

## **PRIME DISPOSIZIONI OPERATIVE: PROCEDURE PER L'ACCESSO IN MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA COD. 56 MDC 1 E 8**

### **Premessa**

Ad esito delle risultanze del tavolo tecnico regionale composto da professionisti fisiatri delle AASSLL regionali coordinato dall'Ufficio Ispettivo Regionale, in coerenza con i contenuti dell'accordo e nelle more delle declinazioni programmatiche previste in relazione alla suddivisione dei setting di cod. 56 correlate agli esiti di specifica sperimentazione ministeriale, sono stati elaborati i criteri clinici, con relativi strumenti di valutazione (scale validate), per l'accesso in condizioni di appropriatezza nelle unità operative di medicina riabilitativa intensiva cod. 56 per patologie riconducibili alle MDC 1 e 8.

Tali criteri prevedono la valutazione dello stato premorbo, del livello di instabilità clinica, del grado di complessità riabilitativa (dipendenza funzionale).

Il requisito preliminare per l'accesso appropriato alla riabilitazione intensiva è riportato all'interno dell'Accordo (punteggio Barthel Index BI  $\leq 60$ ).

### **Barthel Index – Valutazione delle attività quotidiane**

L'indice o scala di Barthel ha lo scopo di stabilire il grado di indipendenza del paziente. E' composto da 10 item corrispondenti alle comuni attività quotidiane (ADL Activities of Daily Living). Ad ogni item è attribuito un punteggio (massimo 10), la somma dei punteggi per ogni item indica il grado di autonomia del paziente nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (*ver. Italian Translation, Adaptation and Validation - Galeoto et al. Int. J Neurol Neurother 2015, 2:2*).

	Punteggio
<b>ALIMENTAZIONE</b> 0 = non in grado di alimentarsi 5 = ha bisogno di assistenza ( tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata ( dieta semisolida – liquida ) o alimentazione artificiale ( PEG, ecc. ) 10 = in grado di alimentarsi	
<b>CAPACITA' DI FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA</b> 0 = non in grado di lavarsi autonomamente 5 = in grado di lavarsi autonomamente	
<b>CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE</b> 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi	
<b>CAPACITA' DI VESTIRSI</b> 0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)	
<b>TRANSITO INTESTINALE</b> 0 = non in grado di controllare l'alvo 5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = in grado di controllare l'alvo	
<b>VESCICA</b> 0 = non in grado di controllare la minzione 5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = in grado di controllare la minzione	
<b>UTILIZZO DEL WC (SEDERSI E ALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI)</b> 0 = non in grado di utilizzare il wc 5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza 10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente	
<b>TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA)</b> 0 = non in grado di effettuare i trasferimenti 5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico) 15 = è in grado di effettuare trasferimenti	
<b>MOBILITA' (SU SUPERFICI PIANE)</b> 0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = in grado di deambulare ( anche con ausili ) per più di 50 metri	
<b>SCALE</b> 0 = non in grado di salire e scendere le scale 5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente	
<b>Total</b>	

### **Criteri clinici e strumenti di valutazione**

#### **A – CONDIZIONI PREMORBOSE**

Il termine “premorbo” identifica la situazione del paziente nel mese precedente l'evento indice che ha determinato il ricovero riabilitativo.

#### **- Stato funzionale pre-evento indice**

La disabilità preesistente non modificabile costituisce controindicazione al ricovero (score MRS > 3). Per valutarne il livello di severità si utilizza la scala di Rankin modificata (MRS – Modified Rankin Scale), comunemente usata per misurare il grado di disabilità o dipendenza nelle attività quotidiane in ambito neurologico (valutazione postictale). Introdotta da J. Rankin nel 1957 (5 livelli da 1 a 5 - *Rankin, J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60: II prognosis. Scott Med J. 1957, 2(5):200-15*) è stata modificata negli

anni '80 (6 livelli con aggiunta del livello 0 - *Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke. 1988, 19(5):604-7.*

#### Scala di Rankin modificata

GRADO DI DISABILITÀ	Score
Nessuna sintomatologia	0
Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi: è in grado di svolgere tutte le attività e i compiti abituali	1
Disabilità lieve: non riesce più di svolgere tutte le attività precedenti, ma è autonomo/a nel camminare e nelle attività della vita quotidiana	2
Disabilità moderata: richiede qualche aiuto nelle attività della vita quotidiana, ma cammina senza assistenza	3
<b>Disabilità moderatamente grave: non è più in grado di camminare senza aiuto né di badare ai propri bisogni corporali</b>	<b>4</b>
<b>Disabilità grave: costretto/a letto, incontinente e bisognoso/a di assistenza infermieristica e di attenzione costante</b>	<b>5</b>

#### - Funzioni cognitive gravemente compromesse

La demenza grave/severa rappresenta una controindicazione al ricovero (score CDR > 2). Per valutare il grado di compromissione della funzione cognitiva si utilizza la scala CDR (Clinical Dementia Rating Scale), introdotta da Morris nel 1993 (*Morris, JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology. 1993, 43(11): 2412-4*) nella sua versione estesa (*Hughees et al, 1982; Heyman et al, 1987*).

CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (Morris JC, 1993) <sup>(2)</sup>					
	Normale 0	Dubbia 0.5	Lieve 1	Moderata 2	Grave 3
<b>Memoria</b>	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente, rievocazione di eventi parziale	Modesta perdita di memoria per eventi recenti, interferenza con attività quotidiana	Severa perdita di memoria, materiale nuovo perso rapidamente	Grave perdita di memoria, rimangono alcuni frammenti
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo, possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientato nel tempo, spesso nello spazio	Orientamento solo personale
<b>Giudizio e soluzione problemi</b>	Risolve bene i problemi quotidiani, giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi, analogie e differenze (prove di ragionamento)	Difficoltà moderata nell'esecuzione di problemi complessi, giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa nell'esecuzione di problemi complessi, giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
<b>Attività sociali</b>	Attività indipendente e livelli usuali nel lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività: lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Incapace di compiere indipendentemente le attività ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente in grado di essere portato fuori casa	fuori casa, non in grado di uscire
<b>Casa e tempo libero</b>	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica, abbandonano hobby e interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori della propria camera
<b>Cura della persona</b>	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzo di effetti personali	Richiede molta assistenza per la cura della persona, non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per la cura della persona, incontinenza urinaria
<b>4 Demenza molto grave</b> Presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo e controllare la funzione vescicale o intestinale.					
<b>5 Demenza terminale</b> Richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.					

#### - Malattia oncologica attiva

La presenza di malattia oncologica attiva richiede la valutazione accurata sia dei fattori prognostici oncologici sia delle condizioni generali del paziente: tale approccio consente di stabilire i limiti della "finestra" terapeutico-riabilitativa e quindi, di definire, da una parte, la sostenibilità del carico riabilitativo, dall'altra, le potenzialità di recupero e di miglioramento della qualità della vita. E' evidente che per bisogni di tipo riabilitativo nella maggior parte dei casi il paziente oncologico debba essere indirizzato a trattamenti estensivi o domiciliari o gestito in unità di cure palliative. Nella pianificazione di interventi riabilitativi intensivi gli indici di disabilità, stabilità, complessità ed esito sono assimilabili a quelli previsti per patologie non oncologiche; utili possono risultare gli indici di impairment (scala ASIA, Motricity Index, scala di Borg, etc) e gli indici di qualità della vita (EORTC QLQ-C30). Un caso tipico di accesso in codice 56 è rappresentato dal

paziente oncologico sottoposto a recente intervento neurochirurgico, per il quale valgono, comunque, gli specifici indicatori richiesti per l'accesso in setting riabilitativo intensivo.

#### - **Comorbidità**

La presenza di insufficienza d'organo severa (cardiaca, respiratoria, epatica, renale) costituisce una condizione in grado di influenzare l'entità del trattamento riabilitativo e le potenzialità di recupero. Condizioni cliniche e comorbidità devono essere compatibili con l'erogazione del trattamento riabilitativo intensivo (3 h die). Tra gli indicatori di complessità medico-infermieristica che possono limitare la possibilità di recupero e incidono in modo rilevante sulla durata della degenza occorre considerare:

- Riduzione di vigilanza
- Instabilità clinica [score medio (scala NEWS)]
- Delirium
- Infezioni acute in atto
- Depressione, disturbi comportamentali
- Dolore
- Malnutrizione
- Ulcere da pressione

Le condizioni che controindicano il trattamento riabilitativo intensivo in cod. 56 sono le seguenti:

- Disabilità cronicizzata con frequenti riacutizzazioni e ricoveri ospedalieri con condizioni cliniche generali tali da non consentire una modificabilità sostanziale del quadro clinico-disfunzionale e da rendere insostenibile un trattamento rieducativo intensivo.

#### ➤ Insufficienza cardiaca severa

Insufficienza cardiaca persistente classe NYHA IV da qualsiasi causa, nonostante terapia medica ottimale (diuretici, ACE inibitori, vasodilatatori, beta bloccanti, spironolattone).

La classificazione NYHA (*The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256*) è la classificazione dello scompenso cardiaco in quattro classi funzionali, in rapporto alle attività che il paziente è in grado di effettuare.

<b>Classe I</b>	L'attività fisica abituale non determina dispnea, astenia, palpitazioni.
<b>Classe II</b>	Lieve limitazione dell'attività fisica abituale per la comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni. Benessere a riposo.
<b>Classe III</b>	Grave limitazione dell'attività fisica. I sintomi di dispnea, affaticamento, ecc. insorgono per attività fisica di entità inferiore a quella abituale. Benessere a Riposo.
<b>Classe IV</b>	Incapacità a svolgere qualsiasi attività senza comparsa di sintomi. Sintomi di scompenso anche a riposo.

#### ➤ Insufficienza respiratoria severa

Insufficienza respiratoria persistente da qualsiasi causa con dispnea a riposo, stanchezza e riduzione delle capacità funzionali, ipercapnia persistente o impedimento alla ventilazione meccanica, cor pulmonale cronico e/o scompenso cardiaco destro, anamnesi di frequenti riacutizzazioni, perdita di peso non intenzionale (>10% nei 6 mesi precedenti), tachicardia a riposo.

#### ➤ Insufficienza epatica severa

- Cirrosi epatica da qualsiasi causa in stadio B-C Child (*CG. Child, JG. Turcotte, Surgery and portal hypertension., in Major Probl Clin Surg, vol. 1, 1964, pp. 1-85, PMID 4950264*).
- Evidenza documentale di ascite o sindrome epatorenale.
- Anamnesi di episodi di encefalopatia epatica, sanguinamento da varici, peritonite batterica spontanea.

**Grading system for cirrhosis: the Child-Pugh score**

Score	Bilirubin (mg/dl)	Albumin (gm/dl)	PT (Sec)	Hepatic Encephal.	Ascites (grade)
1	< 2	> 3.5	1 - 4	None	None
2	2 - 3	2.8 - 3.5	4 - 6	1 - 2	Mild
3	> 3	< 2.8	> 6	3 - 4	Severe

**Child class: A: 5 - 6, B: 7 - 9, C: > 9.**

➤ Insufficienza renale severa

L'insufficienza renale severa (clearance della creatinina <20ml/min e creatinina serica >5 mg/dl) è generalmente considerata una controindicazione. Al paziente in trattamento dialitico con recente insorgenza di menomazione emendabile (ictus, frattura del femore, etc.) può essere consentito l'accesso in cod. 56 intensivo previa accurata valutazione complessiva.

**B – INSTABILITA' CLINICA**

Il grado di instabilità clinica può essere misurato utilizzando il National Early Warning Score (NEWS), strumento elaborato dal Royal College of Physicians nel luglio 2012 (*Standardising the Assessment of Acute-Illness Severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP: Royal College of Physicians, 2012*). Si basa sulla raccolta di parametri fisici di comune riscontro, in una scala a punteggio che permette una veloce e condivisibile valutazione dello stato clinico del paziente. Il punteggio NEWS fornisce uno standard di riferimento universale per la valutazione del decorso clinico, con le sole eccezioni della casistica pediatrica e ostetrica e delle cure di fine vita. Il NEWS, come tutti i sistemi EWS, si fonda su 6 misurazioni di parametri fisiologici routinariamente effettuate, a ciascuna delle quali è attribuito un valore numerico. La somma dei valori numerici fornisce la misura dello scostamento dalla condizione fisiologica. Lo score è maggiorato nei casi in cui sia necessaria l'ossigeno-terapia.

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		Sì		No			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

4

Il punteggio NEWS fornisce 3 livelli di allerta clinica:

- basso: punteggio da 1 a 4;
- medio: punteggio da 5 a 6, oppure un punteggio pari a 3 per un singolo parametro che significa la variazione estrema di quel parametro e viene segnalato in "rosso" della carta di osservazione;
- alto: punteggio ≥7.

E' evidente che le condizioni cliniche

debbano essere compatibili con l'erogazione del trattamento riabilitativo intensivo (3 h die), pertanto, un punteggio NEWS ≥7 o la presenza di allarmi rossi (un solo parametro che sia pari a 3) controindicano il trasferimento in riabilitazione intensiva cod. 56.

**Specifiche controindicazioni cliniche al trasferimento in riabilitazione intensiva**

- necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per instabilità cardiocircolatoria;
- necessità di farmaci in infusione continua, crisi iper-ipotensive, aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive);
- insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano;
- presenza di stato settico;
- presenza di indicazioni prioritarie per interventi di chirurgia generale e/o ortopedica;

Punteggio NEW	Rischio clinico
0	Basso
1 - 4 di somma	
<b>ALLARME ROSSO*</b> (quando un solo parametro raggiunge 3)	Medio
5 - 6 di somma	
≥ 7	Alto



- processo espansivo alla TC e presenza di "fungo cerebrale" in pazienti decompressi;
- raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza, etc.).

## C – COMPLESSITA'

La valutazione della complessità riabilitativa si basa sull'utilizzo della scala RCS-E [Rehabilitation Complexity Scale – Extended vers. 13 - Roda F, Agosti M, Merlo A, Maini M, Lombardi F, Tedeschi C, Benedetti MG, Basaglia N, Contini M, Nicolotti D, Brianti R. *Psychometric validation of the Italian Rehabilitation Complexity Scale Extended version 13 (2017) PLoS ONE, 12 (10)*], nata per quantificare la complessità dei pazienti ricoverati in riabilitazione. La scala valuta 5 domini (cura o rischio che descrive il livello di assistenza necessaria al paziente per la propria cura personale o per mantenere un'adeguata sicurezza personale, bisogni infermieristici, bisogni medici, bisogni terapeutici riabilitativi, necessità di ausili). Viene considerato complesso un paziente con punteggio alla scala RCS  $\geq 9$  (con TI  $\geq 2$ ) che rappresenta quindi il cut-off per l'accesso in riabilitazione intensiva.

1/2		PUNTEGGIO	
Rehabilitation Complexity Scale - Extended v13		ING	DIM
<b>(C) BISOGNO DI CURE DI BASE E SOSTEGNO</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	Ampliamente autosufficiente. Gestisce i compiti di cura personale in maniera ampiamente autonoma. Può necessitare di assistenza occasionale per iniziare o portare a termine alcune azioni, es. applicare ortesi, legare lacci, ecc.		
1	Richiede l'aiuto di 1 persona per la maggior parte dei bisogni di cura di base, ad es. lavarsi, vestirsi, bisogni corporali, ecc. Occasionalmente può richiedere l'aiuto di una 2a persona: per es. solo per un'azione specifica come fare il bagno.		
2	Richiede l'aiuto di 2 persone per la maggior parte dei propri bisogni di cura di base		
3	Richiede l'aiuto di $\geq 3$ persone per bisogni di cura di base		
4	Richiede supervisione costante 1:1 ad es. per gestire la confusione e per mantenere la propria sicurezza		
<b>(R) LEGATO A BISOGNI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	Nessun rischio - Capace di mantenere la propria sicurezza personale e di uscire non accompagnato (in grado di badare alla propria sicurezza in qualsiasi momento)		
1	Basso rischio - precauzioni standard solo per monitorare la sicurezza all'interno di un ambiente strutturato, ma richiede accompagnamento al fuori del reparto. (Mantiene la propria sicurezza personale all'interno di un ambiente strutturato, richiedendo solamente verifiche routinarie, ma richiede accompagnamento quando si trova all'esterno del reparto)		
2	Rischio medio – misure di sicurezza aggiuntive (può essere gestito sotto il controllo di una sezione di Salute Mentale) (Misure di sicurezza aggiuntive anche all'interno di un ambiente strutturato, ad es. dispositivi di allarme, sistemi di controllo elettronico (ad es. bracciali di riconoscimento) o monitoraggio superiore allo standard (ad es. 1 o 2 controlli l'ora) OPPURE gestito secondo le regole della Legge sulla salute mentale (TSO, ecc.))		
3	Rischio elevato – Osservazioni frequenti (può essere gestito anche da un servizio di Diagnosi e cura) (Richiede osservazioni frequenti perfino all'interno di un ambiente strutturato, per es. controlli ogni mezz'ora o ogni ora, oppure supervisione 1:1 per parte/i del giorno/notte)		
4	Rischio molto elevato - Richiede supervisione costante 1:1		
<b>(N) BISOGNI INFERMIERISTICI SPECIALIZZATI</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	Nessuna necessità di cure infermieristiche qualificate - le necessità possono essere soddisfatte dai soli operatori sanitari (OSS)		
1	Richiede l'intervento di personale infermieristico competente (competenze di base ed esperienza) (es. somministrazione di farmaci, medicazioni di ferite/stomie, monitoraggio infermieristico, nutrizione enterale con sondino nasogastrico, infusione endovenosa ecc.)		
2	Richiede l'intervento di personale infermieristico esperto in riabilitazione (es. nella gestione di programmi di mantenimento della postura, della deambulazione/posizione eretta, nell'applicazione di splint, nel supporto psicologico)		
3	Richiede assistenza infermieristica altamente specializzata ad es. per bisogni assistenziali molto complessi, (Quali: Gestione di tracheostomia; Gestione di alterazioni comportamentali (es. comportamenti provocatorio/aggressivi)/ psicosi/bisogni psicologici complessi; Bisogni posturali, cognitivi e di comunicazione complessi; Stati vegetativi o di coscienza minimi, Locked-in syndrome)		
4	Richiede assistenza infermieristica altamente specializzata (nursing infermieristico di alto livello e monitoraggio intensivo) es. pazienti clinicamente instabili, che richiedono interventi/monitoraggi frequenti (ogni ora o più spesso) da parte di personale infermieristico qualificato (solitamente anche con competenze specifiche nella somministrazione endovenosa di farmaci, ventilazione meccanica, ecc.).		
<b>(M) BISOGNI DI CURE MEDICHE</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	Nessun intervento medico attivo – Gestibile dal medico di medicina generale con controlli occasionali		
1	Indagini/monitoraggi/trattamenti di base Richiede assistenza ospedaliera non acuta, erogabile anche in regime di ricovero in day hospital riabilitativo o in ospedale di comunità con assistenza medica diurna (es. richiede solo analisi del sangue/diagnostica per immagini di routine. Il monitoraggio medico può essere attuato 2-3 volte a settimana, con visite di reparto + consulenza telefonica se necessario)		
2	Interventi medico-specialistici/psichiatrici – per procedure di diagnosi o trattamento Richiede ricovero ospedaliero per necessità di supervisione medica e assistenza infermieristica nelle 24 ore (Necessità frequente o impreviste di consulenza medica specializzata, valutazione/trattamento psichiatrico)		
3	Condizione medica/psichiatrica potenzialmente instabile - Richiede copertura medica/psichiatrica continuativa (Paziente potenzialmente instabile: può richiedere interventi a qualsiasi ora - per es. per crisi epilettiche incontrollate, immuno-compromissione, o per aggiustamenti farmacologici, valutazione del rischio di emergenza, ecc.). I bisogni devono essere gestiti in un luogo dove sia presente copertura medico/psichiatrica di emergenza 24 ore su 24)		
4	Problema acuto medico/chirurgico (o crisi psichiatrica) Richiedente intervento di emergenza (Richiede assistenza medica/chirurgica acuta es. per infezione, complicazione acuta, cure post-operatorie. Es. effettivo coinvolgimento dell'assistenza medica (o chirurgica o psichiatrica) 24 ore su 24, pianificato e non pianificato)		

## (TD) BISOGNI TERAPEUTICI - DISCIPLINE TERAPEUTICHE

0 0 - Nessun coinvolgimento di terapisti

Spuntare le discipline di trattamento richieste:

1 Solo 1 disciplina

☐ Fisioterapia☐ Psicologia☐ Ortesica

2 2-3 discipline

☐ Terapia occupazionale☐ Consulelling☐ Protesica

3 4-5 discipline

☐ Logopedia☐ Musicoterapia/Arte-terapia☐ Bioingegnere

4 ≥ 6 discipline

☐ Dietetica☐ Ludoterapia/Scuola☐ Altro☐ Assistenza sociale☐ Terapia ricreativa☐ Altro☐ Centro per l'impiego☐ Altro

## (TI) BISOGNI TERAPEUTICI - INTENSITÀ TERAPEUTICA

Nessun intervento terapeutico

0 [0 un totale di input terapeutico &lt;1 ora la settimana - I bisogni riabilitativi sono soddisfatti dallo staff infermieristico/assistenziale o da un programma di esercizi praticati autonomamente]

1 Basso livello - meno di giornaliero (es. valutazione/revisione/mantenimento/supervisione) O solamente sedute di terapia di gruppo [es. il paziente non riceve sessioni di terapia quotidiana (o ha &lt; di 1 ora di terapia al giorno) Questo solitamente significa che: a) essi presentano principalmente bisogni di assistenza, infermieristica o trattamento medico, o b) partecipano a programmi a bassa intensità o di gruppo, o c) sono in una fase di riduzione del programma in preparazione alla dimissione]

2 Livello medio - Frequenza giornaliera: sedute individuali con un solo terapeuta per la maggior parte delle sedute O programma di gruppo molto intenso di ≥ 3 ore/giorno.

3 [es. Il paziente può essere trattato da diversi terapisti (si veda TD), ma sempre da un solo terapeuta alla volta. Questi pazienti normalmente sono sottoposti a quotidiane sessioni di terapia, per 3 giorni alla settimana, per un totale di 2-3 ore al giorno (alcune delle quali possono essere periodi di auto-esercizio svolto con supervisione a distanza, se vi è la capacità). In alternativa ricevono sedute di terapia di gruppo con un regime molto intenso (&gt; 3 ore al giorno)]

4 Alto livello - Intervento quotidiano con terapeuta PIÙ assistente e/o sedute di gruppo aggiuntive

5 [Il paziente richiede un secondo paio di mani per alcune sessioni di trattamento, per alcuni trattamenti (es. mobilizzazioni o trasferimenti), per cui viene trattato da un terapeuta con assistente (che può essere non qualificato). OPPURE richiede un programma intensivo ≥ 25 ore di terapia totale a settimana (es. 4-5 ore al giorno 5 giorni a settimana), alcune delle quali possono essere sedute con l'assistente del terapeuta, oppure, sedute di gruppo in aggiunta al programma di terapia giornaliero individuale]

6 Livello molto elevato - molto intensivo (es. 2 terapisti esperti o terapia 1:1 per un totale &gt;30 ore/settimana)

7 [Il paziente presenta bisogni terapeutici molto complessi che richiedono la presenza contemporanea di due terapisti qualificati (con o senza un 3° assistente) - es. per bisogni di mobilizzazione o trasferimenti complessi, gestione di comportamenti indesiderati, ecc.] OPPURE richiede un programma molto intensivo (es &gt; 30) ore di terapia totale a settimana.

## (E) NECESSITA' DI AUSILI

0 Nessun bisogno di ausili speciali

1 Richiede ausili speciali di base (disponibile sul mercato)

Ausili Speciali di Base:

☐ Sedia a rotelle/seduta per disabili☐ Cuscino antidecubito☐ Materasso speciale☐ Ausili per la postura eretta☐ Ortesi☐ Altro .....

Ausili Altamente Specializzati:

☐ Controllo ambientale☐ Ausilio per la comunicazione☐ Sistema di seduta personalizzata☐ Ausilio per mantenere la posizione eretta pers.☐ Ortesi personalizzata☐ Ventilazione assistita☐ Altro .....

Richiede ausili altamente specializzati

2 [es. tecnologia elettronica di supporto o ausili altamente personalizzati, realizzati o adattati specificamente per il singolo paziente]

TOTALE (0-22)

NB. Punteggio RCS totale = C o R (quello dei due che ha il valore più alto) + N + M + TD + TI + E

**Procedure di attivazione del ricovero riabilitativo**

A integrazione di quanto previsto dal DCA 107/103 la valutazione degli elementi clinico-funzionali è anticipata e gestita dal livello ospedaliero che, attraverso la consulenza dello specialista fisiatra di struttura pubblica (ospedaliero o specialista ambulatoriale interno), in collaborazione con l'unità operativa di dimissione, attiva la presa in carico riabilitativa secondo i criteri stabiliti nel presente atto e in coerenza con quanto previsto dal DPCM LEA 2017 (art. 44.2).

In particolare, nel pianificare le dimissioni le unità operative di degenza che gestiscono l'evento acuto disabilitante o evento indice condividono la proposta di presa in carico riabilitativa con lo specialista fisiatra di struttura pubblica chiamato a definire e coordinare l'intervento riabilitativo. La valutazione fisiatrica prevede la ricognizione dei criteri definiti nel presente allegato, la valutazione del bisogno riabilitativo e del setting elettivo e deve essere richiesta in un tempo congruo per consentire l'organizzazione delle procedure di trasferimento o l'attivazione di altre soluzioni terapeutico-riabilitative.

I reparti di degenza per acuti devono preventivamente avvalersi di strumenti valutativi che aiutino a classificare i pazienti identificando quelli con maggior beneficio potenziale di assistenza post-acuzie (validi nel pianificare non solo la continuità riabilitativa ma anche la continuità assistenziale dei soggetti fragili): l'indice LACE per la valutazione del rischio di riammissione ospedaliera e l'indice di BRASS, strumento in grado di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile.

**Step 1.**

Durata del ricovero (giorni)	Score
1	1
2	2
3	3
4-6	4
7-13	5
≥14	7

➔ **L**

**Step 2.**

Ricovero in Urgenza	Score
Sì	3
No	0

➔ **A**

**Step 3.**

Comorbidità	Score
Pregresso infarto miocardico	+1
Malattia cerebrovascolare	+1
Malattia vascolare periferica	+1
Diabete senza complicazioni	+1
Insufficienza cardiaca	+2
Diabete con complicazioni	+2
Malattia polmonare cronica	+2
Lieve malattia renale/epatica	+2
Tumore	+2
Demenza	+3
Malattia del connettivo	+3
AIDS	+4
Grave malattia renale/epatica	+4
Tumore metastatico	+6
<b>TOTAL</b>	

Se ≥4-5 ➔ **C**

**Step 4.**

Numero di accessi in Pronto Soccorso negli ultimi sei mesi  
N° \_\_\_\_\_ (se ≥4 = 4)

**E**

**Rischio di Riammissione:**  
**0-4 Basso, 5-9 Moderato, >9 Alto**

**LACE**

**BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS)**

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato

<b>Età (una sola opzione)</b> 0 = 55 anni o meno 1 = 56 – 64 anni 2 = 65 – 79 anni 3 = 80 anni e più <b>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)</b> 0 = Vive col coniuge 1 = Vive con la famiglia 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscanti 4 = Vive solo senza alcun sostegno 5 = Assistenza domiciliare/residenziale <b>Stato funzionale (ogni opzione valutata)</b> 0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL) Dipendente in: 1 = Alimentazione/nutrizione 1 = Igiene/abbigliamento 1 = Andare in bagno 1 = Spostamenti/mobilità 1 = Incontinenza intestinale 1 = Incontinenza urinaria 1 = Preparazione del cibo 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali 1 = Capacità di gestire il denaro 1 = Fare acquisti 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto <b>Stato cognitivo (una sola opzione)</b> 0 = Orientato 1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta 2 = Disorientato in alcune sfere* sempre 3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta 4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre 5 = Comatoso	<b>Modello comportamentale (ogni opzione valutata)</b> 0 = Appropriato 1 = Wandering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro <b>Mobilità (una sola opzione)</b> 0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula <b>Deficit sensoriali (una sola opzione)</b> 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi <b>Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)</b> 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = Uno negli ultimi 3 mesi 2 = Due negli ultimi 3 mesi 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi <b>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)</b> 0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici <b>Numero di farmaci assunti (una sola opzione)</b> 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b> _____	
<b>Punteggio</b>	<b>Indice di rischio</b>
0-10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione
maggiore o uguale a 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

Nel caso, a seguito di valutazione del fisiatra, il bisogno riabilitativo, sulla base dei criteri stabiliti, non corrisponda al trattamento intensivo ospedaliero, lo specialista indica il setting appropriato: sarà cura del reparto attivarsi per seguire tali indicazioni.

Il responsabile della U.O. riabilitativa, all'ingresso del paziente, elabora il progetto riabilitativo individuale (PRI), "che indichi la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari attraverso l'applicazione dei parametri di menomazione, limitazione delle attività e restrizione della partecipazione elencati nella International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)".

I trasferimenti acuzie/riabilitazione intensiva cod. 56 per MDC 1 e MDC 8 pianificati all'interno di case di cura private accreditate necessitano della valutazione del fisiatra di struttura pubblica della ASL di competenza territoriale, previa documentata comunicazione telematica (via pec o mail) da effettuare in tempo sufficientemente congruo rispetto alla dimissione dal reparto per acuti (prima delle 72 h precedenti la dimissione). La valutazione del fisiatra di struttura pubblica non è orientata ad entrare nel merito delle scelte terapeutiche, ma a garantire il corretto setting riabilitativo e il coerente e integrato impiego delle risorse, fatte salve le verifiche prestazionali in merito a legittimità, congruità e appropriatezza espletate dai nuclei operativi di controllo (NOC) delle AASSLL. La valutazione del fisiatra di struttura pubblica, se positiva, si esprime come tacito assenso al trasferimento e non necessita di formale comunicazione; qualora la documentazione ricevuta non sia coerente con i criteri di appropriatezza previsti dal presente allegato, il fisiatra di struttura pubblica segnala alla struttura privata la necessità di integrazione documentale o di diversa soluzione assistenziale, riservandosi la possibilità di valutazione diretta.

Per i casi di accesso diretto dal territorio alla medicina riabilitativa intensiva cod. 56 lo specialista della riabilitazione della UVM è tenuto ad osservare i criteri di cui al presente allegato.

**MODULO DI COMUNICAZIONE PER TRASFERIMENTO IN MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA COD. 56  
MDC 1 /8 DA REPARTO PER ACUTI DI CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA**

**Da trasmettere prima delle 72 ore dalla dimissione**

Dall'Unità Operativa **cod. disciplina** \_ \_ \_ \_  
della Casa di Cura **cod. struttura** 130 \_ \_ \_

Al **Dirigente Medico Fisiatra di Struttura Pubblica ASL** \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

- in riferimento al ricovero n. \_ \_ \_ \_ \_ ammesso in struttura in data \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ alle ore \_ \_ / \_ \_
- e in relazione all'evento **disabilitante** (segue breve descrizione)

\_\_\_\_\_ verificatosi in data \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

- **valutate e attestate le seguenti condizioni:**

**Disabilità - B.I (Barthel Index)** \_\_\_\_\_ (dettaglio in scheda B.I.)

Condizioni premorbose

- Stato funzionale pre-evento indice (score Rankin) \_\_\_\_\_
- Problematiche cliniche e assistenziali/Comorbidità
  - Demenza ☐ no ☐ sì CDR score \_\_\_\_\_
  - Malattia oncologia attiva: ☐ no ☐ sì
  - Disabilità cronica: ☐ no ☐ sì
  - Grave insufficienza d'organo ☐ no ☐ sì (se sì, procedere alla selezione successiva)
    - ☐ Insufficienza cardiaca severa Classe NYHA \_\_\_\_\_
    - ☐ Insufficienza respiratoria severa PaO2 \_\_\_\_\_ PaCO2 \_\_\_\_\_
    - ☐ Insufficienza epatica severa Classe Child \_\_\_\_\_
    - ☐ Insufficienza renale severa Cl. Creatinina \_\_\_\_\_ Creatinina serica \_\_\_\_\_
  - Instabilità clinica: indice NEWS \_ \_ (☐ febbre > 37.8°C, ☐ tachicardia > 100/min, ☐ tachipnea > 24apm,  
☐ ipotensione < 90mmhg, ☐ PaO2 < 90%) SEPSI: no ☐ sì ☐
  - Terapie farmacologiche in atto: \_\_\_\_\_
- Indicatori di complessità medico-infermieristica: riduzione della vigilanza: no ☐ sì ☐, delirium: no ☐ sì ☐,  
infezioni acute in atto: no ☐ sì ☐, depressione: no ☐ sì ☐, dolore: no ☐ sì ☐, disfagia: no ☐ sì ☐, malnutrizione:  
no ☐ sì ☐, sondino NG/PEG no ☐ sì ☐, ulcera da pressione no ☐ sì ☐, catetere venoso centrale no ☐ sì ☐,  
tracheostomia no ☐ sì ☐

**Indice di complessità RCS-E** \_ \_ (dettaglio in scheda RCS-E),

- **si propone il trasferimento in UO cod. 56 della CdC 130** \_ \_ \_ **per riabilitazione intensiva**
  - ☐ NEUROLOGICA
  - ☐ ORTOPEDICA

*Sintesi del Progetto Riabilitativo*

---

---

---

---

---

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Medico proponente

\_\_\_\_\_



# BARTHEL INDEX

	Punteggio
<b>ALIMENTAZIONE</b> 0 = non in grado di alimentarsi 5 = ha bisogno di assistenza ( tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata ( dieta semisolida – liquida ) o alimentazione artificiale ( PEG, ecc. ) 10 = in grado di alimentarsi	
<b>CAPACITA' DI FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA</b> 0 = non in grado di lavarsi autonomamente 5 = in grado di lavarsi autonomamente	
<b>CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE</b> 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi	
<b>CAPACITA' DI VESTIRSI</b> 0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)	
<b>TRANSITO INTESTINALE</b> 0 = non in grado di controllare l'alvo 5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = in grado di controllare l'alvo	
<b>VESCICA</b> 0 = non in grado di controllare la minzione 5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = in grado di controllare la minzione	
<b>UTILIZZO DEL WC (SEDERSI E ALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI)</b> 0 = non in grado di utilizzare il wc 5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza 10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente	
<b>TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA)</b> 0 = non in grado di effettuare i trasferimenti 5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico) 15 = è in grado di effettuare trasferimenti	
<b>MOBILITA' (SU SUPERFICI PIANE)</b> 0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = in grado di deambulare ( anche con ausili ) per più di 50 metri	
<b>SCALE</b> 0 = non in grado di salire e scendere le scale 5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente	
<b>Total</b>	

**(C) BISOGNO DI CURE DI BASE E SOSTEGNO**

- 0** **Ampiamente autosufficiente.** Gestisce i compiti di cura personale in maniera ampiamente autonoma. Può necessitare di assistenza occasionale per iniziare o portare a termine alcune azioni, es. applicare ortesi, legare lacci, ecc.
- 1** Richiede l'**aiuto di 1 persona** per la maggior parte dei bisogni di cura di base, ad es. lavarsi, vestirsi, bisogni corporali, ecc. Occasionalmente può richiedere l'aiuto di una 2a persona: per es. solo per un'azione specifica come fare il bagno.
- 2** Richiede l'**aiuto di 2 persone** per la maggior parte dei propri bisogni di cura di base
- 3** Richiede l'**aiuto di ≥ 3 persone** per bisogni di cura di base
- 4** Richiede **supervisione costante 1:1** ad es. per gestire la confusione e per mantenere la propria sicurezza

**(R) LEGATO A BISOGNI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI**

- 0** **Nessun rischio - Capace di mantenere la propria sicurezza personale e di uscire non accompagnato**  
(In grado di badare alla propria sicurezza in qualsiasi momento)
- 1** **Basso rischio** - precauzioni standard solo per monitorare la sicurezza all'interno di un ambiente strutturato, **ma richiede accompagnamento** al fuori del reparto. (Mantiene la propria sicurezza personale all'interno di un ambiente strutturato, richiedendo solamente verifiche routinarie, ma richiede accompagnamento quando si trova all'esterno del reparto)
- 2** **Rischio medio – misure di sicurezza aggiuntive** (può essere gestito sotto il controllo di una sezione di Salute Mentale)  
(Misure di sicurezza aggiuntive anche all'interno di un ambiente strutturato, ad es. dispositivi di allarme, sistemi di controllo elettronico (ad es. braccialetti di riconoscimento) o monitoraggio superiore allo standard (ad es. 1 o 2 controlli l'ora) OPPURE gestito secondo le regole della Legge sulla salute mentale (TSO, ecc.))
- 3** **Rischio elevato – Osservazioni frequenti** (può essere gestito anche da un servizio di Diagnosi e cura)  
(Richiede osservazioni frequenti perfino all'interno di un ambiente strutturato, per es. controlli ogni mezz'ora o ogni ora, oppure supervisione 1:1 per parte/i del giorno/notte)
- 4** **Rischio molto elevato** - Richiede **supervisione costante 1:1**

**(N) BISOGNI INFERMIERISTICI SPECIALIZZATI**

- 0** Nessuna necessità di cure infermieristiche qualificate - le necessità possono essere soddisfatte dai soli operatori sanitari (OSS)
- 1** Richiede l'intervento di **personale infermieristico competente** (competenze di base ed esperienza)  
(es. somministrazione di farmaci, medicazioni di ferite/stomie, monitoraggio infermieristico, nutrizione enterale con sondino nasogastrico, infusione endovenosa ecc.)
- 2** Richiede l'intervento di **personale infermieristico esperto in riabilitazione**  
(es. nella gestione di programmi di mantenimento della postura, della deambulazione/posizione eretta, nell'applicazione di splint, nel supporto psicologico)
- 3** Richiede **assistenza infermieristica altamente specializzata** ad es. per bisogni assistenziali molto complessi,  
(Quali: Gestione di tracheostomia; Gestione di alterazioni comportamentali (es. comportamenti provocatorioaggressivi)/ psicosi/bisogni psicologici complessi; Bisogni psichiatrici, cognitivi e di comunicazione complessi; Stati vegetativi o di coscienza minimi, Locked-in syndrome)
- 4** Richiede **assistenza infermieristica altamente specializzata** (nursing infermieristico di alto livello e monitoraggio intensivo)  
es. pazienti clinicamente instabili, che richiedono interventi/monitoraggi frequenti (ogni ora o più spesso) da parte di personale infermieristico qualificato (solitamente anche con competenze specifiche nella somministrazione endovenosa di farmaci, ventilazione meccanica, ecc.).

**(M) BISOGNI DI CURE MEDICHE**

- 0** **Nessun intervento medico attivo** – Gestibile dal medico di medicina generale con controlli occasionali
- 1** **Indagini/monitoraggi/trattamenti di base** Richiede assistenza ospedaliera non acuta, erogabile anche in regime di ricovero in day hospital riabilitativo o in ospedale di comunità con assistenza medica diurna (es. richiede solo analisi del sangue/diagnostica per immagini di routine. Il monitoraggio medico può essere attuato 2-3 volte a settimana, con visite di reparto + consulenza telefonica se necessario)
- 2** **Interventi medico-specialistici/psichiatrici – per procedure di diagnosi o trattamento** Richiede ricovero ospedaliero per necessità di supervisione medica e assistenza infermieristica nelle 24 ore (Necessità frequente o imprevista di consulenza medica specializzata, valutazione/trattamento psichiatrico)
- 3** **Condizione medica/psichiatrica potenzialmente instabile** - Richiede copertura medica/psichiatrica continuativa (Paziente potenzialmente instabile: può richiedere interventi a qualsiasi ora - per es. per crisi epilettiche incontrollate, immuno-compromissione, o per aggiustamenti farmacologici, valutazione del rischio di emergenza, ecc.. I bisogni devono essere gestiti in un luogo dove sia presente copertura medico/psichiatrica di emergenza 24 ore su 24)
- 4** **Problema acuto medico/chirurgico (o crisi psichiatrica)** Richiedente intervento di emergenza  
(Richiede assistenza medica/chirurgica acuta es. per infezione, complicazione acuta, cure post-operatorie. Es. effettivo coinvolgimento dell'assistenza medica (o chirurgica o psichiatrica) 24 ore su 24, pianificato e non pianificato)

**(TD) BISOGNI TERAPEUTICI - DISCIPLINE TERAPEUTICHE****0** 0 - Nessun coinvolgimento di terapisti**Spuntare le discipline di trattamento richieste:****1** Solo 1 disciplina☐ Fisioterapia☐ Psicologia☐ Ortesica**2** 2-3 discipline☐ Terapia occupazionale☐ Consuelling☐ Protesica☐ Logopedia☐ Musicoterapia/Arte-terapia☐ Bioingegnere**3** 4-5 discipline☐ Dietetica☐ Ludoterapia/Scuola☐ Altro☐ Assistenza sociale☐ Terapia ricreativa**4** ≥ 6 discipline☐ Altro☐ Centro per l'impiego☐ Altro**(TI) BISOGNI TERAPEUTICI - INTENSITÀ TERAPEUTICA****Nessun intervento terapeutico****0** [0 un totale di input terapeutico <1 ora la settimana – I bisogni riabilitativi sono soddisfatti dallo staff infermieristico/assistenziale o da un programma di esercizi praticati autonomamente]**1** Basso livello – **meno di giornaliero** (es. valutazione/revisione/mantenimento/supervisione) **O solamente sedute di terapia di gruppo**  
[es. Il paziente non riceve sessioni di terapia quotidiane (o ha < di 1 ora di terapia al giorno) Questo solitamente significa che: a) essi presentano principalmente bisogni di assistenza, infermieristica o trattamento medico, o b) partecipano a programmi a bassa intensità o di gruppo, o c) sono in una fase di riduzione del programma in preparazione alla dimissione]Livello medio – **Frequenza giornaliera: sedute individuali con un solo terapeuta per la maggior parte delle sedute O programma di gruppo molto intenso** di ≥ 3 ore/giorno.**2** [es. Il paziente può essere trattato da diversi terapisti (si veda TD), ma sempre da un solo terapeuta alla volta. Questi pazienti normalmente sono sottoposti a quotidiane sessioni di terapia, per 5 giorni alla settimana, per un totale di 2-3 ore al giorno (alcune delle quali possono essere periodi di auto-esercizio svolto con supervisione a distanza, se vi è la capacità). In alternativa ricevono sedute di terapia di gruppo con un regime molto intenso (> 3 ore al giorno)]**Alto livello – Intervento quotidiano con terapeuta PIÙ assistente e/o sedute di gruppo aggiuntive****3** [Il paziente richiede un secondo paio di mani per alcune sessioni di trattamento, per alcuni trattamenti (es. mobilizzazioni o trasferimenti), per cui viene trattato da un terapeuta con assistente (che può essere non qualificato). OPPURE richiede un programma intensivo ≥ 25 ore di terapia totale a settimana (es. 4-5 ore al giorno 5 giorni a settimana), alcune delle quali possono essere sedute con l'assistente del terapeuta, oppure, sedute di gruppo in aggiunta al programma di terapia giornaliero individuale]**Livello molto elevato – molto intensivo** (es. 2 terapisti esperti o terapia 1:1 per un totale >30 ore/settimana)**4** [Il paziente presenta bisogni terapeutici molto complessi che richiedono la presenza contemporanea di due terapisti qualificati (con o senza un 3° assistente) - es. per bisogni di mobilizzazione o trasferimenti complessi, gestione di comportamenti indesiderati, ecc.]

OPPURE richiede un programma molto intensivo (es &gt; 30) ore di terapia totale a settimana.

**(E) NECESSITA' DI AUSILI****0** Nessun bisogno di ausili speciali**Ausili Speciali di Base:****Ausili Altamente Specializzati:****1** Richiede **ausili speciali di base** (disponibile sul mercato)☐ Sedia a rotelle/seduta per disabili☐ Controllo ambientale☐ Cuscino antidecubito☐ Ausilio per la comunicazione☐ Materasso speciale☐ Sistema di seduta personalizzata☐ Ausili per la postura eretta☐ Ausilio per mantenere la posizione eretta pers.☐ Ortesi☐ Ortesi personalizzata**2** Richiede **ausili altamente specializzati**  
[es. tecnologia elettronica di supporto o ausili altamente personalizzati, realizzati o adattati specificamente per il singolo paziente]☐ Altro .....☐ Ventilazione assistita☐ Altro .....**TOTALE (0-22)****NB. Punteggio RCS totale = C o R (quello dei due che ha il valore più alto) + N + M + TD + TI + E**