

Il **TEAM RIABILITATIVO** e' composto da varie figure professionali: (slide29)

- Fisiatra
- Fisioterapista
- Terapista occupazionale
- Logopedista
- Infermiere
- Dietista
- Assistente sociale
- Psicologo
- Familiari
- Assistente spirituale (è assodato che il paziente che ha fede e crede ha un miglioramento maggiore rispetto al paz non credente specialmente nei casi di ictus).
- Paziente

L'obiettivo del trattamento riabilitativo si interessa non solo di qualcosa che si è perso ma anche di "dare" qualcosa che non si è mai avuto come nei bambini in accrescimento con deficit cognitivo; in questo caso, in cui vengono evocate competenze nuove, si parla di "abilitazione" e non di riabilitazione anche se nel linguaggio comune si parla di riabilitazione (per esempio possiamo insegnare competenze nuove come lo stare in piedi e il parlare ad un bambino con deficit cognitivi gravi).

In alcuni casi però non siamo in grado né di acquisire né di far riacquisire delle competenze ma si cerca solo di far rimanere stabile o far perdere il meno possibile al paziente, ponendo una barriera all'inevitabile perdita funzionale e questo è valido soprattutto per le patologie cronic-evolutive ciò significa opporre una regressione funzionale che si verifica inevitabilmente con il progredire della patologia dalla quale è affetto il nostro paziente. C'è poi anche il compito di insegnare **formule facilitanti alternative** non utilizzando le vie anatomiche fisiologiche ma le vie alternative: per es il paz non può camminare e lo mettiamo sulla carrozzina per farlo comunque muovere autonomamente; quindi l'obiettivo delle formule facilitanti alternative consiste in tutte le situazioni che noi possiamo mettere in essere per ovviare alla mancanza di una funzione fisiologica attraverso l'utilizzo di *ausili, protesi, ortesi etc.* Oggi si parla di **RIABILITAZIONE RESTITUTIVA** (paz anziano con ictus al quale viene applicata la tecnica Bobat per risolvere la spasticità dell'arto sup o il bambino con

competenze mai raggiunte prima per es, e **RIABILITAZIONE SOSTITUTIVA** (Oscar Pistorius ad es..) in base ai concetti sopra espressi.

Ma quando noi facciamo Riabilitazione?

L'inizio del processo riabilitativo si ha quando il processo patologico è ancora in atto.

1° stadio della riabilitazione

- ***“ha luogo al momento stesso in cui si verifica la menomazione e, pertanto, o in fase acuta di malattia o all'accertamento di una patologia congenita o cronica”.*** (slide 31)

e dunque quando presumibilmente il paziente non è in una struttura riabilitativa ma in una struttura di patologia d'organo (clinica neurologica, ortopedica etc..) in cui la patologia è ancora in essere e in cui il fisiatra viene chiamato in consulenza; è questa la prima occasione di fare riabilitazione, fase che ha uno scopo preventivo dei danni e delle disabilità.

2° stadio della riabilitazione

- ***“prende avvio, in funzione delle disabilità che residuano, non appena superata la fase acuta di malattia; concerne la fase post-acuta e riguarda sia le strutture ospedaliere che quelle extraospedaliere di riabilitazione”.*** (slide 31)

è la fase realmente riabilitativa: il paz passata la fase acuta in cui è stato ricoverato in una struttura d'organo viene dimesso per essere ricoverato in una struttura riabilitativa. Ovviamente stiamo parlando solo ed esclusivamente dei soggetti che richiedono il ricovero e la presa in carico e quindi non parliamo dei danni così detti *emendabili* (piccoli traumi, ginocchio gonfio etc..). In questa fase quindi il paz viene dimesso dal reparto d'organo e ricoverato in una struttura riabilitativa e non può ancora tornare a casa in quanto chè il processo è ancora in atto, le alterazioni funzionali ed anatomiche si stanno realizzando e quindi occorre che il riabilitatore intervenga per recuperare quello che già si è perso per evitare la regressione funzionale. Di solito questa fase si svolge nelle **UOC (UNITA' OPERATIVE COMPLESSE di MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE)**. Il passaggio da una struttura d'organo ad una struttura riabilitativa ha anche una ragione economica, infatti un paziente in una struttura riabilitativa costa 250 euro al giorno anziché 750 come in una struttura d'organo; nelle strutture riabilitative inoltre il paziente può rimanere per un massimo di 60 giorni. Ovviamente si deve tener conto che tutto ciò di cui si sta parlando si riferisce a situazioni che prevedono una riabilitazione con ricovero e presa in carico, non parliamo di danni “emendabili” come ad esempio un ginocchio gonfio.

3° stadio della riabilitazione

- ***“richiede interventi sanitari meno sistematici (in quanto afferenti ad una condizione di disabilità stabilizzata e di restrizione della partecipazione) e, pertanto, praticabili anche in termini di trattamento ambulatoriale, finalizzati al mantenimento delle autonomie”.*** (slide 31)

è quella in cui il paziente ha esaurito il suo potenziale di guarigione fisiologica e cioè è stabilizzato ma deve ancora fare riabilitazione per mantenere i risultati ottenuti ed evitare che peggiori progressivamente. Può stare a casa o nelle RSA a lungo degenza che costano ancora meno (150 euro circa) nel caso in cui il paziente non può stare al proprio domicilio.

Il fisiatra può lavorare in tutti e tre questi livelli.

N.B. ::::::::::::::: STROKE UNIT.....circa 1000euro/dì
UOC.....circa 250euro/dì
RSA.....circa 120euro/dì

PRESA IN CARICO.

“Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle rivolte al superamento di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi”. (slide 32)

Fino a qualche anno fa il concetto di presa in carico globale non esisteva.

Accadeva per esempio che un paziente ricoverato in neurologia venisse gestito completamente dal neurologo e che quest'ultimo potesse chiamare il fisiatra per una consulenza. Questo principio era sbagliato perché spesso capita di dover gestire pazienti complessi.

Le unità operative complesse nascono insieme al concetto di presa in carico del paziente che prevede la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

Il progetto riabilitativo viene definito come ***“l'insieme di proposizioni elaborate dal team riabilitativo che tenendo conto dei limiti e dei bisogni del paziente nonché delle risorse disponibili, definisce gli outcomes desiderati in tempi definiti”.*** (slide 33).

Cio' significa in primo luogo che il fisiatra dopo la presa in carico deve valutare il potenziale riabilitativo cioè valutare se quel paziente potrà o meno trarre giovamento dalla riabilitazione.

Chi non ha un potenziale riabilitativo non deve essere ricoverato in strutture riabilitative: il fisiatra in questo caso diventa responsabile e deve pagare le giornate di ricovero per ricovero improprio. Dopo aver valutato se il paziente abbia o meno un potenziale riabilitativo, il fisiatra deve anche dire, avvalendosi dell'esperienza clinica e di valutazioni strumentali, che cosa si può ottenere "piu' o meno" da questo paziente alla fine dei 60 giorni. Questo concetto costituisce il progetto riabilitativo che non è altro che un **contratto** firmato dal paziente.

Questo "formalismo" del contratto serve perché la regione altrimenti non paga i 60 gg e adesso con le nuove leggi è obbligatorio per fare anche la fisioterapia nei centri. In questo contratto ci sono vari punti cioè i vari *programmi riabilitativi*.

Nel **programma riabilitativo** si specifica cosa si deve fare punto per punto per ogni problema specifico che il paziente ha e che ho riscontrato nel corso della mia valutazione riabilitativa, i programmi infatti sono tanti, quanti sono i problemi del paziente. Quindi se ad esempio ho un paziente con emiparesi con deficit di forza, spasticità, deficit dell'equilibrio, piaghe da decubito etc, si farà un programma riabilitativo per ogni singolo problema citato.

Quindi, (concetto molto importante per il prof!):

"Il progetto è uno ed è un contratto con cui indico quali outcomes globali voglio ottenere, i programmi riabilitativi invece sono tanti quanti sono i problemi del paziente".

N.B.

Se ho un paz con frattura di femore è inutile che faccio un progetto che prevede il recupero della deambulazione se prima della deambulazione non camminava. Questo appena citato è il **progetto riabilitativo individuale** che quindi riguarda l'individuo.

Però sulla gazzetta ufficiale si parla anche del cosiddetto "**progetto di struttura**" che riguarda le problematiche di una struttura che fa riabilitazione (UOC, ambulatorio etc) e individua quali devono essere i parametri (strutturali, di personale etc) per ottenere l'accreditamento; in questo modo vengono definiti quindi i *criteri di accreditamento*.

Il progetto riabilitativo individuale definisce gli outcome desiderati.

Il progetto riabilitativo deve indicare (slide 34):

- **Il medico specialista responsabile del progetto stesso.** Da sottolineare che non è specificato lo specialista in fisioterapia, perciò spesso in alcune strutture troviamo come responsabili figure quali geriatri, otorini ecc... . Oggi per fortuna nel nuovo piano sanitario specifico per la riabilitazione (la

riabilitazione infatti è stata “scorporata” dal piano sanitario nazionale) viene riconosciuto questo ruolo alla figura del fisiatra o a quelle di discipline equipollenti come il reumatologo, l’ortopedico o il neurologo.

- ***tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari, quando soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali.***
- ***definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell'équipe curante.***
- ***deve dimostrare la consapevolezza e comprensione, da parte dell'intera équipe riabilitativa, dell'insieme delle problematiche del paziente, compresi gli aspetti che non sono oggetto di interventi specifici, e di regola può non prevedere una quantificazione degli aspetti di cui sopra, ma ne dà una descrizione, in termini qualitativi e generali.***
- ***definisce il ruolo dell'équipe riabilitativa, composta da personale adeguatamente formato, rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati.***
- ***definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati.***
- ***E' comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e ai suoi familiari.***
- ***E' comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel progetto.***
- ***Costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'équipe.***
- Il progetto è un lavoro di équipe in cui sono compresi anche i familiari che devono approvare il lavoro svolto. Il coordinatore di questa équipe dovrebbe essere il fisiatra, ma se per vari motivi (ad es elevato numero di pazienti) non può, allora può nominare un “**case manager**” (slide 35) “ All’interno dell'équipe è possibile individuare un “case manager”, che ha il compito di facilitare le azioni e comunicazioni interne ed esterne dell'équipe, coadiuvando il coordinatore responsabile”. Si tratta in sostanza di un manager del caso specifico che può non essere un medico ma ad esempio un fisioterapista, specialmente nel caso in cui il paziente non abbia problemi clinici ma solo problemi di recupero; il responsabile finale rimane comunque il medico.

Il progetto viene fatto nel seguente modo (slide 36):

- **Paziente** (nome e cognome)
- **Data d’ingresso**
- **Situazione attuale** cioè la patologia da cui è affetto il paziente, menomazione, disabilità, situazione socio ambientale. Questi sono

pazienti provenienti da altri reparti quali ad es. neurologia o ortopedia, quindi che hanno già una diagnosi ben precisa che il fisiatra dovrà trascrivere. A questo punto sarà compito del fisiatra fare una valutazione riabilitativa del paziente quindi l'elenco dettagliato dei danni e delle disabilità conseguenti la malattia. Nel caso ad esempio di una emiplegia facio-brachio-crusale da ictus sarebbe opportuno che già i neurologi usassero la classificazione BENFORD che si basa su dati tac e che ci dà l'entità della lesione di partenza, e quindi del danno cerebrale, dato questo che è l'unico fattore prognostico certo. Si deve poi procedere a valutare i **danni** quali deficit del ROM a carico di..., deficit di forza a carico di..., deficit delle funzioni vescicali etc. Per le **disabilità** si valuterà l'incapacità nelle esecuzioni delle ADL (per es incapacità di vestirsi, incapacità di mantenere la posizione eretta etc.). Ovviamente tutti questi danni e queste disabilità devono essere quantificati. L'handicap in questa fase non si valuta.

Dobbiamo inoltre definire:

- 1- l'outcome globale e allora diremo: in seguito all'efficacia del nostro intervento presupponiamo che la nostra paziente possa tornare a vivere al proprio domicilio, possa tornare a lavorare e gestire nel caso specifico il proprio ruolo di preside perché non ha deficit cognitivi o deficit deambulatori rilevanti però avrà bisogno che qualcuno l'accompagni. Ancora potrà gestire la casa con l'aiuto quotidiano nella preparazione dei pasti, nelle pulizie domestiche etc.
- 2- l'outcome funzionale
- 3- definire i tempi ovvero cosa vogliamo ottenere in 1 mese, 2 mesi, 15 giorni etc.
- 4- definire il fabbisogno riabilitativo specificando le strutture e i presidi da coinvolgere e le modalità del loro inserimento nel progetto riabilitativo e descrivendo che cosa utilizzeremo per fare questo: rieducazione motoria, idrochinesi terapia, terapia occupazionale, logopedia in modo che si sappia quale sia l'impatto riabilitativo di quella malattia.

I **programmi** invece rappresentano ciò che noi facciamo punto per punto per ogni problema del paziente visto che in riabilitazione abbiamo un approccio definito

"PROBLEM RELATED" ovvero: (slide 37)

facciamo la **diagnosi riabilitativa** (*elencazione dettagliata dei danni e delle disabilità che ha il mio paziente conseguenti alla malattia al momento della presa in carico*).

Ogni punto dell'elenco è un problema (ad es. deficit di ROM degli estensori, deficit di forza dei flessori e così via) e per ognuno di questi si spiegano gli interventi riabilitativi che si vogliono fare e il risultato che si vuole ottenere.

Il processo riabilitativo solitamente si esaurisce nei 60 gg canonici.

Le **riunioni dell'equipe** si eseguono settimanalmente e in questa sede vengono esaminati tutti i pazienti attraverso l'intervento dei vari infermieri e "case manager" che spiegano a che livello sta ciascun paziente.

Inoltre il fisiatra stabilisce anche quali sono gli obiettivi immediati o come dicono gli Americani "**goals**" cioè gli obiettivi immediati che io posso ottenere nel giro di 10-15 giorni (nel contesto del processo riabilitativo che come abbiamo detto ha una durata canonica di 60gg).

Esempio:

paziente con ictus che fin da quando era in neurologia non si è mai alzato dal letto.

Il fisiatra dice che in 5 gg si deve rimettere in piedi, compatibilmente con l'entità della lesione (obiettivo immediato).

Per "**objectives**" si intendono gli obiettivi intermedi cioè a metà del ricovero quindi dopo un mese ad es.

Nel caso dell'esempio di prima il mio paziente che ho rimesso in piedi in 5 gg (goal), avrà come objective una deambulazione alle parallele, o con bastone, dopo un mese (se è in grado).

Si formula poi l'*out come funzionale*, e ce ne può essere anche più di uno, che è quello finale per cui il mio paziente, oltre a camminare con il bastone sia in door che out door, dovrà poter salire e scendere le scale etc.

ATTENZIONE!!:

Mentre il responsabile dell'intero progetto riabilitativo è il fisiatra, il responsabile di ciascun programma è relativo al problema: se il paz. ha un problema di forza muscolare il responsabile sarà il fisioterapista, se ha un problema di disfagia o di linguaggio il responsabile sarà il logopedista, per le piaghe da decubito l'infermiere, se il paz ha difficoltà ad eseguire alcuni compiti della vita quotidiana il responsabile sarà il terapeuta occupazionale.

Il responsabile di ciascun programma va identificato nominalmente e scritto perché è civilmente e penalmente perseguibile. Per cui se il paz aggrava le proprie piaghe da decubito perché l'infermiere non ha eseguito i previsti passaggi posizionali, il responsabile è lui stesso e non il fisiatra.

Quindi:

- **outcome globale** (PROGETTO) (slide 39): "*riabilitazione totale, il pz. si è reintegrato nella società (lavoro, attività sociali, attività sportive, ecc.)*"
E' dunque una riabilitazione totale in cui il paz viene reintegrato nella società, nel lavoro, nelle amicizie, negli affetti, nelle attività ludiche etc.

- **outcome funzionale** (PROGRAMMA) (slide 39): *“è relativo alle condizioni fisiche, psicologiche ed emotive da ottenere nel pz tali da migliorare la sua qualità di vita, migliorando soprattutto la sua autonomia funzionale”*
E' relativo quindi alle prestazioni fisiche che ha il mio paz alla fine del mio trattamento riabilitativo; esso è inserito nel progetto ma è composto da tanti piccoli outcome che sono outcome funzionali e che costituiscono ognuno l'obiettivo finale del programma.

I LIVELLI DI OUTCOME

Poiché il progetto è un contratto dobbiamo stare bene attenti a quello che scriviamo nel senso che il fisiatra miracoli non ne fa e quindi dobbiamo stabilire con attenzione i livelli di outcome.

Esistono 5 livelli di outcome:

LIVELLO 1 (slide 40)

“condizioni medico internistiche stabilizzate; adeguata assistenza medica, nursing, nutrizionale, di supporto, con paziente collocato in modo da permettere una gestione per tempi lunghi evitando le complicanze”.

Noi potremmo scrivere come progetto, quindi come obiettivo finale di quello che voglio ottenere dopo il ricovero, che il mio paz non muoia cioè rimanga in condizioni mediche stabilizzate, non abbia complicanze come piaghe o infezioni, non abbia crisi convulsive o aritmiche.

Questo per farvi capire che non necessariamente tutti i paz vanno a livello 5 con reintegro totale nella vita di relazione.

LIVELLO 2

“limitata indipendenza funzionale nel self-care, mobilità, sicurezza e comunicazione; necessità di massima assistenza e supervisione”.

Limitata attività nel self care cioè da solo non riesce a lavarsi pulirsi, usare la toilette etc. non si sa muovere da solo, non c'è sicurezza e non può vivere autonomamente problema di comunicazione con il mondo esterno.

Questo livello dipende molto dal livello sociale.

LIVELLO 3

“moderata indipendenza nel self-care, mobilità, sicurezza e comunicazione; necessità di moderata assistenza e supervisione”.

E' un paziente che sta già un poco meglio cioè ha una moderata indipendenza nella cura della persona, nella mobilità, nella sicurezza, nella comunicazione però necessita di una moderata supervisione (qualcuno che gli lavi i panni, che gli cucini i pasti, che controlli che non vi siano piaghe da decubito etc.). Questo è un paziente che può già andare a casa anche con l'aiuto dei familiari o associazioni di volontariato, qualcuno insomma che controlli almeno una volta durante la settimana. Per noi questo paz può già andare a casa ed è questo il nostro obiettivo finale cioè far tornare la gente a casa e non in altri reparti.

LIVELLO 4

“massima indipendenza nel sel-care, mobilità, sicurezza e comunicazione; necessità di minima assistenza e supervisione”.

Il paziente sta praticamente bene e necessita solo di un controllo occasionale cioè qualcuno vada a controllare la presenza di eventuali piaghe da decubito nel caso sia costretto su sedia a rotelle, se si alimenta correttamente e volendo questo è un paz che può vivere anche da solo.