



# LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN RSA

Zani Michele  
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia  
Fond. Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS, Lumezzane (BS)

# LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE IN RSA

*Mercoledì 9 dicembre 2009*

14.30-15.30

Gestire la documentazione sanitaria e sociale: perché scrivere, quando scrivere, cosa scrivere, chi può scrivere, chi può leggere

15.30-16.30

Gli strumenti che ci aiutano ad aiutare: imparare a leggere le linee guida e a costruire un protocollo

16.30-18.00

La compilazione della scheda SOSIA

18.00-18.30

Discussione in plenaria

# COS'E' LA DOCUMENTAZIONE???

## DOCUMENTO:

- Ogni scritto rappresentativo di un fatto giuridicamente rilevante
- (Di lavoro) quelli che le parti di un rapporto di lavoro sono per legge obbligati ad avere
- Qualsiasi cosa che costituisce materiale di informazione o che può essere utile a documentare qualcosa

## DOCUMENTAZIONE

- Raccolta di informazioni, documenti e simili atti a documentare e documentarsi
- L'insieme dei dati, dei documenti e simili che servono a documentare qualcosa

# PUNTI DI RIFERIMENTO

## **1) LA CARTELLA CLINICA**

Manuale della cartella clinica.

Direzione Generale Sanità. Unità organizzativa: qualità e integrazione  
dei servizi sanitari - Regione Lombardia

1<sup>^</sup> edizione 2001 – 2<sup>^</sup> edizione 2007

# LA CARTELLA CLINICA

## American Hospital Medical Record Association

The medical record is the who, what, why, when and how of patient care during hospitalization

## Ministero della Sanità – 1992

Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero

## Codice di Deontologia Medica, 2006, art. 26

La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate

# LA CARTELLA CLINICA

## Guzzanti – Tripodi 1966

Il fascicolo nel quale si raccolgono i dati anamnestici e obiettivi riguardanti la persona ricoverata, quelli giornalieri sul decorso della malattia, i risultati ed infine la diagnosi della malattia che ha condotto una persona in ospedale

## Monza et al., 2005

Insieme di documenti in cui è registrato da medici e infermieri un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali e giuridiche) su un paziente, per rilevare ciò che lo riguarda in senso diagnostico e/o terapeutico, anche in tempi successivi per predisporre interventi sanitari, poterne fruire per indagini di natura scientifica, statistica, medico legale e per l'insegnamento

.....

Fascicolo che, per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato

# LA CARTELLA CLINICA: FUNZIONI

1. **Per l'utente:** fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate e garantire continuità assistenziale documentando lo stato di salute dell'assistito, i trattamenti effettuati i risultati conseguiti
2. **Sugli operatori:** tracciare le attività svolte per permettere di risalire ai responsabili, alla cronologia alle modalità di esecuzione
3. **Per l'equipe:** facilitare l'integrazione operativa dei diversi professionisti
4. **Per l'esterno:** costituire un a fonte di dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione dell'attività assistenziale, esigenze amministrative, gestionali e legali

# LA CARTELLA CLINICA: COME

1. Su supporto cartaceo o in modalità digitale
2. Utilizzo di una cartella modulare con una parte generale comune a tutte le unità operative e parti specifiche, funzionali e determinati ambiti
3. Su ogni modulo dovrebbe essere apposto il logo della struttura sanitaria
4. Per i fogli costitutivi dei diversi moduli è da predisporre numerazione di ogni facciata con riporsi di codice identificativo della cartella clinica e dati di identificazione del paziente e titolo del documento di cui sono parte



# LA CARTELLA CLINICA: REQUISITI

1. TRACCIABILITA'
2. CHIAREZZA
3. ACCURATEZZA E APPROPRIATEZZA
4. VERIDICITA'
5. ATTUALITA'
6. PERTINENZA
7. COMPLETEZZA

# LA CARTELLA CLINICA: TRACCIABILITA'

## Tracciabilità

Consiste nel tener traccia dei dati inerenti ad atti compiuti, decisioni adottate fatti riscontrati

## Rintracciabilità

Possibilità di conoscere quanto accaduto , anche a distanza di tempo, ricostruendo le attività e risalendo agli esecutori

*Nella moltitudine di dati che raccogliamo ogni giorno e di atti posti in essere nel corso di un ricovero quali sono meritevoli di traccia???*

Implicazioni sulla salute dell'assistito, responsabilità degli operatori

# LA CARTELLA CLINICA: TRACCIABILITA'

## Come annotare?

- ✓ Mezzi di registrazione indelebili (*mai lapis*)
- ✓ Data e preferibilmente ora/minuti
- ✓ Identità degli autori, con loro denominazione chiaramente leggibile (anche mediante timbro), firma o sigla

# LA CARTELLA CLINICA: TRACCIABILITA'

## E se sbaglio a scrivere?

Principio:

Ogni scritta di cartella acquisisce il carattere di definitività ed esce dalla disponibilità del suo autore nel momento in cui viene completata.

In caso di errore:

*Non si può* utilizzare la gomma o i correttori

*Si deve* tracciare una riga sulla scritta errata, in modo che essa risulti leggibile e procedere con la scritta corretta

# LA CARTELLA CLINICA: CHIAREZZA

La chiarezza riguarda sia la grafia sia l'esposizione. Il testo deve essere facilmente leggibile dagli operatori che utilizzano la cartella, senza ingenerare incertezze.

L'esposizione non deve dare adito a interpretazioni difformi.

# LA CARTELLA CLINICA: ACCURATEZZA E APPROPRIATEZZA

Le descrizioni dovrebbero conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente. Laddove possibile, si consiglia di riferire innanzitutto i dati oggettivamente apprezzabili e a seguire, deduzioni e considerazioni.

## Considerazione

*Contrariamente a diffusa opinione, secondo la quale meno si scrive e meno ci si compromette, la Corte di Cassazione ha in più occasioni affermato che una imperfetta compilazione di cartella clinica costituisce inadempimento*

# LA CARTELLA CLINICA: VERIDICITA'

Dati riguardanti elementi oggettivi (segni clinici, indici biologici, attività eseguite ecc.) devono essere riportati secondo verità

# LA CARTELLA CLINICA: ATTUALITA'

Gli eventi devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediato seguito.



# LA CARTELLA CLINICA: PERTINENZA

I dati riportati in documentazione sanitaria devono essere pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati

# LA CARTELLA CLINICA: COMPLETEZZA

La cartella clinica è completa quando in essa risultano presenti tutti i documenti costitutivi suoi propri.

Ogni struttura di ricovero dovrebbe adottare procedure per controllare la completezza della cartella sia durante il ricovero sia al termine dello stesso; a tal fine può essere utile approntare un elenco di tutti i documenti che dovrebbero esservi presenti

# LA CARTELLA CLINICA: CHI PUO' SCRIVERE?

1. I *professionisti sanitari* che, nel rispetto delle competenze loro proprie, siano chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni a favore dello stesso
2. Ulteriori *figure* (ass. sociali, personale amministrativo, operatori) *di supporto*, compatibilmente con le attribuzioni loro conferite
3. *Personale in formazione* se consentito dalla disciplina di settore

# LA CARTELLA CLINICA: CHI PUO' LEGGERE?

Consultazione: presa di coscienza di elementi di contenuto della cartella al fine di tutelare la salute dell'assistito, di formarsi, di dirigere verifiche interne o esterne

*La consultazione di documenti contenenti dati sensibili deve avvenire nel rigoroso rispetto del principio di indispensabilità.*

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: EVOLUZIONE

## PRIMA DELLA LEGGE 42/99

Gli infermieri esercitavano una “professione sanitaria ausiliaria” e strutturavano una documentazione considerata come “atto pubblico in senso lato” e quindi utilizzabile come mero elemento facoltativo per la ricostruzione di fatti in un processo civile

## DOPO LA LEGGE 42/99

La documentazione medica (cartella medica) e la documentazione infermieristica (cartella infermieristica) integrano il documento definito “cartella clinica” (= documento di valore legale che contiene tutta l’evoluzione della situazione clinico assistenziale di una persona dal ricovero alla dimissione)

“I quaderni de l’infermiere. L’infermiere. Numero 1 / 2009”

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: EVOLUZIONE

## CODICE DEONTOLOGICO 2009

“L’infermiere riconosce il valore dell’informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l’assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita”

“L’infermiere assicura e tutela la riservatezza del trattamento dei dati relativi all’assistito. Nella raccolta, la gestione e nel passaggio di dati si limita a ciò che è attinente all’assistenza”

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi”

“I quaderni de l’infermiere. L’infermiere. Numero 1 / 2009”

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: PERCHE'?

Documentare: porre le basi per comprendere al meglio i bisogni assistenziali della persona, anche e soprattutto per consentire a tutti gli operatori di realizzare in modo completo le attività di competenza, assumendo le decisioni più opportune per l'assistito.

Ma anche: raccogliere informazioni che ai vari livelli di responsabilità sono indispensabili per attuare un a corretta gestione e organizzazione dell'assistenza.

Registrare: certificare quanto fatto, consentire la valutazione dell'operato, sia ai fini dell'organizzazione interna, sia ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza. Assicura il mantenimento degli standard di assistenza nell'avvicinarsi degli operatori e nei momenti di dimissione/trasferimento della persona assistita, oltre a garantire la trasmissione e lo sviluppo delle competenze

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: QUALI DATI?

Non tutti i dati sono soggetti a registrazione ...

*I dati sono espressione delle funzioni indicate nel profilo professionale e la documentazione varierà in relazione al setting nel quale opera l'infermiere.*

Scrivere ciò che è necessario, non ciò che è superfluo che spesso fa perdere tempo e confonde!



# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: ELEMENTI FONDAMENTALI

Fasi del processo di assistenza	Principali strumenti o attività	Elementi/ contenuto (da registrare)
Raccolta dati	Scheda di accertamento Strumenti di valutazione	Dati generali relativi all'identificazione della persona alla modalità di presa in carico e alla patologia
Identificazione dei bisogni di assistenza	Schede piano standard Piano individualizzato Schede per problemi	Bisogni di assistenza infermieristica, diagnosi infermieristica / problemi collaborativi
Definizione degli obiettivi e pianificazione		Obiettivo (soggetto, azione, condizione, tempo) Prescrizione infermieristica (verbo, azione, frequenza)
Attuazione/registrazione	Diario infermieristico Schede tecniche/accessorie per gestire in modo uniforme un a stessa tipologia di interventi od osservazioni Schede per le procedure terapeutiche e diagnostiche Protocolli e procedure	Effettiva realizzazione degli interventi assistenziali , valutazione in progress dei problemi del paziente e relative modificazioni Effettuazione di trattamenti diagnostici e terapeutici Ogni registrazione va firmata, indicando la data e l'ora, la firma è siglabile
Valutazione	Schede di dimissione/trasferimento	Risultati ottenuti riferiti all'obiettivo o agli obiettivi prefissati/scostamenti La valutazione continua si riporta nell'attuazione (diari infermieristico)

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: REQUISITI SOSTANZIALI

1. LA VERIDICITA'
2. LA COMPLETEZZA E LA PRECISIONE
3. LA CHIAREZZA E LA COMPRESIBILITA'
4. LA TEMPESTIVITA'

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: CORRETTEZZA DELLA COMPILAZIONE

## I FATTI INDICATI DEVONO RISPONDERE AL VERO

1. Non inserire opinioni personali
2. Riportare i fatti, se si riferiscono osservazioni del paziente esplicitare che sono del paziente (es. il paziente riferisce “ho dolore”)
3. Meglio inserire eventuale dissenso del paziente alle cure o non collaborazione o altre frasi rilevanti tra virgolette
4. In caso di segnalazioni di incidenti o eventi avversi inserire l'accaduto e gli esiti per l'assistito senza inserire giustificazioni
5. Scrivere quanto messo in atto, riportando anche, se necessario e possibile, le reazioni della persona
6. Scrivere solo quello che si è messo in atto personalmente
7. Non sostituirsi ad altri, rispetto degli ambiti di competenza
8. Se si è in dissenso con una indicazione clinica, rileggere bene tutta la documentazione e eventualmente registrare il proprio dissenso e l'eventuale rationale, senza commenti o giustificazioni

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: CORRETTEZZA DELLA COMPILAZIONE

## CONTESTUALITA'

Riportare sempre data e ora dell'accertamento, delle annotazioni e rilevazioni:

1. Se costretti a posticipare le annotazioni, evidenziare l'orario dei diversi momenti
2. Scrivere le prestazioni via via che si eseguono, senza rimandare a un momento successivo

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: CORRETTEZZA DELLA COMPILAZIONE

## COMPLETA E CORRETTA IN TERMINI DI ORDINE LOGICO E CRONOLOGICO

1. Scrivere nome e cognome di chi procede alle annotazioni
2. Indicare il luogo in cui si svolgono determinati accertamenti
3. Riportare non solo i sintomi evidenti, ma anche ciò che il paziente non presenta
4. Precisare la fonte delle informazioni raccolte
5. Allegare protocolli e procedure utilizzati
6. Se si riportano decisioni mediche, indicare il nome del medico

# LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN RSA



# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

## LE LINEE GUIDA

Raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere sanitari e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

(Institute of Medicine, Guidelines for clinical practice: from development to use, National Academy Press, Washington, 1992)

# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

DALL'EBN... ALL'EBP

Dall'EBN a ... un attento, intenzionale, giudizioso uso delle migliori evidenze disponibili per prendere decisioni sul paziente ...

Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson - 1996



# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

## IL PROTOCOLLO

Schema di comportamento diagnostico terapeutico predefinito

Strumento informativo che definisce un modello formalizzato di  
comportamento professionale

# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

## IL PROTOCOLLO: LE DIFFICOLTÀ

Di seguito alcune possibili difficoltà nella implementazione delle linee guida:

- Inerzia al cambiamento
- Arretratezza culturale: enfasi sulla “libertà del professionista di scegliere” più che sul “diritto del paziente di ricevere cure adeguate”
- Inadeguatezza delle linee guida
- Inadeguatezza delle strategie di implementazione
- Assenza di sistemi di verifica

# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

## IL PROTOCOLLO: LE FINALITA'

- ✓ Migliorare l'assistenza infermieristica
- ✓ Assicurare alle persone assistite interventi basati sulla più recente evidenza scientifica
- ✓ Integrare ed uniformare i comportamenti assistenziali
- ✓ Coinvolgimento/confronto/motivazione degli operatori
- ✓ Documentare la responsabilità degli infermieri e degli altri operatori
- ✓ Tutelare il personale (responsabilità condivisa)
- ✓ Semplificare le registrazioni
- ✓ Presidiare l'elevata variabilità di esecuzione delle procedure e l'elevata interdipendenza professionale che talune richiedono
- ✓ Favorire la valutazione delle pratiche assistenziali
- ✓ Ridurre gli errori

# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

## IL PROTOCOLLO: ELEMENTI FONDAMENTALI

- ✓ Titolo
- ✓ Obiettivo
- ✓ Materiale occorrente in successione d'uso
- ✓ Attribuzione delle funzioni
- ✓ Preparazione ambiente – operatori – paziente
- ✓ Azioni da effettuare (sequenza, motivazioni)
- ✓ Indicazioni delle possibili eccezioni
- ✓ Complicanze possibili a relative azioni
- ✓ Smaltimento del materiale
- ✓ Bibliografia
- ✓ Data di stesura, valutazione e revisione
- ✓ Indicazioni di coloro che hanno steso il protocollo
- ✓ Firma per validazione del responsabile

# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

## LA PROCEDURA

Rappresenta la dettagliata descrizione cronologica degli atti da compiere per eseguire determinate attività infermieristiche

# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

## INTEGRARE

Utilizzo delle migliori evidenze scientifiche disponibili

+

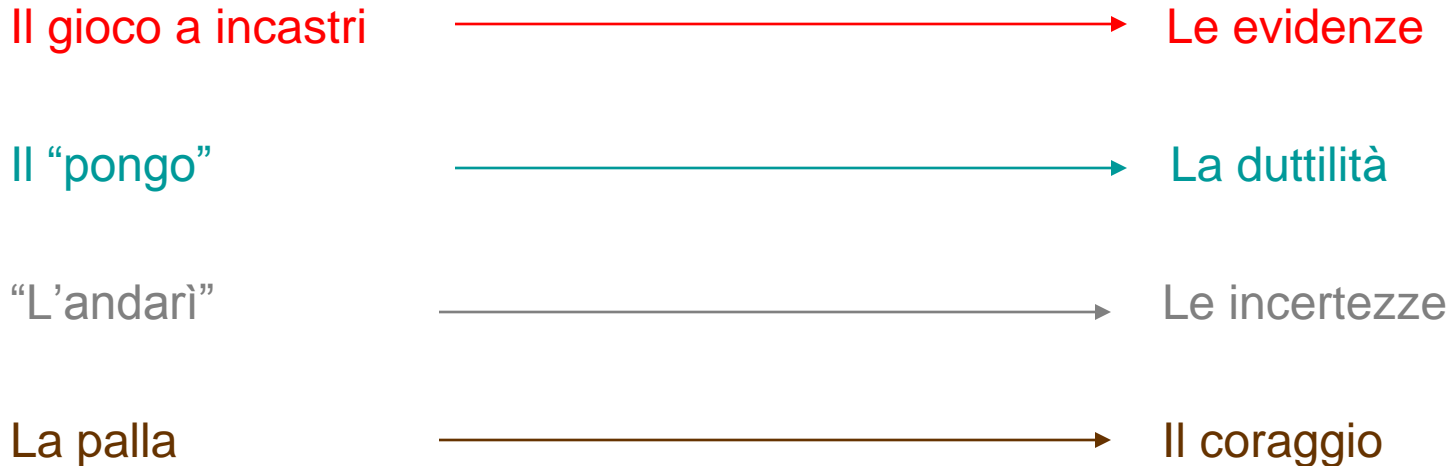
Esperienza professionale

+

Preferenze del paziente

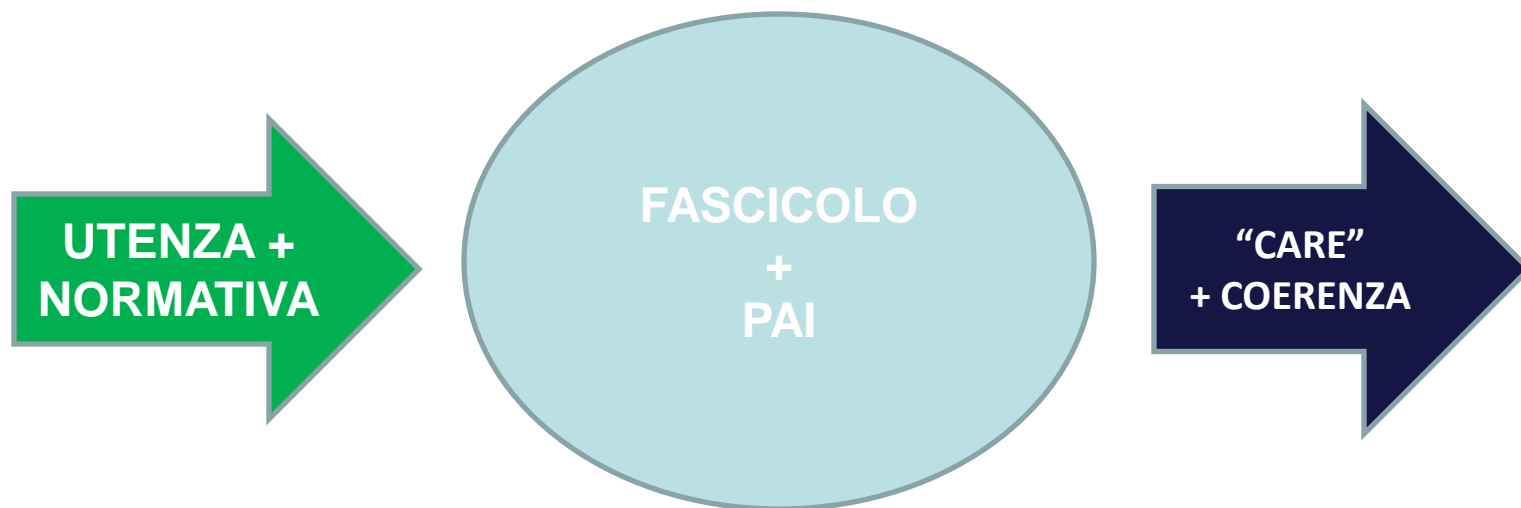
# GLI STRUMENTI CHE CI AIUTANO AD AIUTARE

## IL "GIOCO" DELL'ASSISTENZA



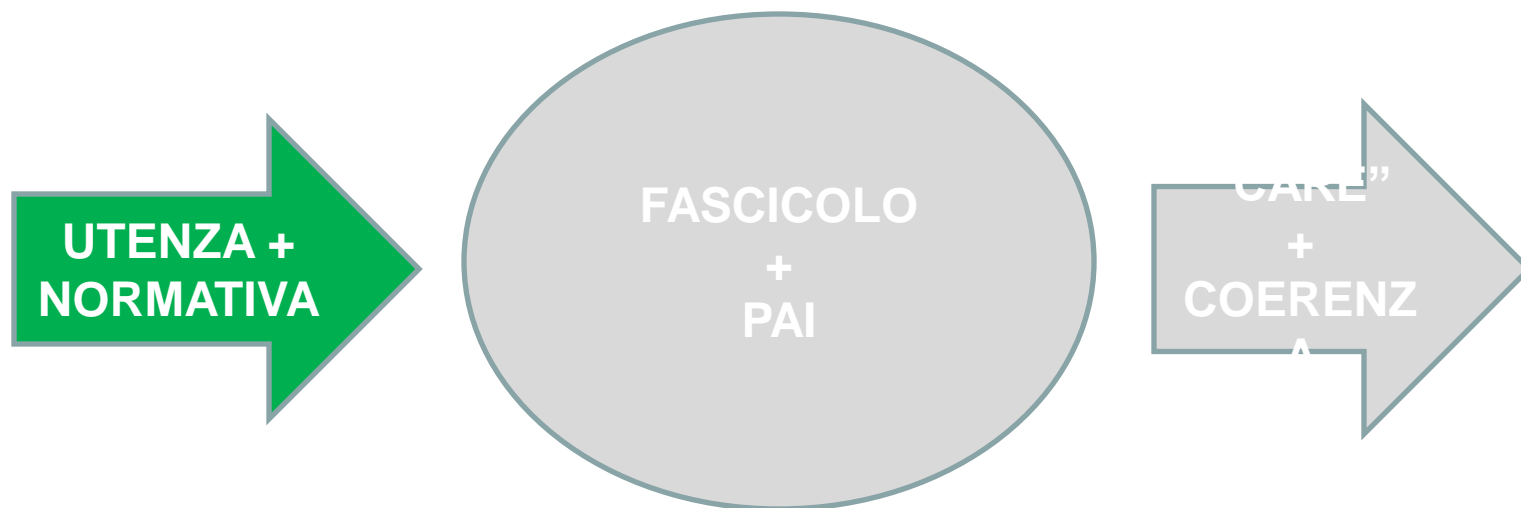
# LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA SOSIA

“LA RETTA VIA”





# LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA SOSIA



# L'UTENZA: UNO STUDIO

## L'EVOLUZIONE

Le RSA, in un periodo di tempo relativamente breve, sono state chiamate ad affrontare processi di riorganizzazione per rispondere ad una richiesta crescente non solo di tipo socio assistenziale ma anche di tipo sanitario.

La tipologia di utenti assistiti in RSA si è infatti nel tempo notevolmente modificata con la tendenza ad un aumento dell'età media e della complessità clinica degli ospiti, spesso portatori di pluripatologie ed affetti da disabilità funzionali.

S. Domenighini, J.P. Ramponi, G. Orizio, U. Gelati “Evoluzione dell'utenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale lombarda dal 2005 al 2007” – *G Gerontol* 2008; 56:597-604.

# L'UTENZA: UNO STUDIO

2005-2007

1. Prevalenza di anziani nell'ottava decade di vita e assenza di ultracentenari negli ultimi 2 anni di studio
2. Indice di rotazione degli ospiti si attesta, nel triennio, al 48% circa con un notevole cambiamento rispetto agli anni 2001/2002 in cui si posizionava intorno al 16%
3. Saturazione posti letto 99,2%
4. Tasso di ospedalizzazione media 3% annuo nel triennio
5. Aumento degli eventi acuti statisticamente significativo

S. Domenighini, J.P. Ramponi, G. Orizio, U. Gelati "Evoluzione dell'utenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale lombarda dal 2005 al 2007"  
– *G Gerontol* 2008; 56:597-604.

# L'UTENZA: UNO STUDIO

## SOSIA 2005-2007

Maggior rappresentazione delle classi 3 e NAT seguite dalle classi 1, 7, 4, 2.

Andamento: classe 3 dal 24,8% del 2005 al 38,2% del 2007 \*  
classe 4 dall'1,4% del 2005 al 7,6% del 2007\*  
classe 1 dal 9,7% del 2005 al 12,7% del 2007°  
classe 2 dal 4,1% del 2005 al 20,4% del 2007°

\* statisticamente significativo

° non statisticamente significativo

*S. Domenighini, J.P. Ramponi, G. Orizio, U. Gelati "Evoluzione dell'utenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale lombarda dal 2005 al 2007" – G Gerontol 2008; 56:597-604.*

# L'UTENZA: UNO STUDIO

## CONCLUSIONI 1

Aumento degli utenti classificati nelle prime 4 classi SOSIA che rappresentano, nel 2007, il 63,7% della popolazione residente e, sommati agli utenti NAT, raggiungono l'84,1%.

Questo andamento può indicare la tendenza a ricoverare in RSA i pazienti più gravi che hanno bisogno di una maggiore assistenza non solo socio-assistenziale ma anche sanitaria

S. Domenighini, J.P. Ramponi, G. Orizio, U. Gelati “Evoluzione dell'utenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale lombarda dal 2005 al 2007” – *G Gerontol* 2008; 56:597-604.

# L'UTENZA: UNO STUDIO

## CONCLUSIONI 2

Leggera diminuzione dell'indice di comorbidità per patologia cronica degli utenti che passa da 8,5 a 7,9 patologie croniche in media. Diminuzione delle patologie a carico dell'apparato cardiovascolare e di quelle a carico dell'apparato neurologico associate a disturbi del comportamento. Tra le patologie croniche cardiovascolari si è assistito ad un aumento della percentuale della cardiopatia ischemica e ad una diminuzione delle aritmie; tra le patologie neurologiche con disturbi del comportamento si osserva invece un incremento percentuale dei casi di malattia di Alzheimer. Aumento anche della BPCO.

L'analisi consente di affermare che gli anziani in RSA continuano a presentare un alto indice di comorbidità con un aumento percentuale di alcune patologie croniche pesantemente debilitanti e invalidanti, quali la malattia di Alzheimer.

S. Domenighini, J.P. Ramponi, G. Orizio, U. Gelati "Evoluzione dell'utenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale lombarda dal 2005 al 2007" – *G Gerontol* 2008; 56:597-604.

# L'UTENZA: UNO STUDIO

## CONCLUSIONI 3

Leggero aumento del numero medio di eventi acuti per soggetto, che passa da 0,5 a 0,8. La distribuzione degli eventi acuti nelle classi SOSIA mostra un aumento del numero medio di eventi acuti per soggetti delle classi 3,7 e 8.

S. Domenighini, J.P. Ramponi, G. Orizio, U. Gelati “Evoluzione dell’utenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale lombarda dal 2005 al 2007” – *G Gerontol* 2008; 56:597-604.

# L'UTENZA: RIFLESSIONI

RICOVERO DI PAZIENTI PIÙ GRAVI

+

AUMENTO DEGLI EVENTI ACUTI

+

AUMENTO DI PATOLOGIE INVALIDANTI E DEBILITANTI

=

PIÙ ACCURATEZZA E SPECIFICITÀ NELLA VALUTAZIONE

+

RAPIDITÀ NELLA STESURA DEI PROGETTI

CON FACILITÀ NELLA MODULAZIONE DEGLI OBIETTIVI

+

MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA A TUTTI I LIVELLI DELLA  
CONDIZIONE CLINICO ASSISTENZIALE DEI PAZIENTI



# LA SOSIA: COSA CI CHIEDE?

Richiesto un debito informativo relativo a:

1. Dati anagrafici
2. Dati variabili o sanitari
3. Dati amministrativi/assenze

LA NORMATIVA

*Regione Lombardia – Famiglia e Solidarietà Sociale – Sistema Informativo socio sanitario e socioassistenziale*

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## SUDDIVISA IN SEI PARTI

LA NORMATIVA

1. informazioni sul ricovero
2. indicatore mobilità
3. indicatore cognitività
4. indicatore comorbilità e diagnosi
5. indicatore: profili di gravità
6. indicatore: ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## INDIACATORE DI MOBILITÀ

Gli indicatori derivano dal Barthel Index Modificato\* e precisamente da 5 item dello strumento:

1. trasferimento letto sedia
2. deambulazione
3. locomozione su sedia a rotelle
4. igiene personale
5. Alimentazione

\* S. Shah, F. Vanclay, B. Cooper, *Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation, in Journal Clinical Epidemiology*, 1989;42:703-9)

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Barthel Index Modificato

LA NORMATIVA

È uno dei principali e più utilizzati strumenti di valutazione delle ADL. Valuta le capacità del paziente di portare a termine da solo una serie di attività. Di facile utilizzo e con buona sensibilità si dimostra efficace per la descrizione, la valutazione e il monitoraggio delle abilità che analizza.

Attenzione: analizza ciò che il soggetto fa e non ciò che potrebbe fare.

Esaminatore: infermiere, medico, fisioterapista, assistente sociale, operatore socio sanitario adeguatamente preparato.

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Indicatore Mobilità 1: Trasferimento letto sedia (SOSIA\_44)

LA NORMATIVA

CODICE	SIGNIFICATO	B.I.
1	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico	0
2	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona	3
3	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona	8
4	Occorre una persona per garantire sicurezza e/o infondere fiducia	12
5	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento	15

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Indicatore Mobilità 2: Deambulazione (SOSIA\_45)

LA NORMATIVA

CODICE	SIGNIFICATO	B.I.
1	Dipendenza rispetto alla locomozione	0
2	Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione	3
3	Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili	8
4	Paziente autonomo nella deambulazione, ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto	12
5	Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione	15

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

Tabella 7 Indicatore Mobilità 3: Locomozione su sedia a rotelle  
(SOSIA\_46)

CODICE	SIGNIFICATO	B.I.
1	Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione	0
2	Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano	1
3	Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.	3
4	Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi	4
5	Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri	5

LA NORMATIVA

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Indicatore Igiene personale (SOSIA\_47)

CODICE	SIGNIFICATO	B.I.
1	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista	0
2	È necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale	1
3	È necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale	3
4	È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire	4
5	Totale indipendenza	5

LA NORMATIVA



# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Indicatore Alimentazione (SOSIA\_48)

CODICE	SIGNIFICATO	B.I.
1	Paziente totalmente dipendente, va imboccato	0
2	Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva	2
3	Riesce ad alimentarsi sotto supervisione – l'assistenza è limitata ai gesti più complicati	5
4	Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile	8
5	Totale indipendenza nel mangiare. Totale indipendenza	10

LA NORMATIVA

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## INDIACATORE DI COGNITIVITÀ

Gli indicatori derivano dalla Gottfries-Brane-Steel\* scale (e precisamente da 3 item dello strumento:

1. confusione
2. irritabilità
3. Irrequietezza

\* *Gottfries CG., Brane G, Gullberg B Steen: A new rating scale for dementia syndromes. Arch. Gerontol Geriatric 1982;1:311-330*

\* *G. Bråne<sup>A1</sup>, C.G. Gottfries<sup>A1</sup>, B. Winblad<sup>A2</sup>, The Gottfries-Bråne-Stein Scale: Validity, Reliability and Application in Anti-Dementia Drug Trials, Dement Geriatr Cogn Disord 2001;12(1).*

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Gottfries-Brane-Steel scale

LA NORMATIVA

È uno strumento di valutazione complessivo per la valutazione dei sintomi della demenza che si basa su una intervista semi-strutturata e l'osservazione.

Costruita nel 1978 e pubblicata nel 1982 ha come scopi:

1. Valutare le funzioni globali del paziente con demenza
2. Valutare la disabilità intellettuali, emotive e sulle ADL nel paziente con demenza
3. Monitorare i comportamenti e/o i sintomi neuropsichiatrici comunemente presenti nei pazienti con demenza
4. Studiare i cambiamenti dei sintomi in pazienti con demenza e monitorare gli effetti del trattamento
5. Aiutare i caregiver

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Gottfries-Brane-Steel scale

È composta da sottoscale che misurano:

1. le funzioni intellettive (12 items)
2. le funzioni emotive (3 items)
3. le attività di base della vita quotidiana (6 items).

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Gottfries-Brane-Steel scale

### Funzioni emotive:

1. Funzioni emotive
2. Labilità emotiva
3. Motivazione

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Gottfries-Brane-Steel scale

### ADL:

1. Vestirsi
2. Mangiare
3. Attività fisica
4. Attività fisica spontanea
5. Igiene personale
6. Continenza urinaria e fecale

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Gottfries-Brane-Steel scale

### Funzioni intellettive:

1. Orientamento della persona
2. Orientamento nel tempo
3. Orientamento nello spazio
4. Memoria recente
5. Memoria remota
6. Insonnia
7. Concentrazione
8. Abilità a aumentare il tempo
9. Assenza
10. Prolissità
11. Distraibilità
12. Disturbi del linguaggio

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Gottfries-Brane-Steel scale

### Sintomi comuni della demenza:

1. Confusione
2. Irritabilità
3. Ansia
4. Panico
5. Depressione
6. Agitazione, inquietudine



# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Indicatore Cognitività e comportamento 1: Confusione-(stato mentale) (SOSIA\_49)

CODICE	SIGNIFICATO	G.B.S.
1	Paziente completamente confuso – comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata	6
2	È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe	4
3	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo	2
4	È perfettamente lucido	0

LA NORMATIVA

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Indicatore Cognitività e comportamento 2: Irritabilità (stato relazionale) (SOSIA\_50)

LA NORMATIVA

CODICE	SIGNIFICATO	G.B.S.
1	Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	6
2	Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare	4
3	Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete	2
4	Non mostra segni di irritabilità ed è calmo	0

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Indicatore Cognitività e comportamento 3:Irrequietezza (stato Comportamentale)

(SOSIA\_51)

CODICE	SIGNIFICATO	G.B.S.
1	Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo	6
2	Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti	4
3	Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti	2
4	Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità	0

LA NORMATIVA

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## INDIACATORE DI COMORBILITÀ E DIANGOSI

Gli indicatori derivano dalla CIRS Cumulative Illness rating Scale (*Parmelee PA et al. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-7*)

LA NORMATIVA

1	Assente	nessuna compromissione di organo/sistema
2	Lieve	la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3	Moderato	la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
4	Grave	la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi non può essere buona (es. carcinoma non operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5	Gravissimo	la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

## Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

LA NORMATIVA

Indicatore di stato di salute globale, è stata validata in un'ampia popolazione di pazienti anziani istituzionalizzati. Richiede che il medico definisca la severità clinica e funzionale di 14 categorie di patologie di più frequente riscontro.

Si ottengono 2 indici: l'indice di severità che deriva dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie, e l'indice di comorbidità che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3.

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

LA NORMATIVA

VALORE		INDICATORE COMORBILITÀ	CIRS	
1	2	CARDIACA (SOSIA 52)	1-2	3-4-5
1	2	IPERTENSIONE (SOSIA 56)	1-2	3-4-5
1	2	VASCOLARI (SOSIA 60)	1-2	3-4-5
1	2	RESPIRATORIE (SOSIA 64)	1-2	3-4-5
1	2	OONGL (SOSIA 68)	1-2	3-4-5
1	2	APPARATO G.I. SUPERIORE (SOSIA 72)	1-2	3-4-5
1	2	APPARATO G.I. INFERIORE (SOSIA 76)	1-2	3-4-5
1	2	EPATICHE (SOSIA 80)	1-2	3-4-5
1	2	RENALI (SOSIA 84)	1-2	3-4-5
1	2	GENITO URINARIE (SOSIA 88)	1-2	3-4-5
1	2	SIST. MUSCOLO SCELETRICO – CUTE (SOSIA 92)	1-2	3-4-5
1	2	S.N.P. (SOSIA 96)	1-2	3-4-5
1	2	ENDOCRINE METABOLICHE (SOSIA 100)	1-2	3-4-5
1	2	PSICHIATRICO COMPORTAMENTALE (SOSIA 104)	1-2	3-4-5

# LA SOSIA: DATI VARIABILI O SANITARI

Descrizione altri dati di rilevamento:

1. Lesioni da decubito
2. Catetere urinario
3. Cadute (numero di cadute)
4. Contenzione permanente
5. Ausili per il movimento
6. Gestione incontinenza
7. Gestione diabete
8. Alimentazione artificiale
9. Insufficienza respiratoria
10. Dialisi

# SOSIA E COMPLESSITÀ INFERMIERISTICA

## OBIETTIVO DELLO STUDIO

Valutare se l'introduzione della SOSIA potesse rappresentare per gli infermieri un'opportunità per rendere evidente la complessità dell'assistenza infermieristica.

## CONCLUSIONI

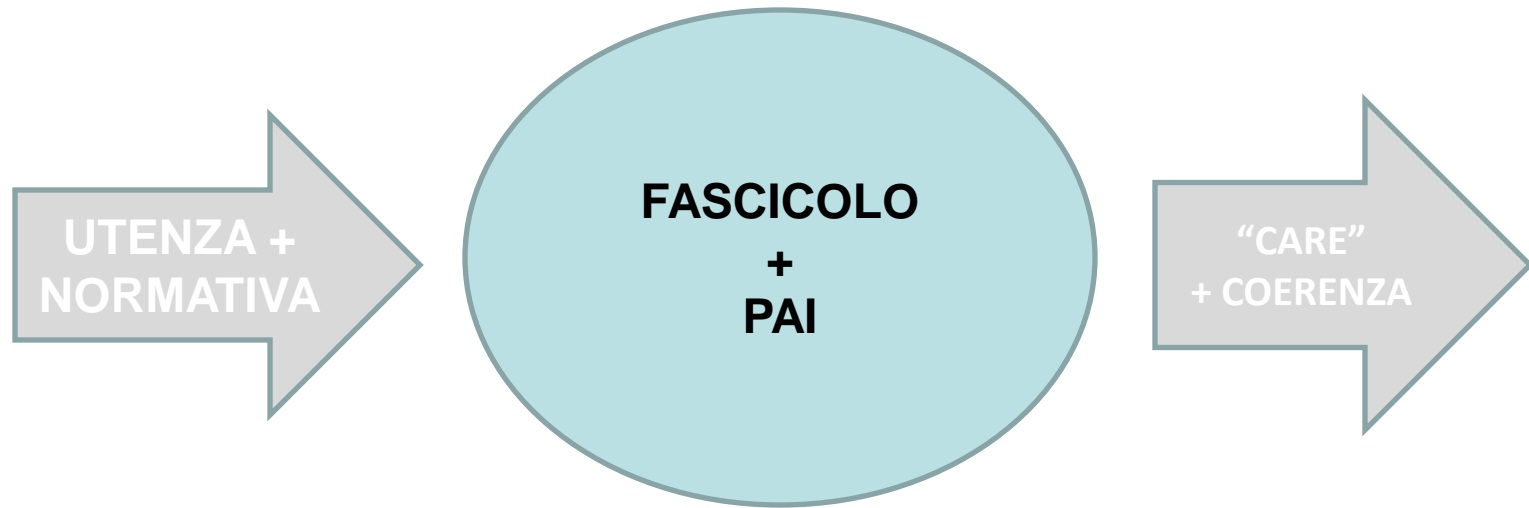
La SOSIA non rappresenta un'opportunità per gli infermieri in quanto non in grado di rappresentare in modo accurato il livello di complessità assistenziale degli ospiti delle RSA.

## ATTENZIONE ALLE FINALITÀ DEGLI STRUMENTI!!!!!!

*La valutazione della complessità dell'assistenza infermieristica nelle residenze sanitarie della Regione Lombardia: opportunità e limiti della SOSIA – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria – Gianluca Gazzola*



# QUALE OBIETTIVO?



# QUALI STRUMENTI ADOTTARE?

## Strumenti di valutazione:

Batteria base di strumenti di valutazione: Barthel Index, CIRS, Gottfries-Brane-Steel scale, Indice di Braden, MMSE, Tinetti, (+...)

## Strumenti di registrazione:

Lesioni da decubito, catetere vescicale, cadute, scheda contenzione, ausili per il movimento, alimentazione artificiale

## Strumenti di progettazione:

PAI “iniziale”

PAI “completo”

# UN PICCOLO MESSAGGIO

## "I Doveri dell'Uomo"

di Giuseppe Mazzini

La Famiglia è la Patria del cuore. (...)

(...) La Famiglia ha in sé un elemento di bene raro a trovarsi altrove, la durata. Gli affetti, in essa, vi si stendono intorno lenti, inavvertiti, ma tenaci e durevoli come l'edera intorno alla pianta: vi seguono d'ora in ora, s'immedesimano taciti colla vostra vita. Voi spesso non li discernete, poiché fanno parte di voi; ma quando li perdetevi, sentite come se un non so che d'intimo, di necessario al vivere vi mancasse. Voi errate irrequieti e a disagio: potete ancora procacciarvi brevi gioie o conforti; non il conforto supremo, la calma, la calma dell'onda del lago, la calma del sonno della fiducia, del sonno che il bambino dorme sul seno materno. (...)

(...) Abbiate dunque, o miei fratelli, sì come santa la Famiglia. *Abbiatela come condizione inseparabile della vita, e respingete ogni assalto che potesse venirle mosso da uomini imbevuti di false e brutali filosofie o da incauti che, irritati nel vederla sovente nido d'egoismo e di spirito di casta, credono, come il barbaro, che il rimedio al male stia per sopprimerla.*