



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

CLASSIFICAZIONE RUG :
UNO STRUMENTO ANALITICO-ASSISTENZIALE

Relatore: **Dott.ssa. Annamaria Frascati**

Laurenado: **Claudia Adamo**

Matricola: **1079694**

Anno Accademico: **2018/2019**

ABSTRACT

Introduzione:

Il crescente numero di pazienti anziani con importanti bisogni medici e sociali impone una maggior attenzione nella valutazione del network dei servizi. In un paese dove il numero di anziani sembra aumentare costantemente risulta necessaria una valutazione più appropriata del reale fabbisogno che utilizzi strumenti di misura in grado di rilevare il case- mix assistenziale. In tal modo si potranno definire chiaramente i criteri di accesso alle diverse strutture, permettendo la differenziazione delle tariffe e la verifica dei livelli assistenziali effettivamente erogati.

Obiettivo:

Scopo del lavoro è stato quello di valutare in quale misura l'introduzione del RUG III come strumento di valutazione multidimensionale, possa essere utile nel monitorare la tipologia e l'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture residenziali, definire il fabbisogno ed il case mix assistenziali delle strutture residenziali, e creare un flusso informativo sulle problematiche sanitarie e sociali dell'anziano non autosufficiente.

Materiali e metodi:

Questo lavoro di ricerca prevede lo studio osservazionale retrospettivo di una particolare utenza sottoposta alla valutazione tramite sistema RUG.

Tale Sistema di VMD consiste nel classificare i pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse. L'assegnazione al singolo gruppo è definita in relazione ad alcune specifiche assistenziali e al punteggio ottenuto nella scala ADL. Ad ogni singolo gruppo RUG, corrisponde un fabbisogno assistenziale espresso in minuti di assistenza.

Il coefficiente di peso del RUG viene calcolato moltiplicando il tempo dedicato all'assistenza per il costo medio standard per figura professionale utilizzata.

La determinazione dei pesi relativi è utilizzata per calcolare l'indice di Case mix (ICM) per struttura, ossia un indicatore sintetico della complessità assistenziale della casistica ricoverata.

Risultati:

Dalla valutazione RUG, si evince che il 47% dei 117 pazienti esaminati rientra nelle Cure Intensive, a seguire, il 19,6% nella Complessità Clinica, il 12,8% nelle Cure Specialistiche, l'11,9% nella Riduzione della Funzionalità Fisica, il 6,8% nei Deficit Cognitivi, 1,7% nei deficit Comportamentali, e lo 0% nella Riabilitazione.

Conclusione:

La sperimentazione effettuata dimostra che la metà circa dei pazienti esaminati, in passato ospiti nel Reparto di riferimento, rientrerebbe in un setting a più elevata complessità assistenziale. Ne consegue che queste strutture garantiscono prestazioni più complesse rispetto a quelle previste dall'accreditamento con implicazioni sia in termini di fabbisogno di personale che di costi gestionali.

INDICE

ABSTRACT.....pag.2

INTRODUZIONE.....pag.4

CAPITOLO 1‘Dalla Residenzialità al modello di analisi Rug ’

1.1”Assistenza Residenziale e Semiresidenziale”.....pag.9

1.2 “Progetto mattone ssn”.....pag.10

1.3 “Rug (Resources Utilization Groups)”.....pag.15

CAPITOLO 2‘ Studio Osservazionale Retrospektivo dell’impiego del sistema RUGIII ‘

2.1”Introduzione”.....pag.23

CONCLUSIONI.....pag.27

BIBLIOGRAFIA.....pag.28

ALLEGATI..... pag.29

INTRODUZIONE:

Le malattie croniche sono patologie che presentano sintomi costanti nel tempo e per le quali le terapie non sono quasi mai risolutive. Costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo

L'incidenza di queste patologie, che possono essere di origini molto diverse, è molto alta. La stessa definizione OMS di malattia cronica: "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni";

fa chiaro riferimento all' impegno di risorse umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti

(ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.), che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita ecc.), necessarie per i loro controllo.

Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo . Sono 24 milioni gli italiani con una patologia cronica.



Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le:

- malattie renali croniche ed insufficienza renale;
- malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
- malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;
- malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca;
- malattie neurologiche e neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi;
- malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria, asma;
- malattie endocrine
- tumori
- malattie genetiche

PAZIENTE CRONICO:

In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente.

Il paziente a cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.)

Inoltre, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcomes negativi, quali: aumento della morbidità; aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione; aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza e peggiore qualità di vita.

In particolare, secondo dati rilevati dall'Istat, le malattie croniche con maggior prevalenza sono: artrite/artrosi (16,4%), l'Ipertensione (16,7%) e le malattie allergiche (10,0%) per una spesa sanitaria che sfiora i 67 miliardi di Euro.

I dati indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. La Cronicità non è uguale per tutti: differenze di genere, territorio, classi di età e titoli di studio.

Le donne sono più frequentemente affette da patologie croniche, il 42,6% delle donne vs il 37,0% degli uomini (che però hanno una minore aspettativa di vita).

Le donne sono molto più frequentemente multicroniche (42,6% tra gli uomini, 54,4% tra le donne), con problemi di osteoporosi (5,2% tra gli uomini, 31,2% tra le donne) e di artrosi/artriti (27,8% tra gli uomini, 48,3% tra le donne); lo svantaggio di genere per gli uomini cresce rispetto al diabete (17,6% tra gli uomini, 12,5% tra le donne) e alle malattie del cuore (14,4% tra gli uomini, 5,4% tra le donne).

Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

Alla base delle principali malattie croniche ci sono **fattori di rischio comuni e modificabili**, come: alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica.

Queste cause possono generare quelli che vengono definiti **fattori di rischio intermedi**, ovvero: l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Ci sono poi **fattori di rischio immodificabili**, come: l'età o la predisposizione genetica. Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo ed in entrambi i sessi.

Le malattie croniche, però, sono legate anche a **determinanti impliciti**, spesso definiti come “cause delle cause”, un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti di vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità. Secondo dati ISTAT, due milioni e 600 mila persone vivono in condizioni di disabilità in Italia e ciò testimonia una trasformazione radicale nell'epidemiologia del nostro Paese.

PREVENZIONE:

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, non si può non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione, verso cui si sono indirizzati in particolare i Piani Nazionali di Prevenzione e il Programma “Guadagnare Salute¹”. A questi si rimanda per una più dettagliata definizione delle strategie finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle patologie croniche.

Ciò premesso, è ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una “sfida di sistema”, che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace “centralità” alla persona e al suo progetto di cura e di vita. Tra gli interventi necessari per una corretta prevenzione primaria abbiamo: l'adozione di corretti stili di vita; per la prevenzione secondaria: individuazione precoce dei soggetti a rischio e relativa presa in carico; e per quelli di prevenzione terziaria: evitare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate. La prevenzione, però, in tutte le sue declinazioni continua a rimanere la maglia nera della sanità italiana. Per il 35,7% delle Associazioni non sono stati promossi nell'ultimo anno programmi per la prevenzione e se sono stati realizzati, solo per il 19% delle Associazioni hanno riguardato bambini e ragazzi. Inoltre, ad occuparsi di prevenzione

¹ Epicentro, Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione.

non sono generalmente le Istituzioni, infatti, ben il 98% di questi programmi sono stati organizzati dalle Associazioni di pazienti, solo nel 24% dei casi ha partecipato la ASL e nel 12% il medico di base. Ciò su cui, secondo le Associazioni, bisognerebbe maggiormente intervenire, al fine di migliorare la prevenzione, è l'informazione a tutti i livelli, verso i pazienti ed i caregiver, ma anche verso lo stesso personale medico, e superare gli ostacoli di tipo psicologico (difficoltà a modificare abitudini di vita di anni e fragilità psicologica) e di tipo economico. Tutto ciò ha un effetto diretto sul ritardo nella diagnosi registrato, nell'ultimo anno, dal 73,3% delle Associazioni ed imputabile, sempre secondo le Associazioni coinvolte, innanzitutto alla scarsa conoscenza della patologia da parte dei medici o pediatri di famiglia (83,7%) ed ancora alla sottovalutazione dei sintomi (67,4%) o alla mancanza di personale specializzato o di centri sul territorio (58,1%).

SCENARI DI SISTEMA INTEGRATO IN AMBITO TERRITORIALE E OSPEDALIERO

Per fare fronte alle “nuove epidemie”, come l'OMS definisce le cronicità, si affacciano nuove parole d'ordine: assistenza multidimensionale e multiprofessionale, globalità dei bisogni, gestione proattiva, che impongono di ripensare l'organizzazione dei servizi (WHO 2005, WHO 2008). Emerge, inoltre, la necessità di prendere in considerazione nuove dimensioni: malattia vissuta (illness) e non solo malattia organica (disease), salute possibile e non solo salute, mantenimento e non solo guarigione, accompagnamento e non solo cura, risorse del paziente e non solo risorse tecnico-professionali (ADA 2010, AMD-SID 2010). La necessità di recuperare spazi di integrazione e coordinamento nella gestione delle cure e di introdurre sistemi di partecipazione attiva del paziente al processo di cura, preservando al tempo stesso la specializzazione delle risorse professionali e la sostenibilità economica, ha visto nascere nuovi modelli assistenziali definiti, con un termine molto generale, di “gestione integrata”.

Questi modelli si basano su sistemi organizzativi e tecnologici, conoscenza scientifica, incentivi ed informazione per migliorare la qualità delle cure ed aiutare le persone con malattie croniche a gestire più efficacemente le proprie condizioni di salute. L'obiettivo è quello di ottenere un miglioramento dello stato di salute e, contemporaneamente, di contenere/ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche. La gestione integrata va considerata come un processo dinamico in evoluzione, strettamente correlato alla maturità culturale e organizzativa del contesto. Essa è, quindi, definibile come un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il medico di medicina generale, riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali e ospedalieri che entrano in gioco nell'erogazione dell'assistenza. Non può esservi “distanza” tra le varie componenti e tra i diversi attori del sistema assistenziale e non vi sono, pertanto, pazienti affidati esclusivamente all'MMG e altri esclusivamente allo specialista. Molto importanti sono, inoltre, in una logica di ampia integrazione, il contributo del mondo del volontariato, dei familiari e dello stesso paziente che, come ampiamente dimostrato in letteratura, ha una centralità non solo decisionale ma anche gestionale rispetto alla patologia ed alla cura e deve, quindi, essere messo nelle condizioni di divenire consapevole ed esperto della propria malattia. Il presupposto per il realizzarsi di questo importante progetto di governance è l'assunzione di un approccio sistemico che implichi un'azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale che, con responsabilità diverse, devono essere chiamati a sviluppare

interventi mirati verso comuni obiettivi. Senza concreti binari di interconnessione, rappresentati dalla gestione integrata e dai percorsi assistenziali, l'integrazione continuerà a rimanere una semplice affermazione di principio, un terreno ipotetico ed auspicabile calpestato soltanto occasionalmente.

CAPITOLO 1

” DALLA RESIDENZIALITÀ AL MODELLO DI ANALISI RUG ”

1.1 Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

Con "assistenza residenziale e semiresidenziale", secondo la definizione del Ministero della Salute, si intende: “Il complesso integrato di interventi, procedure ed attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, all'interno di idonei "nuclei accreditati" per la specifica funzione”. L'assistenza residenziale e quella semiresidenziale, rivestono una importanza crescente a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e della conseguente presenza di patologie di carattere cronico-degenerativo. Per governare e monitorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza è quindi sempre più indispensabile rilevare anche le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate sul territorio. Progetti di Impresa propone soluzioni software evolute per la gestione, il monitoraggio e la rendicontazione dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale. Le informazioni gestite sono riconducibili, in particolare a: dati anagrafici dell'utente assistito, dati relativi alla valutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito, dati associati alle strutture erogatrici ed ai servizi/prestazioni erogati e, infine, dati relativi all'ammissione ed alla dimissione dell'assistito dalla singola struttura Residenziale e Semiresidenziale. Le soluzioni software di Progetti di Impresa sono uno strumento prezioso per la gestione della Assistenza residenziale e semiresidenziale permettendo di migliorare l'operativa, il monitoraggio e la rendicontazione e concretizzando precisi vantaggi in termini di efficienza e di ottimale allocazione delle risorse.

- **L'Assistenza Residenziale**

Si tratta di un'attività assistenziale che si rivolge a cittadini non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti e che si realizza in Strutture Residenziali con differenti livelli di specializzazione, dalle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) fino a Centri specializzati in Alzheimer o altre patologie. L'Assistenza Residenziale offre servizi di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa ed "alberghiera", erogati in base alla specifica natura di bisogno assistenziale rilevato per l'utente. Per il ricovero in strutture socio-assistenziali è normalmente necessaria la valutazione di una Unità di Valutazione. I ricoveri presso le strutture residenziali possono essere di due tipi: definitivo o temporaneo (es. "Letto di sollievo", Continuità Assistenziale" ecc.). Una parte dei costi di tali servizi viene addebitata all'assistito o alla sua famiglia secondo criteri differenti per prestazione erogata e territorio oltre che variabili nel tempo.

- **L'Assistenza Semiresidenziale**

Si tratta di un'attività assistenziale che si svolge in un "Centro Diurno" (il nome differisce nei vari territori), una struttura che si pone il duplice obiettivo di supportare i nuclei familiari che si occupano quotidianamente dell'individuo e, al tempo stesso, si propone come soluzione alternativa al ricovero. La struttura Semiresidenziale ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue dell'assistito, al fine di consentirne la permanenza al proprio domicilio

e, contemporaneamente, offrendo un importante sostegno al nucleo familiare. I Centri Diurni effettuano interventi differenziati, di natura socio-assistenziale, sanitaria, di animazione e di socializzazione. L'inserimento di un assistito nei Centri Diurni e la determinazione della natura e della frequenza delle prestazioni da effettuarsi, sono normalmente definite a cura di una Unità di Valutazione. Una parte dei costi di tali servizi viene addebitata all'assistito o alla sua famiglia secondo criteri differenti per prestazione erogata e territorio oltre che variabili nel tempo.



1.2 Progetto mattone SSN

Tale progetto è stato approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 Dicembre 2003 con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il Progetto prevede 15 linee progettuali sviluppate da altrettanti gruppi di lavoro (i 15 Mattoni SSN). Uno dei progetti del Progetto Mattoni è stato specificamente dedicato alla costruzione di un flusso informativo sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali

PROGETTO MATTONE 12: ‘prestazioni residenziali e semiresidenziali’

Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei ‘nuclei’ accreditati per la specifica funzione.

Poiché il sistema prevede prestazioni a diversi livelli di intensità di cura, l'accesso alle stesse e la prosecuzione del trattamento avverrà coerentemente con la verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell'utente.

Il mandato assegnato al **Mattone 12** è riferito alla costruzione di un flusso informativo delle

prestazioni residenziali e semiresidenziali, adeguato ad alimentare in modo coerente il NSIS. La costruzione di un flusso informativo unitario e coerente presuppone la individuazione di modelli organizzativi uniformi, ai quali siano riferibili le singole prestazioni e/o attività. Nel settore residenziale si registra invece nelle diverse regioni una marcata variabilità dei modelli autorizzativi ed organizzativi, nonché delle modalità di erogazione del servizio, tali da imporre una ricognizione delle diverse tipologie di prestazioni e la loro riconduzione ad un modello unitario condiviso. E' apparso inoltre necessario costruire un modello di correlazione tra prestazioni, livelli assistenziali, remunerazione degli erogatori, al fine di definire criteri omogenei di valutazione degli ambiti prestazionali.

Sono stati quindi definiti i seguenti obiettivi:

- Definizione di un sistema di classificazione delle prestazioni e degli ambiti di erogazione;
- Definizione dei contenuti informativi per la rilevazione delle prestazioni;
- Verifica delle condizioni e delle modalità di implementazioni del sistema su un campione di regioni.

L'ambito di riferimento del progetto sono le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a favore di soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio:

1. Anziani
2. Disabili fisici, psichici e sensoriali
3. Pazienti psichiatrici

Inoltre, in considerazione della stretta connessione (e spesso sovrapposizione) tra l'assistenza residenziale ai disabili e le prestazioni di riabilitazione estensiva, si è ritenuto di dover estendere il campo di studio del Mattone a tutto il sistema riabilitativo extra-ospedaliero, nonché, in collaborazione con il MATTONE n.3 (Revisione del sistema DRG) della stessa riabilitazione ospedaliera. Il programma del **MATTONE 12** è stato quindi integrato con il seguente obiettivo:

- Costruzione di un sistema di classificazione e flusso informativo delle prestazioni di lungodegenza riabilitazione, in collaborazione con il MATTONE N.3.

Aree di Integrazione:

- Lungodegenza Post Acuzie Ospedaliera e/o residenziale
- Riabilitazione Ospedaliera e/o Residenziale

Situazione di Fatto:

In Italia stimiamo oggi l'esistenza di circa 300.000 posti letto in strutture residenziali di varia tipologia, per una spesa annua stimata di circa 6 mld di euro sul FSN.

Tuttavia non esiste oggi un flusso informativo per le prestazioni residenziali:

E non esiste un modello univoco di classificazione

- delle strutture
- delle prestazioni
- dei pazienti

Nelle Regioni italiane sono chiamate con nomi uguali cose diverse, e con nomi diversi cose uguali.

Le prestazioni residenziali si sovrappongono e sostituiscono spesso a prestazioni di lungodegenza e riabilitazione.

L'accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione.

Non esiste un sistema di compensazione della mobilità sanitaria e questo determina problemi nella circolazione dei pazienti.

La mancanza di dati impedisce la verifica dei LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA erogati per questa tipologia di prestazioni.

In assenza di chiari modelli normativi, di strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali, di criteri di appropriatezza e di verifica della qualità, le cure residenziali rischiano di essere caratterizzate da una sostanziale casualità dell'assistenza generando situazioni di criticità!



Effetto Tetto:

Un soggetto con elevati bisogni inserito in un "sistema a bassa offerta" tende a stressare il sistema ed ottenere una quota di assistenza maggiore degli altri ospiti, ma inferiore a quella che assorbirebbe in un sistema con idonea organizzazione



Effetto Pavimento:

Un soggetto con modesti bisogni inserito in un "sistema ad alta offerta" riceve una quota di assistenza, legata alla organizzazione del lavoro (minuti specifici) o a protocolli (minuti specifici), superiore a quella che assorbirebbe se inserito in un sistema a bassa offerta

Per valutare e standardizzare il reale fabbisogno assistenziale è necessario adottare ove possibile

strumenti di misura in grado di rilevare il case-mix assistenziale espresso nel rapporto tra bisogni ed assistenza (in tipologia e quantità) ed adeguato a definire standard organizzativi e dotazione di personale.

- L'utilizzo sistematico e finalizzato a livello regionale dei diversi strumenti di analisi del case-mix assistenziale appare essenziale per la corretta allocazione dei pazienti nel corrispondente livello prestazionale.
- L'utilizzo di strumenti di analisi del case-mix rappresenta nel contempo elemento essenziale per la programmazione del percorso assistenziale e per la verifica dell'assistenza erogata.
- Comprendere bisogni di coloro che ricevono i servizi costituisce un requisito fondamentale per il processo decisionale di allocazione delle limitate risorse disponibili.

Valutazione multidimensionale La valutazione multidimensionale (VMD) è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. La VMD deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno su scala regionale. Gli strumenti di VMD devono consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/o delle "fragilità", e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata. Di norma una scheda di Valutazione Multi-Dimensionale produce i dati essenziali per la valutazione del profilo assistenziale del paziente, fornendole informazione necessarie per alimentare i sistemi di "pesatura". Dal Data-Base della VMD si può quindi costruire lo strumento di analisi del "case-mix". La valutazione del case-mix diventa sempre più importante anche in ragione della complessità delle problematiche medico-sociali sociali emergenti e del progressivo aggravamento delle condizioni cliniche dei pazienti assistiti non solo nelle strutture ospedaliere, ma soprattutto nei servizi residenziali e domiciliari.

La scelta degli strumenti

L'adozione su base nazionale di un unico strumento di analisi del Case-mix consentirebbe l'immediata alimentazione del data-base NSIS e permetterebbe di definire standard univoci.

Il modello di classificazione delle prestazioni potrebbe essere integrato in un sistema unitario di classificazione isorisorse (sul modello dei DRG).

Il Gruppo di lavoro del Mattone 12 ha iniziato il suo lavoro nell'obiettivo di individuare un sistema unico su scala nazionale.

Tuttavia ha dovuto presto prendere atto delle posizioni assunte dalle Regioni a salvaguardia dei "propri" strumenti" e dell'investimento su di essi effettuato in termini di sviluppo, formazione degli operatori, implementazione, costruzione dei flussi informativi.

Si è quindi giunti alla determinazione di accettare il mantenimento di autonomi strumenti regionali di case-mix, purchè operanti all'interno di un sistema univoco di classificazione delle prestazioni e capaci di alimentare un flusso informativo nazionale in grado di ricostruire almeno i principali elementi del percorso clinico-assistenziale delle persone, i Livelli Essenziali di Assistenza

effettivamente garantiti, i trend di utilizzo delle prestazioni residenziali anche in rapporto agli altri sistemi di offerta.

Tuttavia Le precedenti esperienze avviate dalle Regioni e la sostanziale indisponibilità reciproca a vanificare il percorso avviato, hanno imposta la convivenza dei diversi strumenti.

Gli strumenti testati dal gruppo di lavoro e validati per l'automatica alimentazione della FAR sono:

- **MDS /RUG (Resources Utilization Groups)**
- **SOSIA (Scheda Osservazionale Intermedia Assistenza)**
- **SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano)**
- **AGED (Assesment Geriatric of Disabilities, derivato da AGGIR- Autonomie Gerontologique Groupes Iso-Resources)**

Tutte le regioni sono tenute ad adottare uno degli strumenti testati.

Per le Regioni che non hanno ancora avviato la implementazione di uno degli strumenti indicati è auspicabile l'adozione del sistema RUG-MDS.

Flusso Informativo NSIS Residenziale (Nuovo sistema informativo sanitario)

Tutte le Regione saranno tenute ad adottare uno dei sistemi di VMD e di analisi del case-mix assistenziale poiché dai dati raccolti con i singoli strumenti di classificazione si alimenta in via automatica una scheda di rilevazione nazionale – (FAR):

1. Codice e Tipologia di struttura (prestazione)
2. Dati anagrafici
3. Dati Paziente su autonomia, cognitivà, trattamenti speciali, comportamento, socio-economici

I dati di flusso regionali verranno quindi successivamente filtrati dal software FAR, in grado di alimentare il flusso informativo nazionale con dati essenziali omogenei.

Le regioni saranno tenute ad integrare il flusso con le informazioni necessarie alla alimentazione del FAR che non dovessero risultare presenti nello strumento adottato.

E' esclusa la compilazione diretta del FAR da parte delle strutture erogatrici, il cui debito informativo è necessariamente costituito dalla scheda di VMD e di analisi del Case-mix adottata a livello regionale.

**Flusso informativo nazionale
Prestazioni residenziali e semiresidenziali**
Scheda Flusso Informativo Assistenza Residenziale per anziani (FAR)

e 1		sezione 2															
DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA		AMMISSIONE E DIMISSIONE															
		Provenienza della persona															
Regione di residenza	Codice Reg	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">sezione 3</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">VALUTAZIONE DELLA PERSONA</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">Attività di vita quotidiana</td> <td> 1st Autonomo 2nd Parzialmente dipendente 3rd Totalmente dipendente </td> </tr> <tr> <td>Area della mobilità</td> <td> 1st Si sposta da solo 2nd Si sposta assistito 3rd Non si sposta </td> </tr> <tr> <td>Area cognitiva (memoria, orientamento, attenzione)</td> <td> 1st Lieve 2nd Moderato 3rd Grave </td> </tr> <tr> <td>Area dei disturbi comportamentali</td> <td> 0st Assenti 1st Presenti </td> </tr> <tr> <td>Area dei trattamenti specialitici</td> <td> <input type="checkbox"/> Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> SNG PEG <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Respiratorie / Ventil. assistita <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> Ulcere da decubito </td> </tr> </table>		sezione 3		VALUTAZIONE DELLA PERSONA		Attività di vita quotidiana	1 st Autonomo 2 nd Parzialmente dipendente 3 rd Totalmente dipendente	Area della mobilità	1 st Si sposta da solo 2 nd Si sposta assistito 3 rd Non si sposta	Area cognitiva (memoria, orientamento, attenzione)	1 st Lieve 2 nd Moderato 3 rd Grave	Area dei disturbi comportamentali	0 st Assenti 1 st Presenti	Area dei trattamenti specialitici	<input type="checkbox"/> Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> SNG PEG <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Respiratorie / Ventil. assistita <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> Ulcere da decubito
sezione 3																	
VALUTAZIONE DELLA PERSONA																	
Attività di vita quotidiana	1 st Autonomo 2 nd Parzialmente dipendente 3 rd Totalmente dipendente																
Area della mobilità	1 st Si sposta da solo 2 nd Si sposta assistito 3 rd Non si sposta																
Area cognitiva (memoria, orientamento, attenzione)	1 st Lieve 2 nd Moderato 3 rd Grave																
Area dei disturbi comportamentali	0 st Assenti 1 st Presenti																
Area dei trattamenti specialitici	<input type="checkbox"/> Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> SNG PEG <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Respiratorie / Ventil. assistita <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> Ulcere da decubito																
Azienda USL di residenza	Codice Azia																
Comune o Stato di residenza																	
no istituzione competente TEAM	Codice istit																
struttura	Codice tipo																
individuale																	
se																	
nascita																	
ingresso																	
rilevazione																	
anza																	
	<input type="checkbox"/> Maschi																
vile	<input type="checkbox"/>																

2

1.3 Rug (Resources Utilization Groups)

In campo internazionale sono stati sperimentati diversi strumenti di classificazione dei pazienti e di valutazione del case-mix nelle strutture per l'assistenza post-acuta e residenziale.

Tra i vari sistemi il **RUG (Resource Utilization Groups)** è quello di più ampia e sperimentata diffusione, rappresentando un algoritmo di definizione del case-mix assistenziale delle strutture residenziali che opera attraverso la classificazione dei pazienti in gruppi a diverso assorbimento di risorse.

Il sistema RUG viene utilizzato negli Stati Uniti per la remunerazione delle Nursing Home in quasi tutti gli stati degli USA, introdotto e sperimentato anche in Canada, in Giappone e in diversi stati Europei.

E' stato sviluppato da un gruppo di ricercatori americani alla fine degli anni '80, ed è stato costruito utilizzando come base informativa il Resident Assessment Instrument (RAI), uno strumento sistematico di rilevazione che indaga le principali aree problematiche dei pazienti inseriti in programmi di assistenza a lungo termine.

In Italia, la sperimentazione del RUG è iniziata nel 1996, attualmente viene utilizzata sistematicamente dalle regioni Marche; Umbria, Toscana e Friuli, mentre hanno dato adesione all'uso sperimentale le regioni Lazio; Lombardia, Sardegna, Campania e Calabria.

² , Flusso Informativo Nazionale per le Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali, Coordinatore Scientifico Enrico Brizioli, Regione Marche

Aree di valutazione e variabili previste dal Sistema RUGIII: La scheda RUG III (la versione più recente del sistema) è costruita su indicatori che danno conto dei livelli di autonomia, di specifiche aree problematiche psico-affettive e comportamentali, della stabilità clinica, della effettuazione di cure e terapie complesse e ad alto contenuto sanitario, dei programmi riabilitativi.

Aree di valutazione (sezioni) e numero di variabili rilevate dal RUG III

SEZIONE	DESCRIZIONE	ITEM
Sezione B	Stato Cognitivo	3
Sezione C	Comunicazione	1
Sezione E	Umore e comportamento	26
Sezione G	Autonomia	7
Sezione H	Continenza	2
Sezione I	Diagnosi di malattia	8
Sezione J	Condizioni cliniche	7
Sezione K	Stato nutrizionale	5
Sezione M	Condizioni dell'acute	20
Sezione N	Attività	1
Sezione O	Farmaci	1
Sezione P	Trattamenti e terapie speciali	25
Sezione T	Sezione supplementare	3
Totale		109

Assegnazione ai raggruppamenti e gruppi

In base a queste variabili (109 items) l'ospite viene assegnato a una tra 7 classi principali. La logica di attribuzione ai raggruppamenti principali procede a partire dai gruppi a maggiore complessità assistenziale, in senso decrescente con criteri identificativi a scalare. Il residente che non presenta le caratteristiche minime per essere inserito nel raggruppamento che contiene gli ospiti più gravi e/o complessi (Riabilitazione) passa a quello successivo; se non presenta neanche i requisiti previsti dal secondo raggruppamento, scatta al successivo e così via fino all'ultimo, ove sono inseriti gli ospiti che presentano solo problemi di non autosufficienza e limitazione delle funzioni motorie (Figura 1)

Figura1.(Modalità di assegnazione scalare ai raggruppamenti principali)

1. RIABILITAZIONE	
2. CURE INTENSIVE	
3. CURE SPECIALISTICA	
4. COMPLESSITA' CLINICA	
5. DEFICIT COGNITIVI	
6. DEFICIT COMPORTAMENTALI	
7. RIDUZIONE DELLA FUNZIONALITA FISICA	

All'interno di ogni raggruppamento principale i residenti vengono ulteriormente suddivisi in diversi sottogruppi in rapporto al:

- grado di autonomia basato dal punteggio ottenuto nella scala ADL (Activities of Daily Living)
- in relazione a criteri clinico-assistenziali (variabili psico-affettive, inerimento o meno in programmi di nursing riabilitativo.

ADL e score utilizzati nel sistema RUG III

ADL	INTENSITA' DEFICIT	SCORE
Mobilità a letto	Indipendente o supervisione	1
	Assistenza limitata	3
	Assistenza intensiva o dipendenza totale con aiuto fisico di due persone	4
	Assistenza intensiva o dipendenza totale con aiuto fisico di più due persone	5
Trasferimenti	Indipendente o supervisione	1
	Assistenza limitata	3
	Assistenza intensiva o dipendenza totale con aiuto fisico di due persone	4
	Assistenza intensiva o dipendenza totale con aiuto fisico di più due persone	5
Uso del WC	Indipendente o supervisione	1
	Assistenza limitata	3
	Assistenza intensiva o dipendenza totale con aiuto fisico di due persone	4
	Assistenza intensiva o dipendenza totale con aiuto fisico di più due persone	5
Mangiare	Indipendente o supervisione	1
	Assistenza limitata	2
	Assistenza intensiva o dipendenza totale (inclusa alimentazione parenterale ed enterale)	3

L'ADL utilizzato nei RUG prevede l'analisi di 4 variabili ed uno score complessivo con un range compreso tra 0 e 18

si perviene quindi alla identificazione di **44 gruppi RUG** che rappresentano le unità di riferimento base per il sistema di classificazione dei pazienti

Gruppo principale	RUG Nr.	Cod.	Descrizione	ADL
Riabilitazione	1	RUC	Riabilitazione ultra alta	ADL 16-18
	2	RUB	Riabilitazione ultra alta	ADL 9-15
	3	RUA	Riabilitazione ultra alta	ADL 4-8
	4	RVC	Riabilitazione molto alta	ADL 16-18
	5	RVB	Riabilitazione molto alta	ADL 9-15
	6	RVA	Riabilitazione molto alta	ADL 4-8
	7	RHC	Riabilitazione alta	ADL 16-18
	8	RHB	Riabilitazione alta	ADL 9-15
	9	RHA	Riabilitazione alta	ADL 4-8
	10	RMC	Riabilitazione media	ADL 16-18
	11	RMB	Riabilitazione media	ADL 9-15
	12	RMA	Riabilitazione media	ADL 4-8
	13	RLB	Riabilitazione bassa	ADL 9-15
	14	RLA	Riabilitazione bassa	ADL 4-8
Assistenza intensiva	15	SE3	Assistenza estensiva 3	ADL > 6
	16	SE2	Assistenza estensiva 2	ADL > 6
	17	SE1	Assistenza estensiva 1	ADL > 6
Assistenza specialistica	18	SSC	Assistenza specialistica	ADL 17-18
	19	SSB	Assistenza specialistica	ADL 15-16
	20	SSA	Assistenza specialistica	ADL 4-14
Polipatologia	21	CC2	Polipatologia con depressione	ADL 17-18
	22	CC1	Polipatologia	ADL 17-18
	23	CB2	Polipatologia con depressione	ADL 12-16
	24	CB1	Polipatologia	ADL 12-16
	25	CA2	Polipatologia con depressione	ADL 4-11
	26	CA1	Polipatologia	ADL 4-11

si perviene quindi alla identificazione di **44 gruppi RUG** che rappresentano le unità di riferimento base per il sistema di classificazione dei pazienti

Gruppo principale	RUG Nr.	Cod.	Descrizione	ADL
Deficit cognitivi	27	IB2	Deficit cognitivi + riabilitazione infermieristica	ADL 6-10
	28	IB1	Deficit cognitivi	ADL 6-10
	29	IA2	Deficit cognitivi + riabilitazione infermieristica	ADL 4-5
	30	IA1	Deficit cognitivi	ADL 4-5
Deficit comportamentali	31	BB2	Deficit comportamentali + riabil.infermieristica	ADL 6-10
	32	BB1	Deficit comportamentali	ADL 6-10
	33	BA2	Deficit comportamentali + riabil.infermieristica	ADL 4-5
	34	BA1	Deficit comportamentali	ADL 4-5
Riduzione funzione fisica	35	PE2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 16-18
	36	PE1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 16-18
	37	PD2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 10-15
	38	PD1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 10-15
	39	PC2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 9-10
	40	PC1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 9-10
	41	PB2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 6-8
	42	PB1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 6-8
	43	PA2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 4-5
44	PA1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 4-5	

Per tutti i raggruppamenti, ad eccezione di quello della riabilitazione, l'assegnazione è basata sulla valutazione di dimensioni e problemi "oggettivi". Nel caso della riabilitazione, l'assegnazione al gruppo finale dipende dal tempo di assistenza riabilitativa che il residente riceve ed è quindi condizionata dalla possibilità della struttura di offrire programmi di assistenza riabilitativa, a diverso grado di specializzazione. Dal momento che questa varia fortemente fra le diverse strutture, molti autori hanno sollevato critiche sul raggruppamento Riabilitazione, suggerendo di escluderlo dal RUG e di costruire quindi un RUG a 33 sottogruppi, prevedendo una rilevazione separata della quantità di riabilitazione effettuata.

Esempio:

- Riabilitazione ad intensità estremamente elevata e molto elevata prevedono: 450 o + min/settimana di terapia
- Riabilitazione a intensità elevata prevede: 300 o + min/settimana di terapia
- Riabilitazione a intensità media prevede: 150 o + min/settimana di terapia
- Riabilitazione a intensità bassa prevede: 45 o + min/settimana di terapia

Ad ogni singolo gruppo RUG corrisponde un fabbisogno assistenziale espresso in MINUTI di ASSISTENZA e diviso in assistenza Infermieristica ed Ausiliaria (OSS/OTA/ausiliari/altri). Dai Minuti di assistenza deriva il "PESO" assistenziale del singolo gruppo, che esprime il parametro per la costruzione del CASE-MIX assistenziale delle strutture.

Tabella 3. Raggruppamenti principali e sottogruppi sulla base delle variabili raccolte dal RUG

Raggruppamento principale	Variabili considerate nell'attribuzione	Sottogruppi	
		N. sotto-gruppi	Variabili considerate
Riabilitazione	Fisioterapia, logoterapia, terapia occupazionale	1-3	Intensità riabilitazione estremamente elevata: - ADL 16-18 - ADL 9-15 - ADL 4-8
		4-6	Intensità riabilitazione molto elevata: - ADL 16-18 - ADL 9-15 - ADL 4-8
		7-9	Intensità riabilitazione elevata: - ADL 16-18 - ADL 9-15 - ADL 4-8
		10-12	Intensità riabilitazione media: - ADL 16-18 - ADL 9-15 - ADL 4-8
		13-14	Intensità riabilitazione bassa: - ADL 9-15 - ADL 4-8
Cure intensive	ADL ≥ 7 + 1 procedura (NPT, aspirazione, tracheostomia, assistenza respiratoria, farmaci endovena e fleboclisi)	15-17	- N. di procedure
Cure specialistiche	ADL ≥ 7 + 1 dei seguenti: cerebropatia o sclerosi multipla o tetraplegia (e ADL ≥ 10), febbre (con polmonite, disidratazione, vomito, sondino), sondino nasogastrico, ulcere da decubito, ...	18-20	- ADL 17-18 - ADL 15-16 - ADL 4-14

(continua)

Raggruppamento principale	Variabili considerate nell'attribuzione	Sottogruppi	
		N. sotto-gruppi	Variabili considerate
Complessità clinica	Almeno 1 dei seguenti: coma, diabete, emiplegia/emiparesi, polmonite, setticemia, disidratazione, emorragia interna, ecc.	21 23	Presenza di depressione:
		25	- ADL 17-18 - ADL 12-16 - ADL 4-11
		22 24	Assenza di depressione:
		26	- ADL 17-18 - ADL 12-16 - ADL 4-11
Deficit cognitivi	ADL 4-10 e presenza di disturbi cognitivi	27 29	Presenza di riabilitazione infermieristica:
			- ADL 6-10 - ADL 4-5
		28 30	Assenza di riabilitazione infermieristica:
			- ADL 6-10 - ADL 4-5
Deficit comportamentali	ADL 4-10 e presenza di uno dei seguenti: vagabondaggio, aggressività verbale/fisica, ...	31 33	Presenza di riabilitazione infermieristica:
			- ADL 6-10 - ADL 4-5
		32 24	Assenza di riabilitazione infermieristica:
			- ADL 6-10 - ADL 4-5
Riduzione della funzionalità	Residenti che non soddisfano i criteri precedenti e presentano solo riduzione della funzionalità fisica	35 37	Presenza di riabilitazione infermieristica:
		39 41	- ADL 16-18 - ADL 10-15 - ADL 9-10 - ADL 6-8 - ADL 4-5
		43	
		36 38	Assenza di riabilitazione infermieristica:
		40 42	▪ ADL 16-18
		44	▪ ADL 10-15
			▪ ADL 9-10
			▪ ADL 6-8
			▪ ADL 4-5

Modalità di rilevazione Nella sua modalità corrente di applicazione, la scheda RUG deve essere compilata dal personale infermieristico all'ingresso del residente, ogni 90 giorni, alla dimissione e dopo ogni significativa modifica delle condizioni cliniche o assistenziali.

PUNTI DI FORZA

- Il sistema **RUGIII** dimostra una grande precisione nella valutazione ma necessita di tempi piuttosto lunghi nella somministrazione.
- Può essere uno strumento molto utile nella valutazione del paziente inserito in struttura, nell'individuazione di piani di trattamento individualizzati e nel controllo della qualità dell'assistenza.
- Permette di misurare oggettivamente il peso assistenziale del paziente e quindi assegnare un costo e una tariffa personalizzata.
- Se applico in tutte le strutture del territorio potrebbe permettere la corretta verifica del peso assistenziale presente in ogni struttura e quindi la corretta allocazione di risorse.

CAPITOLO 2

“ STUDIO OSSERVAZIONALE RETTROSPETTIVO DELL’ IMPIEGO DEL SISTEMA RUGIII “

2.1 Introduzione

In un paese caratterizzato dall’ aumento crescente del numero di pazienti anziani con importanti bisogni medici e sociali, ne deriva la necessità di imporre una maggior attenzione nella valutazione del network dei servizi.

Il fabbisogno assistenziale dell’anziano fragile è continuo, multidisciplinare, multispecialistico, multisettoriale e necessita di un approccio capace di cogliere le complesse e mutevoli esigenze della domanda in termini di quantificazione dei bisogni assistenziali e della qualità dei servizi. Questa natura intrinsecamente pluridimensionale sollecita pertanto l’adozione di un approccio olistico all’argomento e al contempo la ricerca di uno strumento di valutazione articolato ed omogeneo, idoneo a sviluppare un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che preveda interventi adeguati ai bisogni, per assicurare la continuità del percorso assistenziale.

Materiale e metodi

Questo lavoro di ricerca prevede lo studio osservazionale retrospettivo di una particolare utenza sottoposta alla valutazione tramite sistema RUG.

Tale Sistema di VMD consiste nel classificare i pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse.

L’assegnazione al singolo gruppo è definita in relazione ad alcune specifiche assistenziali e al punteggio ottenuto nella scala ADL. Ad ogni singolo gruppo RUG, corrisponde un fabbisogno assistenziale espresso in minuti di assistenza.

Il coefficiente di peso del RUG viene calcolato moltiplicando il tempo dedicato all’assistenza per il costo medio standard per figura professionale utilizzata.

La determinazione dei pesi relativi è utilizzata per calcolare l’indice di Case mix (ICM) per struttura, ossia un indicatore sintetico della complessità assistenziale della casistica ricoverata.

Rilevazione dati:

Nella sperimentazione è stato coinvolto il reparto ‘Cure Intermedie’ dell’Ospedale della Salute di Loreto, per un totale di 117 pazienti selezionati.

Ad ogni paziente è stata somministrata la scheda RUG III, contemporaneamente sono state registrate informazioni aggiuntive quali le diagnosi, la somministrazione dei farmaci, parametri di esami ematochimici, la valutazione dello stato funzionale e di quello psico-comportamentale. I dati rilevati sono stati inseriti in un data base appositamente creato.

Per cogliere cambiamenti delle condizioni degli ospiti nel tempo, si possono effettuare più rilevazioni: una al ricovero e una alla dimissione, ed una intermedia in caso si presenti un cambiamento rilevante delle condizioni clinico-assistenziali.

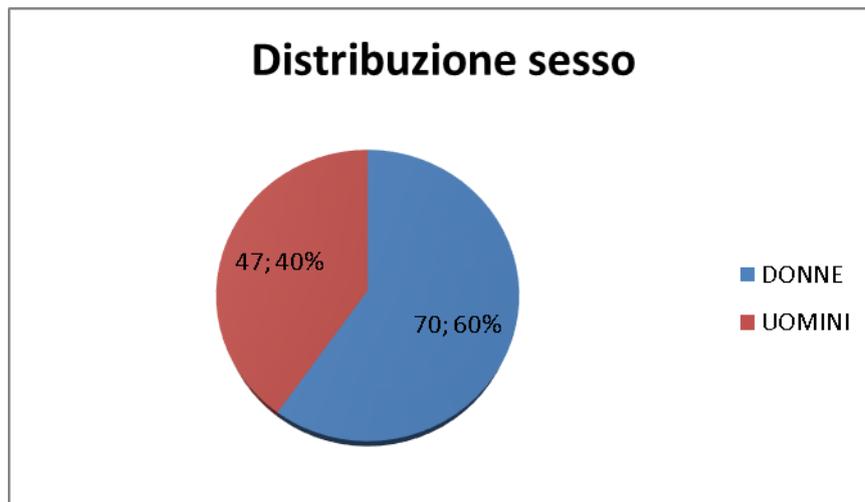
Il periodo delle rilevazioni va dal 1°Gennaio 2019 al 31 Dicembre 2019.

Analisi dei Risultati

Il numero totale dei pazienti selezionati (117) esaminati nel reparto di riferimento, sono caratterizzati da :

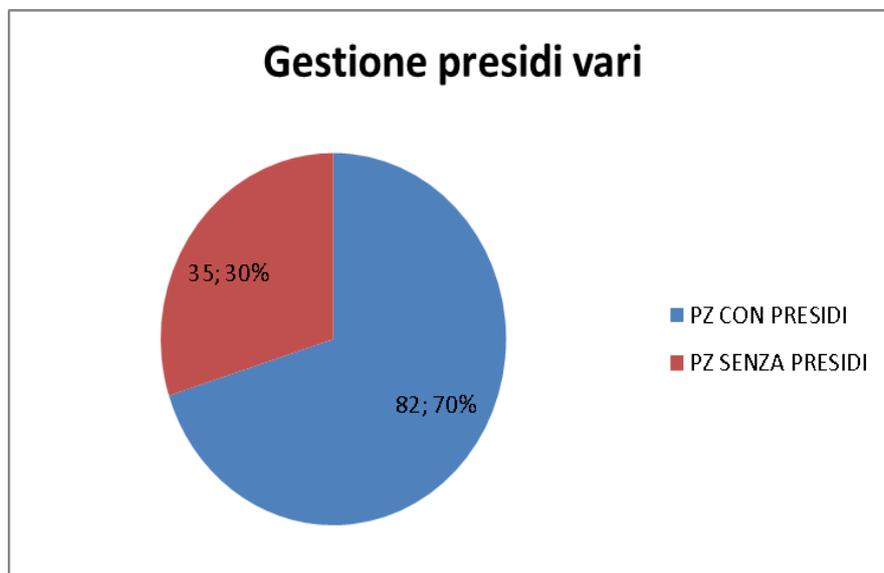
- una netta prevalenza del sesso femminile, rispetto a quello maschile (70 femmine vs 47 maschi).

(Fig.1) (distribuzione sesso)

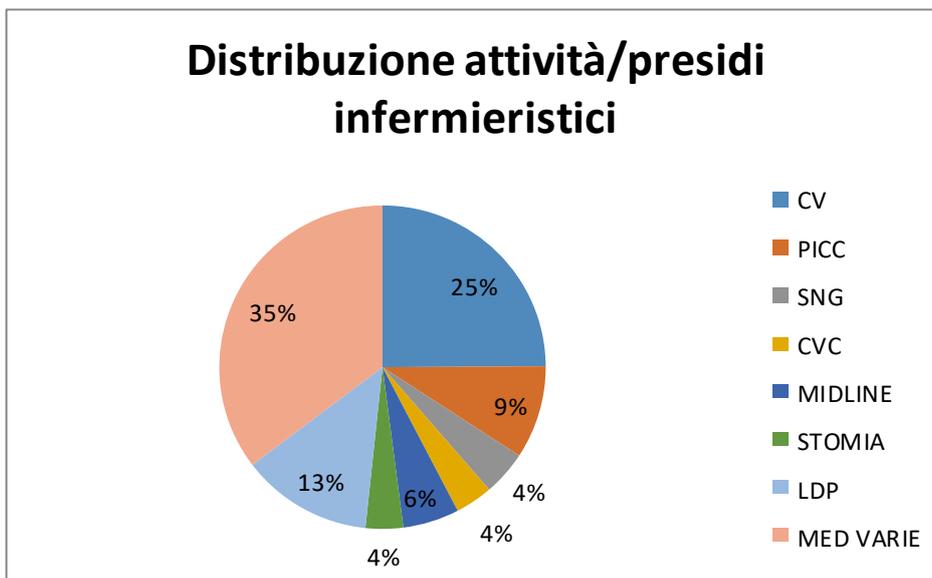


- Presenza di presidi (CV-CVC-SNG-PICC) in 82 pz su 117

(Fig.2)

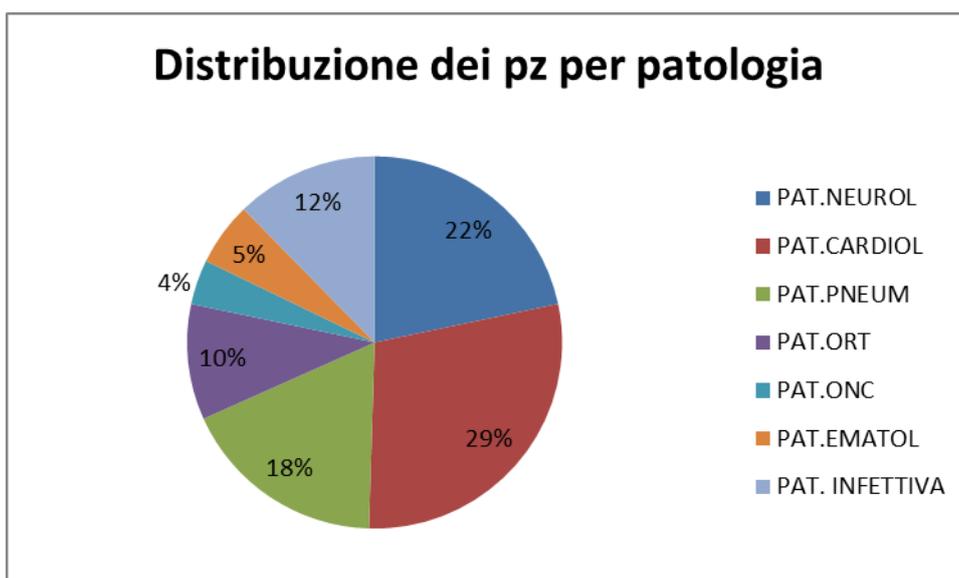


(Fig.3) (classificazione pz con presidi)



- Presenza di diverse Patologie, spesso concomitanti:

(Fig.4) (distribuzione pz per patologie)

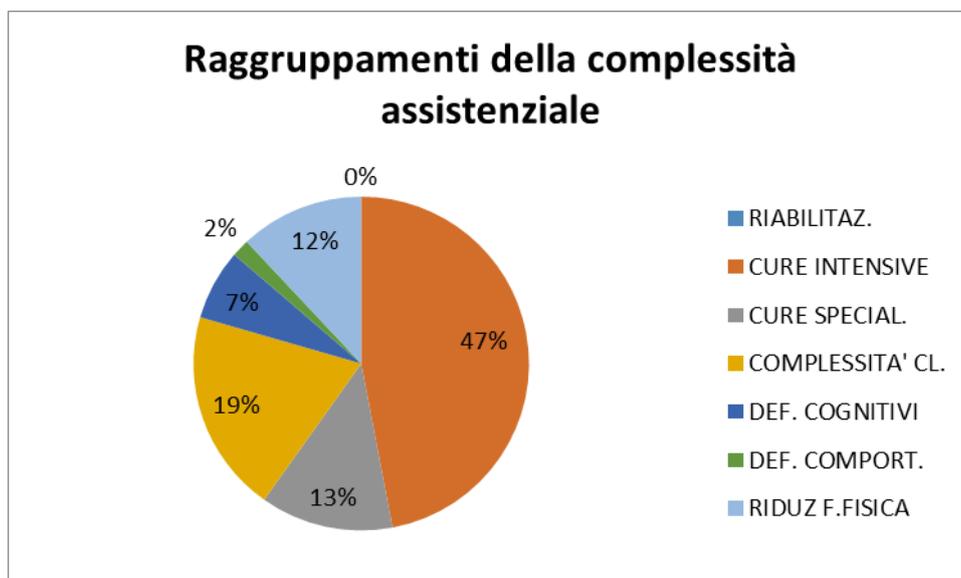


Dalla valutazione RUG emergono i gruppi di destinazione delle risorse, e si evince che: il 47% dell'utenza esaminata rientra nelle Cure Intensive, a seguire, il 19,6% nella Complessità Clinica, il 12,8% nelle Cure Specialistiche, 11,9% nella riduzione della Funzionalità Fisica, il 6,8% nei Deficit Cognitivi, 1,7% deficit Comportamentali, e lo 0% nella Riabilitazione.

Distribuzione degli ospiti secondo il RUG:

	N OSPITI (in)	%
1. RIABILITAZIONE	-	-
2. CURE INTENSIVE	55	47%
3. CURE SPECIALISTICHE	15	12%
4. COMPLESSITA' CLINICA	23	19%
5. DEFICIT COGNITIVI	8	7%
6. DEFICIT COMPORTAMENTALI	2	2%
7. RIDUZIONE DELLA FUNZIONALITA' FISICA	14	12%

(Fig.5) (distribuzione pz secondo RUG)



CONCLUSIONI

L'accesso alle prestazioni residenziali dovrebbe essere regolato dai principi generali dell'universalità, dell'equità e dell'appropriatezza, e da criteri oggettivi di valutazione dei bisogni della persona.

La valutazione multidimensionale (VMD) consente di definire le varie problematiche, con particolare riguardo a quelle sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche, socio-economiche, e quindi consente la stesura del PAI.

E' opportuno che la VMD venga effettuata con uno strumento scientificamente validato ed omogeneo per tutto il territorio regionale e nazionale.

Lo strumento deve consentire l'individuazione di un indice sintetico di misura del case mix assistenziale, che permetta di verificare l'esatta corrispondenza tra i bisogni effettivi e l'assistenza erogata. Il sistema RUG III (*Resource Utilization Group*) è un algoritmo di definizione del case mix assistenziale delle strutture per l'assistenza post-acuta e residenziale, che produce una classificazione dei pazienti in gruppi omogenei a diverso assorbimento di risorse.

La scheda RUG è compilata dal personale dell'équipe sociosanitaria in momenti diversi del percorso del paziente e cioè all'ingresso, a scadenze periodiche, alla dimissione e ogni volta si verifici una significativa modificazione delle condizioni generali del paziente.

Ogni gruppo è associato ad uno specifico indice di carico assistenziale, calcolato sui minuti di assistenza diretta ed indiretta erogata al paziente.

Il carico assistenziale si traduce in pesi RUG che consentono di calcolare l'indice di case mix (ICM) della struttura, che presuppone uno standard atteso di personale e un parametro tariffario di riferimento per la remunerazione delle prestazioni.

La sperimentazione effettuata dimostra che la metà circa dei pazienti esaminati, in passato ospite nel Reparto di riferimento, rientrerebbe in un setting a più elevata complessità assistenziale. Ne consegue che queste strutture garantiscono prestazioni più complesse rispetto a quelle previste dall'accreditamento con implicazioni sia in termini di fabbisogno di personale che di costi gestionali.

L'introduzione del RUG III consentirebbe di definire, con metodologia rigorosa, i criteri di accesso alle strutture residenziali e la continuità del trattamento, sulla base della stratificazione oggettiva del bisogno, e sarebbe altresì una garanzia per l'appropriatezza del ricovero. Ancora, è evidente come sia in grado di caratterizzare meglio la tipologia dei

pazienti, quantificando la prevalenza di disabilità all'interno di ciascuna struttura. Può essere utilizzato per migliorare gli standard di qualità delle prestazioni erogate all'interno delle strutture residenziali, e per la pianificazione generale delle stesse a livello regionale.

La sua informatizzazione è in grado di fornire una banca dati di notevole interesse scientifico, capace di produrre ulteriori studi ed ipotesi organizzative ed assistenziali.

BIBLIOGRAFIA:

1. Epicentro.iss.it, "malattie croniche" informazioni generali
2. Wikisalute "le malattie croniche, dalla prevenzione ai percorsi di cura"
3. Sanità24, Ministero della Salute, "Piano Nazionale della Cronicità", 15 settembre 2016
4. "Assistenza Integrata Ospedale-Territorio" documento pdf
5. Epicentro.iss.it "Gestione Integrata delle malattie croniche", di Marina Maggini, Roma 2011
6. Epicentro.iss.it, "Gestione Integrata e percorsi assistenziali", G,Noto, R,Raschetti, M,Maggini, marzo 2011
7. Progetti di Impresa " Assistenza Residenziale e Semiresidenziale"
8. Mattoni ssn- Mattone12" Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" Gruppo di lavoro ristretto, Cabina Regia, Febbraio 2017
9. "Mattone 12" Flusso Informativo Nazionale per le Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali", E.Brizioli, regione Marche
10. Rug , documento pdf
11. Dossier n178/2009 "Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani."
12. "L' applicazione del RUG3 e l'assorbimento di risorsa." L'esperienza della Regione Lazio, A.Mastromattei
13. Manuale RUG, documento pdf
14. "La classificazione dei pazienti: non solo DRGs",
15. " Sistemi di valutazione multidimensionale a confronto: AGED E RUG" C.Traverso; S.Musante; A.Migone; P.Odetti, Genova 2010
16. "Impiego del Sistema di Valutazione Multidimennsionale RUG nelle strutture residenziali calabresi", A.Molara; C.Caruso; F.Ceravolo, ANASTE Calabria

SEZIONE B: STATO COGNITIVO
negli ultimi 7 giorni

1	STATO DI COMA (<i>stato vegetativo persistente</i>)
	0. NO
	1. SI (passare alla sezione. G)
2	MEMORIA <i>a) Memoria a breve termine OK – sembra ricordare dopo 5 minuti</i>
	0. Memoria OK
	1. Problemi di memoria
4	CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE (<i>Decisioni prese riguardo ai compiti della vita quotidiana</i>)
	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 UDITIVA - negli ultimi 7 giorni

4	CAPACITA' DI FARSI COMPRENDERE (<i>Capacità di esprimere comunque il contenuto delle informazioni negli ultimi 7 giorni</i>)
	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 COMPORTAMENTO negli ultimi 15 giorni

1	INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE (<i>Codifica gli indicatori osservati negli ultimi 14 giorni, a prescindere dalla causa presunta</i>)
	0. Indicatore non mostrato negli ultimi 14 giorni
	1. Indicatore manifestatosi fino a cinque giorni alla settimana
	2. Indicatore manifestatosi giornalmente (o quasi)
	ESPRESSIONI VERBALI DI MALESSERE
	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 (non partecipa) ad attività interessanti; ad esempio nessun interesse per attività che prima lo interessavano (attività ricreative, stare con i familiari ed amici)	
p) Ridotte interazioni sociali (es. tende al silenzio e all'isolamento)	

**SEZIONE E: UMORE E
COMPORAMENTO**

negli ultimi 7 giorni

4 DISTURBI DEL COMPORAMENTO	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		
	B) Possibilità di modificare i problemi di comportamento negli ultimi 7 giorni		
0. Problema assente o facilmente modificabile			
1. Problema non facilmente modificabile			
	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) COMPORAMENTO 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**

ultimi 7 giorni e 7 notti

(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 prestati solo 1 o 2 volte durante gli ultimi 7 giorni			
1. SUPERVISIONE – controllo, incoraggiamento o suggerimenti prestati 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 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 o 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, barella, in piedi. (Nota: escluso da/a bagno/wc)	
h	MANGIARE	Come l'ospite mangia e beve; <i>comprende anche la nutrizione enterale o parenterale</i> (indipendentemente dall'abilità)	
i	ELIMINAZIONE DI FECIE E URINE	Come l'ospite elimina le feci e le urine: -anziano che utilizza il bagno: come si siede e si alza dal wc, come si pulisce dopo, cambia il pannolone, maneggia dispositivi di stomie o catetere vescicale, si sistema i vestiti. -anziano allettato: come utilizza i presidi per l'eliminazione, come si pulisce dopo, cambia il pannolone, maneggia dispositivi di stomie o catetere vescicale, si sistema i vestiti.	

SEZIONE H : CONTINENZA FECALE ED URINARIA

negli ultimi 14 giorni

CODIFICA : SI'= 1 NO=0

3	AUSILIE PROGRAMMI	L'ospite viene accompagnato al bagno ad intervalli regolari, in base ad un programma definito	a
		Programmi di rieducazione vescicale (insegnamento a ritardare la minzione)	b

SEZIONE I: DIAGNOSI DI MALATTIA

negli ultimi 14 giorni

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) negli ultimi 14 giorni.

CODIFICA: SI'= 1 NO=0

1	MALATTIE	ENDOCRINE/METABOLICHE/ NUTRIZIONALI	
		Diabete Mellito	a
		NEUROLOGICHE	
		Afasia	r
		Cerebropatia e/o epilessia (escluse demenze, alzheimer, ictus)	s
		Emiplegia/Emiparesi	v
		Sclerosi multipla	w
		Tetraplegia	z

SEZIONE J: CONDIZIONI DI SALUTE

negli ultimi 7 giorni

CODIFICA : SI'= 1 NO=0

1	PROBLEMI	<i>(Segnare tutti i problemi presenti negli ultimi 7 giorni se non specificato diversamente)</i>	
		INDICATORE DEL LIVELLO DEI FLUIDI CORPOREI	
		Segni di disidratazione: presenti	c
		almeno due dei seguenti indicatori:	
		- assume meno di 2500 cc di liquidi al giorno	
		- segni clinici di disidratazione	
		- perdita dei liquidi maggiore della quantità dei liquidi assunti	
		ALTRO	
		Episodi psicotici	e
		Febbre	h
Allucinazioni	i		
Emorragia interna (ematuria, emottisi, melena, epistassi...)	j		
Vomito	o		
5	STABILITA' DELLO STATO DI SALUTE	Malattia terminale con prognosi di 6 mesi o meno	c

SEZIONE K: STATO NUTRIZIONALE
CODIFICA SI'= 1 NO=0

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 negli ultimi 7gg	Parenterale e.v. (escluso la terapia endovena) Sondino nasogastrico, PEG, gastrostomia, digiunostomia.	a b
6	ALIMENTAZIONE PARENTERALE E/ENTERALE	Ultimi 7 giorni a) Riporta la percentuale di calorie, rispetto al totale, che l'ospite ha ricevuto attraverso la nutrizione parenterale o il sondino nasogastrico - CODIFICA: 0. Nessuna 1. 1% - 25% 2. 26% - 50% 3. 51% - 75% 4. 76% - 100%	
		Ultimi 7 giorni b) Riporta la quantità media giornaliera di fluidi assunti per e.v. o per sondino negli ultimi 7 giorni CODIFICA: 0. Nessuna 1. 1 - 500 cc. 2. 501 - 1000 cc 3. 1001 - 1500 4. 1501 - 2000 cc 5. 2001 - o più	

SEZIONE M: CONDIZIONI DELLA CUTE
negli ultimi 7gg

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	
2	TIPO DI ULCERA (solo per l'ulcera da decubito) negli ultimi 7gg	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 negli ultimi 7gg	Segnala tutti i problemi presenti negli ultimi 7 giorni CODIFICA SI'= 1 NO=0	
		Ustioni (secondo e terzo grado)	b
		Lesioni aperte diverse da rash, tagli (ad es. lesioni cancerose, ferite laceratocontuse.) Sono escluse le ulcere da qualsiasi causa e le lesioni aperte del piede	c
5	TRATTAMENTI DELLA PELLE	Ferite chirurgiche	e
		Segnala tutto quello che è successo negli ultimi 7 giorni CODIFICA SI'= 1 NO=0	
		Sedie (carrozine) attrezzate con dispositivo antidecubito	a
		Letti attrezzati con dispositivo antidecubito	b
		Programmi di rotazione e documentazione del riposizionamento dell'ospite	c

	<p><i>Segnala tutto quello che è successo negli ultimi 7 giorni</i> CODIFICA SI'= 1 NO=0</p>	
	<p>Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute</p> <p>NON CONSIDERARE L'APPLICAZIONE DI CREME O OLI POST BAGNO.</p>	d
	<p>Cura dell'ulcera: qualunque intervento per il trattamento dell'ulcera. Comprende la cura dell'ulcera di qualsiasi causa del piede.</p>	e
	<p>Cura della ferita chirurgica (qualunque intervento per il trattamento o protezione della ferita)</p>	f
	<p>Medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci) Escludere le medicazioni ai piedi</p>	g
	<p>Applicazione di unguenti /farmaci Comprende la crema idratante/oli al corpo. Escludere i piedi.</p>	h
6	<p>PROBLEMI E CURA DEL PIEDE negli ultimi 7gg</p> <p><i>(Segnala tutto quello che è successo negli ultimi 7 giorni)</i> CODIFICA SI'= 1 NO=0</p>	
	<p>Infezioni – ad es. cellulite, drenaggi purulenti</p>	b
	<p>Lesione aperta: tagli, ulcere, fessure. Sono comprese le ulcere segnalate nelle sezioni M1-M2</p>	c
	<p>Medicazioni con o senza applicazione di farmaci topici</p>	f

SEZIONE N: ATTIVITA' negli ultimi 7gg		
1	<p>TEMPO IN CUI L'OSPITE E' SVEGLIO</p> <p><i>Riporta gli appropriati segmenti della giornata in riferimento agli ultimi 7 giorni</i> CODIFICA SI'= 1, se l'ospite è sveglio per la maggior parte del tempo NO= 0, se l'ospite dorme o sonnecchia per più di un'ora</p>	
	<p>Mattino (dalle 7 alle 12)</p>	a
	<p>Pomeriggio (dalle 13 alle 18)</p>	b
	<p>Sera (dalle 19 alle 22)</p>	c

SEZIONE O: FARMACI negli ultimi 7gg		
3	INIEZIONI	<p><i>Segna il numero di giorni in cui l'ospite ha ricevuto iniezioni di qualunque tipo negli ultimi 7 giorni:</i> "0"= No iniezioni</p>

SEZIONE P.: TRATTAMENTI E PROCEDURE SPECIALI Negli ultimi 14 giorni																	
1	A) TRATTAMENTI SPECIALI – Trattamenti o programmi ricevuti negli ultimi 14 giorni CODIFICA SI'= 1 NO=0																
	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 Negli ultimi 7 giorni																
	<p>– <i>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)</i></p> <p>(A)= n° giorni di terapia per 15 min. o più (B)= totale di minuti di terapia forniti negli ultimi 7 giorni</p>																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>A giorni</th> <th>B minuti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Logoterapia Eseguita da un logopedista qualificato</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Terapia occupazionale Eseguita da un terapeuta occupazionale.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Terapia neuromotoria (fisica) Eseguita da un terapeuta qualificato</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Terapia respiratoria (anche aerosol eseguiti direttamente dall'infermiera)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		A giorni	B minuti	a. Logoterapia Eseguita da un logopedista qualificato			b. Terapia occupazionale Eseguita da un terapeuta occupazionale.			c. Terapia neuromotoria (fisica) Eseguita da un terapeuta qualificato			d. Terapia respiratoria (anche aerosol eseguiti direttamente dall'infermiera)		
		A giorni	B minuti														
a. Logoterapia Eseguita da un logopedista qualificato																	
b. Terapia occupazionale Eseguita da un terapeuta occupazionale.																	
c. Terapia neuromotoria (fisica) Eseguita da un terapeuta qualificato																	
d. Terapia respiratoria (anche aerosol eseguiti direttamente dall'infermiera)																	

ASSISTENZA RIABILITATIVA REINTEGRATIVA negli ultimi 7 giorni	
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 minuti)	
a. Movimento passivo	f. Camminare (solo insegnamento)
b. Movimento attivo -Comprende la deambulazione con il supporto fisico di un operatore* * Escludere i gruppi di attività motoria superiori ai 4 anziani -se il movimento attivo è fatto dal terapista, viene codificato come "terapia neuromotoria" (vedi lettera c)	g. Vestirsi o agghiindarsi (solo insegnamento)
c. Stecche o rinforzi	h. Mangiare o inghiottire (solo insegnamento)
d. Mobilità a letto (solo insegnamento)	i. Cura della protesi (amputazione) (solo insegnamento)
e. Trasferimenti (solo insegnamento)	j. Comunicare (solo insegnamento)

7	VISITE MEDICHE ultimi 30 giorni	Quante volte (da 1 a 14) il medico ha visitato l'ospite negli ultimi 30 giorni (o dalla ammissione in RSA se ammesso da meno di 30 giorni) (segna "0" se non visitato)
	PRESCRIZIONI MEDICHE ultimi 30 giorni	Quante volte il medico ha cambiato la prescrizione negli ultimi 30 giorni (o dall'ammissione in RSA se ammesso da meno di 30 giorni) Segnare MAX 14 volte

SEZIONE I DIAGNOSI DI MALATTIA

MALATTIE PSICHIATRICHE/UMORE Ultimi 15 giorni	
CODIFICA SI'= 1 NO=0	
Ansia	dd
Depressione	ee
M. bipolare (maniaco depressiva)	ff
Schizofrenia	gg

SEZIONE J CONDIZIONI DI SALUTE

CODIFICA SI'= 1 NO=0

4	INCIDENTI	E' caduto negli ultimi 30 giorni	a	Frattura di femore negli ultimi 180 giorni	c
		E' caduto negli ultimi 31-180 giorni	b	Altra frattura negli ultimi 180 giorni	d

SEZIONE M CONDIZIONI DELLA CUTE

3	STORIA DI ULCERE GUARITE ultimi 90 giorni	L'ospite ha avuto un'ulcera che è stata curata o si è risolta negli ultimi 90 giorni
	CODIFICA	0. NO 1. SI

SEZIONE P: TRATTAMENTI SPECIALI

4	STRUMENTI MEZZI DI CONTENZIONE	Ultimi 7 giorni
		CODIFICA: 0. Non usati 1. Usati non quotidianamente 2. Usati quotidianamente
		a. Spondine su tutti i lati aperti del letto
		b. Altri tipi di spondine (ad es. su un lato solo)
		c. Mezzi di contenzione al tronco
5	DEGENZE OSPEDALIERE ultimi 90 giorni	d. Mezzi di contenzione agli arti
		e. Sedie contenitive (impedimento ad alzarsi)
6	VISITE IN PRONTO SOCCORSO ultimi 90 giorni	Riportare il numero di volte in cui l'ospite è stato ricoverato in ospedale per almeno una notte negli ultimi 90 giorni (segna "0" se non vi sono stati ricoveri)
		Riportare il numero di volte in cui l'ospite è stato in Pronto Soccorso senza essere ricoverato negli ultimi 90 giorni (segna "0" se non è mai andato in PS)
9	ESAMI DI LABORATORIO ANORMALI negli ultimi 90 giorni	L'ospite ha presentato valori di laboratorio anomali negli ultimi 90 giorni (o dall'ammissione) CODIFICA: 0. No 1. Si

INFEZIONI - negli ultimi 15 giorni -

INFEZIONI TRATTO RESPIRATORIO - COMUNI SINTOMI/SINDROME DA FREDDO / FARINGITE

Presenza di almeno due dei seguenti segni o sintomi:

- Naso con secrezioni liquide o starnuto Tosse secca
 Naso "chiuso"/congestionato Gonfiore o tensione ghiandole del collo (linfonodi cervicale)
 Gola irritata/dolente o raucedine o difficoltà a deglutire

Infezione Sì No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Sì No

MALATTIA INFLUENZALE - *Entrambi i seguenti criteri devono essere presenti:*

- Febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 Presenza di almeno tre dei seguenti segni o sintomi: brividi/freddo, mal di testa o dolore agli occhi, mialgie, malessere o diminuzione dell'appetito, mal di gola, insorgenza o aumento di tosse secca.

Infezione Sì No Data ____/____/____

Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Sì No

POLMONITE - *Entrambi i seguenti criteri devono essere presenti:*

- Radiografia del torace che dimostra la presenza di polmonite, polmonite probabile o di "nuovo" infiltrato.
 Presenza di almeno due dei segni e sintomi descritti di seguito in "altre infezioni del tratto respiratorio inferiore"
 Oppure solo la diagnosi di polmonite riportata in cartella clinica dal medico

Infezione Sì No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Sì No

ALTRA INFEZIONE DEL TRATTO RESPIRATORIO INFERIORE (BRONCHITI, TRACHEOBRONCHITI)

Presenza di almeno tre dei seguenti segni o sintomi:

- insorgenza o aumento della tosse
 insorgenza o aumento della produzione di escreato
 febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 dolore toracico
 insorgenza o aumento dei segni all'auscultazione del torace
 uno dei seguenti segni di deterioramento delle condizioni generali o della capacità respiratoria (rattoli, i ronchi, sibili, respiro bronchiale, insorgenza di affanno o frequenza respiratoria >26 per minuto o decadimento dello stato mentale o funzionale.)

Infezione Sì No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Sì No

INFEZIONE DEL TRATTO URINARIO - INFEZIONE SINTOMATICA DEL TRATTO URINARIO

Residente con catetere vescicale (presenza di almeno due segni e/o sintomi)

Residente senza catetere vescicale (presenza di almeno tre segni e/o sintomi)

- Febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ o brividi/freddo
 Stranguria e/o minzione frequente/urgenza alla minzione
 Recente dolore al fianco/tensione sovrapubica
 Peggioramento dello stato mentale o funzionale
 Cambiamento caratteristiche fisiche delle urine

Infezione Sì No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Sì No

INFEZIONE DELL'OCCHIO - CONGIUNTIVITE

Presenza di almeno uno dei seguenti criteri:

- Presenza di pus in uno o entrambi gli occhi, da almeno 24 ore
 Insorgenza incremento del rossore congiuntivale con o senza prurito o dolore, da almeno 24 ore (i sintomi non dovrebbero essere attribuibili ad allergia o trauma della congiuntiva)

Infezione Sì No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Sì No

INFEZIONE DELLA BOCCA E ZONA PERIORALE

Le infezioni della bocca/zona periorale incluse la candidosi orale, devono essere diagnosticate da un medico o medico dentista.

Infezione Sì No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Sì No

INFEZIONE DELLA CUTE - Infezione della cellulite, tessuto molle, della ferita**Presenza di almeno uno dei seguenti criteri:**

- Pus localizzato alla ferita, cute o tessuto molle
- Presenza di 4 o più dei seguenti segni/sintomi: febbre >38°C, peggioramento dello stato funzionale/ mentale, sito interessato caratterizzato da insorgenza o incremento di calore, rossore, gonfiore, tensione o dolore, drenaggio sieroso.

Infezione Si No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Si No

ALTRA INFEZIONE DELLA CUTE

- Infezione micotica. **Presenza di entrambe i criteri:** Rash maculopapulare e diagnosi di un medico o conferma di laboratorio
- Scabbia. **Presenza di entrambe i criteri:** Una manifestazione maculopapulare e/o rash pruriginoso e diagnosi di un medico o conferma di laboratorio.

Infezione Si No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Si No

INFEZIONE DEL TRATTO GASTROINTESTINALE - GASTROENTERITE Presenza di almeno uno dei seguenti criteri:

- Due o più scariche di feci acquose nelle 24 ore
- Due o più episodi di vomito nelle 24 ore
- Due dei seguenti: una coprocultura positiva per uno dei seguenti patogeni: *Salmonella*, *Shigella*, *E.coli O157:H7*, *Campylobacter*) o una tossina positiva per *C. difficile* e almeno un sintomo o un segno compatibile con una infezione del tratto gastrointestinale (nausea, vomito, dolore o tensione addominale, diarrea).

Infezione Si No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Si No

INFEZIONE SISTEMICA - (BATTERIEMIA, SEPSI) Presenza di almeno uno dei seguenti criteri:

- Due o più culture del sangue positiva per un microrganismo
- Una singola cultura documentata con un microrganismo che non si consideri contaminante e almeno uno dei seguenti: febbre >= 38°C, nuova ipotermia (< 34.5°C o non registrabile con un termometro), caduta della pressione sistolica di >30mmHg o peggioramento dello stato mentale

Infezione Si No Data ____/____/____ Altro _____

L'infezione è registrata nella documentazione sanitaria Si No

Altra Infezione _____ Data ____/____/____

ANTIMICROBICI ANTIVIRALI ANTIMICOTICI

ELENCO DI TUTTI I FARMACI						
Elenca i farmaci prescritti e non, assunti negli ultimi 15 giorni						
Farmaco (nome commerciale)	Q.ta' (Dosaggio)	Forma 1.Compressa 2.Capsule 3.Fiale 4.Suppote 5.Gocce 6.Sospens. 7.Applicaz. 8.Puff	N° Totale cp/gtt/fli nelle 24 ore	Unita' di tempo 1.Tutti i giorni 2. a giorni alterni 3. 3vv/settimana 4.2vv/settimana 5. 1v/settimana 6. ogni 15 giorni 7. 1v/mese 8. al bisogno	Durata (numero di giorni; se a tempo indeterminato, codifica 99)	Via (im.,ev.,ecc)
a.						
b.						
c.						
d.						
e.						
f.						
g.						
h.						
i.						
j.						
k.						
l.						

LESIONI DA DECUBITO

◆ L'anziano è stato sottoposto alla valutazione (tramite "score") del rischio LDD si no
 Se SI, indicare la scala di valutazione del rischio _____
 indicare la data dell'ultima valutazione ___/___/___ e il relativo punteggio _____

◆ L'anziano è stato ricoverato negli ultimi 90 giorni si no
 ◆ Se sì, al momento del ricovero era portatore di LDD si no
 ◆ Al rientro dall'ospedale, l'anziano era portatore di "nuove" LDD si no

◆ L'anziano è sottoposto periodicamente alla valutazione della/e L.D.D. si no
 Se sì, indicare la data dell'ultima valutazione ___/___/___

FARMACI SEDATIVO-IPNOTICI (antipsicotici, ansiolitici, antidepressivi, ipnotici)

1.	NUMERO DI FARMACI	Registra il numero di farmaci sedativo-ipnotici diversi (prescritti e non), presi regolarmente o al bisogno negli ultimi 7 giorni; *0*=no farmaci				
2.	NUOVI FARMACI	L'ospite ha assunto nuovi farmaci durante gli ultimi 90 giorni 0. NO 1. SI				
4.	ELENCO DI TUTTI I FARMACI	Elenca i farmaci prescritti e non, assunti negli ultimi 7 giorni				
	Farmaco (nome commerciale)	Quantità (Dosaggio)	Forma 1.Compresse 2.Capsule 3.Fiale 4.Supposte 5.Gocce 6.Sospens. 7.Applicaz. 8.Puff	N° Totale cp/gtt/fl nelle 24 ore	Unità' di tempo 1.Tutti i giorni 2. a giorni alterni 3. 3vv/settimana 4.2vv/settimana 5. 1v/settimana 6. ogni 15 giorni 7. 1v/mese 8. al bisogno	Durata (numero di giorni; se a tempo inde- terminato, codifica 99)
	a.					
	b.					
	c.					
	d.					
	e.					
	f.					
	g.					
	h.					
	i.					
	j.					
	k.					
	l.					