



Regione
Lombardia

ASL Brescia

LINEE GUIDA PER GLI INTERVENTI RIABILITATIVI DOMICILIARI CRITERI DI ORGANIZZAZIONE E DI PRESA IN CARICO

Sul territorio dell'ASL di Brescia, si sta assistendo ad un aumento di richiesta di interventi di riabilitazione intesi ad evitare i ricoveri in strutture a causa della perdita di autonomia del paziente; in questo caso il domicilio risulta spesso l'ambiente più adatto a favorire il recupero/mantenimento.

I bisogni che sottendono alla richiesta di intervento riabilitativo riguardano dimensioni sanitarie e socio-sanitarie. Solo la corretta e completa valutazione di tali aspetti può permettere di rispondere adeguatamente al bisogno, di realizzare un intervento appropriato spesso utile a ri-attivare anziché a riabilitare.

Il presente documento individua modalità operative condivise nella gestione di programmi riabilitativi domiciliari, riguardanti anche i minori con grave disabilità o malattie rare, al fine di ottimizzare gli interventi e promuovere la continuità di cura, l'integrazione tra gli operatori coinvolti, la partecipazione attiva delle famiglie, l'uso razionale ed oculato delle risorse.

CONSIDERAZIONI GENERALI DI APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI

La definizione di un progetto o programma riabilitativo deve fare costante riferimento all'appropriatezza degli interventi. In tal senso è indispensabile considerare preliminarmente se la disabilità in esame possa trarre reale e significativo beneficio da un intervento riabilitativo o se il paziente (ed eventualmente i familiari) possa trarre beneficio da altro tipo di intervento.

Garantita la qualità e la prospettiva di efficacia dell'intervento, il processo decisionale deve pertanto prendere in considerazione i regimi/livelli di erogazione

meno impegnativi e, solo dopo aver escluso questi ultimi, ricorrere a regimi/livelli di erogazione progressivamente più elevati.

All'interno dei limiti di capacità erogativa dei diversi componenti la rete riabilitativa e per ciascuno di essi, può rendersi necessario, inoltre, considerare quali siano le situazioni alle quali, sulla base di una valutazione di potenziale beneficio, debba essere garantita la priorità di accesso, ovvero l'invio ad altro regime/livello di erogazione.

RIABILITAZIONE DOMICILIARE - ASPETTI ORGANIZZATIVI

La riabilitazione domiciliare ASL è parte integrante dell'assistenza domiciliare e, perciò, attivata dalle Unità di Continuità Assistenziale – UCAM, spesso all'interno di un piano integrato di interventi – sanitari, sociali, assistenziali – multiprofessionali.

Con DGR VIII/10759 dell'11.12.2009 la Regione Lombardia ha sancito l'attivazione del CeAD, Centro di Assistenza Domiciliare, uno per ogni Distretto/Ambito Territoriale, attribuendogli la funzione di filtro, orientamento dell'utenza, con capacità di risposta rapida e definizione di un piano assistenziale comprensivo di tutti gli interventi necessari, sia ASL che comunali. Il principale obiettivo è quello di coordinare l'impiego di tutte le risorse ed interventi socio-sanitari e socio-assistenziali relativamente alle cure domiciliari. Gli interventi comunali sono attivabili da parte degli operatori di Comune/Ambito.

Nell'ASL di Brescia sono attivi n. 12 CeAD dal febbraio 2010. Per il primo anno di avvio è stato deciso che i CeAD si fanno carico solo dei casi complessi, di qualunque età, cioè che necessitano di valutazione sia da parte dell'ASL che di Comune/Ambito, per l'eventuale attivazione dei vari servizi/interventi disponibili. Pertanto in questa tipologia di pazienti rientrano anche minori gravemente compromessi, con necessità di interventi riabilitativi. Gli operatori delle UCAM sono l'articolazione ASL all'interno dei CeAD.

L'assistenza domiciliare riabilitativa è erogata, come le altre forme di assistenza domiciliare, dai Distretti ASL accreditati e dagli Enti accreditati, tramite voucher socio-sanitario o credit, ricomprendenti prestazioni effettuate da specialista e da terapeuta della riabilitazione, oltre al materiale eventualmente necessario. Il

volume dell'attività riabilitativa è definito dall'UCAM in base ai bisogni rilevati ed all'interno delle risorse per le cure domiciliari messe annualmente a disposizione per ogni DGD. All'ente accreditato compete il raggiungimento degli obiettivi di cura così come definito dal Piano di intervento redatto secondo le indicazioni dello specialista.

La riabilitazione domiciliare viene erogata anche dalle due Strutture riabilitative socio-sanitarie - ex IDR Istituto di Riabilitazione ex art. 26 L. 833 - , Fondazione Don Gnocchi Centro riabilitativo Ettore Spalenza di Rovato e Istituto di riabilitazione Richiedei di Gussago e di Palazzolo s/O, accreditati anche per tale attività.

RIABILITAZIONE DOMICILIARE PER LA PERSONA ADULTA

Riguarda le seguenti situazioni:

- condizione di disabilità grave con non autosufficienza (Barthel inferiore a 75, ovvero differenziale Barthel pari ad almeno 20% e particolare situazione socio-ambientale), dichiarata dal medico prescrittore, gestibile a domicilio, tale da impedire al paziente di raggiungere la Struttura ambulatoriale con i comuni mezzi di trasporto;
- necessità di completamento del recupero funzionale tramite la contestualizzazione delle attività in ambiente domestico, al fine di un completo reinserimento al domicilio anche attraverso l'effettivo coinvolgimento dei caregiver.

Si rivolge ad utenza con disabilità conseguenti a:

1. patologia neurologica/neurochirurgica (esiti di ictus, malattia di Parkinson, sclerosi multipla, miopatie, paralisi nervose periferiche, ecc);
2. patologia ortopedica in fase cronica (pregresse fratture, sindromi ipocinetiche in poliartrosi grave, ecc);
3. patologia reumatologica (artrite reumatoide, LES, connettivopatie, ecc);
4. malattie cardio-respiratorie (insufficienza respiratoria cronica, insufficienza cardiaca, ecc);
5. patologie vascolari periferiche;

6. sindromi da allettamento prolungato, che per motivi clinici e/o socio-ambientali non possono/non è opportuno accedano alla riabilitazione ambulatoriale.

Modalità di accesso

Su proposta medica dell'ospedale o della struttura riabilitativa o del MMG, l'UCAM, supportata dal fisiatra consulente, definisce gli obiettivi dell'intervento ed il piano riabilitativo domiciliare (profilo di cura) da proporre all'Ente individuato per l'erogazione delle prestazioni, anche valorizzando il progetto riabilitativo già attivato in ambiente ospedaliero.

La presa in carico avviene entro 1-3 giorni dalla valutazione del paziente.

Le cure domiciliari integrate, anche riabilitative, erogate tramite voucher/credit, non prevedono costi a carico dell'assistito.

Per le Strutture di Riabilitazione socio-sanitarie, ex I.D.R., trasformate a seguito della D.G.R. n. VII/19883 del 16 dicembre 2004, l'intervento riabilitativo domiciliare può essere attivato direttamente dallo specialista della struttura o dal MMG o da specialisti delle strutture di ricovero e cura autorizzate all'emissione di prescrizione per il SSN.

Criteri di accesso e tipologia utenza

E' riabilitato a domicilio il paziente che- in base alla valutazione UCAM, in ragione della propria situazione clinica, sociale, familiare, abitativa, non sia gestibile ambulatorialmente o per il quale non sia indicato/appropriato il ricorso ad altri regimi riabilitativi. UCAM e specialista fisiatra/geriatra consulente fanno riferimento alle priorità ed alle seguenti indicazioni (TAB.A).

Tabella A: PATOLOGIE CON PRIORITA' DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO (FKT) DOMICILIARE E TEMPI/CADENZE INDICATIVI

PATOLOGIA	TEMPI INDICATIVI DI TRATTAMENTO
Frattura di collo di femore o degli arti inferiori (sottoposte a osteosintesi, alla dimissione dall'U.O di riabilitazione)	Accessi trisettimanali per 2 mesi
Frattura per-trocanterica di femore o Frattura di arto inferiore con impossibilità al carico	Accessi bisettimanali fino a carico (o al raggiungimento dell'obiettivo in progetto stazione seduta-stazione eretta)
Artroprotesi di anca o ginocchio (alla dimissione U.O. di Riabilitazione)	Accessi trisettimanali per 2 mesi
Emiparesi/emiplegia entro 1 anno dall'esordio	Accessi bi-trisettimanali per 2-6 mesi
Emiparesi/emiplegia stabilizzate che presentino una riduzione della autonomia alla scala di Barthel almeno del 20% rispetto alla valutazione precedente (anno prima)	Accessi bisettimanali per 2 mesi (anche non consecutivi)
Sindrome ipocinetica conseguente al superamento di patologia acuta medica e chirurgica (attuabile a domicilio solo a paziente stabile)	Accessi trisettimanali per 1 mese
Malati con esiti di grave ☐ cerebro lesione acquisita in Stato Vegetativo o in Stato di Minima responsività	L'intervento deve essere personalizzato, coordinato ed integrato. Non è possibile schematizzare ciò in accessi, ma va predisposta una rete di intervento.
Sclerosi multipla	3 cicli all'anno con accessi bi-trisettimanali per 1-2 mesi
SLA	L'intervento deve essere personalizzato, coordinato ed integrato. Non è possibile schematizzare ciò in accessi, ma va predisposta una rete di intervento.
Insufficienza respiratoria cronica con grave dispnea da sforzo (non in ossigeno-terapia)	Monitoraggio con cicli, se specificamente indicati, con accessi bisettimanali per 1 mese
Malattia di Parkinson avanzata ogni modifica del quadro clinico motivante l'intervento (ad esempio dopo ricovero ospedaliero per modifica di terapia farmacologica o dopo intervento per Deep Brain Stimulation o impianto di pompe per infusione di apomorfina)	Accessi bi-trisettimanali per 2 mesi
Altre patologie (paraplegie, tetraplegie, distrofie muscolari, malattie reumatologiche)	Gli interventi saranno definiti sulla base delle specifiche diagnosi

Gli accessi sono da intendersi di 45 minuti effettivi di trattamento a cui si deve aggiungere il tempo del trasporto (in linea di massima di 15 minuti).

Per quanto riguarda le strutture riabilitative socio-sanitarie gli interventi domiciliari possono essere erogati nella maggiore età per un numero massimo di 30 trattamenti consecutivi, per ogni piano riabilitativo individuale, con possibilità di rinnovare il Piano per esigenze cliniche.

RIABILITAZIONE DOMICILIARE PER MINORI

Riguarda l'assistenza di bambini affetti da patologie croniche gravi ed invalidanti che richiedono interventi complessi con prestazioni mediche- infermieristiche- riabilitative- socio-assistenziali rese al domicilio ed orientate in modo da garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere secondo un piano di assistenza individualizzato, definito con la partecipazione di più figure professionali. Considerate le possibili caratteristiche dell'utenza, sarà inoltre necessario che le decisioni circa l'avvio dell'assistenza, il suo contenuto e gli obiettivi da perseguire siano condivisi, in accordo con la famiglia del minore, tra le varie articolazioni coinvolte sul caso:

- ◆ PLS
- ◆ Articolazione Operativa dell'Azienda Ospedaliera (Pediatria-Neuripsichiatria Infantile, Neonatologia, ecc....)
- ◆ Distretto Socio/sanitario (Responsabili UOI Disabilità, Anziani Cure-Domiciliari, Primaria)

Modalità di accesso

Segnalazione/proposta di presa in carico:

La segnalazione e/o proposta di attivare un piano interdisciplinare di intervento può essere formulata, in accordo con la famiglia, da:

- Medico Specialista dell'articolazione Ospedaliera che ha in carico il caso (NPiA; PEDIATRA; ORTOPEDICO, FISIATRA...)
- L'U.O. ospedaliera garantisce la dimissione protetta dei pazienti in età pediatrica con gravi patologie attraverso l'attivazione dell'UCAM, in sinergia con il PLS.



L' UCAM, per competenza territoriale, integrata dalle Équipes Operative Handicap EOH, ha come principale obiettivo di coordinare l'impiego di tutte le risorse ed interventi Socio/Sanitari e di rapportarsi con gli Ambiti/Comuni, per quelli Socio/Assistenziali, relativamente alle cure domiciliari, di promuovere e favorire la continuità assistenziale per le persone compromesse nell'autonomia e con bisogni assistenziali complessi, commissionando la realizzazione degli interventi per le cure domiciliari agli Enti Accreditati ASL. Gli interventi comunali sono attivabili da parte degli operatori di Comune/Ambito.

Per le strutture di Riabilitazione socio-sanitarie (ex IDR) l'assistenza riabilitativa domiciliare può essere attivata anche per l'età evolutiva direttamente dallo specialista della struttura o dal PLS o da specialisti delle strutture di ricovero e cura autorizzate all'emissione di prescrizione per il S.S.N.

Criteri di accesso

In molte patologie, con caratteristiche diverse, elementi variamente associati concorrono a determinare situazioni con particolari difficoltà clinico-gestionali e con un alto impatto sociale. Fra gli elementi si citano:

- la complessità (compromissione multisistemica, associazione di problemi organici e psichiatrici);
- la gravità (dal punto di vista sanitario e/o per l'elevato carico assistenziale);
- la possibile cronicizzazione o evolutività verso condizioni gravemente invalidanti nell'età adulta;
- la necessità di una presa in carico integrata duratura;
- il peso assistenziale.

Per queste situazioni sono indispensabili interventi terapeutico-riabilitativo ed educativo/assistenziale specializzati, al fine di evitare il deterioramento del quadro clinico, che determinerebbe un elevato tasso di disabilità o invalidità e gravoso impegno per il sistema sociosanitario.

Inoltre le trasformazioni dell'assistenza sanitaria avvenute negli ultimi anni, migliorando significativamente la sopravvivenza, hanno determinato la comparsa di nuove tipologie di utenza che presentano bisogni particolari e complessi e che

Allegato "A" deliberazione n. 208 del 12/10/11

richiedono la strutturazione di risposte innovative e integrate fra cui i bambini di estrema gravità neurologica, congenita o acquisita, e "technology dependent" (TAB.B).

Fino ad un recente passato, si trattava di bambini che restavano ospedalizzati per periodi di tempo assai prolungati (mesi o anni), spesso in terapia intensiva con esiti molto negativi sulla qualità della vita, sullo sviluppo psicoaffettivo e sui costi di assistenza. Negli ultimi anni vi è stata una forte spinta verso la deospedalizzazione ed il passaggio in Assistenza Domiciliare Integrata con l'attivazione di interventi di tipo sanitario, sociosanitario ed anche riabilitativo (in particolare FKT e respiratoria).

Tabella B: PATOLOGIE CON PRIORITA' DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO (FKT e Respiratoria) DOMICILIARE

PATOLOGIA	INTERVENTO
• encefalopatie metaboliche e malattie neurodegenerative in fase avanzata; • distrofie muscolari; • atrofia muscolare spinale in fase avanzata; • gravi quadri neurologici associati a sindromi malformative complesse; • gravi esiti di traumi cranio-encefalici e midollari; • altre encefalopatie acute acquisite, a volte paralisi cerebrali infantili di tipo tetraparesi spastico distonica.	E' indispensabile l'attivazione di un preciso piano individualizzato. Esso richiede, in aggiunta all'assistenza a contenuto sanitario assai elevato già in atto (gestione dell'uso del ventilatore, di pompe per nutrizione parenterale, di monitor, di stomia), anche specifiche competenze riabilitative in ambito respiratorio, neurologico, fisiiatrico per interventi in ambito posturale e neuropsicomotorio.

Valutazione e definizione del piano interdisciplinare di intervento

L'organizzazione degli interventi deve:

- basarsi sulla diagnosi e diagnosi funzionale;
- definire la presa in carico riabilitativa;
- prevedere i rapporti all'interno della rete dei servizi sanitari e con le altre istituzioni e agenzie (scuola, servizi sociali, enti locali).

In particolare il piano di intervento riabilitativo richiede di:

- essere definito in modo concordato e congiunto tra i vari attori, in base alle specifiche esigenze del minore ed alle risorse/opportunità effettivamente disponibili (si rimanda al Protocollo per la continuità di cura nei confronti dei bambini con grave disabilità – Delibera n. 560 del 27.09.2006);
- evidenziare:
 - gli attori coinvolti ed i relativi interventi previsti;
 - obiettivi e indicatori di massima;
 - tempi di attuazione e di verifica.

Per quanto riguarda il minore con gravi patologie, la titolarità della presa in carico clinica rimane in capo alle NPJA ospedaliere e/o ad altra U.O. ospedaliera, che definiscono il progetto riabilitativo e supportano l'Ente accreditato per le Cure Domiciliari, divenendo riferimento specialistico, per particolari casi complessi e per periodi definiti in base ad obiettivi specifici; gli interventi riabilitativi domiciliari sono erogati dall'ASL tramite voucher/credit e dagli Enti pattanti o dalla struttura riabilitativa socio-sanitaria Fondazione Don Gnocchi di Rovato disponibile a farsi carico di minori. Quando risultano superate le condizioni che rendono il domicilio luogo privilegiato, deve essere pianificato il trasferimento del trattamento riabilitativo del minore alla NPJA per garantire interventi riabilitativi ambulatoriali.

Gli Enti pattanti che si rendono disponibili ad attivare interventi riabilitativi domiciliari rivolti a minori devono pertanto garantire la condivisione degli obiettivi specifici dell'intervento e la verifica dello stesso con le NPJA per afferenza territoriale. Si prevedono quattro aree territoriali, con garanzia di almeno un ente pattante disponibile per ognuna di esse.

Per le strutture di Riabilitazione socio-sanitarie (ex IDR) interventi riabilitativi domiciliari rivolti a soggetti in età evolutiva possono essere erogati per un massimo di 90 trattamenti per ogni Piano Riabilitativo Individuale. Con la DGR n. 19883/2004 è stato definito, per la riabilitazione domiciliare, oltre che per la riabilitazione generale e geriatrica, rivolta a soggetti disabili in età evolutiva, che

Allegato "A" deliberazione n. 208 del 12/04/2011

ulteriori necessità identificate dallo specialista della struttura dovranno essere condivise dalla Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza (UONPIA) di riferimento per il minore.

La riabilitazione domiciliare deve prevedere anche un intervento di sostegno ed "addestramento" dei familiari, in particolare del caregiver, fornendo consulenze specifiche e sviluppando le capacità che consentano di tradurre in azioni e comportamenti quotidiani gli obiettivi del progetto stesso.

VERIFICA PERIODICA E RIAGGIORNAMENTO DEL PIANO DI INTERVENTO PER ADULTI E MINORI

In base ai tempi di verifica indicati nel piano interdisciplinare di intervento (o nel caso in cui uno degli attori coinvolti ne evidenzia la necessità) il CeAD promuove l'incontro tra gli attori coinvolti, al fine di verificare l'attuazione degli interventi pianificati ed il raggiungimento degli obiettivi previsti, avvalendosi della collaborazione con le équipes di altre Aree funzionali integrate, con la NPIA e con i Servizi Sociali comunali per una fattiva e proficua operatività all'interno del CeAD, non dimenticandosi l'importanza dell'acquisizione del consenso e della condivisione dell'intervento da parte di pazienti e/o dei familiari.

FORMAZIONE

Considerata la complessità delle situazioni le specificità degli interventi riabilitativi domiciliari richiesti, in modo particolare per alcune patologie e per la fascia di età pediatrica, si rende necessario garantire una formazione continua agli operatori. Pertanto tutti i soggetti accreditati devono impegnarsi a favorire la partecipazione del loro personale ad iniziative formative mirate.

AREA DELLE PROGETTUALITA'



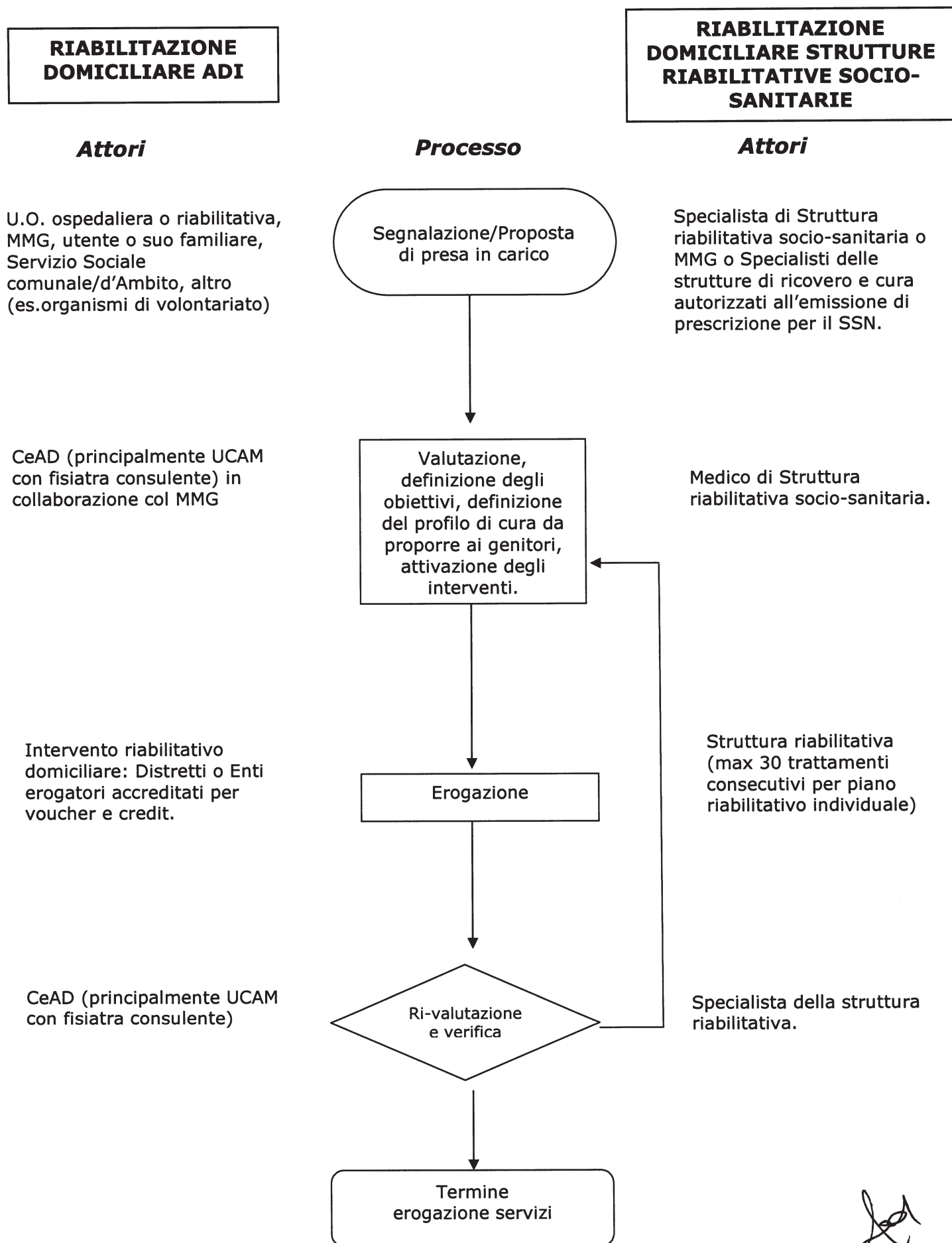
Considerata la pluralità, complessità e specificità dei bisogni che caratterizzano i pazienti minori ed adulti, si possono prevedere iniziative di approfondimento/sperimentazione per determinate patologie e attuazione di interventi di formazione specifica per operatori di ASL e di Enti accreditati; tali iniziative potranno realizzarsi in sinergia fra struttura specialistica e interventi domiciliari, con il coinvolgimento sia delle articolazioni A.S.L. sia degli Enti accreditati che delle Associazioni.

Per ognuno dei Progetti sperimentali dovranno essere:

- concordati obiettivi, strategie, ruoli, responsabilità e modalità di intervento;
- redatto un progetto specifico condiviso da vari attori, compatibile con le regole di sistema e delle risorse locali;
- definite modalità e tempi di verifica.



RIABILITAZIONE DOMICILIARE SOGGETTI ADULTI



RIABILITAZIONE DOMICILIARE SOGGETTI MINORI

RIABILITAZIONE DOMICILIARE ADI

Attori

Specialista dell'articolazione ospedaliera (NPI, pediatra, neonatologo, ortopedico, fisiatra) in sinergia con il PLS (dimissione protetta).

UONPIA o altra UO ospedaliera in accordo con CeAD (UCAM con EOH e Servizio sociale comunale/di Ambito).

Intervento riabilitativo domiciliare (comprensivo di sostegno ed addestramento dei care-givers): Distretti o Enti erogatori accreditati per voucher e credit, che hanno dato la disponibilità

A cura del CeAD in sinergia con le U.O. ospedaliere coinvolte, PLS

RIABILITAZIONE DOMICILIARE STRUTTURE RIABILITATIVE SOCIO-SANITARIE

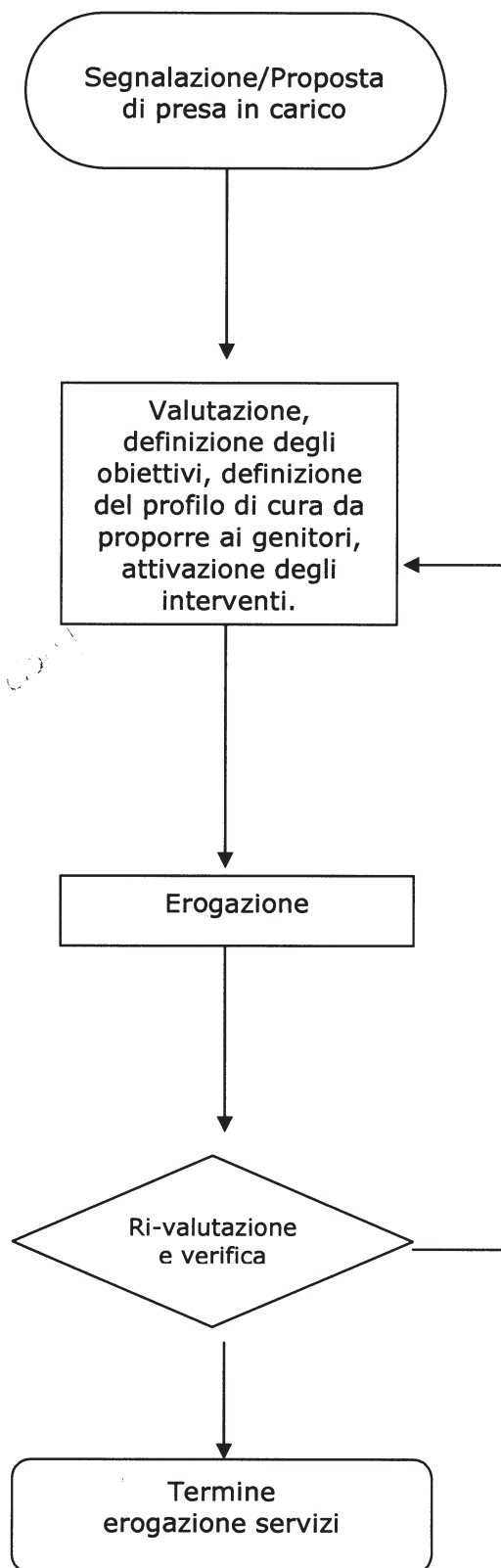
Attori

Specialista di Struttura riabilitativa socio-sanitaria o PLS o Specialisti delle strutture di ricovero e cura autorizzati all'emissione di prescrizione per il SSN.

Medico di Struttura riabilitativa socio-sanitaria in collegamento con eventuale altro specialista inviante.

Struttura riabilitativa (max 90 trattamenti consecutivi per piano riabilitativo individuale)

Specialista della struttura anche con soggetti che hanno mantenuto la presa in carico (UONPIA ospedaliera e/o un'altra UO ospedaliera, EOH, PLS.



BIBLIOGRAFIA

1. Galea MP, Levinger P, Lythgo N et al. A targeted home- and center- based exercise programs for people after total hip replacement: a randomized clinical trial. Arch Phys med Rehabil 2008; 89:144-7
2. Antonini A, Mirò L, Castiglioni C, Pezzoli G. The rationale for improved integration between home care and neurology hospital services in patients with advanced Parkinson's disease. Neurol Sci. 2008 Dec;29 Suppl 5:S392-6
3. SPREAD 2010. Raccomandazione 14.16
4. Khan F., Turner -Stokes M. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. Cochrane database syst rev. 2007 Apr 18;2: (CD)006036
5. 2° Conferenza Nazionale di Consenso "Bisogni Riabilitativi e assistenziali delle persone con disabilità da grave cerebrolesione acquisita (GCA) e delle loro famiglie, nella fase post-ospedaliera" Verona 2005

Responsabile del procedimento:
Direttore del Dipartimento A.S.S.I.: Dr.ssa Fausta Podavitte



DELIBERAZIONE N. ---208

ADOTTATA IL 12 APRILE 2011 AD OGGETTO:

Approvazione "Linee Guida per gli interventi riabilitativi domiciliari".

Letto, approvato e sottoscritto:

IL DIRETTORE GENERALE



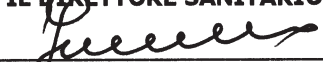
(Dr. Carmelo Scarcella)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO



(Dott. Pier Mario Azzoni)

IL DIRETTORE SANITARIO



(Dr. Francesco Vassallo)

IL DIRETTORE SOCIALE



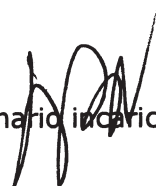
(Dott.ssa Anna Calvi)

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene pubblicata sul sito web (www.aslbrescia.it) nella sezione Albo on-line ed esposta presso la Sede legale dell'A.S.L. di Brescia il giorno 21 APR 2011 e vi rimarrà per 15 giorni.

Brescia, lì 21 APR 2011

Il Funzionario incaricato



CERTIFICATO DI COPIA AUTENTICA

Ai sensi dell'art. 18 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 attesto la conformità della presente copia, composta da numero _____ pagine, all'originale depositato agli atti.

Brescia, lì _____