

Assistenza riabilitativa alla persona in trattamento domiciliare ad alta intensità di cure: linee guida e criteri di appropriatezza del progetto riabilitativo individuale

ISTITUTO SUPERIORE
DI STUDI SANITARI
Giuseppe Cannarella



*Associazione
Direttori e Dirigenti Sanitari
dei Distretti del Lazio*

Il ruolo del Distretto Sanitario
nella nuova caratterizzazione dei profili di
cure domiciliari: natura del bisogno
e livello di intensità dell'assistenza

CONVEGNO NAZIONALE

ROMA, 16 GIUGNO 2016

Regione Lazio - Sala Tirreno
Via Rosa Raimondi Garibaldi 7



Dott. ssa Maria Rita Molinari

P.O. TECNICI
RIABILITAZIONE

ASL Roma 6

Nuovo ruolo ai servizi territoriali

Modelli di cura sostenibili e basati su un approccio “proattivo”

“Gestione integrata ” per evitare:

la frammentazione
della cura

Soluzioni di
continuità nel
processo

Inappropriatezza nel
trattamento (non
corretta applicazione
delle linee guida)

**Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)**

N. U00159 del 13/05/2016

**Approvazione del documento
"Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito
ospedaliero e territoriale"**



I miglioramento della sopravvivenza per numerose patologie acute ad elevato rischio di disabilità, l'incremento di patologie croniche invalidanti, aumento costante dell'età media della popolazione rappresentano una sfida importante per il sistema sanitario e sociale, soprattutto per quei servizi deputati al trattamento riabilitativo



L'intervento riabilitativo si pone come obiettivo quello di “guadagnare salute”, in una prospettiva che vede la persona con disabilità e limitazione non più come “malato”, ma come “persona avente diritti” (Conferenza di Madrid 2002).

Pertanto l'obiettivo di un progetto riabilitativo è quello di realizzare gli interventi sanitari e sociali necessari per ottenere il massimo livello di recupero della funzione in relazione alle condizioni cliniche della persona, al suo livello di partecipazione e alle sue capacità, al contesto in cui è inserito, tenendo conto della disponibilità delle risorse.



In quest'ottica si inserisce il concetto di “percorso assistenziale integrato”, caratterizzato da una stretta interazione tra le componenti sanitarie e non, la cui realizzazione dovrà necessariamente essere improntata alla multidisciplinarietà e multiprofessionalità della presa in carico da sviluppare, senza soluzione di continuità, fra il *setting* ospedaliero e quello territoriale non dimenticando l'importanza del ruolo della famiglia, delle reti sociali e del volontariato



Impiego appropriato delle risorse

L'evidenza di una notevole variabilità di erogazione di prestazioni sanitarie e l'avvento della medicina basata sulle evidenze (*evidence-based medicine*, EBM) hanno portato all'introduzione delle Linee guida come strumento di razionalizzazione del comportamento clinico-organizzativo per governare la domanda e orientare la pianificazione sanitaria.



L'impiego dei criteri aggiunti

- il percorso di presa in carico deve essere attivato per tutte le Persone che ne hanno reale necessità (criteri di **“accessibilità”** e **“copertura della rete”**)
- gli interventi devono essere effettuati in tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno e nel rispetto dei tempi d'intervento in funzione delle fasi biologiche del recupero e delle necessità socioambientali (criterio di **“tempestività”**)
- occorre garantire una coerente successione e integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della Persona, delle situazioni familiari e ambientali (criterio di **“continuità”**)
- è necessario dare priorità alla presa in carico di menomazioni e disabilità più significative e modificabili con l'intervento riabilitativo (criterio di **“appropriatezza”**)



- ogni intervento deve essere guidato da un programma riabilitativo inserito in un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e conseguentemente orientato al raggiungimento di obiettivi ben definiti e misurabili (criterio della **“presa in carico omnicomprensiva”** e della **“verificabilità dell’efficacia degli interventi”**);
- devono essere effettuati interventi di validità riconosciuta e condivisa e con finalità causali più che sintomatiche (criterio di **“efficacia”** e dell’**“[REDACTED]”**);
- è necessario improntare l’organizzazione dei servizi eroganti nel senso della presa in carico delle problematiche dell’utenza e non della mera erogazione di prestazioni (criterio dell’**“appropriatezza erogativa”**);
- deve essere facilitata la partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura al paziente e alla sua famiglia, se necessario, da perseguire con azioni di educazione, supporto, formazione e informazione durante tutto il periodo della presa in carico riabilitativa (criterio del **“coinvolgimento attivo dell’utente/ dei familiari”**);



Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.



PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE

- 15. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
- 16. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
- 24. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
- 25. Prescrizione ausili e protesi
- 26. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale

PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO

- 101. Trattamento di rieducazione motoria
- 102. Rieducazione respiratoria
- 103. Rieducazione alla tosse assistita
- 104. Rieducazione logopedica
- 105. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
- 106. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane



AMBITO OSPEDALIERO

Lungodegenza medica-riabilitativa

Trattamento intensivo (unità di riabilitazione intensiva)

Trattamento intensivo ospedaliero ad alta specializzazione

Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici

Unità per le mielolesioni (Unità Spinale e Centro Spinale)

Unità per le gravi patologie cardiologiche

Unità per le gravi patologie respiratorie

Unità per le gravi disabilità dell'età evolutiva - UDGEE

programmi di riabilitazione intensiva di almeno 3 ore giornaliere così come previsto dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione (*“intervento riabilitativo erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo.”*).

In relazione allo stato clinico del paziente e in coerenza con il PRI, durante i giorni festivi, potrà essere prevista una attività riabilitativa esclusivamente di integrazione sociale per facilitare il recupero psicofisico del paziente stesso e per favorire il rapporto con i nuclei familiari e il *caregiver* (cd. *riabilitazione sociale*).

AMBITO TERRITORIALE

Trattamento intensivo (Nucleo di riabilitazione intensiva residenziale)

Il paziente può eseguire, da un punto di vista funzionale, tre ore al giorno di attività riabilitative.

Per i soggetti adulti, la degenza ha una durata massima di 60 giorni, salvo motivata prosecuzione. Per i soggetti in età evolutiva, la durata della degenza è definita dal team riabilitativo multiprofessionale in accordo con TSMREE della ASL di residenza del paziente (131 posti residenza stimati / 0 offerta attuale)

Trattamento estensivo (Nucleo di riabilitazione estensiva residenziale e semiresidenziale)

Il paziente può eseguire, da un punto di vista funzionale, da una a tre ore al giorno di attività riabilitative.

Per i soggetti adulti, la degenza ha una durata massima di 60 giorni, salvo motivata prosecuzione. Per i soggetti in età evolutiva, la durata della degenza è definita dal team riabilitativo multiprofessionale in accordo con TSMREE della ASL di residenza del paziente.

Trattamento socio-riabilitativo (Nucleo socio-riabilitativo residenziale e semiresidenziale)

La durata sia della degenza che della frequenza è senza limite preordinato, ma condizionata dalla valutazione annuale dei competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente

Trattamento riabilitativo non residenziale

Ambulatoriale

E.E. 8/10 accessi di 60'/settimana

M.L. 2 accessi di 60'/settimana

Domiciliare

Per gli adulti, la durata del Progetto Riabilitativo Individuale è contenuta in un massimo di 90 giorni lavorativi, salvo motivata prosecuzione del trattamento, autorizzata dai competenti servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del pz.

Per le persone in età evolutiva, la durata del Progetto Riabilitativo Individuale è definita dal team riabilitativo multiprofessionale in accordo con i competenti servizi dell'ASL di residenza del pz.

ASLRoma6

OTTOBRE 2015

59 pazienti ADIAI (55 in trattamento riabilitativo)

complessivamente 1.500 ore/mese

DICEMBRE 2015

44 pz. in carico presso strutture "ex art.26"

UCV UVM MMG/PLS VMD

PRI metodologie e strumenti

quali le Linee guida e profili di assistenza basati su prove di efficacia

ICF (strutture e attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione)

Monitoraggio definizione individuale degli outcome

Turnover operatori

team favorisce il raggiungimento degli obiettivi professionali e tutela il professionista da eventuali rischi di isolamento e di *burnout* professionale.

APRILE 2015

48/52 pz.n carico presso strutture "ex art.26"



Conclusioni

Analisi dei bisogni e dell'offerta di servizi

Attivazione di tutte le risorse disponibili

Riprogettazione dei servizi orientati verso la cronicità e la multimorbilità

Pianificazione di una reale presa in carico attraverso percorsi di diagnosi e cura

Costruzione di una rete assistenziale in grado di modellarsi intorno al paziente
(superando la dicotomia territorio-ospedale)

Cultura organizzativa orientata al lavoro di équipe

Appropriatezza

Equità

Rendicontazione e trasparenza

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

