

Rehabilitation Complexity Scale – Extended Version 13 (RCS-E v13)

Manuale

Francesca Rodà^{1*}, Maurizio Agosti², Andrea Merlo³, Maurizio Maini⁴, Francesco Lombardi⁵, Claudio Tedeschi⁶, Maria Grazia Benedetti⁷, Nino Basaglia⁸, Mara Contini⁹, Domenico Nicolotti¹⁰, Rodolfo Brianti², a nome del Gruppo Regionale Emiliano Complessità (GRECo)[¶]

1 Department of Medicine and Surgery, Unit of Neuroscience, University of Parma, Parma, Italy, 2 Rehabilitation Medicine Service, Rehabilitation Geriatrics Department of the NHS-University Hospital of Parma, Parma, Italy, 3 Motion Analysis Laboratory, Department of Rehabilitation, "S. Sebastiano" Hospital of Correggio, NHS Local Agency of Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy, 4 aSan Giacomo Hospital, Ponte dell'Olio, Piacenza, Italy, 5 Neurorehabilitation Service, "S. Sebastiano" Hospital of Correggio, NHS Local Agency of Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy, 6 Physical medicine and Rehabilitation Unit ± Neuromotor Department, IRCCS "Arcispedale Santa Maria Nuova" of Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy, 7 Physical Medicine and Rehabilitation Unit, aRizzolio Orthopaedics Hospital, Bologna, Italy, 8 Department of Neuroscience and Rehabilitation, University Hospital of Ferrara, Ferrara, Italy, 9 Extensive Orthopaedic Rehabilitation Unit, Department of Medicine, Borgo Val Di Taro Hospital, NHS Local Agency of Parma, Parma, Italy, 10 Intensive Rehabilitation Medicine Spinal Unit, Emergency Medicine Department, Villanova d'Arda Hospital, NHS Local Agency of Piacenza, Piacenza, Italy

GRECo: **Marcello Giacani**, Cardiological Rehabilitation Medicine Unit, aSan Giacomo Hospital, Ponte dell'Olio, Piacenza, Italy, on behalf of GRECo; **Paola Marchetti**, Neurorehabilitation Service, "S. Sebastiano" Hospital of Correggio, NHS Local Agency of Reggio Emilia, Italy, on behalf of GRECo; **Claudio Tedeschi**, Physical medicine and Rehabilitation Unit ± Neuromotor Department, IRCCS "Arcispedale Santa Maria Nuova" of Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy, on behalf of GRECo; **Stefania Testoni**, Physical Medicine and Rehabilitation Unit, Neuromotor Department, IRCCS "Arcispedale Santa Maria Nuova" of Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy, on behalf of GRECo; **Maria G. Benedetti**, Physical Medicine and Rehabilitation Unit, aRizzolio Orthopaedics Hospital, Bologna, Italy, on behalf of GRECo; **Silvia Bonfiglioli Stagni**, Physical Medicine and Rehabilitation Unit, aRizzolio Orthopaedics Hospital, Bologna, Italy, on behalf of GRECo; **Nino Basaglia**, Department of Neuroscience and Rehabilitation, University Hospital of Ferrara, Italy, on behalf of GRECo; **Fernando De Filippo**, Rehabilitation Medicine Unit, Department of Neuroscience and Rehabilitation, University Hospital of Ferrara, Italy, on behalf of GRECo; **Susanna Lavezzi**, Severe Brain Injury Unit, Department of Neuroscience and Rehabilitation, University Hospital of Ferrara, Italy, on behalf of GRECo; **Giovanni Delnevo**, Extensive Orthopaedic Rehabilitation Unit, Department of Medicine, Borgo Val Di Taro Hospital, NHS Local Agency of Parma, Italy, on behalf of GRECo; **Mara Contini**, Extensive Orthopaedic Rehabilitation Unit, Department of Medicine, Borgo Val Di Taro Hospital, NHS Local Agency of Parma, Italy on behalf of GRECo; **Domenico Nicolotti**, Intensive Rehabilitation Medicine Spinal Unit, Emergency Medicine Department, Villanova d'Arda Hospital, NHS Local Agency of Piacenza, Italy, on behalf of GRECo; **Monica Orsi**, Intensive Rehabilitation Medicine Spinal Unit, Emergency Medicine Department, Villanova d'Arda Hospital, NHS Local Agency of Piacenza, Italy.

Rehabilitation Complexity Scale – Extended Versione 13
(RCS-E v13)

Manuale

Indice

Premessa	pg 5
Caratteristiche Generali della Scala	pg 6
I Domini della Scala	pg 7
Cura o Rischio (C-R)	pg 7
<i>Sottodominio Cura (C)</i>	pg 7
<i>Sotto-Dominio Rischio (R)</i>	pg 8
Bisogni Infermieristici Specializzati (N)	pg 9
Bisogni di Cure Mediche (N)	pg 11
Bisogni Terapeutici (T)	pg 12
<i>Discipline Terapeutiche (TD)</i>	pg 12
<i>Intensità Terapeutica (TI)</i>	pg 13
Necessità di Ausili (E)	pg 14
Bibliografia	pg 16

Premessa

La scala di origine inglese, RCS (Rehabilitation Complexity Scale), nasce come strumento per valutare le caratteristiche ed i bisogni del paziente ricoverato in reparti di riabilitazione, al fine di poterne quantificare il costo a carico del sistema sanitario (Turner Stokes et al 2007).

E' stata inizialmente proposta per il paziente neurologico, ma per le sue caratteristiche informative e di pratico utilizzo, nel tempo, è stata impiegata nella valutazione della complessità di casistiche riabilitative più ampie (Hoffmann et al 2013).

Nella versione originale, proposta nel 2007 dalla Prof.ssa Lynne Turner Stokes del King's College London e dai suoi collaboratori, la scala RCS, rappresenta un misuratore di complessità ed indaga 4 domini: i bisogni di Cura, quelli infermieristici (i cui costi in UK si differenziano in relazione al grado di specializzazione dell'operatore), l'intensità (cioè il tempo da dedicare) dei trattamenti riabilitativi necessari ed i bisogni medici.

L'utilizzo dello strumento ha fatto emergere alcuni limiti della versione originale, che alla luce di varie informazioni e osservazioni quotidiane legate alle caratteristiche di complessità dei pazienti in cura, alla natura degli interventi necessari e dei conseguenti costi della riabilitazione, hanno portato, nel tempo, a una serie di revisioni migliorative (Turner-Stokes et al 2010, 2012). L'ultima versione oggi in uso in UK è la scala RCS-E v13, costituita dai 4 domini originali (aumentati nel numero di item esplicativi per valutare anche i livelli di intervento a maggior complessità, cioè gli interventi rappresentativi della massima intensità di cura) e di nuovi elementi. Nel Dominio dei bisogni di Cura la versione 13 della scala introduce un nuovo sotto-dominio, che contempla anche il fattore di Rischio. Con il nuovo Sotto-dominio la scala offre la possibilità di valutare come elemento di bisogno anche gli interventi conseguenti alla presenza di compromissione cognitiva e comportamentale dei pazienti, ed i conseguenti interventi di carattere psico-riabilitativo. Inoltre prevede che anche gli ausili, di fatto oggetto di spesa sanitaria, possano essere elementi di valutazione, aggiungendo un nuovo Dominio specifico. L'ultima versione inglese dello strumento, oggetto di validazione italiana attraverso un Progetto finanziato dalla Regione Emilia Romagna (Programma di ricerca Regione-Università 2010-2012. Area 2 - "Ricerca per il Governo clinico"), prevede quindi 5 domini: i 4 precedenti (implementati) a cui si aggiunge il sotto-dominio "Rischio" ed il Dominio "Ausili"(Rodà et al 2015, 2017)

La scala si caratterizza per semplicità e rapida somministrazione (5-15 min max). La sua validazione italiana (Rodà et al 2017), conseguente ad un processo di adattamento cross-culturale (vedi Rodà et al 2015), ha evidenziato come questo strumento di valutazione della complessità del paziente riabilitativo possa divenire elemento proponibile al sistema Sanitario Nazionale per individuare/confermare, il reale fabbisogno di prestazioni clinico-riabilitative nel setting più appropriato.

Caratteristiche Generali della Scala

La RCS E_v13 è una scala di Valutazione della Complessità Clinica in ambito riabilitativo.

La sua struttura si compone di 33 items, distribuiti in 5 Domini. Ogni Dominio indaga differenti livelli di bisogno del paziente.

Di seguito, in Tabella 1 sono riportati i domini della RCS E_v13, il numero di item che compongono ciascun dominio ed il punteggio ad essi attribuibile. Il dettaglio dei contenuti di ciascun dominio e le regole di attribuzione dei punteggi saranno discusse nel paragrafo successivo.

Tabella 1.

Dominio (Sotto-Dominio)	Acronimo	Item	Punteggio	Punteggio Totale
Cura o Rischio	C-R	10		0-4
Cura	C	5	0-4	
Rischio	R	5	0-4	
Bisogni infermieristici specializzati	N	5	0-4	0-4
Bisogno di cure mediche	M	5	0-4	0-4
Bisogni terapeutici	T	10		0-8
Discipline Terapeutiche	TD	5	0-4	
Intensità Terapeutica	TI	5	0-4	
Necessità di ausili	E	3	0-2	
Totale				0-22

Come osservabile dalla Tabella 1, la somministrazione della scala RCS-E v13 restituisce un punteggio totale compreso tra 0 e 22. Il punteggio più basso (0) rappresenta il paziente non complesso, mentre il punteggio 22 esprime i bisogni del paziente a più alta complessità.

Il punteggio totale di scala è dato dalla somma dei punteggi dei singoli domini pertanto:

$$\text{Punteggio RCS E_v13} = \text{C-R (dato dal punteggio massimo tra C vs R)} + \text{N} + \text{M} + \text{T (dato da TD + TI)} + \text{E}$$

La scala prevede un Tempo di Somministrazione complessivo di massimo 15 minuti.

Per una corretta caratterizzazione del bisogno del paziente e quindi per una attendibile valutazione della sua complessità, l'attribuzione del punteggio agli item di scala deve essere rappresentativo del bisogno reale cioè quello osservabile al momento della somministrazione.

Tale bisogno dovrebbe prescindere dalle possibilità di offerta della struttura.

I Domini della Scala

Tutti i domini della scala presentano un layout in tre differenti colorazioni, che hanno la finalità di guidarne la somministrazione e l'attribuzione del punteggio:

- in **NERO** è espressa la **descrizione** del contenuto degli item
- in **BLU** sono riportate le **istruzioni** per la compilazione
- in **ROSSO** sono indicati i **suggerimenti** proposti per aiutare la compilazione

Dominio Cura o Rischio (C-R)

Il Dominio Cura o Rischio (C-R) si compone di 2 Sotto-Domini, il sotto-dominio Cura (C) e quello di Rischio (R).

C indaga il bisogno di cure di base e di sostegno ed esprime, attraverso un punteggio compreso tra 0 e 4, il livello di assistenza necessaria al paziente per la cura personale.

R rappresenta la valutazione dei bisogni cognitivo-comportamentali. Con un punteggio compreso tra 0 e 4, R permette di valutare il livello di assistenza necessaria al paziente per mantenere un'adeguata sicurezza personale. La presenza di Rischio è valutabile principalmente, MA NON ESCLUSIVAMENTE, nel caso in cui il paziente deambuli e sia quasi totalmente autosufficiente nella cura. La condizione da considerare come primariamente fonte di un punteggio diverso da R0 è la presenza di COMPROMISSIONI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI che interferirebbero con la capacità del paziente di salvaguardare la propria sicurezza personale.

In Tabella 2 un estratto dalla Scala RCS-E v13 del Dominio C-R

Tabella 2.

Per ogni sotto-scala, cerchiare il massimo livello applicabile	
CURA o RISCHIO Descrive il livello di assistenza necessaria al paziente per la propria cura personale o per mantenere un'adeguata sicurezza personale NB: Se non sei sicuro sulla risposta da registrare, segna entrambe le opzioni "CURA e RISCHIO", ma applica un solo punteggio, quello di score maggiore tra i due.	
BISOGNO DI CURE DI BASE E SOSTEGNO Include l'assistenza per le attività di base (sia in termini di aiuto fisico che di supervisione) Comprende: lavarsi, vestirsi, igiene, bisogni corporali, alimentazione e nutrizione, mantenimento della sicurezza personale, ecc.	
C 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.
C 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
C 2	Richiede l' aiuto di 2 persone per la maggior parte dei propri bisogni di cura di base
C 3	Richiede l' aiuto di ≥ 3 persone per bisogni di cura di base
C 4	Richiede supervisione costante 1:1 ad es. per gestire la confusione e per mantenere la propria sicurezza

RISCHIO – LEGATO A BISOGNI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

(Una assistenza alternativa principalmente per pazienti “Disabili Deambulanti” i quali possono essere capaci di gestire tutti/o la maggiore parte dei propri bisogni assistenziali di base, ma che presentano qualche rischio di sicurezza personale ad es., a causa di confusione, comportamento impulsivo o disturbi neuropsichiatrici)

Include la supervisione per preservare la sicurezza personale o gestire la confusione, ad es. in pazienti che hanno la tendenza a vagabondare, oppure per gestire i bisogni psichiatrici o di salute mentale.

R 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
R 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
R 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.)
R 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
R 4	Rischio molto elevato – Richiede supervisione costante 1:1 Richiede una supervisione costante 1:1

Di seguito alcune Regole di attribuzione dei punteggi per il Dominio C-R

Sotto-Dominio Cura:

La necessità di impiego di un **sollevatore** determina l'attribuzione di punteggio al sotto-dominio di 3.

Necessità di Sollevatore = C3

Il sollevatore è considerato l'equivalente di 2 persone, inoltre l'uso dello strumento richiede 1 persona, quindi complessivamente l'uso del sollevatore è considerabile equivalente a 3 persone.

Sotto-Dominio Rischio:

E' attribuibile un punteggio diverso da 0 (quindi punteggio ≥ 1) se:

- il paziente è autonomo o parzialmente autonomo negli spostamenti o abile nei propri bisogni, ma cognitivamente compromesso
- Vi è presenza di Neglet.
- Va invece attribuito un punteggio pari a 0 al sotto-dominio R se sono presenti le seguenti condizioni, NON considerabili come fattori di Rischio quantificabili in questa voce dello strumento:
 - Rischio di Caduta dovuto a deficit fisico-motorio
 - Afasia Espressiva
 - Deflessione del Tono dell'Umore (Attenzione per questa condizione: nonostante di per sè NON rappresenti un fattore di rischio, prima di attribuire un punteggio R0 valutare il quadro complessivo del paziente)
 - Depressione Maggiore quando vi è un compenso farmacologico

Dominio “Cura o Rischio”

Il punteggio totale del Dominio “Cura o Rischio” prevede un solo punteggio compreso tra 0 e 4.

Tale punteggio corrisponderà o alla valutazione dei bisogni di Cura (0-4) o dei bisogni legati al Rischio (0-4). La scelta dipende dal valore più alto tra i due, come chiarito nell'esempio seguente:

Esempio

Pz obeso, con assenza di controllo del tronco da seduto, disorientato Spazio-Temporalmente e con agitazione psico-motoria

L'obesità e la mancanza del controllo di tronco fanno presumere la necessità di almeno tre persone per il bisogno di cure di base:

score C = 3

L'assenza del controllo del tronco, nonostante il disorientamento e l'agitazione psicomotoria, comporta un basso rischio:

score R = 1

➤ Lo score attribuibile al Dominio sarà quello maggiore tra C o R quindi score Dominio "Cura o Rischio" = 3

Bisogni Infermieristici Specializzati (N)

Il Dominio "Bisogni Infermieristici Specializzati" valuta il livello di complessità dell'intervento infermieristico necessario al paziente ricoverato in riabilitazione. Il punteggio attribuibile a questo dominio è compreso tra 0, che indica la mancanza di bisogno assistenziale infermieristico e 4, rappresentante di una intensa complessità assistenziale.

In Tabella 3 un estratto dalla Scala RCS-E v13 del Dominio N

Tabella 3.

BISOGNI INFERMIERISTICI SPECIALIZZATI		
Descrive il livello dell'intervento infermieristico qualificato di un infermiere competente/qualificato o specializzato		
N 0	Nessuna necessità di cure infermieristiche qualificate – le necessità possono essere soddisfatte dai soli operatori sanitari (OSS)	<p>Spuntare le discipline infermieristiche richieste e sotto indicate:</p> <p><input type="checkbox"/> Personale OSS</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica di base</p> <p><input type="checkbox"/> Infermiere addestrato in riabilitazione</p> <p><input type="checkbox"/> Infermiere addestrato nei programmi di salute mentale</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica palliativa</p> <p><input type="checkbox"/> Infermiere specializzato in neurologia (es. morbo di Parkinson, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro</p>
N 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.)	
N 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	
N 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	
N 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.).	

Alcune considerazioni importanti da ricordare per la corretta somministrazione del Dominio:

- Lo **Score aumenta** all'aumentare della **complessità** del bisogno assistenziale e quindi della expertise richiesta alla figura professionale infermieristica
- Le istruzioni scritte in blu esplicitano, con alcuni esempi, cosa si intende per infermiere competente, esperto in riabilitazione e/o altamente specializzato, facilitando l'assegnazione del punteggio ai bisogni del paziente.
- Le **discipline infermieristiche**, elencate in rosso nel riquadro a destra della Tabella 3 (Personale OSS, Assistenza infermieristica di base, Infermiere addestrato in riabilitazione, Infermiere addestrato nei programmi di salute mentale, Assistenza infermieristica palliativa, Infermiere specializzato in neurologia (*es. morbo di Parkinson, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica*) e Altro) rappresentano dei **suggerimenti** che, se necessario, possono essere presi in considerazione per l'attribuzione di punteggio durante la somministrazione del strumento. **Non** è tuttavia **obbligatorio spuntarle** per attribuire il punteggio al dominio "Bisogni Infermieristici". Il termine "Addestrato in...", nelle discipline in oggetto, vuole descrivere una competenza già acquisita in seguito ad un periodo di almeno 1 anno di esperienza in reparto. Periodo considerato sufficiente nell'affinare le conoscenze di base e acquisire quelle specifiche che consentano all'infermiere di interfacciarsi e collaborare in team con gli altri professionisti della riabilitazione quali il medico specialista di Medicina fisica e riabilitativa, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, lo psicologo etc.
- La presenza di **Ventilazione Meccanica** per il paziente va valutata con punteggio N4 se il paziente è Clinicamente Instabile, altrimenti va attribuito un punteggio pari a N3
- La necessità di assistenza infermieristica alla dimissione, se presente, corrisponde ad un punteggio pari a N1
- Il bisogno di assistenza infermieristica dato dalla necessità di effettuare delle **Medicazioni** corrisponde ad un punteggio pari a N1 o N2. L'attribuzione di uno dei due punteggi dipende dalla semplicità o complessità della Medicazione stessa. In Tabella 4 alcuni esempi rappresentativi di Medicazioni Semplici (attribuzione punteggio pari a N1) e Complesse (Attribuzione Punteggio pari a N2).

Tabella 4.

ESEMPI DESCRITTIVI DI MEDICAZIONI SEMPLICI E COMPLESSE

MEDICAZIONE SEMPLICE

Le medicazioni semplici vengono eseguite sulle ferite asettiche, senza evidenti complicazioni e destinate a guarire per prima intenzione.

Sono un esempio di questa categoria:

- ferita chirurgica con minima secrezione sierosa e punti di sutura in sede: detersione con soluzione fisiologica, disinfezione con betadine soluzione, medicazione a piatto con garza sterile e cerotto.
- abrasione da contatto accidentale: detersione con soluzione fisiologica, disinfezione con betadine soluzione, applicazione di garza grassa, poi garza sterile a piatto e cerotto.
- LDD 1°-2° stadio, di dimensioni limitate, scarsa secrezione sierosa, lieve arrossamento cutaneo: detersione con soluzione fisiologica, disinfezione con betadine soluzione, applicazione idrobenda, poi garza sterile a piatto e cerotto.

MEDICAZIONE COMPLESSA

Le Medicazioni Complesse sono quelle che necessitano di materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità e tendenza ad interagire con la sede di lesione ed a stimolare una reazione specifica. es: alginato, collagene, idrocolloidipoliuretano, idrogel.

Di seguito alcuni esempi rappresentativi:

- diastasi di sternotomia o safenectomia, con slough dei bordi, secrezione sierosa o corpuscolata: curettage / rimozione dello slough ,detersione con soluzione fisiologica, disinfezione con betadine soluzione della cute integra perilesionale, applicazione di Microdacyn spray, poi, a seconda della profondità' della lesione, schiuma di poliuretano+ag oppure cutimed sorbact oppure zaffo con alginato. Copertura con garza sterile e cerotto. Foto della lesione e rilevazione delle dimensioni. Se indicato/prescritto aspirato dal fondo della lesione dopo accurata detersione di materiale per es. colturale.
- LDD 3° STADIO, necrosi secca e/o slough giallo: curettage del fondo e dei bordi, a tappe successive fino ad asportare tutto il materiale necrotico/colliquato. Detersione con fisiologica, disinfezione con betadine soluzione, idrogel per facilitare lo sbrigliamento sul fondo e sulle pareti, zaffo con alginato e argento, protezione della cute perilesionale con bioderm dermoleato, garza sterile e mexif o opsite a fissare. Foto della lesione e rilevazione delle dimensioni.

Bisogni di Cure Mediche (M)

Il Dominio restituisce indicazioni del Livello di cure mediche richieste per la gestione di interventi medico-chirurgici. E' composto da 5 Item e ha un punteggio compreso tra 0-4.

In Tabella 5 un estratto dalla Scala RCS-E v13 del Dominio M

Tabella 5.

BISOGNI DI CURE MEDICHE Descrive il livello di cura medica richiesta per la gestione di interventi medici/chirurgici		
M 0	Nessun intervento medico attivo Gestibile dal medico di medicina generale con controlli occasionali	Spuntare gli interventi medici richiesti: <input type="checkbox"/> Analisi del sangue <input type="checkbox"/> Diagnostica per immagini (TC/RM) <input type="checkbox"/> Altre indagini (Definisci il tipo)
M 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	
M 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.	

M3	<p>Condizione medica/psichiatrica potenzialmente instabile - Richiede copertura medica/psichiatrica continuativa</p> <p>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.</p>	<input type="checkbox"/> Adeguamento/monitoraggio dei farmaci <input type="checkbox"/> Procedura chirurgica (es. <i>tenotomia</i>) (definisci il tipo) <input type="checkbox"/>
M4	<p>Problema acuto medico/chirurgico (o crisi psichiatrica)</p> <p>Richiedente intervento di emergenza</p> <p>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</p>	<input type="checkbox"/> Procedura medica (es. <i>tossina botulinca</i>) (definisci il tipo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opzione specialistica (Disciplina?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Argomenti medico-legali o di capacità (di intendere e volere) <input type="checkbox"/> Altro.....

Di seguito alcune informazioni utili alla somministrazione:

- Come nel Dominio N, anche in questo caso, i suggerimenti in rosso (“**spuntare gli interventi medici richiesti**”) rappresentano solo un aiuto nell’attribuzione dei punteggi al bisogno di cure mediche, **senza obbligo di compilazione**.
- **punteggio = 1** (M1), si attribuisce ad esempio a fronte di pazienti ricoverati in Strutture con Assistenza Infermieristica (es RSA) o in Regime di Day Hospital
- **punteggio = 2** (M2) si attribuisce ad esempio a fronte di pazienti ricoverati con bisogno di Assistenza Medica nelle 24 ore
- **punteggio = 3** (M3) è da assegnare per pazienti ricoverati potenzialmente instabili, i cui bisogni devono essere gestiti in un luogo dove sia presente copertura medico/psichiatrica di emergenza 24 ore su 24. Lo stesso punteggio può essere attribuito in caso di presenza di Ipersecrezione, poiché rappresenta una condizione di scarsa stabilità del paziente.

Di seguito un **Esempio** di situazione la cui valutazione può essere M3:

Esempio

Piccolo Ospedale privo di un reparto di anestesia rianimazione, MA che possiede, tra i suoi dipendenti, un anestesista di guardia notturna, che in caso di bisogno (es crisi respiratoria) interviene per stabilizzare il paziente, i bisogni del paziente, in questo caso, rappresentano una complessità Medica pari a M3.

Bisogni Terapeutici (T)

Il Dominio “Bisogni Terapeutici” (T) si compone di 2 Sotto-Domini, il sotto-dominio “Discipline Terapeutiche” (TD) e “Intensità Terapeutica” (TI).

TD indaga il **numero di discipline riabilitative** necessarie al paziente. Il suo punteggio è compreso tra 0 e 4.

T7 restituisce informazioni riguardanti invece l'Intensità del trattamento, e come TD ha un punteggio compreso tra 0 e 4.

In Tabella 6 un estratto dalla Scala RCS-E v13 del Dominio T

Tabella 6.

BISOGNI TERAPEUTICI		
Descrive: a) il numero delle diverse discipline richieste a fini terapeutici b) l'intensità del trattamento Include sedute individuali o di gruppo condotte da terapisti, ma <u>NON interventi riabilitativi da parte del personale infermieristico</u> , che sono indicati alla voce N2.		
Discipline terapeutiche: dichiara il numero delle diverse discipline di trattamento alle quali è richiesto di essere attivamente coinvolte nel trattamento		
TD 0	0 – nessun coinvolgimento di terapisti	Spuntare le discipline di trattamento richieste: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia occupazionale <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Dietetica <input type="checkbox"/> Assistenza sociale <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> Musicoterapia/Arteterapia <input type="checkbox"/> Ludoterapia/Scuola <input type="checkbox"/> Terapia ricreativa <input type="checkbox"/> Centro per l'impiego più <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Ortesica <input type="checkbox"/> Protesica <input type="checkbox"/> Bioingegnere <input type="checkbox"/> Altro
TD 1	Solo 1 disciplina	
TD 2	2-3 discipline	
TD 3	4-5 discipline	
TD 4	≥6 discipline	

Intensità terapeutica: dichiara l'intensità complessiva dell'intervento terapeutico <u>specializzato</u> richiesto al team nel suo insieme	
TI 0	Nessun intervento terapeutico O 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
TI 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
TI 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. 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).
TI 3	Alto livello – Intervento quotidiano con terapeuta PIÙ assistente e/o sedute di gruppo aggiuntive 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.
TI 4	Livello molto elevato – molto intensivo (es. 2 terapisti esperti o terapia 1:1 per un totale >30 ore/settimana) 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 > 30) ore di terapia totale a settimana.

Durante la somministrazione del Dominio T è importante ricordare:

- Il Sotto_Dominio TD non considera gli interventi che devono essere contemplati in altro Dominio Specifico quali ad esempio quello Infermieristico (Es.: Gestione PEG, Mobilizzazione Pz, Educazione Familiari attuati dal personale infermieristico etc)
- L'attribuzione del punteggio deve considerare il Bisogno del Paziente e non la disponibilità della struttura (es Bisogno di T. Occupazionale o di Valutazione/Riabilitazione Neuropsicologica)
- Come in precedenti Domini, Le **discipline di trattamento**, elencate in rosso, rappresentano dei suggerimenti che, se necessario, possono essere presi in considerazione per la somministrazione della scala. **Non è tuttavia obbligatorio spuntarle** per attribuire il punteggio al dominio "Bisogni Terapeutici" (TD)
- Il **Punteggio Totale** del Dominio "Bisogni Terapeutici" prevede la **Somma** del punteggio attribuito a TD (0-4) e quello di TI (0-4), come chiarito nell'esempio seguente:

Esempio

Paziente che richiede:
 Trattamento Fisioterapico, Logopedico, Psicologico e di Terapia Occupazionale:
Punteggio TD = 3
 Intensità di Intervento Media (trattamento quotidiano di 2-3 h per 5 giorni a settimana):
Punteggio TI = 2
 ➤ Il Punteggio attribuibile al Dominio T sarà TD + TI = **Dominio "Bisogni Terapeutici" = 5**

Necessità di Ausili (E)

Il Dominio "Necessità di Ausili" (E) descrive il bisogno di ausilio del paziente riabilitativo. Il punteggio del dominio, composto da 3 item, è compreso tra 0 e 2.

In Tabella 7 un estratto dalla Scala RCS-E v13 del Dominio E

Tabella 7.

NECESSITA' DI AUSILI Descrive i requisiti per ausili personali			
E 0	Nessun bisogno di ausili speciali	Ausili Speciali di Base:	Ausili Altamente Specializzati:
E 1	Richiede ausili speciali di base (disponibile sul mercato)	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle/seduta per disabili <input type="checkbox"/> Cuscino antidecubito <input type="checkbox"/> Materasso speciale <input type="checkbox"/> Ausili per la postura eretta <input type="checkbox"/> Ortesi <input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> Controllo ambientale <input type="checkbox"/> Ausilio per la comunicazione Sistema di seduta personalizzata <input type="checkbox"/> Ausilio per mantenere la posizione eretta personalizzato <input type="checkbox"/> Ortesi personalizzata <input type="checkbox"/> Ventilazione assistita <input type="checkbox"/> Altro
E 2	Richiede ausili altamente specializzati es. tecnologia elettronica di supporto o ausili altamente personalizzati, realizzati o adattati specificamente per il singolo paziente		

Durante la somministrazione del Dominio è Importante ricordare:

- **Gli elenchi di Ausili di Base e Personalizzati**, riportati in rosso nella scala, rappresentano dei **suggerimenti** che, se necessario, possono essere presi in considerazione per la somministrazione. **Non è** tuttavia **obbligatorio spuntare le singole voci** per attribuire il punteggio al dominio “Necessità di Ausili”

- **Punteggio = 2 (E2)** attribuibile ai paziente che necessitano di qualsiasi sistema posturale, o in generale, qualsiasi altro ausilio progettato/assemblato su misura (es tutore di posizionamento di un arto costruito su misura, protesi definitive etc)

- Nella condizione in cui il Paziente avesse bisogno immediato di Ausilio Personalizzato, ma la fornitura non potesse avvenire prima di 2 gg, il punteggio da attribuire alla valutazione del bisogno sarà pari a alla necessità osservata al momento della somministrazione della scala, pertanto il punteggio sarà E2. Se durante la somministrazione vi è certezza che il paziente avrà necessità futura di un ausilio personalizzato, il punteggio da attribuire in scala dovrà essere E1 perché rappresentativo del bisogno osservato al momento della valutazione.

Bibliografia

- Hoffman K, West A, Nott P, Cole E, Playford D, Liu C et al. Measuring acute rehabilitation needs in trauma: preliminary evaluation of the Rehabilitation Complexity Scale. *Injury*. 2013; 44(1): 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2011.11.001> PMID: 22130452
- Rodà F, Agosti M, Corradini E, Lombardi F, Maini M, Brianti R. Cross-cultural adaptation and preliminary test-retest reliability of the Italian version of the Complexity Rehabilitation Scale-Extended (13th version). *Eur J Phys Rehabil Med* 2015; 51(4): 439–446. PMID: 24621987
- Roda F, Agosti M, Merlo A, Maini M, Lombardi F, Tedeschi C, et al. (2017) Psychometric validation of the Italian Rehabilitation Complexity Scale-Extended version 13. *PLoS ONE* 12(10): e0178453. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178453>
- Turner-Stokes L, Disler R, Williams H. The Rehabilitation Complexity Scale: a simple, practical tool to identify “complex specialised” services in neurological rehabilitation. *Clin Med*. 2007; 7(6): 593–599.
- Turner-Stokes L, Scott H, Williams H, & Siegert R. The Rehabilitation Complexity Scale—extended version: detection of patients with highly complex needs. *Disabil Rehabil* 2012; 34(9): 715–720. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.615880> PMID: 22115200
- Turner-Stokes L, Williams H, Siegert RJ. The Rehabilitation Complexity Scale version 2: a clinimetric evaluation in patients with severe complex neurodisability. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010; 81(2): 146–153. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.173716> PMID: 19587391