



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 25/01/2008

=====

ADDI' 25/01/2008 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniele	Assessore
		Vice			
POMPILI	Massimo	Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELO	Enric	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COPPOTELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUP'

***** OMISSIS

ASSENTI: POMPILI - DE ANGELIS - DI STEFANO - FICHERA - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 40

Oggetto:

Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale.



Oggetto: "Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale."

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità e del Presidente della Regione;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 "Nuovo Statuto della Regione Lazio";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente "l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il DPR 14.1.1997 con il quale viene approvato l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie;

VISTA la legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali";

VISTO il DPR 14 Febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTO il DPCM 29 Novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

CONSIDERATO che, con D.M. 12 aprile 2002 "Ospedalizzazione domiciliare" il Ministero della Salute ha fissato le linee di indirizzo per le attività domiciliari ad elevato impegno assistenziale;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 "Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano



per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005" che dichiara "*.omissis.* Un buon modello organizzativo territoriale deve garantire, attraverso una funzione stabile di raccordo strutturata a livello distrettuale, la gestione integrata della rete dei servizi finalizzata alla presa in carico globale della persona. La presa in carico da parte della rete è garantita da una valutazione multidisciplinare....La funzione di raccordo consentirà di coordinare le varie tipologie di assistenza sanitaria e socio-sanitaria...";

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311";

VISTI gli Accordi Stato-Regioni del:

- 29 luglio 2004 "Accordo fra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l'anno 2004 per l'elaborazione degli specifici progetti ai sensi dell'articolo 1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle cinque linee prioritarie individuate dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 (rep. atti n. 1812), ai fini dell'assegnazione delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662" che alla Priorità 3 – Rete integrata dei servizi sanitari e sociali – dichiara: "...Fermo restando l'autonomia delle singole Regioni rispetto ai propri modelli organizzativi del Servizio Sanitario regionale, l'attivazione di collegamenti a rete dei servizi presenti sul territorio, la valutazione multidimensionale e multidisciplinare sono gli strumenti indispensabili per sviluppare un'assistenza di qualità alle persone non autosufficienti e ai soggetti affetti da patologie croniche. Strategica è in tal senso l'attivazione di un coordinamento tra strutture sanitarie presenti sul territorio a diverse intensità di diagnosi e cura per garantire che il paziente cronico venga preso in carico e gestito così da ottenere in ogni momento la prestazione più appropriata, nel luogo più appropriato...";
- 9 febbraio 2006 "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sugli indirizzi progettuali per le Regioni, per l'anno 2005, per la realizzazione degli



specifici progetti, elaborati ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle cinque linee prioritarie di cui all'accordo del 24 luglio 2003" che alla Priorità 2 - Cure Primarie - dell'Allegato A enuncia "...la costituzione delle UTAP, strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone...in favore di forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini..";

- 29 marzo 2007 "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario nazionale 2006-2008" che nell'Allegato A al punto 2 "Riorganizzare le cure primarie" dichiara "...occorre:garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza...garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi ...";
- 1 agosto 2007 "Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2007";

VISTA la Legge Regionale n. 80 del 02.12.1988 "Norme per l'assistenza domiciliare" istitutiva del servizio di assistenza sanitaria domiciliare;

VISTA la L.R. n. 4 del 28 Aprile 2006 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2006 (art. 11 legge regionale 20 Novembre 2001, n. 25)";



40 25 GEN. 2008 *ly*

- VISTA** la Legge Regionale n. 4 del 30 marzo 2003 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTA** la DGR n. 424 del 14/07/2006, "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 - Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni ed all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";
- VISTA** la DGR del 03/08/2006 n. 500 "Piano di utilizzazione biennale 2006-2007 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi socioassistenziali. Approvazione documento concernente 'Linee Guida ai Comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali';
- VISTA** la DGR del 31.07.2007 n. 601 "Art. 4 della L.R. 20/2006: Fondo regionale per la non autosufficienza: Criteri e modalità per la ripartizione delle risorse del fondo ed indirizzi della Regione per la realizzazione degli interventi e dei servizi per le persone non autosufficienti. Approvazione delle linee guida per l'utilizzazione delle risorse.
- VISTO** il Regolamento Regionale n. 2 del 26/01/2007 "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lettera b), della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni";
- VISTA** la Deliberazione del Consiglio Regionale del 29 novembre 1989, n.1020 "Indirizzi e direttive alle unità sanitarie locali per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge regionale 2 dicembre 1988, n.80, contenente gli strumenti tecnici e metodologici da adottare, nonché lo schema tipo di convenzione;
- VISTA** la DGR del 6 maggio 1997, n.2499 "Primi provvedimenti per la realizzazione nel Lazio delle Residenze Sanitarie Assistenziali. Leggi regionali 41/93, 55/93 e regolamento regionale 6/9/1994, n. 1";
- VISTA** la DGR del 16 dicembre 1997, n.7878 "Linee guida per l'organizzazione ed il potenziamento dei servizi distrettuali di Assistenza Domiciliare";



VISTA la DGR del 17 luglio 2001, n.1042 "Integrazione socio-sanitaria. Approvazione direttiva e istituzione gruppo di lavoro permanente.";

VISTA la DGR del 21 dicembre 2001, n.1988 "Primi provvedimenti per la realizzazione nel Lazio delle residenze sanitarie assistenziali";

VISTA la DGR. del 21 dicembre 2001 n. 2031 "Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio. Sperimentazione di un modello organizzativo e relative tariffe";

VISTA la DGR 12 luglio 2002 n. 920 "Regolamentazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) nel Lazio";

VISTO il "Progetto Mattoni SSN - Prestazioni residenziali e semiresidenziali" - Ministero della Salute - 2007;

VISTA la DGR del 20 febbraio 2007, n.98 "Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio. Rimodulazione diaria giornaliera R.S.A.";

VISTO il piano di rientro di cui all'articolo 1 comma 180 della legge 311/2004 approvato dalla giunta regionale nella seduta del 12 Febbraio 2007 con DGR n. 66 e modificato nella seduta del 6 Marzo 2007 con DGR n. 149;

VISTA la DGR. del 19.6.2007 n. 433 "Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio.";

VISTE le Linee Guida in materia di valutazione multidimensionale del Ministero della Salute del 14/09/2007 che raccomandano, alle Regioni impegnate nei Piani di rientro e che hanno l'esigenza, nel breve periodo, di implementare rapidamente il processo di diffusione operativa della scheda di valutazione multidimensionale;

CONSIDERATO che le stesse linee guida indicano l'utilizzo di strumenti di semplice implementabilità, privilegiando quelli che, prendendo in considerazione i quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) sono stati giudicati comparabili nel Progetto Mattone n. 12 "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali";



40 25 GEN. 2008 *uy*

TENUTO CONTO che i risultati conclusivi del citato Progetto Mattone n. 12 “Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali” hanno indicato tra gli strumenti di valutazione considerati la scheda RUG come utile per la creazione del nuovo flusso informativo nazionale Flusso Assistenza Residenziale (FAR – Residenzialità anziani);

CONSIDERATO che nel citato documento conclusivo del Progetto Mattone n. 12 “Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali” si auspica l’adozione della scheda RUG, per le Regioni che non hanno ancora avviato la implementazione di uno degli strumenti indicati, in quanto strumento con una solida base di documentazione scientifica, validato su scala nazionale ed internazionale e costruito su una base dati estendibile ad altre tipologie di prestazioni residenziali domiciliari e di post-acuzie;

RITENUTO che la valutazione, utilizzabile in diversi contesti assistenziali, può essere distinta in livelli di approfondimento crescente in funzione delle finalità e che lo strumento di valutazione da adottare dovrà garantire omogeneità di linguaggio e criteri di valutazione uniformi per l’intero territorio regionale;

RITENUTO che lo strumento da adottare, scelto sulla base delle caratteristiche relative alla validazione scientifica, alla completezza delle dimensioni indagate, alla chiarezza nella formulazione dei quesiti, alla modularità e flessibilità di impiego nelle sue componenti, della capacità di individuare il carico assistenziale, dovrà offrire l’opportunità di essere utilizzato sia nella valutazione di primo livello dal singolo operatore che, da parte dell’UV, per la valutazione di secondo livello;

CONSIDERATO che nella Regione Lazio sono attualmente utilizzati diversi strumenti per la valutazione multidimensionale relativamente ai diversi ambiti assistenziali, alcuni di questi già individuati attraverso specifici atti deliberativi (GERONTE, MMSE, ADL, IADL, GDS,) altri in uso da parte di singole realtà locali (VAOR-ADI, SVIP), come rilevato da ricognizione operata da Lazio Sanità ASP nell’ambito del progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 per il 2003 “La condizione dell’anziano non autosufficiente - Analisi comparativa della tutela e delle potenziali prospettive”;



RITENUTA particolarmente interessante l'esperienza derivante dall'applicazione di strumenti del gruppo InterRai (es. MDS - VAOR) le cui caratteristiche tecniche ed operative, appaiono rispondere ai requisiti sopra menzionati e offrono l'opportunità di valutare, oltre che le dimensioni cliniche, economico sociali, funzionali, attraverso l'utilizzo di algoritmi predefiniti, anche il peso assistenziale e il relativo assorbimento di risorse con la produzione dei RUG (Resource Utilization Groups);

CONSIDERATO che il RUG è parte essenziale del MDS InterRai, sistema di valutazione multidimensionale che consente la programmazione dell'assistenza e costituisce una piattaforma informativa comune ai sistemi residenziali, di post-acuzie (MDS-LTCF), domiciliari (MDS-HC), psichiatrici (MDS-MH e CMH), cure palliative (MDS-PC), ma offre anche l'opportunità, attraverso strumenti brevi, di effettuare semplici screening della "fragilità" (CONTACT ASSESSMENT - SCREENER) facilitando ed orientando le scelte assistenziali da praticare;

CONSIDERATO che il citato documento conclusivo del progetto Mattoni auspica che, a completamento del sistema RUG, venga previsto l'utilizzo completo del sistema MDS nella forma VAOR- RSA, messo a disposizione gratuitamente del Ministero della Salute dalla società INTERRAI titolare del Copyright e che l'intera Suite degli strumenti InterRai è messa a disposizione gratuitamente per gli utilizzatori pubblici previo accordo formale da siglare con la suddetta organizzazione internazionale;

RILEVATO che attualmente il sistema RUG oltre ad essere utilizzato negli Stati Uniti ed in Canada come strumento ufficiale di rilevazione del case-mix e di remunerazione delle Nursing Homes è stato validato in Italia ed è attualmente in uso nelle Regioni Marche, Umbria, Emilia Romagna, Abruzzo e ne esiste una versione già informatizzata disponibile gratuitamente;

RITENUTO di dover sperimentare per 12 mesi la scheda RUG per la regione Lazio per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti semiresidenziale e residenziale prevedendo eventuali schede integrative che si rendessero necessarie per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse economiche anche tramite l'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);



L40 25 GEN. 2008 *llg*

RITENUTO di rinviare ad atti successivi l'individuazione di strumenti al momento non inclusi nella Suite InterRai eventualmente necessari per la valutazione dei bisogni assistenziali di altri tipi di pazienti non autosufficienti e di soggetti fragili;

RITENUTO che ciascun distretto dovrà essere dotato di una funzione di valutazione, flessibile e modulare, da intendersi non solo quale strumento per procedure burocratico – amministrative ma anche per la condivisione dei progetti e dei percorsi assistenziali e per l'integrazione sociosanitaria e che tale funzione potrà essere svolta ad un primo livello presso il Punto Unico d'Accesso (PUA) e ad un secondo livello nelle Unità Valutative anche da più équipes a seconda delle necessità e caratteristiche territoriali del singolo distretto e delle necessità assistenziali prevalenti;

RITENUTO di dover procedere in modo progressivo alla armonizzare del processo di valutazione, favorendo la transizione dagli strumenti e dagli eventuali softwares locali fino ad oggi utilizzati verso gli strumenti della Suite InterRai, sostenendo il cambiamento con opportuni percorsi formativi, così come previsto all'interno del piano formativo previsto a supporto degli interventi del piano di rientro, assicurando la omogeneizzazione delle procedure, valorizzando i punti di eccellenza presenti in regione e avvalendosi di una metodologia di formazione di formatori per assicurare una rapida implementazione a cascata delle innovazioni;

RITENUTO di dover mantenere la funzione valutativa di secondo livello per l'ammissione ai servizi domiciliari e residenziali alle Unità Valutative Territoriali dei Centri di Assistenza Domiciliare che continueranno a svolgere la loro attività introducendo l'eventuale uso degli ulteriori strumenti adottati in funzione della disponibilità degli stessi e della implementazione del necessario percorso formativo a sostegno del cambiamento;

PRESO ATTO che la presente deliberazione corrisponde nelle forme e nei contenuti alle indicazioni prescritte dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze nella giusta apposita nota del 4 gennaio 2008 prot 6-A, All. 4 della presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante;

RITENUTO che il presente atto non è soggetto a concertazione con le parti sociali;

All'unanimità



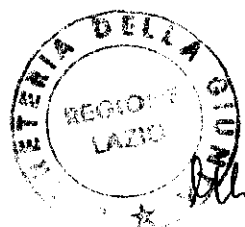
8

40 25 GEN. 2008 *ly*

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente richiamate:

DELIBERA

1. di adottare a titolo sperimentale per 12 mesi dalla approvazione della presente delibera la scheda RUG quale strumento di valutazione multidimensionale per la regione Lazio per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti semiresidenziale e residenziale, prevedendo eventuali schede integrative che si rendessero necessarie per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse economiche anche tramite l'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
2. di stabilire che le informazioni derivanti dall'utilizzo della scheda RUG, eventualmente integrate con i dati sui bisogni sociali e delle risorse economiche, dovranno costituire la base per il debito informativo per le Residenze Sanitarie Assistenziali e le Residenze Protette, per alimentare il nuovo flusso informativo nazionale "Flusso Assistenza Residenziale" secondo le indicazioni scaturite dal Progetto Mattone n. 12 "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali";
3. di disporre che i DD.GG delle Aziende Sanitarie Locali attraverso atti deliberativi dedicati riportino all'interno delle programmazioni aziendali la metodologia della Valutazione Multidimensionale e l'utilizzo della scheda RUG quale strumento multidimensionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti semiresidenziale e residenziale così come approvato;
4. di affidare alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro, che si avvarrà delle competenze tecniche di Laziosanità - ASP, il compito di supportare e monitorare l'avvio della sperimentazione della scheda RUG presso le Aziende Sanitarie Locali e le strutture residenziali della regione;
5. di rinviare ad atti successivi l'individuazione di strumenti al momento non inclusi nella Suite InterRai eventualmente necessari per la valutazione dei bisogni assistenziali di altri tipi di pazienti non autosufficienti e di soggetti fragili;
6. di dare avvio ad uno specifico percorso formativo per la implementazione della



9

nuova metodologia valutativa nell'ambito del piano formativo predisposto da Laziosanità-ASP per accompagnare i provvedimenti previsti da piano di rientro entro 90 gg dalla presente delibera;

7. di approvare i documenti tecnici allegati "Valutazione Multidimensionale" (All. 1), Scheda RUG (All. 2) e "Sistema RUG - Manuale per la compilazione della Scheda di Valutazione" (All. 3), che fanno parte integrante della presente Delibera nel testo concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, giusta apposita nota del 4 gennaio 2008 prot 6-A, parte integrante del presente provvedimento (All. n. 4);
8. di rinviare a provvedimenti successivi l'avvio dei processi di informatizzazione della funzione di valutazione;
9. il presente atto verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

5)
Allegato 1



C:\Documents and Settings\gerosa\Desl

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

Allegato 2



C:\Documents and Settings\gerosa\Desl

Allegato 3



C:\Documents and Settings\gerosa\Desl

Allegato 4



C:\Documents and Settings\gerosa\Desl



ALLEGATO TECNICO n°1

Valutazione Multidimensionale



1. Adozione della VMD e la sua collocazione nel modello dei servizi vigente nella regione

Il principio della valutazione multidimensionale (VMD) trova un suo primo riferimento nel Progetto obiettivo *Tutela della salute degli anziani*, dove si suggerisce la necessità di un “approccio globale” ai problemi della condizione anziana; inoltre il Piano sanitario nazionale 2001-2003 introduce la VMD per le dimissioni ospedaliere delle persone anziane. Il principio della VMD viene sancito in modo esplicito dal DPCM 14 febbraio 2001, dove all’articolo 4 comma 3 si dichiara: “per favorire l’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie, l’erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno”. Richiami all’utilizzo della VMD sono anche negli accordi Stato-Regioni dell’ 1/7/2004 e del 9/02/06 e nel Piano di rientro approvato con la DGR n. 149 del 6/03/2007.

La definizione di VMD è di “processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l’entità dei problemi di carattere *fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona*”. La Valutazione multidimensionale (VMD) è dunque un approccio che integra le diverse aree tematiche fondamentali che caratterizzano la condizione di soggetti portatori di patologie croniche con livelli medi o gravi di non autosufficienza.

La valutazione, utilizzabile in diversi contesti assistenziali, può essere distinta in livelli di approfondimento crescente in funzione delle finalità.

Risulta dunque prioritario implementare ed omogeneizzare anche nel territorio della Regione Lazio l’approccio VMD.

Lo strumento di valutazione dovrà garantire omogeneità di linguaggio e criteri di valutazione uniformi per l’intero territorio regionale. Tale strumento, scelto sulla base

Il presente allegato
si compone di n. 7 pagine





delle caratteristiche relative alla validazione scientifica, alla completezza delle dimensioni indagate, alla chiarezza nella formulazione dei quesiti, alla modularità e flessibilità di impiego nelle sue componenti, della capacità di individuare il carico assistenziale, potrà essere utilizzato presso il Punto Unico di Accesso (PUA) per la valutazione di primo livello e, nell'ambito dell'UV, per la valutazione di secondo livello da parte di équipes multidisciplinari. Ciascun distretto dovrà essere dotato di una funzione di valutazione, flessibile e modulare, da intendersi non solo quale strumento per procedure burocratico – amministrative ma anche per la condivisione dei progetti e dei percorsi assistenziali e per l'integrazione sociosanitaria. Tale funzione potrà essere svolta da più équipes a seconda delle necessità e caratteristiche territoriali del singolo distretto e delle necessità assistenziali prevalenti.

Nella Regione Lazio sono attualmente utilizzati diversi strumenti per la valutazione multidimensionale relativamente ai diversi ambiti assistenziali; alcuni di questi sono già stati individuati attraverso specifici atti deliberativi (GERONTE, MMSE, ADL, IADL, GDS), altri sono in uso da parte di singole realtà locali (VAOR-ADI, SVIP), come rilevato da ricognizione operata da Laziosanità - ASP nell'ambito del progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 per il 2003 "La condizione dell'anziano non autosufficiente - Analisi comparativa della tutela e delle potenziali prospettive". Tra questi, particolarmente interessante si è rivelata l'esperienza derivante dall'applicazione di strumenti del gruppo InterRai (es. VAOR-ADI). Le caratteristiche tecniche ed operative di tali strumenti, che presentano un set minimo di items comuni, appaiono rispondere ai requisiti sopra menzionati e offrono l'opportunità di valutare, oltre che le dimensioni cliniche, economico sociali, funzionali, attraverso l'utilizzo di algoritmi predefiniti, anche il peso assistenziale e il relativo assorbimento di risorse con la produzione dei RUG (Resource Utilization Groups).

In campo internazionale gli Stati che per primi hanno registrato lo sviluppo dei sistemi residenziali si sono posti da tempo il problema della classificazione delle prestazioni. Negli Stati Uniti esperienze di questo tipo hanno cominciato a maturare già negli anni '70, con alcuni tentativi di sistematizzazione dei flussi informativi. Negli anni '80, su



mandato del Medicare, un gruppo di studiosi ha iniziato lo sviluppo del sistema RUG (Resource Utilization Groups), che attraverso diverse evoluzioni (RUG II, RUG T-18, RUG III) è giunto alla attuale formulazione che individua 7 classi di assistenza, declinabili in 44 gruppi isorisorse (Fries 1985, 1989, 1994, Schneider 1989).

Il RUG è parte essenziale del MDS InterRai, sistema di valutazione multidimensionale che consente la programmazione dell'assistenza e costituisce una piattaforma informativa comune ai sistemi residenziali, di post-acuzie (MDS-LTCF), domiciliari (MDS-HC), psichiatrici (MDS-MH e CMH) e di cure palliative (MDS-PC) (Morris 1990, Hawes 1997). Attualmente il sistema RUG è utilizzato negli Stati Uniti ed in Canada come strumento ufficiale di rilevazione del case-mix e di remunerazione delle Nursing Homes. Il RUG è stato validato ed è in corso di implementazione, oltre che in Italia, in Svizzera, Norvegia, Spagna, Germania, Gran Bretagna, Repubblica Ceca, Islanda, Finlandia e Giappone (Ljunggren 1992, Ikegami 1994, Carillo 1996, Fulton 1998, Bjorkgren 1999, Topinkova 2000, White 2002, Brizioli 2003, Carpenter 2003, Laine 2006). Il sistema RUG è inoltre attualmente in uso nelle Regioni Marche, Umbria, Emilia Romagna ed Abruzzo, dove è stato informatizzato ed il relativo software è concesso in uso gratuito.

Si ritiene pertanto di avviare un progressivo processo di implementazione di tali strumenti, al fine di diffondere la pratica della valutazione multidimensionale per la definizione dei bisogni assistenziali e la corretta allocazione delle risorse. Per facilitare tale processo si intende adottare per la Regione Lazio la scheda RUG, ritenuta utile per la creazione del nuovo flusso informativo nazionale Flusso Assistenza Residenziale (FAR – Residenzialità anziani) in base ad una specifica valutazione degli assi collegati alla funzionalità psico-fisica: autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva e disturbi comportamentali (relazione conclusiva del Progetto Mattone n. 12 “Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali”).

Successivamente e tramite specifici atti deliberativi, si prevede, per l'ammissione dei soggetti portatori di problematiche complesse ai servizi domiciliari e residenziali, di



integrare il processo con la progressiva introduzione sperimentale degli altri strumenti di valutazione.

Per quanto attiene alle altre tipologie di pazienti non autosufficienti o soggetti fragili ci si riserva di avviare studi per individuare schede validate e idonee a tale uso per estendere i processi valutativi a tutta l'area della fragilità.

2. Campo di applicazione della VDM

La VMD si rivolge in particolar modo ai soggetti portatori di problematiche clinico-assistenziali complesse e necessitanti di interventi multidisciplinari ed integrati. Per definizione quindi si tratta di soggetti "fragili" che, indipendentemente dall'età, sono portatori di patologie cronic-degenerative o di esiti disabilitanti tali da condizionare negativamente le attività della vita quotidiana.

Il potenziale di soggetti da sottoporre a VMD di secondo livello appartiene agli ambiti della residenzialità, dell'assistenza domiciliare e delle dimissioni protette.

Inoltre, si prevede nel tempo di dare avvio ad un'adozione sistematica della VMD di primo livello per poter esercitare una sorta di funzione di triage del bisogno assistenziale espresso dalla popolazione che accede ai servizi territoriali, anche attraverso i Punti unici di accesso.

3. Modalità di utilizzo dello strumento di valutazione

La fase iniziale del processo prevede l'adozione della scheda RUG quale strumento per definire l'accesso al setting assistenziale residenziale e semiresidenziale e al monitoraggio dell'assistenza erogata in tale ambito, anche a i fini della valutazione delle risorse effettivamente impiegate. La valutazione con i RUG dovrà essere effettuata al momento della presa in carico e poi periodicamente ogni tre mesi e in occasione di eventi particolari quali aggravamento delle condizioni di salute, rientro da ricoveri ospedalieri, dimissioni/decesso.



Questa scheda andrà integrata con una scheda per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse economiche, anche tramite l'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE).

Successivamente si procederà gradualmente alla organizzazione e allo sviluppo delle attività di valutazione in un duplice livello: un primo livello avente la finalità di identificare nell'ambito di una data popolazione (ad esempio anziani), presso i Punti Unici di Accesso (PUA) o in occasione dell'avvio di dimissioni protette, l'eleggibilità ai diversi setting assistenziali, ed un secondo livello riferito a soggetti con funzioni sicuramente compromesse e portatori di problematiche complesse, ad opera delle Unità Valutative, specificamente orientato alla definizione del Piano di assistenza individualizzato, per gli specifici setting assistenziali.

4. Numero e le caratteristiche delle UVM da costituire (professionalità coinvolte)

In ogni distretto dovrà essere attiva la funzione di Valutazione Integrata, che può articolarsi in più Unità a seconda delle caratteristiche del territorio, della complessità della rete assistenziale e delle problematiche prevalenti della popolazione. La composizione minima delle Unità di valutazione integrate varia in relazione al bisogno, ed è tesa all'individuazione e alla misurazione del bisogno sanitario e sociale. Le figure professionali a cui è affidata la valutazione, oltre al MMG (e il PdLS nel caso di minori), sono l'infermiere, l'assistente sociale, il medico di Distretto, integrate a seconda delle specifiche necessità del caso trattato da altre figure professionali quali il Medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatria infantile, palliativista, etc), il terapeuta della riabilitazione, lo psicologo, ecc. Si prevede la formalizzazione di almeno 55 Unità di Valutazione Integrata per l'intero territorio regionale (una per Distretto). Attualmente la funzione valutativa è svolta dalle Unità Valutative territoriali dei Centri di Assistenza Domiciliare, che continueranno a svolgere la loro attività per l'ammissione ai servizi domiciliari e residenziali, introducendo l'eventuale uso degli ulteriori strumenti, adottati in funzione della disponibilità degli stessi



e della implementazione del necessario percorso formativo a sostegno del cambiamento. All'interno di ciascun distretto dovrà essere altresì creata la funzione di Punto Unico di Accesso (PUA), nel quale si ribadisce avverrà la valutazione di primo livello, una sorta di triage del bisogno ad opera di figure professionali specificatamente formate a questo compito. Il PUA potrà anche essere articolato in più strutture fisiche del territorio in base alle particolari caratteristiche dello stesso, della complessità della rete assistenziale e delle problematiche prevalenti della popolazione; se ne prevede pertanto la formalizzazione nel tempo di almeno 55 per l'intero territorio regionale (uno per distretto).

5. Modalità di elaborazione del PAI

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) è lo strumento in grado di integrare le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e assistenziali, e deve necessariamente essere elaborato da un'équipe multidisciplinare, l'Unità di valutazione integrata (UV). Tale piano è da redigere esclusivamente per i soggetti per i quali la VMD abbia indicato la necessità di un intervento assistenziale complesso e/o integrato. Scopo del PAI è infatti quello di favorire la presa in carico, superando "logiche prestazionali" a favore della continuità assistenziale e individuando precisi obiettivi di salute perseguibili attraverso l'integrazione dei servizi presenti nella rete. Ulteriore caratteristica del PAI è la possibilità di monitorare e valutare gli esiti degli interventi.

Il PAI deve essere un documento scritto e sottoscritto dalle parti interessate (paziente/familiari, attori dell'assistenza) e deve prevedere i seguenti elementi: dati identificativi del paziente, esito della VMD con esplicitazione dei bisogni assistenziali, definizione degli obiettivi di salute da perseguire e delle azioni da intraprendere, cronoprogramma degli interventi, elenco dei servizi attivati e attribuzione delle responsabilità per gli specifici segmenti assistenziali, indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'assistenza. Il PAI deve essere periodicamente aggiornato in funzione dell'evoluzione delle condizioni del paziente e/o dell'intervento assistenziale.



Il PAI costituisce dunque il documento guida per lo sviluppo del progetto assistenziale e deve essere reso accessibile a tutti gli operatori coinvolti.

6. Descrizione dei processi di accesso e presa in carico relativa ai servizi domiciliari e residenziali

L'accesso ai servizi domiciliari e residenziali avviene previa Valutazione Multidimensionale. L'eleggibilità ai diversi setting assistenziali viene stabilita mediante una valutazione di primo livello presso il Punto Unico di Accesso a livello distrettuale, luogo privilegiato per i processi di orientamento, valutazione e presa in carico. Questa, può essere effettuata anche in ambiente ospedaliero laddove si rendesse necessario attivare delle dimissioni protette. Finalità di tale valutazione è quella di orientare alla scelta degli interventi più opportuni da erogare e indirizzare verso il contesto assistenziale più appropriato per il singolo caso, stabilendo inoltre le priorità di intervento, una stima della durata della presa in carico e dell'impegno assistenziale necessario. La valutazione di primo livello può essere effettuata anche dal singolo professionista, quale ad esempio il medico di medicina generale, l'infermiere, l'assistente sociale, e concludersi o stabilendo direttamente gli interventi da compiersi (casi semplici) o rilevando la necessità di effettuare una valutazione più approfondita (casi complessi). I soggetti necessitanti di ulteriore valutazione verranno valutati dalla UV, funzione attualmente garantita dai Centri di Assistenza Domiciliare, con strumenti di secondo livello, specificamente orientati alla individuazione dei bisogni assistenziali e alla definizione del Piano di assistenza individualizzato. Il Case Manager individuato segue le diverse fasi operative del piano di assistenza, si relaziona con la famiglia e il contesto della rete sociale, sostiene i *care giver*; raccorda il PAI con i diversi professionisti che intervengono a favore della persona, applicando il metodo di lavoro di equipe.



AMMISSIONE E DIMISSIONE
Provenienza della persona

Tipologia di struttura di provenienza	<input type="checkbox"/> Abitazione <input type="checkbox"/> Struttura protetta socio-sanitaria <input type="checkbox"/> Struttura sociale <input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera <input type="checkbox"/> Struttura di riabilitazione
Iniziativa della richiesta di inserimento	<input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> Familiare - affine <input type="checkbox"/> Soggetto civilmente obbligato <input type="checkbox"/> Assistente sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero
Valutazione della richiesta da parte dell'Unità Valutativa (UV)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Motivazione della richiesta di inserimento	<input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso degenerativo) <input type="checkbox"/> Stabilizzazione stato clinico (post acuzie) <input type="checkbox"/> Insufficienza del supporto familiare <input type="checkbox"/> Solitudine <input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo <input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale
Tariffa applicata	€ [][][][], [][] Quota SSR € [][][][], [][] Quota utente
Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE)	€ [][][][][][][], [][]
Dimissione	<input type="checkbox"/> Domicilio senza assistenza <input type="checkbox"/> Domicilio con assistenza <input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera per acuti <input type="checkbox"/> Altra tipologia di residenza <input type="checkbox"/> Decesso

Parte III - QUESTIONARIO PER LA CLASSIFICAZIONE R.U.G. III

SEZIONE B: STATO COGNITIVO

1	STATO DI COMA	(stato vegetativo persistente) 0. NO 1. SI (passare alla sezione. G)
2	MEMORIA	a) Memoria a breve termine OK – sembra ricordare dopo 5 minuti 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria
4	CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE	(Decisioni prese riguardo ai compiti della vita quotidiana) 0. INDIPENDENTE – decisioni sempre indipendenti 1. COMPROMISSIONE LIEVE – qualche difficoltà in situazioni nuove 2. COMPROMISSIONE MODERATA – decisioni scarse richiesti suggerimenti/supervisione 3. COMPROMISSIONE SEVERA – mai/raramente prende decisioni

SEZIONE C: COMUNICAZIONE/SFERA U-DITIVA

4	CAPACITA' DI FARSI COMPRENDERE	(Capacità di esprimere comunque il contenuto delle informazioni) 0. COMPRESO 1. IN GENERE COMPRESO – difficoltà a trovare o a finire i concetti 2. TALVOLTA COMPRESO – la capacità è limitata a richieste concrete 3. RARAMENTE/MAI COMPRESO
---	---------------------------------------	--

SEZIONE E: UMORE E COMPORAMENTO

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 cinque giorni alla settimana 2. Indicatore manifestatosi giornalmente (o quasi)
---	---	--

	ESPRESSIONI VERBALI DI MALESSERE
1	INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE
	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 sé 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 del sonno
	ATTEGGIAMENTO TRISTE, APATICO, ANSIOSO
	l) Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata – ad esempio 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	



SEZIONE E: UMORE E COMPORTAMENTO

4	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	<p>A) Frequenza dei problemi di comportamento negli ultimi 7 giorni. 0 Nessun problema negli ultimi sette giorni 1 Problemi di questo tipo si sono manifestati da 1 a 3 degli ultimi 7 giorni. 2 Problemi di questo tipo si sono manifestati da 4 a 6 degli ultimi 7 giorni. 3 Problemi di questo tipo si sono manifestati quotidianamente</p> <p>B) Possibilità di modificare i problemi di comportamento negli ultimi 7 giorni 0. Problema assente o facilmente modificabile 1. Problema non facilmente modificabile</p>		A	B
		a) VAGARE (senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza)			
		b) USARE LINGUAGGIO OFFENSIVO (ha spaventato, insultato, minacciato, gridato ad altre persone)			
		c) ESSERE FISICAMENTE AGGRESSIVO (ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone)			
		d) COMPORTAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO (emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui)			
		e) RIFIUTARE L'ASSISTENZA (prendere le medicine, fare le iniezioni, ricevere aiuto nelle ADL o nel mangiare)			

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA E PROBLEMI RELATIVI ALLA STRUTTURA

(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 prestatati solo 1 o 2 volte durante gli ultimi 7 giorni

1 SUPERVISIONE - controllo, incoraggiamento o suggerimenti prestatati 3 o più volte durante gli ultimi sette giorni - oppure supervisione (3 o più volte) più 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 più occasioni

3 ASSISTENZA INTENSIVA - sebbene l'ospite abbia svolto parte delle attività durante durante gli ultimi sette giorni, ha chiesto aiuto del/i seguente/i tipo/i 3 o più 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 Nessuno aiuto o organizzazione dallo staff

1 Solo organizzazione

2 Aiuto fisico di una persona

3 Aiuto fisico di due p più 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/wc)	
h	MANGIARE	Come l'ospite mangia e beve(indipendentemente dall'abilità)	
i	USO DEL WC	Come l'ospite usa il bagno o la comoda, la padella o il pappagallo come si siede e si alza dal wc, come si pulisce dopo, cambia il pannolone, maneggia dispositivi speciali (colostomia o catetere), si sistema i vestiti	

SEZIONE H : CONTINENZA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

3	AUSILI E PROGRAMMI	L'ospite viene accompagnato al bagno ad intervalli regolari	a
		Programmi di rieducazione vescicale	b

SEZIONE I: DIAGNOSI DI MALATTIA

Segnare solo le malattie che hanno una relazione con l'attuale livello delle ADL, lo stato cognitivo, l'umore ed il comportamento, terapie mediche, monitoraggio infermieristico, rischio di morte (Non segnare malattie inattive).

1	MALATTIE	ENDOCRINE/METABOLICHE/NUTRIZIONALI	
		Diabete	a
		NEUROLOGICHE	
		Afasia	r
		Paralisi cerebrale	s
		Emiplegia	v
		Sclerosi multipla	w
2	INFEZIONI	Polmonite	e
		Sepsi	g

SEZIONE J: CONDIZIONI DI SALUTE

1	PROBLEMI	(Segnare tutti i problemi presenti negli ultimi 7 giorni se non specificato diversamente)	
		INDICATORE DEL LIVELLO DEI FLUIDI CORPOREI	
		Segni di disidratazione; l'escrezione dei liquidi supera l'introduzione	c
		ALTRO	
		Episodi psicotici	e
		Febbre	h
		Allucinazioni	i
		Vomito	o

SEZIONE K: STATO NUTRIZIONALE

3	CAMBIAMENTI DEL PESO	a) Perdita di peso del 5% o più negli ultimi 30 giorni o del 10% o più negli ultimi 180 giorni	
		0. NO	1. SI
5	TRATTAMENTI NUTRIZIONALI	Parenterale e.v.	a
		Sondino nasogastrico	b

SEZIONE M: CONDIZIONI DELLA CUTE

1	ULCERE (da qualsiasi causa)	(Riporta il numero di ulcere ed il loro stadio a prescindere dalla causa. Se ad uno stadio non vi sono ulcere codifica "0". Riporta la condizione riferita agli ultimi 7 giorni. E' necessario un esame di tutto il corpo)	
		a. Stadio 1. Area di pelle persistentemente arrossata (senza soluzione di continuità della pelle)	
		b. Stadio 2. Perdita cutanea superficiale che clinicamente si presenta come un'abrasione, una bolla o un cratere poco profondo	
		c. Stadio 3. Perdita della cute a tutto spessore con esposizione del sottocutaneo - si presenta come un cratere profondo con o senza bordi sottominati	
		d. Stadio 4. Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso	
2	TIPO DI ULCERA (solo per l'ulcera da decubito)	(riporta lo stadio più alto raggiunto negli ultimi 7 giorni utilizzando la scala M1 - ad es. 0 = nessuna; stadio 1,2,3,4) a) Ulcera da decubito = qualsiasi lesione causata da compressione che provoca danno nei tessuti sottostanti	
4	ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE O PRESENZA DI LESIONI	(Segnala tutti i problemi presenti negli ultimi 7 giorni)	
		Ustioni (secondo e terzo grado)	b
		Lesioni aperte da ulcere, rash, tagli (ad es. lesioni cancerose)	c
		Ferite chirurgiche	g
5	FERITE DELLA PELLE	(Segnala tutto quello che è successo negli ultimi 7 giorni)	
		Sedie attrezzate con dispositivo antidecubito	a
		Letti attrezzati con dispositivo antidecubito	b

	Programmi di rotazione/riposizionamento dell'ospite	c	
	Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute	d	
	Cura dell'ulcera	e	
	Cura chirurgica della ferita	f	
	Medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci)	g	
	Applicazione di unguenti /farmaci	h	
6	PROBLEMI E CURA DEL PIEDE	(Segnala tutto quello che è successo negli ultimi 7 giorni)	
		Infezioni – ad es. cellulite, drenaggi purulenti	b
		Lesione aperta	c
		Medicazioni con o senza applicazione di farmaci topici	f

SEZIONE N: ATTIVITA'

1	TEMPO IN CUI L'OSPITE E' SVEGLIO	(Riporta gli appropriati segmenti della giornata in riferimento agli ultimi 7 giorni). L'ospite è sveglio per tutto o la maggior parte del tempo (sonnecchia per non più di un'ora per ogni periodo).	
		Mattino	a
		Pomeriggio	b
		Sera	c

SEZIONE O: FARMACI

3	INIEZIONI	Segna il numero di giorni in cui l'ospite ha ricevuto iniezioni di qualunque tipo negli ultimi 7 giorni: "0"= No iniezioni	
----------	------------------	--	--

SEZIONE P.: TRATTAMENTI E PROCEDURE SPECIALI

1	TRATTAMENTI, PROCEDURE E PROGRAMMI SPECIALI	A) TRATTAMENTI SPECIALI – Trattamenti o programmi ricevuti negli ultimi 14 giorni	
		Chemioterapia oncologica	a
		Dialisi	b
		Infusione e.v.	c
		Ossigenoterapia	g
		Radioterapia	h
		Aspirazione	i
		Cura della tracheostomia	j
		Trasfusioni	k

		Respiratore/ventilazione assistita	l
		B) TERAPIE SPECIALI – Segna il numero di giorni ed il totale dei minuti in cui una delle seguenti terapie è stata praticata (almeno 15 minuti al giorno) negli ultimi 7 giorni (segna "0" se la terapia non è stata praticata o lo è stata per meno di 15 minuti al giorno) – (Nota: conta solo le terapie iniziate dopo l'ammissione in RSA) (A)= n° giorni di terapia per 15 min. o più. (B)= totale di minuti di terapia forniti negli ultimi 7 giorni	
			A giorni
			B minuti
		a. Logopedista	
	Eseguita da personale diplomato nell'ambito di programmi di inserimento riabilitativo	b. Terapia occupazionale	
		c. Terapia neuromotoria	
		d. Terapia respiratoria	
3	ASSISTENZA RIABILITATIVA/REINTEGRATIVA	Segna il numero di giorni in cui ognuna delle seguenti tecniche o pratiche riabilitative/reintegrative è stata fornita all'ospite per almeno 15 minuti al giorno negli ultimi 7 giorni. (segna "0" se non sono state fornite o lo sono state per meno di 15 giorni)	
		a. Movimento (passivo)	f. Camminare
		b. Movimento (attivo)	g. Vestirsi o agghindarsi
		c. Stecche o rinforzi	h. Mangiare o inghiottire
		EDUCAZIONE E PRATICA IN:	i. Cura della protesi (amputazione)
		d. Mobilità a letto	j. Comunicare
	e trasferimenti		

7	VISITE MEDICHE	Segnare quante volte il medico ha visitato l'ospite negli ultimi 14 giorni (o dall'ammissione in RSA se ammesso da meno di 14 giorni) (segna "0" se non visitato)	
8	PRESCRIZIONI MEDICHE	Segnare quante volte il medico ha cambiato la prescrizione negli ultimi 14 giorni (o dall'ammissione in RSA se ammesso da meno di 14 giorni)	



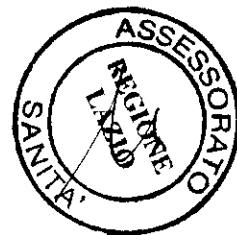
ALLEG. alla DELIB. N. ⁴⁰..... *ly*
25 GEN. 2008
DEL

SISTEMA RUG

MANUALE PER LA COMPILAZIONE
DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE



*Il presente allegato
si compone di n. 41 pagine*





MANUALE PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

INDICE

Premessa		pag. 3
Parte I	– Dati Anagrafici	pag. 4
Parte II	– Ammissione e Dimissione	pag. 6
Parte III	– Scheda R.U.G.	pag. 7
Sezione B	– Stato Cognitivo	pag. 7
Sezione C	– Comunicazione	pag. 9
Sezione E	– Umore e Comportamento	pag. 10
Sezione G	– Funzione Fisica e ADL	pag. 14
Sezione H	– Continenza	pag. 24
Sezione I	– Diagnosi di Malattia	pag. 24
Sezione J	– Condizione di Salute	pag. 27
Sezione K	– Stato Nutrizionale	pag. 28
Sezione M	– Condizioni della Cute	pag. 29
Sezione N	– Attività	pag. 33
Sezione O	– Farmaci	pag. 34
Sezione P	– Trattamenti e Procedure Speciali	pag. 34



Premessa

La scheda di Valutazione RUG è una versione ridotta della scheda di valutazione multidimensionale conosciuta come Resident Assessment Instrument (RAI, o VAOR[®] nella versione Italiana) correntemente utilizzata negli U.S.A. per la valutazione e la programmazione dell'assistenza dei pazienti ospiti delle Nursing Home (sostanzialmente corrispondenti alle RSA italiane).

Il RUG deriva come il RAI del Minimum Data Set (MDS) che costituisce la base informativa per tutti i pazienti ospiti delle Nursing Home.

Il Sistema RUG è un sistema di classificazione dei pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali. La costruzione delle classi RUG avviene a partire da alcune informazioni, contenute nel MDS, che hanno maggiore significato in una ottica di valutazione del carico assistenziale.

La scheda RUG costituisce quindi un sub-set del MDS e segue una logica non immediatamente comprensibile ad una prima lettura, in quanto utilizza solo alcuni dati di sezioni che solo nella loro completezza fornirebbero una visione completa dei problemi del paziente. Anche per questo motivo, ove possibile, consigliamo l'utilizzo della scheda completa del MDS, che consente l'uso di informazioni strutturate anche in una ottica di programmazione e verifica dell'assistenza erogata.

Al fine di semplificare le procedure di rilevazione dei dati necessari per il RUG abbiamo comunque deciso di adottare e diffondere la versione ridotta del MDS, contenente i soli Items necessari per l'attribuzione del paziente al suo gruppo RUG.

Di questa scheda "ridotta" abbiamo ritenuto utile fornire un manuale d'uso, comprendente regole e consigli per la compilazione, con l'obiettivo di semplificare e rendere quanto più oggettivo il processo di codifica.



MANUALE PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

PARTE I: DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

Codice regione di Residenza: È la regione dove si trova il comune (o la zona subcomunale) presso il quale la persona risulta legalmente residente.

Codice regione erogante: È la regione dove si trova il comune (o la zona subcomunale) presso il quale è situata la struttura dove la persona è ricoverata.

Codice azienda USL di residenza: È l'azienda sanitaria dove si trova il comune (o la zona subcomunale) presso il quale la persona risulta legalmente residente. Utilizzare il codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986). Il campo non deve essere compilato per gli utenti residenti all'estero.

Codice azienda USL erogante: È l'azienda sanitaria dove si trova il comune (o la zona subcomunale) presso il quale è situata la struttura dove la persona è ricoverata.

Codice comune o stato di residenza: La residenza individua il comune italiano, oppure lo Stato estero, presso il quale l'assistito risulta legalmente residente (e NON domiciliato). Per i cittadini residenti in Italia si fa riferimento al codice dei comuni italiani secondo ISTAT a 6 cifre (3 per la Provincia e 3 per il Comune).

Acronimo istituzione competente TEAM: Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente in Italia munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

Codice istituzione competente TEAM: Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente in Italia munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

Codice struttura: Per la codifica si fa riferimento al Mattone "Classificazione delle strutture".

Codice tipologia di prestazione: Utilizzare la codifica definita del Mattone stesso:

Prestazioni residenziali per anziani	
Codice prestazione	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziali, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo



	Amnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer).
R3	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
R4	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
SR1	Prestazioni Semiresidenziali – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per anziani erogate in centri diurni.
SR2	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per persone con demenza senile erogate in centri diurni.

Codice individuale: Per tutti gli utenti titolari di codice fiscale, rilasciato dal Ministero delle Finanze, registrare il Codice Fiscale stesso. Non è ammessa la registrazione del Codice sanitario regionale.

Nel caso di soggetto assicurato da istituzioni dell'UE va inserito il codice personale indicato sulla tessera TEAM e i dati assicurativi dell'assistito devono essere riportati negli appositi campi relativi alla TEAM.

Per il codice dell'assistito con diritto di anonimato: registrare con «X» ripetuto tante volte sino al riempimento del campo.

Cognome: Indicare il cognome della persona.

Nome: Indicare il nome della persona.

Data di nascita: Indicare il giorno, il mese e l'anno di nascita della persona.

Data di rilevazione: Indicare la data in cui viene effettuata la rilevazione di tale scheda.

Motivo rilevazione: Barrare il motivo della rilevazione di tale scheda.

Cittadinanza: Rileva la cittadinanza dell'assistito.

Si fa presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza.

Se l'assistito ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta/segnalata dall'assistito ad esempio.

- cittadinanza italiana = 100
- cittadinanza estera = codice a 3 cifre
- apolidi = 999
- sconosciuta = 998

Sesso: Indicare il sesso dell'assistito

- 1 = maschio
- 2 = femmina

Stato civile: Utilizzare codifica NSIS

Titolo di studio: Utilizzare codifica NSIS

Professione: Utilizzare i codici ministeriali

PARTE II: AMMISSIONE E DIMISSIONE (PROVENIENZA DELL'OSPITE)

Tipologia di struttura di provenienza: Indicare la provenienza dell'ospite secondo la seguente anagrafica:

- Abitazione
- Struttura protetta socio-sanitaria
- Struttura sociale
- Struttura ospedaliera
- Struttura di riabilitazione

Iniziativa della richiesta di inserimento: Indicare il soggetto titolare dell'iniziativa di richiesta di inserimento secondo la seguente anagrafica:

- Propria
- Familiare-affine
- Soggetto civilmente obbligato
- Assistente sociale
- Medico di medicina generale
- Medico ospedaliero

Valutazione della richiesta da parte dell'Unità Valutativa: Indicare

1= si

2= no

Motivazione della richiesta di inserimento: Indicare la motivazione che ha portato alla richiesta di inserimento secondo la seguente anagrafica:

- Perdita di autonomia (decorso degenerativo)
- Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
- Insufficienza del supporto familiare
- Solitudine
- Alloggio non idoneo
- Altra motivazione sociale

Tariffa applicata: Indicare:

- Ammontare della quota a carico del SSN
- Ammontare della quota a carico dell'utente

Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE): Indicare:

- Ammontare reddito annuo ISEE

Dimissione: Indicare la destinazione dopo la dimissione della persona secondo la seguente anagrafica:

- Domicilio senza assistenza
- Domicilio con assistenza
- Struttura ospedaliera per acuti
- Altra tipologia di residenza
- Decesso



SEZIONE B

STATO COGNITIVO

Obiettivo della Valutazione: Determinare il livello di vigilanza del paziente e la interazione con il mondo esterno, la memoria, la capacità di prendere decisioni (sez. B). Questa sezione si integra con quella relativa alla sua capacità di comprendere e comunicare (sez. C), e allo stato d'umore, ed il comportamento (sez. E). Questi parametri sono cruciali per la costruzione dei piani di cura e sono quindi diffusamente indagati nella scheda del RAI. In merito alla scheda RUG vengono indagate solo alcune aree.

La valutazione è concentrata in particolare alle prestazioni del paziente.

Procedure: Domande riguardo le funzioni cognitive, la memoria o l'umore possono rappresentare un sensibile problema per alcuni dei pazienti, i quali possono mettersi sulla difensiva, agitarsi o diventare emotivi. Il mostrare ansietà o il sentirsi esposti, imbarazzati o frustrati rappresenta una gamma di reazioni abbastanza comuni in quei pazienti che comprendono di non poter rispondere alle domande in maniera convincente.

Fate in modo di colloquiare con il paziente in un'area che sia la più appartata e tranquilla possibile e senza distrazioni – ciò significa, non in presenza di altri pazienti o familiari, a meno che il paziente non sia troppo agitato per essere lasciato solo. Utilizzare un approccio non inquisitorio nel porre le domande vi aiuterà a creare un indispensabile rapporto di fiducia tra il personale ed il paziente. Dopo aver strappato al paziente le risposte alle opportune domande, rivolgetevi ai familiari o ai *care-givers* per chiarire o convalidare le informazioni ottenute riguardanti le funzioni cognitive negli ultimi 7 giorni.

Per quei pazienti che abbiano limitate abilità di comunicazione o che siano meglio compresi da familiari o da chi gli presta assistenza, avrete bisogno di prendere accuratamente in considerazione i loro punti di vista a riguardo.

- Coinvolgete il paziente in conversazioni generiche per aiutarlo a stabilire un rapporto con voi.
- Ascoltate attivamente e osservate se ci possano essere degli indizi che possano aiutarvi a meglio strutturare la valutazione. Ricordate: ripetitività, disattenzione, sproloquio, difesa e agitazione possono essere problemi che si possono incontrare durante un colloquio. Non dimenticate che l'incontrare queste difficoltà è di per sé una informazione importante sulle funzioni cognitive del paziente.
- Siate aperti, comprensivi e rassicuranti durante tutta la conversazione con il paziente (per esempio "Qualche volta avete problemi nel ricordare alcune cose? Parlatemi di cosa accade. Proverò ad aiutarvi").

Se il paziente mostra seri segni di agitazione, reagite comprensivamente alla sua agitazione e **INTERROMPETE** la discussione sulle funzioni cognitive. Il processo di raccolta delle informazioni non necessita di essere completato in una sola seduta ma potrebbe continuare durante tutto un intero periodo di valutazione. Se il paziente è agitato alleggerite la tensione dicendo, per esempio, "Parliamo di qualcos'altro ora", oppure "Non dobbiamo parlarne proprio adesso. Possiamo farlo più tardi". In tal caso osservate la prestazioni cognitive del paziente nelle



ore e nei giorni successivi alla conversazione e ritornate a porre altre domande quando lui/lei si senta più a suo agio.

Item B1: Stato di coma

Obiettivo: registrare i casi in cui la cartella clinica del paziente definisca una diagnosi neurologica documentata di coma oppure di uno stato vegetativo persistente.

Codifica: inserire il numero appropriato nella casella **0** (vigile) o **1** (comatoso).

Procedura: Se al paziente è stato diagnosticato uno stato comatoso (anche o vegetativo persistente, codice "1"), e quindi **Andare alla Sezione G.**

Se il paziente non è in stato comatoso codificare "0" e procedere al punto successivo (B2).

In assenza di una diagnosi specifica verificare se il paziente è vigile e/o risponde a stimoli acustici o luminosi nelle diverse ore della giornata. In caso di dubbio richiedere consulenza medica.

Item B2a: Memoria

Intento: determinare le capacità funzionali del paziente di ricordare gli eventi recenti (ovvero, memoria a breve termine).

Codifica: 0 = memoria non compromessa, oppure 1 = memoria compromessa

Procedura: Chiedete al paziente di descrivere un evento recente che ritenete debba essere in grado di ricordare. In alternativa, potreste utilizzare anche un test di memoria a breve termine più strutturato. Per i pazienti con limitate abilità di comunicazione, chiedete informazioni in merito ai loro familiari o al personale di assistenza. Se vengono riferiti disturbi di memoria (per esempio, ricordare la successione di eventi semplici o una informazione data cinque minuti prima) la corretta risposta è "1" = Problemi di Memoria.

Esempi

Chiedete al paziente di descrivere che cosa ha mangiato per colazione oppure un'attività appena conclusa. Oppure chiedete al paziente di ricordare tre parole (per esempio, libro, orologio, tavolo) per qualche minuto. Dopo aver pronunciato le tre parole, chiedete al paziente di ripeterle (per verificare che siate stati effettivamente ascoltati e compresi). Procedete dunque alla discussione di qualcos'altro per distrarlo- non rimanete in silenzio e non lasciate la stanza. Dopo cinque minuti, chiedete al paziente di ripetere il nome di ciascuna delle cose prestabilite. Se il paziente è incapace di richiamare alla memoria tutte e tre le parole assegnate codice "1". Per persone con deficienza di comunicazione verbale, sono accettabili anche risposte di tipo non-verbale (in tal caso la prova di memoria può essere effettuata con numeri).

Item B4: Prendere decisioni

Obiettivo: registrare le effettive prestazioni nel prendere decisioni su compiti o attività quotidiane.

Codifica: inserire un numero che corrisponda alla risposta più corretta.

- 0. Indipendente** – Le decisioni del paziente nell'organizzazione della vita quotidiana e nell'affrontare situazioni nuove appaiono coerenti, ragionevoli, ed organizzate riflettendo stile di vita, cultura e valori.
- 1. Indipendenza Modificata** – Il paziente ha organizzato la sua routine quotidiana e preso delle decisioni sicure circa situazioni familiari, ma ha mostrato alcune difficoltà se posto di fronte a nuovi compiti o nuove situazioni.
- 2. Moderatamente Compromesso** – Le decisioni del paziente appaiono scarse; il paziente ha bisogno di promemoria, segnali e supervisione nel pianificare, organizzare e modificare la routine quotidiana.
- 3. Severamente Compromesso** – La capacità di prendere decisioni del paziente è risultata severamente compromessa; il paziente non ha mai (o raramente) preso decisioni.

Procedura: rivedete le cartelle cliniche. Consultate la famiglia e il personale di assistenza. Osservate il paziente. *La ricerca dovrebbe essere focalizzata sulla questione se il paziente è capace di prendere o no autonomamente decisioni e non se lo staff lo ritiene capace di prenderle. Ricordate che l'intento di questo punto è di registrare cosa il paziente fa (prestazioni).* Quando un membro dello staff toglie al paziente la responsabilità di prendere decisioni, qualunque possa essere il suo vero livello di capacità di decidere, essa dovrebbe essere considerata indebolita. Una eventuale discrepanza tra le reali abilità del paziente ed il suo corrente livello di prestazione, può indicare che lo staff può aver inavvertitamente incoraggiato la dipendenza del paziente.

Esempi

Sceglie cose riguardanti il vestiario; riconosce quando è ora di andare ai pasti programmati; utilizza input ambientali per organizzare e pianificare (per esempio, orologi, calendari, le liste degli eventi previsti); in assenza di input ambientali, ricerca informazioni in modo appropriato (per esempio, non ripetitivamente) dagli altri in modo da pianificare la giornata; è consapevole dei propri limiti o delle proprie forze per regolamentare gli eventi del giorno (per esempio, chiede aiuto quando necessario); prende le giuste decisioni riguardo a come arrivare alla sala da pranzo; riconosce il bisogno di usare un girello, e lo usa fiduciosamente.

SEZIONE C COMUNICAZIONE

Item C4: Capacità di comunicare e farsi comprendere

Obiettivo: Obiettivo del Subset C è di documentare l'abilità del paziente ad ascoltare (con dispositivi di assistenza all'ascolto, se utilizzati), comprendere e comunicare con gli altri.


Le cause ai problemi di comunicazione riscontrate su molti dei pazienti più anziani delle case di cura possono essere diverse, legate alla senilità, o a patologie degenerative. Di solito, i problemi di comunicazione sono dovuti a più di un fattore, ove l'afasia può sovrapporsi ad un deficit uditivo. La situazione fisica, emotiva e sociale del paziente può ulteriormente complicare le difficoltà di comunicazione. Inoltre, un ambiente troppo rumoroso o troppo isolato potrebbero risultare inibenti agli effetti della comunicazione. Deficit nell'abilità a comprendere (deficit di comunicazione recettiva) possono dipendere da sordità, deficit di comprensione (parlata o scritta) o riconoscimento delle espressioni facciali. Deficit nella capacità di farsi comprendere (deficit di comunicazione espressiva) possono includere una riduzione del tono della voce e difficoltà a produrre suoni, oppure difficoltà a trovare le parole, formulare frasi, scrivere e gesticolare.

Obiettivo specifico di questo item della scheda RUG è documentare l'abilità del paziente ad esprimere o comunicare richieste, bisogni, opinioni, problemi urgenti, o semplici argomenti di conversazione (parlate, scritte, con linguaggio dei segni o con una combinazione di queste).

Codifica: inserite il numero corrispondente alla risposta più corretta.

0. **Compreso** – Il paziente esprime le proprie idee chiaramente
1. **Generalmente Compreso** – Il paziente mostra difficoltà a trovare le parole giuste e terminare i propri concetti; risulta ritardato nelle risposte, o ha bisogno di essere sollecitato per farsi capire.
2. **Occasionalmente Compreso** – Il paziente ha limitate abilità ma è capace di esprimere delle richieste concrete riguardo i bisogni primari (mangiare, bere, dormire, andare in bagno, ecc)
3. **Raramente o Mai Compreso** – Si esprime solo con suoni non articolati o con gesti raramente comprensibili dai familiari e dallo staff (es. Indicazioni di presenza di dolore o bisogno di andare in bagno).

Procedura: interagite con il paziente. Osservate ed ascoltate i tentativi del paziente di comunicare con voi. Osservate la sua interazione con gli altri in diverse situazioni (uno ad uno, in gruppo, ecc) e



differenti circostanze (quando calmo, quando agitato, ecc). Consultatevi con il personale addetto all'assistenza o con la famiglia del paziente. In caso di dubbio chiedere la consulenza di un logopedista.

SEZIONE E

UMORE E COMPORTAMENTO

L'umore angoscioso rappresenta una seria condizione ed è associato ad una significativa morbosità. Fattori associati includono anche uno scarso adattamento all'ambiente in cui è inserito, resistenza alle cure quotidiane, inabilità a partecipare alle varie attività, isolamento, compromissione del sistema cognitivo, disturbi funzionali o neurovegetativi ed una crescente sensibilità al dolore fisico.

È particolarmente importante identificare se vi siano segni o sintomi di umore angoscioso tra i pazienti più anziani della struttura residenziale, perché questi sono casi trattabili. In molte delle strutture, lo staff non ha ricevuto una formazione specifica su come valutare i pazienti che mostrino sintomi di umore o comportamenti angosciosi. Per tale ragione, molti dei problemi rimangono indagnosticati e sottocurati. Nelle strutture in cui questa formazione non è stata data, è raccomandato un programma di training sul paziente sotto la direzione di uno specialista in malattie mentali.

Items E1. Indicatori di Depressione, Ansietà, Umore Triste

Intento: registrare la frequenza degli indicatori osservati negli ultimi 30 giorni (comportamento), indipendentemente dalla potenziale causa.

Codifica: inserite il numero corrispondente alla risposta più corretta.

0. **Indicatore mai rilevato negli ultimi 30 giorni**
1. **Indicatore rilevato ma non presente ogni giorno (fino a 5 giorni su 7)**
2. **Indicatore rilevabile quotidianamente**

Definizioni: È necessario registrare le osservazioni oggettive, in quanto affermazioni del tipo "Sono così depresso" sono rare nella popolazione più anziana delle case di cura. Piuttosto, l'angoscia è più comunemente espressa:

Attraverso espressioni verbali di altro tipo :

- a. **Il paziente ha fatto delle affermazioni negative** – per esempio, "Niente ha più importanza; Preferirei essere morto; A cosa serve tutto ciò?; Rimpiango di aver vissuto così a lungo; Lasciatemi morire."
- b. **L'ospite fa domande ripetitive** – per esempio, "Dove vado?; Cosa faccio?"
- c. **L'ospite ripete frequentemente le stesse frasi** – per esempio, chiamare aiuto ("Dio aiutami")
- d. **L'ospite è persistentemente arrabbiato verso se stesso o gli altri** – ad esempio, è facilmente irritabile, è arrabbiato per essere nella RSA, è arrabbiato per le cure che riceve.
- e. **L'ospite si disistima** – es., "Non valgo niente; Non servo a nessuno"
- f. **Esprime paure infondate** – es., paura di essere abbandonato, lasciato solo o di essere con altre persone che giudica pericolose o ostili.
- g. **Afferma in modo ricorrente che qualcosa di terribile stia per accadere** – es., credere di essere in procinto di morire o di avere un attacco di cuore.
- h. **Si lamenta in modo ripetitivo del suo stato di salute** – es., chiedere insistentemente le attenzioni del personale, preoccupazione ossessiva sulle funzioni del corpo.



- i. **Lamenti ansiosi ripetuti /preoccupazioni (non relazionate alla salute)** – es., richiesta persistente di attenzioni/rassicurazioni riguardo schede, pasti, vestiti, problemi personali, ecc.

Attraverso disturbi del sonno :

- j. **Umore cattivo la mattina**
k. **Insonnia/cambio delle normali abitudini durante il sonno** – es., difficoltà ad addormentarsi, più o meno ore di sonno del solito, svegliarsi troppo presto ed incapace di riaddormentarsi.

Atteggiamento triste, apatico, ansioso :

- l. **Espressione della faccia triste, sofferente, preoccupata** – es., sopracciglia corruciate
m. **Pianto, facilità alle lacrime**
n. **Movimenti ripetitivi** – es., cammina su e giù, si torce le mani, è irrequieto, si gratta, è eccitato.

Perdita di interesse :

- o. **Astensione dalle attività di interesse** – es., non è più interessato alle attività di socializzazione o a passare il tempo con amici/familiari
p. **Interazione sociale ridotta** – es., è meno loquace, tende al silenzio e all'isolamento, non partecipa ad attività di socializzazione.


Procedura: iniziate una conversazione con il paziente. Alcuni dei pazienti sono più loquaci di altri riguardo i loro sentimenti e quindi possono parlare spontaneamente delle loro ansie oppure parlarne solo quando venga a loro direttamente richiesto. Altri pazienti potrebbero essere incapaci di articolare ciò che provano (es., non trovano le parole per descrivere ciò che provano oppure hanno delle lacune nella cognizione o intuito). Osservate i pazienti molto attentamente per ogni indicatore. Consultatevi con il personale di assistenza dei diversi turni, se possibile, e con la famiglia del paziente, la quale potrebbe avere conoscenza diretta riguardo i comportamenti del paziente stesso. Altre informazioni rilevanti potrebbero anche essere trovate all'interno delle cartelle cliniche.

Esempio

Il Sig. F e' un nuovo ammesso che si sente triste ed arrabbiato ogni volta che la figlia lo va a visitare (3 volte alla settimana). Si lamenta sia con lei che con lo staff di cura per il fatto che "lei mi ha messo in questa terribile fogna!". La colpevolizza "per non averlo preso in casa" e la rimprovera "di essere una figlia ingrata". Dopo che la figlia lascia la casa di cura, il paziente ha i rimorsi, appare triste, commosso e dice "A cosa serve tutto questo? Non mi merito questo. Avrei preferito esser morto insieme a mia moglie". **In un caso di questo tipo codificare con codice "1" per a. (il paziente fa affermazioni negative), d. (rabbia persistente verso se stesso o gli altri), e. (deprecazioni verso se stesso), m. (pianto, commozione), i restanti punti riguardo l'Umore saranno codificati con uno "0".**

Items E4: Disturbi del comportamento.

Intento: Valutare A) la frequenza e B) la variazione dei sintomi comportamentali negli ultimi 7 giorni che abbiano causato malessere al paziente o che siano stati stressanti o nocivi per gli altri pazienti nella struttura o per i membri dello staff. Tali comportamenti includono quelli che possano essere potenzialmente nocivi al soggetto o distruttivi all'ambiente circostante, anche quando lo staff o gli altri pazienti appaiano essersi adattati a tali manifestazioni (ad esempio, "il Sig. G non e' che



ci chiami molto più spesso di altri nella sua stessa unita'. Sono molti i pazienti chiassosi" oppure "la Sig.ra M non aveva intenzione di colpirmi. Lo ha fatto perché é un po' confusa").

Le cartelle cliniche non possono costituire l'unica fonte di rilevazione dati, in quanto la documentazione potrebbe non essere adeguata e comunque non mirata ad analizzare questi problemi. Ad ogni modo, una volta che la frequenza e la variazione dei sintomi comportamentali sia stata rilevata, la successiva documentazione dovrà essere studiata in maniera da riflettere più accuratamente lo stato del paziente e la risposta alle strategie terapeutiche ed assistenziali adottate.

Definizione:

a) Girovagare – Spostarsi negli ambienti senza una meta precisa ed un proposito discernente e razionale. Un paziente che vaga per la RSA potrebbe essere ignaro dei propri bisogni fisici o di sicurezza. Il girovagare deve essere differenziato dai movimenti fatti con specifici propositi (es. un paziente affamato che si aggiri nell'unita' alla ricerca di cibo).

Un paziente può girovagare sia a piedi che con la sedia rotelle o con altri mezzi di trasporto.

Attenzione, il "passeggiare" non va incluso nel girovagare. Anche se può sembrare arduo differenziare le due condizioni, in effetti la passeggiata è parte di un programma di moto razionale che il paziente è in grado di esplicitare (Es. : voglio prendere un po' d'aria – tenere in movimento le gambe – distrarmi) o comunque di svolgere in modo coerente con l'organizzazione dell'ambiente e della sua giornata (sa tornare alla base, rispetta gli orari "sociali" etc.). Passeggiare avanti ed indietro in modo reiterativo, non e' considerato come girovagare, e andrebbe valutato nella sezione E In "Movimenti fisici ripetuti".

b) Usare un Linguaggio Offensivo –Pazienti o membri dello staff hanno ricevuto minacce, urla, insulti.

c) Essere Fisicamente Aggressivo – Altri pazienti o membri dello staff sono stati colpiti, spinti, graffiati o aggrediti.

d) Mostrare un Comportamento Socialmente Inappropriato/Distruttivo – Include rumori eccessivi, urla, autolesionismo, atti osceni, togliersi i vestiti in pubblico, sputare o tirare cibo o feci, nascondere o frugare tra gli oggetti personali di altri pazienti.

e) Rifiutare l'Assistenza – Opporsi alle cure, rifiutare terapie e iniezioni, respingere l'assistenza nelle ADL o aiuto a mangiare. L'atteggiamento deve apparire immotivato e irrazionale. Questa categoria non include quei casi in cui il paziente abbia scelto consciamente di non seguire un programma di cura (es. il paziente esercita il proprio diritto a rifiutare i trattamenti e reagisce negativamente qualora lo staff provi a imporglieli). I segni di resistenza potrebbero essere sia verbali che fisici (es. rifiuta le cure verbalmente, spinge via il terapeuta, graffia il terapeuta, ecc).

Tali comportamenti non sono necessariamente negativi o positivi; al di là delle finalità di valutazione relative al RUG, il loro rilievo impone tempestivamente maggiori approfondimenti per discernere comportamenti meramente irrazionali dovuti a stato confusionale mentale (es. in pazienti psichiatriche o nelle fasi avanzate della malattia di Alzheimer), rispetto a ragioni di disagio che possono avere una qualche base razionale (es. paura del dolore, scarsa comprensione, rabbia per la propria condizione, scarsi rapporti personali, ansia di partecipare maggiormente alle scelte di cura, esperienze passate con trattamenti sbagliati, desiderio di modificare le cure ricevute).

Procedura: L'obiettivo è avere un quadro oggettivo dei sintomi comportamentali del paziente, focalizzando l'analisi sulle azioni del paziente e non sugli intenti. Risulta spesso difficile poter determinare il significato che si cela dietro un particolare sintomo comportamentale. Quindi, e' importante iniziare la valutazione registrando ogni singolo sintomo. Il fatto che lo staff si sia abituato ad un certo tipo di comportamento e tenda a minimizzare il presunto intento del paziente ("In realtà, non intendeva far male a nessuno. E' solo spaventato.") non e' pertinente con questo

tipo di codificazione. Il paziente manifesta o no il sintomo comportamentale? Il paziente è ostile durante la cura personale e da botte allo staff oppure no?

Osservate il paziente. Osservate come egli risponde al tentativo dei membri dello staff di fornirgli le cure. Consultate il personale che provvede alle cure dirette durante tutti e tre i turni. Potrebbe essere presente un comportamento sintomatico ed il Coordinatore di Valutazione RN potrebbe non rilevare perché si manifesta durante cure più intime, durante altri turni.

Per tale motivo, l'input proveniente da tutti gli infermieri in contatto diretto con i pazienti assume particolare importanza.

State inoltre allerta sulla possibilità che il personale decida di non fare rapporto su un tale sintomo comportamentale, essendo questa una normale prassi dell'unità (es. lo staff lavora con diversi pazienti che hanno funzioni e cognizione ridotti e sono abituati a pazienti chiassosi e girovaghi). Concentrate l'attenzione dello staff su quale sia stato il comportamento del singolo paziente durante gli ultimi 7 giorni. Infine, sebbene potrebbe essere incompleta, riguardate l'esistente documentazione della cartella clinica del paziente.

Codifica:

Colonna (A): Frequenza del sintomo comportamentale negli ultimi 7 giorni

Registrate la frequenza dei sintomi comportamentali manifestati dal paziente durante i tre turni.

Codice "0" se il descritto sintomo non si è manifestato durante gli ultimi sette giorni, anche se rilevato in passato. È necessario registrare con "0" anche gli ospiti i cui sintomi comportamentali siano pienamente controllati da medicinali psicotropi, vincoli o programmi di controllo comportamentale. Per esempio: un paziente "girovago" che ha smesso di vagare negli ultimi 7 giorni perché obbligato su una sedia geriatrica dovrebbe essere codificato con uno "0" – sintomi comportamentali non esibiti negli ultimi 7 giorni. Il giudizio sulla pratica della immobilizzazione attiene ad altri livelli di valutazione (accreditamento, verifica qualità etc.).

Codice "1" se il comportamento descritto si manifesta dagli 1 ai 3 giorni nell'ultima settimana.

Codice "2" se il comportamento descritto si manifesta dai 4 ai 5 giorni ma non quotidianamente.

Codice "3" se il comportamento descritto si manifesta quotidianamente o più volte al giorno.

Colonna (B): Variazione del sintomo comportamentale negli ultimi 7 giorni

Codice "0" nel caso il sintomo è risultato assente o è stato facilmente controllato con interventi terapeutici o assistenziali messi in pratica negli ultimi 7 giorni.

Codice "1" se il sintomo comportamentale descritto si manifesta con un grado di intensità che non risponde ai tentativi del personale di ridurre il sintomo stesso mediante ambienti limitati, distrazioni, adattamento delle attività abituali dell'unità ai bisogni del paziente, modifiche all'ambiente, aggiunta di comfort, trattamenti appropriati con medicinali, ecc. Per esempio: un paziente con cognizione ridotta che picchi il personale durante le cure mattutine ed insulti il personale ad ogni contatto fisico e per il quale il comportamento non sia facilmente controllabile, si riporterà il codice "1".

SEZIONE G

AUTONOMIA ED AIUTO NELLE ADL

(Activity of Daily Living)



L'autonomia nelle ADL (Activity of Daily Living) costituisce un indicatore di funzionalità fisica. La maggior parte dei pazienti nelle RSA sono a rischio di declino fisico. Molti hanno inoltre numerose malattie croniche e sono soggetti ad una varietà di altri fattori che possono avere un impatto severo sull'autosufficienza. Per esempio, i deficit cognitivi possono limitare l'abilità o la voglia dedicarsi alla cura della propria persona limitare la comprensione dei compiti richiesti per eseguire le ADL. Una vasta gamma di malattie fisiche e neurologiche possono produrre sintomi che influenzano negativamente importanti fattori per la cura personale: ad esempio disturbi dell'equilibrio, riduzione del tono muscolare, limitazione articolare da artrosi. Gli effetti collaterali delle medicazioni ed altri trattamenti possono inoltre contribuire alla perdita di autosufficienza.

La limitazione nelle ADL costituisce un importante determinante del carico assistenziale. Ma rappresenta anche un fondamentale elemento di valutazione del paziente a fini terapeutici. In un quadro di polipatologie di progressivo declino fisico, il potenziale di massima autonomia residua di un paziente viene spesso sottovalutato dalla famiglia, dallo staff e dal paziente stesso. Per tale ragione, tutti i pazienti sono candidati a cure riabilitative, all'interno di una RSA, focalizzate a mantenere e estendere il coinvolgimento spontaneo nelle ADL. I piani di cura individuati possono essere sviluppati con successo solo quando le prestazioni personali del paziente sono state accuratamente valutate ed il numero ed il tipo di supporto fornito al paziente da altre persone sia stato anch'esso accuratamente valutato.

La sezione G valuta la funzione fisica da due punti di vista:

A) Il Livello di Autonomia nelle Attività della Vita Quotidiana

B) Il Livello di Aiuto Fornito dal personale di assistenza

Quindi, visto che tale sezione include una valutazione fatta di due parti, ognuna delle quali facente riferimento alla propria scala, e' raccomandabile completare la valutazione della parte G1 A (Autonomia nelle ADL), prima di dare inizio alla valutazione G1 B (Supporto delle ADL).

G (A) - Autonomia nella Attività di Vita quotidiana (ADL)

Obiettivo: registrare le prestazioni del paziente nell'eseguire attività di vita quotidiana, da solo o con aiuto durante gli ultimi 7 giorni. (es. che cosa effettivamente il paziente ha fatto per se stesso e con quanto aiuto fisico o verbale fornito dai membri dello staff). Ai fini della valutazione RUG vengono analizzati solo alcune attività (mobilità a letto, trasferimenti, mangiare, uso del bagno), che si sono rivelati più significativi nel predire l'assorbimento di risorse assistenziali.

Definizione: AUTONOMIA NELLE ADL – In accordo con la scala basata sulle prestazioni, misurate: che cosa ha fatto effettivamente il paziente (non ciò che e' capace di fare) da solo o con aiuto all'interno di ogni categoria ADL durante gli ultimi 7 giorni:

a) Mobilità a letto – Come il paziente si alza o si solleva da una posizione distesa, movimenti da un lato all'altro e posizioni del corpo quando e' a letto.

b) Trasferimento – Come il paziente si muove tra due punti – per esempio, dal/al letto, sedia, sedia a rotelle, in piedi. Escludete da questa definizione il movimento dalla vasca al water e viceversa in quanto questa e' contemplata sotto "Uso del Bagno".

h) Mangiare – (compilare solo la colonna A) Valutare l'autonomia del paziente nell'alimentarsi, considerando come effettivamente egli mangia e beve, indipendentemente dalle capacità potenziali, valutando al pari della normale alimentazione anche la somministrazione del nutrimento per altre vie (es., sonda di alimentazione, nutrizione totalmente parenterale). In estremo un paziente in grado di gestire in modo autonomo la propria sacca di nutrizione parenterale, deve essere valutato "indipendente" = 0.



i) Uso del Bagno – Come il paziente fa uso della stanza da bagno, del vaso, della padella, del pappagallo, come si siede o si alza dal water, come si pulisce, come cambia il pannolone, come gestisce la stomizzazione od il catetere e si mette a posto i vestiti.

Procedura: E' necessario identificare quali siano le cose che effettivamente il paziente fa da solo, annotare quando venisse richiesta assistenza e chiarire i tipi di assistenza fornita (incoraggiamenti verbali, aiuto generico, assistenza fisica, ecc).

L'autonomia nelle ADL del paziente può variare di giorno in giorno, di turno in turno o all'interno del turno stesso. Queste variazioni possono dipendere da molteplici cause, incluso lo stato d'animo, le condizioni mediche ed i problemi personali (es. essere pronti a fare certe cose solo davanti all'infermiere/a preferito) e medicazioni. La responsabilità della persona incaricata di completare la valutazione é, quindi, quella di catturare il quadro generale delle prestazioni ADL durante tutto l'arco degli ultimi 7 giorni, 24 ore al giorno. Non bisogna solo tenere in considerazione come i clinici vedano il paziente ma, soprattutto, quali siano le effettive prestazioni del paziente.

Per svolgere in modo affidabile questa valutazione e' necessario ricavare le informazioni da numerose fonti – es. colloqui/discussioni con il paziente e con il personale di cure dirette di tutti e tre i turni, includendo quelli del fine settimana e rivedere, poi, la documentazione utilizzata per comunicare con il personale durante i turni. Porre domande pertinenti su tutti gli aspetti delle definizioni delle attività ADL. Per esempio, quando discutete con una infermiera sulla Mobilita' a Letto, siate sicuri di richiedere specificatamente come il paziente si muova da/a una posizione distesa sul letto, come il paziente si giri da un lato all'altro e come il paziente si posizioni sul letto. Un paziente potrebbe risultare indipendente in uno degli aspetti di Mobilita' a Letto ma richiedere invece assistenza in altri. Una esatta classificazione delle ADL è fondamentale per l'attribuzione del gruppo RUG, ma anche come base per prendere decisioni sulla quantità e tipo di cura da fornire al paziente; ponete quindi molta cura nella compilazione e siate sicuri di considerare pienamente ogni definizione delle singole attività.

Le definizioni utilizzate in ciascuna delle opzioni del codice e' intesa a riflettere situazioni **reali** all'interno delle RSA, dove sono sempre comuni leggere variazioni. Per questo motivo i codici 1,2 e 3 della Valutazione di Autonomia (G1 A) (Indipendente, Supervisione, Assistenza Limitata, e Assistenza Intensiva) prevedono l'attribuzione ai diversi gruppi solo per situazioni che si presentino 3 o più volte a settimana, e contemplano quindi l'eventualità che un paziente relativamente autonomo possa ricevere occasionalmente aiuto in situazioni particolari.

Per una accurata valutazione dell'autonomia nelle ADL, cominciate dalla revisione della documentazione proveniente dalle cartelle cliniche. Parlate con il personale clinico di ogni turno ed accertate, per ognuna delle attività ADL, che cosa il paziente fa da solo e in che modo viene assistito dallo staff. Come precedentemente detto, state attenti alle differenze nelle prestazioni del paziente da turno a turno ed applicate un codice ADL che sia in grado di catturare tali differenze. Per esempio, il paziente potrebbe essere indipendente nell'Uso del Bagno durante il giorno ma ricevere un supporto fisico alla sera. In questo caso, nell'Uso del Bagno, il paziente dovrebbe essere codificato col numero "2" (Assistenza Limitata).

La seguente scheda fornisce delle istruzioni generali per registrare accuratamente la valutazione delle Prestazioni nell'Autonomia e nel Supporto delle ADL.

Istruzioni per la Valutazione di Prestazioni nelle ADL e Supporto nelle ADL

- La scala di valutazione è utilizzata per registrare il livello di autonomia del paziente nella cura personale anche in rapporto all'aiuto ricevuto effettivamente negli ultimi 7 giorni.

- Non registrate la vostra valutazione personale sulla capacità di autonomia del paziente nella cura personale – es. cosa credete che il paziente sia in grado di fare da solo, basando la vostra opinione sulle abilità dimostrate o sui soli attributi fisici. Tenete conto solo del grado di autonomia espresso in situazioni concrete.
- Se esiste un piano di trattamento ben definito in cartella, non limitatevi a registrare l'assistenza che il paziente "starebbe" ricevendo. Il tipo ed livello di assistenza effettivamente fornita potrebbe essere abbastanza differente da quelli indicati nel piano. Registrare che cosa sta effettivamente accadendo.
- Coinvolgete nella valutazione il personale di assistenza di tutti i turni, che abbia avuto in cura il paziente negli ultimi 7 giorni. Ricordate allo staff di focalizzare l'attenzione solo sugli ultimi 7 giorni. Non limitatevi a raccogliere il loro giudizio sull'autonomia del paziente, ma formulate domande specifiche per rilevare le attività svolte su ciascuna delle aree ADL (mobilità a letto, moto, trasferimento, ecc), fate delle domande mirate, cominciando con quelle generali per poi procedere con quelle più specifiche.

Di seguito si riporta una tipica conversazione tra un Coordinatore di Valutazione (VAL) ed un operatore addetto all'assistenza (ASS), riguardo la valutazione del paziente per la Mobilità a Letto:

- VAL "Descrivimi come la Sig.ra L si posiziona sul letto. Con questo intendo, una volta sul letto, come si muove da seduta a distesa e viceversa e come si gira da lato a lato e si posiziona?"
- ASS "Riesce a sedersi e distendersi da sola ma la debbo aiutare a girarsi da una parte all'altra"
- VAL "Si siede e si stende senza alcuna istruzione verbale o aiuto fisico?"
- ASS "No, debbo ricordarle ogni volta di usare il trapezio. Ma una volta che le dico come deve fare allora fa tutto da sola"
- VAL "Come l'aiuti a girarsi da un lato all'altro?"
- ASS "Riesce a girarsi da sola aggrappandosi allo corrimano laterale del letto. Le dico cosa fare pero' ha bisogno che io la aiuti a sollevare il sedere e metta le sue gambe in una posizione piu' comoda"
- VAL "La sollevi da solo oppure hai bisogno che qualcuno ti aiuti?"
- ASS "Faccio da solo"
- VAL "Per quanti giorni, durante l'ultima settimana, le hai dato questo tipo di aiuto?"
- ASS "Ogni giorno"

Appurato che la funzione ADL nella Mobilità a Letto e' simile per ogni turno, in tal caso, la Sig.ra L dovrebbe ricevere un Codice di Autonomia nelle ADL uguale a "3" (Assistenza Intensiva) ed un Codice di Supporto nelle ADL uguale a "2" (una persona che assiste fisicamente).

Ora, riguardate i primi due cambiamenti nella conversazione tra il Coordinatore di Valutazione VAL e l'assistente infermiere. Se il VAL non avesse indagato oltre, non avrebbe ricevuto informazioni sufficienti per un'accurata valutazione sia delle capacità del paziente che dell'effettivo carico di lavoro dell'infermiere e non avrebbe neanche potuto valutare se il piano di cura fosse stato o no implementato.

NOTA: per i pazienti in coma l'attività eseguita con completo aiuto (ad esempio la mobilitazione ed il posizionamento a letto) deve essere comunque valutata come attività mai eseguita (punteggio 8) in quanto non è classificabile come una "autonomia", neanche parziale.

Codifica: Per ognuna delle categorie ADL, codificare l'appropriata risposta per ciò che riguarda le effettive prestazioni del paziente durante l'ultima settimana. Inserire il codice nella colonna (A) targata. Considerate le prestazioni del paziente durante tutti i turni in questione, per tener conto della variazione della funzionalità. Nella pagina seguente, vengono forniti due tipi di materiale istruttivo supplementare per l'assistenza durante la vostra fase di apprendimento sul come applicare



il codice: una classifica schematica...per l'attribuzione dei valori ADL di Prestazioni Autonome ed una serie di casi-esempio per ognuno degli ADL.

Nella vostra valutazione, avrete inoltre bisogno di considerare il tipo di assistenza, meglio conosciuta come "aiuto di preparazione" (es. pettine, spazzola, spazzolino da denti, il dentifricio e' stato sistemato sul bordo del lavandino dall'assistente infermiere). L'aiuto di preparazione e' registrato sotto Supporto alle ADL Fornito (Punto G1B). Ma nella valutazione della Autonomia nelle ADL, includete l'aiuto di preparazione all'interno del codice "0" (Indipendente). Per esempio: una volta che tutto il materiale per pulirsi e custodirsi gli e' stato preparato, se il paziente si custodisce autonomamente allora si da il codice "0" (Indipendente) nell'Igiene Personale.

0. **Indipendente** – Nessun aiuto o personale di controllo – OPPURE – C'è stato bisogno del Personale di Controllo/Aiuto non più di due volte negli ultimi sette giorni. Questa classificazione ammette che il paziente abbia ricevuto aiuto e/o supervisione per 1 o 2 volte negli ultimi sette giorni.
1. **Supervisione** – Controllo, incoraggiamento, o suggerimenti forniti tre o più volte durante gli ultimi sette giorni – OPPURE – Supervisione (3 o più volte) più assistenza fisica fornita una sola volta o due negli ultimi 7 giorni.
2. **Assistenza Limitata** – Il paziente, estremamente coinvolto nelle attività, ha ricevuto aiuto fisico nella manovra guidata degli arti od altra assistenza che non implichi il sollevamento in tre o più occasioni – OPPURE – assistenza limitata (3 o più volte) con l'aggiunta di altro aiuto fornito una o due volte durante gli ultimi sette giorni.
3. **Assistenza Intensiva** – Il paziente negli ultimi sette giorni ha svolto le sue attività richiedendo questi tipi di aiuto:
 - Aiuto a sollevarsi, fornito per tre o più volte
 - Aiuto completo da parte di personale di assistenza per 3 o più volte, ma non tutti i giorni
4. **Dipendenza Totale** – Il paziente, per svolgere le sue attività, necessità di assistenza completa ogni giorno negli ultimi 7 giorni.

Questo livello è quello dell'assistenza totale, in cui il paziente ha avuto assistenza completa ogni giorno della settimana, ove per assistenza completa si intende la completa esecuzione da parte del personale di tutte le azioni necessarie per quella specifica attività. Per esempio: per un paziente, essere codificato come totalmente dipendente nel Mangiare, significa che ha bisogno di essere imboccato e dissetato durante tutti i pasti e gli spuntini (includendo il fatto che l'immissione del cibo tramite sonda viene fatta totalmente dallo staff) e non tenta nessun'altra azione di Mangiare (es. Prendere il cibo con le dita, autonutrirsi via sonda o essere assistito nelle varie procedure) durante i pasti.

8. **Attività non eseguita durante tutto il periodo di 7 giorni** – durante gli ultimi 7 giorni, non e' stata eseguita nessuna delle attività ADL da parte del paziente, ne' dal personale. In altre parole, quella particolare attività non c'e' stata affatto. Allo stesso modo, un paziente che e' stato costretto a letto e non si e' mai mosso da li' per tutti gli ultimi 7 giorni riceverà un codice "8" per il Trasferimento.

Ad ogni modo, non confondete un paziente che sia stato totalmente dipendente in una attività ADL (codice 4 – Dipendenza Totale) con il fatto che l'attività non ci sia stata affatto.

Esempio

Anche un paziente che riceve cibo tramite sonda e non cibo o fluidi per bocca e' impegnato nel mangiare (ricevere nutrimento), e, per la categoria Mangiare, deve essere valutato per il livello di assistenza richiesto durante il



processo. Un paziente totalmente passivo nel ricevere l'alimentazione via sonda andrà senz'altro codificato con un codice "4", ma un paziente che sia altamente attivo nell'assumere cibo via sonda, non e' totalmente dipendente e quindi non dovrebbe essere codificato come "4".

Ognuno di questi codici di Autonomia nelle ADL e' unico: non c'e sovrapposizione tra le categorie. Il passaggio da una categoria all'altra avviene solo se quel certo tipo di aiuto e' stato dato per più o meno di 3 volte nella settimana. Quindi, per spostarsi da Indipendente a Supervisione a Assistenza Limitata, i vari tipi di aiuto (rispettivamente supervisione e assistenza fisica) devono essere stati dati per più di tre volte durante l'ultima settimana.

Capiteranno delle volte in cui nessun tipo o livello di assistenza e' stato dato al paziente 3 o più volte negli ultimi sette giorni. Viene invece prestata, per 3 o più volte, la somma totale dei vari tipi di supporto. In questo caso, i diversi aiuti vengono sommati, ma vengono attribuiti con riferimento al più pesante di essi per il quale siano stati rilevati almeno tre episodi di aiuto pari o superiore. Così un paziente che ha ricevuto due volte supervisione e due volte aiuto fisico, verrà classificato con codice 1 (Supervisione per più di 3 volte a settimana). Un paziente che ha ricevuto 2 volte supervisione, 1 aiuto e 2 assistenza fisica, verrà classificato con punteggio 2 (Assistenza limitata) perché è stata erogata tre o più volte assistenza pari o superiore a quella del livello 2.

Esempi

Il paziente e' stato un paio di volte sotto supervisione mentre passeggiava in corridoio ed ha ricevuto, un altro paio di volte, l'assistenza fisica. Date **Codice "1" per la Supervisione nell'attività del Passeggiare.** *Fondamento Logico:* La categoria di Supervisione e' quella di meno dipendenza di tutte.

Il paziente e' stato sotto supervisione per l'uso del WC una volta in una settimana, ha ricevuto aiuto due volte (esempio, allacciare i pantaloni), assistenza fisica una volta (es. sollevarsi dal Water ed alzare i pantaloni). **Codice "2" per Assistenza Limitata nell'Uso del WC.** *Fondamento Logico:* Ci sono stati tre episodi di assistenza negli ultimi 7 giorni: 2 episodi di aiuto ed uno assistenza fisica. L'Assistenza Limitata rappresenta, in tal caso, il codice corretto perché riflette la categoria di supporto di minore dipendenza che include tre o più attività che sono almeno a quel livello di supporto.

SCHEMA SINTETICA DI VALUTAZIONE DI AUTONOMIA NELLE ADL

Classe di Autonomia	Attività svolta con :				Attività mai svolta
	Supervisione	Aiuto	Assist. Fisica	Aiuto Completo	
0. Indipendente	Nessuno o non più di 1-2 volte	Nessuno o non più di 1-2 volte	Nessuno o non più di 1-2 volte	Nessuno o non più di 1-2 volte	
1. Supervisione	Tre o più volte + suggerimenti o +	Nessuno o non più di 1-2 volte	Nessuno o non più di 1-2 volte	Nessuno o non più di 1-2 volte	



	1-2 assistenza				
2. Ass. Limitata		Tre volte o più	Nessuno o non più di 1-2 volte	Nessuno o non più di 1-2 volte	
3. Ass. Intensiva			Tre volte o più	Tre volte o più, ma non ogni giorno	
4. Dipendenza totale				Ogni giorno della settimana	
8. Attività mai svolta					Attività mai svolta nei 7 giorni

G (B) - Supporto fornito nelle ADL

Intento: registrare il tipo ed il maggior livello di supporto che il paziente abbia ricevuto in ogni attività ADL durante gli ultimi 7 giorni.

Definizione: Supporto Fornito nelle ADL– Misura del livello più alto di supporto dato dallo staff negli ultimi 7 giorni, anche quando il supporto e' stato fornito una sola volta. Questa e' una scala differente ed interamente separata dalla valutazione di Autonomia nelle ADL.

In questa scala viene introdotta una codifica nuova, che è l'**Aiuto di preparazione**, con la quale si intende il tipo di aiuto caratterizzato dal fornire al paziente i diversi strumenti, prodotti o indicazioni necessari per eseguire con la massima autonomia le varie attività ADL. Sono inclusi in questa forma di aiuto la preparazione del "campo di lavoro" e l'ottimale posizionamento ed eventuale regolazione degli strumenti.

Esempi di Aiuto di Preparazione

- **Per la mobilità' a letto** – tenere il bastone o il trapezio del paziente
- **Per il trasferimento** – porgere al paziente la tavola per il trasferimento o bloccare le ruote della sedia a rotelle per un trasferimento più sicuro.
- **Per mangiare** – tagliare la carne ed aprire i contenitori durante i pasti; passare al paziente un cibo alla volta.
- **Per l'uso del bagno** – reggere al paziente la padella o posizionare gli articoli necessari a lui/lei per il cambio dell'apparecchio di ostomia in luoghi che egli possa raggiungere facilmente.

Procedure: Per ogni categoria ADL, codificate il massimo valore di supporto che il paziente ha ricevuto durante gli ultimi sette giorni, a prescindere dalla frequenza, ed inserite il suddetto valore nella colonna "B". Siate certi che la vostra valutazione sia stata fatta tenendo conto di tutti i turni di servizio, 24 ore al giorno, inclusi i fine settimana. Codificate indipendentemente dalla valutazione di Autonomia nelle ADL. Per esempio, un paziente potrebbe essere risultato Indipendente in



Trasferimento per l'Autonomia nelle ADL ma potrebbe anche aver ricevuto un aiuto fisico per una o due volte durante gli ultimi sette giorni. In tal caso, il Codice di Autonomia nelle ADL sarebbe stato "0" in Trasferimento (Indipendente), mentre avrebbe avuto un codice "2" per il Supporto nelle ADL (Una persona che assiste fisicamente).

Codifica: Classificate il paziente in rapporto al massimo aiuto ricevuto nel corso della settimana (anche una sola volta) per ogni attività. Nota: in questa categoria, il codice più alto per l'assistenza fisica (oltre al codice "8") è il codice "3" e non "4" come nell'Autonomia nelle ADL. I singoli punteggi della scala vengono attribuiti sulla base dei seguenti elementi:

0. **Nessun Aiuto** : Nessuna preparazione ne aiuto da parte dello staff
1. **Organizzazione:** Aiuto di organizzazione o preparazione soltanto – il paziente viene munito di materiale o suggerimenti necessari a procedere indipendentemente nelle attività giornaliere.
2. **Aiuto di una persona.** Aiuto diretto (fisico) nella esecuzione di una attività della ADL fornito da una sola persona.
3. **Aiuto di due o più persone.** Aiuto diretto (fisico) nella esecuzione di una attività della ADL fornito da due o più persone.
4. **Attività mai eseguita.** L'attività ADL non è stata eseguita negli ultimi 7 giorni. Questa valutazione deve coincidere con quella della scala A, per cui quando in una categoria di Supporto Fornito viene inserito il codice "8" allora inserite il codice "8" anche per la categoria riguardante l'Autonomia nelle ADL.

Per esempio, se durante il periodo di valutazione il paziente non ha mai lasciato il letto dare il codice "8" per trasferimenti. Se l'attività non c'è proprio stata, non c'è stato neanche nessun aiuto.

Gli esempi che seguono chiarificano il modo di assegnare i codici sia per l'Autonomia che per il Supporto nelle ADL. La risposta è posta alla destra della descrizione del paziente. Compilate le risposte, leggete e contegiate l'esempio ed in seguito confrontate le vostre risposte con quelle fornite dalla tabella.

Esempi: Autonomia e Supporto nelle ADL	Autonom.	Supporto
Mobilità dal letto Il paziente è stato fisicamente capace di posizionarsi sul letto ma ha avuto la tendenza a preferire e rimanere sul suo lato sinistro. Ha ricevuto frequenti promemoria e monitoraggi sul come riposizionarsi a letto.	1	0
Il paziente è stato sottoposto a supervisione ed è stato imbeccato verbalmente per l'uso del trapezio per la mobilità a letto. In due occasioni, quando le braccia erano affaticate, il paziente ha ricevuto una maggiore assistenza fisica	1	3

da parte di due persone.		
Di solito il paziente si posiziona a letto da solo. Comunque, siccome dorme con la testata del letto inclinata a 30 gradi, occasionalmente scivola in basso, verso i piedi del letto. In 3 occasioni il personale dei turni notturni ha aiutato il paziente a riposizionarsi offrendogli un supporto peso nel momento in cui lui ha piegato le ginocchia e spinto con i piedi sulla sponda del letto.	3	2
Per girarsi nel letto, il paziente comincia con l'aggrapparsi alla sponda laterale di supporto. Riceve assistenza fisica da una sola persona, la quale guida le sue gambe nella posizione adeguata e lo aiuta a girarsi completamente per mezzo del movimento delle lenzuola (usando anche l'assistenza di sollevamento peso).	3	2
Il paziente si e' girato sul suo lato sinistro da solo e quando ha voluto. A causa pero' della debolezza del suo lato sinistro, ha ricevuto assistenza fisica di supporto peso da parte di 1-2 persone che lo hanno aiutato a girarsi sul suo lato destro oppure a sedersi sul letto.	4	3
A causa di gravi, dolorose deformazioni degli arti, il paziente e' stato completamente dipendente da due persone nella mobilita' a letto. Sebbene incapace di contribuire fisicamente al processo di posizionamento, il paziente e' stato capace di indicare allo staff la posizione desiderata e quella che lui ha creduto essere più comoda.	4	3

Esempi: Autonomia e Supporto nelle ADL	Autonom.	Supporto
Trasferimento A dispetto dell'amputazione sopra il ginocchio di entrambe le gambe, il paziente si e' quasi sempre mosso autonomamente dal letto alla sedia a rotelle (e viceversa). Usando una tavola di trasferimento, e' riuscito a raggiungere gli oggetti sul suo comodino. In una sola occasione, il personale ha dovuto ricordargli di utilizzare la tavola di trasferimento. In un'altra occasione, il paziente e' stato sollevato dalla sedia rotelle da un membro del personale.	0	2
Il paziente si e' dimostrato fisicamente indipendente per tutti i tipi di trasferimento. Ad ogni modo, non si alza la mattina fin quando l'assistente infermiere non rimette a posto le coperte sul suo letto e sblocca uno dei corrimano laterali del letto.	0	1
Una volta che qualcuno del personale gli ha posizionato correttamente la sedia a rotelle e ne ha bloccato le ruote, allora il paziente si e' trasferito indipendentemente dal/al letto.	0	1
Il paziente si e' mosso indipendentemente dalla/alla poltrona ma ha sempre avuto bisogno di una persona che gli desse una leggera guida fisica per alzarsi o tornare a letto senza problemi.	2	2
La capacita' di trasferimento da un luogo all'altro e' cambiata di giorno in giorno. Il paziente talvolta non ha ricevuto affatto assistenza mentre altre ha avuto bisogno di una grande assistenza di supporto peso da parte di una persona alla volta.	3	2

Esempi: Autonomia e Supporto nelle ADL**Mangiare**

Il paziente con leggero tremore motorio ha mangiato da solo i cibi da prendere con le mani (es. panini, verdure crude, frutta a fette, crackers) mentre ha avuto sempre bisogno di supervisione ed assistenza fisica totale con i liquidi e con i cibi che richiedessero l'uso delle posate.

3

2

Il paziente ha mangiato da solo con il monitoraggio da parte del personale a colazione ed a pranzo ma e' apparso stanco nella tarda giornata. E' stato imboccato totalmente dall'infermiera per la cena.

3

2

Il paziente abituato a ricevere sonda nasogastrica, ha continuato a ricevere cura totale nel nutrimento via sonda per due volte al giorno. In aggiunta, ha mangiato piccole quantità di cibo per bocca ma solo con la supervisione del personale.

3

2

Il paziente ha ricevuto nutrimento con sonda via digiunostomia per tutti gli apporti nutrizionali.

4

2

Esempi: Autonomia e Supporto nelle ADL**Uso del Bagno**

Il paziente, una volta messo sulla sedia a rotelle, ha fatto uso del bagno indipendentemente; ha usato la padella autonomamente durante la notte quando questa fosse stata appositamente posta sul suo comodino.

0

1

All'interno del bagno, il paziente e' indipendente. Come misura di sicurezza, l'assistente infermiere sta fuori della porta, controllando cosa accade periodicamente.

1

0

Il paziente usa il bagno in modo indipendente ma occasionalmente ha bisogno di una minima assistenza fisica per l'igiene e per risistemarsi i vestiti in seguito. Tale tipo di aiuto e' stato dato due volte durante l'ultima settimana.

0

2

Quando sveglio, il paziente ha fatto toeletta ogni due ore, con minima assistenza fisica da parte di una persona durante tutte le attività di toeletta (es., guardia a vista per il trasferimento dal/al bagno, per asciugarsi le mani, abbottonarsi i pantaloni). Ha avuto bisogno di cure totali da parte di un inserviente parecchie volte durante la notte in seguito ad episodi di incontinenza.

3

2

Il paziente ha ricevuto un'assistenza massiccia da parte di due persone per il trasferimento fuori e dentro il bagno. E' stato capace di supportare parzialmente il proprio peso ed ha richiesto solo una assistenza di pronto intervento durante l'igiene (es., passargli le salviette o la padella per incontinenza).

3

3

Obeso, con abilità fisiche e cognitive ridotte, il paziente riceve un sollevamento di peso per tutti i trasferimenti da/al letto. E' impossibile fargli toeletta ed e' incontinente. Al paziente viene fatta un'igiene personale completa ogni 2 ore da parte di 2 membri del personale.

4

3



SEZIONE H

CONTINENZA

L'incontinenza è uno dei principali indicatori di carico assistenziale, ma anche una spia della qualità dell'assistenza erogata. Per questo motivo, dopo una prima serie di valutazioni circa l'impatto assistenziale della incontinenza e dell'uso di cateteri, questi indicatori sono stati tolti dalla scheda di calcolo del RUG, perché esposti a tentazioni di comportamenti opportunistici.

Viene quindi considerata solo i punti a) e b) la sezione H.3. del Minimum Data Set (Ausili e Programmi), quella relativa alla adozione di programmi contro l'incontinenza, escludendo il cateterismo o i pannoloni.

Item H 3. Ausili e Programmi

Definizione:

- a. **Toiletta programmata** – Consiste nella applicazione sistematica di un piano per cui il personale di assistenza, a orari prefissati, accompagna il paziente al bagno o gli fornisce un pappagallo, oppure ricorda al paziente di andare al bagno. Questo programma comprende l'addestramento allo svuotamento volontario della vescica.
- b. **Programma di rieducazione della vescica** – Consiste in un programma di rieducazione nel quale al paziente viene insegnato a ritardare consciamente di urinare o a resistere all'urgenza di svuotarsi. I pazienti vengono incoraggiati a svuotare la vescica a tempi schedati piuttosto che ai tempi delle loro urgenze. Questa forma di addestramento è utilizzata per gestire il fenomeno di incontinenza dovuta all'instabilità vescicale. La differenza con il punto a) è relativa alla capacità di trattenere l'urina e ritardare la minzione.

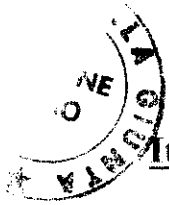
Procedure: Controllate le cartelle cliniche. Consultatevi con il paziente e personale di assistenza.

Codifica: Codificate con "1" in caso di attività programmata ed effettuata regolarmente, con "0" in caso di attività non programmata e/o effettuata.

SEZIONE I

DIAGNOSI DI MALATTIE (Malattie "attive")

Intento: Documentare la presenza di alcune malattie che abbiano una relazione con l'attuale grado di autonomia del paziente, con il suo stato cognitivo, con quello umorale o comportamentale, con i trattamenti medici, con il monitoraggio da parte del personale e con il rischio di morte del paziente stesso. In generale, queste sono condizioni che condizionano il piano di trattamento. Non includete condizioni che siano già state risolte o che non abbiano più alcuna influenza sulla funzionalità del paziente o sul suo piano di cure. In molte strutture, il personale di assistenza trascura l'aggiornamento della lista delle diagnosi "attive" del paziente. Potrebbe esserci una tendenza a continuare sulla base di vecchie diagnosi che invece possono essere state risolte o non siano più importanti rispetto al piano di trattamento.



Item II. Malattie

Definizione:

a . Diabete Mellito – Include il diabete mellito insulina-dipendente (IDDM) ed il diabete mellito a dieta-controllata (NIDDM o AODM). Inserire comunque tutti i casi che seguono uno specifico trattamento medico (insulina, ipoglicemizzanti orali etc.) o dietetico (specifiche restrizioni) a fronte di una diagnosi di diabete.

r. Afasia – Disordini nel linguaggio parlato e scritto causati da malattie o da lesioni al cervello che comportano la difficoltà di esprimere concetti (es., parlare, scrivere), o capire il linguaggio parlato o scritto.

s. Cerebropatia e/o Epilessia – Paralisi (paresi o plegia) correlata a deficit di sviluppo del cervello o traumi alla nascita. Vanno considerate in questo capitolo tutte le forme di encefalopatia dell'età dello sviluppo, associate o no ad epilessia e spasticità. Sono escluse le forme di paralisi periferiche (distrofia muscolare, m. di Duchenne etc.).

v. Emiplegia/Emiparesi – Paralisi parziale (temporanea o permanente perdita delle sensazioni, delle funzioni e dei movimenti) di entrambe gli arti da un lato del corpo. Di solito causata da emorragie cerebrali, trombosi, embolismi, tumori. La diagnosi per emiplegia/emiparesi deve comparire sulla cartella clinica del paziente.

w. Sclerosi Multipla – Malattia demielinizzante, cronico-evolutiva, con andamento a poussées o, più raramente, progressivo. Va codificata nei pazienti che presentano quadri clinici attivi di deficit neurologico (motori, della sensibilità superficiale e profonda, dell'equilibrio, sensoriali, del sistema neurovegetativo) per danno cronicizzato progressivo o per riacutizzazione in atto.

z. Tetraplegia - Paralisi (temporanea o permanente perdita delle sensazioni, funzioni e movimenti) di tutti e quattro gli arti. Di solito causata da emorragie cerebrali, trombosi, embolismi, tumori o traumi o danni alla spina dorsale. La diagnosi di quadriplegia deve comparire sulla cartella del paziente.

Item I2. Infezioni

e. Polmonite – Processo infettivo in atto del parenchima polmonare. Comprende le forme batteriche e quelle virali. Deve essere presente febbre e una diagnosi definita in cartella.

g. Sepsi – Processo infettivo in atto, ad espressione locale o sistemica, diagnosticato in modo oggettivo attraverso diretta valutazione (esempio suppurazione di ferita o piaga purulenta) o esami clinici (VES, leucociti. IG etc.)

Processo: consultate la documentazione di trasferimento e le cartelle cliniche (inclusi gli attuali trattamenti e piani di cura). Nelle precedenti cartelle cliniche o lettere di dimissione ospedaliera sono spesso elencate le diagnosi ed i corrispondenti codici ICD-9-CM. Se tali diagnosi sono ancora attive, registratele sul modulo MDS. Tenete anche conto di informazioni fornite dal paziente che vi appaiano avere validità clinica. Consultate il comunque il personale di assistenza, e, se possibile, il medico della struttura.



Il coinvolgimento del medico in questa parte del processo di valutazione puo' essere cruciale. Verificate che in cartella le diagnosi pregresse siano indicate come "inattive", mentre quelle attive siano individuate come tali. Confrontate queste informazioni con le terapie in atto.

Approfondite le diagnosi di malattia solo se la malattia stessa ha un effettiva influenza sulle attuali autonomia del paziente e sul suo stato cognitivo, comportamentale, umorale e sui trattamenti clinici, (compreso il monitoraggio infermieristico) o il rischio di morte.

Codifica: Nei casi rilevati come malattie "attive" codificare con "1". Negli altri casi con "0". Non registrate le malattie che siano risolte o che non abbiano più alcun effetto sui piani di cura del paziente.



SEZIONE J

CONDIZIONI DI SALUTE

Item J1. Problemi e sintomi che influenzano lo stato di salute

Obiettivo: registrare i problemi specifici o i sintomi che influenzano o potrebbero influenzare la salute del paziente od il suo stato funzionale ed identificare il fattore rischio di malattie, incidenti e declino delle funzioni.

Indicatori del livello dei fluidi corporei

c. Segni di disidratazione – E' spesso difficile poter riconoscere quando un anziano, fragile ed ammalato cronico, sia in una fase di disidratazione. I modi per monitorare il problema, particolarmente per i pazienti che non sono in grado di riconoscere o riferire i comuni sintomi di disidratazione, sono i seguenti:

- Il residente di solito prende meno dei 2500 ml di fluidi raccomandati giornalmente (acqua o bevande liquide, o acqua nei cibi).
- Il residente ha segni clinici di disidratazione rilevabili alle mucose
- La perdita dei fluidi e' maggiore della quantità di fluidi presi dal residente (es. la perdita per vomito, febbre, diarrea eccede la quantità fluidi presi).

Altro

e. Episodi Piscotici – Fissazione o falsa credenza, non condivisa da altri, che il paziente esprima anche quando c'è un'evidente prova che è vero il contrario (es., convinzione che egli sia malato terminale, convinzione che il coniuge abbia un amante, convinzione che il cibo servito sia avvelenato).

h. Febbre – Temperature rettali sopra i 38° Celsius sono considerate significative nei soggetti piu' anziani delle RSA. Tuttavia molti anziani fragili hanno una linea di base di temperatura rettale piuttosto bassa (es. 35,5°, 36°). In questi casi la febbre e' presente quando la temperatura del paziente e' di 1 grado maggiore della temperatura di base.

i. Allucinazioni – False percezioni che si presentano in assenza di stimoli reali. Un allucinazione potrebbe essere uditiva (es., sentire voci), visiva (es., vedere persone o animali), tattile (es., sentire degli insetti camminare sulla pelle), olfattiva (es., odorare dei fumi velenosi) o del gusto (es., sentire dei sapori strani).

j. Emorragia Interna – Il sanguinamento potrebbe essere aperto (come il sangue rosso vivo) od occulto (feci guaiaco positive). Gli indicatori clinici includono feci nere e macchiate, vomito scuro, ematuria (sangue nelle urine), emottisi (sputare sangue), severa epistassi (sanguinamento del naso).

o. Vomito – Episodi di rigurgito dei contenuti dello stomaco; in ogni sua espressione e da qualsiasi causa (es., tossicità dei farmaci, influenza, psicogena etc.).



SEZIONE K

STATO NUTRIZIONALE

Item K3: Variazione di peso

Obiettivo: registrare la variazione del peso del paziente nel tempo. Ai fini della attribuzione del RUG di questa sezione viene valutata solo l'indice a): Perdita di peso

Definizione: Perdita di peso percentuale (es., 5% o più negli ultimi 30 giorni, o 10% o più negli ultimi 180 giorni).

Procedure:

Nuove ammissioni – chiedete al paziente o alla sua famiglia circa la variazioni di peso negli ultimi 30 e 180 giorni. Consultate il fisioterapeuta, ispezionate la documentazione del trasferimento e confrontate i dati con il peso al momento dell'ammissione. Calcolate la perdita di peso percentuale durante l'intervallo di tempo specificato.

Paziente già ricoverato – ispezionate le cartelle cliniche e confrontate il peso corrente con il peso di 30 e 180 giorni fa. Calcolate la perdita di peso in percentuale durante lo specificato periodo di tempo.

Codifica: codice "0" se la risposta e' NO e codice "1" se la risposta e' SI. Se non ci sono valori di peso da confrontare allora inserite NA oppure un cerchio barrato Ø.

Item K5: Trattamenti Nutrizionali

Definizione:

Parenterale e.v. – Immissione di fluidi per via endovenosa (e.v.) con somministrazioni continue o alternate. Non comprende la somministrazione di terapie endovena, che sono considerate nella sezione P1e (Trattamenti e Procedure Speciali).

Sondino nasogastrico – nutrizione enterale mediante qualunque tipo di sonda che trasporti cibo/sostanze nutritive/fluidi/medicazioni direttamente all'interno del sistema gastrointestinale. Rientrano in questa categoria oltre al sondino nasogastrico, la sonda in gastrotomia, la sonda in digiunostomia, le vie percutanee (PEG).

Codifica: Codificate con "1" nei casi in cui il paziente venga alimentato abitualmente con le modalità indicate.



SEZIONE M

CONDIZIONI DELLA CUTE

Obiettivi: determinare le condizioni della cute del paziente, identificare la presenza, il tipo, lo stadio ed il numero di ulcere e documentare le altre problematiche dermatologiche. Documentare, inoltre, qualsiasi trattamento dermatologico per lesioni attive così come qualunque trattamento protettivo o preventivo della pelle o trattamenti di pedicure che il paziente abbia ricevuto negli ultimi 7 giorni.

Item M1: Ulcera (dovuta a qualsiasi causa)

Obiettivo: registrare il numero di ulcere, di ogni tipo e ad ogni stadio, in qualsiasi parte del corpo siano.

Definizione:

Stadio 1. Area di pelle persistentemente arrossata (senza rotture della pelle) che non scompare una volta che la pressione venga rimossa.

Stadio 2. Perdita cutanea superficiale che si presenta clinicamente come abrasioni, vesciche o crateri poco profondi.

Stadio 3. Perdita di cute a tutto spessore con conseguente esposizione dei tessuti sottocutanei. Si presenta come un profondo cratere con o senza bordi sottominati.

Stadio 4. Perdita a tutto spessore della cute e dei tessuti sottocutanei con esposizione di muscoli ed ossa.

Procedura: ispezionate le cartelle del paziente e chiedete agli infermieri se il paziente ha ulcere. Procedete quindi ad esaminare personalmente il paziente e determinate lo stadio ed il numero di ulcere presenti. Attenzione eseguite un controllo accurato su tutto il corpo, perché qualche ulcera potrebbe passare inosservata.

La valutazione delle ulcere di stadio 1 richiede un lavoro particolarmente accurato per i pazienti con pelle di tonalità scura in modo da valutare le effettive variazioni del colore della pelle. Per riconoscere le ulcere di stadio 1 nei soggetti di pelle scura cercare: (1) qualsiasi variazione al tatto dei tessuti nelle zone a rischio; (2) qualsiasi variazione dell'aspetto della pelle nelle zone a rischio, come per esempio la cosiddetta "pelle a buccia d'arancio"; (3) variazioni del colore, specie con pelle leggermente color porpora ed, infine, (4) aree estremamente secche, con screpolature e croste che, a guardar meglio, coprono lesioni dei tessuti più profondi.

Codifica: registrare, negli ultimi 7 giorni, il numero di ulcere ad ogni stadio presenti sul corpo del paziente indipendentemente dalle cause. Se è presente un'escara necrotica, che non consente una valutazione accurata dello stadio, allora assegnate il codice "4" fin quando l'escara sia stata rimossa (meccanicamente o chirurgicamente) per permettere la classificazione. Se non vi sono ulcere a nessuno stadio particolare, scrivete "0" nella casella indicata. Se ci dovessero essere più di 9 ulcere a qualsiasi stadio, inserite nella casella il codice "9".

Esempio Ulcera

La Sig.re L ha un tumore ad uno stadio metastatico e pesa solo 40 Kg. Ha un'ulcera di stadio 3 sull'osso sacro e due ulcere di stadio 1 sotto i talloni.

Stadio	Codice
a. 1	2
b. 2	0
c. 3	1
d. 4	0

Item M2: Tipi di Ulcera

Obiettivo : registrare lo stadio più alto registrato dalla ulcera da decubito negli ultimi 7 giorni.

Definizione:

a) Ulcere da Decubito – Qualsiasi lesione cutanea causata da pressione che produca una alterazione dei tessuti sottocutanei.

Procedure: ispezionate le cartelle del paziente. Consultatevi con il personale di assistenza riguardo le possibili cause delle ulcere.

Codifica: Utilizzando la stessa scala dello stadio d'ulcera per il punto M1, riportate il più alto stadio di ulcera riscontrato negli ultimi 7 giorni. Ricordatevi che esistono anche altri tipi di ulcera oltre a quelle da decubito (es., ulcere da stasi o ischemiche). Un'ulcera che è stata registrata al punto M1 non e' detto che sia riportata anche in M2. Vedi l'esempio di seguito.

Esempio Tipi di Ulcera - 1

Il Sig. C soffre di diabete e scarsa circolazione agli arti inferiori. Lo scorso mese il Sin. G ha trascorso 2 settimane in ospedale dove ha subito l'amputazione della gamba sinistra dal ginocchio (BKA) a causa di una cancrena al piede. Il ricovero e' stato complicato da fenomeni di delirio (confusione acuta) e, quindi, il paziente e' stato obbligato per la maggior parte del tempo a letto. Le infermiere hanno fatto notare che il paziente accettava di stare solamente supino. Il letto era munito di un materasso "antidecubito" per alleviare la pressione. Sono stati provati anche un materasso ad acqua ed uno ad aria ma entrambi hanno avuto il solo risultato di aggravare lo stato di agitazione del paziente. Il sig. C e' stato riammesso alla casa di cura 3 giorni dopo con uno stadio 2 di Ulcera da Decubito sopra l'osso sacro e con uno stadio 1 di Ulcera da Decubito sotto il tallone destro e su entrambe i gomiti. Non sono stati rilevati altri segni di ulcera.

Tipo di Ulcera	Codice (stadio più alto)
a. Ulcera da Decubito	2

Ragione logica del codice: Il Sig. C ha quattro ulcere da decubito, per le quali il più alto stadio riscontrato e' il 2.

Esempio Tipi di Ulcera - 2

La Sig.ra B ha delle occlusioni alle arterie della gamba destra che causano una circolazione arteriosa ridotta al piede destro (ischemia). La signora ha una sola ulcera, uno stadio 3 sulla superficie dorsale del piede destro.

Tipo di Ulcera	Codice (stadio più alto)
a. Ulcera da Decubito	0

Ragione logica del codice: l'ulcera della Sig.ra B e' un'ulcera ischemica piuttosto che una causata da decubito o stasi venosa.

Item M4: Altri Problemi alla Cute o Presenza di Lesioni

Obiettivo: documentare la presenza di altri problemi alla cute oltre le ulcere e valutare le condizioni che potrebbero rappresentare dei fattori rischio per problemi più seri.

Definizione:

b. Ustioni (secondo o terzo grado) – Considerare ustioni di ogni causa (es., calore, sostanze chimiche) e ad ogni stadio medico. Non considerate le ustioni di primo grado (per le quali varia solo il colore della pelle), mentre dovete prendere in considerazione quelle che hanno causato vesciche, bolle, escare, necrosi etc.

c. Lesioni aperte da ulcere, rashes, tagli – Segnalare ogni forma di lesione aperta di tipo ulceroso, o traumatico, o infettivo, o degenerativo (es. tumorali). Sono incluse le infiammazioni o eruzioni cutanee che possono comportare cambio del colore, brufoli, vesciche etc e sintomi quali il prurito, il bruciore od il dolore. Registrate i *rashes* di qualsiasi origine (es. calore, droghe, batteri, virus, contatto con sostanze irritanti come l'urina ed il detergente, allergie, ecc). Valutare anche rashes (dermatiti) presenti tra le pieghe della pelle, frequenti in particolare tra le dita dei piedi.

g. Ferite chirurgiche – Incluse quelle cicatrizzanti e non, incisioni chirurgiche aperte o chiuse, innesti di pelle o drenaggi situati in qualsiasi parte del corpo. Non considerare le ferite già cicatrizzate.

Procedura. Chiedete al paziente se abbia problemi in qualche area particolare del corpo. Esaminate il paziente. Consultate l'infermiera. Ispezionate le cartelle cliniche. Controllate tutto ciò che risponda alle definizioni date.

Codifica. Segnalate con codice "1" tutti i segni presenti..



Item M5: Trattamenti della pelle

Documentare qualsiasi specifico o generico trattamento dermatologico che il paziente ha ricevuto negli ultimi 7 giorni.

Definizione:

a. Sedia con dispositivo antidecubito – Dispositivi a gel, aria (es. Roho), od altri cuscini piazzati sulla sedia o sulla sedia a rotelle. Non è incluso il cuscino a cassetta d'uovo.

b. Letto con dispositivo antidecubito – Letti ad aria, flottazioni, acqua, o materassi a bolle o imbottiture poste sul letto. Questa categoria non include i materassi a cassetta d'uovo.

c. Programma di rotazione/riposizionamento – Include un continuo, consistente programma per variare la posizione del paziente e modificare le pressioni sulla cute.

d. Terapie nutrizionali o idratanti. Interventi di nutrizione o idratazione per la gestione dei problemi dermatologici – misure dietetiche alle quali il paziente e' sottoposto con il proposito di prevenire o trattare condizioni dermatologiche specifiche – es., dieta senza farinacei per prevenire le dermatiti allergiche, dieta altamente calorica con l'aggiunta di supplementi per prevenire la screpolatura della pelle, dieta altamente proteica per le ferite mediche.

e. Cura dell'ulcera – Include qualunque intervento per il trattamento di uno stadio d'ulcera. Tra gli esempi ci sono le fasciature, trattamenti chimici o chirurgici, irrigazioni delle ferite ed idroterapia.

f. Cura delle ferite chirurgiche – Qualunque intervento per il trattamento e la protezione di qualsiasi ferita da intervento chirurgico. Tra gli esempi di cura: pulizia topica, irrigazione delle ferite, applicazione di unguenti antimicrobici, qualsiasi tipo di bendaggio, rimozione delle suture, impacchi caldi o applicazioni di calore.

g. Medicazioni (con o senza farmaci)– Sono incluse le garze asciutte, i bendaggi bagnati con soluzioni saline o altro, le fasciature trasparenti, fasciature di idrogel e fasciature con i idrocolloidi o particelle idroattive, i medicamenti, inclusi unguenti o medicazioni utilizzati per il trattamento delle condizioni della cute (es., cortisone, antifungini, antibiotici, etc). Questa definizione non include quegli unguenti usati per il trattamento di condizioni che non siano correlate alla cute (es. cerotto di nitroglicerina per angina pectoris). **Escludere le medicazioni ai piedi (sezione M6).**

Procedura: Esamine le cartelle cliniche del paziente. Chiedete al paziente ed all'infermiera che lo assiste.

Codifica: Codificate con "1" tutte le condizioni riscontrate.



Item M6: Problemi e cura dei piedi

Intento: documentare problemi sanitari ai piedi e procedure relative alla cura del piede durante gli ultimi 7 giorni.

Definizione:

Infezioni. Processi infettivi di qualsiasi tipo.

Lesioni aperte – Include tagli, ulcere, fessure.

Medicazioni con o senza medicazioni topiche – Sono incluse le garze asciutte, le fasciature bagnate con soluzioni saline o altro, le fasciature con idrogel e quelle con idrocolloidi o particelle idroattive.

Procedura: Chiedete al paziente ed alla infermiera che lo assiste. Ispezionate i piedi del paziente. Riguardate le cartelle cliniche.

Codifica: Codificate con “1” tutte le condizioni riscontrate.

SEZIONE N

ATTIVITA'

Obiettivo: La sezione ha l'obiettivo di registrare la quantità ed i tipi di interessi ed attività che il paziente abbia correntemente svolto, così' come anche le attività che il paziente vorrebbe svolgere ma che non sono correntemente in atto nella casa di cura.

Per la valutazione RUG viene presa in considerazione solo il tempo di veglia durante la giornata.

Item N1: Tempo in cui il paziente è sveglio

Definizione: Per valutare la veglia riportare quei periodi di una giornata tipica (durante gli ultimi 7 giorni) durante i quali il paziente e' stato sveglio (vigile) tutto o la maggior parte del tempo (es., non più di un'ora di pisolino durante uno qualsiasi di questi periodi)

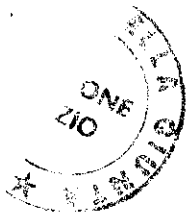
- a. al mattino,
- b. al pomeriggio,
- c. alla sera.

Processo: consultatevi con il personale diretto di cura, con il paziente e la sua famiglia.

Codifica: controllate tutti i periodi durante i quali il paziente e' sveglio (vigile) per la maggior parte del tempo. Per mattina intendiamo dalle 7 *am* alle 12. Il pomeriggio va da mezzogiorno fino alle 6 *pm*. La sera va dalle 6 *pm* fino alle 10 *pm* (o il momento di coricarsi, se prima delle 10 *pm*).

Codificare con “0” se il paziente dorme per la maggior parte del tempo; con “1” se è sveglio per la maggior parte del tempo.

Se il paziente e' in stato comatoso, codificate con “0” i tre campi.



SEZIONE O

FARMACI

Item O3: Iniezioni

Obiettivo: determinare il numero di giorni (durante gli ultimi 7) durante i quali il paziente abbia ricevuto qualsiasi tipo di farmaco, antigene o vaccino per mezzo di iniezione subcutanee, intramuscolari o intradermiche. Non considerate le somministrazioni endovena. Se il paziente riceve fluidi per via endovenosa allora registratelo al punto K5a, Parenterale/e.v. . Se riceve farmaci per via endovenosa allora registrare il punto P1c, farmaci e.v..

Codifica: registrare nella casella corrispondente il numero di GIORNI di trattamento nell'ultima settimana .

Esempio

Durante gli ultimi 7 giorni, il sig. G ha ricevuto una iniezione di antibiotico Lunedì', un test PPD (per la tubercolosi) Martedì', un'iniezione di vitamina B12 Mercoledì'. **Codice "3" in quanto il paziente ha ricevuto iniezioni per 3 giorni durante l'ultima settimana.**

SEZIONE P

TRATTAMENTI E PROCEDURE SPECIALI

Item P1: Trattamenti speciali, Procedure e Programmi

Intento: identificare qualunque tipo di trattamento speciale, terapia o programma che il paziente abbia ricevuto negli ultimi 14 giorni.

P 1 A) - Trattamenti Speciali

Il paziente potrebbe essere stato sottoposto a tali trattamenti all'interno della RSA o in un precedente ricovero ospedaliero in ospedale. Codificate con riguardo agli ultimi 14 giorni, senza riguardo per il luogo nel quale il paziente ha ricevuto il trattamento.



Definizioni:

- a. Chemioterapia** – Include qualsiasi tipo di chemioterapia (medicinali anti-neoplastici) in qualsiasi forma di somministrazione.
- b. Dialisi** – Include dialisi peritoneale o renale che venga eseguita all'interno della casa di cura od in altre strutture.
- c. Infusione e.v.** – Include qualsiasi tipo di medicinale o biologico (es., materiale di contrasto) dato per via endovenosa o per fleboclisi attraverso una vena centrale o periferica. Non sono inclusi dosi di eparina per mantenere un attivo blocco di eparina, o fluidi e.v. senza farmaci.
- g. Ossigenoterapia** - Include l'apporto continuo o intermittente di ossigeno via maschera o cannula, ecc.
- h. Radioterapia** – Include la radioterapia o l'esposizione a radiazioni per terapia tumorale.
- i. Aspirazione** – Aspirazione meccanica delle vie aeree per supportare i processi respiratori e eliminare saliva, catarro, particelle atmosferiche etc.
- j. Cura della tracheostomia** – Include cura e pulizia della tracheostomia e pulizia e riposizionamento della cannula.
- k. Trasfusioni** – Include le trasfusioni di sangue o di qualsiasi altro prodotto del sanguigno (es. piastrine)
- l. Respiratore / ventilazione assistita** – Assicura un'adeguata ventilazione nei pazienti incapaci di respirazione autonoma. Include qualsiasi tipo di congegno con sistema di supporto ventilatorio meccanico elettricamente o pneumaticamente chiuso. Qualunque paziente che, negli ultimi 14 giorni, sia stato trattato con ventilatore o respiratore dovrebbe essere codificato sotto questa definizione.

Processo: Ispezionate le cartelle cliniche del paziente. Consultare il personale di assistenza.

Codifica: Verificate e codificare con "1" nella rispettiva casella tutti i trattamenti e le procedure che sono state praticate negli ultimi 14 giorni.

P 1 B) - Terapie Riabilitative Specialistiche

Obiettivo: Valutare le terapie riabilitative che sono seguite all'ammissione alla casa di cura, le quali siano state prescritte da un medico specialista e siano state eseguite da parte di un terapeuta qualificato. I trattamenti terapeutici potrebbero essere eseguiti all'interno oppure all'esterno della struttura. La definizione include soltanto quelle terapie che siano basate sulla valutazione e su piani di trattamento prescritti dallo specialista e che siano documentati nella cartella clinica del paziente. Vengono valutati, con riferimento agli **ultimi 7 giorni**, il numero dei giorni (**A**) in cui la terapia è stata eseguita **per più di 15 minuti**, ed il numero dei minuti (**B**) di terapia complessivamente eseguita.



Definizione:

a. Logopedia – Terapia di rieducazione del linguaggio e della comunicazione prestata da un logopedista qualificato.

b. Terapia occupazionale – Terapie che vengono offerte e direttamente eseguite o supervisionate da un terapeuta occupazionale qualificato, escludendo quelle eseguite da parte di altri (aiuti, educatori o volontari). Vengono inclusi trattamenti che abbiano l'obiettivo specifico di offrire al paziente la manualità e l'abilità per svolgere determinati lavori in una ottica di inserimento lavorativo, o per una specifica finalità terapeutica. Sono escluse le attività educative e socio-educative o le semplici attività a fini ludico-sociali (ora di pittura, recitazione, canto, giardinaggio etc.).

c. Terapia neuromotoria (attenzione, è riportata come “fisica” in alcune schede) – Terapie di rieducazione funzionale o di addestramento all'uso di ausili che vengono offerte e direttamente supervisionate da un fisioterapista qualificato.

d. Terapia respiratoria – Include controllo della tosse, respiro profondo, nebulizzatori a calore, trattamenti di aerosol, ventilazioni meccaniche, ecc. , eseguiti da un professionista qualificato (es., infermiera qualificata, terapeuta). Sono inclusi in questa voce i trattamenti di terapia riabilitativa cardio-respiratoria fornita a pazienti cardiopatici o infartuati. Contate solo le volte che il paziente sia stato assistito da un professionista qualificato.

Processo: ispezionare le cartelle cliniche del paziente e consultare ciascuno dei terapisti qualificati.

Codifica:


Casella A – nella prima colonna, inserite il numero totale (#) dei giorni, nell'ultima settimana, in cui la terapia sia stata data per almeno 15 minuti. Mettete il codice “0” se non ce ne sono stati.

Casella B – nella seconda colonna, inserite il numero totale (#) di minuti , negli ultimi 7 giorni, in cui una specifica terapia sia stata fornita, anche nel caso di uno “0” nella casella A (es., terapia che ha avuto luogo per meno di 15 minuti). Il tempo dovrebbe tener conto solo dell'effettivo tempo di trattamento dato (non il tempo speso nell'attesa o nella compilazione dei registri). Se non è stata fornita terapia allora codificate “0”.

Esempio

A seguito di un ictus, la Sig.ra G e' stata trasferita nella struttura, in condizioni cliniche stabili, per eseguire terapia riabilitativa. Dall'ammissione la signora ha ricevuto terapie di logopedia due volte a settimana, per 30 minuti ogni sessione; terapie occupazionali due volta alla settimana, per 30 minuti a sessione, terapie fisiche (neuromotorie) due volta al giorno (30 minuti a sessione) per 5 giorni e terapie respiratorie per 10 minuti al giorno per ogni giorno della settimana. Durante l'ultima settimana la sig.ra G ha partecipato a tutte le sessioni programmate.

Codice	A	B
a. Logopedia	2	60
b. Terapia occupazionale	2	60
c. Terapia neuromotoria	5	300
d. Terapia respiratoria	0	70



Item P3: Assistenza Reintegrativa

Obiettivo: Determinare le ore totali di terapia reintegrativa prestata da parte di personale che non faccia parte dello staff specialistico (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali), e quindi da personale infermieristico o OTA. I trattamenti di riabilitazione o di reintegrazione sono riferiti ad interventi finalizzati a promuovere la capacità del paziente ad adattarsi o modificare il proprio modo di vivere in modo più indipendente e sicuro possibile. Gli obiettivi di questi trattamenti sono finalizzati al raggiungimento e mantenimento delle migliori condizioni fisiche, mentali e psicologiche compatibili con le menomazioni del paziente.

Sono compresi in questi trattamenti la rieducazione al cammino, l'esecuzione di movimenti particolari, vestirsi e pettinarsi, mangiare e inghiottire, trasferirsi dal letto alla sedia a rotelle, comunicare: sono compresi sia trattamenti finalizzati a migliorare le prestazioni che quelli destinati a prevenire i peggioramenti.


- I trattamenti debbono essere documentati nei piani di cura e all'interno delle cartelle cliniche.
- Nelle cartelle cliniche devono esserci prove di valutazioni periodiche eseguite da parte di una infermiera autorizzata.
- Il personale infermieristico che esegue i trattamenti deve essere stato formato ad utilizzare le varie tecniche ed a promuovere il coinvolgimento del paziente nella varie attività.
- E' possibile che in alcuni casi le attività vengano svolte da altro personale o da volontari, purché sotto la supervisione costante degli infermieri autorizzati.
- Sono invece esclusi gruppi di esercizio con più di quattro pazienti.

Definizioni:

a. Movimenti passivi – Interventi di mobilizzazione di una parte del corpo facendo fulcro su una articolazione o giuntura. La gamma di esercizi di movimento e' un programma di movimenti atto a mantenere la flessibilità e l'utilità di movimento delle varie giunture del corpo.

b. Movimenti attivi – Esercizi fatti dal paziente, sotto istruzioni e supervisione del personale, che siano pianificati, programmati e documentati nelle cartelle cliniche finalizzati al mantenimento/recupero della mobilità articolare e del tono muscolare.

c. Assistenza di stecca o sostegno – l'assistenza può essere di due tipi: 1) lo staff da aiuto verbale, guida fisica e istruzioni che aiutino il paziente a capire quando e come usare il bastone od il sostegno (busto, ginocchiera, deambulatori, carrozzine etc.) oppure 2) lo staff ha un programma stabilito di applicazione e rimozione della stecca o sostegno, valutando lo stato della pelle e della circolazione del paziente sotto il congegno e riposizionando l'arto nel corretto allineamento. Queste fasi sono pianificate, programmate e documentate nelle cartelle cliniche.



d. Mobilità a letto / posizionamenti – Attività ed istruzioni finalizzate al miglioramento o il mantenimento della capacità del paziente di muoversi da solo da una posizione distesa, di girarsi da solo da lato a lato e posizionarsi sul letto. Nel caso di pazienti comatosi o tetraplegici allettati valutare le attività di mobilitazione passiva del paziente a letto, al fine di prevenire anchilosi e piaghe da decubito

e. Trasferimento – Attività usate per migliorare o mantenere la capacità del paziente di muoversi da solo tra due piani o due punti dello stesso piano con o senza apparecchi di assistenza.

f. Camminare – Attività finalizzate a migliorare o mantenere l'abilità del paziente di camminare da solo e mantenere l'equilibrio con o senza apparecchi di assistenza.

g. Vestirsi o accudirsi – Attività finalizzate a migliorare o mantenere l'abilità del paziente di vestirsi e spogliarsi, lavarsi e farsi il bagno e portare a termine altri compiti di igiene personale.

h. Mangiare o inghiottire - Attività finalizzate a migliorare o mantenere l'abilità del paziente di mangiare o bere da solo, o anche attività utilizzate per migliorare o mantenere l'abilità del paziente di ingerire nutrimento e idratazioni per bocca.

i. Cura delle amputazioni/protesi - Attività finalizzate a migliorare o mantenere l'abilità del paziente di mettere o togliere da solo una protesi, avere cura delle protesi e preoccuparsi di mantenere sempre pulita la parte del corpo alla quale la protesi si attacca.

j. Comunicazione - Attività finalizzate a migliorare o mantenere l'abilità del paziente a fare uso di nuove abilità di comunicazione acquisite o assistenza data al paziente nell'uso di abilità di comunicazione residue ed apparecchi di assistenza.

Processo: ispezionate le cartelle cliniche ed il corrente piano di cura. Consultate il personale della struttura. Cercate i dati registrati relativi alla riabilitazione, programma di cura reintegrativa, valutazione e implementi per ogni unità infermieristica.

Codifica: relativamente agli ultimi 7 giorni, inserite il **numero di giorni** in cui le tecniche, le procedure o le attività siano state praticate **per un totale di almeno 15 minuti al giorno**, anche in più riprese. Ricordate che le persone afflitte da demenza imparano meglio tramite la ripetizione che avviene diverse volte al giorno. Considerate ogni attività durante il periodo di 24 ore. Se l'attività non viene svolta o è eseguita per meno di 15 minuti complessivi allora codificate "0".

Esempi di Assistenza Riabilitativa/Reintegrativa

Esempio 1 - A seguito di un CVA avuto diversi anni fa, il sig. V ha perso una certa gamma di movimenti (ROM) al braccio, polso e mano del lato destro. Egli ha inoltre avuto una pesante perdita di capacità di prendere decisioni e ricordare. Per evitare ulteriori perdite ROM e contratture al braccio destro, il terapista gli ha fabbricato una stecca alla mano di riposo ed ha provveduto a fornire delle istruzioni per come applicarla e rimuoverla. L'infermiere coordinatore ha sviluppato le istruzioni in modo da fornire al paziente una gamma di esercizi di movimenti passivi per il braccio, polso e mano destra da fare 3 volte al giorno. L'assistente infermiere e la moglie del sig. V sono stati istruiti su come e quando applicare e rimuovere la stecca alla mano e come fare gli esercizi ROM passivi. Tali piani sono stati poi documentati nelle cartelle cliniche del sig. V. La quantità totale di tempo spesa ogni giorno per mettere e rimuovere la stecca e completare gli esercizi ROM e' di 30 minuti. L'assistente infermiere dice che, durante la fase di fare il bagno e vestirsi, e' stata riscontrata meno resistenza da parte dell'estremità affetta del Sig.V. Sia per la stecca che per l'apparecchio di assistenza e la Gamma di Movimenti (passivi), **inserite "7" come numero di giorni in cui le tecniche riabilitative sono state fornite.**

Esmpio 2 - La sig.ra T e' stata ammessa nella struttura 7 giorni fa a seguito della fratturazione di un'anca. La terapia fisica ha avuto ritardi a causa di sopraggiunte complicazioni e condizioni di debolezza. Dopo l'ammissione, la paziente ha riscontrato difficoltà di movimento a letto ed ha avuto bisogno di assistenza totale nei trasferimenti. Per prevenire un'ulteriore deterioramento e diminuzione dell'indipendenza, il personale di cura ha aggiunto un piano, al secondo giorno dall'ammissione, per insegnarle come muoversi a letto e come trasferirsi dalla sedia al letto, utilizzando un trapezio, le sbarre del letto ed una barella. Il piano e' stato descritto nella cartella clinica e comunicato a tutti i membri del personale ad ogni cambio di turno. L'infermiera addetta ha documentato nei suoi appunti che durante i cinque giorni in cui la sig. T ha ricevuto l'addestramento e la pratica per la mobilità a letto ed il trasferimento, la sua resistenza e la sua forza sono migliorate e che ora la signora richiede cure estensive solo durante il trasferimento. Ogni giorno, la quantità di tempo spesa negli interventi di riabilitazione diminuisce tanto che, negli ultimi 5 giorni, il tempo medio e' stato di 45 minuti. **Inserite "5" come numero di giorni in cui venga fornito un certo numero di giorni per la rieducazione e la pratica per la mobilità a letto.**

Esempi di Assistenza Riabilitativa/Reintegrativa (segue)

Esempio 3 - La sig.ra D ha avuto, meno di un anno fa, un ictus che le ha causato una emiplegia al lato sinistro. La sig.ra D ha un forte desiderio di provvedere alla propria cura personale. Sebbene non riesca a vestirsi da sola, la signora è comunque capace di partecipare attivamente alle attività di vita quotidiana. L'intento del piano di cura per la sig.ra D e' quello di minimizzare la sua dipendenza nelle ADL. Un piano, riportato in cartella, e' stati studiato per insegnare alla sig.ra D a mettersi e togliersi la camicetta senza nessuna assistenza fisica da parte dello staff. Tutte le sue camicette sono state adattate con una chiusura frontale di velcro. L'infermiere e' stato istruito su come guidare verbalmente la sig.ra D mentre si infila e si sfilava la camicetta. Per tale compito, la sig.ra D impiega circa 20 minuti ogni giorno. **Inserite il codice "7" come numero di giorni in cui ci sia stata rieducazione e pratica alle attività di vestirsi ed accudirsi.**

Esempio 4 - Facendo uso del bastone e di un corto apparecchio alla gamba, la sig.ra Z sta ricevendo una rieducazione ed una pratica a camminare. Insieme, la sig.ra Z e il personale addetto hanno fatto dei progressi nelle distanze percorse. Il personale ha ricevuto istruzioni su come istruire e guidare la sig.ra Z nel raggiungimento dei punti previsti. Lei ha tre tempi programmati ogni giorno durante i quali impara come applicare l'apparecchio alla gamba seguito dall'attività del camminare. Ogni sessione di pratica per l'applicazione dell'apparecchio e camminare, sotto la supervisione di un'infermiera, dura circa 15 minuti. **Inserite il codice "7" pari ai giorni in cui ci sia stata rieducazione e pratica alle attività di camminare.**

Esempio 5 - Avendo avuto un lungo ricovero a seguito della sindrome di Guillain-Barrè, il sig. R riceve giornalmente rieducazione pratica ad inghiottire. Insieme a dei piatti disegnati specificamente ed una appropriata consistenza del cibo, il piano documentato per migliorare la capacità di inghiottire prevede il posizionamento appropriato del corpo, consistenti istruzioni verbali e tecniche di controllo della mascella. Il sig. R richiede un monitoraggio ravvicinato durante l'assunzione di cibo e di fluidi in quanto è a rischio di strozzamenti. Per questo motivo gli interventi di riabilitazione possono essere svolti solo da infermieri qualificati. Per ogni pasto, il sig. R ha bisogno di circa 35 minuti per finire tutto il cibo e tutti i liquidi. Quando non riesce ad assumere tutto il cibo ed i liquidi prescritti per bocca, riceve un supplemento per via sonda nasogastrica. **Inserite il codice "7" come numero di giorni in cui ci sia stata rieducazione e pratica alle attività di inghiottire.**

Esempi di Assistenza Riabilitativa/Reintegrativa (segue)

Esempio 6 - Lo stato cognitivo del sig. T negli ultimi mesi sta deteriorando progressivamente. A dispetto del deliberato tentativo del personale di promuovere la capacità di mangiare da solo, lui non mangia a meno che non venga imboccato. Siccome però il sig. T non ha ricevuto nessuna pratica di riabilitazione/reintegrazione negli ultimi 7 giorni, **inserite il codice "0" come numero di giorni in cui ci sia stata rieducazione e pratica alle attività di mangiare.**

Esempio 7 - La sig.ra E ha una sclerosi laterale amiotrofica. Non ha più la capacità di parlare o anche solo di muovere la testa in un sì e no. Le sue abilità cognitive rimangono intatte, può sillabare e muovere gli occhi in tutte le direzioni. Il logopedista ha insegnato sia alla sig.ra E che allo staff come usare una lavagna di comunicazione così che la signora possa comunicare con il personale. La lavagna di comunicazione si è rivelata un successo ed un cartello sopra il letto della signora serve al personale, alla famiglia ed ai volontari a ricordare che essi debbono fornire alla signora la lavagna in modo da metterla in grado di comunicare con loro. Tutto ciò è riportato nelle cartelle cliniche. Siccome la fase di insegnamento e pratica dell'uso della lavagna è stata completata due settimane fa ed ora la sig.ra E è capace di usarla con successo, lei non riceve più addestramento per la comunicazione. **Inserite il codice "0" come numero di giorni in cui ci sia stata rieducazione e pratica alle attività di comunicazione.**

Item P7: Visite Mediche

Obiettivo: registrare il **numero di volte** (da 1 a 14) in cui un medico abbia visitato il paziente durante gli ultimi 30 giorni (o dal momento dell'ammissione se avvenuta meno di 30 giorni fa). La visita può essere fatta nella struttura o nello studio del medico. Sono escluse le visite al Pronto Soccorso.

Definizione:

Medico – Include il medico di base, gli specialisti o il dentista, sia che egli sia medico interno alla struttura o consulente o medico in formazione autorizzato alla frequenza.

Visita – Valutazione clinica del paziente comprendente un colloquio articolato e/o un esame obiettivo e/o l'esecuzione di esami o accertamenti strumentali. E' esclusa la semplice visione di esami clinici o la visita di reparto nella quale ci si limita a visionare le informazioni in cartella e richiedere semplici informazioni verbali sul suo stato di salute al paziente o al personale.

Codifica : Segnalare il numero di giorni in cui il paziente è stato visitato da un medico

Item P8: Prescrizioni Mediche

Obiettivo: registrare il **numero di giorni**, durante gli ultimi 30 giorni (o dal giorno dell'ammissione, se essa è più recente), in cui il medico ha cambiato le prescrizioni al paziente. Il cambio frequente di prescrizione può essere un indicatore della complessità clinica del paziente.

Definizioni:

Medico – come item P7.

Prescrizioni mediche: sono incluse le prescrizioni scritte, per telefono, via fax o le prescrizioni di consulenza per nuovi od altri trattamenti. In ogni caso devono essere documentate in cartella e deve conseguirne una modifica della terapia.

Codifica: Segnalare nella casella il numero delle volte in cui le prescrizioni sono state cambiate negli ultimi 30 giorni.





ALLEG. alla DELIB. N. 40 *llg*
DEL 25 GEN 2008

MINISTERO DELLA SALUTE
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione LAZIO per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

Rif. Nota Regione Lazio: fferri inviato il 4 gennaio 2008 h 12,46 prot. n. 6-A

Provvedimento relativo all'obiettivo 2.1.3.1. Adozione dello strumento di valutazione multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Bozza DGR.

Invio per preventiva approvazione
Scadenza 30 settembre 2007

Lo schema di delibera, inviato oltre la scadenza prevista, adotta a titolo sperimentale per 12 mesi la scheda RUG quale strumento di valutazione multidimensionale e dispone che i direttori generali adottino la suddetta metodologia.

Affida inoltre a livello regionale il compito di supportare e monitorare l'avvio della sperimentazione e rinvia ad atti successivi l'eventuale integrazione con altri strumenti. Infine dà avvio ad uno specifico percorso formativo. Il provvedimento è formalmente corretto, si segnala tuttavia che il metodo adottato (RUG) è maggiormente indicato per la classificazione e della gestione delle patologie geriatriche piuttosto che come strumento per indirizzare l'anziano ai servizi residenziali. Data la complessità di applicazione del provvedimento si consiglia la tempestiva monitorizzazione e la conseguente trasmissione dei risultati a questi ministeri.

Si comunica, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, quanto segue :

LO SCHEMA DI DGR È APPROVATO CON LA RACCOMANDAZIONE DI PROCEDERE DURANTE L'INTERA FASE DI SPERIMENTAZIONE AL MONITORAGGIO DELLE DIVERSE FASI APPLICATIVE ED ALLA TRASMISSIONE DEI RISULTATI A QUESTI MINISTERI.

Il Direttore Generale della
programmazione sanitaria
dei livelli di assistenza e dei
principi etici di sistema
Dott. Filippo Palumbo
Roma, 11.01.2007.

