

interRAI PALLIATIVE CARE (RAI - PC)©
 [Condizione negli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

SEZIONE A. Informazioni generali		
1. NOME DELLA PERSONA UTENTE		
B Giovanni		
2. SESSO		
1. Maschio	2. Femmina	1
3. DATA DI NASCITA		
22/04/1944		
4. STATO CIVILE		
1. Celibe/Nubile 2. Coniugato 3. Convivente/Partner stabile 4. Vedovo 5. Separato 6. Divorziato		
5. NUMERO DELLA CARTELLA		
1		
8. MOTIVO DELLA VALUTAZIONE		
1. Valutazione iniziale 2. Rivalutazione di routine 3. Rivalutazione al rientro 4. Rivalutazione per significativo cambiamento delle condizioni della pers. utente 5. Valutazione alla dimissione (considerare gli ultimi 3 giorni di presa in carico) 6. Registrazione di dimissione 7. Altro (es. a scopo di ricerca)		
		1
9. TIPO DI PROGRAMMA PALLIATIVO		
1. Hospice 2. Unità/letti di cure palliative 3. Cure palliative domiciliari 4. Ambulatorio di cure palliative 5. Altro (specificare)		
		3
10. MALATTIE		
1. Diagnosi principale dell'attuale ricovero 2. Altra diagnosi per cui riceve trattamento attivo 3. Altra diagnosi per cui è monitorato ma senza trattamento attivo		
Diagnosi	Cod ICD-9	Cod
11. OBIETTIVI DI CURA ESPRESSI DALLA PERSONA UTENTE		

12. PROGnosi		
a. Tempo di vita stimato		
1. Morte imminente (entro pochi giorni)		
2. Meno di sei settimane		
3. 6 settimane o più, però meno di 6 mesi		
4. 6 mesi o più		
		3
b. Consapevolezza manifesta di essere terminale con meno di 6 mesi di vita		
1. No o non applicabile		
2. Sì		
		1
13. DATA DI RIFERIMENTO DELLA VALUTAZIONE		
25/09/2015		
14. INDIRIZZO		
MILANO - (MI)		
15. DOVE VIVE LA PERSONA UTENTE AL MOMENTO DELLA SEGNALAZIONE		
1. Casa di proprietà o in affitto 2. Casa privata con uso di servizi territoriali/comunità alloggio 3. Casa protetta 4. Casa per malati psichiatrici 5. Casa per disabili 6. Strutture per persone con deficit cognitivi 7. Ospedale psichiatrico 8. Senzatetto 9. RSA 10. Unità riabilitativa 11. Hospice/unità di cure palliative 12. Ospedale per acuti 13. Carcere 14. Altro		
		1
16. CON CHI VIVE LA PERSONA UTENTE AL MOMENTO DELLA SEGNALAZIONE		
1. Da solo 2. Con il coniuge/partner stabile 3. Con il coniuge/partner ed altri 4. Con figlio/i ma non con il coniuge/partner 5. Con genitore/i o tutore legale 6. Con fratelli/sorelle 7. Con altri parenti 8. Con altre persone, non parenti		
		2
17. RICOVERO OSPEDALIERO PIU' RECENTE		
<i>Indicare il più recente ricovero ospedaliero negli ultimi 90 giorni:</i>		
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		
		0
18. DATA DI COMPLETAMENTO DELLA VALUTAZIONE		
25/09/2015		

SEZIONE B. Dati personali al momento della presa in carico (NOTA: da completare solo alla valutazione iniziale)	
1. DATA DI INIZIO DEL PROGRAMMA	
2. ETNIA	
f. Caucasica d. Africana c. Asiatica a. Ispanica	
	f
3. LINGUA	
Italiano	

interRAI PALLIATIVE CARE (RAI - PC)©
 [Condizione negli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

SEZIONE C. Condizioni di salute

1. DOLORE	
<i>[Nota – indagare sempre circa la presenza, l'intensità e il controllo del dolore; osservare la persona utente e chiedere a coloro che lo assistono]</i>	
a. Frequenza con cui la persona utente lamenta o mostra segni di dolore (includendo smorfie, digrignare i denti, lamenti, reazioni di difesa quando toccato o altri segni non verbali che suggeriscono dolore):	2
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)	2
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	2
0. Assenza di dolore 1. Un singolo episodio in 3 giorni 2. Intermittente non ciclico 3. Persistente	
d. Dolore intercorrente (alcune volte negli ultimi 3 giorni la persona utente ha sperimentato un improvviso, imprevedibile riacutizzarsi del dolore)	Sì
0. No 1. Sì	
e. Nuove localizzazione dolorose o peggioramento del dolore negli ultimi tre giorni	Sì
0. No 1. Sì	
f. Presentazione del dolore	3
0. No dolore 1. Col movimento 2. A riposo 3. In entrambi i casi	
g. Controllo del dolore <i>Efficacia del trattamento farmacologico nel controllo del dolore (dal punto di vista della persona utente)</i>	2
0. Nessun problema di dolore 1. Intensità del dolore accettabile per la persona utente; non necessari cambi nel regime terapeutico 2. Controllato adeguatamente dal trattamento in corso 3. Controllato quando il regime farmacologico viene seguito, anche se le indicazioni non sono sempre seguite 4. Regime terapeutico seguito ma non vi è un controllo adeguato del dolore 5. Nessun regime terapeutico per il dolore; dolore non adeguatamente controllato	
2. DISPNEA	3
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	
3. ASTENIA	3
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 attività - A causa della ridotta energia	

4. CADUTE	
0. Nessuna caduta negli ultimi 90 giorni 1. Nessuna caduta negli ultimi 30 giorni, ma una riportata nel periodo tra 31 e 90 giorni fa 2. 1 caduta negli ultimi 30 giorni 3. 2 o più cadute negli ultimi 30 giorni	0
5. CADUTE RECENTI	
[Salta se l'ultima valutazione risale a più di 30 giorni fa o se questa è la prima valutazione]	
0. No 1. Sì [vuoto]. Non valutabile (prima valutazione o più di 30 giorni dall'ultima valut.)	No
6. FREQUENZA DEI PROBLEMI	
<i>(Codifica per la presenza del problema negli ultimi 3 giorni)</i>	
0. Non presente 1. Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni 2. Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni 3. Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni 4. Manifestato in ognuno degli ultimi 3 giorni	
Polmonari	
a. Difficoltà nell'espettorazione delle secrezioni	0
Gastro-intestinali	
b. Reflusso gastro-esofageo (rigurgiti acidi)	0
c. Meteorismo (p es. sensazione di ripienezza gastrica, addome disteso, sensazione spiacevole di distensione gastrica)	0
d. Stipsi (nessuna evacuazione negli ultimi 3 giorni o evacuazione difficoltosa di feci dure)	0
e. Diarrea	0
f. Fecalomi	0
g. Nausea	0
h. Vomito	0
Disturbi del sonno	
i. Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno; risveglio precoce; insonnia; sonno non ristoratore	0
j. Eccessiva sonnolenza (che interferisce con le attività della vita quotidiana)	0
Altri	
k. Vertigini	0
l. Xerostomia	0
m. Sudorazione profusa	0
n. Febbre	0
o. Allucinazioni	0
p. Singhiozzo	0
q. Ittero	0
r. Crampi muscolari	0
s. Edemi declivi	0
t. Crisi epilettiche	0
u. Stroke	0

interRAI PALLIATIVE CARE (RAI - PC)©
[Condizione negli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

v. Clonie	0
w. Emorragie / Sanguinamenti	0
7. STILE DI VITA	
a. Fuma tabacco quotidianamente	
0. No 1. Non negli ultimi 3 giorni, ma è un fumatore abituale 2. Sì	0
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	0

SEZIONE D. Stato nutrizionale/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	188
b. Peso	100

2. VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

0. No	1. Sì
a. Perdita di peso indesiderata ≥ 5% negli ULTIMI 30 GIORNI (o ≥ 10% negli ULTIMI 180 GIORNI)	No
b. Ha consumato uno o pochi pasti in due degli ultimi tre giorni	No
c. Cachessia	No
d. Disidratazione (rapporto azoto ureico/creatinina >25)	No
e. Insufficiente assunzione di liquidi, meno di 1000 cc al giorno	No
f. I liquidi persi superano quelli introdotti	No

3. TIPOLOGIA DELL' ASSUNZIONE DI CIBI

0. Normale – appropriata deglutizione di alimenti di qualsiasi consistenza	
1. Modifica autonoma – la persona utente limita l'assunzione di alimenti solidi, si limita a sorseggiare liquidi	
2. Necessita di modifiche per deglutire cibi solidi (purea, carne tritata)	
3. Necessita di modifiche dietetiche solo per deglutire cibi liquidi (utilizzo di addensanti)	
4. Può deglutire solamente purea e liquidi addensati	
5. Nutrizione combinata orale e enterale/parenterale	
6. Solo nutrizione tramite sondino naso-gastrico	
7. Solo nutrizione tramite gastrostomia (peg)	
8. Solo nutrizione parenterale	
9. Nessun apporto di cibo per via orale e nessun tipo di nutrizione artificiale	0

4. AUTOVALUTAZIONE DELL' APPORTO NUTRIZIONALE

0. No	1. Sì	8. Non può/vuole rispondere
a. La persona utente riferisce di avere sete durante gran parte del giorno		
0		
b. La persona utente riferisce sensazione di sazietà o pienezza dopo la maggior parte dei pasti		
0		

SEZIONE E. Problemi cutanei

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)	0

2. PREGRESSA ULCERA DA PRESSIONE

0. No	1. Sì	No
-------	-------	----

3. ULCERE CUTANEE (NON DA PRESSIONE)

p. es. ulcere venose, arteriose, miste, neurotrofiche, piede diabetico		
0. No	1. Sì	No

4. ALTRI PROBLEMI CUTANEI

p. es. lesioni, ustioni di secondo o terzo grado, ferite chirurgiche in via di guarigione		
0. No	1. Sì	No

5. LACERAZIONI O TAGLI

Lacerazioni o tagli non chirurgici		
0. No	1. Sì	No

6. ALTRE CONDIZIONI / CAMBIAMENTI CUTANEI

p. es.: lividi, rash, prurito, macchie, Herpes Zoster, intertrigo, eczema		
0. No	1. Sì	No

SEZIONE F. Stato cognitivo

1. CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE

Come la persona utente prende decisioni circa l'organizzazione della giornata (p. es., quando alzarsi o mangiare, cosa indossare o cosa fare)

0. Indipendente – decisioni sempre ragionevoli	
1. Semi-indipendente - qualche difficoltà in situazioni nuove	
2. Compromissione minima - in specifiche situazioni, decisioni inadeguate; richiedi suggerimenti/supervisione in tali occasioni	
3. Compromissione moderata - decisioni scarse; richiedi suggerimenti/supervisione in tutte le occasioni	
4. Compromissione severa - mai/raramente prende decisioni	
5. Persona utente non cosciente/coma [passa alla sezione j]	0

2. STATO DI COSCIENZA FLUTTUANTE

0. No	1. Sì	No
-------	-------	----

3. MEMORIA / CAPACITA' DI RICORDARE

CODIFICA per la capacità di ricordare ciò che ha appreso o che conosce.

0. Sì, memoria OK	1. No, problemi di memoria
a. Memoria a breve termine ok - Sembra ricordare dopo 5 minuti	
Si	
b. Memoria procedurale ok – può eseguire tutti o gran parte delle attività in ordine di sequenza senza suggerimenti per iniziare	
Si	
c. Memoria situazionale ok – Riconosce i nomi o le facce dei care-giver ed <u>allo stesso tempo</u> mostra di conoscere la collocazione dei luoghi che frequenta regolarmente (camera da letto, sala da pranzo, palestra)	
Si	

4. STATO CONFUSIONALE

[Nota: un' accurata valutazione richiede il colloquio con lo staff o altri che hanno diretta conoscenza delle condizioni della persona utente oltre questo periodo]

0. Non presente	
1. Presente, ma in linea con il normale livello cognitivo della persona utente	
2. Presente, diverso dal normale livello cognitivo della persona utente (per es. di nuova insorgenza o peggiorato rispetto ad alcune settimane fa)	

interRAI PALLIATIVE CARE (RAI - PC)©
[Condizione negli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

a. FACILMENTE DISTRATTO – p. es., episodi di difficoltà a mantenere la concentrazione; facile distraibilità.	0	
b. EPISODI DI ELOQUIO DISORGANIZZATO – p. es. l'eloquio è insensato, irrilevante, o passa da un soggetto all'altro; perde il filo del discorso	0	
c. LA FUNZIONE MENTALE VARIA NELL' ARCO DELLA GIORNATA – p. es., qualche volta meglio, qualche volta peggio	0	
5. CAMBIAMENTI ACUTI NELLO STATO MENTALE RISPETTO ALLA NORMALITA'		
p. es. letargia, difficoltà a svegliarsi, alterata percezione dell'ambiente		
0. No 1. Sì	No	
6. CAMBIAMENTI NELLA CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE <i>Negli ultimi 90 giorni o dalla data dell'ultima valutazione</i>		
0. Migliorata 1. Nessun cambiamento 2. Peggiorata 8. Non valutabile		0

SEZIONE G. Comunicazione / sfera uditiva		
1. CAPACITA' DI FARSI COMPRENDERE (Espressione) <i>(Capacità di esprimere il contenuto dell'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		0
4. Raramente / mai compreso		
2. CAPACITA' DI COMPRENDERE 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		0
4. Raramente/mai comprende		
3. UDITO <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)		0
4. Sordità completa		

SEZIONE H. Umore e comportamento	
1. INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE <i>(Codificare gli indicatori osservati negli ultimi 3 giorni, indipendentemente dalla causa presunta)</i>	
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, lasciatemi morire"	0
b. PERSISTENTE RABBIA CONTRO SE' O ALTRI , es. facilmente annoiato, si arrabbia quando riceve assistenza	0
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	0
d. SI LAMENTA RIPETUTAMENTE DEL SUO STATO DI SALUTE - p.es., richiede persistentemente visite mediche, è ossessionato dalle funzioni corporali	0
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.	0
f. ESPRESSIONE DEL VOLTO TRISTE, DOLENTE E CORRUCCIATA	0
g. PIANTO RICORRENTE	0
h. HA PERSO INTERESSE PER ATTIVITA' CHE PRIMA GLI PIACEVANO O PER I CONTATTI CON AMICI O PARENTI	0
i. RIDOTTE RELAZIONI SOCIALI	0
j. ANEDONIA (espressioni anche non verbali che denotano una mancanza di piacere nella vita)	0
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..."	
a. Ha provato scarso interesse o piacere per attività che normalmente sono di suo gradimento	0
b. Si è sentito ansioso, irrequieto o non a proprio agio?	0
c. Si è sentito triste, depresso, disperato?	0

SEZIONE I. Benessere psicosociale	
1. REALIZZAZIONE NELLA VITA	
0. No 1. Sì	
a. Ha la sensazione di stare risolvendo aspetti pratici relativi a questioni finanziarie, legali e ad altre responsabilità formali	Sì
b. Ha la sensazione di star riuscendo nel raggiungimento di obiettivi personali	No
c. Accetta la sua situazione	Sì
d. Ha forze che possono essere incrementate	No
e. Visione positiva costante	Sì
2. SPIRITUALITA'	
0. No 1. Sì 8. Non vuole/può rispondere	
a. Trova una guida nella religione e nella spiritualità	0
b. Si sforza di trovare il senso della vita	0

interRAI PALLIATIVE CARE (RAI - PC)©
[Condizione negli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

c. Trova il senso della vita giorno per giorno	1
d. In pace con la vita	1

SEZIONE J. Funzione fisica

1. AUTONOMIA NELLE IADL

Codifica la performance della persona utente nelle attività consuete in casa o al di fuori DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI

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 svolgerne da solo il 50%

5. Massima assistenza – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgerne meno del 50% da solo

6. Dipendenza totale – l'attività viene svolta completamente da altri

8. Attività non eseguita

a. Preparazione dei pasti - Come prepara i pasti (p.es, programmare i pasti, cuocere, preparare il cibo, usare gli utensili)	8
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)	8
c. Gestione dei farmaci - Come gestisce i farmaci (p.es, ricordarsi di prendere le pillole, aprire flaconi, prendere le dosi giuste, fare iniezioni, applicare pomate)	0

2. AUTONOMIA NELLE ADL

Codifica per tutti gli episodi verificatisi nei 3 giorni precedenti

Se la performance in una ADL è la stessa in tutti gli episodi, codifica per quel livello.

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.

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.

Negli altri casi considera l'episodio di minore dipendenza (da 2 a 5)

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, 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. Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)

a. Uso della vasca/doccia - come la 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].	6
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]	4
c. Camminare – come cammina tra diversi punti dell'abitazione sullo stesso livello	3
d. Locomozione – come si muove tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle).	0
e. Trasferimento sul w.c. – come esegue il trasferimento sul w.c. (o sulla comoda)	4
f. 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 su/dal w.c.]	1
g. Mobilità a letto - come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto	0
h. Mangiare – come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale)	0

3. AUTONOMIA NEGLI SPOSTAMENTI

Distanza percorsa su sedia a rotelle

[Indicare la distanza maggiore percorsa senza fermarsi negli ultimi 3 giorni (include l'utilizzo di carrozzina motorizzata)]

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

3

4. POTENZIALE RIABILITATIVO

0. No **1.** Sì **8.** non può/non vuole rispondere

a. **La persona utente ritiene di essere in grado di migliorare la propria autonomia funzionale**

No

b. **Il personale sanitario ritiene che la persona utente possa migliorare la propria autonomia funzionale**

No

5. CAMBIAMENTI NEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ADL

Rispetto a 90 giorni fa o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 90 giorni

0. Miglioramento

1. Nessun cambiamento

2. Peggioramento

8. Non valutabile

2

SEZIONI K. Continenza negli ultimi 3 giorni

1. CONTINENZA URINARIA

0. Continente - Controllo completo; NON USA alcun tipo di catetere o dispositivo di raccolta urinaria

1. Continente con catetere o stomia

2. Raramente incontinente – Ha presentato episodi di incontinenza, ma non negli ultimi 3 giorni

3. Occasionalmente incontinente – non quotidianamente

4. Frequentemente incontinente – quotidianamente incontinente ma con episodi di controllo

5. Incontinente – nessun tipo di controllo

8. Attività non verificatasi – Diuresi assente

0

2. DISPOSITIVI URINARI

0. Nessuno

1. Catetere esterno

2. Catetere endovesicale

3. Cistostomia, nefrotomia, ureterostomia

0

3. CONTINENZA FECALE

0. Continente - Controllo completo, senza stomia

1. Continente con stomia - Controllo completo con l'uso di stomia

2. Raramente incontinente - Episodi di incontinenza fecale ma non negli ultimi 3 giorni

3. Occasionalmente incontinente – non quotidianamente

4. Frequentemente incontinente - Episodi di incontinenza fecale quotidiani ma con fasi di controllo

5. Incontinente – nessun tipo di controllo

8. Attività non verificatasi – nessuna evacuazione negli ultimi 3 giorni

0

interRAI PALLIATIVE CARE (RAI - PC)©
 [Condizione negli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

SEZIONE L. 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:

ggt (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:

PO (Per os)	SC (Sottocute)	Sondino-ng (NG)
SL (Sublinguale)	R (Rettale)	Transdermico (TD)
IM (Intramuscolare)	Topica (TOP)	Altro (OTH)
IV (Endovena)	Inalatoria (IN)	

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	1W. Una volta a settimana
SO. Al bisogno	2W. Due volte a settimana
1H. Ogni ora	3W. Tre volte a settimana
2H. Ogni 2 ore	QO. A giorni alterni
3H. Ogni 3 ore	Q3D. Ogni tre giorni
4H. Ogni 4 ore	4W. Quattro volte a settimana
6H. Ogni 6 ore	5W. Cinque volte a settimana
8H. Ogni 8 ore	6W. Sei volte a settimana
1D. Una volta al giorno	1M. Una volta al mese
2D. Due volte al giorno	2M. Due volte al mese
3D. Tre volte al giorno	C. Continuativamente
4D. Quattro volte al giorno	O. Altro
5D. Cinque volte al giorno	

- f. **PRN** (non utilizzato in Italia)
 g. **Codice elettronico**

Nome	Dose	Unità Misura	Forma	Frequenza	PRN	Cod
DELTACORTENE*10CPR 25MG -	10,00	mg	1. Per os (PO)	1D		-
FUROSEMIDE ANG*20CPR 500MG -	25,00	mg	1. Per os (PO)	1D		-

2. ALLERGIA A FARMACI

0. No 1. Si No

SEZIONE M. Trattamenti e procedimenti

1. TRATTAMENTI E PROCEDIMENTI

Trattamenti 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
 8. Non effettuati, rifiutato ogni trattamento

a. Condizione intestinale	0
b. Chemioterapia	0
c. Terapie analgesiche alternative non farmacologiche (massaggi/musica)	0
d. Colloqui informativi con persona utente o famiglia	0
e. Farmaci per via endovenosa	0
f. Consulenze nutrizionali	0
g. Ossigenoterapia	3
h. Sedazione palliativa	0
i. Servizio di consulenza religiosa	0
j. Analgesia auto controllata	0
k. Terapia radiante	0
l. Aspirazione	0
m. Cura della tracheostomia	0
n. Programma di mobilizzazione e riposizionamento	0
o. Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)	0
p. Medicazioni delle piaghe	0

2. ASSISTENZA FORMALE

Giorni (A) e minuti totali (B) di terapia negli ultimi 7 giorni
 Entità e gestione dell'assistenza negli ultimi 7 giorni (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 7 giorni)

	A giorni	B minuti
a. Assistenza domiciliare (cura della persona)	0	0
b. Infermiere		
c. Assistenza domiciliare (cura della casa)		
d. Pasti a domicilio		
e. Fisioterapia		
f. Terapia occupazionale		
g. Logopedia		
h. Psicoterapia		

interRAI PALLIATIVE CARE (RAI - PC)©
[Condizione negli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

3. RICOVERI OSPEDALIERI, VISITE MEDICHE	
<i>Riportare il numero di volte nell'arco dei 90 giorni precedenti la valutazione (o dall'ultima valutazione) in cui la persona utente è stata ricoverata in:</i>	
a. Ospedale per acuti	0
b. Pronto Soccorso	0

SEZIONE N. Responsabilità legale e direttive anticipate

1. RESPONSABILITA' LEGALE		
0. No	1. Si	8. Non discusse al momento
a. Testamento biologico	1	
b. La persona utente ha un tutore legalmente riconosciuto	0	
c. Tutela giudiziaria / delegata figura sanitaria	0	

2. DIRETTIVE ANTICIPATE / TESTAMENTO BIOLOGICO	
0. Non disposte	1. Disposte
a. No alla rianimazione cardiopolmonare	1
b. No alla intubazione	1
c. No alla ospedalizzazione	1
d. No all'invio in Pronto Soccorso	1
e. No all'alimentazione e all'idratazione via sng	1
f. Restrizioni all'uso di farmaci	1

3. DESIDERI PERSONALI		
0. No	1. Si	8. Incapace di definirlo
a. Morire a casa	1	
b. Morire dove si trova allo stato attuale	1	
c. Vorrebbe morire adesso	0	

SEZIONE O. Relazioni sociali e supporto informale

1. TEMPO TRASCORSO CON LA PERSONA UTENTE	
<i>Quanto tempo trascorre con la persona utente qualsiasi familiare, amico o persona a lui cara nelle ultime 24 ore</i>	
0. Nessun contatto	
1. Meno di un'ora	
2. Tra una e 4 ore	
3. Più di 4 ore	3

2. DUE CAREGIVER INFORMALI PRINCIPALI - Principale (1) e Secondario (2)			
a. Rapporto di parentela/relazione con la persona utente			
1. Figlio o figlia / nuora o 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	(1) Principale	(2) Secondario	
	2	1	
b. Vive con con la persona utente			
0. No			
1. Sì, da 6 mesi o meno			
2. Sì, da più di 6 mesi			
8. Nessun caregiver informale	2	0	

c. Ha contatto con la persona utente quotidianamente o quasi	
0. No	
1. Sì, per telefono o e-mail	
2. Sì, di persona	
8. Nessun caregiver informale	2 2

AREE DI AIUTO INFORMALE	
0. No	
1. Sì	
8. Nessun caregiver informale	
d. Aiuto fornito nelle IADL (aree dell'aiuto informale negli ultimi 3 giorni)	1 1
e. Aiuto fornito nelle ADL (aree dell'aiuto informale negli ultimi 3 giorni)	1 1

3. ENTITA' DELL'AIUTO	
Ore di assistenza informale e monitoraggio attivo	Ore
Per le IADL e ADL svolte DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI, indicare l'entità complessiva dell'aiuto ricevuto da familiari, amici e vicini (arrotondare in ore)	21

4. CONDIZIONI DI CHI PRESTA L'ASSISTENZA	
0. No	1. Sì
a. Forte coinvolgimento della famiglia	Sì
b. Uno dei caregiver non è in grado di continuare a prestare assistenza - es., il peggioramento dello stato di salute del supporto fa sì che sia difficile continuare	No
c. Il caregiver principale manifesta segni di stanchezza, rabbia, depressione	No
d. Familiari/amici stretti riferiscono eccessivo carico dalla malattia della persona utente	No

5. PREFERENZA DI ATTIVITA'	
0. Nessuna preferenza	
1. Continua al livello attuale	
2. Diminuisce	
3. Si aggiunge o aumenta	
a. Visite di amici o altri conoscenti	1
b. Chiamate telefoniche o contatti via e-mail	1
c. Commentare/ ricordare episodi della vita passata	1
d. Stare solo	1
e. Avere momenti ricreativi / di svago	1

SEZIONE P. Dimissione (codificare solo alla dimissione)

1. ULTIMO GIORNO DI PERMANENZA	
2. DESTINAZIONE DOPO LA DIMISSIONE	
1. Casa di proprietà o in affitto	
2. Casa privata con uso di servizi territoriali/comunità alloggio	
3. Casa protetta	
4. Struttura per malati psichiatrici	
5. Struttura per disabili	
6. Strutture per persone con deficit cognitivi	
7. Ospedale psichiatrico	
8. Senzatetto	
9. RSA	
10. Unità riabilitativa	
11. Hospice/unità di cure palliative	
12. Ospedale per acuti	
13. Carcere	
14. Altro	
15. Decesso	