



## **ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

### **PREMESSA**

Tutti campi della scheda sono obbligatori. Il punteggio delle scale va comunque “forzato”, cioè comunque valutato, salvo nei casi in cui sia espressamente indicato NON APPLICABILE.

Le scale individuate serviranno a fornire due tipi di punteggi: uno assistenziale ed uno prognostico riabilitativo. In tal senso per ciascuno dei due punteggi sono utilizzate solo una parte delle scale individuate, non necessariamente le stesse, e talune scale avranno per il momento solo significato statistico di rilevazione dati. Il punteggio assistenziale complessivo potrà variare da 0 a 100, ove per 100 si intende il massimo carico assistenziale. Il punteggio riabilitativo complessivo potrà variare da 0 a 100, ove per 100 si intende il massimo potenziale di recupero.

### **SEZIONE ANAGRAFICA**

I dati anagrafici sono tutti obbligatori, così come la diagnosi principale (Diagnosi1), col relativo evento indice. Potranno essere omesse, se ritenuto, la Diagnosi2 e la Diagnosi3.

Per data evento indice si intende la data dell'evento acuto o comunque la data di esordio della patologia descritta.

La data dell'evento indice 1 può anche essere la data di dimissioni dal reparto per acuti per il trattamento della patologia di cui alla diagnosi 1.

Per eventuali recidive di eventi morbosi, esse devono essere considerate solo se hanno comportato una modificazione morfologica dimostrabile nella corrispondente struttura corporea (es. ad una recidiva di ictus cerebri deve corrispondere una modificazione rilevante alla TAC).

Per patologia inveterate o connatali può essere indicata la data della prima diagnosi. Nel caso non si conosca la data precisa indicare il 01/01 dell'anno della diagnosi.

Il Codice Fiscale (CF) particolarmente importante perché è il campo identificativo del caso.

In presenza di disabilità derivante da gravi patologie (vedi allegato A) a carattere involutivo, come previsto anche dalle Linee Guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione (GU 30 maggio 1998, n. 124), la formula di calcolo attribuisce valore 100 all'indice di acuzie, prevedendo quindi la possibilità di permanenza in un setting riabilitativo estensivo anche senza limitazioni.

### **DATI ANTROPOMETRICI**

Peso ed altezza indicati rispettivamente in Kg e cm. Serviranno per il calcolo del BMI (Body Mass Index), la cui formula è:  $\text{Round}([\text{PesoKg}]/([\text{AltezzaCm}]/100*[\text{AltezzaCm}]/100))$  e la variabile assumerà i seguenti valori:

- 0 se  $[\text{BMI}] < 35$  And  $[\text{BMI}] > 16$ ;
- 5 se  $[\text{BMI}] > 34$ ;
- 7 se  $[\text{BMI}] < 16$

### **FARMACI E VIA DI SOMMINISTRAZIONE**

Va indicato il numero di farmaci assunti dal paziente per qualsiasi via di somministrazione e la presenza di dispositivi di infusione.

Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: nessun farmaco
- 2: 1-3 farmaci
- 4: 4-5 farmaci
- 8: più di 5 farmaci

### **COSCIENZA E ORIENTAMENTO**

In caso di orientamento non valutabile (es. stato comatoso) esso va indicato come disorientamento grave.

Per la coscienza viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: vigile

- 5: agitazione psicomotoria
- 7: soporoso/stuporoso
- 10: comatoso

Per l'orientamento viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: orientato
- 1: lieve disorientamento
- 2: medio disorientamento
- 3: grave disorientamento

### **COLLABORAZIONE**

Il grado di collaborazione va sempre indicato, anche non avvalendosi di scale ma del semplice giudizio clinico.

Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: collaborazione completa
- 15: collaborazione parziale
- 39: nessuna collaborazione

### **RESPIRO**

Indicare se normale, O2 terapia, assistito e la eventuale presenza di tracheotomia.

Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: respiro normale
- 1: O2 terapia
- 2: respiro assistito, con qualsiasi tipo di dispositivo
- 3: presenza di cannula tracheostomica

### **ALIMENTAZIONE**

Indicare se normale, tramite SNG, PEG o parenterale.

Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: alimentazione normale
- 1: alimentazione tramite SNG (sondino naso-gastrico)
- 2: alimentazione tramite PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)
- 3: alimentazione in presenza di disfagia senza SNG o PEG
- 4: alimentazione parenterale per vena periferica o centrale

### **CONTINENZA URINARIA**

Indicare se trattasi di paziente continente, se indossa il pannolone o se è portatore di catetere vescicale (CV).

Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: paziente continente
- 1: incontinenza con uso di pannolone
- 2: incontinenza/ritenzione con inserimento di CV (catetere vescicale)

### **CONTINENZA FECALE**

Indicare se il paziente è continente o indossa il pannolone.

Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: paziente continente
- 3: incontinenza con uso di pannolone

### **DECUBITI**

Indicare l'assenza o la presenza in 1 sola sede o più sedi.

Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: cute integra
- 2: decubito in una sola sede
- 3: decubiti in più di una sede

## **EPILESSIA**

Indicare l'assenza o la presenza en l'eventuale difficile controllo farmacologico  
Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: non epilessia
- 3: epilessia in buon controllo farmacologico
- 15: epilessia con difficile controllo farmacologico

## **DOLORE**

Indicare il dolore secondo la scala VAS (0-10). In caso di utilizzo di scala diversa (es. PAINAD), rapportarla alla scala VAS in maniera proporzionale. I punteggi sono già insiti nella scala stessa (0 nessun dolore, 10 il massimo dolore mai percepito).

## **SCALA DI RANKIN prima dell'evento indice ed al momento attuale**

La scala è sufficientemente autoesplicante. La valutazione "prima dell'evento indice", si riferisce alle condizioni del soggetto prima dell'evento indice della diagnosi 1, raccolte anamnesticamente di solito dal familiare o comunque care giver. In caso di patologia inveterata o congenita i due punteggi possono coincidere. I punteggi sono già insiti nella scala stessa (0 nessuna disabilità, 5 disabilità di grado severo).

## **ICF BRIEF MINIMAL GENERIC SET (MGS)**

Questo core set dell'ICF è uno degli ultimi emessi dal gruppo di lavoro coordinato in ambito OMS ed è l'unico possibile per ogni tipo di patologia. Per attività e partecipazione (codici "d") ci si riferisce alla sola performance. La valutazione va forzata, nel senso che non sono previsti i codici 8 o 9.

Il punteggio viene attribuito secondo la seguente tabella:

	<b>B130</b>	<b>B152</b>	<b>B280</b>	<b>D230</b>	<b>D450</b>	<b>D455</b>	<b>D850</b>
<b>normale</b>	0	0	0	0	0	0	
<b>problema lieve</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>problema medio</b>	4	2	2	2	2	2	2
<b>problema grave</b>	8	6	4	3	3	3	3
<b>problema completo</b>	12	12	8	4	4	4	4

## **FATTORI SOCIO-AMBIENTALI**

Items sufficientemente auto esplicitanti. Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0 Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, badante, ecc.) già addestrati
- 1 Pz. istituzionalizzato
- 2 Vive con il coniuge autonomo
- 3 Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante il giorno (familiari, badante, volontari,)
- 4 Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, badante, ecc.) che necessitano di addestramento (family learning)
- 5 Vive con il coniuge non autonomo
- 6 Vive solo/a

## **INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)**

Scala sufficientemente auto esplicitante. Tutti gli items devono essere obbligatoriamente valutati. Il punteggio attribuito è il risultante della somma dei singoli items.

## **SCHEDE VALUTAZIONE COGNITIVA MMSE - FORMA ABBREVIATA**

La valutazione va forzata, eccetto nei casi di non applicabilità (coma o stato soporoso, non collaborazione completa). Ad ogni item va attribuito il punteggio di 0 se correttamente risposto, 1 se mancata risposta. Il punteggio attribuito è il risultante della somma dei singoli items.

## **RITARDO MENTALE**

Può essere fatto o con l'utilizzo di scale (es. Wechler con calcolo del QI) oppure in base al giudizio clinico. Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: nessun problema
- 1: ritardo mentale lieve
- 5 ritardo mentale medio
- 20 ritardo mentale grave
- 30 ritardo mentale completo

## **QUESTIONARIO STATO DI SALUTE SF 12 (item 1)**

L'autovalutazione del paziente va forzata, eccetto nei casi di non applicabilità (coma o stato soporoso, non collaborazione completa)

Viene attribuito il seguente punteggio:

- 0: Eccellente
- 1: Molto buona
- 2 Buona
- 3 Passabile
- 10 Scadente.

## **CALCOLO DEI PUNTEGGI E DEL SETTING ASSISTENZIALE**

La definizione del setting assistenziale viene fatta secondo una sequenza decisionale basata sulla presenza o meno delle condizioni dell'allegato A o B, sulla data dell'evento indice (eventi acuti recenti con buone probabilità di recupero indirizzano verso il setting intensivo, mentre eventi più distanti di 60 giorni indirizzano verso il setting estensivo), sulla condizione di cronicità con mancanza di assistenza che, a seconda della gravità indirizzano verso il setting RD3 o RD4.

Per il calcolo del setting, essendo l'algoritmo alquanto complesso, si rimanda al file Excel *Calcolo VMD* attualmente alla versione 1.5 e che verrà periodicamente aggiornato, scaricabile dal sito dell'ASUR /([www.asurmarche.it](http://www.asurmarche.it)). Si ritiene estremamente problematico un calcolo manuale che quindi non viene proposto.

Per completezza si ricorda che prendendo a riferimento i LEA, le quote a carico della sanità sono:

Disabili: 100% a carico della sanità nelle fasi intensive ed estensive (*rd1*) e nei casi di responsività minimale; 70% per i disabili gravi nei servizi residenziali e semiresidenziali (*rd3*); 40% nei servizi residenziali per disabili senza sostegno familiare (*rd4*).

Anziani: 100% a carico della sanità nelle fasi intensive ed estensive (*r1, r2, r2d*); 50% nella lungoassistenza residenziale e semiresidenziale (*r3/sr*); il documento della Commissione LEA specifica inoltre che «le prestazioni individuate con i codici r1, r2, r2d, sono riferibili alla erogazione di cure intensive o estensive ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività r3 sono convenzionalmente riferibili ad assistenza e terapie di mantenimento, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale».

Psichiatria: 100% a carico della sanità nei servizi residenziali e semiresidenziali (riferimento *PO 1998/2000*); 40% nelle strutture residenziali a bassa intensità assistenziale.

Infine all'interno delle **cure domiciliari** l'assistenza tutelare (trasversale ad ogni area) si ripartisce al 50% tra sanità e sociale.

Si ricorda che il codice SRD identifica le prestazioni erogate in Centri diurni a pazienti con prevalenti disturbi cognitivi e/o del comportamento. La scelta tra strutture RD o SRD si basa essenzialmente sull'esistenza o meno di un valido supporto familiare, la cui determinazione, date le molteplici variabili presenti, non può essere fatta in via automatica.

### **Unità Speciale Età evolutiva**

Nella valutazione del paziente ammissibile in USDGEE occorre tener presente che:

- Sono ammessi pazienti, al primo accesso di età inferiore ai 18 anni, affetti dalle principali patologie elencate nell'allegato B.

- Sono valorizzati percorsi in cui il ricovero in US faccia da ponte tra la rianimazione/reparto per acuti e il reinserimento domiciliare, permettendo la gestione degli aspetti assistenziali e di family learning al di fuori di un contesto ospedaliero.
- I requisiti clinici di gravità e stabilità delle condizioni vitali sono prioritari.
- L'accesso è previsto anche per sollievo e/o pronto intervento.

L'USDGEE extraospedaliera garantisce "l'assistenza alle persone per le quali non sia stato possibile organizzare il ritorno a domicilio e per le persone per le quali non sia prevedibile, per effetto di un trattamento riabilitativo intensivo, una modificazione significativa del quadro funzionale, motorio e cognitivo" (tratto dall'accordo contrattuale 2013 tra ASUR AV2 e FdG Centro Bignamini).

Per accessi successivi o per particolari situazioni cliniche/socio ambientali il criterio dell'età può essere non vincolante, a giudizio dell'Unità di valutazione, così come possono essere superati, previa valutazione dell'UVI distrettuale, i tempi massimi di ricovero (120 gg.).

Si ritiene necessario per l'appropriatezza del setting che il calcolo del punteggio assistenziale/riabilitativo complessivo debba essere superiore a 60 e debba essere barrata la casella con allegato B.

## Allegato A

1. sclerosi multipla;
2. distrofia muscolare;
3. sclerosi laterale amiotrofica;
4. malattia di Alzheimer;
5. patologie congenite su base genetica;
6. pazienti con gravi danni cerebrali o disturbi psichici;
7. pazienti pluriminorati anche sensoriali;
8. pazienti con Parkinson-demenza;
9. pazienti con Parkinson resistente alla terapia con gravi fenomeni on-off.

## Allegato B

Pazienti minori di 18 anni al primo accesso con:

1. amiotrofia spinale tipo I, II, III;
2. distrofie muscolari di Duchenne;
3. miopatie mitocondriali;
4. tetraparesi post traumatica;
5. displasia broncopolmonare;
6. fibrosi cistica;
7. gravi cerebropatie;
8. ipoventilazione centrale congenita (s. di Ondine);
9. stati di coma vegetativo persistente.