



MANUALE COMPILAZIONE SCHEDA VALUTAZIONE BISOGNI

Versione 1.0

*Gruppo di Miglioramento ASUR
"Monitoraggio e controllo dei flussi SIAD,
Sistema di valutazione RUG III HC e
sistema informativo cure domiciliari"*

PREFAZIONE

La Regione Marche con Delibera 791/14 "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari. Approvazione" ha introdotto per la valutazione multidimensionale per le UVI distrettuali lo strumento RUG III HC. Tale strumento oltre a guidare la corretta elaborazione del PAI permette di arrivare alla definizione del case mix individuale e di popolazione assistita nel proprio servizio di Cure Domiciliari.

Al fine di ottemperare al debito informativo Ministeriale e Regionale, tale strumento è stato introdotto nel nuovo applicativo per le Cure Domiciliari integrando la scheda di valutazione dei bisogni dell'assistito con gli item della valutazione RUG III HC e del flusso ministeriale SIAD.

La presente guida vuole essere un supporto al corretto utilizzo dello strumento informatico per la valutazione dei bisogni del paziente preso in carico dal servizio Cure Domiciliari e alla valutazione accurata e uniforme degli assistiti. Per ciascun ambito indagato saranno descritte le possibilità di scelta per la sua valorizzazione, la loro codifica, ovvero il significato che l'opzione assume, e l'arco temporale a cui ci si deve riferire per la valutazione.

INTRODUZIONE

L'attuale versione della scheda di valutazione dell'assistito è stata concepita per semplificare l'attività di inserimento dati richiesta alle figure professionali delle cure domiciliari allo scopo di ottemperare al debito informativo regionale/nazionale:

- SIAD (flusso destinato al Ministero della Salute)
- RUG III HC (strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla Regione Marche con DGRM 791/2014)

Le due strutture dati assolvono compiti differenti. Mentre la scheda SIAD è una sorta di questionario per analizzare le caratteristiche della popolazione assistita in Cure Domiciliari Integrate, la scheda RUG III HC è uno strumento standardizzato per una valutazione del carico assistenziale e può servire per allocare correttamente tutte le risorse di sistema necessarie per erogare un'assistenza corretta e appropriata. Nonostante le differenze negli obiettivi le due schede presentano sezioni ed item simili. Per tale ragione si è ritenuto opportuno accorpate i due questionari allo scopo di evitare il reinserimento di dati già inviati tramite una delle due schede, consentendo all'utente di sistema di mantenere in ogni caso una visione unica e coerente dello stato del suo assistito.

Lo strumento è stato pensato per l'utilizzo da parte di tutte le figure professionali in ambito clinico (infermieri, medici, terapisti etc.) ed è concepito per essere utilizzato nel corso di un'intervista diretta al paziente o al familiare deputato alla sua assistenza, dando la possibilità di annotare anche osservazioni relative all'ambiente o di effettuare la revisione della documentazione sanitaria. Se possibile, i valutatori dovrebbero intervistare privatamente ogni persona e l'intervista dovrebbe essere condotta presso l'abitazione dell'assistito (dal momento che alcuni item come quelli afferenti ai fattori ambientali possono essere valutati correttamente solo a domicilio della persona).

La scheda di valutazione dei bisogni va compilata quando la persona viene presa in carico ed inserita in un programma di Cure Domiciliari Integrate. In ogni caso vanno sempre tenuti in considerazione i seguenti principi di base per una corretta valutazione dell'assistito:

1. L'intervistatore deve sempre tenere a mente che è ospite a casa della persona. L'intervista dovrebbe iniziare sempre con domande generiche del genere: *Come sta? Come si trova in casa? Come giudica il suo stato di salute rispetto all'anno scorso o all'ultima volta che ci siamo incontrati? Si sente a suo agio nel fare le cose che le piacciono di più? Riesce a fare le cose che vorrebbe? C'è qualcosa che possiamo fare per aiutarla?*;
2. L'obiettivo finale della valutazione è quello di assicurare la migliore assistenza possibile cercando di far rimanere la persona a casa propria il più a lungo possibile. Tale scopo va sempre esplicitato e, per raggiungerlo, vanno individuate le capacità della persona, le sue risorse disponibili e tutte le problematiche mediche, funzionali e sociali che attualmente sono limitanti o che potrebbero diventarlo. Tutti i dati vanno registrati assieme a tutto ciò che si è stato osservato ed ascoltato;
3. Le informazioni raccolte con tale strumento di valutazione possono servire per rilevare bisogni misconosciuti o rimasti insoddisfatti;
4. L'intervistatore non deve attendersi di identificare tutti i possibili problemi medico-assistenziali, funzionali e sociali. Questo è un risultato praticamente impossibile da ottenere a seguito della valutazione iniziale. E' importante invece riuscire ad identificare da subito tutte le condizioni medico-assistenziali, funzionali e sociali che possono limitare la qualità di vita dell'assistito allo scopo di riuscire a programmare tempestivamente un adeguato piano di assistenza individualizzato;
5. Se si riscontrano situazioni di maltrattamenti o di abbandono va fatta immediatamente una segnalazione al MMG/UVI;
6. Quando si esegue l'intervista si può procedere senza rispettare l'ordine di compilazione delle differenti sezioni, potrebbe essere utile ad esempio iniziare a valutare lo stato cognitivo (Sezione Comportamento) per poter giudicare l'affidabilità delle informazioni che si stanno acquisendo;
7. E' importante rispettare sempre la reazione della persona nel corso dell'intervista.

La scheda di valutazione è stata suddivisa in 12 sezioni denominate:

1. Informazioni generali
2. Autonomia
3. Riabilitazione
4. Apparato respiratorio
5. Stato nutrizionale
6. Apparato gastrointestinale
7. Apparato genitourinario
8. Apparato tegumentario
9. Comportamento
10. Ritmo sonno/veglia – Rischio infettivo
11. Oncologico/terminale
12. Prestazioni

Tutte le sezioni successive alla prima sono suddivise in tre colonne. L'utente deve iniziare a selezionare una o più voci (a seconda della sezione) presenti nella prima colonna a sinistra (Bisogno). A seconda della voce selezionata il sistema può valorizzare in automatico i campi corrispondenti nella scheda SIAD ed in quella RUG III HC, oppure può essere richiesto all'utente di specificare ulteriori valori nella seconda e terza colonna corrispondenti alle schede RUG III HC e SIAD.

Nei seguenti paragrafi verranno fornite ulteriori indicazioni su come valorizzare i campi delle differenti sezioni.

SCHEDA INFORMAZIONI GENERALI

La scheda Informazioni generali è suddivisa in due sezioni: informazioni generali e informazioni sanitarie. Di seguito vengono riportate le specifiche per la valorizzazione dei campi presenti nelle due sezioni.

1) Informazioni generali

Il campo **“Motivo della valutazione”** va valorizzato con uno dei seguenti valori: “Valutazione iniziale”, “Rivalutazione di routine”, “Rivalutazione al rientro in assistenza domiciliare”, “Rivalutazione per significativa variazione delle condizioni”, “Dimissione”, “Registrazione della dimissione” o “Altro”.

Codifica:

1. **Valutazione iniziale:** quando la valutazione viene fatta al momento dell’attivazione del servizio;
2. **Rivalutazione di routine:** nel caso di regolari valutazioni di follow-up (ogni tre mesi);
3. **Rivalutazione al rientro in assistenza domiciliare:** nel caso in cui la rivalutazione venga effettuata dopo un’ospedalizzazione o alla riattivazione del servizio di cure domiciliari sospeso per una assenza programmata;
4. **Rivalutazione per significativa variazione delle condizioni:** quando si deve procedere ad una rivalutazione multidimensionale per ridefinire il piano di assistenza a seguito di una variazione significativa delle condizioni del paziente;
5. **Dimissione (considerare gli ultimi tre giorni di presa in carico):** quando al momento della dimissione programmata la valutazione dell’assistito è completa e la segreteria organizzativa può stabilire la dimissione;
6. **Registrazione della dimissione:** quando la persona viene dimessa dal servizio di cure domiciliari senza che sia stata effettuata l’ultima valutazione (ad es. per decesso, l’istituzionalizzazione quando il ritorno al servizio di assistenza domiciliare non è previsto).
7. **Altro:** quando la valutazione viene fatta per motivi differenti dalla valutazione clinica, ad esempio per verificare la qualità dell’assistenza, per motivi di ricerca, per confermare l’adeguatezza del piano di assistenza in atto (se non rientra nelle regolari valutazioni di follow-up), per lo sviluppo di una scala di gravità.

Il campo **“Dove vive”** si riferisce alla situazione abitativa al momento della valutazione e può essere valorizzato con una delle seguenti opzioni: “Casa/appartamento di proprietà o in affitto”, “Unità riabilitativa”, “Hospice/unità di cure palliative”, “Ospedale per acuti”, “Carcere”, “Casa privata con uso di servizi territoriali/casa protetta/comunità alloggio”, “Struttura per disabili”, “Senzatetto”, “Struttura di lungodegenza”, “Altro”. Dato l’ambito di utilizzo del presente strumento il sistema propone di default la voce “Casa/appartamento di proprietà o in affitto” dando la possibilità di selezionare altre scelte.

Codifica:

1. **Casa/appartamento di proprietà o in affitto:** Casa, appartamento o stanza di proprietà della persona o di terzi. Dev’essere scelta questa opzione anche nel caso in cui le cure domiciliari sono erogate a pazienti in casa di riposo. Sono incluse nella categoria le case di riposo;
2. **Unità riabilitativa:** Struttura di riabilitazione destinata a persone affette da malattie o infortuni che hanno comportato una diminuzione della funzionalità fisica;
3. **Hospice/unità di cure palliative:** Struttura che fornisce assistenza a persone che soffrono di malattia terminale con prognosi inferiore ai 6 mesi certificata da un medico. L’obiettivo dell’hospice è quello di assicurare qualità di vita alla persona ed alla famiglia;

4. **Ospedale per acuti:** struttura ospedaliera che eroga trattamenti intensivi e che si concentra principalmente sulla diagnosi o trattamento di gravi disturbi medici;
5. **Carcere:** strutture che ospitano persone condannate da un giudice penale o case di correzione;
6. **Casa privata con uso di servizi territoriali/casa protetta/comunità alloggio:** Comunità residenziale istituzionale che integra un ambiente di vita con servizi tipo: gestione o supervisione della casa, cura della persona, servizio pasti, trasporti etc.;
7. **Struttura per disabili:** struttura creata per rispondere al bisogno di cura e accoglienza di adulti disabili in contesti qualificati e caratterizzati da una forte integrazione con il territorio;
8. **Senzatetto;**
9. **Struttura di lungodegenza:** strutture territoriali che forniscono assistenza nelle 24 ore e prevede assistenza di grado intermedio di personale infermieristico qualificato;
10. **Altro:** qualsiasi tipo di situazione abitativa non rientrante nelle categorie precedenti.

Il campo **“Attualmente vive”** può essere valorizzato con uno dei seguenti: **“Sola”**; **“Con il coniuge/partner stabili”**, **“Con il coniuge ed altri”**, **“Con un figlio ma non con il coniuge”**, **“Con un genitore o tutore legale”**, **“Con fratelli/sorelle”**, **“Con altri parenti”**, **“Con altre persone, non familiari”**.

Codifica:

1. **Sola:** identifica una persona che vive sola;
2. **Con il coniuge/partner stabili:** include il coniuge/partner, fidanzata/fidanzato, coppia di fatto;
3. **Con il coniuge ed altri:** con il coniuge/convivente ed eventuali altre persone, siano esse familiari o non appartenenti al nucleo familiare;
4. **Con un figlio ma non con il coniuge:** con uno o più figli e/o altre persone, ma non con il coniuge/partner;
5. **Con un genitore o tutore legale:** con i genitori o con il tutore, ed eventualmente altre persone diverse dal coniuge o figli;
6. **Con fratelli/sorelle:** con fratelli e/o sorelle ed eventualmente altre persone ma non con coniuge/partner, figlio/figli, genitori o tutore;
7. **Con altri parenti:** vive con un parente (come la zia o lo zio), diversi da coniuge/partner, figlio (o figli), genitori, fratelli e/o sorelle;
8. **Con altre persone, non familiari:** vive in una comunità (ad esempio case attrezzate, case famiglia) o in sistemazioni condivise con estranei (ad esempio un compagno di stanza).

Se si sono verificati cambiamenti nel nucleo familiare dell'assistito nei **90 giorni antecedenti** la valutazione la voce **“Sit. abitativa cambiata rispetto a 90 gg prima”** va valorizzata con **“Sì”**.

La voce **“Sit. abitativa migliore se vivesse altrove”** va valorizzata con **“Sì”** se un familiare o il caregiver dell'assistito ritiene che sarebbe meglio che l'assistito vivesse altrove (perché si sentirebbe meno solo, soddisferebbe meglio le proprie necessità etc.).

Per valorizzare il campo **“Ultimo ricovero”** calcolare il tempo trascorso dall'ultima ospedalizzazione negli **ultimi 90 giorni**. Le informazioni vanno prese direttamente dall'assistito e vanno contati i giorni tra l'ultima data di dimissione ospedaliera e la data di valutazione.

La voce **“Supporto al Caregiver”** va valorizzata con **“Presente”** se la famiglia o il caregiver necessita di supporto psicologico, formativo e di sollievo. Tale voce compare già valorizzata.

La voce **“Educazione Terapeutica”** va valorizzata con **“Presente”** se è necessario ricorrere ad interventi di educazione terapeutica. Tale voce compare già valorizzata. L’educazione terapeutica comprende quegli interventi multiprofessionali finalizzati ad aiutare il paziente e i rispettivi familiari/caregiver a gestire le cure e prevenire le complicanze evitabili delle patologie presenti, mantenendo o migliorando nel contempo la qualità della vita. L’educazione terapeutica del paziente quindi, ha come scopo l’addestramento del paziente/caregiver nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità. Il suo scopo principale inoltre è di produrre un effetto terapeutico che vada ad sommarsi a quelli di altri interventi (farmacologici, di terapia fisica, ecc.).

2) Informazioni sanitarie

Va documentata la presenza di specifiche patologie o infezioni che possono incidere sul reale grado di autonomia nello svolgimento delle ADL. Non vanno incluse anche le condizioni ormai risolte o che non coinvolgono più l’autonomia o la necessità di cura della persona.

Le voci **“Emiplegia”, “Sclerosi Multipla”, “Quadriplegia”, “Polmonite”, “Diabete Mellito” e “Infezione delle vie urinarie, negli ultimi 30 gg”** vanno valorizzate con uno i seguenti valori: **“Non presente”**; **“Motivo presa in carico”**; **“Diagnosi presente, in trattamento”**; **“Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattamento specifico”**.

Le voci **“Paralisi cerebrale infantile, non specificata” e “Setticemia non specificata”** vanno valorizzate se tali patologie sono state diagnosticate all’assistito.

SCHEDA AUTONOMIA

Nella colonna "Bisogno" possono essere selezionate le possibilità di scelta per definire il livello di autonomia del paziente. Il paziente può essere "Autonomo", cioè è in grado di svolgere, senza aiuto di altre persone, tutte le seguenti attività: mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici, tranne eventualmente fare il bagno; "Totalmente dipendente" se in tutte le attività indicate ha necessità di aiuto da parte di altre persone o "Parzialmente dipendente" negli altri casi.

Se il paziente è autonomo, selezionare l'omonima opzione. In tal caso gli item della sezione RUG III HC "Preparazione dei pasti", "Gestione dei farmaci", "Uso del telefono", "Trasferimento sul WC", "Uso del WC", "Mobilità a letto", "Mangiare" vengono automaticamente valorizzati come "Indipendente" e l'item "Problemi ai piedi" come "No". Gli item del flusso SIAD invece si valorizzano automaticamente come di seguito indicato:

ITEM	VALORE
Grado di mobilità	Si sposta da solo
Autonomia	Autonomo
Assistenza nelle IADL	Assente
Assistenza nelle ADL	Assente

E' necessario invece scegliere per l'item "Supervisione continua" tra l'opzione "Presente" o "Assente".

Se si seleziona nella colonna "Bisogno" la voce "Parzialmente autonomo" sarà necessario per gli item della colonna RUG III HC scegliere tra le possibili opzioni: "Indipendente", "Organizzazione", "Supervisione", "Assistenza limitata", "Assistenza Intensiva", "Massima assistenza" e "Attività non eseguita"; mentre per l'item "Problemi ai piedi" tra le opzioni seguenti: "No", "Sì, ma la persona utente può camminare", "Sì, il problema limita la capacità della persona utente di deambulare", "Sì, il problema impedisce alla persona utente di deambulare", "Sì, ma la persona utente non cammina per altre ragioni". La colonna del flusso SIAD invece viene valorizzata automaticamente come segue:

ITEM	VALORE
Grado di mobilità	Si sposta assistito
Autonomia	Parzialmente dipendente
Supervisione continua	Presente
Assistenza nelle IADL	Presente
Assistenza nelle ADL	Presente

Selezionando invece nella colonna "Bisogno" l'opzione "Totalmente dipendente" la colonna del RUG III HC e quella del flusso SIAD si valorizzano come di seguito illustrato:

COLONNA	ITEM	VALORE
RUG III HC	Preparazione dei pasti	Dipendenza totale
	Gestione dei farmaci	Dipendenza totale
	Uso del telefono	Dipendenza totale
	Trasferimento sul WC	Dipendenza totale
	Uso del WC	Dipendenza totale
	Mobilità a letto	Dipendenza totale
	Mangiare	Dipendenza totale
	Problemi ai piedi	No
SIAD	Grado di mobilità	Non si sposta
	Autonomia	Totalmente dipendente
	Supervisione continua	Presente
	Assistenza nelle IADL	Presente
	Assistenza nelle ADL	Presente

Per quanto riguarda l'item "Problemi ai piedi", si specifica che vengono inclusi nella categoria calli, duroni, dita sovrapposte, problemi strutturali, infezioni, ulcere.

Relativamente alle voci "Preparazione dei pasti", "Gestione dei farmaci" e "Uso del telefono" devono essere valutati due aspetti: l'**autonomia** e la **difficoltà**. L'autonomia misura l'autosufficienza che effettivamente la persona ha avuto in ciascuna area delle IADL negli ultimi tre giorni. La scelta del codice deve basarsi su ciò che l'operatore osserva direttamente. La difficoltà, invece, definisce la presunta capacità della persona di svolgere una attività. Per entrambi gli aspetti il valore può essere suggerito dall'assistito o da un suo familiare/caregiver.

Le possibili scelte per il menu autonomia sono "Assistenza limitata", "Assistenza Intensiva", "Massima assistenza", "Dipendenza totale" e "Attività non eseguita". Mentre per il menu difficoltà si deve scegliere tra le seguenti "Indipendente", "Organizzazione" e "Supervisione".

Codifica:

1. **Indipendente:** nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
2. **Organizzazione:** necessità di fornire strumenti o preparazione necessari perché l'attività venga svolta in modo autonomo
3. **Supervisione:** controllo, incoraggiamento, suggerimento
4. **Assistenza limitata:** necessita di aiuto solo in alcune occasioni
5. **Assistenza Intensiva:** necessita di aiuto per svolgere l'attività, ma ne svolge il 50% o più da solo
6. **Massima assistenza:** necessita di aiuto per svolgere tutta l'attività, ma riesce comunque ad eseguirne da solo una parte anche se per una quota inferiore al 50%
7. **Dipendenza totale:** dipende totalmente dagli altri per lo svolgimento dell'attività
8. **Attività non eseguita:** l'attività non è stata svolta durante l'intero periodo della valutazione

SCHEDA RIABILITAZIONE

Nella colonna “Bisogno” possono essere selezionate le opzioni di scelta relative alle necessità riabilitative del paziente. Se il paziente non necessita di alcun intervento di riabilitazione selezionare l’opzione “Nessuna riabilitazione”. In tal caso l’item “Afasia” della colonna RUG III HC si valorizza automaticamente sulla scelta “Non presente” e gli item della colonna “Flusso SIAD” sull’opzione “Assente”.

Se il paziente sta effettuando o necessita di un trattamento di “Riabilitazione Neurologica” e/o “Ortopedica” e/o “Di mantenimento” selezionare la relativa opzione. In tal caso le corrispondenti voci della colonna “Flusso SIAD” e cioè “Trattamento riabilitativo neurologico”, “Trattamento riabilitativo ortopedico” e trattamento riabilitativo di mantenimento” si valorizzeranno automaticamente con “Presente”.

Inoltre se il paziente è afasico, cioè presenta un disturbo del linguaggio causato da patologie cerebrali, caratterizzato dalla difficoltà nell’espressione dei pensieri (parlando o scrivendo) o difficoltà nella comprensione del linguaggio scritto o parlato, è necessario selezionare nella colonna “Bisogno” l’opzione “Afasia”. Nella colonna RUG III HC sarà necessario scegliere tra le seguenti opzioni: “Presente, ma non manifestatosi negli ultimi tre giorni”, “Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni”, “Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni” o “ Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni”.

SCHEDA APPARATO RESPIRATORIO

Nella colonna “Bisogno” sono presenti le opzioni di scelta per valutare i bisogni relativi alla funzionalità dell’apparato respiratorio del paziente preso in carico. Se non sono presenti necessità assistenziali relative selezionare l’opzione “Normale”. In tal caso tutti gli item della colonna RUG III HC (“Aspirazione”, “Ossigeno-terapia”, “Ventilazione Assistita” e “Cura della Tracheostomia”) si valorizzano automaticamente come “Non effettuati, non programmati”. Tutti gli item della colonna “Flusso SIAD” (“Broncorespirazione”, “Ossigenoterapia”, “Ventiloterapia” e “Tracheotomia”) si valorizzano automaticamente con l’opzione “Assente”.

Qualora siano presenti delle necessità assistenziali relative alla funzionalità respiratoria invece, nella colonna “Bisogno” è possibile selezionare una o più scelte tra le seguenti: “Tosse e secrezioni”, “Ossigenoterapia”, “Ventiloterapia” e “Tracheostomia”.

Se viene selezionata la voce “Tosse e secrezioni”, è necessario scegliere per la voce “Aspirazione” della colonna RUG III HC tra le seguenti opzioni “Programmati, non effettuati”, “Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni” e “Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni”. Nella categoria “Aspirazione” si include anche l’aspirazione orofaringea, nasofaringea o tracheale. L’item “Broncorespirazione” della colonna Flusso SIAD si valorizza automaticamente con la voce “Presente”.

Se viene selezionata la voce “Ossigenoterapia” nella colonna “Bisogno”, è necessario scegliere per l’item Ossigenoterapia della colonna RUG III HC tra le seguenti opzioni “Programmati, non effettuati”, “Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni” e “Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni”. Nella categoria “Ossigenoterapia” si include la somministrazione continua o intermittente di ossigeno tramite cannula, machere, ecc. L’item “Ossigenoterapia” della colonna Flusso SIAD si valorizza automaticamente con la voce “Presente”.

Se viene selezionata la voce “Ventiloterapia” nella colonna “Bisogno”, è necessario scegliere per l’item “Ventilazione Assistita” della colonna RUG III HC tra le seguenti opzioni “Programmati, non effettuati”, “Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni” e “Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni”. Nella categoria “Ventilazione Assistita” si comprende sia la ventilazione invasiva che quella non invasiva erogata con qualsiasi tipo di ventilatore. Qualsiasi persona in fase di svezzamento dal ventilatore o respiratore negli ultimi tre giorni dovrebbe essere inclusa in questa definizione. L’item “Ventiloterapia” della colonna Flusso SIAD si valorizza automaticamente con la voce “Presente”.

Se viene selezionata la voce “Tracheostomia” nella colonna “Bisogno”, è necessario scegliere per l’item “Cura della tracheostomia” della colonna RUG III HC tra le seguenti opzioni “Programmati, non effettuati”, “Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni” e “Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni”. Nella categoria si include la rimozione e la pulizia della cannula tracheostomica e della cute circostante. L’item “Tracheotomia” della colonna Flusso SIAD si valorizza automaticamente con la voce “Presente”.

SCHEDA STATO NUTRIZIONALE

Nella colonna “Bisogno” sono presenti le opzioni di scelta per valutare lo stato nutrizionale del paziente. Se non sono presenti alterazioni dello stato nutrizionale selezionare l’opzione “Normale”. Le voci del RUG III HC “Perdita di peso $\geq 5\%$ ” e “Disidratazione” si valorizzano automaticamente come “No”, la voce “Deglutizione” viene valorizzata con “Normale”. Relativamente agli item della colonna “Flusso SIAD” le voci “Alimentazione assistita”, “Alimentazione enterale” e “Alimentazione parenterale” vengono valorizzate con “Assente”.

Se viene riscontrato un dimagrimento, ovvero perdita di peso indesiderata $\geq 5\%$ negli ultimi 30 gg o $\geq 10\%$ negli ultimi 180 gg, selezionare l’opzione “Dimagrimento” nella colonna Bisogno. La relativa voce RUG III HC viene valorizzata con “No”.

Se viene riscontrata disidratazione, intesa come rapporto azoto ureico/creatinina $>$ di 25, selezionare l’opzione “Disidratazione” nella colonna Bisogno. La relativa voce RUG III HC viene valorizzata con “No”. Riconoscere una disidratazione può essere difficoltoso. Registrare il proprio giudizio clinico su base segni e sintomi.

Se è presente un’alterazione della deglutizione che può anche richiedere la necessità di modifiche dietetiche o di somministrazione artificiale di nutrizione, selezionare la voce “Nutrizione/Disfagia” della colonna Bisogno. Nella voce “Deglutizione” della colonna RUG III HC è necessario scegliere una delle seguenti: “Non valutabile”, “Necessita di modifiche dietetiche per cibi solidi”, “Necessita di modifiche dietetiche per cibi liquidi”, “Necessita di modifiche dietetiche per cibi solidi e liquidi”, “Nutrizione combinata orale e enterale”, “Nutrizione combinata orale e parenterale”, “Solo nutrizione tramite SNG”, “Solo nutrizione tramite gastrostomia (es. PEG)”, “Solo nutrizione parenterale”, “Nessun apporto di cibo per via orale e nessun tipo di nutrizione artificiale”.

Le voci della colonna Flusso SIAD si valorizzano automaticamente a seconda della scelta della voce “Deglutizione” nella colonna RUG III HC, come di seguito illustrato:

VOCE “DEGLUTIZIONE” RUG III HC	ALIMENTAZIONE ASSISTITA	ALIMENTAZIONE ENTERALE	ALIMENTAZIONE PARENTERALE
Non valutabile	Assente	Assente	Assente
Necessita di modifiche dietetiche per cibi solidi	Presente	Assente	Assente
Necessita di modifiche dietetiche per cibi liquidi	Presente	Assente	Assente
Necessita di modifiche dietetiche per cibi solidi e liquidi	Presente	Assente	Assente
Nutrizione combinata orale e enterale	Presente	Presente	Assente
Nutrizione combinata orale e parenterale	Presente	Assente	Presente
Solo nutrizione tramite SNG	Presente	Presente	Assente
Solo nutrizione tramite gastrostomia (es. PEG)	Presente	Presente	Assente
Solo nutrizione parenterale	Presente	Assente	Presente
Nessun apporto di cibo per via orale e nessun tipo di nutrizione artificiale	Assente	Assente	Assente

SCHEDA APPARATO GASTROINTESTINALE

Nella colonna “Bisogno” sono presenti le opzioni di scelta per valutare i bisogni relativi alla funzionalità dell'apparato gastrointestinale del paziente preso in carico. Se non sono presenti necessità assistenziali relative selezionare l'opzione “Normale”.

Nel caso in cui il paziente presenti incontinenza fecale, selezionare il relativo check box sulla colonna bisogno. Tale scelta non sortisce effetti sulla valorizzazione delle voci delle colonne RUG III HC e Flusso SIAD.

Se il paziente presenta vomito, selezionare la voce relativa nella colonna Bisogno. In tal caso va valorizzato l'item vomito sulla colonna RUG III HC scegliendo uno dei seguenti quattro valori: “Presente, ma non manifestatosi negli ultimi tre giorni”, “Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni”, “Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni” o “ Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni”.

Nel caso sia presente sanguinamento gastrointestinale, cioè presenza di qualsiasi sanguinamento evidenziato tramite esame endoscopico o qualsiasi evidenza di sanguinamento documentata dall'esplorazione rettale o dalla positività dell'esame sangue occulto fecale, selezionare l'item “Sanguinamento gastrointestinale” sulla colonna RUG III HC scegliendo uno dei seguenti quattro valori: “Presente, ma non manifestatosi negli ultimi tre giorni”, “Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni”, “Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni” o “ Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni”.

Se il paziente è portatore di stomia, selezionare il relativo check box sulla colonna bisogno. In tal caso la relativa voce della colonna Flusso SIAD viene valorizzata con “Presente”.

Se il paziente soffre di stipsi o diarrea, selezionare il relativo check box sulla colonna bisogno. In tal caso la relativa voce della colonna Flusso SIAD viene valorizzata con “Presente”.

SCHEDA APPARATO GENITO-URINARIO

Nella colonna “Bisogno” sono presenti le opzioni di scelta per valutare i bisogni relativi alla funzionalità dell’apparato genito-urinario del paziente preso in carico. Se non sono presenti necessità assistenziali relative selezionare l’opzione “Normale”.

Nel caso in cui il paziente presenti incontinenza urinaria e/o sia portatore di catetere vescicale, selezionare i relativi check box sulla colonna Bisogno. Tale scelta non sortisce effetti sulla valorizzazione delle voci delle colonne RUG III HC e Flusso SIAD.

Se il paziente è portatore di urostomia, selezionare il relativo check box sulla colonna Bisogno. In tal caso le voci “Eliminazione urinaria/intestinale” e “Gestione della stomia” della colonna Flusso SIAD sono valorizzate con “Presente”.

Nel caso sia presente sanguinamento genitourinario, cioè presenza di urine scure o torbide per la presenza di sangue o presenza di sangue a livello del meato uretrale, selezionare l’item “Ematuria” sulla colonna Bisogno. La voce “Sanguinamento genitourinario” sulla colonna RUG III HC va valorizzata scegliendo uno dei seguenti quattro valori: “Presente, ma non manifestatosi negli ultimi tre giorni”, “Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni”, “Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni” o “ Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni”.

Se il paziente è sottoposto a dialisi, selezionare il relativo check box sulla colonna Bisogno. La voce “Dialisi” della colonna RUG III HC va valorizzata scegliendo una delle seguenti opzioni: “Programmati, non effettuati”, “Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni” e “Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni”.

SCHEDA APPARATO TEGUMENTARIO

Nella colonna "Bisogno" sono presenti le opzioni di scelta per valutare i bisogni relativi all'apparato tegumentario del paziente. Se non sono presenti alterazioni relative selezionare l'opzione "Normale".

Se il paziente presenta lesioni da pressione, selezionare il relativo check box nella colonna Bisogno, selezionando o "Ulcere cutanee 1° e 2° grado" o "Ulcere cutanee 3° e 4° grado" o entrambi. Le relative voci della colonna Flusso SIAD si valorizzano come "Presente". A questo punto è necessario valorizzare l'item "Stadio più grave" della colonna RUG III HC scegliendo tra una delle seguenti opzioni: "Area di arrossamento cutaneo persistente", "Parziale perdita di strati di cute", "Presenza di profondo cratere cutaneo", "Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscoli ed osso", "Non stadiabile es. per la presenza di predominante escara necrotica".

Se il paziente presenta ulcere cutanee non da pressione, cioè ogni lesione cutanea che non sia un'ulcera da pressione (ad es. ulcere venose, ulcere arteriose, ulcere miste arteriovenose, ulcere da piede diabetico) selezionare il relativo check box nella colonna Bisogno.

Codifica:

1. **Area di arrossamento cutaneo persistente:** area di cute che appare persistentemente arrossata e non si modifica con i cambiamenti di pressione. Non vi è una lesione cutanea. Rappresenta lo "Stadio 1".
2. **Parziale perdita di strati di cute:** perdita cutanea superficiale che clinicamente si presenta come una abrasione, una bolla o un cratere poco profondo. Rappresenta lo "Stadio 2".
3. **Presenza di profondo cratere cutaneo:** perdita della cute a tutto spessore con esposizione del tessuto sottocutaneo. Si presenta come un cratere profondo con o senza bordi sottominati. Rappresenta lo "Stadio 3".
4. **Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscoli ed osso:** rappresenta lo "Stadio 4".
5. **Non stadiabile:** non è possibile identificare lo stadio della lesione per esempio per la presenza di predominante escara necrotica.

Se il paziente presenta lacerazioni o tagli non chirurgici, cioè presenza di qualsiasi tipo di soluzione di continuità della cute che arriva al tessuto sottocutaneo, ma che non include incisioni chirurgiche, selezionare il relativo check box sulla colonna Bisogno. La relativa voce della colonna RUG III HC si valorizza automaticamente con "Sì".

In caso di presenza di altre alterazioni dell'apparato tegumentario, selezionando nella colonna Bisogno la voce "Altri problemi cutanei" si attiva un menu a tendina della colonna RUG III HC con le voci "Ulcerazione vascolare", "Lesione diabetica", "Ferita chirurgica", "Ustione", "Lesione neoplastica".

Quando è previsto un trattamento specifico per la cura di lesioni cutanee, selezionare "Cura della ferita" dalla colonna Bisogno e quindi selezionare nella relativa voce della colonna RUG III HC una delle seguenti voci: "Programmati, non effettuati", "Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni" e "Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni".

SCHEDA COMPORTAMENTO (DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, CONDIZIONI DI SALUTE PSICHIATRICA)

Nella colonna “Bisogno” compaiono le possibilità di scelta per indagare lo stato cognitivo del paziente, viene identificata cioè l’entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. Se lo stato cognitivo non è alterato, non sono presenti disturbi, o questi non interferiscono significativamente con le attività sociali e non rappresentano un declino significativo rispetto al precedente livello di funzionamento, selezionare l’opzione “Normale”. In tal caso l’item “Capacità decisioni quotidiane” della colonna RUG III HC può essere valorizzato solo come “Indipendente”, “Semi-Indipendente” o “Compromissione minima”.

Codifica:

1. ***Indipendente:*** la persona organizza la vita quotidiana e prende decisioni in modo opportuno e logico (cioè le scelte riflettono il suo stile di vita, la sua cultura e i suoi valori)
2. ***Semi-indipendente:*** la persona organizza la vita quotidiana e prende decisioni sicure in situazioni a lei familiari, ma ha qualche difficoltà di fronte a compiti o situazioni nuove.
3. ***Compromissione minima:*** in specifiche situazioni le decisioni sono state inadeguate o rischiose e sono stati necessari suggerimenti e supervisione.

Quando il paziente presenta disturbi tali da alterare profondamente la capacità di relazionarsi con gli altri (es.: il paziente può occasionalmente dimenticare il nome del familiare da cui dipende la sua sopravvivenza; non ha quasi nessuna cognizione di avvenimenti recenti o delle proprie esperienze; i ricordi del proprio passato sono lacunosi; le stagioni e le variazioni del tempo non vengono generalmente più percepite), deve essere selezionato “Disturbo cognitivo grave” sulla colonna Bisogno. Il campo “Capacità decisioni quotidiane” del RUG III HC può essere quindi valorizzato scegliendo tra “Compromissione severa – raramente/mai prende decisioni” o “Persona non cosciente/coma”. Il campo “Cognitivi” del SIAD si valorizza automaticamente con il valore “Gravi”.

Codifica:

1. ***Compromissione severa:*** la persona non ha mai (o quasi) preso decisioni.
2. ***Persona non cosciente/coma:*** il paziente non è responsivo.

Se il paziente presenta un disturbo cognitivo che non ricade nel caso precedentemente descritto, va selezionata l’opzione “Disturbo cognitivo moderato”. Il campo “Capacità decisioni quotidiane” del RUG III HC viene valorizzato automaticamente su “Compromissione moderata” ed il campo “Cognitivi” del SIAD su “Moderati”.

Codifica:

1. ***Compromissione moderata:*** le decisioni della persona sono state costantemente inadeguate o rischiose e ha avuto bisogno che continuamente gli fosse stimolata la memoria, gli fossero dati suggerimenti e fornita supervisione per pianificare, organizzare e condurre la routine quotidiana.

Si specifica che l’indagine deve concentrarsi sulla capacità della persona di prendere autonomamente decisioni su come gestire le attività della vita quotidiana, e non sul fatto che il caregiver ritenga che la persona possa essere in grado di farlo. In ogni caso se un familiare prende decisioni inerenti ai problemi quotidiani al posto del paziente o se questo (qualunque siano le sue potenzialità) sceglie di non partecipare al procedimento decisionale, deve essere considerato incapace di prendere decisioni.

Seguono alcuni esempi di attività del procedimento decisionale quotidiano:

- ✓ scelta dei capi di abbigliamento;
- ✓ sapere quando è ora di mangiare;
- ✓ conoscere o utilizzare in modo adeguato gli ambienti domestici;
- ✓ utilizzo di stimoli ambientali per organizzare e pianificare la giornata (ad esempio orologi o calendari);
- ✓ in assenza di stimoli ambientali richiesta adeguata, cioè in modo non ripetitivo, delle informazioni ai familiari per pianificare la giornata;
- ✓ consapevolezza delle proprie capacità e dei propri limiti per regolare gli eventi della giornata, ad esempio chiedere aiuto quando necessario;
- ✓ prendere la decisione corretta su come e quando uscire di casa, riconoscendo la necessità di utilizzare un ausilio idoneo e utilizzarlo correttamente.

L'item "Disturbo comportamentale" serve per individuare l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. Si fa riferimento a disturbi in grado di condizionare l'assistenza, ad esempio: presenza di delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante. I disturbi vengono considerati: "assenti/lievi" quando non sono presenti o, se presenti, non producono disturbo al paziente e non condizionano l'assistenza; "gravi" quando sono molto disturbanti per il paziente e richiedono la somministrazione di farmaci. Sono considerati "moderati" negli altri casi.

Selezionando "Disturbo comportamentale", sulla colonna del RUG III HC vanno valorizzate le voci:

- ✓ **Vagabondaggio:** si muove apparentemente senza una ragione, senza badare ai propri bisogni e alla propria sicurezza. Questo comportamento deve essere distinto dal movimento intenzionale, ad esempio una persona affamata che si muove alla ricerca di cibo. Il vagabondaggio si attua a piedi ma anche con la carrozzina; invece muoversi su e giù non è vagabondaggio;
- ✓ **Aggressività verbale:** ad esempio minacciare, insultare, maledire gli altri;
- ✓ **Aggressività fisica:** ad esempio colpire, spintonare, graffiare, abusare degli altri;
- ✓ **Comportamento sociale inadeguato:** ad esempio emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, ammassa, rovista tra le cose degli altri;
- ✓ **Comportamento socio-sessuale inadeguato;**
- ✓ **Rifiuto dell'assistenza:** rifiuta di assumere/ricevere la terapia, rifiuta di ricevere aiuto nelle ADL o nel mangiare. La resistenza può essere espressa verbalmente o fisicamente. L'item è stato ideato per fornire informazioni circa le relazioni del soggetto ad interventi proposti per stimolare ulteriori ricerche sulle cause per pianificare interventi assistenziali idonei. Queste cause possono includere: la paura di sentire dolore, la paura di cadere, una scarsa comprensione, rabbia, una ridotta confidenza ecc.

Le possibilità di scelta sono le seguenti:

- Non presente
- Presente ma non manifestatosi negli ultimi tre giorni
- Manifestatosi 1 o 2 volte negli ultimi tre giorni
- Manifestatosi in ognuno degli ultimi tre giorni.

Sulla colonna Flusso SIAD la voce “Comportamentali” può essere valorizzata su “Moderati” o “Gravi”, secondo le specifiche sopra riportate.

Selezionando “Condizioni di salute psichiatrica”, sulla colonna del RUG III HC vanno valorizzati i campi:

- ✓ **Illusioni:** convinzioni rigide, false, non condivise dagli altri che il soggetto porta avanti anche quando vi sono evidenze o dimostrazioni ovvie del contrario. Ad esempio credere di avere una malattia incurabile;
- ✓ **Allucinazioni:** false percezioni che si manifestano in assenza di stimoli reali. Un’allucinazione può essere uditiva, visiva, tattile, olfattiva e gustativa.

Anche in questo caso le possibilità di scelta sono:

- Non presente
- Presente ma non manifestatosi negli ultimi tre giorni
- Manifestatosi 1 o 2 volte negli ultimi tre giorni
- Manifestatosi in ognuno degli ultimi tre giorni.

L’item “Capacità di farsi comprendere” permette di documentare la capacità di esprimere e comunicare richieste e bisogni, opinioni, problemi urgenti e impegnarsi in conversazioni. Tale comunicazione può avvenire attraverso voce, scrittura o linguaggio dei segni o una combinazione di essi (incluso l’uso di specifici ausili per la comunicazione). Per la valorizzazione occorre interagire con il soggetto, valutando gli sforzi eseguiti per comunicare. Se possibile, osservare le sue interazioni con la famiglia. Se la persona utilizza ausili per la comunicazione incoraggiare ad usarli. Osservare le interazioni con gli altri in diverse situazioni (in gruppo, in due, con i familiari ecc.) e circostanze (quando la persona è calma o agitata ecc.). Notare che questo item NON ha la finalità di valutare la capacità di capire la lingua (GuidaRUG).

La relativa voce della colonna RUG III HC deve essere valorizzata scegliendo una delle seguenti opzioni: “Si fa comprendere”, “Di solito si fa comprendere”, “Si fa comprendere spesso”, “Qualche volta si fa comprendere”, “Raramente si fa comprendere/non si fa mai comprendere”.

Codifica:

1. **Si fa comprendere:** esprime chiaramente ciò che vuole comunicare senza difficoltà;
2. **Di solito si fa comprendere:** difficoltà a trovare le parole o a finire i pensieri, ma se gli viene dato tempo sono richiesti pochi o nessun suggerimento;
3. **Si fa comprendere spesso:** difficoltà a trovare le parole o a finire i pensieri, di solito sono richiesti dei suggerimenti;
4. **Qualche volta si fa comprendere:** la capacità è limitata ma è in grado di esprimere richieste concrete su necessità basilari (cibo, acqua, bagno, ecc);
5. **Raramente si fa comprendere/non si fa mai comprendere:** la comprensione è limitata all’interpretazione individuale della persona in funzione di suoni o di linguaggio del corpo (ad es. il caregiver ha imparato a riconoscere la presenza di dolore o il bisogno di servizi igienici).

La capacità della persona di ricordare eventi recenti viene indagata attraverso l’item “Memoria a breve termine”. Per indagare quest’ambito può essere utile chiedere alla persona di tenere a mente per alcuni minuti il nome di tre oggetti (es. libro, orologio, tavolo). Dopo aver enunciato tutte e tre le parole, chiedere di ripeterle (per verificare se il paziente è in grado di ascoltare e comprendere). Subito dopo continuare a parlare di qualcos’altro senza restare in silenzio o lasciare la stanza. Dopo 5 minuti chiedere alla persona di ripetere il nome di ogni oggetto. Se è incapace di ricordare

tutte e tre le parole selezionare “Problema di memoria”. In alternativa chiedere di descrivere un evento recente che entrambi possono ricordare (ad es. l’elezione di un nuovo leader politico, una delle festività più importanti) o che sia possibile confermare con un familiare (ad es. cosa ha mangiato a colazione). Se si riscontrano dei problemi selezionare “Problema di memoria”.

SCHEDA RITMO SONNO VEGLIA-RISCHIO INFETTIVO

Nella colonna “Bisogno” sono presenti le opzioni di scelta per valutare il ritmo sonno veglia e il rischio infettivo del paziente. Per “Rischio infettivo” si intende la condizione nella quale il paziente necessita di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio: devono cioè essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione. Il relativo bisogno va segnalato selezionando il corrispondente check box nella colonna Bisogno che porterà alla valorizzazione della voce della colonna Flusso SIAD con “Presente”.

Se il paziente presenta o ha presentato febbre negli ultimi 3 giorni, va selezionata l’opzione nella colonna Bisogno e quindi valorizzata la voce della colonna RUG III HC con uno dei seguenti valori: “Presente, ma non manifestatosi negli ultimi tre giorni”, “Manifestatosi 1 o 2 volte negli ultimi 3 giorni” o “ Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni”.

SCHEDA ONCOLOGICO-TERMINALE

Nella colonna “Bisogno” sono presenti le opzioni di scelta per valutare la presenza di patologie oncologiche, le terapie correlate e lo stato di terminalità sia oncologica che non oncologica. Un assistito è da ritenersi terminale nel caso in cui è attivabile/attivato un programma di cure palliative, come previsto dalla L.38/2010 e sua applicazione, oppure se è presente un’aspettativa di vita di 6 mesi o meno.

Se il paziente non presenta patologie oncologiche, nè può essere definito terminale, selezionare la voce della colonna Bisogno “Non oncologico/non terminale”. In tal caso la voce della colonna RUG III HC “Malattia terminale” è valorizzata con “No”, mentre le voci “Chemioterapia” e “Terapia radiante” sono valorizzate “Non effettuati, non programmati”. Le voci della colonna SIAD “Assistenza in caso di terminalità non oncologica”, “Assistenza in caso di terminalità oncologica” e “Controllo del dolore” vengono valorizzati con “Assente”.

Se il paziente presenta una condizione di terminalità non legata a patologie oncologiche, selezionare la voce nella colonna Bisogno “Terminalità non oncologica”. In tal caso la voce della colonna RUG III HC “Malattia terminale” viene valorizzata come “Sì” e la voce della colonna Flusso SIAD “Assistenza in caso di terminalità non oncologica” con “Presente”, mentre “Assistenza in caso di terminalità oncologica” con “Assente”.

Se il paziente presenta una condizione di terminalità dovuta a patologie oncologiche, selezionare la voce nella colonna Bisogno “Terminalità oncologica”. In tal caso la voce della colonna RUG III HC “Malattia terminale” viene valorizzata come “Sì” e la voce della colonna Flusso SIAD “Assistenza in caso di terminalità non oncologica” con “Assente”, mentre “Assistenza in caso di terminalità oncologica” con “Presente”.

Se il paziente presenta una patologia oncologica, ma non in fase terminale, selezionare la voce “Oncologico” della colonna Bisogno che però non comporta modifiche nè sulla colonna RUG III HC nè su quella Flusso SIAD.

Se il paziente è sottoposto a chemioterapia e/o radioterapia, selezionare la voce “Chemioterapia” e/o “Radioterapia” della colonna Bisogno. È necessario assegnare un valore alle voci “Chemioterapia” e “Terapia radiante” della colonna RUG III HC scegliendo una delle possibili opzioni: “Programmati, non effettuati”, “Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni” e “Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni”.

Se il paziente presenta una sintomatologia dolorosa, a prescindere dalla sua origine, selezionare la voce della colonna Bisogno “Dolore presente”. In tal caso è necessario specificare se il dolore è controllato da eventuali terapie in atto scegliendo nella colonna Flusso SIAD “Controllo del dolore” tra le opzioni “Presente” o “Assente”. Si specifica che l’item “Dolore presente” può essere selezionato anche in assenza di patologie oncologiche o condizione di terminalità, cioè quando viene selezionata la scelta “Non oncologico/non terminale”.

SCHEDA PRESTAZIONI

La sezione “Prestazioni” dà la possibilità di inserire alcune prestazioni a cui il paziente viene sottoposto. Nella colonna Bisogno è necessario scegliere tra le opzioni pertinenti, che una volta selezionate comportano la valorizzazione automatica delle corrispondenti voci della colonna SIAD con “Presente”. Si specifica che per le voci “Trasfusioni” e “Terapia EV” è necessario assegnare un valore alla corrispondente voce della colonna RUG III HC scegliendo una tra le seguenti opzioni: “Programmati, non effettuati”, “Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni” e “Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni”.

BIBLIOGRAFIA:

- Morris JN, Fries BE, Bernabei R, Steel K, Ikegami N, Carpenter I, Gilgen R, DuPasquier JN, Frijters D, Henrard JC, Hirdes JP, Belleville-Taylor P, Berg K, Bjorkgren M, Gray L, Hawes C, Ljudggren G, Nonemaker S, Philips CD, Zimmerman D. INTERRAI Assistenza Domiciliare (ADI) strumento di valutazione e manuale di utilizzo. Versione 9.1. Edizione italiana. Washington DC: Itterrai 2012.
- Ministero della Salute. Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare. Glossario dei tracciati SIAD. Versione 4.0. Disponibile all'indirizzo:
http://www.arceo.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_83_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_5_fileAllegato.pdf. Ultimo accesso: 15/05/2015.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. Educazione terapeutica del paziente. Programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche. Rapporto di un Gruppo di Lavoro OMS, 1998.