

Il lavoro in equipe quale strumento per migliorare l'appropriatezza dei percorsi riabilitativi

Il percorso ictus in base al protocollo toscano di monitoraggio dei percorsi riabilitativi

Dott.ssa M. Biagi

Dott.ssa C. Duetti

Meeting delle Neuroscienze Toscane

7 aprile 2017

GROSSETO

La Riabilitazione

L'EBM ha provato l'efficacia nel ridurre **MORTALITA'** e **DISABILITA'**, conseguenti ad ictus cerebrale acuto, per mezzo di due tipi di interventi:

- Di tipo farmacologico
- Di tipo organizzativo: la stroke unit
- L'intervento deve essere globale, di cura, riabilitativo e precoce, messo in atto da una
- **EQUIPE MULTIPROFESSIONALE E MULTIDICIPLINARE** adeguatamente formata, addestrata e con tecniche esperte di nursing (SPREAD 2012 Sintesi 8.6 e raccomandazioni 8.5 e 8.7 grado D)
- Equipe multidisciplinare di minima: Medico specialista, FT, Infermiere

La Riabilitazione

La letteratura internazionale concorda che i pazienti

- Trascorrono troppo tempo inattivi nel letto

- Le complicazioni dell'inattività determinano:

 - 51% delle morti entro 30 gg dalla fase acuta

 - > 62% di complicazioni nella prima settimana

 - Lo studio AVERT phase III ha dimostrato che la riabilitazione precocissima, attuata entro le 24 ore dall'esordio, **riduce morte e disabilità, migliora la Q della vita ed è piu' efficace** se confrontata ad interventi piu' tardivi. (Spread 2012 Raccomandazione 14.7 grado C)

La Riabilitazione in fase acuta

• In base alla valutazione funzionale l'intervento riabilitativo mira alla prevenzione delle complicanze quali:

- retrazioni muscolo-tendinee
- sublussazione di spalla
- ulcere da pressione
- patologie respiratorie da stasi
- decondizionamento
- compensazioni funzionali precoci sorrette da schemi patologici
- prevenzione della polmonite da aspirazione

• tramite varie condotte terapeutiche: **mobilizzazione precoce, passaggi posturali, igiene posturale insieme al personale infermieristico, recupero delle ADL, counseling, nutrizione e comunicazione.**

La Riabilitazione in fase acuta

- **L'equipe Multidisciplinare**, attraverso la valutazione clinico-funzionale ed all'assessment multidimensionale, **definisce il percorso riabilitativo, centrandolo sul paziente**, individuando il setting riabilitativo più idoneo, successivo alla fase acuta.
- Adozione di un linguaggio comune, orientato al modello bio-psico-sociale (ICF-WHO 2000)
- Adozione di strumenti valutativi validati e condivisi per una corretta stratificazione del bisogno (Protocollo ValERIA)
- Il bilancio del paziente prevede una valutazione standardizzata sulle seguenti condizioni: stabilità/instabilità clinica, fattori sociali e ambientali, condizioni motorie, sensibilità, stato cognitivo, comunicazione, autonomia nelle ADL.

La Riabilitazione

- I percorsi riabilitativi si sviluppano, a partire dall'evento acuto a carattere disabilitante, sulla base di una valutazione multiprofessionale, che considera, oltre ai bisogni clinici e funzionali, quelli assistenziali e sociali, e individua le modalità di risposta al bisogno, attraverso strumenti e scale validate (SPREAD 2012 Raccomandazione 14.5 grado D)
- In base ai bisogni di tutela clinica viene proposto l'inserimento in una struttura ospedaliera o extraospedaliera.
- Importante il **coinvolgimento del MMG** per quei pazienti nei quali l'intervento riabilitativo si sviluppa in regime ambulatoriale o domiciliare.
- Per i casi complessi con problematiche socio-assistenziali si prevede **segnalazione all'ACOT**, supportata da una valutazione multidimensionale che permetta di pianificare adeguatamente la dimissione. (SPREAD 2012 Raccomandazione 14.12 GPP)

La Riabilitazione

- Definizione di **PDTA Aziendali** che mettano in comunicazione, attraverso strumenti e prassi definite, le strutture interessate nella gestione del paziente con ictus in un ottica di rete, in modo tale che venga garantita **la continuità delle cure riabilitative ed assistenziali**.
- Sulla base della stratificazione del bisogno dovrebbe essere offerta a tutti una opportunità Valutativo/riabilitativa (NGC-8107 2010 liv.A) in un setting intensivo residenziale, ospedaliero o extra-ospedaliero, oppure ambulatoriale/domiciliare (community based rehabilitation)
- La scelta dei soggetti da destinare alle strutture assistenziali dedicate alla fase post-acuta di un ictus è basata sulla **probabilità del beneficio (criterio di modificabilità)** e sulla **disponibilità delle risorse**.(SPREAD 2012 Raccomandazione 14.3)

La Riabilitazione

• I fattori prognostici che fanno propendere per setting a maggior intensità e a più alta tutela medica-infermieristica nelle 24 h sono:

• **Comorbilità con instabilità clinica; gravità del quadro clinico dell'ictus** (SPREAD 2012 Raccomandazione 14.4 grado D)

• Gradi intermedi di perdita dell'autonomia e l'acquisizione del controllo del tronco si associano invece ad una prognosi favorevole rispetto al possibile recupero funzionale.

• Non è indicato considerare **età avanzata e gravità clinica** tra i fattori di esclusione per un trattamento riabilitativo ospedaliero (SPREAD 2012 Raccomandazioni 14.10 e 14.21 grado B)

• La scelta del setting riabilitativo appropriato è un momento di fondamentale importanza per la prognosi riabilitativa.

La Riabilitazione

• I setting dove è possibile erogare le prestazioni di riabilitazione per l'ictus sono un sistema di strutture che operano in forma fortemente integrata all'interno di una rete di servizi i cui nodi sono identificati nei:

➤ **presidi ospedalieri:** codice 56, codice 75, codice 60

➤ **presidi territoriali:** strutture di degenza continuativa o diurna a carattere intensivo ed estensivo, ambulatorio, domicilio, RSA, RSD, centri diurni.

• L'elemento fondante dei processi in ambito riabilitativo è **il progetto riabilitativo individuale**, che contiene gli obiettivi perseguibili e viene progressivamente modificato sulla base della verifica del raggiungimento degli stessi.

Riabilitazione intensiva in regime di degenza ospedaliera (codice 56)

- Recupero di **disabilità importanti, modificabili**, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico, comprensivo di **interventi multidisciplinari e multiprofessionali intensivi** (orientativamente 3 ore al giorno di trattamento specifico), che implicino un elevato livello di tutela medico-infermieristica o la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate. (CSR Documento regionale di Indirizzo n.6 Percorsi riabilitativi)
- L'azione riabilitativa garantisce:
 - presa in carico globale del paziente con il coinvolgimento del team multiprofessionale
 - valutazioni funzionali con strumenti validati e strumentali per la stesura del PRI e del programma riabilitativo personalizzato

▣ **Dimissione o trasferimento dalle strutture di riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (cod 56 e 75)**

Le **dimissioni** avvengono, a stabilizzazione clinica generale, in base a due condizioni:

• In caso di prognosi riabilitativa non ancora definitiva, viene attuato il trasferimento nei regimi di riabilitazione residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare. Gli obiettivi riabilitativi vengono esplicitati nel Progetto/Programma Riabilitativo.

• In caso di disabilità stabilizzata viene attuato il trasferimento verso domicilio, RSD o moduli RSA ad indirizzo riabilitativo

Dimissione o trasferimento dalle strutture di riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (Cod 56 e 75)

Prima della dimissione dalla struttura riabilitativa ospedaliera è indicato assicurarsi che:

- Il paziente e la famiglia siano consapevoli dell'accaduto e pienamente coinvolti nella continuità assistenziale
- Il medico di medicina generale, i distretti sanitari e i servizi sociali siano informati al fine di garantire la prosecuzione dell'assistenza sul territorio senza ritardi
- Paziente e familiari ricevano un'adeguata informazione sulla presenza di associazioni di supporto e gruppi di volontariato
- (SPREAD 2012 Raccomandazione 14.13 GPP)

Dimissione o trasferimento dalle strutture di riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (cod 56 e 75)

La dimissione è preceduta da:

- ✓ Formulazione precoce del piano di trattamento individuale in accordo con l'equipe distrettuale che prende in carico il paziente
- ✓ Addestramento di assistenza o parente trainer
- ✓ Contatto con il medico di base
- ✓ Valutazione domiciliare e prescrizione ausili
- ✓ Attivazione dell'assistenza sociale
- ✓ Contatto con il medico e lo specialista del Distretto

Riabilitazione intensiva ed estensiva a carattere residenziale e diurno extraospedaliero (ex art. 26 L. 833/78)

Le strutture di Riabilitazione intensiva ed estensiva a carattere residenziale e diurno extraospedaliero comprendono **i presidi della rete di riabilitazione** che operano in stretto collegamento con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali sia nella fase subacuta sia per i pazienti provenienti dal territorio.

Le attività riabilitative che si svolgono nelle strutture/presidi di riabilitazione in regime di ricovero o diurno, si rivolgono **a pazienti clinicamente stabili** che richiedono, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, un' adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) o nelle 12 ore (regime diurno).

Riabilitazione intensiva ed estensiva a carattere residenziale e diurno extraospedaliero (ex art. 26)

Questi presidi garantiscono:

- Un intervento di **tipo intensivo** *nelle fasi immediatamente sub-acute* o di *recrudescenza* degli esiti invalidanti (fase del recupero intrinseco) .
- E' caratterizzato da un impegno orientativamente di 3 ore di attività di riabilitazione individuale o di gruppo, comprese la cura della persona e le attività di ADL, compatibili con i risultati da raggiungere.
- Un intervento di **tipo estensivo**, a conclusione di un progetto riabilitativo, per facilitare l'adattamento della persona con esiti di ictus al proprio ambiente di vita.

Riabilitazione intensiva ed estensiva a carattere residenziale e diurno extraospedaliero (ex art. 26)

Le strutture ex art. 26 residenziali / semiresidenziali sono caratterizzate da:

- ✓una presa in carico multiprofessionale, in riferimento ai bisogni clinico/funzionali e socio/assistenziali
- ✓un **progetto di struttura** che comprende l'insieme dei requisiti strutturali omogenei agli standard di riferimento, finalizzato ad erogare prestazioni in un contesto operativo adeguato al livello e alla complessità dell'attività;
- ✓un progetto riabilitativo individuale contenente una valutazione multidimensionale, la definizione degli obiettivi, le strategie e le risorse per realizzarli, i tempi e le modalità di verifica del loro raggiungimento in termini di outcome, le modalità del follow up.

Riabilitazione ambulatoriale

Le attività di riabilitazione svolte nei presidi ambulatoriali di riabilitazione funzionale si rivolgono a pazienti con **condizione clinica stabilizzata**, che non richiedono, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, assistenza medica e infermieristica.

La presa in carico avviene attraverso un progetto riabilitativo, così come previsto dal percorso 3, DGRT 595/05, percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione, riferibile a condizioni di disabilità complesse che richiedono una presa in carico globale.

Il PRI deve contenere una valutazione multidimensionale, la definizione degli obiettivi, le strategie e risorse per realizzarli, i tempi e le modalità per il loro raggiungimento, i termini del follow up.

Il progetto riabilitativo individuale deve vedere coinvolti oltre gli operatori della riabilitazione anche **figure del sistema socio assistenziale territoriale** di tipo professionale o parentale che possono assicurare il mantenimento degli obiettivi raggiunti.

Dimissione dei pazienti con esiti di ictus dalle strutture extraospedaliere (residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali)

Il paziente viene dimesso sulla base del giudizio clinico-riabilitativo dell'equipe multiprofessionale in base al raggiungimento degli obiettivi delineati nel progetto riabilitativo.

Prima della dimissione è opportuno assicurarsi che:

- Il paziente e la famiglia siano consapevoli e coinvolti
- Il MMG, i distretti e i servizi sociali siano informati
- Paziente e familiari siano informati su associazioni di supporto e volontariato (SPREAD 2012 Racc. 14.13 GPP)
- Fornire ai pazienti e ai care givers informazioni che tengano conto dei bisogni specifici della persona e programmi educativi che garantiscano la collaborazione nel mantenimento delle autonomie raggiunte (SPREAD 2012 Raccomandazione 15.12 grado B)

Dimissione dei pazienti con esiti di ictus dalle strutture extraospedaliere (residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali)

✓ Nei soggetti con ictus e lieve disabilità residua, è indicato pianificare l'attività di riabilitazione nelle strutture territoriali (SPREAD 2012 Raccomandazione 14.11 grado A)

✓ In ogni setting è opportuno perseguire **la verticalizzazione precoce ed il ripristino del cammino**, nonché il recupero dell'arto superiore e il lavoro sulla comunicazione già nei primi tre mesi. All'interno dei PDTA aziendali dovrebbero essere previsti interventi sulla riduzione dell'ipertono mediante ricorso alla tossina botulinica o impianto di pompe endotekali.

✓ E' importante prevedere **follow up** periodici da parte della struttura riabilitativa che ha effettuato la presa in carico.

✓ Il loro scopo è quello di monitorare il percorso clinico-riabilitativo, la prescrizione e la gestione degli ausili, il counseling al paziente ed ai care givers. (SPREAD Raccomandazione 14.21 grado B)

Attività Fisica Adattata

L'ictus rappresenta la prima causa di disabilità nell'adulto. Da qui la necessità di **ridurre la sedentarietà** che ne consegue con un tentativo di modifica dello stile di vita. La letteratura ci dimostra che gli interventi riabilitativi in fase cronica producono un qualche miglioramento, ma che questo ha, in genere, un carattere temporaneo. Il SNC va incontro ad un **"non uso appreso"** ma le sue funzioni plastiche possono essere riattivate anche in condizioni di cronicità.

Appare quindi opportuna un'attività costante e continua, svolta in gruppo, di tipo aerobico, finalizzata a migliorare la capacità cardiaca e migliorare la forza muscolare. Questa attività deve essere contestualizzata nel progetto di vita della persona e non può essere considerata attività riabilitativa in senso stretto (UK NCG for stroke 2004a; b Racc. grade A) (SPREAD 2012 Racc. 14.29 GPP)

GRAZIE DELL'ATTENZIONE