

ID: _____

Data Ing.: _____

Data Dim.: _____

INDICE di BARTHEL

PUNTEGGIO

ING

DIM

ALIMENTAZIONE

- 0 = non in grado di alimentarsi
5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolido-liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.)
10 = in grado di alimentarsi

--	--

CAPACITÀ DI FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA

- 0 = non in grado di lavarsi autonomamente
5 = in grado di lavarsi autonomamente

--	--

CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE

- 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale
5 = in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

--	--

CAPACITÀ DI VESTIRSI

- 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.)

--	--

TRANSITO INTESTINALE

- 0 = non in grado di controllare l'alvo
5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo
10 = in grado di controllare l'alvo

--	--

VESCICA

- 0 = non in grado di controllare la minzione
5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione
10 = in grado di controllare la minzione

--	--

UTILIZZO DEL WC (SEDERSI, ALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI)

- 0 = non in grado di controllare il wc
5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza
10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente

--	--

TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA)

- 0 = non in grado di effettuare 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 fisica)
15 = è in grado di effettuare trasferimenti

--	--

MOBILITÀ (SU SUPERFICI PIANE)

- 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

--	--

SCALE

- 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

--	--

TOTALE (0-100)

--	--

ID: _____

Data Ing.: _____

Data Dim.: _____

1/2

Rehabilitation Complexity Scale - Extended v13

PUNTEGGIO

ING

DIM

(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 psturali, 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**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** [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]**Basso livello – meno di giornaliero (es. valutazione/revisione/mantenimento/supervisione) O solamente sedute di terapia di gruppo****1** [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 > 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 personalizzataRichiede **ausili altamente specializzati****2** [es. tecnologia elettronica di supporto o ausili altamente personalizzati, realizzati o adattati specificamente per il singolo paziente] Ausili per la postura eretta Ausilio per mantenere la posizione eretta pers. Ortesi Ortesi personalizzata 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**