

**MENTALITA'
RIABILITATIVA**



MEDICINA RIABILITATIVA



metodologia



organizzazione

CARDINI RIABILITATIVI

Centralità del paziente

Unità bio-psico-sociale del paziente

Riabilitazione basata sull'Outcome

Team riabilitativo

- Multidisciplinare

- Interdisciplinare



Transdisciplinarieta

ICF: International Classification of Function, Disability and Health

- *ICIDH 2 International Classification of Impairment, Disability and Handicap, 1980: Individuazione e valutazione delle menomazioni, disabilità ed handicap*
 - **WHO: ICF. Ginevra, 2001**
- **Journal of Rehabilitation Medicine: ICF ed ICF Core Sets, 2004**

Disabilità

Stato di salute

*Menomazione della
struttura e della
funzione corporea*

*Limitazione
delle attività*

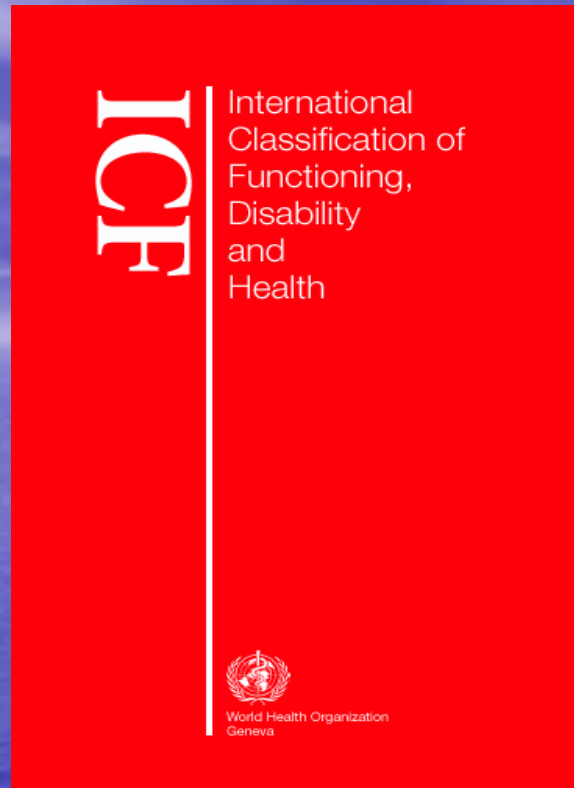
*Restrizione della
partecipazione*

Fattori
ambientali

Fattori
personali

Fattori Contestuali

WHO, Organizzazione
Mondiale
della Sanità, 2001



<http://www.icf-research-branch.org>

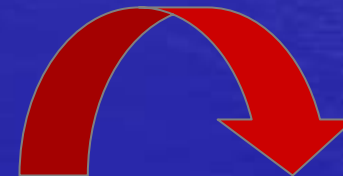
L'ICF costituisce un sistema di comunicazione internazionale per descrivere le capacità funzionali, la disabilità e la salute

- **L'INTERVENTO MEDICO - RIABILITATIVO
NECESSITA DI:**

- **PROGETTO RIABILITATIVO DI STRUTTURA**



- **PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**



- **PROGRAMMI RIABILITATIVI**

Progetto Riabilitativo di struttura

- Garanzia da parte della struttura sanitaria di attività riabilitative tramite la dotazione, la disponibilità e l'organizzazione di spazi e di attività lavorative
 - **Idonea funzione di supporto**
 - Personale tecnico-professionale non necessario

Progetto Riabilitativo Individuale

- Insieme di proposizioni elaborate dal team riabilitativo, in relazione alle menomazioni, disabilità ed abilità residue, nonché ai limiti imposti dalle situazioni circostanti
- **Personale medico e tecnico specializzato in riabilitazione.**
 - **Definire gli esiti finali desiderati.**

Progetto riabilitativo

- 1. bisogni e preferenze del paziente
 - 2. menomazioni, disabilità
 - 3. abilità residue e recuperabili
- 4. stabilisce il ruolo del team riabilitativo
 - 5. determina i tempi

Progetto riabilitativo

- 6. determina le azioni e le condizioni necessarie
- 7. dimostra la consapevolezza e la comprensione delle problematiche del paziente
- 8. è comunicato al paziente e ai suoi familiari

Progetto riabilitativo

- 9. è comunicato a tutti gli operatori
- 10. può modificarsi (cambiamento degli elementi di base, obiettivi raggiunti, eventi non previsti rispetto alle condizioni pre-definite)

Programmi riabilitativi

- Definiscono i motivi per cui il paziente necessita di una presa in carico
- **Definiscono le aree di intervento specifico**
- Definiscono gli obiettivi a breve (goal) e medio termine (objective)
 - **Definiscono i tempi prevedibili per l'effettuazione degli interventi**

Programmi riabilitativi

- Definiscono le misure di esito
- Individuano i singoli operatori coinvolti (e le responsabilità di programma)
 - Vengono periodicamente verificati ed aggiornati
 - Costituiscono elemento di verifica del progetto riabilitativo

Sinergia dei diversi programmi

Outcome

Rappresenta l'insieme dei risultati degli interventi clinici e terapeutici

Outcome globale o generale: risultato finale di tutti gli interventi sanitari della medicina riabilitativa, della riabilitazione psicologica e sociale

Outcome

Outcome funzionale: risultato finale desiderato relativo a uno specifico set di parametri

Outcome psico-sociale: risultato finale degli interventi della riabilitazione psicologica e sociale.

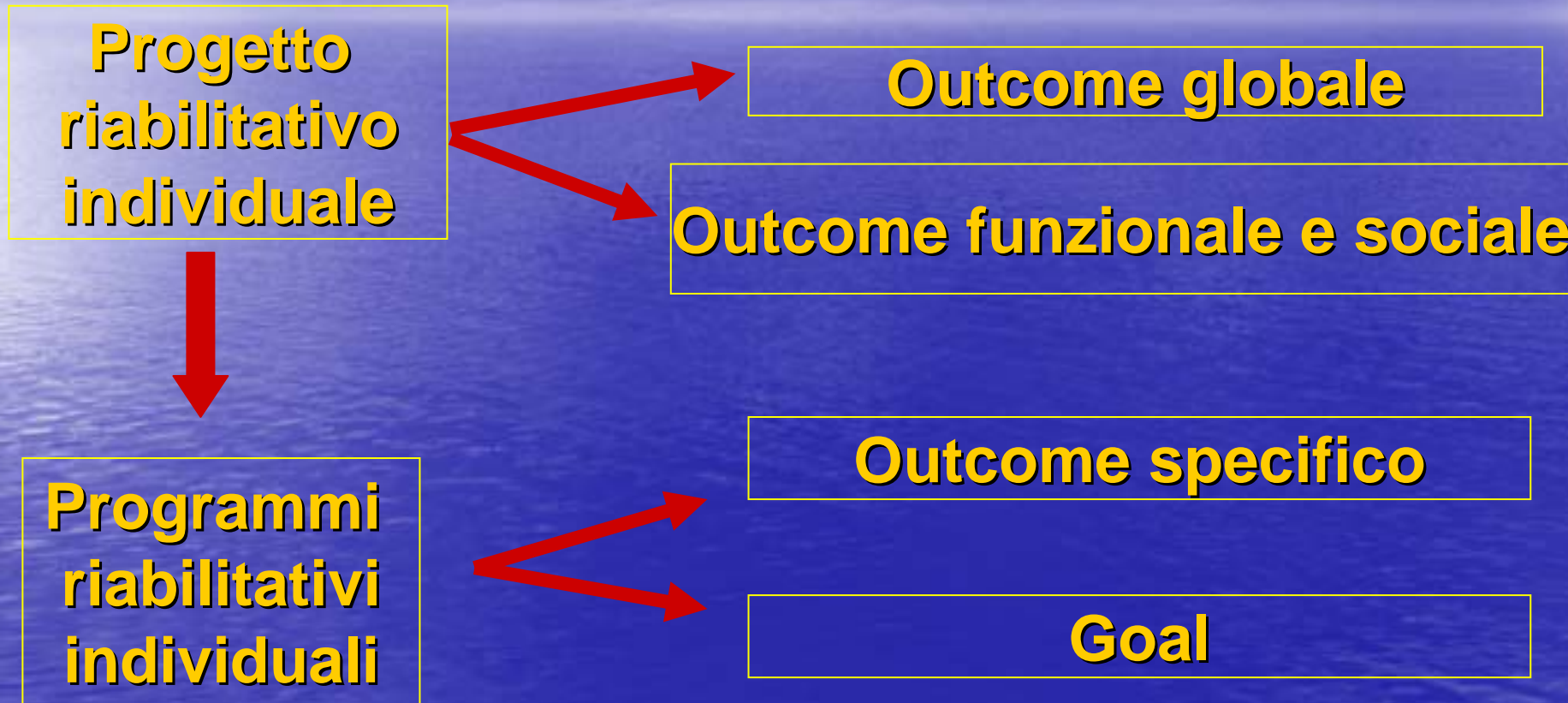
Outcome

- **Objective (outcome specifico):** il risultato desiderato relativo a un set di parametri minori (autonomia deambulatoria e/o comunicativa)
 - **Goal:** risultato ben definito, da conseguire in un brevissimo arco di tempo (controllo della stazione da seduto)

Gli outcome devono essere:

- realistici
- individuabili
- misurabili
- condivisi dal team
- a responsabilità individuata
- dotati di tempi e modalità definiti

Presenza in carico globale



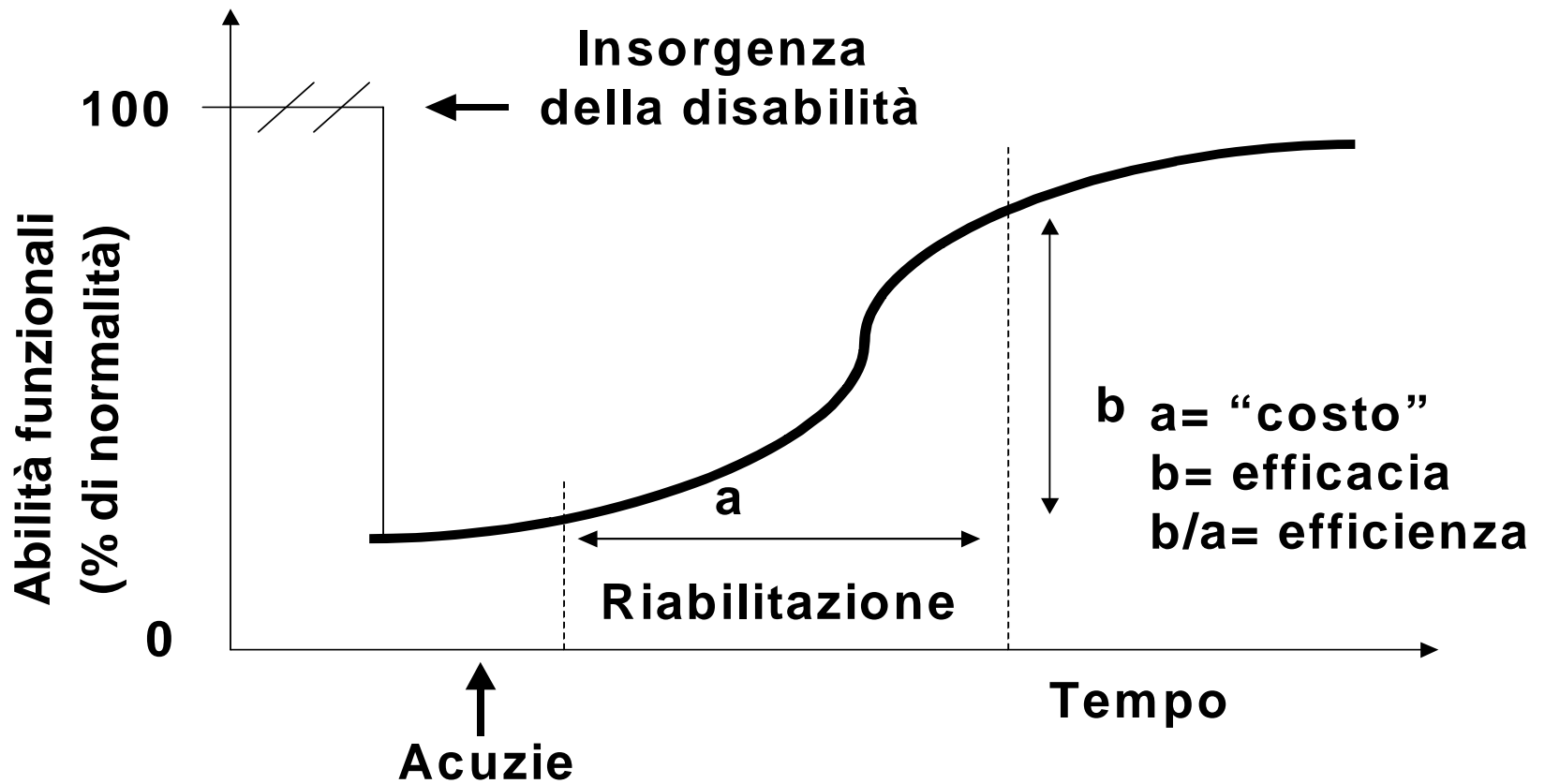
**Aumento della Qualità delle
Risorse**

**Corretta Gestione della Rete
Territoriale**

PRESA IN CARICO RIABILITATIVA

**Ottimizzazione
dell'iter medico, riabilitativo,
socio-economico**

COSTI



Diagnosi riabilitativa

- Anamnesi (paziente e/o familiari), esame obiettivo e valutazione funzionale
 - Menomazioni/disabilità
 - Gradiente di modificabilità
 - Risorse del paziente
- Modalità di intervento più utili (setting)
 - Strumenti terapeutici più efficaci
 - Definizione dei tempi previsti

Anamnesi generale

- Familiare (elementi demografici, relazionali ed affettivi, analisi patologica)
- Fisiologica (parto, sviluppo, curriculum scolastico, alimentazione, abitudini...)
 - Funzionale (motoria, ADL, abilità comunicative/deglutitive/sfinteriche, ausili/ortesi utilizzate)
 - Patologica remota e prossima

Anamnesi generale

- Stati civile, composizione familiare e rapporti affettivo-emozionali
 - Condizioni di vita (tipo di casa, condizioni abitative, modalità di vita)
 - Abuso di sostanze
- Assistenza di familiari, amici, volontari e servizi sociali

Anamnesi generale

- Vita professionale e sportiva
- **Condizione finanziaria**
- Attività di tempo libero
- **Anamnesi sessuale**



*Motivazione
Collaborazione*

Fattori psico-sociali

- Anamnesi psicologica
(depressione, ansia, propositi di auto-soppressione...)
- Situazione sociale

Finalità dell'anamnesi

Raccogliere elementi per valutare la motivazione e la possibilità di collaborazione del paziente.

Sono elementi ***essenziali*** al progetto riabilitativo.

Valutazione clinico-riabilitativa

- Medica (medico clinica)
- Funzionale (limitazione delle motorie)
 - Psico-sociale (analisi cognitiva e comportamentale, salute mentale, difficoltà sociali)
- Attività di vita specifiche o ADL (cura di sé, gestione domestica, dei servizi, del lavoro)
 - Qualità di vita (QoL)

Misure di outcome



- Strumenti di valutazione della disabilità, dei fattori psico-sociali, delle ADL, della QoL in ambito medico riabilitativo

Cosa significa misurare in MFR?

Assegnare in modo specifico il significato al risultato di ogni valutazione.

Oggettiva quantificazione di un'osservazione clinica (breve/medio/lungo termine).

Da porre a confronto con riferimenti normativi.

Quali strumenti?

- Osservazione/esame clinico.

Esperienza del paziente, in forma di
intervista strutturata o di questionario
auto-compilato

(PRO, Patient Reported Outcomes).

Quali contenuti esaminare?

Tipologia di costrutti (disabilità, ADL, QoL,): aderenti a ciò che si desidera misurare

Comprensione dei contenuti

Accettabilità del paziente

Facilità di utilizzo: operatore e paziente

Servono quindi strumenti...

- ... funzionali
- ... centrati sul paziente
- ... popolazione e contesto specifici

...e soprattutto...

- ...aderenti alle necessità del clinico (e del manager):
 - pianificazione riabilitativa
 - monitoraggio in itinere delle cure
 - case management
- valutazione del livello qualitativo a parità di risorse

Core set di misure

1. Funzione specifiche

2. Dolore

CLINICA

3. Stato di salute generale

4. Disabilità lavoro-correlata

5. Soddisfazione verso il trattamento

RICERCA

Misure di disabilità (o funzione specifiche)

Due ambiti principali:



Descrizione delle performance fisiche

Impatto dei sintomi sulle principali attività quotidiane, lavorative e sociali

Misurare la disabilità lombare

Roland Morris Disability Questionnaire

24 domande (SI/NO), punteggio totale 0-24, 5'

Costrutto: disabilità lombare

1 dimensione: interferenza con le attività quotidiane

Oswestry Disability Index

10 domande (0-5), punteggio totale 0-100 (%), 3'

Costrutto: disabilità lombare

1 dimensione: intensità del dolore e interferenza con le attività quotidiane

Padua R. Development of the Italian version of the RMDQ. Eur Spine J, 2002

Monticone M. Development of the Italian version of the ODI. Spine 2009

Monticone M. Responsiveness and MICs for the RMDQ and ODI. Eur Spine J, 2012

ROLAND & MORRIS DISABILITY SCALE

Nome e Cognome: Data:

Spazio per l'etichetta

Occupazione: Età:

Di seguito sono riportate alcune frasi che altri pazienti hanno usato per descrivere le loro sensazioni quando hanno mal di schiena. Alcune frasi potrebbero colpirla in maniera particolare perché descrivono il suo stato d'animo *oggi*. Quando legge una frase che descrive la sua situazione segni SI. Se la frase non rispecchia il suo stato segni NO. Se oggi non fa l'azione indicata dalla frase per motivi diversi dal mal di schiena, passi alla frase successiva.

A causa del mio mal di schiena, *oggi*

SI	NO	1. Sto a casa la maggior parte del tempo a causa della mia schiena.
SI	NO	2. Cambio continuamente posizione nel tentativo di trovarne una confortevole per la schiena.
SI	NO	3. Cammino più lentamente del solito a causa della mia schiena.
SI	NO	4. A causa della mia schiena non faccio più nessuno dei lavori che normalmente facevo in casa.
SI	NO	5. A causa della mia schiena devo usare il corrimano per salire le scale.
SI	NO	6. A causa della mia schiena devo sdraiarmi più spesso per riposare.
SI	NO	7. A causa della mia schiena devo afferrarmi a qualcosa per alzarmi dalla poltrona.
SI	NO	8. A causa della mia schiena cerco di farmi aiutare dagli altri per determinate azioni.
SI	NO	9. Mi vesto più lentamente del solito a causa della mia schiena.
SI	NO	10. Posso stare in piedi soltanto per brevi periodi a causa della mia schiena.
SI	NO	11. A causa della mia schiena evito di piegarmi o di inginocchiarmi.
SI	NO	12. Trovo difficoltà ad alzarmi dalla sedia a causa della mia schiena.
SI	NO	13. La schiena mi fa male quasi sempre.
SI	NO	14. Trovo difficoltà a girarmi nel letto a causa della mia schiena.
SI	NO	15. Non ho un buon appetito a causa del mio mal di schiena.
SI	NO	16. Ho problemi a mettermi le calze a causa del mio mal di schiena.
SI	NO	17. Cammino solo per brevi tratti a causa del mio mal di schiena.
SI	NO	18. Dormo meno bene a causa della mia schiena.
SI	NO	19. A causa del mio mal di schiena ho bisogno dell'aiuto di qualcuno per vestirmi.
SI	NO	20. Sto seduto quasi tutto il giorno a causa della mia schiena.
SI	NO	21. Evito i lavori pesanti in casa a causa della mia schiena.
SI	NO	22. A causa del mio mal di schiena sono più irritabile e intollerante del solito con le persone.
SI	NO	23. A causa della mia schiena salgo più lentamente le scale.
SI	NO	24. Sto nel letto la maggior parte del tempo a causa della mia schiena.

Punteggio Totale:

Dolore

Intensità

Visual Analog Scale
Verbal Analog Scale
Numerical Rating Scale

Caratteristiche

Durata, frequenza,
localizzazione, fattori scatenanti

Severità

Interferenza con attività
correlate al dolore (scale disabilità
specifiche)

Influenza emotiva del dolore (ansia,
depressione, paura del
movimento, catastrofismo)

Misure cognitivo-comportamentali

Hospital Anxiety and Depression Scale

14 domande (0-3), punteggio totale 0-21 per singolo dominio, 5'

Costrutto: ansia e depressione

2 dimensioni: ansia, depressione

Tampa Scale of Kinesiophobia

13 domande (1-4), punteggio totale 13-52, 5'

Costrutto: paura di muoversi

2 dimensioni: danno corporeo, evitamento delle attività

TAMPA SCALE FOR KINESIOPHOBIA

Nome e Cognome: Data:

Occupazione: Et :

In questi tempi, caratterizzati da una medicina ad alto contenuto tecnologico, manca spesso nella Sua cartella clinica una delle pi  importanti fonti di informazione: le Sue sensazioni riguardo a cosa sta accadendo al Suo corpo. Le informazioni che Le chiediamo hanno lo scopo di colmare questa lacuna. Per favore risponda alle seguenti domande mettendo una crocetta sulle risposte che descrivono meglio il suo modo di sentire, e non secondo quanto altri ritengono che Lei debba credere. Questa non   una prova per verificare le Sue conoscenze mediche; noi intendiamo conoscere il Suo punto di vista.

		Completo disaccordo	Parziale disaccordo	Parziale accordo	Completo accordo
1	Se svolgessi attivit� fisica temo che potrei farmi male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se cercassi di fronteggiare il dolore che provo, esso aumenterebbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Il mio corpo mi informa che ho qualche cosa di seriamente compromesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Le persone non stanno considerando il mio problema come si dovrebbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Il mio problema costituisce un rischio per il mio corpo per gli anni a venire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Provare dolore significa sempre che ho danneggiato il mio corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Temo di farmi del male accidentalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Il modo pi� sicuro per evitare che il mio dolore aumenti � assicurarmi di non fare movimenti superflui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Non avrei cos� tanto dolore se non ci fosse in me qualcosa di potenzialmente pericoloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Il mio dolore mi avverte quando interrompere l'attivit� fisica in modo da non danneggiarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Per una persona nelle mie condizioni non � salutare svolgere attivit� fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Non posso fare tutto ci� che le persone normali fanno perch� con grande facilit� mi faccio male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Nessuno dovrebbe fare attivit� fisica quando prova dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totale: TSK Activity Avoidance (1, 2, 10, 14, 15, 17): TSK Harm (3, 5, 6, 7, 9, 11, 13):

Misure cognitivo-comportamentali

Fear Avoidance Belief Questionnaire

16 domande (0-7), punteggio totale 0-96, 5'

Costrutto: paura di muoversi

2 dimensioni: evitamento delle attività quotidiane, evitamento delle attività lavorative

Pain Catastrophising Scale

13 domande (0-4), punteggio totale 0-52, 5'

Costrutto: catastrofismo

3 dimensioni: esagerazione, rimuginazione, senso di impotenza

Stato di salute generale

Concetti generali di salute, disabilità e qualità di vita

Confronti sugli impatti dei trattamenti sulla popolazione generale

Numerose scale di misura:
SIP, SF-36, SF-12, EQ5D...

Short Form Health Survey 36

Ottime proprietà psicometriche e correlazioni con svariate condizioni muscolo-scheletriche, classi di età e trattamenti (dati normativi)

Costrutto: Qualità di vita

36 items (punteggio variabile), 15'

Due sottoscale: componente fisica e mentale.

Otto domini (0-100): funzione fisica, ruolo fisico, dolore, attività sociali, salute mentale, ruolo emotivo, vitalità, salute generale.

Disabilità lavoro-correlata

Status lavorativo

Tempo necessario per il
reintegro lavorativo

Tempo lavorativo

full-time, part-time, congedo/non
occupato per malattia

Interazione tra stato di
salute e performance
lavorativa

Tempo perduto per
inattività

scale di disabilità e cognitive
specifiche

Soddisfazione verso il trattamento

A. Globali (GPE) →

Il trattamento eseguito...

1. ha decisamente migliorato il mio problema
2. ha migliorato il mio problema
3. ha migliorato in parte il mio problema
4. non ha migliorato il mio problema
5. ha peggiorato in parte il mio problema
6. ha peggiorato il mio problema
7. ha decisamente peggiorato il mio problema

B. Malattia-specifici

C. Assistenza ricevuta

D. Effetti del trattamento

Valutazione strumentale

- Test fisici (goniometri, dinamometri)
 - Indagini di I livello (RX)
- Indagini di II livello (TC, RMN, EMG/EN)

Proprietà clinimetriche

Dimensionalità, Riproducibilità (inter e intra esaminatore), Validità di costruito

- Accuratezza (sensibilità, specificità)
- Impatto sul trattamento (significatività clinica)

E poi....?

Al termine della anamnesi e della
valutazione:

- formulare la diagnosi riabilitativa
- descrivere lo stato di salute del
paziente.

...Operativamente...

- Individuare i problemi del paziente, loro entità e modificabilità
 - Creazione del progetto riabilitativo (responsabilità)
 - Individuare l'Outcome Globale

...Operativamente...

- Individuare l'Outcome Funzionale e Psicosociale
 - Definire programmi e responsabilità specifiche
- Definire obiettivi a breve, medio e lungo termine

Problem Based Approach

Team Riabilitativo

- **Sono necessari interventi coordinati ed integrati contrapposti ad un approccio individuale e/o gerarchico**
- **Organizzazione della struttura riabilitativa 24h/giorno**

Team Riabilitativo

- **Ambiente riabilitativo attivo e non “pillola-riabilitativa”**
- **Team dei professionisti:
aiutare la persona a
raggiungere il massimo di
indipendenza**

Chi sono i componenti?

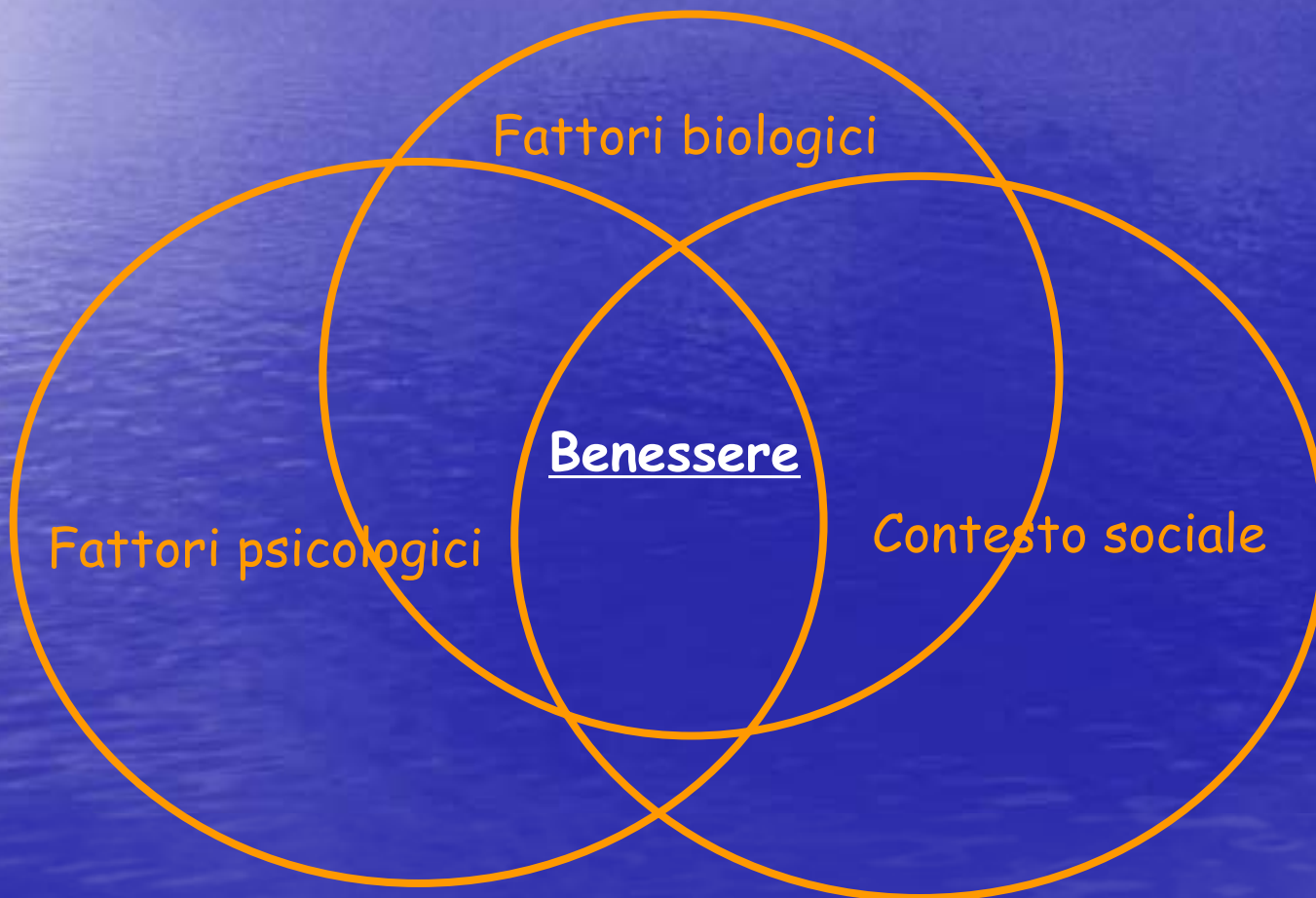
- **Componente fissa:** paziente, fisiatra, fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, infermiere, psicologo, assistente sociale

Chi sono i componenti?

- **Componente variabile:** tecnico ortopedico, educatore, operatore vocazionale, medico di medicina generale, altri medici specialisti.

Paziente

**Globalità fisica, psichica, affettiva, sociale
e relazionale**



Fisiatra

- **Specialista in Medicina Fisca e Riabilitativa (CEE)**
- **Responsabile del progetto riabilitativo e della diagnosi riabilitativa**
- **Accreditamento della struttura.**

Fisiatra

- A. Valutazione e gestione del disabile
- B. prevenzione secondaria e terziaria della disabilità
 - C. obiettivi della presa in carico
- D. recupero e mantenimento delle abilità funzionali
 - E. risorse familiari
 - F. pianificazione degli interventi

Fisioterapista

- Laureato in Fisioterapia
- Assiste il paziente nel recupero funzionale
- Responsabile del programma di funzioni motorie
- Recupero (neuro)motorio, passaggi posturali, deambulazione...

Logopedista

- Laureato in Scienze e tecniche del linguaggio
- Abilità linguistiche e di comunicazione, secondarie o meno ad alterazioni neurologiche
 - Memoria
 - Deglutizione

Terapista Occupazionale

- **Laureato in Terapia Occupazionale**
- **Recupero dell'indipendenza nelle ADL e nel self-care**
 - **Deficit sensitivi e percettivi**
- **Addestramento all'uso di ortesi, protesi ed ausili**
 - **Attività domestiche, di guida**

Infermiere

- Laureato in Scienze Infermieristiche
- Soddisfazione dei bisogni di assistenza, di terapia medica e riabilitativa
- Vescica, Intestino, integrità cutanea. Self-care ed ADL
- Controllo delle infezioni e sicurezza ambientale. Alimentazione
 - Gestione del tempo

Psicologo

- Laureato in Psicologia
- Supporto ed educazione alla persona disabile, adattamento alle modifiche di vita secondarie alla disabilità
- Indipendenza psico-fisica
- Gestione del tempo e sociale
- Supporto al team riabilitativo ed alla famiglia
- Responsabile delle attività comunicative-relazionali e di recupero psico-sociale

Assistente Sociale

- **Laureato in Servizi Sociali**
 - Valuta l'impatto sociale, relazionale ed economico della disabilità
- **Aspetti domestici e lavorativi**
 - Gestione territoriale

Tecnico Ortopedico

- **Laureato in Scienze e Tecniche Ortopediche**
- **Responsabile della valutazione, disegno e fabbricazione di ortesi, ausili e protesi**
- **Istruzione all'utilizzo e buona manutenzione (famiglia)**

Altri ancora...

- **Educatore Professionale**
 - **Assistente Spirituale**
 - **Animatore**
 - **Volontario**
- **Medico di Medicina Generale (ruolo prima della disabilità e in dimissione)**

PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Paziente

Fisiatra

Famiglia

Specialista

Medico di MG

Fisioterapista

Tecnico ortopedico

Terapista occupazionale

Psicologo

Infermiere

Assistente sociale

PROGRAMMI

Area di problematicità

- Area della stabilità internistica
- Area delle funzioni vitali di base
- Area delle funzioni senso-motorie
- Area della mobilità e trasferimenti

Area di problematicità

- Area delle competenze comunicativo-relazionali
 - Area delle competenze cognitivo-comportamentali
- Area dell'autonomia nella cura della persona
 - Area del riadattamento e del reinserimento sociale

Come si sviluppa un gruppo?

- 1. Orientamento**
- 2. Insoddisfazione
(osservato/atteso)**
- 3. Integrazione**
- 4. Produzione**

Come far funzionare un gruppo?

- Basso numero di membri
 - Interazione possibile
 - Linguaggio comune
- Obiettivi affini e coerenti con gli altri
 - Integrazione
- Affrontare situazioni difficili
 - Selezione

Condizioni per gestire un gruppo di lavoro

- Risorse interne
- Cultura e clima
 - Procedure
- Autorevolezza ed autorità

Riunioni di team

- **Preparazione (Odg, tempo e luogo)**
- **Gestione (puntualità ed introduzione) dell'Odg, del tempo, sintesi, riassunto**
 - ***Evitare:* esclusivo rapporto col leader, atteggiamenti moraleggianti, puntare il dito contro qualcuno, influenzare il pensiero altrui, trarre conclusioni affrettate, parlare più del 20% del tempo**
 - **Comunicazione efficace**
 - **Conflitto**

Verifica del dopo riunione

**scritta, operatività delle decisioni,
rivalutazione a distanza**

Tipi di riunione

1. di informazione
2. di lavoro
3. di decisione
4. di negoziazione e di conciliazione
5. di distensione

Modalità operative

- ***Modello multiprofessionale:***
realizzazione indipendente
- ***Modello interprofessionale:***
realizzazione dipendente, outcome
e programmi condivisi.

Modalità operative

- Migliorare la comunicazione dei professionisti coinvolti
- Condividere le conoscenze di base
- Approccio orientato ai problemi
 - Ambiente più stimolante
 - Spirito di squadra

La Famiglia



- Ruolo all'interno della presa in carico riabilitativa

- Coinvolgimento della famiglia: 1° nucleo di aggregazione sociale
- Visione unitaria della progressione dei programmi: *alleanza contro evento disabilitante*

- **Primo colloquio familiare** (mission e vision del progetto riabilitativo, programmi riabilitativi, outcome): conversazione bi-direzionale. Inizio del processo educativo alla famiglia (no al: “più faccio prima guarisce!”), gestione della emozionalità, continuum terapeutico
 - **Alleanza terapeutica**
- **Nuova visione del medico:** da colui che convince il paziente a colui che coinvolge il paziente, visione della disabilità non come qualcosa di inemendabile, ma come modificabile e gestibile

- **Primo incontro (preparazione)**
- **Ingresso:** dove siamo, chi siamo, cosa facciamo?
- **Visita di team:** valutazione del rischio, capacità di gestione del rischio, grado di collaborazione, attenzione e motivazione
 - **Prima riunione degli operatori:** documentazione pervenuta, scale di outcome

- ***Formazione del team fisso***
 - **Riunione familiare**
 - **Contratto terapeutico**
- ***Formazione del team variabile***

La famiglia come risorsa del processo riabilitativo

- Paziente e Famiglia
- Non peso, ma risorsa potenziale, anzi risorsa reale
 - Conoscere le risorse familiari
 - **Aspettative familiari**
- Psicologo ed assistente sociale

La famiglia come risorsa del processo riabilitativo

- **Inserire la famiglia all'interno del team dei professionisti (clima di fiducia, conoscenza reciproca e condivisione degli obiettivi, presa visione e informazioni sulla struttura...)**
 - **Famiglia utente del team**

Come?

Visita guidata:

- colloquio di accoglimento
- prima riunione familiare
- materiale informativo
- colloqui informali

Addestrare la famiglia alla gestione della disabilità

- **Comportamenti adeguati durante tutta la giornata**
- **Indicazioni a valenza terapeutica, gestione sul lungo periodo**

Come?

- **Lezioni informative per i familiari**
- **Individuazione degli operatori da parte dei familiari**
- **Affiancamento agli operatori**
 - **Addestramento pratico**

Addestramento a domicilio!

- **Addestramento a domicilio per i pazienti con gravi disabilità: preparare l'ambiente domestico, ridurre lo svantaggio sociale del paziente e della famiglia.**

Come?

- **Visite domiciliari**
- **Abbattimento barriere architettoniche**
- **Informazione/Educazione**
 - **Follow-up a distanza**

Favorire il processo di accettazione della disabilità

- **Comprensione (elaborazione) e gestione del paziente**
- **Gruppi di auto-aiuto**

Elaborazione della disabilità: *(da parte della famiglia)*

1. shock e negazione

2. presa d'atto

3. sentimenti negativi

(depressione, rabbia, paura)

4. ristrutturazione del proprio campo di vita

(consapevolezza, riadattamento)

Variabili: gravità oggettiva e percepita

Gruppi di auto-aiuto

- Riduzione del senso di solitudine
- **Libero sfogo e condivisione dei sentimenti**
 - Informazioni, suggerimenti
 - **Possibilità di confronto**

Presenza dello psicologo

Scheda informativa per il team sulle risorse familiari:

- Composizione del nucleo familiare
- Amici e familiari non conviventi, ma con ruolo importante
 - Problemi familiari precedenti al trauma
 - Situazione abitativa
 - Livello di integrazione sociale
 - Suddivisione dei compiti e dei ruoli
- Grado di coesione e di supporto emotivo reciproco

Esistono progetti a breve termine, sconvolti dal trauma?

- **Livello di conoscenza, percezione**
 - **Aspettative**
 - **Disponibilità a collaborare**

Punti di forza e di debolezza.

Individuare il familiare di riferimento

Timing delle riunioni familiari

- All'inizio
- In itinere
- In dimissione

**Strumenti di
comunicazione del team
riabilitativo**

**Nell'interazione tra persone non si
può non comunicare**

**Qualità della comunicazione verso
l'interno e verso l'esterno**

“Perché non capisce quello che sto dicendo ?”

“Cos’avrò detto di così strano ?”

**Atteggiamento sbagliato
(giustificazione tecnicista)**

Tutto questo succede tanto o poco?

Poco interesse alla comunicazione

Quadrilatero della professionalità:

Scientifico

Tecnico

Organizzativo/Gestionale

Comunicativo/Relazionale

Assiomi della comunicazione:

- **Non si può non comunicare**
 - **Aspetto di contenuto e di relazione**
 - **Sequenze comunicative**
 - **Scambi bi-direzionali**

Tipi di Comunicazione

- **Non scritta: le riunioni di team**
- **Scritta: la cartella integrata**

Le riunioni di team

- **Area del compito:** risorse, strumenti di lavoro, il progetto, gli obiettivi, la produttività e i risultati
 - **Area della relazione:** il clima del gruppo di lavoro e della riunione

Fare attenzione ad entrambe le aree

Riunioni del team professionale

- ***Briefing quotidiano.*** Riunione breve, quotidiana, con scopi informativi e di pianificazione a breve termine

**Partecipanti: medico, caposala,
coordinatore dei fisioterapisti**

Riunioni del team professionale

- *Riunione di progetto.*

Settimanale/quindicinale. Verificare la situazione di PRI/pri riabilitativi, verificare il raggiungimento degli obiettivi, aggiornare e modificare.

Componenti: personale afferente a PRI/pri.

Riunioni del team professionale

- ***Riunione programmatica.***

Mensile. Verifica dei programmi riabilitativi, pianificazione delle dimissioni, riunioni familiari, nuovi ingressi.

Partecipanti: componenti del team

La cartella integrata

Utilità:

- al paziente e alla famiglia
- operatori sanitari (criteri razionali)
- amministratori

▪ *Perché?*

- Ampiezza delle problematiche
- Complessità degli interventi
- Numerosità degli attori coinvolti
- Definizione multidimensionale

Criteri compilativi

- Individuazione degli operatori coinvolti e formazione adeguata
 - Omogeneità della modalità di compilazione
- Individuazione di norme concordate per la struttura della cartella clinica

Punti chiave:

- **diagnosi riabilitativa**
 - **menomazioni, disabilità, handicap**
- **definizione di PRI/pri (e loro modifiche)**
 - **previsione degli outcome**
 - **componenti del team riabilitativo**
 - **definizione del piano di dimissione**
 - **continuità di erogazione dei servizi**

Cartella integrata: perché ?

- Difficoltà comunicative
 - Carenze informative
- Difficoltà a reperire le informazioni scritte e orali
 - Difformità tra operatori
- Definizione delle responsabilità

Cartella integrata: perché ?

- Semplificare e facilitare la raccolta
 - Evitare inutili duplicazioni
- Facilitare l'approccio interprofessionale
 - “Compilatore e fruitore”

Documentare lo svolgimento dell'iter riabilitativo:

- Anamnesi e Valutazione
- **Progettazione e pianificazione**
- Registrazione e scambio di informazioni
 - **Registrazione dei trattamenti**
 - Rendiconto degli esiti

→ Glossario dei termini e delle abbreviazioni

Sezioni della cartella

- Valutazione di ingresso e progetto riabilitativo
 - Scale di misurazione
- Programmi riabilitativi ed obiettivi, modalità d'intervento
 - Scheda della famiglia: comunicazione, educazione, informazioni ai familiari

Sezioni della cartella

- Consulenze/esami ematici e strumentali
 - **Certificazioni**
- Piano di dimissione e post-dimissione

Nota Bene: È un unico documento a fogli mobili

Setting riabilitativi

Scelta in base a:

stabilità clinica del paziente

- livello di autonomia
- gradiente di modificabilità
- stato cognitivo e comportamentale
 - compliance del paziente
 - risorse familiari

Setting riabilitativi

**Fase della Prevenzione del danno
e di menomazioni secondarie:
reparti per acuti.**

Fase della Riabilitazione

**Intensiva: reparti post-acuti, Day
Hospital, Day Service, ambulatorio.**

Setting riabilitativi

**Fase del Completamento del
processo di recupero:**

lungodegenze riabilitative a carattere
geriatrico, Day Hospital, Day Service,
ambulatorio.

Setting riabilitativi

**Fase del Mantenimento del recupero motorio acquisito:
Servizi di Recupero e Rieducazione Funzionale (Ambulatorio, Day Hospital, Day Service), ADI, RSA, Centri Diurni, Centri AFA.**

Modelli organizzativi in Medicina Riabilitativa

- Attività di riabilitazione intensiva (cod.75, 28, 56): 3 ore giornaliere (erogati dal team)
- **Attività di riabilitazione estensiva (cod.60): 1 ora giornaliera**
- Attività di riabilitazione ambulatoriale: 30-60' giornaliera (anche da singolo professionista)
 - **Attività di riabilitazione domiciliare: 1 ora giornaliera** (anche da singolo professionista)