

Il progetto “Appropriatezza di ricovero riabilitativo in regime di degenza nella Regione Emilia Romagna” e l’utilizzo della Scala RCS-E v13

RODOLFO BRIANTI

BOLOGNA 25 GENNAIO 2017
CARATTERISTICHE E MODALITÀ DI GESTIONE DELLA NUOVA SDO RIABILITATIVA

AGENDA

1. Il progetto di ricerca
2. La RCS-E v13
3. Il sistema UKROC



2 Marzo

2012

LA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA:

A APPROPRIATEZZA NELLA SCELTA DEL SETTING

OBIETTIVO Definire i criteri prognostici per indirizzare o meno il paziente al trattamento riabilitativo da effettuare in regime di ricovero ospedaliero o in ambito extraospedaliero.

08.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

08.45 SALUTO DELLE AUTORITÀ

Loris Borghi, Leonida Grisendi

09.00 INTRODUZIONE

Rodolfo Brianti, Salvatore Ferro

MODERATORI *Maria Grazia Benedetti, Michele Bertoni*

09.15 Appropriata: cos'è?

Lorena Franchini

09.45 Adattare il percorso del paziente a contenitori predefiniti.

La situazione in Emilia Romagna: banca dati SDO
Stefania Testoni, Daniela Delaidini

10.15 Complessità, comorbidità, disabilità. Valutare per scegliere.

Maurizio Maini

10.45 Spunti critici per una riflessione sull'appropriatezza.

Roberto Iovine

10.15 PAUSA CAFFÈ

11.30 DISCUSSIONE

Discussant: Massimo Fabi, Tiziano Carradori

Moderatore *Francesco Lombardi*

12.15 TAVOLA ROTONDA:

Disomogeneità ed Inappropriatezza, come migliorare.

Partecipano: Nino Basaglia, Andrea Naldi, Relatori e Moderatori

13.30 PAUSA PRANZO

Moderatori *Rodolfo Brianti, Salvatore Ferro*

14.30 ASSEMBLEA: DEFINIZIONE DI UN DOCUMENTO CONDIVISO

17.00 CHIUSURA LAVORI

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Rodolfo Brianti

Direttore Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma
Tel. +39 0521 703246

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

*Barbara Zaccaria, Monalda Dellapina,
Antonella Tanzi*

Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo

Via Gramsci, 14 - 43100 Parma

Tel: +39 0521 703245

e-mail: mdellapina@ao.pr.it

e-mail: atanzi@ao.pr.it

RELATORI E MODERATORI

Nino Basaglia (FE)
Maria Grazia Benedetti (BO)
Michele Bertoni (VA)
Loris Borghi (PR)
Rodolfo Brianti (PR)
Tiziano Carradori (RA)
Daniela Delaidini (PR)
Massimo Fabi (PR)
Salvatore Ferro (BO)
Lorena Franchini (RE)
Leonida Grisendi (PR)
Roberto Iovine (BO)
Francesco Lombardi (RE)
Maurizio Maini (PC)
Andrea Naldi (CE)
Stefania Testoni (RE)

DESTINATARI E MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Alla giornata di studio sono invitati a partecipare le seguenti figure professionali:
Medico Chirurgo, Medico di Medicina Generale, Infermiere, Fisioterapista, Logoterapista, Terapista Occupazionale.

La partecipazione è gratuita. Si prega di comunicare la propria adesione a mezzo e-mail alla Segreteria Organizzativa.

CREDITI ECM

L'evento prevede l'Accreditamento Regionale per il rilascio dei crediti formativi ECM

CON IL PATROCINIO DI:

"S.I.M.F.E.R." REGIONE EMILIA ROMAGNA

"ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE" REGIONE EMILIA ROMAGNA

INAPPROPRIATEZZA

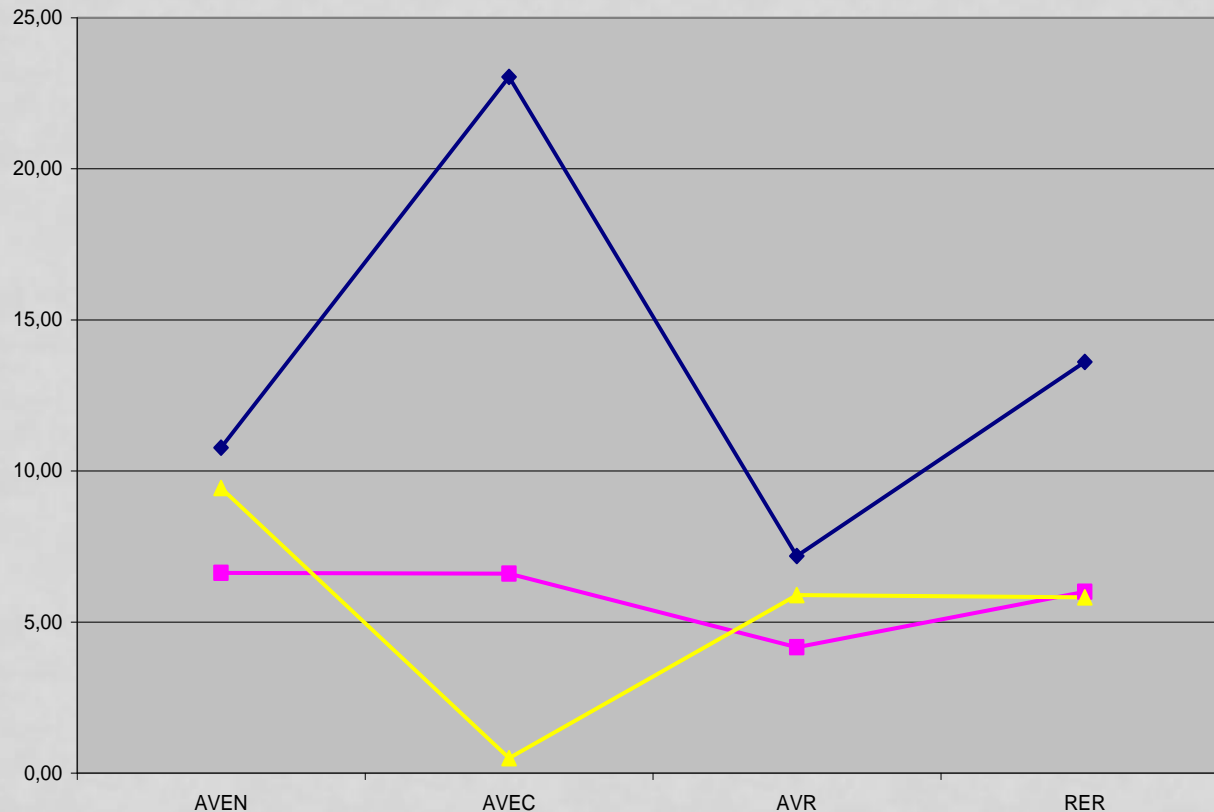
In Italia, una prestazione disomogenea di servizi riabilitativi è un problema ben noto, come chiaramente illustrato nel Report Ministeriale, pubblicato nel 2013, in cui sono riportati gli esiti di un'analisi di flusso condotta sulle Attività di Ricovero in Riabilitazione Ospedaliera in riferimento al triennio 2010-2012.

In Emilia Romagna, l'Analisi dei dati SDO riferiti all'anno 2010, ha mostrato un'offerta riabilitativa e di impiego di risorse clinico-assistenziali non equamente distribuita.

CODIFICHE SDO SUDDIVISE PER AREA VASTA

ANNO 2010 RER

Grafico 1. N° ricoveri cod 56 ogni 10.000 abitanti (anno 2010)

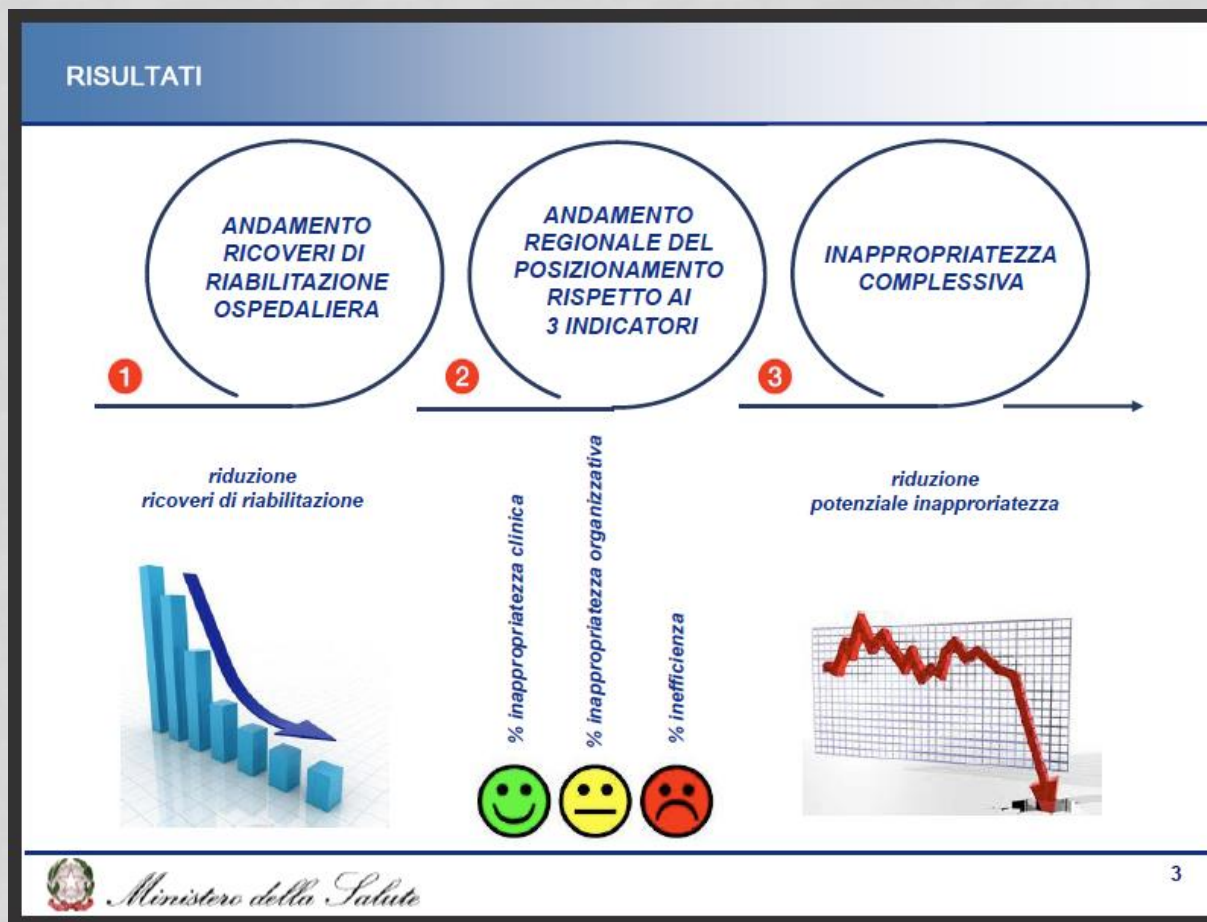


◆ Ortopedica
■ Neurologica
▲ Cardiologica

Piacenza	6,81 ‰
Parma	6,09 ‰
Reggio E.	1,21 ‰
Modena	5,32 ‰
Bologna	3,29 ‰
Ferrara	0,45 ‰
Ravenna	1,93 ‰
Forli-Ce	2,3 ‰
Rimini	4,3 ‰

Tasso grezzo di ospedalizzazione
3,85 ‰ in cod. 56
(riabilitazione intensiva)

COSA DICE IL MINISTERO: DATI MINISTERIALI SULL'APPROPRIATEZZA NEL TRIENNIO 2010-2012



DATI MINISTERIALI (REPORT 2010-2012)

SINTESI TREND 2010 - 2012

Il **flusso informativo delle SDO** può essere **utilizzato solo parzialmente** per rappresentare e quantificare la potenziale **inappropriatezza** ed inefficienza dei ricoveri di riabilitazione in quanto non consente di rilevare alcuni parametri quali:

- stato funzionale e multimorbilità dei pazienti
- variazione dello stato di salute all'inizio ed alla fine ricovero
- out come dell'intervento riabilitativo
- prestazioni erogate nell'ambito del ricovero.

Risente, inoltre, dell'elevata **variabilità** nelle modalità di codifica dei ricoveri tra le **Regioni**.



PROGETTO EMILIA-ROMAGNA

“Linee d’indirizzo per la Riabilitazione”

(G.U. N.50 2/3/2011)

fabbisogno clinico-riabilitativo determinato da tre dimensioni:

- **Disabilità** ✓
- **Comoborbidità** ✓
- **Complessità Clinica** ?

Indispensabile individuare **strumenti** in grado di fornire indicazioni sulla **Complessità Clinica** per **Migliorare l’Appropriatezza Clinica** e l’Erogazione dei **Servizi** nei reparti di **Riabilitazione**.

DALLA DEFINIZIONE DELL'INAPPROPRIATEZZA
IN ECCESSO
ALLA RICERCA DI UN SISTEMA ALTERNATIVO DI CODIFICA

Letteratura e pratica clinica dimostrano:

- l'esistenza di consolidati strumenti di valutazione di disabilità (es **Barthel Index - BI**) e comorbidità (es **Cumulative Illness Rating Scale - CIRS**)
- **difficoltà** nella classificazione della **Complessità Clinica**

SCALA COMPLESSITÀ CLINICA

INTERMED

Complexity Prediction Instrument

Vector Model of Complexity

Rehabilitation Complexity Scale

SCALA COMPLESSITÀ CLINICA

Rehabilitation Complexity Scale –
Extended
(Version 13°)

RCS-E v13

LO STUDIO

Proposto un **modello diagnostico** secondo cui valutare il fabbisogno riabilitativo del paziente e verificare il grado di inappropriatezza dei ricoveri intensivi.

(Nel progetto l'attenzione è stata rivolta alla sola **Riabilitazione Intensiva**)

Il **modello diagnostico** ha previsto:

- La Validazione della versione italiana, di uno strumento per la valutazione della complessità clinica: la **Rehabilitation Complexity Scale (RCS-E v13)**
- L'uso del nuovo strumento insieme a scale note per la rilevazione di comorbidità e disabilità (**CIRS** e **BIm**)
- La definizione, per la prima volta sul territorio nazionale, di **criteri clinici di appropriatezza di ricovero** in riabilitazione intensiva

OBIETTIVO

Migliorare l'appropriatezza d'uso dei reparti di riabilitazione intensiva, attraverso l'introduzione di strumenti per la valutazione della complessità clinica (disabilità e comorbidità)

Primario

- **Definizione di punteggi soglia della RCS in grado di orientare i percorsi di cura riabilitativa più appropriati**

Secondari

- **Validazione della traduzione italiana della scala di Complessità Clinica (Rehabilitation Complexity Scale – RCS)**
- **Definizione di un indicatore cumulativo di appropriatezza da aggiungere al sistema informativo SDO attualmente in uso in Regione (analisi automatizzate dell'appropriatezza)**
- **Verifica dell'applicabilità di un set di criteri che potrebbero essere adottati, in un secondo tempo, da tutti i centri riabilitativi della Regione**

METODOLOGIA

Validazione trans-culturale RCS



Costituzione Panel e
Definizione criteri



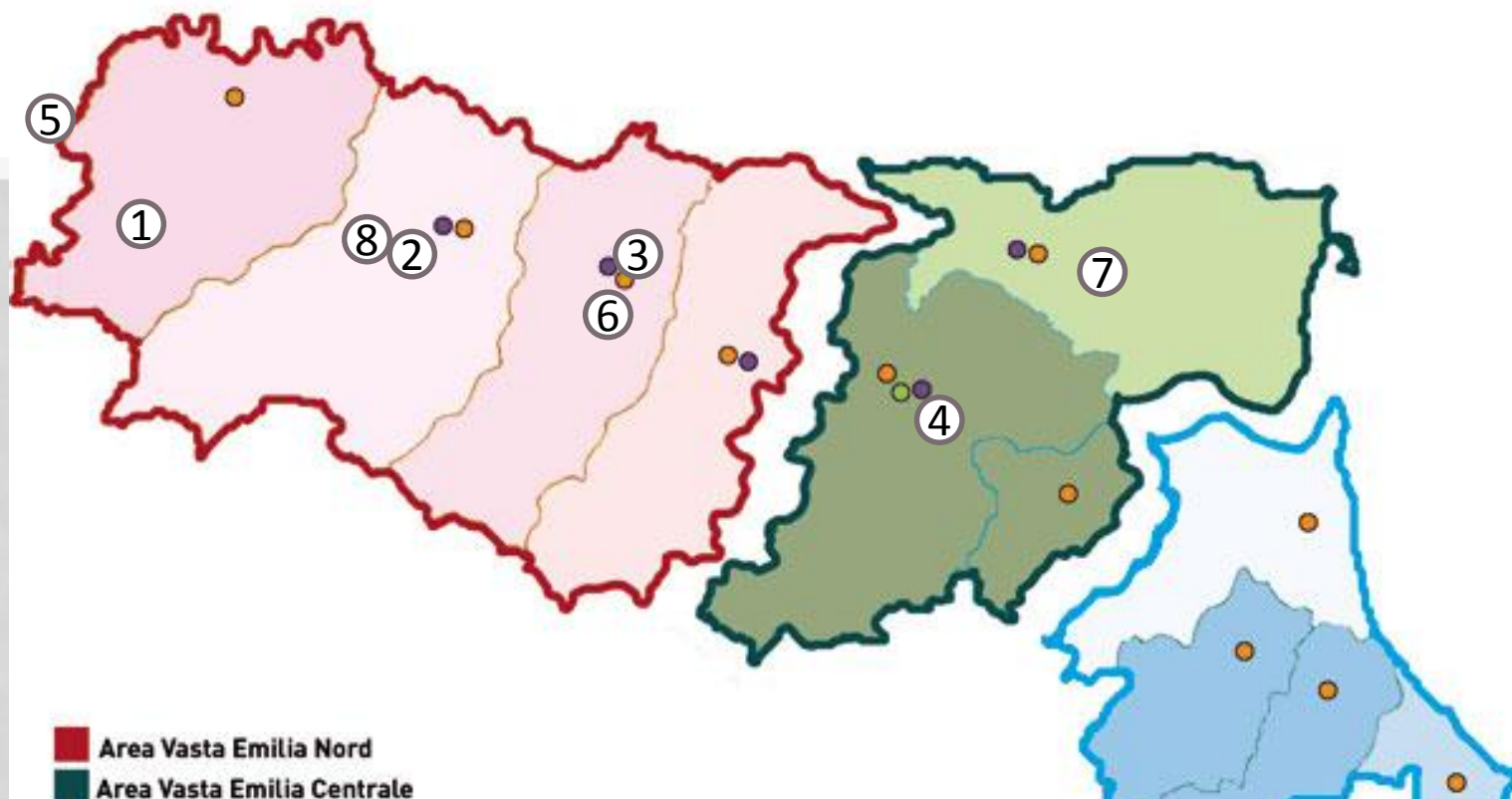
Preparazione Case Report Form e
Database



Raccolta dati



Analisi statistica



- Area Vasta Emilia Nord
- Area Vasta Emilia Centrale
- Area Vasta Romagna
- Azienda Unità sanitaria locale
- Azienda Ospedaliera e Ospedaliero-Universitaria
- Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

- 1 = Casa di Cura San Giacomo (PC)
- 2 = AOU di Parma Medicina Riabilitativa
- 3 = AUSL di R.E. Ospedale di Correggio Neuroriabilitazione
- 4 = IRCCS Rizzoli Medicina riabilitativa
- 5 = AUSL di Piacenza Ospedale di Borgonovo Val Tidone
- 6 = ASMN di Reggio Emilia Medicina Riabilitativa
- 7 = AOU di Ferrara Ospedale S. Giorgio Medicina Riabilitativa
- 8 = AUSL di Parma Medicina Riabilitativa Borgotaro

GRUPPO DI LAVORO

Parma

P.I. _ Dott. Rodolfo Brianti

MD rilevatore _ Dott.ssa Elisa Corradini

Dott.ssa Serena Maselli

Dott. Davide Romiti

Dott.ssa Sara Olvirri

D.M. _ Dott. Andrea Merlo

BioStat _ FT Maurizio Agosti

PM _ Dott.ssa Francesca Rodà

Coordinamento Delphi Panel

Dott.ssa Luciana Bevilacqua

Prof.ssa Silvana Castaldi

Prof. Francesco Auxilia

Centri partecipanti

Dott. Lombardi Francesco, Dott.ssa Paola Marchetti
AUSL di Reggio Emilia, Ospedale di Correggio

Dott. Maurizio Maini, Dott. Giordano Ambiveri, Dott.
Emanuele Perrotti, Dott. Marcello Giacani
Casa di Cura San Giacomo (PC)

Dott. Giovanni Delnevo, Dott.ssa Mara Contini
AUSL di Parma, Ospedale Santa Maria Borgo Val di Taro

Dott. Domenico Nicolotti, Dott.ssa Monica Orsi
AUSL di Piacenza, Ospedale Villanova d'Arda

Dott. Claudio Tedeschi, Dott.ssa Stefania Testoni
ASMN di Reggio Emilia

Dott.ssa Maria Grazia Benedetti, Dott.ssa Silvia Bonfiglioli-
Stagni
IRCCS Rizzoli

Dott. Nino Basaglia, Dott. Amedeo Bertocchi, Dott.ssa Silvia
Carli, Dott. Fernando De Filippo, Dott.ssa Marta Carta
AOU di Ferrara, Ospedale San Giorgio

Dott.ssa Anais Rampello
AOU di Parma

RISULTATI RCS-E V13 CROSS-CULTURAL VALIDATION



EUR J PHYS REHABIL MED 2015;51:439-46

Cross-cultural adaptation and preliminary test-retest reliability of the Italian version of the Complexity Rehabilitation Scale - Extended (13th version)

F. RODÀ ^{1, 2}, M. AGOSTI ¹, E. CORRADINI ¹, F. LOMBARDI ³, M. MAINI ⁴, R. BRIANTI ¹

INIZIO RACCOLTA DATI

START: 25/07/2014



STOP: 25/07/2015



RISULTATI

1712 Pazienti

Neuro



N 520
30,4%

Orto

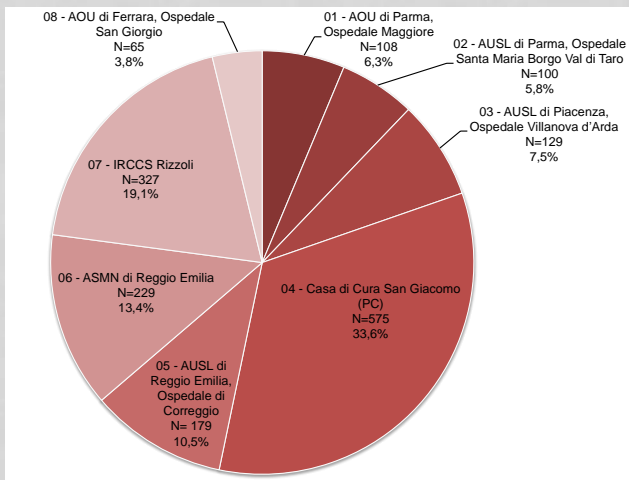


N 779
45,5%

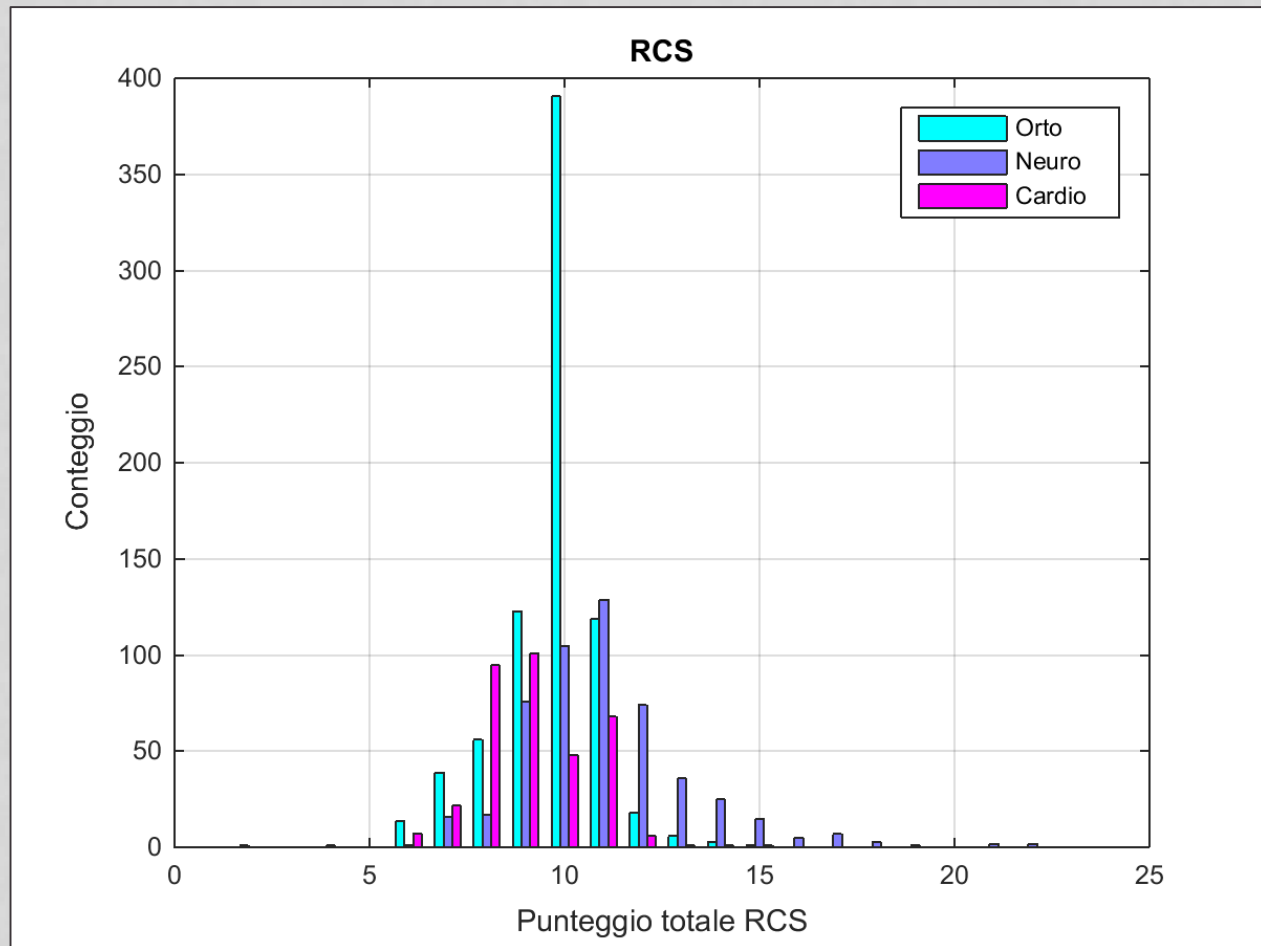
Cardio



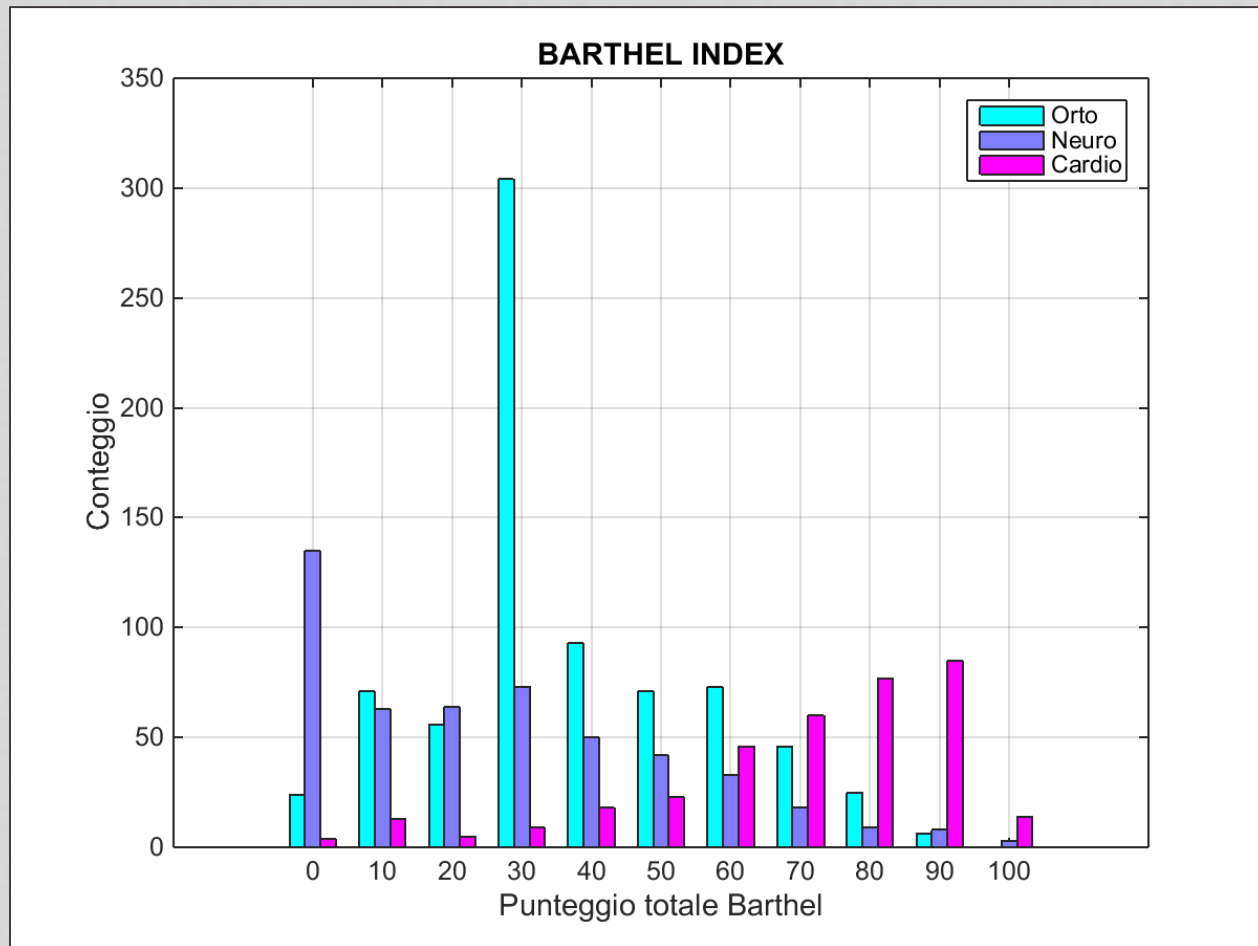
N 401
23,4%



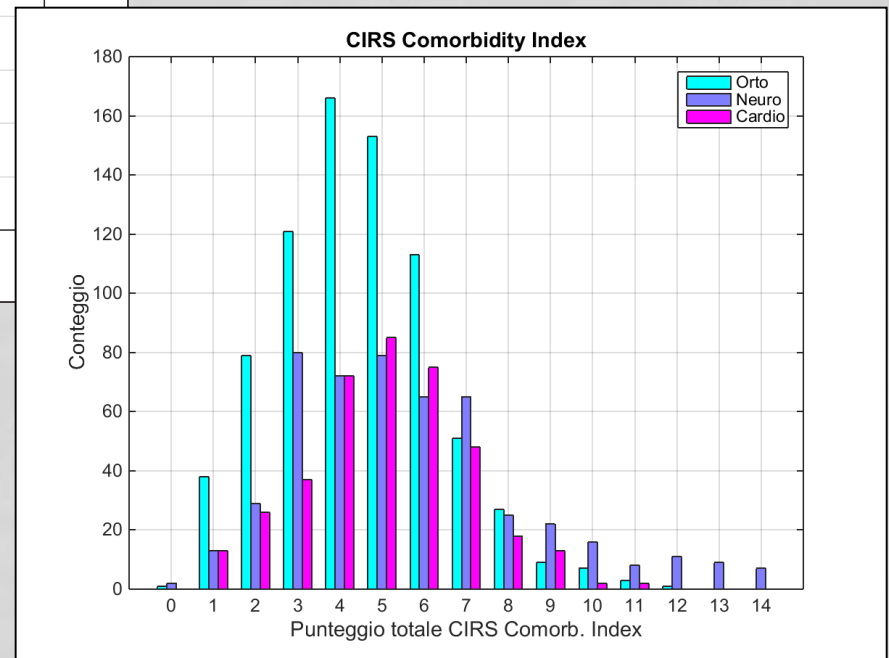
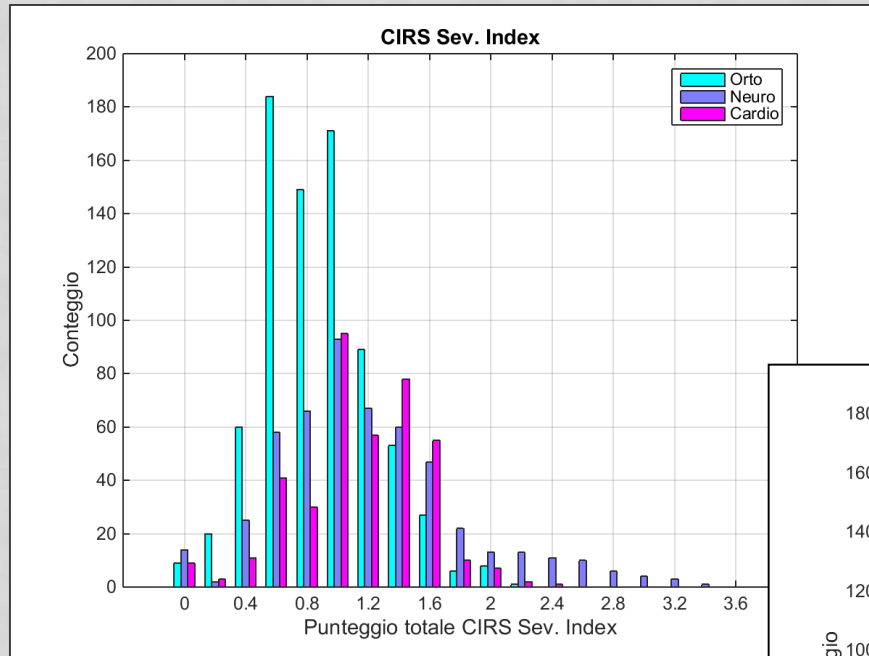
RISULTATI RCS-E V13



RISULTATI BI



RISULTATI CIRS



CONCLUSIONI

➤ PRODOTTO DEL DELPHI

presenza di alcuni **criteri** la cui presenza risulta **“fondamentale”**

➤ RELAZIONE SCALE-CRITERI

Scale **BI** e **RCS-E V13** sono sicuramente strumenti che insieme ai **criteri** possono contribuire maggiormente nella definizione del setting più appropriato

Si differenzia invece la **CIRS**, apparentemente meno utile per la definizione del setting, FORSE perché meno definente i carichi riabilitativo assistenziali?

RCS-E V 13

- Ideata in Inghilterra nel 2007
- Validata nel 2010
- Proposta in una versione Estesa (RCS-E) nel 2012

Turner-Stokes et al., 2007 Clin Med 7(6) : 593-599

Turner-Stokes et al., 2010 J Neurol Neurosurg Psychiatry 81(2) : 146-153

Turner-Stokes et al., 2012 Disabil Rehabil 34(9) : 715-720

RCS-E V 13

- Scala di Valutazione della Complessità Clinica in ambito riabilitativo
- Somministrata al paziente in fase di ricovero
- 33 items distribuiti in 5 domini
- Score 0-22
 - 0= paziente non complesso
 - 22= paziente ad alta complessità
- Tempo di somministrazione \cong 15 max

RCS-E V 13

- Cura o Rischio (C o R)
 - 5 item C → Score 0-4
 - 5 item R → Score 0-4
 - C o R → Score TOT 0-4**
- Bisogni infermieristici specializzati (N)
 - 5 item → Score 0-4
- Bisogno di cure mediche (M)
 - 5 item → Score 0-4
- Bisogni terapeutici (TD e TI)
 - 5 item TD → Score 0-4
 - 5 item TI → Score 0-4
 - TD+TI → Score TOT 0-8**
- Necessità di ausili (E)
 - 3 item → Score 0-2

Score Totale = 22

RCS-E v13 DOMINI

➤ Il layout della scala presenta tre differenti colorazioni:

BLU → **istruzioni** per la **compilazione**

ROSSO → **suggerimenti** proposti dagli autori per aiutare la **compilazione**

NERO → descrizione **contenuto** degli **item**

Cura o Rischio Score 0-4

Presenta **2 Sotto-Domini** (C-R) i cui score NON si sommano

Cura → Livello di assistenza necessaria al paziente per la cura personale.

Rischio → Livello di assistenza necessaria al paziente per mantenere un'adeguata sicurezza personale. **Valutabile principalmente nel caso in cui il paziente deambuli** e sia quasi totalmente **autosufficiente nella cura**

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	<p>Ampiamente autosufficiente.</p> <p>Gestisce i compiti di cura personale in maniera ampiamente autonoma.</p> <p>Può necessitare di assistenza occasionale per iniziare o portare a termine alcune azioni, es. applicare ortesi, legare lacci, ecc.</p>
C 1	<p>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</p>
C 2	<p>Richiede l'aiuto di 2 persone per la maggior parte dei propri bisogni di cura di base</p>
C 3	<p>Richiede l'aiuto di ≥ 3 persone per bisogni di cura di base</p>
C 4	<p>Richiede supervisione costante 1:1 ad es. per gestire la confusione e per mantenere la propria sicurezza</p>

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	<p>Nessun rischio – Capace di mantenere la propria sicurezza personale e di uscire non accompagnato In grado di badare alla propria sicurezza in qualsiasi momento</p>
R 1	<p>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</p>
R 2	<p>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.)</p>
R 3	<p>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</p>
R 4	<p>Rischio molto elevato – Richiede supervisione costante 1:1 Richiede una supervisione costante 1:1</p>

Importante Ricordare:

- Lo **score totale del Dominio “Cura o Rischio”** prevede un solo punteggio. Lo score da usare sarà **o quello relativo alla valutazione della Cura (0-4) o quello del Rischio (0-4)**.

La scelta dipende dal **valore più alto tra i due:**

Esempio: Pz che richiede:

almeno tre persone per bisogno di cure di base: score C = 3

presenta un basso rischio cognitivo comportamentale: score R = 1

Lo score attribuibile sarà quello maggiore tra C o R

score Dominio “Cura o Rischio” = 3

Bisogni Infermieristici

Score 0-4

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)	
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.)	<p>Spuntare le discipline infermieristiche richieste e sotto indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personale OSS <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica di base <input type="checkbox"/> Infermiere addestrato in riabilitazione <input type="checkbox"/> Infermiere addestrato nei programmi di salute mentale <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica palliativa <input type="checkbox"/> Infermiere specializzato in neurologia (es. morbo di Parkinson, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica) <input type="checkbox"/> Altro
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.).	

Importante Ricordare:

- Lo **Score aumenta** all'aumentare della **complessità** del bisogno assistenziale e della tipologia delle figure professionali coinvolte
- Le **discipline infermieristiche**, 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 Infermieristici"

Bisogni di Cure Mediche

Score 0-4

BISOGNI DI CURE MEDICHE

Descrive il livello di cura medica richiesta per la gestione di interventi medici/chirurgici

M 0	<p>Nessun intervento medico attivo – Gestibile dal medico di medicina generale con controlli occasionali</p>	<p>Spuntare gli interventi medici richiesti:</p>
M 1	<p>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</p>	<p><input type="checkbox"/> Analisi del sangue</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostica per immagini (TC/RM)</p> <p><input type="checkbox"/> Altre indagini (Definisci il tipo)</p>
M 2	<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> Adeguamento/monitoraggio dei farmaci</p> <p><input type="checkbox"/> Procedura chirurgica (es. tenotomia)(definisci il tipo)</p>
M 3	<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> Procedura medica (es. tossina botulinca) (definisci il tipo)</p> <p><input type="checkbox"/> Opzione specialistica (Disciplina?)</p>
M 4	<p>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</p>	<p><input type="checkbox"/> Argomenti medico-legali o di capacità (di intendere e volere)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro.....</p>

Importante Ricordare:

- Livello di cure mediche richieste per la gestione di interventi medico-chirurgici
- Anche in questo caso, la parte in rosso (“**spuntare gli interventi medici richiesti**”) rappresenta solo un aiuto per valutare il punteggio del bisogno di cure mediche. **Non è obbligatorio compilarlo.**

Importante Ricordare:

- **Score = 1** (M1), si attribuirà ad esempio a fronte di pazienti ricoverati in Strutture con Assistenza Infermieristica (RSA), in Regime di Day Hospital e/o in Assistenza Territoriale.
- **Score = 2** (M2) si attribuirà ad esempio a fronte di pazienti con bisogno di Assistenza Medica nelle 24 ore.
- **Score = 3** (M3) per pazienti i cui bisogni devono essere gestiti in un luogo dove sia presente copertura medico/psichiatrica di emergenza 24 ore su 24.

Esempio: in 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 pz possono essere di score 3.

Bisogni Terapeutici Score 0-8

Presenta **2 Sotto-Domini** (TD-TI) i cui score si sommano

TD → Numero di discipline richieste

TI → Intensità del trattamento

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 NON interventi riabilitativi da parte del personale infermieristico, 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	<p>Spuntare le discipline di trattamento richieste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 	<ul style="list-style-type: none"> <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 	<ul style="list-style-type: none"> <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 specializzato richiesto al team nel suo insieme

TI 0	<p>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</p>
TI 1	<p>Basso livello – meno di giornaliero (es. valutazione/revisione/mantenimento/supervisione) <u>O solamente sedute di terapia di gruppo</u> 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</p>
TI 2	<p>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).</p>
TI 3	<p>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). <u>OPPURE</u> 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.</p>
TI 4	<p>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. <u>OPPURE</u> richiede un programma molto intensivo (es > 30) ore di terapia totale a settimana.</p>

Importante Ricordare:

- 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”
- **Non considera** gli interventi attuati dal personale infermieristico, che presentano Dominio Specifico (N)
- Lo **Score Totale** del Dominio “Bisogni Terapeutici” prevede la **Somma** del punteggio in riferimento a **TD** (0-4) e **TI** (0-4), come chiarito nell’esempio seguente

Esempio: Pz che richiede:

Trattamento Fisioterapico, Logopedico e Terapia Occupazionale: Score TD = 3

Intensità di Intervento Media (trattamento quotidiano 5 giorni/settimana): score TI = 2

Lo score attribuibile sarà al Dominio T sarà la somma TD + TI

score Dominio “Bisogni Terapeutici” = 5

Necessità di Ausili

Score 0-2

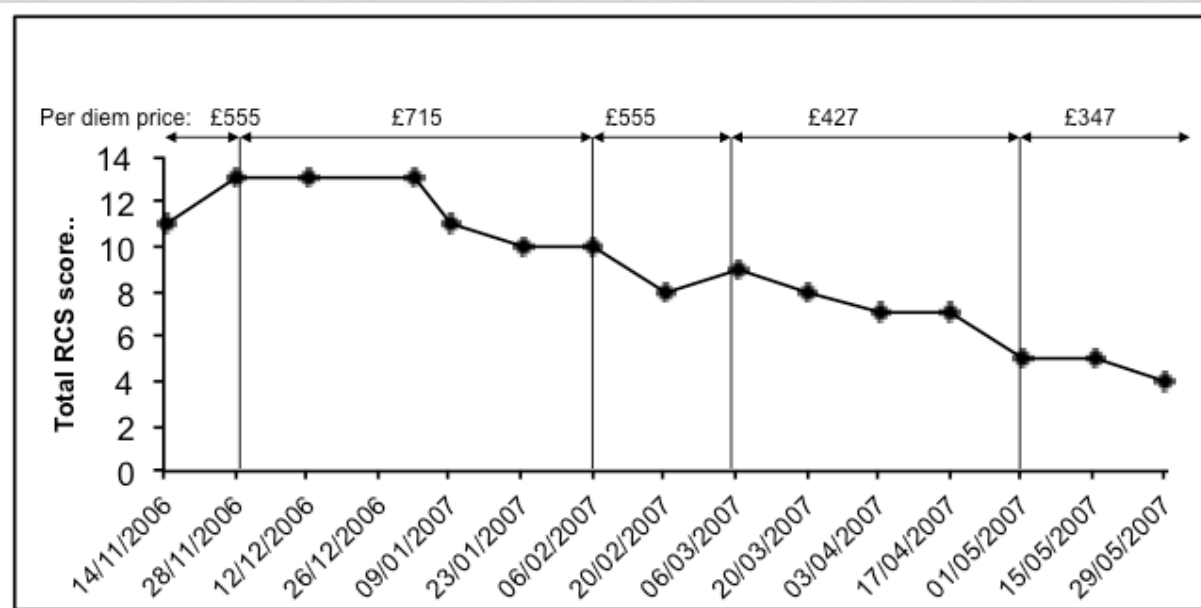
NECESSITA' DI AUSILI			
Descrive i requisiti per ausili personali			
E 0	Nessun bisogno di ausili speciali	Ausili Speciali di Base:	Ausili Altamente Specializzati:
E 1	Richiede ausili speciali di base (disponibile sul mercato)	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle/seduta per disabili <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		

Importante Ricordare:

- Descrive i requisiti per gli ausili personali
- Nuovamente, **le opzioni per gli Ausili di Base e Personalizzati**, 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 “Necessità di Ausili”
- **Score = 2** (E2) attribuibile a paziente che necessita di qualsiasi sistema posturale, o in generale, qualsiasi altro ausilio progettato su misura

WEIGHTED BED-DAY PAYMENT MODEL

- UK – weighted bed day tariff for rehabilitation
 - Based on serial RCS-E ratings in 5 bands
 - Daily payment falls, as complexity reduces
 - Fair to the provider and the payer
 - Incentive to move the patient on



SUMMARY

■ Neurological rehabilitation is cost-efficient

- Overall
 - Costs offset by savings in ongoing care within about 18 months
- When split by dependency
 - High dependency group - most cost efficient to treat
 - Costs of treatment offset within 14 months

■ UKROC dataset - Now has >23,000 recorded episodes

- Bench-marking
- Commissioning and payment
 - Specialist rehabilitation services
- Research
 - Rich data source for future analysis

Grazie!

