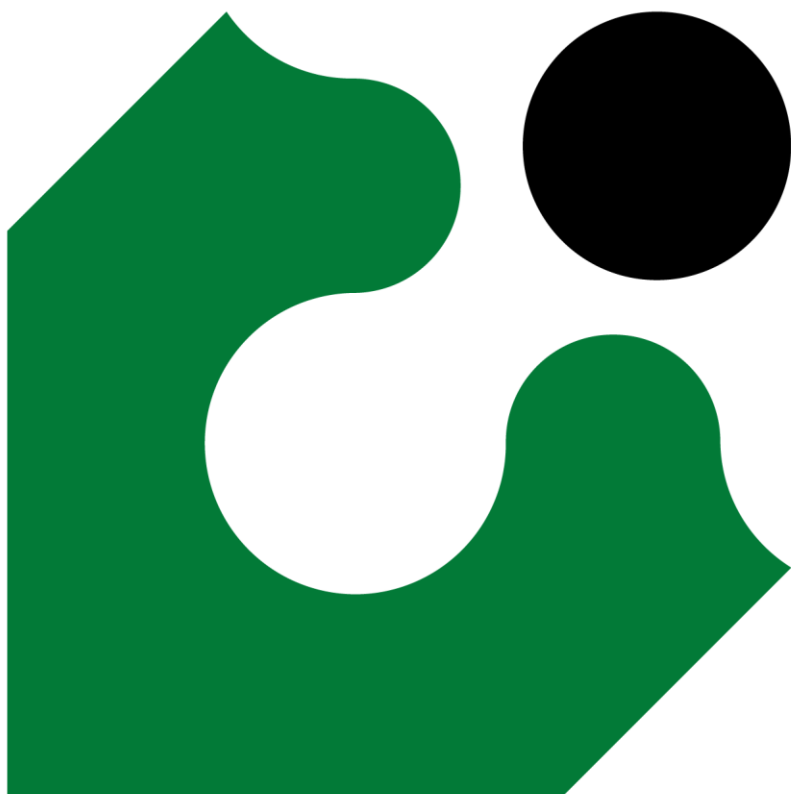


**Progetto di sviluppo: valutazione multidimensionale degli
utenti inseriti nell'Anagrafe della Fragilità, dell'ambito
distrettuale ASST Bergamo Est.**

Bellagente Laura
Merelli Chiara
Pontoglio Marta
Signorini Pierluigi

**Formazione per infermiere
di famiglia e comunità**

2021



Progetto di sviluppo: valutazione multidimensionale degli utenti
inseriti nell'Anagrafe della Fragilità, dell'ambito distrettuale ASST Bergamo Est

Formazione per infermiere di famiglia e comunità

Codice corso: AFSSL21001

GLI AUTORI

Laura Bellagente, Infermiera, ASST Bergamo Est, laura.bellagente@asst-bergamoest.it

Chiara Merelli, Infermiera, ASST Bergamo Est, chiara.merelli@asst-bergamoest.it

Marta Pontoglio, Infermiera, ASST Bergamo Est, marta.pontoglio@asst-bergamoest.it

Pierluigi Signorini, Infermiere, ASST Bergamo Est, pierluigi.signorini@asst-bergamoest.it

IL TUTOR DI PROGETTO

Dott. Giancarlo Galbiati, Responsabile area progettazione e sviluppo DPSS, ASST Bergamo Est

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	7
Obiettivo strategico	7
Obiettivi specifici	7
BENEFICIARI DEL PROGETTO	8
METODOLOGIA ADOTTATA.....	9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	10
1.1 DAI DATI EPIDEMIOLOGICI ALLA PRESA IN CARICO	10
1.2 L'ASST BERGAMO EST E IL SUO TERRITORIO.....	12
1.3 FASI PROGETTUALI E OPERATIVE.....	13
1.4 CRONOPROGRAMMA	13
Tabella 4 - Cronoprogramma.....	15
1.5 LO STRUMENTO INTER-RAI HOME CARE	16
ANALISI DELLE RISORSE PER L' IMPLEMENTAZIONE	19
RISULTATI ATTESI	20
CONCLUSIONI.....	21
Punti di forza del progetto.....	21
Punti di criticità	21
CONTRIBUTO PERSONALE	22
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	23
SITOGRAFIA	24
ALLEGATO 1.....	25

INTRODUZIONE

Attraverso la DGR 4811 del 31.05.2021 Regione Lombardia ha determinato le linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla Legge Regionale (LR) 11 agosto 2015 N. 23, sulla base delle raccomandazioni dell'Agenzia Nazionale Servizi sanitari regionali (AGENAS) e del Ministero della Salute. Tali linee di sviluppo sono state sviluppate anche in funzione della missione 6, del Piano Nazionale Resistenza e Resilienza (PNRR).

Tra i principi guida l'approccio One Health, ovvero un sistema circolare e integrato che rappresenta un modello olistico di promozione della salute. La salute viene intesa globalmente, quale stato di benessere bio-psico-sociale e diritto umano fondamentale. L'equilibrio tra salute e malattia è il risultato di processi non solo biologici ma anche sociali, economici, politici, culturali e ambientali.

L'analisi delle criticità emerse durante il percorso di revisione previsto della LR 23/2015 ha sottolineato:

- La risposta non coordinate, da parte degli erogatori del Sistema, ai bisogni di salute della popolazione.
- Fenomeni di non appropriatezza nel percorso di presa in carico, soprattutto dei pazienti più fragili.
- Il coordinamento non pienamente efficace delle funzioni di governo e di erogazione delle attività territoriali.
- L'indebolimento della funzione strategica delle attività di prevenzione.

Regione Lombardia ha previsto il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio facendo leva sul rilancio e sulla valorizzazione di alcune soluzioni organizzative e di alcuni strumenti previsti dalla riforma lombarda quali l'incremento numerico dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e dei Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST), il potenziamento del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la valorizzazione della Gestione Operativa anche in sede di dimissione, l'investimento ulteriore sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'estensione del modello di Presa in Carico (PIC) dei pazienti cronici e l'investimento sull'introduzione o il rafforzamento di innovazioni organizzative.

In questo contesto viene prevista l'introduzione a livello regionale della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

Le linee guida dell'Unione Europea evidenziano l'importanza del ruolo che la famiglia e la comunità possono giocare a supporto del processo di invecchiamento, e pongono particolare enfasi sulla prevenzione della fragilità, sull'assistenza sanitaria di base (Primary Health Care) e sulla diagnosi precoce.

Diversi documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) attribuiscono all'IFeC un ruolo chiave nel nuovo modello sanitario centrato sull'assistenza di base definendolo: «*il professionista inserito nella comunità, in grado di promuovere la salute e aiutare gli individui e le famiglie a trovare*

soluzioni ai problemi di salute e a gestire le malattie e le disabilità croniche, fornendo consigli su stili di vita e sui fattori comportamentali di rischio».

L'IFeC oggi vede riconosciuto a livello europeo un proprio *curriculum* che soddisfa i criteri previsti dalla European Skills, Competences, Qualification and Occupations (ESCO) e frutto del progetto European curriculum for family and community nurse (ENhANCE) a cui hanno partecipato 23 esperti provenienti da 10 paesi dal 2018.

A livello nazionale la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) nel documento Position Statement (FNOPI 2020) ha definito la visione del ruolo IFeC e analizzato le esperienze di infermieristica di comunità già sviluppate nel nostro paese, sia già riconosciute a livello legislativo che a livello di sperimentazioni.

Seppur con alcune peculiarità legate ai contesti locali, le esperienze condividono una medesima matrice concettuale:

- La necessità di attivare processi di self-care attraverso l'empowerment della persona assistita e della comunità.
- La proattività degli interventi attuati;
- la prossimità alle famiglie e alle comunità;
- l'integrazione multiprofessionale.

A livello regionale, dalla DGR IX/937/2010, passando da quanto affermato nella DGR 4662 del 23 dicembre 2015 e fino agli atti di indirizzo attuali, vi è piena conferma dei principi cardini su cui deve poggiare il sistema sanitario territoriale.

Nel 2015 il legislatore regionale esprimeva quanto segue: *«L'Infermiere di Famiglia/Case Manager (ICM) rappresenta l'evoluzione di funzioni professionali già svolte dagli infermieri per la salute della collettività che il mutamento dei bisogni sociosanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure e la sostenibilità. Molti infermieri operano con diversi ruoli nelle Cure Primarie, ma il nuovo ruolo da sviluppare riguarda la proattività e l'estensione dell'assistenza alle famiglie e alle Comunità. È questo un ambito assistenziale molto vasto che trova spazio operativo a livello domiciliare, residenziale, ambulatoriale, o in quei sistemi organizzativi che permettono agli utenti di continuare a vivere nel proprio ambiente di vita o in ambienti familiari protetti, nei quali sia possibile un rapporto professionale continuativo, personalizzato, centrato sulla valutazione dei comportamenti e degli stili di vita calati nella realtà concreta della comunità propria dell'assistito, che va accompagnato nel recupero del suo benessere rispettando i suoi tempi, i suoi contesti e risorse, la sua storia».*

Il presente Project Work (PW) ha trovato motivazione nell'esperienza maturata durante l'emergenza pandemica da Coronavirus. Nel periodo di maggior recrudescenza pandemica il ruolo dell'IFeC, istituito nella Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Bergamo Est di appartenenza, ci ha permesso di avvicinare i cittadini in un momento di massima fragilità. Abbiamo potuto integrare il nostro operato con tutti gli attori messi in campo per far fronte alla situazione emergenziale, immersi in una vera rete di protezione per la popolazione.

Come analizzato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Bergamo, nel report degli interventi delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) Sociale del primo trimestre, gli IFeC hanno contribuito per più della metà delle segnalazioni totali inviate ai colleghi assistenti sociali ed in particolare il 65.2% delle richieste provinciali sono partite dagli IFeC afferenti alla ASST Bergamo Est. Il dato appare significativo per una forte sensibilità degli IFeC dell'ASST Bergamo Est alla Valutazione Multidimensionale (VMD) dei bisogni delle persone assistite in una logica di massima integrazione e rispetto delle singole professionalità.

Nell'alveo di questa esperienza abbiamo colto la rilevanza del progetto di ATS di Bergamo *Verso un'Anagrafe della Fragilità* quale opportunità per gli IFeC di mettere al servizio dei cittadini le nostre competenze core delineate da FNOPI.

Il progetto muove i suoi primi passi in ATS nell'aprile del 2020 grazie all'assegnazione di una quota importante delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, che Regione Lombardia ha deciso di assegnare al territorio bergamasco, duramente colpito dalla pandemia.

L'obiettivo di ATS è di costruire un'anagrafe, che sia la più aderente possibile alla realtà, incrociando dati di natura clinica e sociale ricavati dalle banche dati esistenti quale strumento a disposizione dei servizi.

Il concetto di fragilità è stato considerato da ATS in un paradigma che considera la fragilità come una condizione polifattoriale caratterizzata da:

- invecchiamento avanzato
- polifarmacoterapia
- coesistenza di malattie croniche
- ridotta autonomia funzionale
- stato socio-ambientale critico

L'analisi epidemiologica ha permesso l'individuazione di un indice di fragilità globale e la stratificazione della popolazione.

I dati presentati da ATS mostrano una quota di 16268 persone, pari all'1,5% della popolazione provinciale, con indice di complessità globale media-elevata.

Il target del progetto ATS è rappresentato dagli utenti con intensità elevata, pari a 8898 persone.

In una logica di approccio proattivo, gli utenti target del presente PW sono invece rappresentati dai cittadini identificati con indice di fragilità globale media: 7.370 in tutto l'ambito della bergamasca, 314 dei quali residenti nel distretto di nostro interesse, Grumello del Monte.

La proposta progettuale prevede l'estensione del Sistema InterRAI Home Care quale strumento di VMD precoce. Regione Lombardia ha adottato, con la DGR n° X/1185 del 20 dicembre 2013, InterRAI Home Care per la valutazione delle persone candidate ad ADI ma lo strumento è risultato sensibile sia alla rilevazione dei problemi in atto che utile a far emergere le criticità che, sebbene non ancora presenti, potrebbero manifestarsi (vedi Allegato 1).

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Obiettivo strategico

Identificazione precoce dei bisogni assistenziali latenti attraverso una Valutazione Multidimensionale. Presa in carico precoce e proattiva, nell'ambito del distretto di Grumello del Monte, dei cittadini identificati con indice di fragilità globale media all'interno del Progetto «Anagrafe della Fragilità» di ATS Bergamo. Supporto all'empowerment familiare per posticipare quanto possibile il passaggio dell'indice di fragilità globale da medio ad elevato.

Obiettivi specifici

- Anticipare la VMD agli utenti identificati con indice di fragilità globale medio: rilevare dati utili alla pianificazione di interventi preventivi e di educazione sanitaria e gestione della salute.
- Lettura e analisi del contesto familiare e la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto.
- Estensione dell'utilizzo del sistema InterRAI Home Care, già validato e unico su tutto il territorio regionale per la valutazione multidimensionale e in uso presso gli STVM: ridurre la frammentazione documentale, potenziare la condivisione delle informazioni tra tutti gli stakeholders del territorio, ridurre costi di nuove piattaforme software.
- Monitoraggio delle condizioni di salute dei soggetti con indice di fragilità globale medio per rallentare il passaggio a fascia di gravità elevata: coinvolgimento degli IFeC della ASST nel progetto provinciale dell'anagrafe della fragilità quali interlocutori di raccordo tra ospedale e territorio.
- Diffondere la cultura dell'infermieristica comunitaria nel distretto di appartenenza attraverso l'assegnazione agli utenti identificati di un IFeC Case Manager: favorire la promozione della salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria, sviluppare percorsi di engagement e self management delle persone e delle loro famiglie.

BENEFICIARI DEL PROGETTO

I soggetti beneficiari del progetto sono quelli censiti nell'ambito distrettuale di Grumello del Monte, in provincia di Bergamo. Si tratta in totale di 314 persone, pari allo 0,6% della popolazione generale del distretto.

Nel progetto sono coinvolti come attuatori ed utilizzatori progetto sono gli IFeC afferenti al Distretto di Grumello del Monte, la DPSS di riferimento per l'approvazione, la programmazione strategica e la supervisione, l'ATS per la condivisione e restituzione dei dati raccolti.

Nell'ambito della riforma del Sistema Sanitario Regionale il progetto ideato potrebbe rappresentare la modalità attuativa prevista da Regione Lombardia per la Centrale Operativa Territoriale che tra le proprie funzioni avrà il compito di garantire e coordinare la presa in carico dei pazienti fragili. Ad oggi, il Servizio Territoriale di Valutazione Multidimensionale (STVM) rappresenta il luogo d'incontro multiprofessionale in cui analizzare i bisogni assistenziali emersi e pianificare l'offerta più idonea.

REFERENTE DI PROGETTO:	Area Progettazione e Sviluppo della Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS)
ATTUAZIONE:	Servizio IFeC: nucleo di Grumello del Monte
FONTE DATI:	ATS Bergamo (indicatori fragilità globale)
PRESA IN CARICO CONDIVISA:	MAP/PLS, STVM, UFFICI DI PIANO, TERZO SETTORE, CONSIGLIO/CONFERENZA DEI SINDACI

Tabella 1 - Beneficiari del progetto

METODOLOGIA ADOTTATA

Il presente project work rappresenta una proposta di sperimentazione sul campo dei contenuti appresi durante il percorso formativo per infermieri di famiglia e comunità organizzato da Polis Lombardia. La metodologia alla base è quella del *learning by doing*, ossia l'applicazione di concetti teorici all'interno di un contesto, nel nostro caso la realtà territoriale dell'ASST Bergamo Est. Caratteristica principale di questa metodologia è il contestualizzare le nozioni e i principi appresi a livello teorico all'interno di una realtà concreta.

Il progetto si è quindi basato sui punti di forza e sulle criticità riscontrate durante i primi mesi di esperienza sul campo in qualità di IFeC, nel contesto dell'organizzazione aziendale in cui ci troviamo ad operare. Avvalendoci dei contenuti appresi grazie al corso di formazione, abbiamo steso una proposta progettuale al fine di offrire un miglioramento del servizio, strutturandola tramite i seguenti passaggi metodologici:

- individuazione del tema generale → modalità di raccolta dati degli utenti e del loro contesto;
- individuazione di un obiettivo → valutazione multidimensionale degli utenti dell'ambito distrettuale di Grumello del Monte, tramite lo strumento InterRAI-HC;
- scelta della strategia → identificare un preciso bacino di utenza per gli IFeC, ossia i cittadini identificati con indice di fragilità globale medio da ATS;
- formulazione di un piano d'azione → strutturare un cronoprogramma in cinque fasi (formazione, acquisizione dati, presa in carico, interventi, rivalutazione), identificando obiettivi del progetto ed esiti attesi;
- formalizzazione della proposta → identificazione degli attori coinvolti nel progetto e le risorse necessarie a realizzarlo.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

1.1 DAI DATI EPIDEMIOLOGICI ALLA PRESA IN CARICO

Il lavoro inizia da un progetto di raccolta dati in corso di sviluppo presso l'ATS di Bergamo, in condivisione con le amministrazioni dei tre distretti provinciali (per un totale di 14 ambiti e 243 comuni). Il progetto, denominato Anagrafe della Fragilità ha lo scopo di identificare un profilo di fragilità all'interno dell'intera popolazione bergamasca, verso il quale implementare misure di sostegno, di prevenzione, di supporto sociale e sanitario.

L'identificazione epidemiologica dei soggetti target è avvenuta incrociando dati clinici, sociosanitari e socio-assistenziali ricavati da diverse banche dati, tramite l'applicazione di algoritmi, al fine di evidenziare un indice di *fragilità globale*, intesa come condizione multifattoriale di rischio.

AREA DEMOGRAFICA (età, genere, ecc.)	Filtro → algoritmi pesati per l'assegnazione di «scores di fragilità»	<u>ANAGRAFE DEGLI ASSISTITI</u> classificati secondo l'indice di fragilità globale (clinica + sociale): – NESSUNA/BASSA – MEDIA – ELEVATA
AREA SANITARIA (Banca Dati Assistiti, ricoveri, cronicità, ecc.)		
AREA SOCIO-SANITARIA (Adi, ecc.)		
AREA SOCIO-ASSISTENZIALE (cartella sociale, misura B2, ecc.)		

Tabella 2 - Modello di integrazione dati

Attraverso il lavoro di analisi effettuato nel corso dell'anno 2020, sono state identificate 16.268 persone (1,5% della popolazione bergamasca) a rischio medio-elevato di fragilità (7.370 a media intensità, pari allo 0,7% del totale, e 8.898 ad elevata intensità, pari allo 0,8%). La maggioranza della popolazione (1.098.446 persone) è risultata essere nella fascia di rischio inferiore (nessuna o bassa fragilità), pari al 98,5% del totale. (vedi tabella 3)

Ai fini del PW, abbiamo ritenuto di analizzare tali dati alla luce della necessità di reperire un'utenza, già identificata come a rischio da parte dell'ATS provinciale, verso la quale attivare una presa in carico nell'ottica del case management, tramite interventi non emergenziali, ma di prevenzione, monitoraggio e controllo. Per questo motivo, il focus del PW è ricaduto sulla fascia di popolazione identificata a rischio medio. E' altamente plausibile, infatti, che all'interno della fascia di fragilità identificata come elevata, e sulla quale l'intervento da parte di ATS è stato prioritario, coesistano già diversi servizi socio-assistenziali che ne abbiano preso in carico gli utenti (in particolare, strutture

sociosanitarie e servizi ADI). Analogamente, per quanto riguarda la fascia a basso o nessun rischio, costituita da un bacino di popolazione molto ampio, riteniamo più opportuno un approccio a livello comunitario, con interventi mirati quali ad esempio progetti educativi scolastici e campagne di prevenzione primaria.

		FRAGILITA' GLOBALE (CLINICA + SOCIALE)							
		NESSUNA/BASSA		MEDIA		ELEVATA		Totale	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Ambiti Territoriali / distrettuali	01-Bergamo	151.658	98,6%	743	0,5%	1.467	1,0%	153.868	100,0%
	02-Dalmine	146.164	98,8%	903	0,6%	933	0,6%	148.000	100,0%
	03-Seriate	76.875	98,1%	654	0,8%	835	1,1%	78.364	100,0%
	04-Grumello	49.155	98,7%	314	0,6%	326	,7%	49.795	100,0%
	05-Valle Cavallina	52.938	97,5%	652	1,2%	711	1,3%	54.301	100,0%
	06-Monte Bronzone - Basso Sebino	31.292	98,1%	285	0,9%	326	1,0%	31.903	100,0%
	07-Alto Sebino	29.608	97,9%	298	1,0%	349	1,2%	30.255	100,0%
	08-Valle Seriana	97.257	97,8%	1.319	1,3%	842	0,8%	99.418	100,0%
	09-Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	41.957	98,0%	478	1,1%	399	0,9%	42.834	100,0%
	10-Valle Brembana	41.265	98,5%	238	0,6%	405	1,0%	41.908	100,0%
	11-Valle Imagna e Villa d'Almè	52.529	98,9%	284	0,5%	296	0,6%	53.109	100,0%
	12-Isola Bergamasca	132.808	99,0%	396	0,3%	883	0,7%	134.087	100,0%
	13-Treviglio	111.066	99,1%	399	0,4%	571	0,5%	112.036	100,0%
	14-Romano di Lombardia	83.874	98,9%	407	0,5%	555	0,7%	84.836	100,0%
	Totale	1.098.446	98,5%	7.370	0,7%	8.898	0,8%	1.114.714	100,0%

Tabella 3 - Indice di fragilità globale suddiviso per ambiti territoriali dell' ATS Bergamo

1.2 L'ASST BERGAMO EST E IL SUO TERRITORIO

L'ambito della nostra ASST di appartenenza, Bergamo Est, comprende i seguenti ambiti territoriali:

- Seriate
- Grumello
- Valle Cavallina
- Monte Bronzone-Basso Sebino
- Alto Sebino
- Valle Seriana
- Valle Seriana superiore e Valle di Scalve

per un bacino di utenza totale di 386.000 abitanti.

Il numero di personale IFeC previsto, secondo la delibera regionale XI/3377 del 14/07/2020, è di 61 infermieri di famiglia e comunità, di seguito ripartiti: 13 per l'ambito di Seriate, 8 Grumello, 9 Valle Cavallina, 5 Monte Bronzone-Basso Sebino, 4 Alto Sebino, 15 Valle Seriana, 7 Valle Seriana superiore e Valle di Scalve.



Figura 1 – Ambiti territoriali ASST Bergamo Est

Gli utenti censiti come fragili, nel suddetto territorio, risultano essere 4.000 in fascia media e 3.788 in fascia elevata (totale 7.788).

Ai fini del PW, abbiamo circoscritto il focus su un ambito distrettuale specifico, quello di Grumello, all'interno del quale è operativo da dicembre 2020 un nucleo IFeC dell'ASST. Nell'area sono stati identificati 314 utenti con indice di fragilità globale media (pari allo 0,6% della popolazione dell'ambito), che diviene quindi il target del nostro intervento.

Considerato la presenza di due nuclei IFeC nell'ambito distrettuale scelto, il bacino di utenti per nucleo è 157 persone. Il rapporto IFeC/utenti risulta così essere 1/40.

1.3 FASI PROGETTUALI E OPERATIVE

- 1 Presentazione del progetto agli IfeC coinvolti e successiva formazione relativa allo strumento InterRAI-HC.
- 2 Acquisizione da ATS dei dati dell'utenza identificata con indice di fragilità globale media nell'ambito territoriale di riferimento (Grumello); contatto telefonico per un primo screening (illustrazione del progetto, consenso informato, privacy).
- 3 Presa in carico: visita domiciliare da parte dell'IfeC, compilazione della documentazione (strumento InterRAI-HC) tramite tablet; valutazione dei bisogni emersi, delle condizioni sociosanitarie e del contesto relazionale. Condivisione con gli altri attori del progetto (MAP/PLS, STVM e ATS) della valutazione raccolta sulla piattaforma Health Portal.
- 4 Pianificazione di interventi condivisi centrati sull'educazione sanitaria, prevenzione ed il monitoraggio, ed implementazione di tali interventi; è ipotizzabile che l'STVM possa coinvolgere altri professionisti per quanto concerne le situazioni di maggiore criticità (ADI, assistente sociale, ecc.).
- 5 Rivalutazione a distanza di un anno tramite InterRAI-HC degli utenti coinvolti nel progetto, con restituzione esiti tramite piattaforma Health Portal.

1.4 CRONOPROGRAMMA

Considerato il rapporto 1 IfeC/40 utenti, è ipotizzabile che la prima parte di screening telefonico possa occupare un tempo relativamente breve (una settimana circa).

La presa in carico domiciliare risulterà fortemente dipendente dal numero di utenti reperibili e/o complianti alla presa in carico. Auspicando che vi sia un'aderenza pari o quanto più possibile vicina al 100%, ogni IfeC del nucleo identificato attuerà la presa in carico di un numero di 35/40 utenti, in un territorio che comprende 8 comuni (Bolgare, Calcinate, Castelli Calepio, Chiuduno, Grumello, Mornico, Palosco, Telgate). Nell'ottica del Case Management, l'IfeC si occuperà della prima visita domiciliare, nel corso della quale redigerà la documentazione InterRAI-HC valutando il paziente, il suo contesto ed i bisogni emersi. Dopo screening telefonico, come indicatore di aderenza al progetto, la valutazione multidimensionale deve essere somministrata almeno all'80% dei cittadini coinvolti. Ipotizzando che nel corso di una giornata si effettuino in totale dieci visite domiciliari totali, il tempo impiegato per raggiungere l'intero bacino di utenza risulta essere all'incirca di cinque settimane. Quindi 10 prese in carico die, 60 settimanali, 300 in cinque settimane.

Nel valutare l'utente ed il suo contesto, posto che si tratta di soggetti identificati con un rischio di fragilità non elevato, si presume che la maggior parte di essi esprimano bisogni soddisfabili attraverso una presa in carico congiunta IfeC/MAP, e che necessitino di interventi di monitoraggio, educativi e

preventivi (con idealmente un accesso domiciliare a settimana e/o un monitoraggio telefonico). Per i soggetti che al momento della prima visita invece esprimano un profilo di rischio più elevato, e che non risultino essere seguiti da altre figure socio-sanitarie, è ipotizzabile una presa in carico di tipo multidimensionale e multiprofessionale.

Al termine del progetto, è prevista una nuova valutazione tramite InterRAI per monitorare la stabilità degli utenti all'interno della fascia di fragilità globale media.

<u>CRONOPROGRAMMA</u>									
	Un giorno	1^ sett.	2^ sett.	3^ sett.	4^ sett.	5^ sett.	6^ sett.	dalla 7^ alla 47^ sett.	dalla 48^ alla 52^ sett.
<u>FASE 1</u>									
Presentazione PW									
Formazione per utilizzo InterRAI-HC									
<u>FASE 2</u>									
Acquisizione dati									
Contatto telefonico									
<u>FASE 3</u>									
Visita domiciliare									
Compilazione InterRAI-HC									
condivisione Health Portal									
<u>FASE 4</u>									
Pianificazione interventi									
Prevenzione, educazione e monitor.									
<u>FASE 5</u>									
Rivalutazione con InterRAI-HC									

Tabella 4 - Cronoprogramma

1.5 LO STRUMENTO INTERRAI HOME CARE

Nell'ambito della riforma del Welfare, Regione Lombardia si è posta l'obiettivo di rispondere alle seguenti esigenze indicate come prioritarie e strategiche per la realizzazione di un coerente sistema di governance:

- la rilevazione globale dei bisogni il più possibile omogenea a livello territoriale per una programmazione degli interventi socio-sanitari, commisurati ed appropriati ai bisogni rilevati e realmente centrati sulla persona.
- l'inversione del modello di assistenza che prevede il passaggio «dalla cura» al «prendersi cura» per garantire il soddisfacimento dei bisogni delle persone in base alle priorità, attraverso lo sviluppo dei servizi e degli interventi destinati alle persone fragili a rischio di emarginazione ed alle loro famiglie.

Nel 2011 Regione Lombardia ha dato avvio alla sperimentazione di un nuovo percorso valutativo dei bisogni delle persone che necessitano di assistenza domiciliare, basato sulla Valutazione Multidimensionale (VMD) che ha coinvolto, in una prima fase, 6 della 15 ASL lombarde.

Dal 1° luglio 2012, invece, la sperimentazione è stata estesa a tutto il territorio regionale.

Al fine di acquisire gli elementi necessari per verificare l'efficacia dei vari strumenti di valutazione multidimensionale e giungere ad un unico strumento valutativo omogeneo su tutto il territorio, Regione Lombardia ha chiesto alla ASL di Lodi, alla ASL Milano 2 e alla ASL di Lecco di ampliare la sperimentazione, utilizzando anche il Sistema InterRAI Home Care quale nuovo strumento di rilevazione dei bisogni.

Le aree indagate dallo strumento sono le seguenti:

- A. Informazioni di identificazione
- B. Dati personali
- C. Stato cognitivo
- D. Comunicazione/sfera uditiva/visiva
- E. Umore e comportamento
- F. Benessere psicosociale
- G. Funzione fisica
- H. Continenza
- I. Diagnosi di Malattia
- J. Condizioni di salute
- K. Stato nutrizionale/cavo orale
- L. Condizione della cute
- M. Farmaci
- N. Trattamento e prevenzione
- O. Responsabilità legale
- P. Relazioni sociali e supporto informale
- Q. Valutazione dell'ambiente
- R. Potenziale di dimissione e condizioni generali
- S. Dimissione

Lo strumento di valutazione multidimensionale InterRAI HC incorpora le migliori prassi operative e i modelli organizzativi ed informatici, che fanno della centralità dell'utente una base per l'integrazione dei professionisti e dei servizi socio-sanitari.

Le caratteristiche di output sono:

- Protocolli di Valutazione Clinica (PVC): assiste il valutatore nell'interpretare in modo sistematico le informazioni registrate dallo strumento, indirizzando il focus clinico su elementi chiave emersi durante il processo di valutazione.
- Personal Health Profile (PHP): riassume i dati emersi dalla valutazione, generando un profilo complessivo di salute dell'utente attraverso algoritmi dedicati.
- Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): consiste in un algoritmo di classificazione dell'utente in base al rischio di eventi avversi. Gli individui con punteggio MAPLe più alto sono quasi nove volte più a rischio di essere ricoverati in una struttura di assistenza a lungo termine rispetto agli utenti con il rischio più basso.
- Resource Utilization Group (RUG - domiciliare): consiste in un algoritmo di classificazione dell'utente in 33 livelli di complessità assistenziale riaggregati poi in 7 macro livelli.

Dall'analisi dei dati della sperimentazione è emerso che lo strumento InterRAI HC:

- consente di avere una buona fotografia delle condizioni di salute della persona fragile e delle risorse di contesto socio-famigliare
- individua con buona precisione il setting di cura più appropriato, orientando ed indirizzando l'operatore anche nella stesura dei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI), e ne permette la verifica di efficacia
- valuta la componente "sociale", rendendo lo strumento in grado di fornire all'operatore la possibilità di valutare in modo completo l'utente, utilizzando un unico strumento.
- riduce il rischio di interpretazione essendo i punteggi derivanti da una analisi multifattoriale
- risulta sensibile alla rilevazione dei problemi in atto e fa emergere le criticità che, sebbene non ancora presenti, potrebbero manifestarsi

Con la DGR n° X/2989 del 23 dicembre 2014 «Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario regionale per l'esercizio 2015» si conferma che:

- la valutazione multidimensionale è di competenza dell'ASL che la realizza attraverso équipe pluriprofessionali, anche integrando risorse professionali dei Comuni laddove necessario
- la Suite InterRAI viene assunta, a partire dal 1° gennaio 2015, quale strumento regionale per la Valutazione Multidimensionale.

Il richiamo alla valutazione multidimensionale del bisogno è presente nella Legge Regionale 23 del 11.08.2015 sull'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo.

Con la DGR. n° X / 7770 del 17/01/2018 "Interventi di programmazione in materia di assistenza domiciliare integrata" si conferma il sistema InterRAI Home Care quale strumento di valutazione di secondo livello per l'accesso all'Assistenza Domiciliare Integrata, in quanto, oltre ad essere validato scientificamente a livello internazionale e nazionale, è risultato il più idoneo a:

- far emergere in modo chiaro e completo i bisogni della persona, evidenziando le aree problematiche e facilitando la formulazione del piano di assistenza individuale (PAI);
- individuare situazioni di particolare complessità, anche in base al contesto socio – ambientale;
- consentire una valutazione al domicilio anche di un solo professionista, con conseguente ottimizzazione ed efficienza del processo valutativo;
- facilitare i controlli di appropriatezza da parte delle ATS.

ANALISI DELLE RISORSE PER L'IMPLEMENTAZIONE

Il progetto prevede l'utilizzo di risorse già presenti in ASST Bergamo Est, che con una attenta organizzazione integri le attività quotidiane, già in essere per gli IFeC, con quelle del progetto al fine di contenere i costi d'implementazione.

In dettaglio l'analisi dei costi è la seguente:

- UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE: nell'ambito distrettuale di Grumello sono presenti due nuclei IFeC, uno presso il POT di Calcinante e l'altro presso il PreSST di Grumello Del Monte.
- RISORSE UMANE/PROFESSIONALI: nei due nuclei sono presenti un totale di otto infermieri.
- RISORSE STRUMENTALI: due automobili, due PC, due tablet con applicativo software Health Portal e due telefoni fissi e due cellulari, già in dotazione ai nuclei.
- SERVIZIO INFORMATICO: intervento ICT per adeguare l'utilizzo dello strumento InterRAI-HC sui tablet e relativa formazione.
- TEMPO/LAVORO: prevedendo l'operatività dei nuclei IFeC sulle dodici ore (due turni di sei ore), s'ipotizza quanto segue:
 - Corso formazione all'utilizzo del format di InterRAI-Home Care, due ore.
 - Contatto telefonico per 314 utenti, si prevede una media di circa cinquanta contatti al giorno sia al mattino che al pomeriggio, quindi circa sei giorni per completare le chiamate e calendarizzare le successive visite domiciliari.
 - Visita domiciliare per la somministrazione della valutazione InterRAI-HC, della durata di un'ora. Tre utenti la mattina e due utenti il pomeriggio da lunedì a sabato per ogni nucleo (quindi cinque utenti al giorno, trenta a settimana per nucleo). Moltiplicando questi numeri sui due nuclei si ottiene un totale di dieci utenti valutati al giorno, e sessanta a settimana. Prevedendo eventuali variabili che rallentino l'attività, la valutazione si esaurirebbe in cinque settimane circa, così come la rivalutazione finale tramite InterRAI-HC prevista a distanza di circa dodici mesi.

RISULTATI ATTESI

- Ulteriore implementazione e riconoscimento del ruolo dell'IFeC quale professionista del Case Management, colui che si fa carico del percorso individuale di cura della persona fragile, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso (IFeC in quanto facilitatore nella medicina territoriale).
- Contribuire all'aggiornamento dell'AFG, progetto voluto da ATS Bergamo, tramite l'utilizzo di un sistema di valutazione multidimensionale (InterRAI-Home Care), già in uso sul territorio regionale (restituzione esiti).
- Promuovere e sostenere l'empowerment dell'utente e della sua famiglia affinché adottino un comportamento favorevole al mantenimento della propria salute, esercitando il diritto ad essere informati su tutti gli aspetti socio sanitari che li riguardano, e ritardando il passaggio alla fascia di fragilità globale elevata.
- Creare integrazione tra i vari professionisti ed attori presenti sul territorio, favorire un network per rispondere adeguatamente ai bisogni socio-sanitari emergenti dopo l'esperienza della pandemia di Covid-19.

CONCLUSIONI

L'infermiere di famiglia e comunità, nell'implementazione di questo progetto, opererebbe come Case Manager, in quanto riferimento diretto per il paziente e la sua rete (famiglia, caregiver informali), e come raccordo tra i diversi professionisti e servizi socio-sanitari operanti sul territorio.

Il contributo infermieristico per l'Anagrafe della Fragilità, sarebbe fondamentale e duplice in quanto restituirebbe nuovi dati, «raccolti sul campo», per un aggiornamento cadenzato nel tempo dell'Anagrafe stessa; tali dati risulterebbero utili ad ATS e ASST per la pianificazione e gestione strategica delle risorse.

All'interno di un sistema che si caratterizza per una forte frammentazione dei servizi socio-sanitari, l'utilizzo di una piattaforma informatica, InterRAI HC, che integri l'aspetto sociale e quello sanitario, aiuterebbe l'identificazione, il monitoraggio e la condivisione delle informazioni del paziente fragile, concorrendo alla futura creazione di una cartella socio-sanitaria integrata, nonché un archivio di immediata consultazione per tutti i professionisti che operano sul territorio.

Punti di forza del progetto

- Modalità proattiva e precoce per far emergere bisogni sommersi tramite verifica delle situazioni reali che completi i risultati ottenuti dalle banche dati
- La stratificazione della popolazione secondo un indice globale (AFG), agevola l'identificazione e la presa in carico IFeC di un bacino di utenti nel territorio di riferimento
- La potenzialità di creare programmi di intervento a livello comunitario sulla base di problematiche emergenti in un dato contesto territoriale

Punti di criticità

- Rischio di bassa adesione alla proposta di valutazione da parte dei cittadini contattati
- Le risorse per l'implementazione potrebbero risultare insufficienti in quanto la stima è stata fatta in un determinato periodo (settembre 2021).

CONTRIBUTO PERSONALE

Il presente PW è frutto di un lavoro omogeneo e integrato, in cui ognuno degli autori ha contribuito all'ideazione e alla progettazione di ogni fase.

Nel momento della scrittura, Bellagente si è principalmente occupata dell'introduzione, Pontoglio della descrizione e Signorini delle conclusioni, Merelli dell'abstract.

La revisione finale è stata eseguita da tutti gli autori.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
"Piano nazionale della cronicità"

Conferenza Stato-Regioni del 17 settembre 2020 Accordo n. 3909 "Infermiere di famiglia e di comunità: linee di indirizzo"

Decreto Giunta Regionale della Lombardia n. IX/937 del 1° dicembre 2010 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011"

Decreto Giunta Regionale della Lombardia n. X/1185 del 20 dicembre 2013 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014"

Decreto Giunta Regionale della Lombardia n. X/2989 del 23 dicembre 2014 "Determinazione in ordine della gestione del Servizio >>Socio-sanitario regionale per l'esercizio 2015"

Decreto Giunta Regionale della Lombardia n. X/7770 del 17 gennaio 2018 "Interventi di programmazione in materia di assistenza domiciliare"

Decreto Giunta Regionale della Lombardia n. XI/ 3377 del 14 luglio 2020 "Determinazione in ordine al reclutamento di personale per I servizi sanitari territoriali"

Decreto Giunta Regionale della Lombardia n. 4662 del 23 dicembre 2005 "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia 2016-2018"

Decreto Giunta Regionale della Lombardia n. 4811 del 31 maggio 2021 "Determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23"

Legge Regionale della Lombardia n. 23 del 11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"

SITOGRAFIA

Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (2020), *Position Statement L'infermiere di Famiglia e di Comunità* [online], disponibile su <<https://www.aifec.it/blog/2020/10/28/position-statement-linfermiere-di-famiglia-e-di-comunita-a-cura-della-fnopi/>> [Data di accesso: 04/08/2021]

ATS Bergamo (2020), *Verso un'Anagrafe della Fragilità: un progetto condiviso per prendersi cura delle persone più vulnerabili, anche in vista di un'eventuale seconda ondata di Covid-19* [online], disponibile su <https://www.ats-bg.it/contenuto-web/-/asset_publisher/ddZS7DDgwQZZ/content/verso-un-anagrafe-della-fragilita-un-progetto-condiviso-per-prendersi-cura-delle-persone-piu-vulnerabili-anche-in-vista-di-un-eventuale-seconda-ondata> [Data di accesso: 24/09/2021]

EnhANCE (2019), *Curriculum europeo per Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)* [online], disponibile su <<https://www.enhance-fcn.eu/it/curriculum-europeo-per-infermiere-di-famiglia-e-di-comunta-ifec/>> [Data di accesso: 04/08/2021]

InterRAI-IT (2015), *Strumenti InteRAI IT* [online], disponibile su <<https://www.interrai-it.org/Strumenti.aspx?cat=b208a1ec-3bd0-494b-8777-c9092057d0bd&id=ef401866-68cc-488b-a634-9e70c6a5ecf1>> [Data di accesso: 06/10/2021]

ALLEGATO 1

interRAI Home Care (HC)©

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

SEZIONE A. Informazioni generali		
1	NOME DELLA PERSONA UTENTE	a. Cognome b. Nome
2	SESSO	1. Maschio 2. Femmina
3	DATA DI NASCITA	 giorno mese anno
4	STATO CIVILE	1. Celibe/Nubile 2. Coniugato 3. Convivente/Partner stabile 4. Vedovo 5. Separato 6. Divorziato
6	NUMERO DELLA CARTELLA	
8	MOTIVO DELLA VALUTAZIONE	1. Valutazione iniziale 2. Rivalutazione di routine 3. Rivalutazione al rientro in assistenza domiciliare 4. Rivalutazione per significativa variazione delle condizioni della persona utente 5. Dimissione (considerare gli ultimi 3 giorni di presa in carico) 6. Registrazione della dimissione 7. Altro (es. a scopo di ricerca)
9	DATA DELLA VALUTAZIONE	 giorno mese anno
10	OBIETTIVI DI CURA ESPRESSI DALLA PERSONA UTENTE	
11	INDIRIZZO	Via _____ Città _____ (Prov.) _____ CAP _____
12	DOVE VIVE LA PERSONA UTENTE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE	1. Casa di proprietà/appartamento o in affitto 2. Casa privata con uso di servizi territoriali/casa protetta/comunità alloggio 5. Struttura per disabili 7. Unità psichiatrica 8. Senzatetto 9. Struttura di lungodegenza 10. Unità riabilitativa 11. Hospice/unità di cure palliative 12. Ospedale per acuti 13. Carcere 14. Altro
13	CON CHI VIVE LA PERSONA UTENTE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE	a. Attualmente vive 1. Sola 2. Con il coniuge/partner stabile 3. Con il coniuge/partner ed altri 4. Con un figlio ma non con il coniuge 5. Con un genitore o tutore legale 6. Con fratelli/sorelle 7. Con altri parenti 8. Con altre persone, non familiari b. Rispetto a 90 giorni fa (o dall'ultima valutazione) è cambiata la situazione abitativa della persona utente? (es. vive con un'altra persona, oppure si è trasferito) 0. No 1. Sì c. La persona utente o il familiare o chi vive con la persona pensa che la persona utente starebbe meglio se visse altrove? 0. No 1. Sì, ma non in una istituzione 2. Sì, ma in una istituzione

14	ULTIMO RICOVERO OSPEDALIERO	identificare il più recente ricovero ospedaliero negli ultimi 90 giorni: 0. Nessuna ospedalizzazione 1. 31-90 giorni fa 2. 15-30 giorni fa 3. 8-14 giorni fa 4. Negli ultimi 7 giorni 5. Attualmente in ospedale
15	DATA DI FINE VALUTAZIONE	 giorno mese anno

SEZIONE B. Dati personali al momento della presa in carico (NOTA: da completare solo alla valutazione iniziale)		
1	DATA DI APERTURA DELLA CARTELLA	 giorno mese anno
2	RAZZA/ETNIA	a. Ispanica c. Asiatica d. Africana f. Caucasica z. Altra
3	LINGUA	1. Inglese 2. Tedesco 3. Ceco 4. Olandese 5. Francese 6. Italiano 7. Spagnolo 8. Finlandese 9. Ebraico 10. Turco 11. Russo 12. Arabo 13. Aramaico 14. Yiddish 15. Altro
4	STORIA RESIDENZIALE NEGLI ULTIMI 5 ANNI	Indicare tutte le strutture in cui la persona utente ha risieduto negli ultimi 5 anni prima dell'attuale presa in carico 0. No 1. Sì a. Struttura per lungodegenti (es. RSA) b. Casa privata con uso di servizi territoriali/casa protetta/comunità alloggio c. Comunità alloggio per malati psichiatrici d. Unità psichiatrica e. Struttura per disabili

SEZIONE C. Stato cognitivo		
1	CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE	Come la persona utente prende decisioni circa l'organizzazione della giornata 0. INDIPENDENTE – decisioni sempre ragionevoli 1. SEMI-INDIPENDENTE - qualche difficoltà in situazioni nuove 2. COMPROMISSIONE MINIMA - in specifiche situazioni, decisioni inadeguate; richiesti suggerimenti/supervisione in tali occasioni 3. COMPROMISSIONE MODERATA - decisioni inadeguate; richiesti suggerimenti/supervisione in tutte le occasioni 4. COMPROMISSIONE SEVERA – raramente/mai prende decisioni 5. PERSONA UTENTE NON COSCIENTE/COMA [passa alla Sezione G]

interRAI Home Care (HC)®

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

2	MEMORIA/ CAPACITA' DI RICORDARE	<i>Identifica per la capacità di ricordare ciò che ha appreso o che conosce.</i> 0. Memoria 1. Problemi di memoria a. MEMORIA A BREVE TERMINE - Sembra ricordare dopo 5 minuti b. MEMORIA PROCEDURALE – può eseguire tutti o gran parte delle attività in ordine di sequenza senza suggerimenti per iniziare c. MEMORIA SITUAZIONALE – Riconosce i nomi o i volti dei caregiver <u>ed allo stesso tempo</u> mostra di conoscere la collocazione degli ambienti che frequenta regolarmente (camera da letto, sala da pranzo, palestra)	
3	STATO CONFUSIONALE	[Nota: un'accurata valutazione richiede il colloquio con lo staff/famiglia o altri che hanno diretta conoscenza delle comportamenti della persona oltre questo periodo] 0. Non presente 1. Presente, ma abituale per il livello cognitivo della persona utente 2. Presente, ma alterato per il livello cognitivo della persona utente (per es. di nuova insorgenza o peggiorato rispetto ad alcune settimane fa) a. FACILMENTE DISTRATTO – p. es., episodi di difficoltà a mantenere la concentrazione; facile distraibilità. b. EPISODI DI ELOQUIO DISORGANIZZATO – p. es., l'eloquio è insensato, irrilevante, o passa da un soggetto all'altro; perde il filo del discorso c. FUNZIONE MENTALE VARIA NELL'ARCO DELLA GIORNATA – p. es., qualche volta meglio, qualche volta peggio	
4	CAMBIAMENTI ACUTI RISPETTO ALLA NORMALITA'	[p. es. letargia, difficoltà a svegliarsi, alterata percezione dell'ambiente] 0. No 1. Sì	
5	CAMBIAMENTI NELLA CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE	Negli ultimi 90 giorni o dalla data dell'ultima valutazione 0. Migliorata 1. Immodificata 2. Peggiorata 8. Non valutabile	

SEZIONE D. Comunicazione/sfera uditiva / visiva

1	CAPACITA' DI FARSI COMPNDERE (Espressione)	<i>Capacità di esprimere il contenuto della informazione in maniera verbale o non verbale</i> 0. COMPRESO - Esprime chiaramente ciò che vuole comunicare senza difficoltà 1. IN GENERE COMPRESO - Difficoltà a trovare le parole o a finire concetti MA, se gli viene dato tempo, sono richiesti pochi o nessun suggerimento 2. SPESSO COMPRESO - Difficoltà a reperire le parole o a finire concetti, di solito sono richiesti dei suggerimenti 3. TALVOLTA COMPRESO - La capacità è limitata a richieste concrete 4. RARAMENTE/MAI COMPRESO	
2	CAPACITA' DI COMPNDERE GLI ALTRI (Comprensione)	<i>Comprensione del contenuto dell'informazione verbale (con apparecchio acustico se usato)</i> 0. COMPRENDE - Comprende chiaramente 1. IN GENERE COMPRENDE - Può non recepire il contenuto o parte del messaggio ma comprende la maggior parte della conversazione senza o con piccolo aiuto 2. SPESSO COMPRENDE - Può non comprendere lo scopo del messaggio, MA ripetendo o spiegando meglio è in grado di comprendere la conversazione 3. TALVOLTA COMPRENDE - Risponde adeguatamente solo a domande semplici e poste in modo diretto 4. RARAMENTE/MAI COMPRENDE	

3	UDITO	a. <i>Capacità di sentire (anche con apparecchio acustico se usato)</i> 0. SENTE IN MODO ADEGUATO – nessuna difficoltà in una conversazione normale, relazione sociale, TV, telefono 1. MINIMA COMPROMISSIONE – difficoltà in alcune situazioni (se l'interlocutore parla piano o si trova a più di 2 metri) 2. COMPROMISSIONE MODERATA – difficoltà ad udire la normale conversazione, sente solo in un ambiente tranquillo 3. COMPROMISSIONE GRAVE – Difficoltà in tutte le situazioni (l'interlocutore deve gridare o scandire le parole; l'intero discorso è disturbato) 4. SORDITA' COMPLETA b. <i>Impiego di un apparecchio acustico</i> 0. No 1. Sì	
4	VISTA	a. <i>Capacità di vedere in condizioni di illuminazione adeguata (e con gli occhiali se usati)</i> 0. ADEGUATA - Vede i dettagli minuti compresi i caratteri di stampa di giornali/libri 1. LIEVEMENTE COMPROMESSA - Vede i caratteri grandi ma non quelli stampati nei giornali/libri 2. MODERATAMENTE COMPROMESSA – Vista limitata; incapace a leggere i titoli del giornale, ma riconosce gli oggetti 3. MOLTO COMPROMESSA – Riconoscimento degli oggetti dubbio, ma gli occhi sembrano seguire gli oggetti 4. GRAVEMENTE COMPROMESSA - Nessuna vista, vede solo la luce, i colori o i contorni; gli occhi non seguono gli oggetti b. <i>Utilizzo di occhiali da vista</i> 0. No 1. Sì	

SEZIONE E. Umore e comportamento

1	INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE	(Codificare gli indicatori osservati negli ultimi 3 giorni, indipendentemente dalla causa presunta) 0. Indicatore non presente 1. Presente ma non manifestato negli ultimi 3 giorni 2. Manifestato in 1-2 degli ultimi 3 giorni 3. Manifestato in ognuno degli ultimi 3 giorni a. Ha espresso affermazioni negative: p. es., "non vale la pena di vivere, non mi importa più nulla, lasciati morire" b. Persistente rabbia contro se' o altri, es. facilmente annoiato, si arrabbia quando riceve assistenza c. Espressioni (anche non verbali) di paure irreali -p. es., paura di essere abbandonato, di stare solo o stare con altri, paura intensa di determinati oggetti o situazioni d. Si lamenta ripetutamente del suo stato di salute - p. es., richiede persistentemente visite mediche, è ossessionato dalle funzioni corporali e. Espressioni ripetitive di ansia (non correlate al proprio stato di salute) – p. es. richiama ripetitivamente l'attenzione del personale/ cerca rassicurazioni circa gli orari, i pasti, la lavanderia, il proprio abbigliamento, i rapporti sociali. f. Espressione del volto triste, dolente e corrucciata, sguardo accigliato g. Pianto ricorrente h. Dichiarazioni ricorrenti che qualcosa di terribile sta per accadergli - p. es., sostiene che sarà colpito da infarto cardiaco i. Ha perso interesse per attività che prima gli piacevano - incluso lo stare con amici o parenti j. Ridotte relazioni sociali k. Anedonia (espressioni anche non verbali che denotano una mancanza di piacere nella vita)	
---	---	--	--

interRAI Home Care (HC)©

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

2	INDICATORI DI UMORE DEPRESSO RIFERITI DALLA PERSONA UTENTE	0. Non negli ultimi 3 giorni 1. Non negli ultimi 3 giorni, ma spesso presenti 2. In 1-2 degli ultimi 3 giorni 3. Quotidianamente negli ultimi 3 giorni 8. La persona utente non è in grado di (o non vuole) rispondere Chiedere alla persona utente: "Negli ultimi 3 giorni quanto spesso si è sentito..." a. CON SCARSO INTERESSE O PIACERE PER ATTIVITÀ CHE NORMALMENTE SONO DI SUO GRADIMENTO b. ANSIOSO, IRREQUIETO O NON A PRORPIO AGIO? c. TRISTE, DEPRESSO, SENZA SPERANZA?	
3	SINTOMI COMPORTAMENTALI	Codificare gli indicatori osservati indipendentemente della loro causa 0. Non presente 1. Presente ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni 2. Manifestatosi 1 o 2 volte negli ultimi 3 giorni 3. Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni a. VAGABONDAGGIO (senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza) b. AGGRESSIVITA' VERBALE (ha spaventato, insultato, minacciato, gridato ad altre persone) c. AGGRESSIVITA' FISICA (ha colpito, ferito graffiato, abusato di altre persone) d. COMPORTAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO (emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni, o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri) e. COMPORTAMENTO SESSUALE SOCIALMENTE INADEGUATO/SPOGLIARSI IN PUBBLICO f. RIFIUTO DELL' ASSISTENZA (prendere le medicine, fare le iniezioni, ricevere aiuto nelle ADL o nel mangiare)	

4	TEMPO TRASCORSO DA SOLO	<i>Durante la giornata (mattina e pomeriggio)</i> 0. Meno di 1 ora 1. 1-2 ore 2. Più di 2 ore ma meno di 8 ore 3. 8 o più ore	
5	EVENTI SIGNIFICATIVI NELLA VITA DELLA PERSONA UTENTE	es. grave lutto familiare, perdita della propria abitazione, perdita della patente di guida, vittima di un furto/aggressione 0. No 1. Sì	

SEZIONE G. Funzione fisica

1. Autonomia nelle IADL Codificare <u>per l'autonomia</u> della persona utente nelle attività consuete in casa o al di fuori DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI Codificare <u>per la difficoltà</u>, basandosi sulla presunta capacità della persona utente di portare a termine una determinata IADL. Questa valutazione richiede una "speculazione" circa le risorse residue della persona utente.		(A)	(B)
0. INDIPENDENTE – non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto 1. ORGANIZZAZIONE 2. SUPERVISIONE – controllo, incoraggiamento, suggerimento 3. ASSISTENZA LIMITATA – aiuto in alcune occasioni 4. ASSISTENZA INTENSIVA – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività 5. MASSIMA ASSISTENZA – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo 6. DIPENDENZA TOTALE – l'attività viene svolta completamente da altri 8. ATTIVITA' NON ESEGUITA - durante l'intero periodo [Da non usare per la codifica della Difficoltà]		Autonomia	Difficoltà
a. PREPARAZIONE DEI PASTI - Come prepara i pasti (p.es, programmare i pasti, cuocere, preparare il cibo, usare gli utensili)			
b. LAVORI DOMESTICI USUALI – Come compie i lavori domestici usuali in casa (p.es, lavare i piatti, spolverare, rifare il letto, mettere in ordine, fare il bucato)			
c. USO DEL DENARO - Come paga i conti, gestisce il libretto degli assegni, tiene le spese di casa			
d. GESTIONE DEI FARMACI - Come gestisce i farmaci (p.es, ricordarsi di prendere le pillole, aprire i flaconi, prendere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare pomate)			
e. USO DEL TELEFONO - Come fa o riceve telefonate (se necessario con ausili come grandi numeri sulla tastiera, amplificatore acustico)			
f. FARE LE SCALE – Come la persona utente è in grado di salire una rampa di scale (12-14 gradini)			
g. FARE LA SPESA - Come fa la spesa per il vitto e le cose di casa (p.es, scelta delle cose, uso dei soldi)			
h. USO DEI TRASPORTI - Come la persona utente si sposta con i mezzi (p.es, va in luoghi non raggiungibili a piedi)			

SEZIONE F. Benessere psicosociale

1	RELAZIONI SOCIALI	[Chiedere alla persona utente, al personale, alla famiglia] 0. Mai 1. Più di 30 giorni fa 2. 8-30 giorni fa 3. 4-7 giorni fa 4. Negli ultimi 3 giorni 8. Non valutabile a. Partecipazione ad attività sociali che lo interessavano precedentemente b. Ha ricevuto visite da amici di vecchia data/familiari c. Mantiene contatti telefonici o via e-mail con amici di vecchia data/familiari d. La persona utente è in conflitto con o esprime rancore nei confronti di familiari o amici e. La persona utente esprime paura nei confronti di un familiare o di un conoscente stretto f. Segni di abbandono, maltrattamento, abuso	
2	SOLITUDINE	La persona utente dice o fa capire di sentirsi solo 0. No 1. Sì	
3	CAMBIA-MENTO NELLE ATTIVITÀ SOCIALI	RISPETTO A 90 GIORNI FA (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 90 giorni) si è ridotta la partecipazione ad attività sociali, religiose, hobbies o altre attività che la persona utente faceva volentieri 0. No 1. Sì, ma la persona utente non è preoccupata 2. Sì, la persona utente è preoccupata per questo	

interRAI Home Care (HC)©

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

2. AUTONOMIA NELLE ADL <i>Codifica per tutti gli episodi verificatisi nei 3 giorni precedenti</i> <i>Se il livello di autonomia in una ADL è lo stesso in tutti gli episodi, codifica per quel livello.</i> <i>Se un singolo episodio è codificabile come livello 6, ma negli altri episodi il livello di dipendenza è meno grave, codifica quella ADL come 5.</i> <i>Se in generale la persona utente è autonoma in una ADL, ma in un singolo episodio ha avuto bisogno di organizzazione, codifica quella ADL come 1.</i> <i>Negli altri casi considera l'episodio di <u>minore</u> dipendenza (da 2 a 5)</i>	
0. INDIPENDENTE – nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione 1. ORGANIZZAZIONE – mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano della persona utente anche solo in una occasione 2. SUPERVISIONE - controllo, incoraggiamento o suggerimento 3. ASSISTENZA LIMITATA - aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo 4. ASSISTENZA INTENSIVA - aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre la persona utente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività 5. MASSIMA ASSISTENZA - aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività 6. DIPENDENZA TOTALE – l'attività viene svolta completamente da un'altra persona 8. ATTIVITA' MAI ESEGUITA (durante l'intero periodo)	
a. USO DELLA VASCA/DOCCIA - Come persona utente esegue il trasferimento nella vasca/doccia e come viene lavata ogni parte del corpo: braccia e gambe, torace, addome, perineo [ESCLUSO il lavaggio della schiena e dei capelli].	
b. IGIENE PERSONALE – Come cura l'igiene personale compreso pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, lavarsi/asciugarsi la faccia e le mani, farsi il bidet [ESCLUSO bagno e doccia]	
c. VESTIRE LA PARTE SUPERIORE DEL CORPO - Come la persona utente veste la parte superiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, come abbottona i vestiti, ecc.	
d. VESTIRE LA PARTE INFERIORE DEL CORPO - Come la persona utente veste la parte inferiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, cinture, scarpe e come si abbottona i vestiti	
e. CAMMINARE – Come cammina tra diversi punti dell'abitazione sullo stesso livello	
f. LOCOMOZIONE – Come si muove tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle).	
g. TRASFERIMENTO SUL W.C. – come esegue il trasferimento sul W.C. (o sulla comoda)	
h. USO DEL W.C. – Come usa il W.C. (o la comoda, o la padella, o il pappagallo), come si pulisce (anche in caso di episodio/i di incontinenza), come cambia il pannolone, come gestisce la colostomia o il catetere, come si sistema i vestiti [escluso trasferirsi sul/dal W.C.]	
i. MOBILITA' A LETTO - Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto	
j. MANGIARE – Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale)	
3 AUTONOMIA NEGLI SPOSTAMENTI a. Principale modo di locomozione 0. Cammina, senza bisogno di ausili 1. Cammina, con utilizzo di ausili (bastone, deambulatore, canadesi) 2. Sedia a rotelle (manuale o elettrica) 3. Confinato a letto	
b. Test del cammino dei 4 metri <u>[predisporre un percorso in piano, senza ostacoli. La persona utente deve stare ferma in piedi sulla linea di partenza]</u> <i>Dire alla persona utente: "Quando glielo dico, inizi a camminare a una normale andatura (con il bastone o le stampelle se le utilizza). Questa non è una prova di velocità. Si fermi quando glielo dico io. E' tutto chiaro?"</i> <u>[Si può anche fare una dimostrazione per la persona utente]</u> <i>Poi dire alla persona utente: "Inizi a camminare"</i> <u>[Inizia a contare il tempo con un cronometro: interrompi il cronometro quando la persona utente supera il punto di riferimento che indica i 4 metri]</u> <i>A questo punto dire alla persona utente: "Ora può fermarsi"</i>	

Indicare il tempo impiegato in secondi (fino a 30 secondi) 30. Se sono necessari 30 o più secondi per compiere i 4 metri 77. Se la persona utente si è fermata prima di completare il test 88. Se la persona utente rifiuta di eseguire il test 99. Test non eseguibile	
c. Distanza percorsa camminando <u>[Indicare la distanza maggiore percorsa senza fermarsi negli ultimi 3 giorni (eventualmente con l'utilizzo di ausili)]</u> 0. Non cammina 1. Meno di 5 metri 2. 5-49 metri 3. 50-99 metri 4. 100 metri o più 5. 1 km o più	
d. Distanza percorsa su sedia a rotelle <u>[Indicare la distanza maggiore percorsa senza fermarsi negli ultimi 3 giorni (include l'utilizzo di carrozzina motorizzata)]</u> 0. La carrozzina viene spinta da altri 1. Utilizza una carrozzina motorizzata 2. Meno di 5 metri 3. 5-49 metri 4. 50-99 metri 5. Più di 100 metri 8. Non usa una sedia a rotelle	
4 ATTIVITA' FISICA a. Numero di ore di esercizio fisico negli ultimi 3 giorni 0. Nessuna 1. Meno di 1 ora 2. 1-2 ore 3. 3-4 ore 4. Più di 4 ore b. Numero di giorni in cui la persona utente è uscita dalla propria abitazione (facendo riferimento agli ultimi 3 giorni) 0. Nessuno 1. Non è uscito negli ultimi 3 giorni, ma di solito esce spesso 2. 1-2 giorni 3. 3 giorni	
5 POTENZIALE RIABILITATIVO	0. No 1. Sì a. La persona utente ritiene di essere in grado di migliorare le proprie autonomie funzionali b. Il personale sanitario ritiene che la persona utente possa migliorare la propria autonomia funzionale
6 CAMBIAMENTI NEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ADL	<i>Rispetto a 90 giorni fa o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 90 giorni</i> 0. Migliorata 1. Nessun cambiamento 2. Peggiorata 8. Incerto
7 GUIDA DI AUTOVEICOLI	a. Ha guidato una macchina (o altro autoveicolo) negli ultimi 90 giorni 0.No 1.Sì b. Se ha guidato negli ultimi 90 giorni, chi esegue la valutazione ha suggerito che la persona utente dovrebbe limitare o smettere di guidare 0.No 1.Sì

- n. Ansia
- o. Disturbo bipolare
- p. Depressione
- q. Schizofrenia

[illegible]

interRAI Home Care (HC)©

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

	Disturbi del sonno	o. Difficoltà ad addormentarsi, risvegli frequenti, risveglio precoce, insonnia, sonno non ristoratore p. Eccessiva sonnolenza (che interferisce con le attività della vita quotidiana)	
	Altri	q. Aspirazione r. Febbre s. Sanguinamento gastro-intestinale o genito-urinario t. Cattive condizioni igieniche u. Edema	
4	DISPNEA	0. Sintomo assente 1. Assente a riposo, ma presente per attività di moderata entità 2. Assente a riposo ma presente con le normali attività quotidiane 3. Presente a riposo	
5	ASTENIA	Incapacità a completare le normali attività del vivere quotidiano (p. es. ADL, IADL) 0. NON PRESENTE 1. MINIMA – ridotta percezione della propria energia fisica, ma la persona utente è in grado di svolgere le normali attività 2. MODERATA – a causa della ridotta energia fisica, la persona utente non è in grado di portare a compimento le normali attività 3. SEVERA – A causa della ridotta energia la persona utente non è in grado di iniziare alcune delle normali attività 4. NON IN GRADO DI INIZIARE ALCUNA ATTIVITA' a causa della ridotta energia	
6	DOLORE	[Nota – indagare sempre circa la presenza, l'intensità e il controllo del dolore; osservare la persona utente e chiedere a coloro che lo assistono] a. Frequenza con cui la persona utente lamenta o mostra segni di dolore (inclusendo smorfie, digrignare i denti, reazioni di difesa quando toccato o altri segni non verbali che suggeriscono dolore) 0. Non presente 1. Presente ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni 2. Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni 3. Manifestatosi quotidianamente negli ultimi 3 giorni b. Intensità del dolore (CODIFICA per il livello più alto d'intensità) 0. Nessun dolore 1. Intensità lieve 2. Intensità moderata 3. Intensità severa 4. A volte il dolore è terribile e insopportabile c. Pattern temporale del dolore 0. Assenza di dolore 1. Un singolo episodio in 3 giorni 2. Intermittente, non ciclico 3. Ciclico 4. Persistente d. Dolore episodico intenso (alcune volte negli ultimi 3 giorni la persona utente ha sperimentato un improvviso, imprevedibile riacutizzarsi del dolore) 0. No 1. Sì e. Controllo del dolore Efficacia del trattamento farmacologico nel controllo del dolore (dal punto di vista della persona utente) 0. Nessun problema di dolore 1. intensità del dolore sopportabile, non necessario un trattamento o modifiche ad un precedente trattamento 2. Controllato adeguatamente dal trattamento in corso 3. Controllato quando il regime farmacologico viene seguito, ma non sempre seguito secondo le indicazioni	

		4. Regime terapeutico seguito ma non vi è un controllo adeguato del dolore 5. Nessun regime terapeutico per il dolore o dolore non adeguatamente controllato	
7	INSTABILITA' DELLE CONDIZIONI	0.No 1.Sì a. Le condizioni cliniche causano instabilità nella performance cognitiva, nelle ADL, nel tono dell'umore o nel comportamento b. Episodio acuto o riacutizzazione di un problema cronico o ricorrente c. Malattia terminale	
8	PERCEZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE	Chiedere: "In generale che giudizio darebbe al proprio stato di salute?" 0. Eccellente 1. Buono 2. Soddisfacente 3. Scarso 8. Non risponde	
9	STILE DI VITA	a. La persona utente fuma tabacco quotidianamente 0. No 1. Non negli ultimi 3 giorni ma è un fumatore abituale 2. Sì b. Consumo di alcol – Numero di bicchieri assunti in un'unica occasione, negli ultimi 14 giorni 0. Nessuno 1. 1 2. 2-4 3. 5 o più	

SEZIONE K. Stato nutrizionale / cavo orale

1	ALTEZZA E PESO	Registra (a.) altezza in cm e (b.) peso in Kg. Peso di base o la misurazione più recente negli ultimi 30 giorni a. Altezza b. Peso	
2	VALUTAZIONE NUTRIZIONALE	0.No 1.Sì a. Perdita di peso indesiderata $\geq 5\%$ negli ULTIMI 30 GIORNI ($\geq 10\%$ negli ULTIMI 180 GIORNI) b. Disidratazione (rapporto azoto ureico/creatinina >25) c. Insufficiente assunzione di liquidi, meno di 1000 cc al giorno d. I liquidi persi superano quelli introdotti	
3	DEGLUTIZIONE	0. NORMALE – appropriata deglutizione di alimenti di qualsiasi consistenza 1. NON VALUTABILE – la persona utente limita l'assunzione di alimenti 2. NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE PER DEGLUTIRE CIBI SOLIDI 3. NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE SOLO PER DEGLUTIRE CIBI LIQUIDI (utilizzo di addensanti) 4. NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE PER DEGLUTIRE SIA SOLIDI CHE LIQUIDI 5. NUTRIZIONE COMBINATA ORALE E ENTERALE/PARENTERALE 6. SOLO NUTRIZIONE TRAMITE SONDINO NASO-GASTRICO 7. SOLO NUTRIZIONE TRAMITE GASTROSTOMIA (es. PEG) 8. SOLO NUTRIZIONE PARENTERALE 9. NESSUN APPORTO DI CIBO PER VIA ORALE e NESSUN TIPO DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE	
4	CAVO ORALE/ SITUAZIONE DENTALE	0. No 1. Sì a. Porta una dentiera (protesi rimovibile) b. Edentulia, denti rotti o instabili c. Riferisce sensazione di bocca secca (xerostomia) d. Riferisce difficoltà nella masticazione	

interRAI Home Care (HC)©

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

5	NUTRIZIONE PARENTERALE/ ENTERALE	0. 0% (Nessuna nutrizione entrale/parenterale) 1. Presenza di sondino nasogastro o PEG, ma non effettua nutrizione per tali vie 2. 1%-25% delle calorie ricevute per via parenterale/sondino naso-gastro/PEG 3. 26%-50% delle calorie ricevute per via parenterale/sondino naso-gastro/PEG 4. 51%-75% delle calorie ricevute per via parenterale/sondino naso-gastro/PEG 5. 76%-100% delle calorie ricevute per via parenterale/sondino naso-gastro/PEG	
	a. Percentuale delle calorie totali ricevute attraverso nutrizione parenterale/enterale negli ultimi 3 giorni		
	b. Quantità media giornaliera di fluidi assunti per e.v. o per sondino		

SEZIONE L. Condizioni della cute

1	STADIO PIU' GRAVE DI ULCERA DA PRESSIONE	0. Nessuna ulcera da pressione 1. Area di arrossamento cutaneo persistente 2. Parziale perdita di strati di cute 3. Presenza di profondo cratere cutaneo 4. Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso 5. Non stadiabile (p.es per la presenza di predominante escara necrotica)	
2	PREGRESSA ULCERA DA PRESSIONE	0. No 1. Sì	
3	ULCERE CUTANEE (NON DA PRESSIONE)	<i>p. es. ulcere venose, arteriose, miste, neurotrofiche, piede diabetico</i> 0. No 1. Sì	
4	ALTRI PROBLEMI CUTANEI	0. No 1. Sì a. Ustioni di secondo o terzo grado b. Ferite chirurgiche	
5	LACERAZIONI O TAGLI	Lacerazioni o tagli non chirurgici 0. No 1. Sì	
6	ALTRE CONDIZIONI O CAMBIAMENTI CUTANEI	<i>p. es.: lividi, rash, prurito, macchie, Herpes Zoster, intertrigo, eczema</i> 0. No 1. Sì	
7	PROBLEMI AI PIEDI CHE INTERFERISCONO CON IL CAMMINARE	<i>P.es.: calli, duroni, dita sovrapposte, problemi strutturali, infezioni, ulcere (diverse da 1 e 2)</i> 0. No 1. Sì, ma la persona utente può camminare 2. Sì, il problema limita la capacità della persona utente di deambulare 3. Sì, il problema impedisce alla persona utente di deambulare 4. Sì, ma la persona utente non cammina per altre ragioni	

SEZIONE M. Farmaci

1	FARMACI	Elencare i farmaci, prescritti e non, presi negli ULTIMI 3 GIORNI a. Nome commerciale b. Dose (es. 0,5-5-100) c. Unità di misura - Codifica secondo lo schema seguente: gtt (gocce) mEq (milliequivalenti) % (percento) gr (grammi) mg (milligrammi) U (unità) L (litri) mL (millilitri) Puffs mcg (microgrammi) d. Forma - Codifica la via di somministrazione utilizzando i seguenti codici: 1. Per os (PO) 5. Sottocute (SC) 9. Sondino NG 2. Sublinguale (SL) 6. Rettale (R) 10. Transdermico (TD) 3. Intramuscolare (IM) 7. Topica 11. Altro 4. Endovena (IV) 8. Inhalatoria e. Frequenza - Codifica il numero di volte in un giorno, in una settimana o in un mese in cui il farmaco viene assunto utilizzando i seguenti codici: Bed. Al momento di andare a dormire SO. Al bisogno 1W. Una volta a settimana 1H. Ogni ora 2W. Due volte a settimana 2H. Ogni 2 ore 3W. Tre volte a settimana 3H. Ogni 3 ore QO. A giorni alterni 4H. Ogni 4 ore Q3D. Ogni tre giorni 6H. Ogni 6 ore 4W. Quattro volte a settimana 8H. Ogni 8 ore 5W. Cinque volte a settimana 1D. Una volta al giorno 6W. Sei volte a settimana 2D. Due volte al giorno 1M. Una volta al mese 3D. Tre volte al giorno 2M. Due volte al mese 4D. Quattro volte al giorno C. Continuativamente 5D. Cinque volte al giorno O. Altro f. PRN (non utilizzato in Italia) g. Codice elettronico																																																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome</th> <th>Dose</th> <th>UM</th> <th>VS</th> <th>Freq</th> <th>PRN</th> <th>Cod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Nome	Dose	UM	VS	Freq	PRN	Cod																																																								
Nome	Dose	UM	VS	Freq	PRN	Cod																																																											
2	ALLERGIA A FARMACI	0. No 1. Sì																																																															
3	COMPLIANCE	Aderenza alle prescrizioni farmacologiche del medico curante 0. Sì, sempre 1. L'80% delle volte o più 2. Meno dell'80% delle volte (incluso impossibilità di acquistare i farmaci prescritti) 8. Nessuna terapia farmacologica in atto																																																															

SEZIONE N. Trattamento e prevenzione

1	PREVENZIONE	0. No 1. Sì a. Misurazione della pressione arteriosa nell'ultimo anno b. Colonscopia negli ultimi 5 anni c. Visita odontoiatrica nell'ultimo anno d. Visita oculistica nell'ultimo anno e. Esame audiometrico negli ultimi 2 anni f. Vaccinazione antinfluenzale nell'ultimo anno g. Mammografia o esame del seno negli ultimi due anni (per le donne) h. Vaccinazione antipneumococcica negli ultimi 5 anni o dopo l'età di 65 anni
2	TRATTAMENTI SPECIALI, PIANI DI TRATTAMENTO	Trattamenti speciali ricevuti o previsti NEGLI ULTIMI 3 GIORNI (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 3 giorni) 0. Non effettuati, non programmati 1. Programmati, non effettuati 2. Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni 3. Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni

interRAI Home Care (HC)©

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

		TRATTAMENTI SPECIALI																																																
		a. Chemioterapia		g. Aspirazione																																														
		b. Dialisi		h. Cura della tracheostomia																																														
		c. Controllo delle infezioni (es, isolamento, quarantena)		i. Trasfusioni																																														
		d. Terapie e.v.		j. Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)																																														
		e. Ossigeno-terapia		k. Cura della ferita																																														
		f. Terapia radiante																																																
		PROGRAMMI DI TRATTAMENTO																																																
		l. Toileting		n. Programma di rotazione/riposizionamento																																														
		m. Cure palliative																																																
3	ASSISTENZA FORMALE	Giorni (A) e minuti totali (B) di terapia/intervento negli ultimi 7 giorni <i>Entità e gestione dell'assistenza negli ultimi 7 giorni (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 7 giorni) .</i> Per i soli punti e., f., e g. indicare (nelle colonne A e B) i giorni e minuti di assistenza che sono stati erogati all'utente negli ultimi 7 gg. Usare la colonna D per precisare se tali giornate siano incluse all'interno del PAI ADI (mettendo una X nella colonna D) o se l'utente si avvale di altri operatori della riabilitazione (lasciando la cella della colonna D in bianco). Sempre per i punti e., f., e g., se le attività sono previste per il futuro (o lo sono in più rispetto all'erogato), indicare nella colonna C (giorni) le gg. di accesso alla settimana previste all'interno di un PRI sottoscritto dall'utente e, nella colonna D, indicare se tali giornate dovranno essere incluse all'interno del PAI ADI (mettendo una X nella colonna D) o se l'utente si avvarrà di altri operatori della riabilitazione (lasciando la cella della colonna D in bianco). <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>A Giorni</th> <th>B Min</th> <th>C Giorni</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Assistenza domiciliare (cura della persona)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Infermiere</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Assistenza domiciliare (cura della casa)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Pasti a domicilio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Fisioterapia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Terapia occupazionale</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Logopedia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. Psicoterapia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					A Giorni	B Min	C Giorni	D	a. Assistenza domiciliare (cura della persona)					b. Infermiere					c. Assistenza domiciliare (cura della casa)					d. Pasti a domicilio					e. Fisioterapia					f. Terapia occupazionale					g. Logopedia					h. Psicoterapia				
	A Giorni	B Min	C Giorni	D																																														
a. Assistenza domiciliare (cura della persona)																																																		
b. Infermiere																																																		
c. Assistenza domiciliare (cura della casa)																																																		
d. Pasti a domicilio																																																		
e. Fisioterapia																																																		
f. Terapia occupazionale																																																		
g. Logopedia																																																		
h. Psicoterapia																																																		
4	RICOVERI OSPEDALIERI, VISITE MEDICHE	Riportare il numero di volte nell'arco dei 90 giorni precedenti la valutazione (o dall'ultima valutazione) in cui il paziente è stato ricoverato in: a. Ospedale per acuti																																																
		b. Pronto soccorso																																																
		c. Visite mediche																																																
5	MEZZI DI CONTENZIONE	Mezzi di contenzione agli arti, spondine, ecc. 0. No 1. Sì																																																

SEZIONE O. Responsabilità legale																																											
1	TUTORE LEGALE 0. No 1. Sì a. La persona utente ha un tutore legale																																										
SEZIONE P. Relazioni sociali e supporto informale																																											
1	DUE CAREGIVER INFORMALI PRINCIPALI Principale (1) e Secondario (2) a. Rapporto di parentela/relazione con la persona utente 1. Figlio o nuora/genero 2. Coniuge 3. Partner 4. Genitore/tutore legale 5. Fratello/Sorella 6. Altro parente 7. Amico 8. Vicino 9. Nessun caregiver informale 10. Badante <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(1) Prin.</th> <th>(2) Sec.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> b. Vive con la persona utente 0. No 1. Sì, da 6 mesi o meno 2. Sì, da più di 6 mesi 8. Nessun caregiver informale <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(1) Prin.</th> <th>(2) Sec.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> AREE DI AIUTO INFORMALE: 0. No 1. Sì 8. Nessun caregiver informale c. Assistenza nelle IADL <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(1) Prin.</th> <th>(2) Sec.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> d. Assistenza nelle ADL <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(1) Prin.</th> <th>(2) Sec.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> e. VALUTAZIONE DISPONIBILITÀ CAREGIVER (PRESENZA ATTIVA per le operazioni di assistenza): 1. E' presente in casa solo in alcune ore della giornata (max 12 ore), con assenze > 3 ORE 2. E' presente in casa per almeno 12 ore al giorno con assenze < 3 ore 3. E' presente in casa per almeno 18 - 21 ore al giorno e comunque con assenze < 3 ore 8. Nessun Caregiver Informale Disponibilità oraria <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(1) Prin.</th> <th>(2) Sec.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> f. VALUTAZIONE COMPETENZE CAREGIVER: 1. Nulla - Modesta 2. Discreta 3. Buona - Completa (es. E' capace di seguire l'utente nelle operazioni di assistenza alla ventilazione, o di cura della trachea o della nutrizione artificiale o di praticare piccole medicazioni) 8. Nessun Caregiver Informale <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(1) Prin.</th> <th>(2) Sec.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> g. VALUTAZIONE ABILITÀ CAREGIVER: 1. Nulla - Modesta (E' capace di portare in bagno l'utente e di eseguire piccole operazioni di igiene) 2. Discreta (E' capace di supportare l'utente nell'igiene quotidiana e negli spostamenti, ma non per il bagno/doccia) 3. Buona - Completa (E' capace di supportare l'utente per quasi tutte le operazioni di igiene, compreso il bagno e la mobilizzazione) 8. Nessun Caregiver Informale <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(1) Prin.</th> <th>(2) Sec.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		(1) Prin.	(2) Sec.					(1) Prin.	(2) Sec.					(1) Prin.	(2) Sec.					(1) Prin.	(2) Sec.					(1) Prin.	(2) Sec.					(1) Prin.	(2) Sec.					(1) Prin.	(2) Sec.			
	(1) Prin.	(2) Sec.																																									
	(1) Prin.	(2) Sec.																																									
	(1) Prin.	(2) Sec.																																									
	(1) Prin.	(2) Sec.																																									
	(1) Prin.	(2) Sec.																																									
	(1) Prin.	(2) Sec.																																									
	(1) Prin.	(2) Sec.																																									
2	CONDIZIONI DI CHI PRESTA L'ASSISTENZA 0.No 1.Sì a. Uno dei caregiver non è in grado di continuare a prestare assistenza - es.: il peggioramento dello stato di salute del caregiver fa sì che sia difficile continuare b. Il caregiver principale manifesta segni di stanchezza, rabbia, depressione c. Familiari/amici stretti riferiscono eccessivo carico dalla malattia della persona utente																																										

interRAI Home Care (HC)©

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

3	ENTITA' DELL'AUTO	a. ORE DI ASSISTENZA INFORMALE E MONITORAGGIO ATTIVO Per le IADL e ADL svolte DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI, indicare l'entità complessiva dell'aiuto ricevuto da famigliari, amici e vicini (arrotondare in ore)	ORE			
		b. ORE DI ASSISTENZA INFORMALE E MONITORAGGIO ATTIVO Per prestazioni sanitarie (iniezioni, gestire cannula, somministrare terapia, medicare ferite etc.) svolte DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI, indicare l'entità complessiva dell'aiuto ricevuto da famigliari, amici e vicini (arrotondare in ore)	ORE			
4	FORTE COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA	0.No 1.Sì				

COMPILA I PROSSIMI TRE ITEMS SOLO SE R2=2 (L'AUTONOMIA DELLA PERSONA UTENTE E' PEGGIORATA NEGLI ULTIMI) 90 GIORNI		
3	NUMERO DI ADL IN CUI LA PERSONA UTENTE ERA INDIPENDENTE PRIMA DEL PEGGIORAMENTO	
4	NUMERO DI IADL IN CUI LA PERSONA UTENTE ERA INDIPENDENTE PRIMA DEL PEGGIORAMENTO	
5	TEMPO DI INIZIO DELL'EVENTO PRECIPITANTE	Indicare quanto tempo fa ha avuto inizio l'evento precipitante che ha condotto al peggioramento dell'autonomia funzionale 0. Negli ultimi 7 giorni 1. 8-14 giorni fa 2. 15-30 giorni fa 3. 31-60 giorni fa 4. Più di 60 giorni fa 8. Nessun chiaro evento precipitante

SEZIONE Q. Valutazione dell'ambiente

1	AMBIENTE DOMESTICO	<u>Segnalare tutto ciò che rende l'ambiente domestico pericoloso o inabitabile (se temporaneamente in istituto basare la valutazione sulla visita della casa)</u> 0. No 1. Sì	
	a. Precarie condizioni dell'immobile – p. es. disordine pericoloso, illuminazione insufficiente, buchi nel pavimento, tubi che perdono		
	b. Gravi condizioni igieniche – p.es. estrema sporcizia, infestazione da ratti o scarafaggi		
	c. Riscaldamento e condizionamento inadeguati (p.es., troppo caldo in estate, troppo freddo in inverno, stufa a legna in una casa con un asmatico)		
	d. Scarsa sicurezza personale – p.es., paura della violenza, problemi di sicurezza nell'andare alla posta o a trovare i vicini, traffico intenso nella strada		
	e. Limitato accesso alla casa o alle stanze – p. es. difficoltà a entrare/uscire di casa per la presenza di scale, difficoltà ad accedere nelle diverse stanze, assenza di corridoi ove sarebbero necessari		
2	ABITAZIONE RISTRUTTURATA PER PERSONE DISABILI	La persona utente vive in una abitazione ristrutturata per rispondere alle esigenze di una persona disabile 0. No 1. Sì	
3	AMBIENTE ESTERNO	0. No 1. Sì	
	a. Accesso ad assistenza di emergenza (p.es., telefono, sistema di allarme a chiamata)		
	b. Facilità di accesso, senza bisogno di assistenza, a negozi di alimentari		
	c. Possibilità di consegna a domicilio di generi alimentari		
4	PROBLEMI ECONOMICI	A causa di problemi economici, negli ultimi 30 giorni, la persona utente ha risparmiato su farmaci prescritti, riscaldamento, cure mediche, cibo, assistenza domiciliare 0.No 1.Sì	

SEZIONE R. Potenziale di dimissione e condizioni generali

1	OBIETTIVI RAGGIUNTI	Uno o più obiettivi del piano di trattamento sono stati raggiunti nei 90 giorni precedenti (o dall'ultima valutazione se inferiore a 90 giorni) 0. No 1. Sì	
2	VARIAZIONE DELL'AUTONOMIA	Globalmente l'autonomia della persona utente è migliorata significativamente rispetto a 90 giorni fa (o dall'ultima valutazione se inferiore a 90 giorni) 0. Migliorata [VAI ALLA SEZIONE S] 1. Nessun cambiamento [VAI ALLA SEZIONE S] 2. Peggiorata	

SEZIONE S. Dimissione (codificare solo alla dimissione)

1	ULTIMO GIORNO DI PERMANENZA	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ giorno mese anno
2	DESTINAZIONE DOPO LA DIMISSIONE	1. Casa di proprietà o in affitto 2. Casa privata con uso di servizi territoriali/casa protetta/comunità alloggio 5. Struttura per disabili 7. Unità psichiatrica 8. Senzatetto 9. Strutture per lungodegenza 10. Unità riabilitativa 11. Hospice/unità di cure palliative 12. Ospedale per acuti 13. Carcere 14. Altro 15. Deceduto
3	ASSISTENZA DOMICILIARE E ALLA DIMISSIONE	0. No 1. Sì
4	PROFILO DEFINITIVO ASSEGNATO	1. Prestazionale 2. Profilo 1 3. Profilo 1-ICA 30% 4. Profilo 2 5. Profilo 2-ICA 30% 6. Profilo 3 7. Profilo 3-ICA 30% 8. Profilo 4 9. Profilo 4-ICA 30% 10. ADI Cure Palliative 11. ADI non attivata
5	Ragioni per cui il profilo assegnato può essere diverso da quello elaborato	Presenza di caregiver competente Assenza di caregiver competente Presenza di caregiver competente per esperienza professionale Presenza assistenza privata a cui la famiglia non intende rinunciare Concomitanza di altri setting assistenziali (es. presenza nel territorio di strutture Ex art. 26)

SEZIONE T. Informazione sulla valutazione

FIRMA DELLE PERSONE CHE HANNO COMPLETATO LA VALUTAZIONE:	
a. Firma	
b. Data di completamento della valutazione	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ giorno mese anno