



La Riabilitazione nei Disturbi di Sviluppo in età evolutiva: l'organizzazione e la presa in carico globale in un Ambulatorio del Servizio Territoriale

Antonella Graziani, Massimo Antignani, Margherita Innocenzi, Dario Calderoni, Giovanna Todini, Maria Irene Sarti


U.O.C. N.P.I e U.O.C. T.S.M.R.E.E..




La normativa per la riabilitazione in età evolutiva nella Regione Lazio

La DGR 398 del 15/02/2000 (Criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende sanitarie del Lazio ex art. 26 legge n. 833/78), definisce:

- la presa in carico globale nella riabilitazione dell'età evolutiva;
- i criteri organizzativi e procedurali.



Sottolinea inoltre che l'attività riabilitativa sarebbe soprattutto di tipo "estensivo", in quanto i soggetti in età evolutiva necessitano di "interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito".



Prevede, infatti, che per ogni paziente assistito si predisponga un PROGETTO RIABILITATIVO che indichi in modo esplicito:


- ❖ la natura e la misura della disabilità da riabilitare (ICD9-CM e ICF);
- ❖ l'impegno assistenziale necessario e il grado di recupero atteso, come risultato del trattamento espresso in modo oggettivo e verificabile;
- ❖ la durata prevista della presa in carico, non ponendo un limite massimo alla durata dei progetti, vista la particolare rilevanza dei bisogni riabilitativi dei soggetti in età evolutiva.



La normativa per la riabilitazione in età evolutiva nella Regione Lazio


Nella DGR n. 583 del 10/05/2002 (Attività Riabilitativa Estensiva e di Mantenimento. Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali), vengono forniti i parametri relativi:

1. alla cartella riabilitativa;
2. alla composizione della équipe riabilitativa;




3 . agli standard dell'attività riabilitativa, definita, secondo l'impegno assistenziale previsto dal progetto riabilitativo, come:

- ❖ **lieve** se prevede **2** accessi a settimana,
- ❖ **medio** se prevede **6** accessi a settimana,
- ❖ **elevato** se prevede **10** accessi a settimana;




4 . alla dotazione organica del personale medico e di riabilitazione e del personale assistenziale a diretto contatto con gli utenti;

5 . alla definizione del flusso informativo specifico sulle attività di riabilitazione estensiva e di mantenimento (SIAR).



Inoltre con delibere successive (DGR 731 di agosto 2005 e DGR 143 di marzo 2006) vengono definiti gli "Indicatori per l'accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento in regime non residenziale ambulatoriale" (a cura del Gruppo Tecnico Regionale, 2007).



Per quanto riguarda l'età evolutiva per i "Ritardi Specifici dello Sviluppo" e per le "paralisi cerebrali infantili" sono stati definiti, utilizzando ove possibile le linee guida nazionali per le singole categorie diagnostiche, i parametri clinico-prognostici, che richiedono una presa in carico riabilitativa e quelli, invece, che la sconsigliano.

Si esplicitano i criteri di accesso alla terapia e si indicano gli strumenti standardizzati da utilizzare nella fase valutativa propedeutica alla presa in carico.



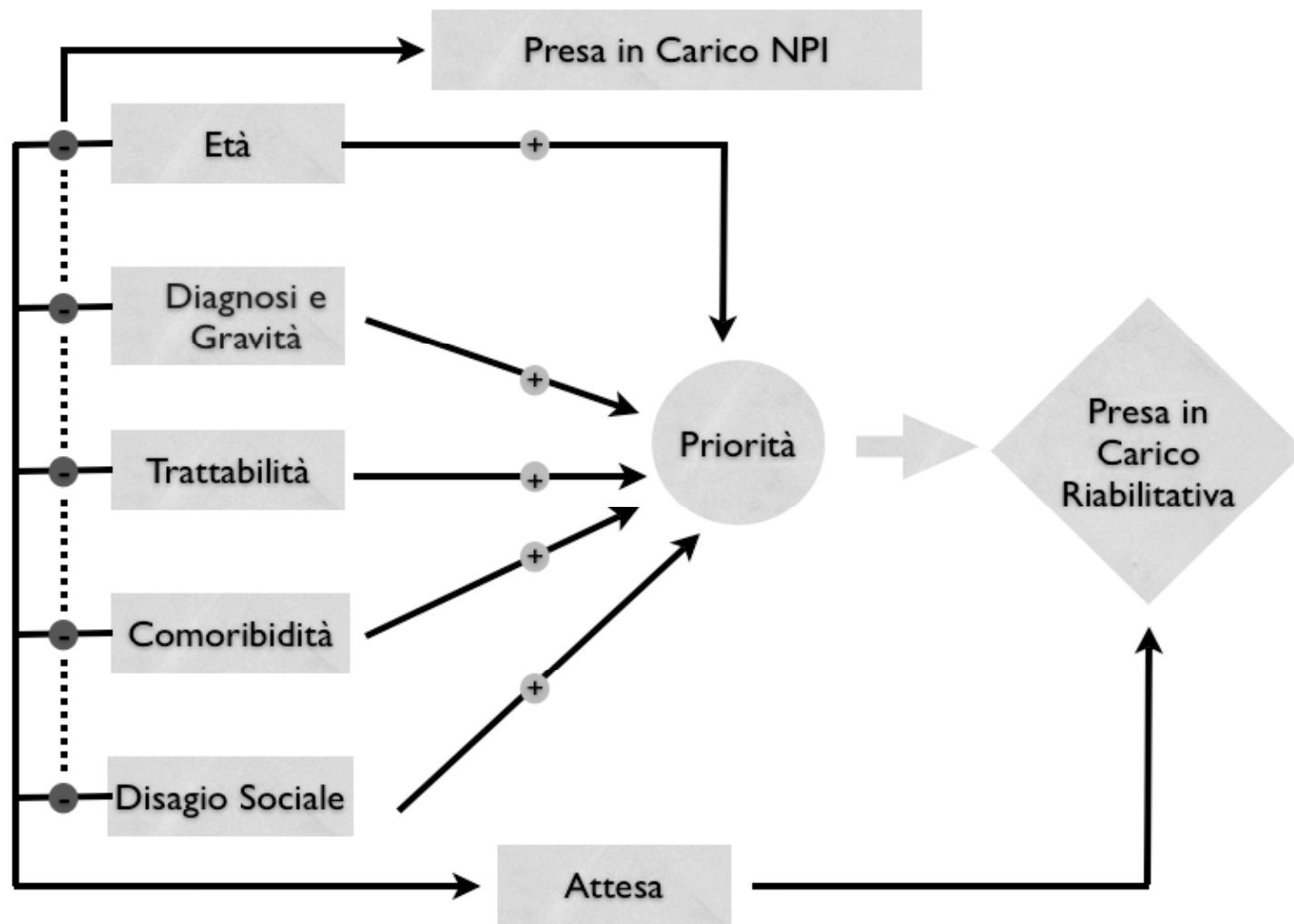
L'Occasione

Far fronte all'emergenza clinica creatasi a Roma in seguito alla chiusura per illeciti, resa nota dalla stampa nazionale, di una struttura di riabilitazione (I KT) per oltre mille bambini.

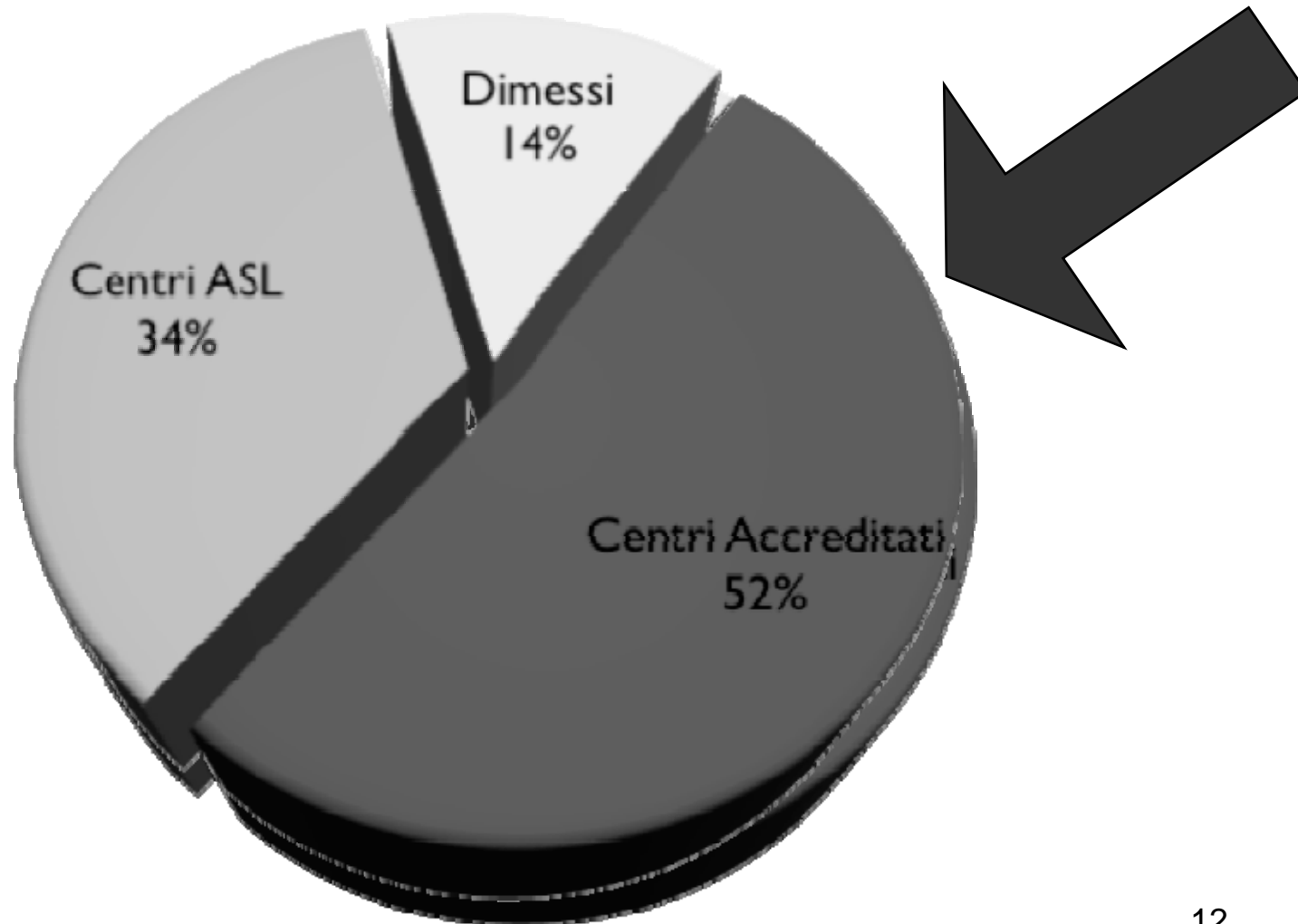
Prima Fase: I I Triage

N= 560 bambini dimessi I KT

Età media = 6.8 ± 7



Prima Fase: Risultati del Triage





Il Progetto

Attivazione di due Ambulatori di
Riabilitazione per l'Età Evolutiva nelle UOC
territoriale TSMREE e UOC ospedaliera di
NPI della ASL Roma B

per:

- La presa in carico riabilitativa di 200 bambini

con:

- L'assunzione di parte del personale della
struttura chiusa



Gli Obiettivi del lavoro

- Intervenire attivamente sull'emergenza con la presa in carico diretta da parte del servizio pubblico.
- Verificare le criticità della presa in carico globale ambulatoriale, soprattutto per quanto riguarda il livello assistenziale (lieve, medio, elevato).
- Effettuare un confronto fra diverse modalità di presa in carico in termini di costi di gestione.



1- Le Modalità Organizzative e Procedurali

Applicazione nel Servizio Territoriale dei parametri clinico-diagnostici, riabilitativi ed organizzativo-procedurali, che nella Regione Lazio definiscono chi può accedere alla riabilitazione nei centri privati accreditati, per:

- ❖ paragonare popolazioni cliniche simili condividendo un linguaggio comune ed un approccio riabilitativo simile;
- ❖ confrontare i diversi modelli d'intervento riabilitativo presenti a livello territoriale (ambulatoriale; monitoraggio ed invio al centro accreditato ; ambulatoriale con parametri del privato accreditato).



2- Le Modalità Organizzative e Procedurali

L'organico in servizio presso gli Ambulatori è stato così costituito:

- 3 Neuropsichiatri Infantili
- 4 Psicologhe
- 7 Terapiste della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva
- 12 Logopediste
- 2 Addetti alla Segreteria



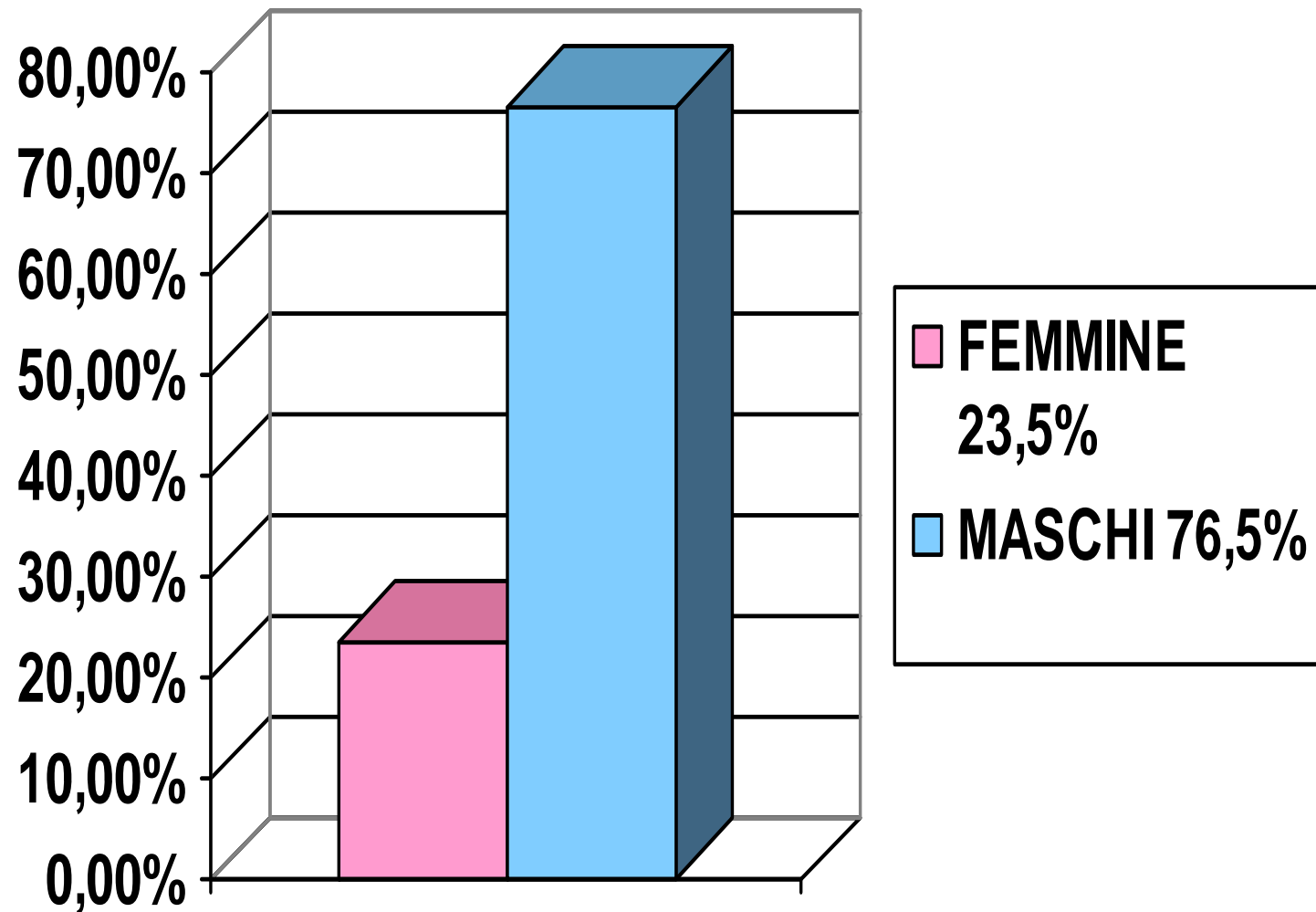
Analisi della casistica

Da novembre 2006 a febbraio 2008 sono stati presi in carico con interventi terapeutici mirati, individuali o di gruppo, 315 bambini

- 74 F pari al 23,5% del campione
- 241 M pari al 76,5% del campione

I bambini avevano un'età compresa tra 1,5 e 15,1 anni un'età media di 7,4 anni.

Distribuzione del campione in base al sesso



**DIAGNOSI****CODICE****N. BB****%**

DSL Espressivo

315.31

43 bb

13,7%

DSL (Misto) Compr.

315.32

75 bb

23,8%

D. Coord. Motoria

315.4

6 bb

1,9%

D. Spec. Compitaz.

315.09

5 bb

1,6%

Altre DSA

315.2

70 bb

22,2%

R. N. Spec. Svil. (RPM)

315.9

31 bb

9,8%

Rit. Mentale Lieve

317

30bb

9,6%

Rit. Mentale Medio

318.0

12 bb

3,8%

Rit. Mentale Grave

318.1

1 bb


0,3%

D. Gen. Svil. (DGS)

299

35 bb

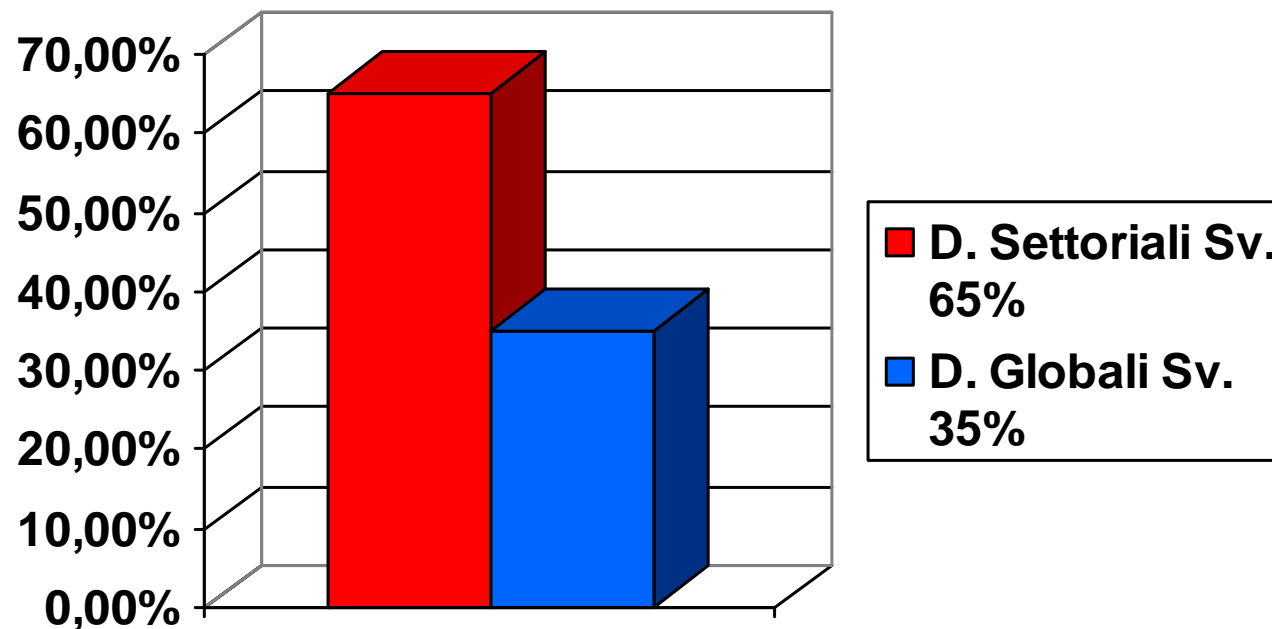
11,1%



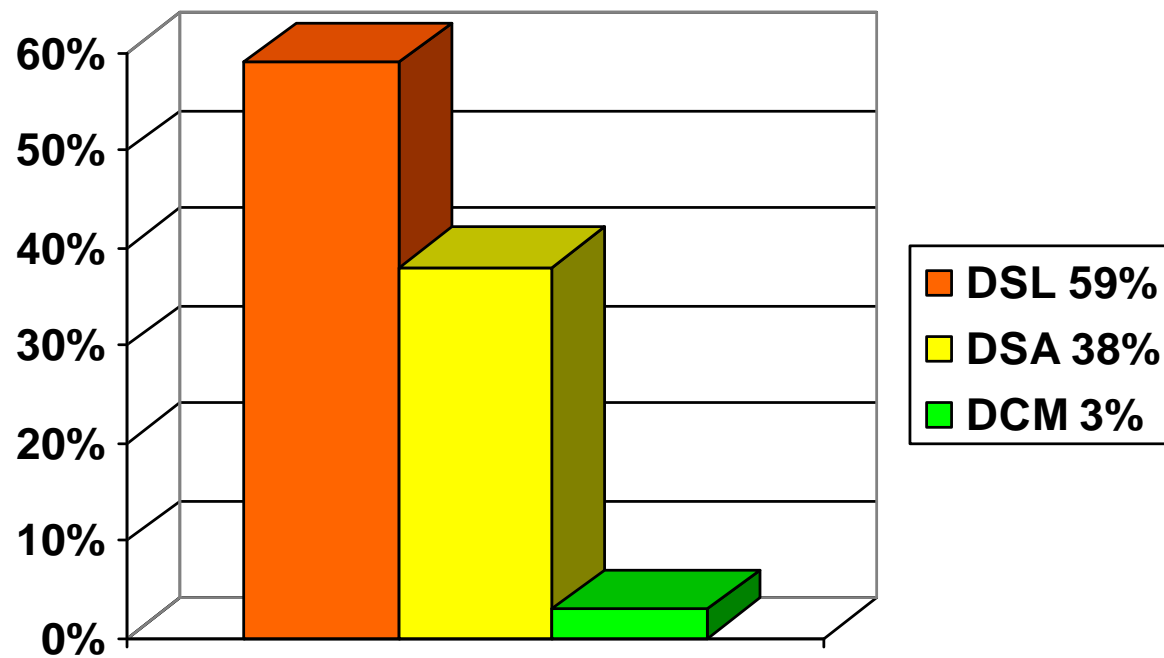
Abbiamo deciso di procedere ad effettuare raggruppamenti diagnostici più ampi, che ci potessero aiutare meglio nell'esaminare:

- le necessità clinico-riabilitative e di presa in carico dei singoli disturbi;
- la significatività della distribuzione dei disturbi del nostro campione.

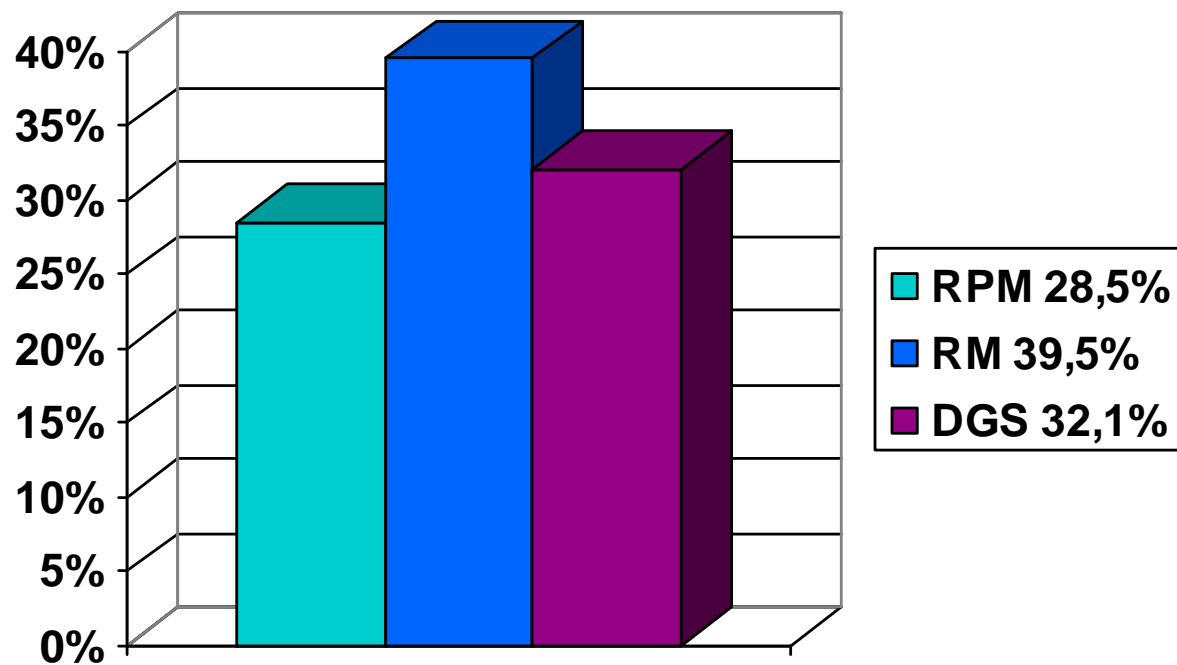
Distribuzione dei Disturbi Settoriali e Globali dello Sviluppo



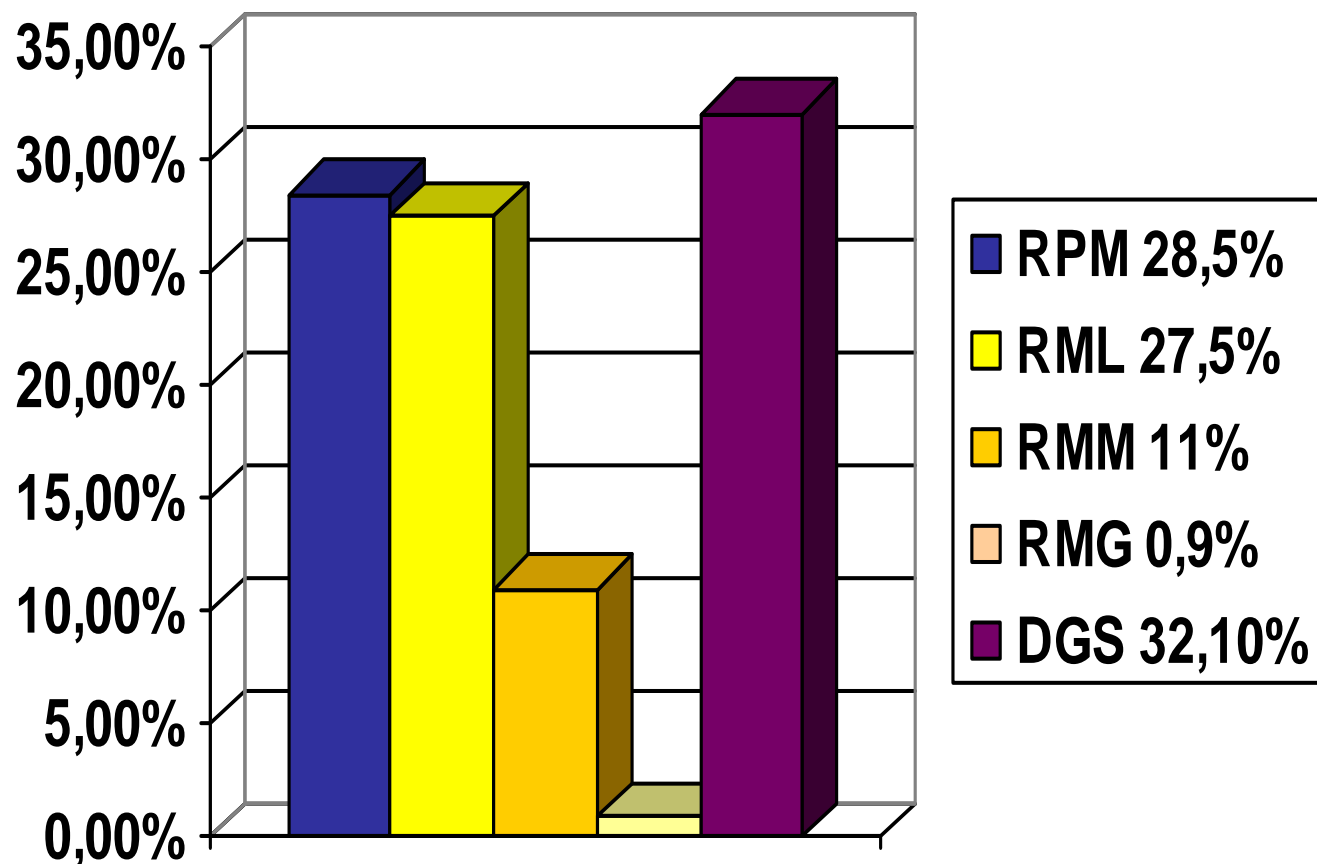
Distribuzione dei Disturbi Settoriali dello Sviluppo




Distribuzione dei Disturbi Globali dello Sviluppo



Distribuzione dei Disturbi Globali dello Sviluppo in base alla diagnosi clinica del disturbo

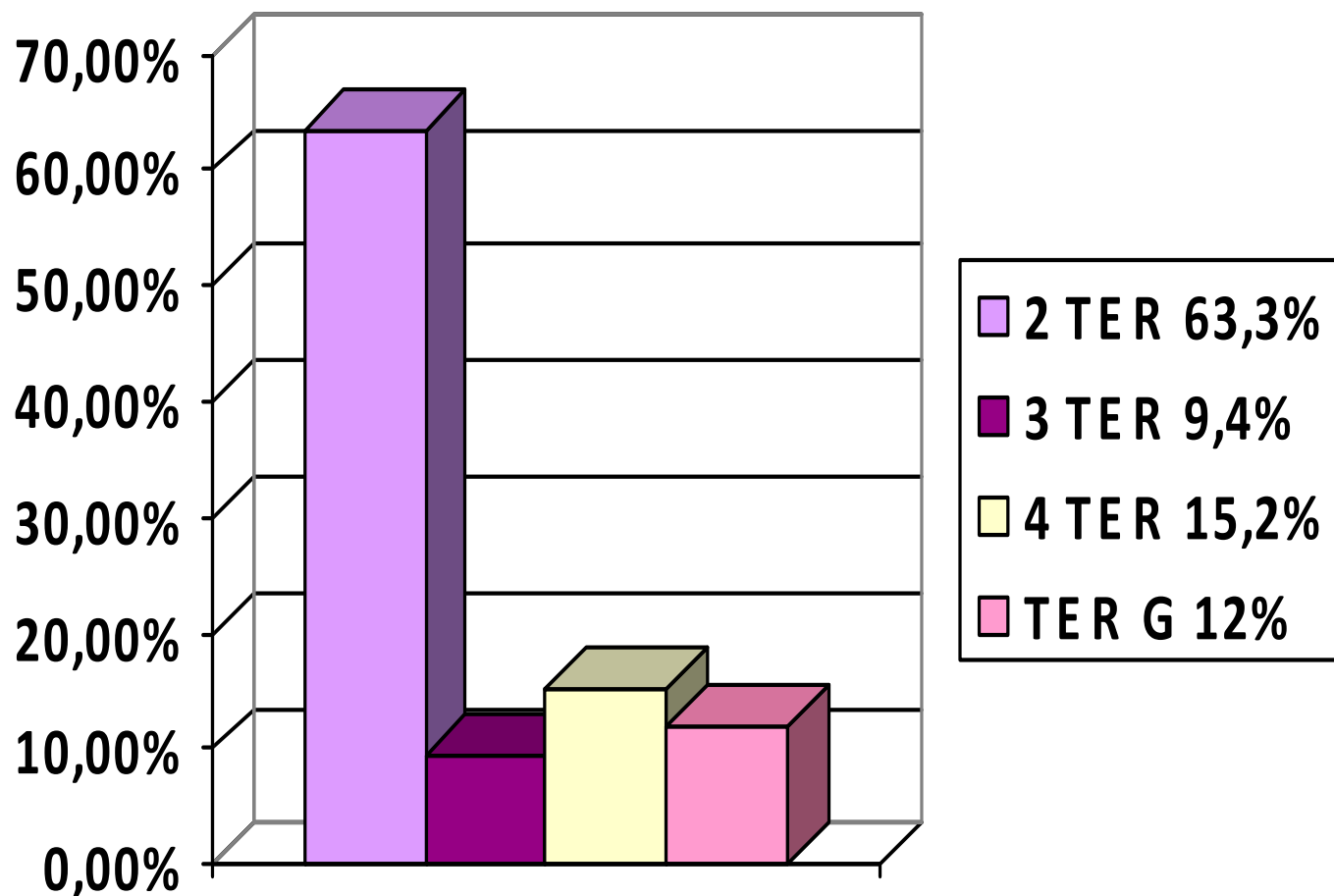




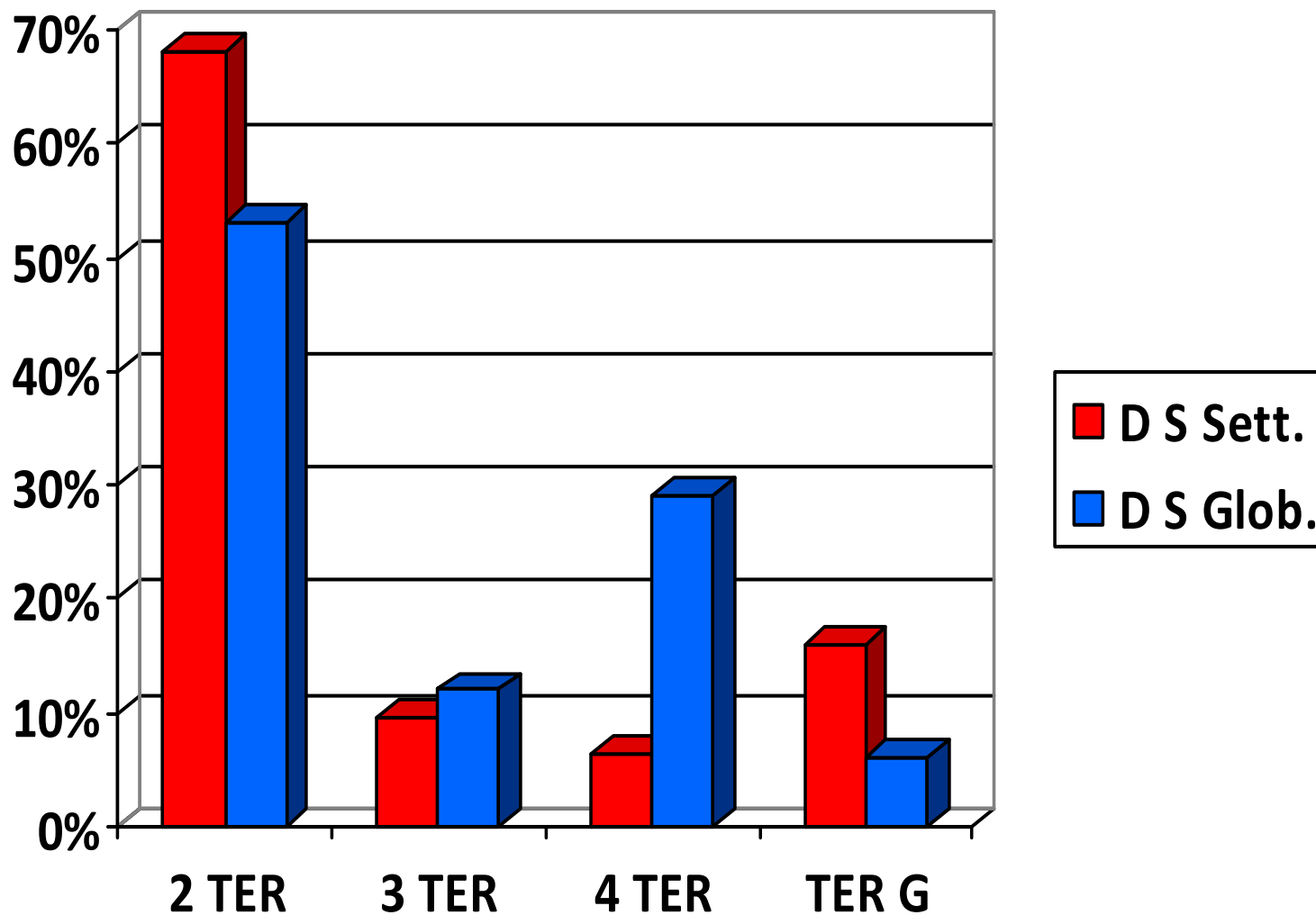
Come ultimo dato si riporta la distribuzione del livello socio-assistenziale del trattamento riabilitativo utilizzando i parametri della DGR 583 di maggio 2002 e prendendo in considerazione il numero di interventi riabilitativi effettuati a settimana.

Si è esaminata la distribuzione del numero di terapie tra i nostri bambini.

Distribuzione del numero di terapie nel campione totale



Distribuzione del numero di terapie nei disturbi globali e settoriali dello sviluppo





1 - Conclusioni

analisi del campione

- ❖ l'età della presa in carico riabilitativa nei disturbi di sviluppo appare ancora in ritardo rispetto al momento evolutivo sia del bambino che del disturbo;
- ❖ questo dato appare ancora più rilevante se lo rapportiamo al parametro gravità del disturbo. Vediamo infatti che soprattutto per i bambini con disturbo lieve dello sviluppo la presa in carico avviene quando il disturbo si è già strutturato, riducendo così le possibilità di abilitazione delle singole competenze e di un outcome positivo;



2 - Conclusioni

analisi della casistica

❖ i dati relativi al numero di terapie settimanali effettuate da ogni singolo bambino appaiono invece in linea con l'idea di una presa in carico globale, che non si esaurisca con il momento di terapia, ma che debba avere come obiettivo l'attivazione di percorsi socio-assistenziali che consentano al bambino di generalizzare ed esperenziare nel suo ambiente sociale le abilità acquisite. sembra comunque emergere che l'impegno lieve di due accessi a settimana non sia idoneo a valutare la presa in carico globale per difetto e gli altri livelli socio-assistenziali per eccesso.



3 - Conclusioni

le evidenze

□ Possibilità di confrontare 3 diversi modelli di intervento riabilitativo e di impatto gestionale all'interno della stessa ASL :

1. presa in carico di un ambulatorio territoriale;
2. presa in carico del centro privato accreditato;
3. presa in carico di un ambulatorio che utilizza i criteri del privato accreditato, ma all'interno del servizio pubblico;

□ 315 bb trattati contro i 200 previsti attraverso la ciclizzazione degli interventi;

□ attivazione di un gruppo di lavoro per la verifica e la condivisione dei trattamenti effettuati.