

LA PRESA IN CARICO GLOBALE RIABILITATIVA PER IL PAZIENTE CON FRATTURA FEMORALE PROSSIMALE SU BASE OSTEOPOROTICA.

Marco Monticone

ISICO – Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale, Milano

Sezione SIMFER di Riabilitazione Ambulatoriale delle menomazioni e disabilità secondarie a patologie dell'apparato locomotore.

Sezione Riabilitazioni Speciali – Dip. di Chirurgia - Università degli Studi di Pavia

Il concetto di *presa in carico globale* rappresenta un aspetto cardine della Medicina Riabilitativa contemporanea, guidata in questi ultimi anni attraverso un rapido e profondo cambiamento in termini dottrinali, metodologici ed organizzativi. Si è passati da una visione prevalentemente legata all'esercizio riabilitativo alla possibilità di intravedere il paziente con gravi disabilità nella sua complessità e globalità, cercando di valutarne e controllarne i diversi aspetti patologici intercorrenti, offrendo al paziente stesso ed alla sua famiglia non solo un ampio ventaglio di risposte terapeutiche, integrate tra loro, ma facendogli capire l'importanza di accompagnarlo, se necessario, nel tempo, permettendogli così di imparare a gestire, anche e soprattutto attivamente, al meglio la propria disabilità.

In termini teorici, la presa in carico globale si esplica attraverso un *progetto riabilitativo individuale*, specifico per la disabilità presente, con la necessità di concretizzarsi in pratica e fattivamente attraverso *interventi programmatici specifici*, definendone gli obiettivi raggiungibili a breve, medio e lungo termine, gli strumenti utilizzabili, il timing necessario, le scale di misurazione necessarie per verificare gli obiettivi delineati (outcome) e le diverse personalità di riferimento nei singoli programmi.

Questo innovativo approccio riabilitativo è garantito dalla coesione e dalla profonda collaborazione che si fonda sull'attività e sull'integrazione di un gruppo di professionisti specificamente preparati, *il team riabilitativo*, che condivideranno i punti di forza del paziente disabile, partecipando alla valutazione funzionale ed alla pianificazione del progetto riabilitativo base dalla presa in carico globale.

La frattura femorale su base osteoporotica rappresenta un importante esempio di realizzazione della presa in carico globale del paziente reso disabile.

Come è noto, l'intervento primario (fondamentale per la sopravvivenza e la ripresa funzionale del paziente) coincide con l'intervento chirurgico (osteosintesi, endoprotesi, artroprotesi), prescelto in relazione al tipo di frattura, all'età del paziente ed alle condizioni cliniche (cognitive, neurologiche, vascolari e metaboliche) intercorrenti.

Così come il momento chirurgico è momento cruciale per il paziente, le sequele chirurgiche prefigurano altresì la necessità di una accorta e consapevole gestione: è, dunque, necessario impostare un progetto riabilitativo individuale in grado di garantire la presa in carico globale del paziente disabile, tenendo in considerazione oltre agli aspetti di recupero neuro-motorio, anche i non secondari aspetti di carattere internistico, osteo-metabolico, ergonomico, sociale e psicologico eventualmente presenti.

Il progetto riabilitativo individuale ed i programmi conseguenti (in preciso riferimento alle aree di problematicità individuate) verranno ad essere impostati immediatamente dopo l'intervento chirurgico. Per ogni area di problematicità il responsabile è individuato nella professionalità prevalente, non trascurando mai che per la sua attuazione si cercherà sempre la collaborazione reale da parte di tutti i componenti del team riabilitativo.

Per le diverse aree di problematicità e per i programmi individuati la comunicazione interdisciplinare verrà assicurata da riunioni di team, da riunioni di programma (verificandone la consistenza interna ed il suo svolgimento), e dall'utilizzo di strumenti cartacei/informatizzati condivisibili.

Di seguito viene riportato molto schematicamente un ipotetico progetto riabilitativo per il paziente con esiti di frattura femorale ad eziologia osteoporotica, comprendente nel dettaglio le relative aree di criticità ed i principali programmi attuativi.

(da P. Pace "Soggetti anziani affetti dagli esiti di frattura femorale" in N. Basaglia: *Progettare la Riabilitazione*. Edi.Ermes Ed., Milano, 2002, *modificato*)

PROGETTO RIABILITATIVO	
Responsabile	Medico Fisiatra
Composizione del team	Paziente, Fisiatra, Chirurgo Ortopedico, Medico di MG, Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Infermiere Professionale, Tecnico Ortopedico
Outcome globale	Massima indipendenza funzionale ed integrazione sociale
Outcome funzionale	Recupero articolare, stenico, algico, trasferimenti, deambulazione
Outcome sociale	Reinserimento in ambiente familiare e lavorativo
Valutazione globale	Su tutte le aree di problematicità
Ruolo del team	Individuazione dei programmi all'interno del progetto riabilitativo, degli obiettivi a breve e medio termine, assicurando verifiche in itinere
Strumenti di comunicazione	Cartella clinica medica e riabilitativa
Time planning	Tempo previsto per il raggiungimento dei singoli programmi

AREA STABILITA' INTERNISTICA	
Responsabile	Fisiatra, Chirurgo Ortopedico, Medico di MG, Infermiere Professionale
Identificazione del problema	Equilibrio metabolico e nutrizionale, stabilità cardio-circolatoria, profilassi e terapia delle infezioni, dolore, stabilità neurologica
Valutazione	Clinica, di laboratorio, strumentale
Risorse	Mediche, paramediche, farmacologiche, assistenziali
Obiettivo specifico	Migliorare le condizioni osteometaboliche e nutrizionali
Pianificazione degli interventi	Corretto intervento farmacologico e nutrizionale
Informazione	Al paziente e al medico curante

Programma specifico 1 – Equilibrio osteo-metabolico e nutrizionale

Anemia (post-chirurgica, senile)	Esami ematici, correzioni ad hoc
Squilibri idro-elettrolitici	Esami ematici. Idratare il paziente con soluzioni isotoniche elettrolitiche. Fornire un adeguato apporto dietetico

Programma specifico 2 –Stabilità cardio-circolatoria

Alterazioni del ritmo cardiaco	Indagini elettrocardiografiche, correzione turbe elettrolitiche.
Stato ipotensivo (Farmaci antipertensivi)	Controlli pressori seriati. Monitoraggio quotidiano.
Tromboembolia e TVP Embolia polmonare	Valutazione clinica. Marker di fibrinolisi (Fibrina, D-Dimero). Ecocolor Doppler venoso. Mobilizzazione precoce. Elastocompressione. Terapia anticoagulante

Programma specifico 3 –Prevenzione e terapia delle infezioni

Infezioni broncopneumoniche	Valutazione clinica e dei parametri vitali. Esami radiografici. Antibioticoterapia. Riabilitazione respiratoria.
Infezioni urinarie (cateterizzazione!)	Valutazione clinica e laboratoristica. Urocoltura ed antibiogramma. Antibioticoterapia.
Infezioni in sede d'intervento	Valutazione clinica generale e dello stato della ferita chirurgica. Profilassi antibiotica. Antibioticoterapia.

Programma specifico 4 –Controllo del dolore

Dolore	Valutazione clinica e radiografica. Supporti farmacologici.
---------------	---

Programma specifico 5 –Stabilizzazione della problematiche neurologiche

Deficit cognitivi (pregressi, post-operatori, in corso)	Valutazione neurologica e neuroradiologica (TAC - RM - PET - EEG). Evoluzione naturale. Supporti farmacologici.
--	---

AREA FUNZIONI MOTORIE	
Responsabile	Fisioterapista, Tecnico Ortopedico
Identificazione del problema	Limitazione funzionale, ipostenia, ipocinesia
Valutazione e Verifica	Funzionale e biomeccanica
Risorse	Personale, attrezzature, ortesi, ausili
Obiettivi specifici	Recupero funzionale, posturale. Educazione del paziente
Pianificazione degli interventi	Esercizi terapeutici finalizzati, ortesi e/o ausili specifici
Informazione	Al paziente ed agli operatori

AREA MOBILITA', TRASFERIMENTI E DEAMBULAZIONE	
Responsabile	Terapista Occupazionale, Fisioterapista, Tecnico Ortopedico
Identificazione del problema	Difficoltà e rischio di frattura nei trasferimenti e durante la deambulazione
Valutazione e Verifica	Scala FIM (I, J, K, L, M)
Risorse	Personale, attrezzature, ortesi, ausili
Obiettivo specifico	Riacquistare sicurezza nei trasferimenti. Recupero, autonomia deambulatoria, prevenzione delle cadute. Educazione del paziente.
Pianificazione degli interventi	Ergoterapia, ortesi e/o ausili specifici
Informazione	Al paziente ed agli operatori

AREA COMPETENZE COMUNICATIVO-RELAZIONALI	
Responsabile	Infermiere professionale, Psicologo, Assistente Sociale
Identificazione del problema	Difficoltà di comunicazione per nuovo ambiente, disorientamento, difficoltà di lessico
Valutazione	Punteggio FIM P
Risorse	Paziente, personale addestrato
Obiettivo specifico	Comunicazione valida e funzionale alla collaborazione del paziente al programma riabilitativo (item FIM P 6/7)
Goal	Accoglienza e instaurazione di un buon rapporto personale
Pianificazione degli interventi	Disponibilità personale, coinvolgimento dei <i>care-giver</i>
Verifica	Controllo della corretta esecuzione di quanto illustrato, dapprima con supervisione e poi autonomamente, punteggio FIM P alla dimissione

AREA AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PERSONA	
<i>Programma 1 - Igiene</i>	
Responsabile	Infermiere professionale, Assistente Sociale
Identificazione del problema	Difficoltà nel lavarsi, nell'igiene perineale, nell'uso del WC e della vasca/doccia
Valutazione	Punteggio FIM C, F all'ingresso
Risorse	Paziente, personale addestrato, <i>care-giver</i> , ausili per la mobilità, locale bagno attrezzato con alzawater
Goal	Autonomia nell'igiene (item FIM C. F 6/7)
Obiettivo specifico	Insegnare a fare la doccia da seduti
Pianificazione degli interventi	Addestramento all'uso del bagno
Verifica	Controllo del corretto apprendimento ed esecuzione di quanto insegnato. Punteggio FIM C, F alla dimissione.
<i>Programma 2 - Vestizione</i>	
Responsabile	Infermiere Professionale, Assistente Sociale
Identificazione del problema	Difficoltà o situazione di rischio a vestirsi dalla vita in giù.
Valutazione	Punteggio FIM E (media 3) all'ingresso
Risorse	Paziente, personale addestrato, coinvolgimento dei <i>care-giver</i> , disponibilità e uso di appositi ausili o accorgimenti
Obiettivo specifico	Raggiungere l'autonomia nella vestizione (item FIM E 6/7)
Goal	Acquisizione della tecnica corretta per indossare biancheria intima, pantaloni, gonna, calze e scarpe
Pianificazione degli interventi	Insegnare gli accorgimenti per vestirsi, gli ausili più adatti
Verifica	Accertamento della corretta esecuzione degli accorgimenti insegnati. Punteggio FIM E alla dimissione

Timing e Setting Riabilitativi

I diversi interventi terapeutici elencati in precedenza si svolgono in un ampio arco temporale, accompagnando il paziente per molti mesi (talvolta anni) dopo l'evento acuto e prevedendo più passaggi nell'ambito di strutture diverse e con competenze riabilitative differenti tra loro. Ricordiamo schematicamente:

Fase della Prevenzione del danno e di menomazioni secondarie: tale fase è gestita in ambito dei reparti per acuti, con particolare riguardo all'area di stabilità internistica. (UOA Ortopedia e Traumatologia)

Fase della Riabilitazione Intensiva: è la cosiddetta fase post-acuta, con necessità di ricovero in unità operative riabilitative in grado di garantire prestazioni di tipo intensive, favorendo il più ampio recupero funzionale possibile. Area delle funzioni motorie, mobilità e trasferimenti, autonomia nella cura della persona. (UOA di Medicina Fisica e Riabilitazione di I e II livello)

Fase del Completamento del processo di recupero: tale fase non richiede più un intervento riabilitativo intensivo, bensì estensivo, caratterizzandosi in rapporto alla natura della disabilità residua. Area delle funzioni motorie, mobilità e trasferimenti, autonomia nella cura della persona, competenze comunicativo relazionali. (IDR – Istituti di Riabilitazione e lungodegenze riabilitative a carattere geriatrico)

Fase del Mantenimento del recupero motorio acquisito: tale fase propone diverse tipologie di intervento, legate in particolare alla possibilità di concedere al paziente la possibilità di re-integrarsi con il proprio vissuto personale e di non perdere i principali legami con il tessuto sociale che lo accompagnava prima dell'evento disabilitante. Area delle funzioni senso-motorie, di autonomia nella cura della persona e delle competenze comunicativo relazionali (Assistenza Domiciliare Riabilitativa Integrata, RSA - Strutture Residenziali per Anziani, Centri Diurni, Servizi di Recupero e Rieducazione Funzionale, Centri di Riabilitazione Ambulatoriale...).

Medicina Riabilitativa e presa in carico globale

L'innovativo concetto di presa in carico globale del paziente offre al riabilitatore e al paziente una nuova visione di approccio clinico alla disabilità, estremamente più complessa in termini gestionali e di impegno personale, ma finalmente completa nei diversi aspetti medici, riabilitativi e psico-sociali.

La Medicina Riabilitativa proposta si fonda sulla possibilità di offrire al riabilitatore strumenti di lavoro quantificabili e misurabili con cui muoversi e costruire il progetto riabilitativo. Cardini ormai imprescindibili, sono *valutazioni funzionali*, *programmi riabilitativi* ed *outcome*, propedeutici tra loro, base e meta finale del viaggio riabilitativo. La valutazione funzionale così diviene metodo obiettivo per descrivere le abilità e le limitazioni presenti, nonché le diverse attività del vivere quotidiano. I programmi riabilitativi che ne scaturiscono rappresentano gli interventi pratici, monitorabili nel tempo e ancora una volta misurabili, finalizzati a modificare le capacità del paziente permettendo di raggiungere il maggior livello di indipendenza motoria, sociale e psicologica possibile, compatibilmente con la disabilità residua. L'outcome ci dà modo, infine, di misurare analiticamente e di verificare concretamente la corretta pianificazione del nostro progetto riabilitativo e dei programmi in corso.

Sebbene la distinzione possa essere molto sfumata ad una prima lettura, così facendo saremo davvero in grado di garantire una riabilitazione orientata all'outcome (*outcome*

based rehabilitation), ossia centrata sulla persona stessa e sull'esito finale complessivo, contrapponendosi ad una riabilitazione centrata sui singoli servizi erogati alla persona (*service based rehabilitation*). Si è così in grado di passare dal concetto di una riabilitazione composta da diversi tasselli, disgiunti ed indipendenti tra loro (*multiprofessionale*), ad una riabilitazione che progetta finemente e per tempo tutti i propri interventi in modo organico e coordinato (*interdisciplinare*), prevedendone i problemi, cercando di risolverli puntualmente, individuando con il paziente ed i suoi familiari l'outcome generale da raggiungere (il miglioramento della qualità di vita, intesa nella sua globalità) non trascurando che ciò sarà possibile unicamente attraverso la realizzazione progressiva dei diversi interventi programmatici intermedi.

Quanto esposto può sembrare complesso, riservato a poche unità operative d'élite, ed economicamente pesante. Al contrario, rappresenta l'armonico susseguirsi di automatismi (se l'ospedale ed il territorio sono in grado di interagire costruttivamente) molto veloci ed efficaci nel prevenire e curare il paziente.

Il percorso dottrinale presentato è il tentativo per una cosciente ottimizzazione di un iter da sempre in atto la cui non realizzazione ha causato danni (il più comune legato all'attribuirsi di competenze che non si hanno) al Paziente, a causa del prolungamento dei tempi di guarigione, ed alla Comunità, a causa dell'aumento dei costi del trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. **Basaglia N.:** *Progettare la Riabilitazione*. Edi.Ermes Ed., Milano, 2002
3. **Linee-Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione.** *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n.124*, 1998
4. **Basaglia N.:** *Filosofia, strategie d'intervento ed organizzazione generale*. Trattato di Medicina Riabilitativa. Napoli, 2000
5. **Braddom RL:** *Medicina Fisica e Riabilitazione*. Roma, 1998
6. **Schmidt ND:** *Outcome-Oriented Rehabilitation*. Gaithersburg, Aspen Publication, 1995
7. **Fuhrer Mj:** *Rehabilitation outcomes: analysis and measurement*. Baltimore: PH Brookes, 1987
8. **Bryant ET:** *Acute rehabilitation in an outcome-oriented model*. Gaithersburg, Maryland, Aspen Publication, 1995
9. **Dejong G, Sutton JP:** *The evolution of Medical Rehabilitation in American Health Care*. Gaithersburg, Maryland, Aspen Publication, 1995
10. **Boldrini P.:** *La cartella clinica integrata come strumento del team riabilitativo*. MR - Giorn Ital Med Riab 2000; 14:15-25