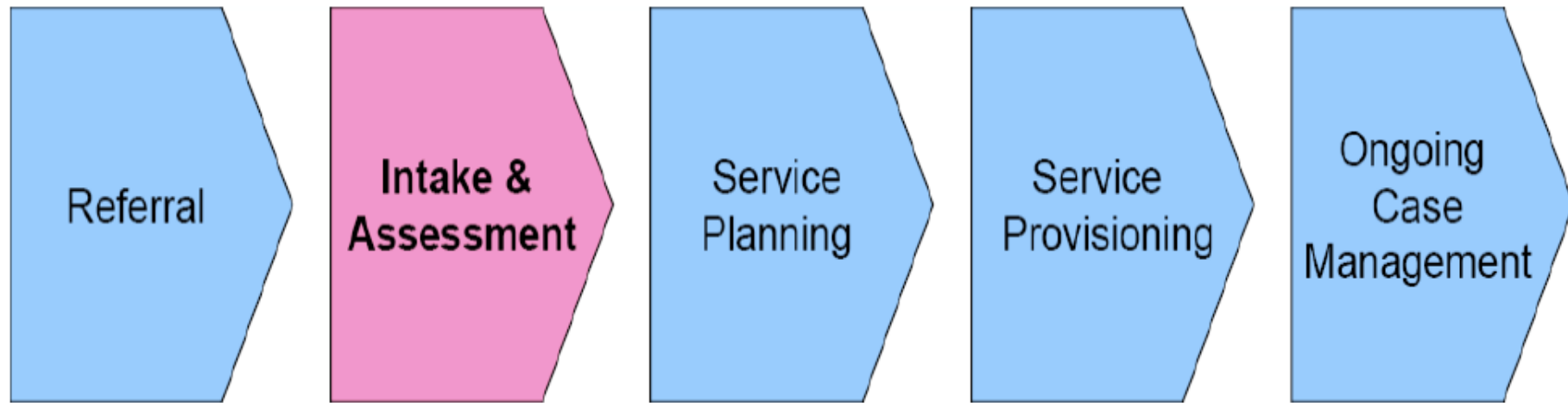
- **E' una valutazione multidisciplinare in cui:**
  - ***Sono identificati i problemi***
  - ***Vengono definite le capacità funzionali***
  - ***Viene stabilita la necessità di servizi assistenziali***
  - ***Viene sviluppato un piano di trattamento e di cure, nel quale i differenti interventi sono commisurati ai bisogni***

*(Consensus Statment of National Institute of Health / Comprehensive Assessment Position  
Statment of the American Geriatric Society)*

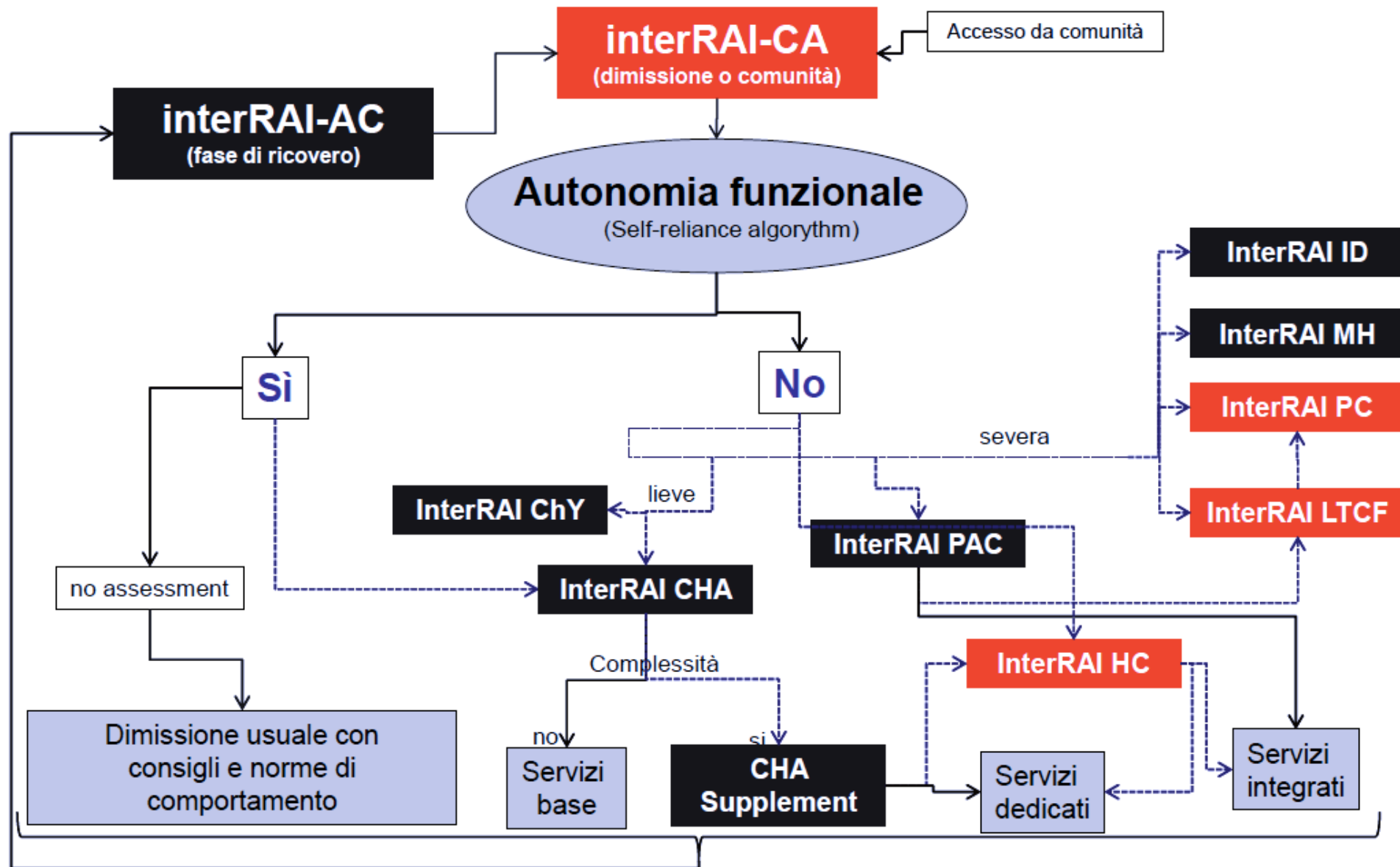
# Suite interRAI

Per fare questo interRAI ha sviluppato quindi **diversi strumenti di screening e di valutazione multidimensionale** che si differenzino per ciascun *setting* di cura favorendo un linguaggio comune, l'integrazione professionale ed offrendo un efficace **supporto alle decisioni.**





**right** information, at the **right** time, in the **right** place to deliver the **right** service



# PERCHE' NASCE IL CONCONTACT ASSESSMENT



Le schede di valutazione più complesse della Suite come la Home care si compongono di 300 items e appare improponibile sottoporre tutti i soggetti che arrivano alla nostra attenzione immediatamente ad una valutazione così articolata e complessa che trova giustificazione solo a livello dei servizi deputati ad assicurare una presa in carico efficace in grado di rispondere a tutti i bisogni di salute.

La valutazione di I livello , di screening, deve perciò avere le caratteristiche di uno strumento che sia al tempo stesso snello ma anche offra un alto livello di sensibilità nell'intercettare quali sono i deficit nelle principali aree di bisogno e soprattutto poter indirizzare correttamente verso il setting assistenziale più appropriato dando anche una indicazione sulla urgenza o meno di attivare gli stessi.

7 sezioni  
47 domande  
87 items

SEZIONE A. Informazioni generali	
1. NOME DELLA PERSONA UTENTE	
a. Cognome	SEZIONE B. Dati personali al momento della presa in carico oppure Informazioni di screening
b. Nome	
1. DATA DELLA VALUTAZIONE / /	
SEZIONE C. Screener Preliminare	
2. SESSO	2. DETTAGLIO CONSULENZA
1. Maschio	1. CAPACITA' COGNITIVE NEL PRENDERE LE DECISIONI
3. DATA DI NASCITA	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
/ /	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
4. IDENTIFICATIVO	1. CAPACITA' COGNITIVE NEL PRENDERE LE DECISIONI
	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
5. INDIRIZZO	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
Via _____	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
Città _____	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
CAP _____	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
6. PATENTE DI GUIDA	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
N° _____	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
7. RAZZA/ETNIA	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
a. Ispanica c. Asiatica d. Africana f. Caucasica z. Altra	1. DATA DELLA VALUTAZIONE
SEZIONE D. Valutazione clinica (Parte I)	
1. CAPACITA' COGNITIVE NEL PRENDERE LE DECISIONI	
Come la persona prende le decisioni circa l'organizzazione della giornata	
0. Indipendente - decisioni sempre ragionevoli	
1. Semi-indipendente	
SEZIONE E. Sommario (Parte I)	
1. ALGORITMO	
Scrivere il punteggio ottenuto per ciascuno dei seguenti	
a. Necessità urgente di una valutazione	
b. Necessità urgente di servizi	
c. Riabilitazione	
2. SERVIZI RICHIESTI PER QUESTA PERSONA	
0. No	
1. Si	
3. DURATA PREVISTA DELLA PRESA IN CARICO	
0. 0 - 14 giorni	
1. 15 - 60 giorni	
2. 61 o più giorni	
4. NECESSITA' DI SERVIZI A BREVE TERMINE	
0. No	
1. Si	

## PROCEDIMENTO / STRUMENTI DA UTILIZZARE

- **IN OSPEDALE** le informazioni possono essere raccolte da:
  - Membri del team assistenziale
  - L'osservazione diretta del paziente, cartelle cliniche, es. di laboratorio, altra documentazione utile
  - La famiglia
  
- **IN COMUNITA'** le informazioni possono essere raccolte da:
  - osservazione diretta del paziente
  - familiari, amici, vicini
  - medico di medicina generale
  - infermiere che si occupa dell'assistenza

**n.b. il tempo di riferimento dell'item, se non altrimenti specificato, viene riferito alle ultime 24 ore**

## Le sezioni del Contact Assessment sono:

Sez.	Area di indagine
A	Informazioni generali
B	Dati personali
C	Screenener preliminare
D	Valutazione clinica parte I e II
E	Sommario parte I e II



## interRAI CA –sezione A

SEZIONE A. Informazioni generali	
<b>1. NOME DELLA PERSONA UTENTE</b>	
a. Cognome	_____
b. Nome	_____
<b>2. SESSO</b>	
1. Maschio	2. Femmina <input type="checkbox"/>
<b>3. DATA DI NASCITA</b>	
/ /	
<b>4. IDENTIFICATIVO SANITARIO</b>	
_____	
<b>5. INDIRIZZO</b>	
Via _____	
Città _____ (Prov.) _____	
CAP _____	
<b>6. PATENTE DI GUIDA</b>	
N° _____	
<b>7. RAZZA/ETNIA</b>	
a. Ispanica c. Asiatica d. Africana f. Caucasica z. Altra <input type="checkbox"/>	

## Sezione: A Informazioni generali

<b>9. LINGUA</b>	<input type="checkbox"/>
1. Inglese 2. Tedesco 3. Ceco 4. Olandese 5. Francese 6. Italiano 7. Spagnolo 8. Finlandese 9. Ebraico 10. Turco 11. Russo 12. Arabo 13. Aramaico 14. Yiddish 15. Altro	
<b>10. NECESSITA' DI UN INTERPRETE</b>	<input type="checkbox"/>
0. No      1. Sì	
<b>11. CAUSE CHE HANNO PORTATO ALLA VALUTAZIONE</b>	
<b>12. SOMMINISTRAZIONE DELLO STRUMENTO DI VALUTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/>
a. Luogo in cui viene effettuata la valutazione	
1. Comunità 2. Ospedale 3. Pronto Soccorso 4. Altro	

# interRAI CA –sezione B

## ACCETTAZIONE DA COMUNITA'/OSPEDALE

### SEZIONE B. Dati personali all'ingresso

*[Nota: da completare solo alla valutazione iniziale]*

#### 1. DATA DELLA VALUTAZIONE

<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giorno		Mese		2	0		
				Anno			

#### 2. DETTAGLIO CONSULENZE

a. Trattamenti prescritti che devono essere iniziati:

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 0 Non necessari    | 3 Da 24 a < 48 ore |
| 1 Oltre 72 ore     | 4 Da 12 a < 24 ore |
| 2 Da 48 a < 72 ore | 5 Entro 12 ore     |

a. Somministrazione di farmaci non via ev

b. Catetere endovesicale

c. Terapia ev

d. O2 terapia

e. Medicazione ulcera pressione

f. Altro (specificare) \_\_\_\_\_

b. Deve iniziare o proseguire trattamento riabilitativo

- |      |      |
|------|------|
| 0 No | 1 Sì |
|------|------|

c. Deve iniziare o proseguire terapia palliativa

- |      |      |
|------|------|
| 0 No | 1 Sì |
|------|------|

#### 3. NEL PERIODO DI TRATTAMENTO LA PERSONA ABITERÀ

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1 Sola                          |
| 2 Con il coniuge / partner soli |

- |   |
|---|
| 3 Con il coniuge / partner e altri              |
| 4 Con un figlio ma non con il coniuge / partner |
| 5 Con un genitore o tutore legale               |
| 6 Con fratelli / sorelle                        |
| 7 Con altri familiari                           |
| 8 Con altre persone, non familiari              |

#### 4. RESIDENZA NEL PERIODO DI TRATTAMENTO

*[Nota: i codici 4 e 6 non sono pertinenti nel caso di CA per l'Italia]*

- |  |
|--|
| 1 Casa di proprietà o in affitto               |
| 2 Casa privata con uso di servizi territoriali |
| 3 Residenza semiassistenziale                  |
| 5 Struttura per disabili                       |
| 7 Unità psichiatrica                           |
| 8 Senzatetto                                   |
| 9 Strutture per lungodegenza                   |
| 10 Unità riabilitativa                         |
| 11 Postacuzie                                  |
| 12 Hospice / unità di cure palliative          |
| 13 Ospedale per acuti                          |
| 14 Carcere                                     |
| 15 Altro                                       |

# interRAI CA –sezione C

SEZIONE C. Screener Preliminare	
<b>1. CAPACITA' COGNITIVE NEL PRENDERE LE DECISIONI</b> <i>Come la persona prende le decisioni circa l'organizzazione della giornata</i>	
0. Indipendente - decisioni sempre ragionevoli 1. Semi-indipendente o qualunque tipo di alterazione della dipendenza	<input type="checkbox"/>
<b>2. ADL</b> <i>identificare l'episodio di maggior dipendenza delle ultime 24 ore. Se le ADL non sono state compiute nelle ultime 24 ore codificare per il più recente episodio</i>	
0. Indipendente, o necessita di aiuto per iniziare l'attività 1. Supervisione, o ogni tipo di assistenza fisica	<input type="checkbox"/>
a. <b>Uso della vasca/doccia</b> - come persona esegue il trasferimento nella vasca/doccia e come viene lavata ogni parte del corpo: braccia e gambe, torace, addome, perineo [esclusi schiena e dei capelli].	<input type="checkbox"/>
b. <b>Igiene personale</b> – come cura l'igiene personale compreso pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, lavarsi/asciugarsi la faccia e le mani, farsi il bidet [escluso bagno e doccia]	<input type="checkbox"/>
c. <b>Vestire la parte inferiore del corpo</b> - Come indossa e esi toglie i vestiti della parte inferiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, cinture, scarpe, pantaloni, gonne, calzature e come si abbottona i vestiti	<input type="checkbox"/>
d. <b>Locomozione</b> – Come si sposta tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle)	<input type="checkbox"/>
<b>3. DISPNEA</b>	
0. Sintomo assente 1. Assente a riposo, ma presente per attività di modesta entità 2. Assente a riposo, ma presente con le normali attività quotidiane 3. Presente a riposo	<input type="checkbox"/>
<b>4. PERCEZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE</b> <i>Chiedere: In generale, che giudizio darebbe al suo stato di salute</i>	
0. Eccellente 1. Buono 2. Soddisfacente 3. Scarso 5. Non risponde	<input type="checkbox"/>

## Sezione: C Screener Preliminare

<b>5. INSTABILITA' DELLE CONDIZIONI</b>	
0. No 1. Si	
a. <b>Le condizioni fisiche o le patologie rendono il quadro cognitivo, le ADL, l'umore, i rapporti sociali instabili (variabili, precari o deteriorati)?</b>	<input type="checkbox"/>
b. <b>Insorgenza di un episodio acuto o di un'esacerbazione di un problema cronico o ricorrente</b>	<input type="checkbox"/>
<i>Nota. Se qualunque tra: C1=1 C2=(a-d)01 C3= 2 o 3 C4=3 o 5 C5a=1 completare le sezioni D ed E, altrimenti andare all'item c6</i>	

## interRAI CA –sezione

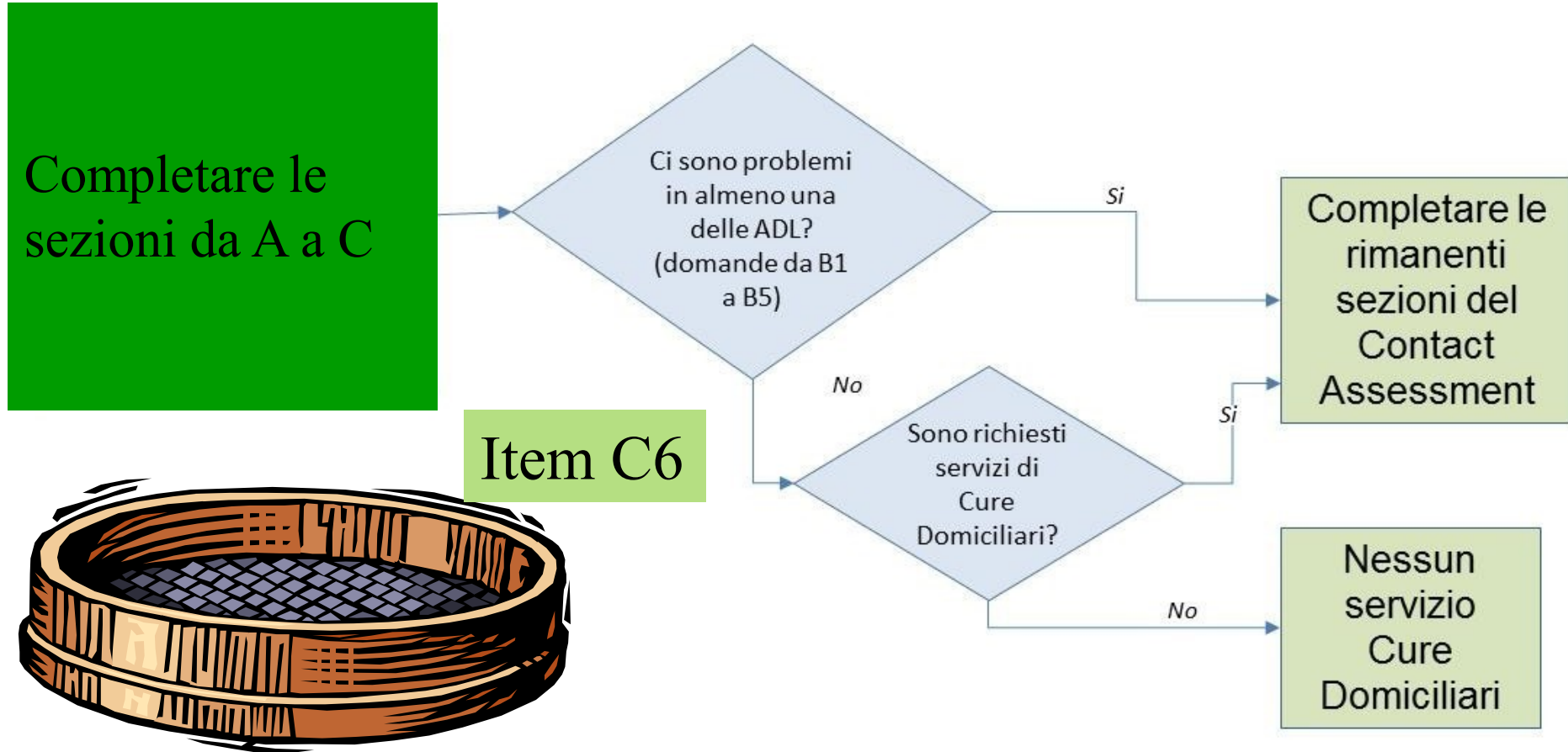
SEZIONE C. Screener Preliminare	
<b>1. CAPACITA' COGNITIVE NEL PRENDERE LE DECISIONI</b> <i>Come la persona prende le decisioni circa l'organizzazione della giornata</i>	
0. Indipendente - decisioni sempre ragionevoli	<input type="checkbox"/>
1. Semi-indipendente o qualunque tipo di alterazione della dipendenza	<input type="checkbox"/>
<b>2. ADL</b> <i>identificare l'episodio di maggior dipendenza delle ultime 24 ore. Se le ADL non sono state compiute nelle ultime 24 ore codificare per il più recente episodio</i>	
0. Indipendente, o necessita di aiuto per iniziare l'attività	<input type="checkbox"/>
1. Supervisione, o ogni tipo di assistenza fisica	<input type="checkbox"/>
a. <b>Uso della vasca/doccia</b> - come persona esegue il trasferimento nella vasca/doccia e come viene lavata ogni parte del corpo: braccia e gambe, torace, addome, perineo [esclusi schiena e dei capelli].	<input type="checkbox"/>
b. <b>Igiene personale</b> – come cura l'igiene personale compreso pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, lavarsi/asciugarsi la faccia e le mani, farsi il bidet [escluso bagno e doccia]	<input type="checkbox"/>
c. <b>Vestire la parte inferiore del corpo</b> - Come indossa e esi toglie i vestiti della parte inferiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, cinture, scarpe, pantaloni, gonne, calzature e come si abbottona i vestiti	<input type="checkbox"/>
d. <b>Locomozione</b> – Come si sposta tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle)	<input type="checkbox"/>
<b>3. DISPNEA</b>	
0. Sintomo assente	<input type="checkbox"/>
1. Assente a riposo, ma presente per attività di modesta entità	<input type="checkbox"/>
2. Assente a riposo, ma presente con le normali attività quotidiane	<input type="checkbox"/>
3. Presente a riposo	<input type="checkbox"/>
<b>4. PERCEZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE</b> <i>Chiedere: In generale, che giudizio darebbe al suo stato di salute</i>	
0. Eccellente	<input type="checkbox"/>
1. Buono	<input type="checkbox"/>
2. Soddisfacente	<input type="checkbox"/>
3. Scarso	<input type="checkbox"/>
8. Non risponde	<input type="checkbox"/>

# Algoritmo di autonomia funzionale (indice di autovalutazione)

Già alla sezione C se non vi sono problemi si potrebbe chiudere la scheda

<b>5. INSTABILITA' DELLE CONDIZIONI</b>	
0. No	1. Si
a. <b>Le condizioni fisiche o le patologie rendono il quadro cognitivo, le ADL, l'umore, i rapporti sociali instabili (variabili, precari o deteriorati)?</b>	<input type="checkbox"/>
b. <b>Insorgenza di un episodio acuto o di un'esacerbazione di un problema cronico o ricorrente</b>	<input type="checkbox"/>
<i>Nota. Se qualunque tra:</i> C1=1 C2=(a-d)/01 C3= 2 o 3 C4=3 o 8 C5a=1 completare le sezioni D ed E, altrimenti andare all'item c6	

# Contact Assessment Flow



**Attenzione!!!...non solo numeri**

**interRAI-CA**

**«L'operatore impiega il giudizio clinico per quanto riguarda la decisione se il processo di valutazione deve essere proseguito oltre la sezione C»**





## interRAI CA –sezione D

segue

<b>8. FREQUENZA DEI PROBLEMI</b> 0. Non presente 1. Presente ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni 2. Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni 3. Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni 4. Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	<input type="checkbox"/>
a. Vertigini	<input type="checkbox"/>
b. Dolore toracico	<input type="checkbox"/>
c. Edema periferico	<input type="checkbox"/>
<b>9. DOLORE</b> <i>(Nota – chiedere sempre alla persona la presenza, l'intensità e il controllo del dolore; osservare la persona utente e chiedere a coloro che lo assistono)</i>	
a. <b>Frequenza con cui la persona lamenta o mostra segni di dolore</b> (includendo smorfie, digrignare i denti, reazioni di difesa quando toccato o altri segni non verbali che suggeriscono dolore) 0. Non presente 1. Presente ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni 2. Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni 3. Manifestatosi quotidianamente negli ultimi 3 giorni	<input type="checkbox"/>
b. <b>Intensità del dolore</b> (CODIFICA per il livello più alto d'intensità) 0. Nessun dolore 1. Intensità lieve 2. Intensità moderata 3. Intensità severa 4. A volte il dolore è terribile e insopportabile	<input type="checkbox"/>

## Sezione: D Valutazione clinica (Parte I)

Il dolore se riferito è sempre da considerare «valido» anche nei soggetti in cui il deterioramento cognitivo potrebbe indurre a ipotizzare una minore o diversa capacità di sentirlo

Scala Numerica

Scala Analogico Visiva

Scala emoticon

Scala non verbale ( fare smorfie, aggrottare le sopracciglia reagire all'essere toccati,etc..)

PANAID

*Scala dei pregressi scenari di vita*

SEZIONE D. Valutazione clinica (Parte II)	
<b>10. FUMATORE ABITUALE</b>	
0. No 1. Non negli ultimi 3 giorni, ma è un fumatore abituale 2. Sì	<input type="checkbox"/>
<b>11. STATO NUTRIZIONALE</b>	
0. No                      1. Sì	<input type="checkbox"/>
a. Negli ultimi 3 giorni si è potuta notare una riduzione dell'introito calorico quotidiano o una riduzione dell'assunzione idrica?	<input type="checkbox"/>
b. Perdita di peso del 5% o più negli ULTIMI 30 GIORNI, o del 10% o più negli ULTIMI 180 GIORNI?	<input type="checkbox"/>
c. Utilizzo di diete speciali?	<input type="checkbox"/>
<b>12. PRESENZA DI ULCERA DA PRESSIONE</b>	
0. Nessuna ulcera da pressione 1. qualunque area di arrossamento cutaneo persistente 2. Qualunque alterazione dell'integrità cutanea (perdita parziale degli strati cutanei, profondi crateri nella cute, perdita a tutto spessore della cute e sottocute con esposizione del tessuto muscolare o osseo, escara necrotica)	<input type="checkbox"/>
<b>13. PROBLEMI CUTANEI MAGGIORI</b>	
<i>Ad es., lesioni, ustioni di secondo o terzo grado, ferita chirurgica in via di guarigione</i>	
0. No                      1. Sì	<input type="checkbox"/>
<b>14. TRAUMI</b>	
<i>Ad es., fratture, traumi della strada</i>	
0. No                      1. Sì	<input type="checkbox"/>
<b>15. TRATTAMENTI</b>	
<i>trattamenti ricevuti o programmati negli ultimi tre giorni</i>	
0. Non effettuati, non previsti 1. Previsti, non effettuati 2. Effettuati in 1-2 degli ultimi tre giorni 3. Effettuati quotidianamente negli ultimi tre giorni	<input type="checkbox"/>
a. Catetere endovesicale	<input type="checkbox"/>
b. Terapia ev	<input type="checkbox"/>
c. Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/>
d. Medicazioni delle ferite	<input type="checkbox"/>

## Sezione: D

### Valutazione clinica (Parte II)

<b>16. TEMPO TRASCORSO DALL'ULTIMA OSPEDALIZZAZIONE</b>					
<i>indicare il più recente ricovero ospedaliero negli ultimi 90 giorni</i>					
0. Nessuna ospedalizzazione negli ultimi 90 gg 1. 31-90 giorni fa 2. 15-30 giorni fa 3. 8-14 giorni fa 4. Negli ultimi 7 giorni 5. Attualmente in ospedale	<input type="checkbox"/>				
<b>17. UTILIZZO DEL PRONTO SOCCORSO</b>					
<i>inserire il numero di visite effettuate in Pronto Soccorso negli ultimi 90 giorni (non considerare il numero totale di notti trascorse)</i>					
<input type="checkbox"/>					
<b>18. INTERVENTI CHIRURGICI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI</b>					
0. No                      1. Sì	<input type="checkbox"/>				
<b>19. DUE CAREGIVER INFORMALI PRINCIPALI</b>					
<b>a. Relazione con la persona</b>					
1. Figlio o nuora/genero 2. Coniuge 3. Partner 4. Genitore/tutore legale 5. Fratello 6. Altro familiare 7. Amico 8. Vicino 9. Nessun caregiver informale	<table border="1"> <tr> <td>(1) Principale</td> <td>(2) Secondario</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	(1) Principale	(2) Secondario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Principale	(2) Secondario				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>b. Vive con la persona utente</b>					
0. No 1. Sì, da 6 mesi o meno 2. Sì, da più di 6 mesi 8. Nessun caregiver informale	<input type="checkbox"/>				
<b>20. CONDIZIONI DI CHI PRESTA L'ASSISTENZA</b>					
0. No                      1. Sì	<input type="checkbox"/>				
a. Il caregiver informale principale manifesta segni di stanchezza, rabbia, depressione					
<input type="checkbox"/>					
b. Familiari / amici stretti riferiscono sensazione di sopraffazione derivante dalla malattia della persona					
<input type="checkbox"/>					

## interRAI CA –sezione

Sezione: E  
Sommaro (Parte I)

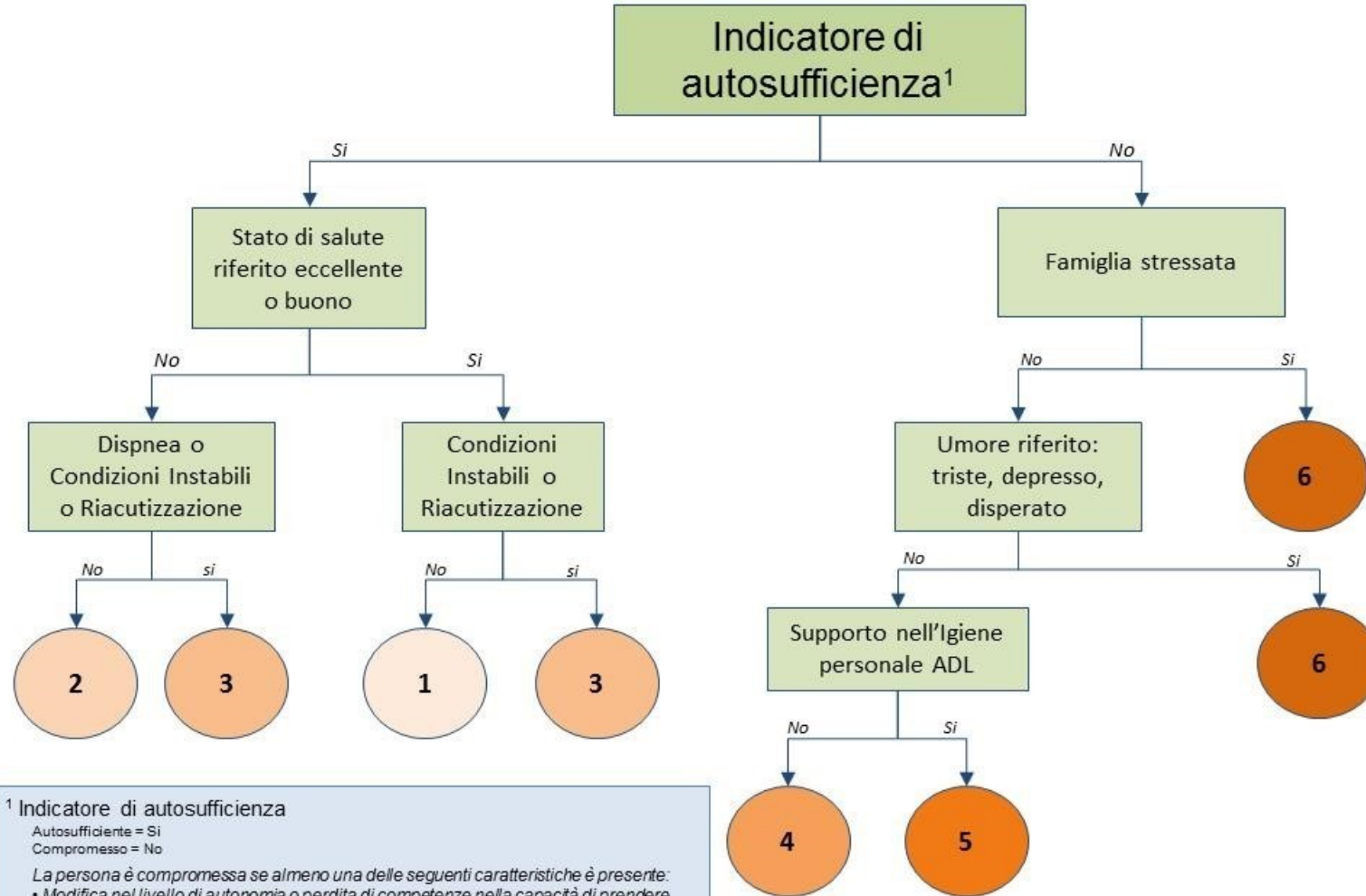
SEZIONE E. Sommaro (Parte I)	
<b>1. ALGORITMO</b>	
<i>Scrivere il punteggio ottenuto per ciascuno dei seguenti</i>	
a. <b>Necessità urgente di una valutazione</b>	<input type="text"/>
b. <b>Necessità urgente di servizi</b>	<input type="text"/>
c. <b>Riabilitazione</b>	<input type="text"/>
<b>2. SERVIZI RICHIESTI PER QUESTA PERSONA</b>	
0. No	1. Sì
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>3. DURATA PREVISTA DELLA PRESA IN CARICO</b>	
0. 0 -14 giorni	
1. 15 - 60 giorni	
2. 61 o più giorni	<input type="text"/>
<b>4. NECESSITA' DI SERVIZI A BREVE TERMINE</b>	
0. No	1. Sì
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>5. URGENZA DELLA VALUTAZIONE</b>	
<i>(Tempo entro il quale programmare una valutazione completa)</i>	
0. Non richiesta	
1. Più di 14 giorni	
2. 8 -14 giorni	
3. 4 -7 giorni	
4. 1 -3 giorni	
5. Stesso giorno	<input type="text"/>

<b>6. URGENZA DEI SERVIZI RICHIESTI</b>	
0. Non necessari	
1. 72 o più ore	
2. 48 - 72 ore	
3. 24 - 48 ore	
4. 12 - 24 ore	
5. meno di 12 ore	
a. <b>Infermieristici</b>	<input type="text"/>
b. <b>Assistenza domestica</b>	<input type="text"/>
c. <b>Riabilitativi</b>	<input type="text"/>
d. <b>Terapia occupazionale</b>	<input type="text"/>
e. <b>Nutrizionali</b>	<input type="text"/>
f. <b>Analisi di laboratorio e supporto strumentale</b>	<input type="text"/>
g. <b>Medico specialistici</b>	<input type="text"/>
h. <b>Sociali</b>	<input type="text"/>
i. <b>Logopedia</b>	<input type="text"/>
j. <b>Altro: &lt;segnalibro&gt; &lt;descr. altro&gt;</b>	<input type="text"/>
<b>7. TIPOLOGIA DI PAZIENTE</b>	
1. Acuto	
2. Terminale	
3. Riabilitativo	
4. Lungodegente	
5. Mantenimento	
6. Non categorizzabile	<input type="text"/>

## Esiti interRAI CA

- **Un algoritmo suggerisce l'urgenza con cui occorre procedere ad una VMD formale e completa**
- **Altri algoritmi aiutano a distinguere i pazienti per bisogni prioritari:**
  - **medico/assistenziali urgenti**
  - **long-term care (ADI-RSA)**
  - **riabilitazione**

# interRAI CA – Urgenza valutazione di secondo livello



## ¹ Indicatore di autosufficienza

Autosufficiente = Si  
Compromesso = No

La persona è compromessa se almeno una delle seguenti caratteristiche è presente:

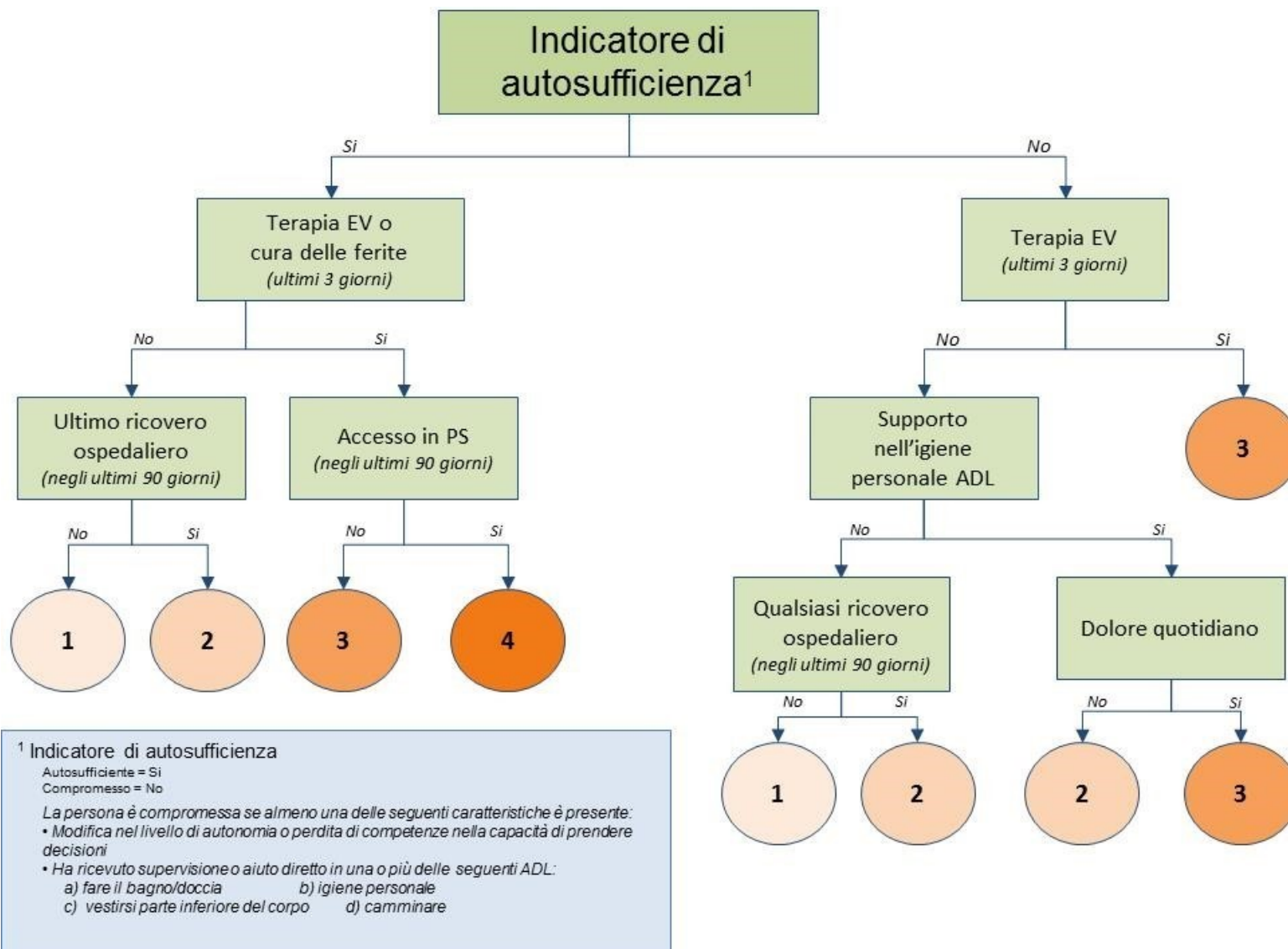
- Modifica nel livello di autonomia o perdita di competenze nella capacità di prendere decisioni

- Ha ricevuto supervisione o aiuto diretto in una o più delle seguenti ADL:
  - a) fare il bagno/doccia
  - b) igiene personale
  - c) vestirsi parte inferiore del corpo
  - d) camminare

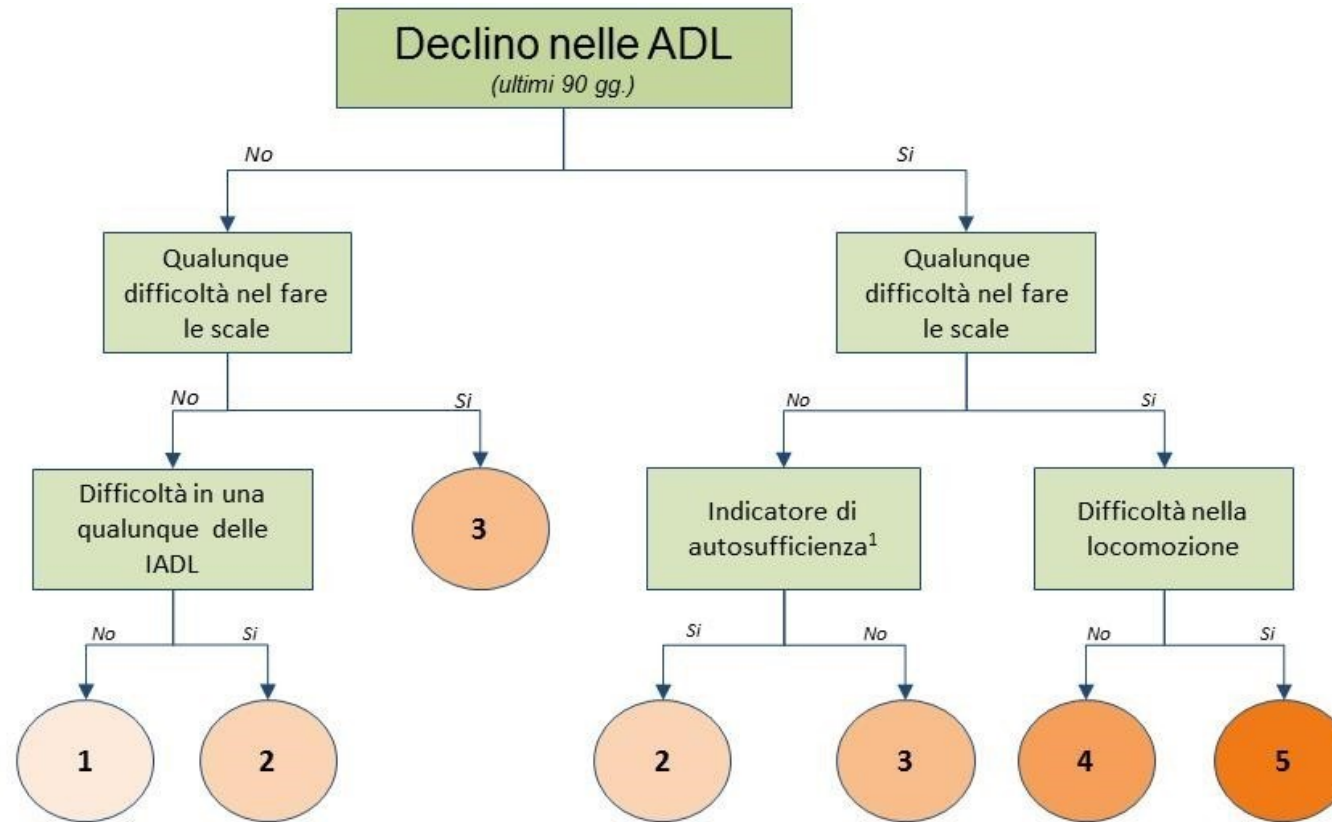
Legenda:  
1= meno urgente; 6 = molto urgente



# interRAI CA – Urgenza attivazione servizi



# interRAI CA – Priorità attivazione riabilitazione



## <sup>1</sup> Indicatore di autosufficienza

Autosufficiente = Si  
Compromesso = No

La persona è compromessa se almeno una delle seguenti caratteristiche è presente:

- Modifica nel livello di autonomia o perdita di competenze nella capacità di prendere decisioni

• Ha ricevuto supervisione o aiuto diretto in una o più delle seguenti ADL:

- |                                       |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
| a) fare il bagno/doccia               | b) igiene personale |
| c) vestirsi parte inferiore del corpo | d) camminare        |

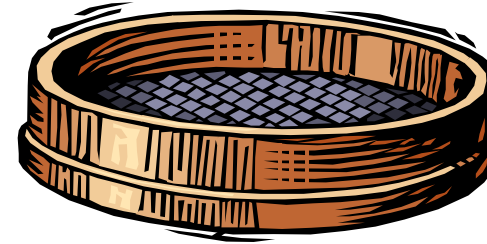
Legenda:

1= meno urgente; 5 = molto urgente

# In conclusione

IL CONTACT ASSESSMENT a nostro avviso è lo strumento ideale per una valutazione di I livello , di screening in quanto ha come caratteristiche il fatto di

- Essere snello
- Avere una alta sensibilità



Non è un surrogato della valutazione multidimensionale, ma vuole essere un ausilio per la selezione ed avvio all'approfondimento dei casi per i quali è immaginabile l'erogazione di servizi

*E offre l'opportunità di stabilire le priorità di intervento e il setting assistenziale più appropriato*



Grazie per l'attenzione