



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina Molecolare

*Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie
Presidente: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez*

TESI DI LAUREA

**Il lavoro in *equipe* interprofessionale come
strumento di appropriatezza clinica**

**Proposta di un progetto di miglioramento per la presa in carico
di pazienti neurologici in un'unità operativa
di riabilitazione intensiva**

*Inter-professional team work as a rehabilitative tool appropriateness
A proposal of a improving project for taking care of neurological patient in
an intensive rehabilitation unit*

RELATORE: Dott. Mag. Rigoni Marco

Correlatore: Dott. ssa Mag. Pavan Silvana

LAUREANDA: Gonzo Roberta

Anno Accademico 2015- 2016

Riassunto

Obiettivi: Questa tesi ha lo scopo di descrivere la proposta di un progetto di miglioramento della qualità in atto all'interno dell'Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'ULSS n. 4 Alto Vicentino, finalizzato ad incrementare l'appropriatezza della presa in carico in *equipe* interprofessionale del paziente con lesione cerebrale e delle modalità comunicative tra membri dell'*equipe* riabilitativa.

Background: La riabilitazione di pazienti con lesione neurologica è un ambito molto complesso che dev'essere affrontato da un'*equipe* riabilitativa di tipo interprofessionale. Il gruppo di lavoro rappresenta una risorsa necessaria che si esprime innanzitutto con l'istituzione del gruppo di lavoro stesso, quindi con la definizione e la condivisione degli obiettivi di salute da raggiungere. Un aspetto fondamentale per poter lavorare in gruppo è la formazione e il mantenimento di una valida ed efficace rete di comunicazione tra i membri dell'*equipe* stessa. Questa sostiene e garantisce un proficuo scambio di informazioni, finalizzato al raggiungimento dei risultati di salute prefissati, attraverso un linguaggio condiviso e una modalità comune di condivisione di informazioni tra i professionisti della stessa *equipe*. Spesso questi principi vengono meno e portano ad un'inefficace e poco adeguata presa in carico del paziente dove tempi, modalità e definizione del Progetto Riabilitativo Individuale rischiano di non essere rispettati.

Materiali e metodi: Per indagare la modalità della presa in carico del paziente neurologico in *equipe* interprofessionale è stata effettuata un'analisi organizzativa dell'Unità Operativa ed è stata, inoltre, proposta un'intervista semistrutturata ai professionisti dell'*equipe* riabilitativa per indagare il loro punto di vista riguardo la presa in carico e la gestione del paziente nel gruppo di lavoro.

Risultati: Dalle problematiche rilevate, nel periodo tra aprile e settembre 2016, è stata elaborata una procedura per la presa in carico del paziente con lesioni neurologiche ed è stata revisionata la modalità di stesura della scheda del Progetto Riabilitativo Individuale. E' stato progettato un corso di formazione per tutto il personale dell'*equipe* al fine di migliorare la comunicazione e le modalità del passaggio delle consegne.

Conclusioni: Posto che per il paziente con lesione neurologica è importante la presa in carico in *equipe* riabilitativa interprofessionale, questa tesi si occupa di valutarne e migliorarne l'efficacia. Per garantire l'ottimizzazione del lavoro in *equipe* è necessario organizzare le attività di tutte le figure professionali e utilizzare un linguaggio condiviso che faciliti e supporti un ottimale scambio di informazioni del gruppo di lavoro.

Abstract

Goals: This thesis describes the proposal of an improving project in the Unit of Recovery and Functional Rehabilitation of ULSS n. 4 Alto Vicentino. The aim of this project is to increase the appropriateness of taking care of patients with brain injury in interprofessional team and improve communication between team members.

Background: Rehabilitation of patients with neurological injury is a very complex area that must be addressed by an interprofessional rehabilitation team. The working group is a necessary resource that is expressed with the establishment of the working group itself, the definition and sharing of health goals to be achieved. An important aspect to work in group is the formation and maintenance of an effective communication network among team's members. The team work supports and ensures a fruitful exchange of information, aimed to achieving the desired health outcomes, through a shared language and a common mode of handover between professionals of the same team. Often these principles are not respected and they lead to ineffective taking care of the patients, in which the prefixed way to define the Individual Rehabilitation Project and it's timing could be not are respected.

Materials and method: To investigate the way of taking care of the neurological patients in interprofessional teams was carried out an organizational analysis of the Rehabilitation Unit and has been also proposed a semistructured interview for the professionals of the rehabilitation team that had the aim to investigate their points of view about taking care of neurological patients and the patients management in the working group.

Result: From some observed problems, in the period between april and september 2016, was drafted a procedure for taking care of patients with neurological injuries and has been revised the tab of the Individual Rehabilitation Project. It also was designed a course for all professionals of the team to improve communication and the manners of handover.

Conclusion: know that for patient with neurological injury is important an interprofessional taking care, this thesis deals with evaluating and improving its effectiveness. To ensure the optimization of the team working is necessary the organization of the activities of all the professionals and the use of a common language that facilitates and supports an optimal exchange of information among the members of the team work.

INDICE

INTRODUZIONE	1
Capitolo 1: IL GRUPPO DI LAVORO.....	3
1.1 L'obiettivo nel lavoro di gruppo	5
1.2 La comunicazione in un gruppo di lavoro	6
Capitolo 2: L'EQUIPE RIABILITATIVA INTERPROFESSIONALE.....	9
2.1 Il lavoro interprofessionale dell' <i>equipe</i> riabilitativa.....	10
2.2 La presa in carico riabilitativa tramite il Progetto Riabilitativo Individuale ...	11
Capitolo 3: ANALISI ORGANIZZATIVA	13
3.1 Analisi dei servizi in uscita.....	14
3.2 Analisi dei fattori in ingresso.....	15
3.3 Analisi della struttura di base e dei meccanismi operativi.....	17
3.4 Analisi dei processi sociali	20
3.5 Problemi rilevati, cause principali e ipotesi di soluzione	21
Capitolo 4: MATERIALI E METODI	23
4.1 Piano di sviluppo del progetto	23
4.2 Indagine qualitativa della presa in carico e del lavoro in <i>equipe</i> interprofessionale.....	24
4.3 Stesura della procedura per la presa in carico in <i>equipe</i> del paziente con diagnosi MDC 1	25
4.4 La proposta formativa per l' <i>equipe</i> interprofessionale	26
Capitolo 5: RISULTATI	29
5.1 Intervista della percezione della modalità della presa in carico in <i>equipe</i> interprofessionale.....	29
5.2 Procedura per la presa in carico in <i>equipe</i> del paziente con diagnosi MDC 1.	32
5.3 Elaborazione della proposta formativa	35
Capitolo 6: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	37

6.1	Riflessioni e ipotesi sulle risposte all'intervista	37
6.2	Procedura per la presa in carico in <i>equipe</i> del paziente con diagnosi MDC 1: quali novità evidenziare.....	40
6.3	Una proposta formativa per migliorare la comunicazione tra i membri dell' <i>equipe</i> interprofessionale	42
6.4	Conclusioni	44
	Bibliografia.....	47
	ALLEGATO 1: Tabella dell'analisi organizzativa	51
	ALLEGATO 2: Diagramma di Ishikawa	54
	ALLEGATO 3: Diagramma di Gantt e matrice delle responsabilità	55

INTRODUZIONE

In Italia si verificano ogni anno circa 200.000 episodi di *ictus* cerebrale, di cui circa l'80% è rappresentato da nuovi episodi. L'*ictus* rappresenta la prima causa d'invalidità e la seconda di demenza con perdita dell'autosufficienza.

Le politiche sanitarie nazionali e regionali danno una grande rilevanza alla prevenzione dell'*ictus* e sono stati raggiunti notevoli miglioramenti in termini di mortalità e morbilità. Al fine di incrementare la qualità della vita dopo un episodio di *ictus* è indispensabile organizzare e fornire servizi riabilitativi efficaci e ben organizzati.¹

Scopo dell'intervento riabilitativo è “guadagnare salute”, in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come “malato”, ma come “persona avente diritti” (conferenza di Madrid del 2002, anno europeo della persona con disabilità). Compito dell'intervento riabilitativo è quello di realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto di vita.^{2,3}

L'intervento riabilitativo è svolto da un'*equipe* riabilitativa: un gruppo di persone che lavorano insieme per il raggiungimento di un unico obiettivo. La capacità di lavorare insieme si esprime con l'istituzione di un gruppo di lavoro, la definizione degli obiettivi, la scelta di un metodo di lavoro e dei modelli di comunicazione, la verifica di risorse e vincoli e l'azione di coordinamento.⁴

A partire da questi principi di base si colloca questo elaborato, che descrive la proposta di un progetto di miglioramento della qualità svolto all'interno dell'Unità Operativa (UO) di Recupero e Rieducazione Funzionale (RRF) dell'ULSS n. 4 Alto Vicentino.

Lo scopo di questo lavoro è quello di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle modalità della presa in carico in *equipe* interprofessionale del paziente con lesione cerebrale presso l'UO di riabilitazione di tipo intensivo.

Nel primo capitolo sono analizzate le basi teoriche dalle quali prende spunto questo progetto. Inizialmente si analizzano il concetto di gruppo, il lavoro di gruppo e alcuni aspetti che permettono di svolgerlo efficacemente al fine di raggiungere gli obiettivi individuati. In particolare, si pone l'attenzione sulla definizione degli obiettivi del lavoro riabilitativo in *equipe* e sulla loro condivisione tra tutti i membri del gruppo di lavoro come aspetto fondante il raggiungimento degli obiettivi stessi. Si approfondisce, inoltre, l'importanza della comunicazione all'interno del gruppo di lavoro come processo chiave che permette il buon funzionamento del gruppo di lavoro. Una buona

comunicazione sostiene e garantisce un proficuo scambio di informazioni, finalizzandolo al raggiungimento di risultati prefissati e permette di migliorare le relazioni interpersonali e la collaborazione tra professionisti.

Nella seconda parte del primo capitolo si analizza più nello specifico come questi approfondimenti teorici si possono riscontrare nella realtà pratica dell'organizzazione di un percorso riabilitativo. L'interprofessionalità e la formazione di un'*equipe* riabilitativa sono alla base di una buona ed adeguata presa in carico del paziente con lesione di tipo neurologico in un'unità operativa di riabilitazione intensiva. Si analizzano i documenti legislativi nazionali e regionali che descrivono le modalità, gli attori e i tempi per tutti questi delicati passaggi. Altri strumenti che guidano il percorso riabilitativo sono le riunioni d'*equipe* e la stesura del Progetto Riabilitativa Individuale (PRI) che raccoglie la valutazione del paziente, i tempi e gli obiettivi riabilitativi.

Nel secondo capitolo viene presentata l'analisi organizzativa svolta nell'UO di RRF. Un'approfondita ed esaustiva analisi del problema ha permesso di individuare nello specifico quali siano le cause principali e le relazioni che sussistono tra di esse in un ambito di lavoro complesso ed articolato come quello riabilitativo. A partire da queste si sono individuate principalmente tre proposte di miglioramento che riguardano la stesura di una procedura di lavoro per la presa in carico dei pazienti neurologici ricoverati presso l'UO in questione e una revisione della scheda di compilazione del PRI. La terza proposta riguarda tutto il personale e in particolare un evento formativo, che avrà la forma della formazione sul campo, mirato al miglioramento delle modalità e dell'efficacia della comunicazione tra i membri dell'*equipe*. I materiali e i metodi utilizzati per attuare queste proposte sono stati esposti nel terzo capitolo, individuando, inoltre gli indicatori di risultato ritenuti significativi per monitorare l'efficacia delle proposte. Parallelamente allo studio del materiale legislativo per la scrittura della procedura, sono state svolte delle interviste semi-strutturate al personale dell'UO per analizzare anche da un punto di vista qualitativo come viene percepito il lavoro in *equipe* e il grado di benessere dei professionisti.

Nel capitolo dei risultati sono riportate le risposte delle interviste, la descrizione delle varie fasi della procedura, il programma e le modalità della proposta formativa. Queste sono state discusse nel quinto capitolo dove si riportano le motivazioni delle scelte effettuate riguardo le proposte di intervento di miglioramento.

Concludendo si riportano le ricadute a livello aziendale del lavoro svolto, si descrivono i limiti del lavoro stesso e le ipotesi di possibili futuri progetti di valutazione, di efficacia e di ricerca.

Capitolo 1: IL GRUPPO DI LAVORO

Dare una definizione di gruppo non è semplice. La definizione di gruppo è molto ampia, articolata e complessa.

In ambito psicologico si definisce il gruppo con un punto di vista centrato sull'individuo. Questo si focalizza sulla dinamica della soggettività, dell'incontro e dello scontro intersoggettivo, piuttosto che sulle regole e scopi comuni. Il punto di vista centrato sul collettivo, invece, mette maggiormente in evidenza gli aspetti sociologici più strutturali e pone l'accento sulla dimensione della pluralità di persone impegnate ad interagire tra loro ed aventi uno scopo comune con un sistema di regole più o meno condiviso con ruoli reciproci interdipendenti.⁵

Da un punto di vista sociale, Lewin (1951) definisce il gruppo come un intreccio di prospettive individuali e sociali tale da comprendere sia gli aspetti di bisogno e aspettativa del singolo, sia gli aspetti di norme e compiti. Questa definizione include sia le espressioni emotive, aspettative, bisogni, desideri, sentimenti reciproci dei membri, sia il pensiero e l'azione.⁵

Il gruppo si individua come soggetto sociale organizzato e "vivente". Non è riducibile né solo agli aspetti sociologici, né solo ai dati psicologici, ma nasce dall'intersezione dei due campi e assume una configurazione diversa da entrambi.

Per approfondire il significato di gruppo nel contesto riabilitativo è necessario analizzare tre ambiti: il gruppo, il gruppo di lavoro e il lavoro di gruppo.

Il **gruppo** viene definito come una pluralità in integrazione, un valore di legame, che ne determina l'emergenza psicologica e sistemica. Pluralità nel senso che il gruppo è un insieme numericamente ridotto di persone che permette l'identificazione del soggetto sociale "piccolo gruppo" e garantisce i livelli di interazione e legame. L'interazione è l'azione reciproca tra gli individui del gruppo messi in relazione da un legame. Questo rappresenta il vincolo che si instaura tra gli individui che compongono un gruppo e definisce i sentimenti di appartenenza che si sviluppano tra i membri del gruppo.

Il gruppo esiste come sistema complesso, come emergenza sistemica, qualcosa di più della somma delle singole componenti. Un sistema è quel particolare insieme di relazioni storiche, dinamiche, spaziali fra le componenti che formano un'unità globale, non elementare, composta da parti diverse in interrelazione. Questi concetti si possono ritrovare nella definizione di gruppo di Lewin (1951):

Il gruppo è qualcosa in più, o, per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha una struttura propria, fini peculiari e relazioni particolari con altri gruppi. Esso può definirsi come una totalità dinamica. Ciò significa che un cambiamento di stato, di una sua parte, interessa lo stato di tutte le altre.¹

Il sistema gruppo contiene contemporaneamente l'idea di unità e di molteplicità, infatti convivono gli individui singoli con le loro caratteristiche, con i sentimenti, i pensieri e le esigenze particolari che manifestano, e un collettivo che agisce, produce, si muove all'unisono e si fa identificare come insieme. È questo il primo elemento di complessità del sistema: la difficoltà di articolare in un'unità stabile parti che possono esistere autonome e separate. Il gruppo diventa gruppo di lavoro solo se sono contemporaneamente presenti individualità e gruppo.

Il **gruppo di lavoro** è una pluralità di persone che si integrano in vista di uno scopo comune, con un sistema di regole condiviso e con ruoli reciproci e interdipendenti.⁵ L'interdipendenza è l'acquisizione della consapevolezza dei membri di dipendere gli uni dagli altri, con il relativo sviluppo di relazioni. L'interazione a sua volta permette al gruppo di evolvere verso l'integrazione. Questa sviluppa la collaborazione che definisce un'area di lavoro comune, fondata su relazioni di fiducia tra i membri, sulla negoziazione continua di obiettivi, metodi, ruoli, leadership e sulla condivisione delle decisioni e degli esiti di lavoro. La condivisione è l'esito della negoziazione ed è la condizione che vede l'intero gruppo impegnato per rendere operative le decisioni prese e per raggiungere gli obiettivi.^{4,5}

La complementarietà delle capacità di ogni membro del gruppo di lavoro determina legami che consentono di mettere in comune scopi favorendo il lavoro e le attività. L'aspetto comunicativo è determinante per la costruzione di un linguaggio riconosciuto e condiviso.

Spesso nel gruppo di lavoro si verificano episodi di antagonismo che esprimono l'esigenza di ciascuno di delineare il suo confine proponendosi come unicità originale. La conservazione dell'antagonismo tra le parti nel gruppo permette di mantenere le differenze individuali tra i membri e, per ogni membro, rappresenta la risorsa che gli consente di esprimersi come soggetto nuovo.

¹ Quaglino G. P., Casagrande S, Castellano A, 1992, Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo, Raffaello Cortina Editore, Milano, pag. 20

Il **lavoro di gruppo** è allora espressione dell'azione complessa propria del gruppo di lavoro. Ci si aspetta che il lavoro di gruppo porti a risultati non solo quantitativamente superiori rispetto al lavoro individuale ma soprattutto qualitativamente migliori.⁵

La proposta di gruppo di lavoro di Quaglino e Cortese individua sette fattori principali per la costruzione e l'intervento di *team building*. Questi sono l'obiettivo, il metodo, i ruoli, la *leadership*, la comunicazione, il clima e lo sviluppo. Per ragioni di sinteticità e di aderenza alle necessità dei problemi in seguito analizzati, si approfondiranno solo due fattori: l'obiettivo, la comunicazione.

1.1 L'obiettivo nel lavoro di gruppo

L'obiettivo è il risultato atteso dal gruppo, il traguardo da raggiungere, lo scopo che il gruppo si propone di ottenere. L'obiettivo è ciò che costituisce, fa emergere il gruppo e permette di rispondere alla domanda "perché ci siamo riuniti?". Qualità fondamentale dell'obiettivo è la chiarezza: deve essere comprensibile da tutti i componenti del gruppo allo stesso modo. Se l'obiettivo non è chiaro a tutti, rimarranno tanti obiettivi individuali.⁶

Altro aspetto fondamentale è che l'obiettivo sia condiviso tra tutti i membri. Nessun gruppo di lavoro può essere efficace se l'obiettivo non è ampiamente condiviso tra tutti i suoi membri. L'obiettivo non è un "dato" acquisito all'inizio del lavoro del gruppo per diverse ragioni: in primo luogo perché ciascun individuo porterà con sé nel lavoro un insieme più o meno definito di competenze, stili di pensiero, aspettative personali e bisogni. In secondo luogo perché ciascun membro del gruppo tenderà a dare un'interpretazione personale all'obiettivo assegnato, mantenendola, anche in modo inconsapevole, il più tenacemente possibile.⁵

Perciò condizioni indispensabili per il gruppo di lavoro sono che ciascun componente:

- Deve conoscere con precisione quali obiettivi deve raggiungere
- Si identifichi con l'obiettivo comune in modo da appropriarsene e inserirlo nel contesto delle mete da perseguire^{2,7}. Questo consente a tutti di contribuire al conseguimento dei risultati, riducendo al minimo lo scarto tra gli obiettivi individuali e quelli di gruppo.

Per raggiungere queste condizioni è necessario che il gruppo dedichi una parte del tempo alla chiarificazione e condivisione dell'obiettivo, fino ad ottenerne la condivisione da parte di tutti i componenti.

L'obiettivo di un gruppo di lavoro efficace deve rispondere alle seguenti caratteristiche:^{4,5,6}

- Chiaro e definito in termini di risultato descrivendo il prodotto finale che il gruppo vuole ottenere utilizzando un linguaggio comprensibile per tutti, in modo tale che ciascuno vi attribuisca lo stesso significato
- Costruito sui dati osservabili e sulle risorse disponibili
- Condiviso il più possibile
- Prevedibile per quanto riguarda il tempo di realizzazione
- Misurabile in termini sia qualitativi che quantitativi
- Perseguibile utilizzando tutte le risorse umane e tecniche del gruppo di lavoro
- Significativo per tutti i membri del gruppo di lavoro ma anche per i destinatari del lavoro (nel nostro caso il paziente e la famiglia).

Per la definizione dell'obiettivo un momento fondamentale è il confronto nel quale tutti gli elementi a disposizione dei membri vengono valutati per definire il problema da affrontare e l'obiettivo da perseguire. Il secondo momento cruciale è la negoziazione. Questa garantisce al gruppo di lavoro il consenso e la condivisione degli obiettivi da parte di tutti selezionando capacità, risorse e integrando punti di vista dei membri finalizzandoli all'obiettivo del gruppo di lavoro.^{5,6}

1.2 La comunicazione in un gruppo di lavoro

La comunicazione è un processo chiave che permette il funzionamento del gruppo di lavoro garantendo lo scambio di informazioni finalizzandolo al raggiungimento di risultati. Così facendo la comunicazione orienta le relazioni interpersonali, alimenta la collaborazione e il conflitto. Cortese, Quaglino affermano che la comunicazione "fa" il gruppo.⁵

La comunicazione efficace dovrà rispondere ad alcune specifiche caratteristiche:^{4,5,6}

- **Finalizzata** per prendere decisioni, sviluppare ipotesi di soluzioni, gestire le relazioni, gli obiettivi del gruppo, sviluppare la collaborazione e il clima
- **Pragmatica** riferita all'attività pratica, privilegia la raccolta, l'analisi e l'interpretazione dei dati
- **Trasparente** e **completa**, se ciascuno fornisce al gruppo tutte le informazioni delle quali dispone senza utilizzare difese come strumento di potere

- **Adeguatezza alla situazione** quando è coerente con il momento e la fase di lavoro del gruppo, linguaggio e modo sono adeguati e quando ogni membro si adatta alle esigenze e alla cultura professionale degli altri.

In sintesi, una comunicazione è produttiva quando ottiene che il gruppo, pur partendo da punti di vista diversi, arrivi a un risultato concreto, condiviso e misurabile. Una comunicazione è difensiva, invece, quando produce molte parole senza articolare i diversi punti di vista: il gruppo di lavoro si allontana sempre più dall'obiettivo e ognuno si ostina a sostenere la fondatezza del proprio punto di vista.^{4,5}

Componenti principali del processo comunicativo sono:⁵

- **Confronto e scambio:** tra i membri del gruppo è necessario che avvenga un reale incontro delle diverse informazioni possedute e un'integrazione delle differenze esistenti
- **Ascolto:** evento dialettico tra il proprio professionale punto di vista e il riconoscimento della situazione comune
- **Esposizione:** attività che deve considerare il valore e la significatività delle proprie conoscenze e uno stile comunicativo efficace
- **Feedback:** saper rispondere per misurare il coinvolgimento personale a comunicare e il contributo personale alla comunicazione.

Capitolo 2: L'EQUIPE RIABILITATIVA INTERPROFESSIONALE

Il bisogno di salute del paziente si configura con una multidimensionalità di aspetti biologici, sociali, ambientali, relazionali affettivi e culturali, tali da richiedere l'intervento coordinato di una molteplicità di professionisti. Per soddisfare questi bisogni di salute si costruirà un gruppo di lavoro detto *team* o *equipe* riabilitativa formato da diversi professionisti sanitari che lavoreranno insieme in base al progetto riabilitativo del singolo paziente in carico.^{2,3,7}

Questa modalità di lavoro si fonda su una modalità operativa che vede nell'*equipe* riabilitativa lo strumento fondamentale. In riabilitazione tale modalità è in uso ma spesso non viene applicata nel modo adeguato. Infatti, a volte, si definisce lavoro d'*equipe* interprofessionale ciò che in realtà è solo una somma di competenze e interventi, spesso isolati, di diversi professionisti sanitari. Lavorare in *equipe*, invece, aiuta a raggiungere gli obiettivi professionali e tutela il professionista da eventuali rischi di isolamento e di *burnout* professionale.^{2,3}

Per la formazione di un'*equipe* è necessario che vi sia uno scopo specifico, una programmazione e progettazione degli interventi e un'attribuzione di precise responsabilità individuali, per finalizzare gli apporti personali all'obiettivo generale.

Un'*equipe* “è un gruppo di lavoro composto da diverse figure professionali, che hanno ruoli, funzioni e formazione molto differenti tra loro per responsabilità, attività e richieste”.^{2,3} È formata, dunque, da persone con competenze complementari e diverse nella quale i singoli componenti sono consapevoli delle potenzialità del lavorare insieme. La collaborazione è fondamentale nel creare sinergie di gruppo per ottenere risultati superiori alla somma dei singoli contributi. Per fare sì che questo meccanismo si verifichi, occorre mettere in moto un efficace lavoro di costruzione dell'*equipe*.^{2,3,4}

Innanzitutto è molto importante all'interno di un gruppo di lavoro suddividere il lavoro rendendo chiaro il compito che ciascun membro deve svolgere e gli obiettivi da raggiungere. Questo evita di creare sovrapposizioni tra i diversi ruoli, conflittualità interne, meccanismi psicologici di dipendenza dal *leader*, elementi negativi per la vita e il lavoro del gruppo.^{3,4} Avere obiettivi comuni è una condizione essenziale per far funzionare al meglio l'*equipe*. Deve essere ben chiaro che l'obiettivo di ognuno non è solo quello di riuscire personalmente, ma di fare emergere il lavoro di gruppo.

L'*equipe* riabilitativa è composta da professionisti che possono essere ricompresi in differenti specificità in base al percorso formativo:^{2,3}

- Professionisti della riabilitazione: medico specialista in riabilitazione, fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, educatore professionale
- Personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio-sanitario-assistenziale, quale l'infermiere, l'Operatore Socio Sanitario (OSS), lo psicologo clinico e l'assistente sociale
- Il paziente e *caregiver* o familiare coinvolti nella presa in carico del paziente per la gestione delle problematiche attuali e future.

In ambito riabilitativo il lavoro in *team* gode di particolare importanza: dalla presa in carico del paziente, alla valutazione delle problematiche, dalla definizione all'attuazione dell'intervento.^{2,3}

2.1 Il lavoro interprofessionale dell'*equipe* riabilitativa

Il Piano Nazionale di Indirizzo per la Riabilitazione sottolinea il concetto di interdisciplinarietà intesa come “competenze rilevanti per professionalità che debbono- possono essere applicate in ambiti trasversali, cooperando con professionalità diverse, per rispondere a problematiche comuni”.² Con il termine **trasversale** non si intende congruo a tutti e in ogni contesto, ma utile perché alcune competenze si prestano ad essere trasferite da un contesto all'altro. Per fare questo è necessario spostare l'attenzione dal danno d'organo, in modo da porre al centro la persona con le sue possibilità e potenzialità di partecipazione. Inoltre, la trasversalità definisce l'esigenza dell'ottimale integrazione delle competenze specialistiche di riabilitazione indispensabili per la conduzione di questi interventi, con quelle cliniche, necessarie a garantire i diversi trattamenti utili alla persona.^{2,3}

Nell'esercizio delle sue attività l'*equipe* deve affrontare le condizioni di lavoro in termini di metodologia, organizzazione e operatività, che consentano una precisa differenziazione di competenze rispetto alle diverse professionalità. La differenziazione di ruoli e competenze permette un'efficace integrazione degli interventi definiti e attuati dall'elaborazione del Programma Riabilitativo Individuale (PRI). Questo è lo strumento di lavoro che rende l'intervento riabilitativo più mirato, continuativo ed efficace perché rispondente ai bisogni reali del paziente. Nasce da comuni scelte di fondo e si esprime concretamente nei programmi riabilitativi individuali.³

Il principale strumento per il coinvolgimento dei membri dell'*equipe* è la comunicazione, trasparente, onesta e tempestiva per rendere omogeneo e coerente il

comportamento di tutto il personale. I metodi di comunicazione più efficaci nell'*equipe* riabilitativa sono:

- Le riunioni d'*equipe*, che hanno come obiettivo fondamentale il bilancio e l'aggiornamento del PRI per:
 - evidenziare i progressi e i problemi per il conseguimento degli obiettivi riabilitativi e verificarne le cause
 - verificare adeguatezza delle cure e realizzabilità degli obiettivi
 - adeguare le modalità di comunicazione tra i componenti e il paziente
 - predisporre le dimissioni
- Il *briefing*, che garantisce con un confronto breve e colloquiale la misurazione del raggiungimento o meno degli obiettivi o uno scambio di informazioni interprofessionale.

La buona riuscita del lavoro in *team* è determinata da fattori che facilitano tutti quei processi necessari alla presa in carico di una problematica, alla programmazione di un intervento e alla sua messa in atto.³

2.2 La presa in carico riabilitativa tramite il Progetto Riabilitativo Individuale

Al paziente ricoverato in fase acuta deve essere proposto un Percorso Riabilitativo Unico Integrato nei vari ambiti riabilitativi. Questo si concretizza nel concetto di “presa in carico dell'utente” e nell'erogazione degli interventi secondo uno specifico PRI.

Il medico specialista in riabilitazione, responsabile clinico del paziente, definisce il PRI d'intesa con tutte le figure professionali coinvolte che operano unitariamente con obiettivi comuni. Il PRI deve tenere conto della prognosi funzionale, della modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua partecipazione al programma.

Il PRI è il piano degli interventi riabilitativi, unico per ciascun paziente che definisce le aree di intervento specifico, i tempi e gli obiettivi da conseguire sulla base di specifiche caratteristiche del paziente relativamente alle condizioni di salute, abilità residue, bisogni, situazione familiare e ambientale. Definisce, inoltre, gli operatori coinvolti e la programmazione della verifica degli interventi. Una volta definito, viene condiviso con il paziente, con la famiglia e i *caregiver* in ogni fase del procedere del recupero.

Per l'ottimale conseguimento degli obiettivi programmati il PRI deve essere rivisto nel tempo, sino al termine del trattamento e in relazione al variare delle condizioni e dei risultati conseguiti definendo così la conclusione della presa in carico sanitaria.^{2,3}

Capitolo 3: ANALISI ORGANIZZATIVA

Le realtà sanitarie sono organizzazioni complesse composte da più elementi che si combinano tra loro in un delicato equilibrio finalizzato al raggiungimento di obiettivi di salute. L'analisi organizzativa permette di intervenire sulle organizzazioni per migliorarne il funzionamento individuando le cause e cercando di risolverne i problemi ipotizzando soluzioni di miglioramento. A questo scopo, l'analisi organizzativa sistemica⁴ è lo strumento più utile per diagnosticare carenze ed incongruenze e per orientare interventi di riprogettazione. L'analisi organizzativa seguente considererà:

- I prodotti del sistema, la sua apertura all'ambiente esterno, i fattori in entrata
- La coerenza delle parti che compongono il sistema, le variabili interne, la struttura di base, i meccanismi operativi e i processi sociali
- La presenza di nessi di multicausalità nei collegamenti fra i diversi elementi e azioni del sistema.

L'Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Ospedale Alto Vicentino dell'ULSS n. 4, è un reparto di riabilitazione di tipo intensivo con 22 posti letto con codice 56, di cui 12 per pazienti con "malattie e disturbi del sistema nervoso" (MDC 1) e 10 per pazienti con "malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (MDC 8).⁸

L'UO di RRF dell'Ospedale di Santorso è attiva da febbraio 2012, in seguito all'unione dei due vecchi poli ospedalieri di Schio e Thiene. L'UO di RRF è composta da:

- 1 direttore di UO,
- 1 coordinatore di dipartimento,
- 7 medici fisiatristi, di cui 3 dedicati a tempo pieno all'attività di reparto di degenza, gli altri dedicano delle percentuali variabili tra le attività ambulatoriali e l'attività del reparto di degenza,
- 11 infermieri professionali di cui una coordinatrice, 8 a tempo pieno, 3 a part-time, per un totale di 10 tempi equivalenti,
- 6 operatori socio-sanitari a tempo pieno,
- 13 fisioterapisti a tempo pieno di cui una coordinatrice,
- 7 logopediste a tempo pieno di cui una coordinatrice.

L'analisi che si riporta di seguito è stata schematizzata nella tabella riassuntiva ([Allegato 1](#)) dove si elencano le varie aree di analisi insieme ad una breve descrizione.

3.1 Analisi dei servizi in uscita

In riferimento alle normative vigenti, i principali prodotti in uscita, dell'UO qui considerata, sono gli interventi riabilitativi per il recupero di complesse disabilità acquisite che richiedono un elevato impegno assistenziale per raggiungere e mantenere il miglior livello di autonomia e partecipazione sociale consentito dal danno subito.^{1,2}

Questo prodotto si manifesta in due ambiti riabilitativi differenti: le attività riabilitative per patologie a diagnosi MDC 1 e quelle per le patologie a diagnosi MDC 8.⁸

Il prodotto è caratterizzato da sottoprodotti specifici per le diverse professionalità che fanno parte dell'*equipe* interprofessionale che prende in carico il paziente. Si identificano l'attività medica di diagnosi e cura, l'attività assistenziale e riabilitativa infermieristica, le attività riabilitative fisioterapiche e logopediche, le attività assistenziali e alberghiere.

In questa analisi si è deciso di focalizzare l'attenzione sulla presa in carico e gestione del percorso riabilitativo in *equipe* interprofessionale dei pazienti con lesioni di tipo neurologico MDC1.

La presa in carico dei pazienti neurologici è fatta da un medico fisiatra del reparto, un fisioterapista, un logopedista e da un infermiere. In seguito ad accordi interni al reparto, si è concordato che viene lasciato un tempo di due settimane dalla data di ricovero per eseguire le valutazioni iniziali dove ogni professionista sanitario identifica i problemi riabilitativi e formula gli obiettivi da raggiungere. In seguito, ma non oltre questo tempo, si programma e si esegue la prima riunione d'*equipe* per la definizione del PRI.⁹

In base all'organizzazione del percorso di cura del paziente neurologico, si è notato che negli ultimi 6 mesi, molte prese in carico di questa tipologia di pazienti non vengono fatte in modo adeguato o avvengono in ritardo e senza la partecipazione di tutti i membri dell'*equipe*, infatti, la figura dell'infermiere non è quasi mai presente alla riunione d'*equipe*. Da un'analisi eseguita mediante i dati ricavabili dal programma che gestisce le cartelle informatizzate, *Trak Care*, si è potuto risalire ai ricoveri effettuati presso l'UO di RRF dal 01 giugno 2015 al 29 febbraio 2016 di pazienti con diagnosi MDC 1 e alle date della redazione del PRI da un archivio informatizzato dei PRI stilati. Si è verificato che il 52% dei PRI è stato effettuato entro due settimane dal giorno del ricovero. Dai partecipanti registrati nel PRI si è verificato che gli infermieri professionali sono presenti alla definizione del 15% dei PRI nello stesso arco temporale indagato. L'UO di RRF pone molta importanza all'elaborazione del PRI e mette al centro del percorso riabilitativo il paziente e la sua famiglia seguita da tutta l'*equipe* professionale. I dati presentati rappresentano, dunque, un aspetto critico. Inoltre, alla

luce di un progetto di miglioramento svolto in UO l'anno scorso che individuava le caratteristiche e le modalità delle riunioni d'*equipe* e definiva la figura dell'infermiere *case manager*¹⁰, i dati qui riportati sono maggiormente critici perché mostrano che i professionisti non hanno ancora del tutto adeguato le modalità proposte. Non sono rispettati né i tempi di elaborazione del PRI né la completezza dell'*equipe* interprofessionale.

3.2 Analisi dei fattori in ingresso

Dal punto di vista **economico** anche l'UO considerata risente dei continui tagli al SSN adottati per far fronte alla sempre maggiore ristrettezza economica. Tale fattore attualmente non è modificabile ma è necessario considerare come l'UO di RRF si sia comunque adeguata alla normativa vigente nella ricerca di non gravare ulteriormente sul *budget* a disposizione. L'attuale normativa nazionale impone dei limiti rigorosi per tempi e costi di ricovero in riabilitazione intensiva con un valore soglia di 60 giorni di ricovero ordinario con diagnosi di MDC 1 e un rimborso giornaliero di 272,70 €, che scende a 163,62 € per i ricoveri oltre soglia.¹¹ La regione Veneto ha recepito queste direttive e nello stilare gli obiettivi dei Direttori Generali e gli indicatori per il 2016 ha posto nella sezione della qualità dell'assistenza ospedaliera la "Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione" minore o uguale al 20% dei ricoveri totali, mantenendo stabile l'indicatore rispetto allo scorso anno.^{12,13}

I ricoveri dell'UO di RRF in analisi rispettano già questo valore soglia ma è necessario proseguire in modo da migliorare ulteriormente l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi erogati per pazienti con diagnosi di MDC 1.

Nel nuovo ospedale i trasferimenti presso il reparto di RRF avvengono rapidamente, rispetto alla data dell'evento acuto, per la presenza all'interno dello stesso polo ospedaliero della *Stroke Unit*, della neurologia e della riabilitazione. I pazienti, a volte, vengono trasferiti presso il reparto di RRF anche se non del tutto stabilizzati, con ancora presenti alcune problematiche internistiche. Nello stesso tempo si è potuto osservare un cambiamento della tipologia dei pazienti ricoverati presso l'UO di RRF: maggiori pazienti con esiti di una disabilità lieve. Questo è dovuto anche all'utilizzo delle nuove terapie trombolitiche effettuate precocemente e all'efficacia della presa in carico del paziente presso la *Stroke Unit* che comporta anche un minor tempo di ricovero in riabilitazione e una riduzione del carico assistenziale. La tipologia di pazienti che affinisce al reparto di RRF è perciò cambiata rispetto a prima del trasferimento dei due ospedali nel polo unico di Santorso. Attualmente le tipologie di pazienti si attestano agli

estremi opposti, pazienti ad elevata e a bassa complessità. La modificazione della tipologia dei pazienti ricoverati comporta diverse competenze del personale: i pazienti ad elevata complessità e disabilità richiedono competenze tecniche e integrazione del lavoro dei vari professionisti al fine da gestire in modo adeguato ed efficiente i vari problemi del paziente assistenziali e riabilitativi, mentre i pazienti a bassa complessità necessitano di una lavoro interprofessionale tale da rendere il più efficace possibile la presa in carico e le proposte riabilitative.

La necessità di integrazione tra le figure professionali è resa ulteriormente critica in seguito alla riorganizzazione della struttura ospedaliera in un unico polo. Per necessità organizzative sono stati uniti gruppi di lavoro che prima lavoravano nelle due sedi e che non si conoscevano, sono state spostate persone da un reparto all'altro e sono stati assunti dei nuovi professionisti. La nuova distribuzione del personale ha sicuramente creato un'alterazione degli equilibri relazionali e comunicativi, presenti precedentemente, con la necessità di crearne di nuovi. I professionisti si conoscono meno tra di loro e le strategie comunicative utilizzate un tempo ora non sono più adeguate. I momenti di scambio e confronto sono rari e dipendenti dalla sensibilità e personalità di ogni professionista.

Dal 25 novembre 2015 inoltre è stato introdotto il turno di lavoro europeo che prevede il diritto per il lavoratore ad undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Questo intervento è stato necessario per potersi adeguare alle direttive europee emanate nel 2003, recepite tramite il Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66,¹⁴ e prorogate numerose volte. In vista della scadenza della deroga e della Legge 30 ottobre 2014 n.161¹⁵, la Regione Veneto ha emanato una comunicazione¹⁶ sollecitando le Aziende ULSS ad adeguarsi modificando gli orari e i turni di lavoro. Le modifiche orarie hanno portato a rendere ancora più difficoltosa l'organizzazione delle riunioni d'*equipe*, la gestione dei pazienti tramite l'individuazione dell'infermiere referente e i momenti di scambio tra professionisti in modo informale sul percorso riabilitativo. Infatti, da questa data, non è più stato possibile individuare un infermiere *case manager* per ogni paziente con malattia neurologica ricoverato presso l'UO.

Altre problematiche relative al personale sono dovute ad una lieve carenza di personale infermieristico, fisioterapico e logopedico. Tale situazione rende critica l'assicurazione della continuità delle cure assistenziali e riabilitative in particolare nei periodi di ferie estive, oltre l'organizzazione delle turnazioni delle ferie stesse. Al personale in servizio resta un carico di lavoro maggiore che, spesso, fa produrre ore di lavoro straordinario.

Riguardo agli **ambienti fisici** il reparto di degenze rispetto agli ambienti riabilitativi, palestre e ambulatori di logopedia, è collocato in un piano diverso. Questo riduce le occasioni di scambio e di incontro tra i professionisti sanitari e limita la presenza dei riabilitatori nelle camere di degenza. Le palestre spesso sono molto affollate per il trattamento non solo dei pazienti ricoverati presso l'UO di RRF ma anche di altri pazienti di altre UO che necessitano di trattamento riabilitativo. Sono spesso presenti tirocinanti del Corso di Laurea in Fisioterapia che trattano pazienti parallelamente alla guida di tirocinio alla quale sono affidati. Questi aspetti ambientali non sono molto critici e difficilmente modificabili.

Dal punto di vista **tecnologico** è presente e in uso la cartella clinica informatizzata, supportata dal programma *Trak Care*, strumento molto pratico e utile nella gestione della presa in carico del paziente con problemi MDC 1, perché permette, da qualsiasi terminale collegato alla rete intranet, di leggere e scrivere le consegne del diario, vedere esami strumentali e di laboratorio, impostare o modificare la terapia farmacologica, inserire la rilevazione dei parametri vitali e compilare le più importanti schede di valutazione infermieristiche.

3.3 Analisi della struttura di base e dei meccanismi operativi

Rispetto all'**organizzazione gerarchica**, definita dall'azienda, la struttura di base dell'UO di RRF è adeguata. Da gennaio 2016 è stato inoltre definito e istituito il Dipartimento di Riabilitazione che riunisce le strutture presenti a livello ospedaliero e territoriale individuando il Coordinatore di Dipartimento nella figura di Pavan Silvana. La coordinatrice non ha ancora molto chiare le dinamiche e le problematiche del dipartimento, anche se in questi mesi sta conoscendo meglio le realtà, le dinamiche tra professionisti, le criticità organizzative e i vari professionisti.

In merito alla distribuzione del **personale** sono presenti lievi carenze. Nel dettaglio, i fisioterapisti sono a regime da gennaio 2016, le logopediste sono in carenza di due unità per la presenza di due professioniste in congedo per maternità non sostituite. I medici sono in carenza di un'unità per assenza per congedo di maternità di un medico. Gli infermieri sono a regime, mentre gli operatori socio-sanitari sono in carenza di un'unità per un pensionamento non ancora sostituito.

Un aspetto critico è individuato nella **divisione delle funzioni** e dalla definizione dei compiti specifici delle singole figure dell'equipe. Questo non in assoluto perché le figure professionali sono in linea con la normativa vigente che individua le professioni sanitarie e i relativi profili professionali. Le problematiche emergono nel momento di

interazione e comunicazione tra le figure professionali allo scopo della presa in carico, gestione e riabilitazione del paziente con malattia MDC 1 e della sua famiglia.

Il medico fisiatra è il responsabile dell'*equipe* riabilitativa ma non è sufficiente nella pratica quotidiana far riferimento solo alla figura del medico. I vari professionisti hanno bisogno di interagire, collaborare e comunicare tra di loro. Per esempio si pensi al passaggio di consegne riguardo alla mobilitazione di un paziente o alla gestione dei pasti in caso di disfagia. I vari professionisti non riescono a trovare dei momenti comuni per eseguire questi passaggi di consegne tra di loro.

Da un punto di vista infermieristico si è tentato di inserire la figura dell'infermiere *Case Manager* per qualche mese da settembre fino a novembre 2015. Successivamente all'introduzione del turno europeo, allo scarso interesse tra i professionisti e ad alcune problematiche relazionali si è sospesa questo tipo di organizzazione per tornare all'organizzazione di tipo modulare. Il reparto di degenze è suddiviso in due moduli seguiti da un infermiere responsabile per turno di lavoro. Questo limita e ostacola il passaggio di consegne tra professionisti perché fisioterapista e logopedista parleranno con infermieri sempre diversi e si affidano al loro passaggio di consegne affinché le informazioni circolino tra tutti gli infermieri. La presenza di conflitti relazionali tra fisioterapisti/logopedisti e infermieri e tra medici e professionisti complica ulteriormente la comunicazione all'interno del gruppo di lavoro.

Queste criticità non sono facilitate dalla separazione del reparto di degenze dagli ambienti riabilitativi situati, come si descriveva precedentemente, in due piani diversi. Anche il sovraffollamento delle palestre rende difficile la condivisione della seduta riabilitativa e la valutazione delle capacità del paziente nel momento in cui il medico fisiatra si reca nelle palestre per valutare come sta procedendo il percorso riabilitativo. La palestra non è il luogo ideale per il confronto tra professionisti. Non c'è uno spazio dedicato per un passaggio di consegne tra professionisti sanitari da utilizzare quotidianamente per condividere problemi e progressi del paziente.

Riguardo ai **meccanismi operativi** si rilevano alcuni problemi nell'area del sistema informativo, nei criteri di decisione e nelle procedure di lavoro.

Il **sistema informativo** è definito in modo rigoroso solo per quanto riguarda la parte infermieristica. Questo avviene attraverso la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Da un punto di vista fisioterapico non ci sono delle valutazioni obbligatorie da compilare e da allegare alla cartella clinica al termine del ricovero. Nella realtà dell'UO in analisi le procedure di valutazione derivano da un particolare approccio riabilitativo, l'Esercizio Terapeutico Conoscitivo. Essendo queste del tutto

facoltative e caratterizzate da una componente soggettiva, è stato eseguito un lavoro di ricerca ed elaborazione di una cartella contenente delle schede di valutazione validate per diversi ambiti di osservazione del fisioterapista.¹⁰ Da ottobre 2015 è entrata in vigore questa cartella riabilitativa che viene utilizzata solo da alcuni fisioterapisti e solo in caso di pazienti con ricoveri di due mesi o superiori. Lo stesso percorso si sta cercando di fare anche per la presa in carico logopedica.

La documentazione che fa fede è la compilazione del PRI, compilato durante le riunioni d'*equipe*, e del diario clinico nella cartella informatizzata. Questo però, come si sottolineava in precedenza, ha uno spazio dedicato per gli infermieri con apposite schede che devono compilare, ma totalmente assenti valutazioni per i fisioterapisti e i logopedisti. I riabilitatori compilano il diario riportando la valutazione eseguita, il trattamento effettuato, indicazioni e consegne che lasciano per il personale del reparto. La compilazione del diario non è codificata secondo delle modalità uguali per tutti ma è lasciata al singolo professionista comportando errori legati alla soggettività di ogni operatore. Inoltre, si è verificato che, non sempre, le indicazioni lasciate da fisioterapista e logopedista vengano lette, comprese ed applicate. Il diario clinico è un atto obbligatorio per i professionisti e rappresenta un vantaggio per lo scambio di informazioni ma nello stesso tempo limita il rapporto interpersonale tra i professionisti dell'*equipe* riabilitativa. Da queste considerazioni il sistema informativo nel modo in cui viene attualmente utilizzato non rappresenta uno strumento del tutto adeguato alla gestione del complesso percorso riabilitativo dei pazienti con diagnosi MDC 1.

Riguardo al **sistema decisionale**, è in vigore dal 2014 un protocollo aziendale per la gestione della fase post-acuta dell'ictus⁹. Non sono invece esplicitati e codificati i criteri che regolamentano la durata dei ricoveri presso l'UO di RRF.

Nel corso del ricovero il momento decisionale per la definizione degli obiettivi riabilitativi e la compilazione del PRI è la riunione d'*equipe*. Ci sono delle criticità legate a questa perché spesso viene convocata in ritardo, oltre le due settimane di ricovero, come indicato da regolamento interno.

Anche le **procedure di lavoro** sono scarsamente presenti e condivise tra i professionisti. Manca una procedura che descriva tutte le azioni e le responsabilità relative alla gestione della presa in carico del paziente con diagnosi MDC 1. Questo favorisce i fraintendimenti rispetto alla responsabilità di alcuni atti o valutazioni. Le condotte di lavoro che attualmente si seguono non prevedono momenti di integrazione tra i membri dell'*equipe* al di fuori della riunione d'*equipe* stessa ma solo alcuni incontri tra i singoli membri dell'*equipe* e la famiglia o i *caregiver*.

Sono inoltre assenti momenti di formazione e condivisione del lavoro tra i vari professionisti che fanno parte dell'UO di RRF. Questo, insieme alla soggettività dell'utilizzo dei sistemi informativi e all'assenza di procedure codificate, diminuisce la possibilità di offrire al paziente una buona qualità dell'assistenza e della riabilitazione e di stimolare la formazione di incomprensioni tra professionisti e la creazione di conflitti relazionali.

3.4 Analisi dei processi sociali

L'analisi sociale permette di rilevare dei comportamenti messi in atto dai professionisti dell'UO. Si è notato come alcuni professionisti accettino la situazione attuale senza porsi troppi problemi e continuano nel loro lavoro. Molti altri professionisti invece riferiscono difficoltà organizzative e comunicative. Alcuni di loro sono comunque pronti a mettersi in gioco per accettare e sperimentare nuove modalità di lavoro al fine di poter lavorare in un modo migliore e più soddisfacente.

Si riscontra l'assenza dell'infermiere professionale alle riunioni d'*equipe*, o comunque, la sua saltuaria presenza.

Tra medici e professionisti sanitari emergono conflitti perché spesso non vengono considerate alcune soluzioni riabilitative o assistenziali che il medico propone.

Tra medici e professionisti sanitari emergono conflitti perché spesso non vengono considerate alcune soluzioni riabilitative o assistenziali che il medico propone.

Anche tra infermieri e fisioterapisti/logopediste sono presenti alcuni conflitti a causa di un passaggio di informazioni poco chiaro e comprensibile da parte dei riabilitatori tramite il diario in cartella clinica. In questo modo le indicazioni fornite non vengono seguite dagli infermieri.

Insieme a questi comportamenti si verificano degli atteggiamenti di compensazione messi in atto da alcuni singoli professionisti appartenenti a tutte le categorie. Queste situazioni sono dipendenti dalla personalità e sensibilità del professionista riguardo la gestione della presa in carico del paziente e la cura delle relazioni tra i professionisti. Sono situazioni sporadiche legate alla contingenza di un problema o alla gestione di un paziente particolarmente complesso. Le strategie messe in atto non vengono condivise con gli altri professionisti né si tenta di generalizzarle.

Questa situazione caratterizzata da un elevato numero di comportamenti di rifiuto e sporadiche situazioni di accettazione e compensazione rileva un malessere diffuso all'interno dell'UO, oltre che un problema di tipo comunicativo.

3.5 Problemi rilevati, cause principali e ipotesi di soluzione

Dall'analisi organizzativa effettuata e dal Diagramma di Ishikawa ([Allegato 2](#)), si rileva come problema principale la non appropriatezza della presa in carico di pazienti con malattie a diagnosi MDC1. Ogni professionista agisce rispettando alcune regole di base non scritte e si rapporta con gli altri professionisti in base al suo buon senso o alla sua personalità. Gli obiettivi riabilitativi non sono condivisi tra tutti i membri dell'*equipe* riabilitativa: gli infermieri spesso non sono a conoscenza degli obiettivi sui quali si sta lavorando. Queste problematiche sono da unire ad un sistema organizzativo non del tutto adeguato in cui anche la comunicazione e l'integrazione tra i professionisti non è né attuata né sostenuta da strategie adeguate. Mancano dei momenti ufficiali per il passaggio delle consegne tra diversi professionisti che spesso lavorano in modi diversi sullo stesso problema. È inoltre assente una condivisione del linguaggio che viene utilizzato durante gli scambi tra professionisti o durante le riunioni d'*equipe*.

Sono individuabili, perciò, 3 aree di miglioramento:

1. **Definizione di una procedura per la presa in carico del paziente con malattie a diagnosi MDC 1.** Si sistematizzeranno una serie di pratiche che al momento attuale vengono messe in atto solo da alcuni membri dell'*equipe* riabilitativa. La definizione dei vari passaggi successivi da eseguire permetterà anche di creare nuove pratiche per la convocazione in tempo della prima riunione d'*equipe* e per la definizione del PRI.
2. **Revisione della scheda per la stesura del PRI di entrata del paziente e di metà percorso riabilitativo.** Si darà spazio alle valutazioni di tutti i professionisti dell'*equipe* riabilitativa, in particolare anche quelle degli infermieri professionali. Si evidenzieranno maggiormente tutte le aree di valutazione e intervento riabilitativo, gli obiettivi e i tempi di raggiungimento e la verifica degli obiettivi.
3. **Progettare un evento formativo volto al miglioramento della comunicazione tra i membri dell'*equipe* interprofessionale.** Questo momento permetterà alle varie figure professionali di lavorare insieme in piccoli gruppi per discutere ed elaborare delle modalità condivise per migliorare il passaggio di consegne tra professionisti, creare un linguaggio comune e condiviso.

Capitolo 4: MATERIALI E METODI

4.1 Piano di sviluppo del progetto

Il percorso qui presentato è stato sviluppato in due fasi successive, la fase di progettazione e la fase di realizzazione, come riportato nel diagramma di Gantt⁴ ([Allegato 3](#)).

Nella fase di progettazione si sono raccolti i dati necessari per eseguire l'analisi organizzativa sistematica avvalendosi di strumenti quali il diagramma di Ishikawa e la tabella riassuntiva dell'analisi organizzativa. Sono stati utilizzati alcuni dati dei pazienti con malattia MDC 1 ricoverati presso l'UO di RRF tratti dal programma che supporta le cartelle cliniche *Trak Care* e altri dati dei PRI dall'archivio informatizzato dell'UO.

Contemporaneamente sono state effettuate delle interviste semistrutturate ad un campione di professionisti, per analizzare gli aspetti qualitativi della presa in carico in *equipe* del paziente con malattia MDC 1 e gli aspetti legati alla comunicazione del gruppo di lavoro.

I risultati dell'analisi organizzativa e delle interviste sono stati condivisi con i coordinatori del personale del comparto, Dott.ssa Segalla Emanuela, Dott.ssa Vezzaro Emanuela, Dott.ssa Trecco Marta e con la coordinatrice di dipartimento Dott.ssa Mag. Pavan Silvana con delle riunioni effettuate in tempi separati per esigenze di servizio.

In seguito alla raccolta e all'analisi dei problemi, si è passati alla fase di realizzazione del progetto mettendo in atto le proposte di miglioramento ipotizzate al termine dell'analisi organizzativa, riportate al termine del capitolo precedente. Si è redatta la procedura per la presa in carico del paziente ricoverato con cod. 56 presso il reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale per pazienti con malattie e disturbi del sistema nervoso (MDC 1).

L'ultima fase del progetto è stata dedicata alla stesura del progetto dell'evento formativo che avrà la forma di una Formazione sul Campo. Questo avrà lo scopo di elaborare un progetto di miglioramento nelle aree della relazione e della comunicazione tra professionisti, nella collaborazione del lavoro in *equipe* riabilitativa e nella definizione di alcune modalità condivise di scambio di informazioni.

L'evento sarà avviato in dicembre 2016, con un'edizione di prova, per poi essere riproposto in più edizioni accreditate tramite l'Ufficio Formazione del Personale dell'ULSS 4, da febbraio a novembre 2017, per necessità di tempi di approvazione del progetto dalla Direzione Ospedaliera e di accreditamento.

Come **indicatori di risultato** ci si propone di raggiungere:

- Il 100% delle prese in carico effettuate tramite la compilazione del PRI, rispettando tutti i passaggi della procedura, entro due settimane dal momento del ricovero
- Il 50% delle prese in carico effettuate anche con l'individuazione di un infermiere referente all'interno dell'*equipe* riabilitativa.

Ci si propone di raggiungere questi obiettivi in un periodo di lavoro di circa 8 mesi dall'elaborazione e dall'approvazione della procedura per la presa in carico del paziente con diagnosi MDC 1. L'intero progetto non prevede costi se non per le risorse di tempo del personale adibito alla stesura del progetto e per la presenza alle riunioni.

4.2 Indagine qualitativa della presa in carico e del lavoro in *equipe* interprofessionale

Si è scelto di indagare, da un punto di vista qualitativo, la percezione da parte dei professionisti di come avviene la presa in carico dei pazienti con diagnosi MDC 1 e di come viene gestito il lavoro in *equipe* interprofessionale. È stato, inoltre, indagato come i professionisti si sentono nel lavorare in *equipe*, di come si comunica all'interno dell'*equipe* e di possibili interventi di miglioramento da poter attuare.

Per indagare questi aspetti si è scelto di utilizzare lo strumento dell'intervista semistrutturata dove l'intervistatore si prepara una traccia con gli argomenti da trattare nel corso dell'intervista. L'intervistatore ha libertà sulla sequenza e sulla modalità di formulare le domande e, in base allo stile che prende la conversazione, può anche decidere altri argomenti da approfondire, anche se non previsti dall'intervista.¹⁷

Sono state elaborate quattro domande che emergono dagli stimoli dell'analisi organizzativa e dalla curiosità di indagare alcuni temi notoriamente critici per il personale dell'UO di RRF.

Le domande elaborate che hanno guidato le interviste sono le seguenti:

1. Punti di forza e debolezza dell'organizzazione e della gestione del percorso riabilitativo dei pazienti neurologici e del lavoro in *equipe* interprofessionale.
2. Come si sente nel lavorare in *equipe* interprofessionale, nel confronto e condivisione delle valutazioni effettuate e nella definizione condivisa degli obiettivi?
3. All'interno dei componenti dell'*equipe* interprofessionale, durante il percorso riabilitativo di un paziente neurologico, si sente accolto/a, ascoltato/a,

supportato/a nel percorso riabilitativo o le sembra che ognuno lavori senza integrarsi con le altre professioni sanitarie? Può motivare la risposta/Perché?

4. Avrebbe dei suggerimenti o delle proposte per rendere più efficiente la comunicazione tra professionisti sanitari al fine di migliorare la presa in carico e il percorso riabilitativo del paziente neurologico?

Le interviste sono state effettuate tra febbraio e marzo 2016, dopo aver richiesto ed aver ottenuto l'autorizzazione a svolgerle da parte della Direzione Medica Ospedaliera.

Le interviste sono state svolte ad un campione significativo di 16 professionisti dell'UO di RRF. Sono stati intervistati 5 infermieri professionali, 5 fisioterapiste, 3 logopediste, 3 medici fisiatristi, compresi i coordinatori delle diverse figure e il medico responsabile del reparto di degenza. A tutti gli intervistati sono state rivolte le stesse domande.

Le interviste sono state tenute in un ambiente separato, alla sola presenza dell'intervistato e dell'intervistatore. È stato registrato l'audio della conversazione solo in seguito ad espresso accordo dell'intervistato e, in ogni caso, l'intervistatore prendeva appunti.

I risultati delle interviste sono state analizzati a posteriori secondo il metodo qualitativo. Sono state raccolte le risposte dividendole in base alle categorie professionali intervistate e poi riassunte e rielaborate per aree tematiche ricorrenti, comuni a tutte le professioni o contrastati tra diverse professioni.

4.3 Stesura della procedura per la presa in carico in *equipe* del paziente con diagnosi MDC 1

Per la stesura della procedura per la presa in carico del paziente ricoverato cod. 56 presso il reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale per pazienti con malattie e disturbi del sistema nervoso (MDC 1), sono stati consultati alcuni testi normativi e protocolli aziendali in uso, che si riportano di seguito.

- Piano di indirizzo per la riabilitazione, Provvedimento 7 maggio 1998, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 124 del 30 maggio 1998 ¹⁸
- DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007, Criteri di appropriatezza dei ricoveri in Unità Operative di Riabilitazione. Allegato A ¹⁹
- Ministero della Salute, (2011), La centralità della persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Quaderni del Ministero della Salute; n. 8 marzo-aprile ³

- Piano di indirizzo per la Riabilitazione, Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 Marzo 2011, Allegato A ²
- Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus. Allegato A alla Dgr n. 7 del 09 gennaio 2013 ¹
- Protocollo aziendale: Gestione della fase post-acuta dell'ictus, 19/12/2014 ⁹.

Sono stati definiti scopi, campo di applicazioni e responsabilità delle azioni che si dovranno svolgere.

Per la definizione delle modalità operative è stata definita una stretta e precisa scansione temporale e le azioni che devono svolgere i singoli professionisti per la presa in carico. Sono state messe per iscritto tutte le azioni consolidate e attualmente in uso presso l'UO. Si sono, inoltre, definite alcune nuove azioni e i relativi responsabili. Per l'introduzione di nuove pratiche si è preso spunto dall'analisi organizzativa, dalle interviste effettuate e dai suggerimenti che alcuni professionisti hanno fornito o che alcuni mettono in pratica spontaneamente.

Per verificare, condividere e confrontarsi rispetto alla definizione di alcuni nuovi passaggi è stato necessario incontrare più volte, in modo separato, i coordinatori del personale del comparto e il coordinatore di dipartimento, i medici fisiatristi e il direttore dell'UO dott. Filippi Giuseppe. Si è così mediato tra le necessità di tutti i membri dell'*equipe*. In questo modo si è lavorato maggiormente sulle modalità e tempistiche della comunicazione tra operatori al fine di migliorare gli scambi di informazioni e la relazione tra professionisti.

4.4 La proposta formativa per l'*equipe* interprofessionale

Per quanto riguarda l'elaborazione e l'organizzazione della proposta formativa di Formazione sul Campo ci si è riferiti alle modalità vigenti e utilizzate dall'Ufficio Formazione del Personale dell'ULSS n 4. Si sono individuati gli obiettivi, il *target* e si è steso un programma individuando tematiche, modalità didattiche e tempi di svolgimento. Il programma redatto è in forma non definitiva perché rappresenta il bisogno formativo che l'UO in questione richiede all'Ufficio Formazione. Entro fine anno, tale proposta formativa dovrà essere recepita ed approvata dal Comitato Scientifico Aziendale in modo che possa essere programmata in tutti i suoi dettagli e accreditata prima di essere svolta.

In corso di stesura del bisogno formativo si è deciso di estendere questa proposta a tutti i professionisti che fanno parte dell'*equipe* riabilitativa, medici fisiatristi, infermieri, fisioterapisti e logopedisti. Si sono, inoltre, individuate le modalità didattiche che si

intendono utilizzare e proporre nel corso dello svolgimento della Formazione sul Campo. In una prima parte della formazione si formeranno dei piccoli gruppi di professionisti che si incontreranno per discutere di un caso clinico, realmente ricoverato e preso in carico presso l'UO di RRF, presentato sotto forma di *Problem Based Learning* (PBL). L'utilizzo di questa modalità didattica permetterà di avere spazio per le domande che i professionisti vorranno farsi tra di loro per comprendere meglio il caso clinico e l'evoluzione riabilitativa. Inoltre permette di discutere riguardo la gestione del paziente e le valutazioni delle priorità riabilitative. Ci sarà anche lo spazio per l'approfondimento di alcune metodiche di lavoro e interpretazioni delle patologie dei diversi professionisti.

In una seconda parte della formazione, si lavorerà sempre a piccoli gruppi, ma con lo scopo di elaborare dei documenti interni all'UO per il miglioramento della qualità della presa in carico del paziente con esiti di patologia neurologica in *equipe* interprofessionale.

Capitolo 5: RISULTATI

5.1 Intervista della percezione della modalità della presa in carico in *equipe* interprofessionale

Di seguito si riportano i risultati delle domande poste durante le interviste semistrutturate effettuate al personale dell'UO di RRF. Nella tabella sottostante (Tabella 4.1) si sono raccolti i risultati in merito alla prima domanda che indagava quali punti di forza e di debolezza il personale percepisca nella presa in carico e nella gestione del percorso riabilitativo per i pazienti con esisti di lesioni neurologiche (diagnosi MDC 1).

Tabella 5.1: *Organizzazione e gestione del percorso riabilitativo dei pazienti neurologici e del lavoro in equipe interprofessionale*

Punti di forza	Punti di debolezza
Infermieri	
Il paziente è al centro del percorso di cura in una visione interprofessionale.	Assenza di una procedura per la presa in carico in <i>equipe</i> .
Possibilità di confronto, collaborazione e crescita professionale.	Scarsa presa in carico del paziente da parte dell'infermiere professionale e partecipazione alle riunioni d' <i>equipe</i> .
Presenza della riunione d' <i>equipe</i> .	
Permette di avere una visione globale dei problemi e maggiori informazioni sul paziente.	Problemi comunicativi: <ul style="list-style-type: none">– Viene poco considerato e coinvolto il punto di vista dell'infermiere– Spesso al paziente arrivano messaggi diversi da membri della stessa <i>equipe</i> sullo stesso problema– Scarsi momenti di contatto per problemi organizzativi e di servizio.
Condivisione dei problemi e degli obiettivi.	Diversa organizzazione del lavoro (orari e rapporto con i pazienti) tra reparto e palestre. Per gli infermieri e medici le riunioni d' <i>equipe</i> sono troppo lunghe, tecniche con poca discussione del programma.

Fisioterapiste e logopediste

Salvataria presenza del medico in palestra. Fornisce un punto di riferimento al paziente e famigliari.	Spesso la prima riunione d' <i>equipe</i> non rispetta le tempistiche date. Confronto tra professionisti possibile solo nelle riunioni d' <i>equipe</i> e non sempre esaustivo. Difficoltà nella definizione e condivisione degli obiettivi. Problemi comunicativi: <ul style="list-style-type: none">- Difficoltà con gli infermieri- Scarso e poco efficace passaggio di consegne con gli infermieri in reparto- Diario in <i>Trak Care</i> non compilato e consultato adeguatamente.
---	--

Medici

Lavorare in <i>equipe</i> è il modo ideale per mettere al centro il paziente e aver più informazioni possibili su di lui.	Il ritorno del PRI è fatto solo dal medico e non è curato dal resto dell' <i>equipe</i> . Scarsa possibilità di confronto con fisioterapisti circa le scelte da effettuare.
---	--

Si riportano di seguito i risultati delle altre domande poste durante l'intervista. La seconda domanda chiedeva al personale come si sentiva nel lavorare in *equipe* interprofessionale, nel confronto e condivisione delle valutazioni effettuate e nella definizione condivisa degli obiettivi.

La maggior parte degli infermieri si sente parte del gruppo ma riferisce scarsa considerazione del loro punto di vista nonostante passino molto tempo con i pazienti. Non hanno un ritorno dell'evoluzione del percorso riabilitativo, aspetto che non gratifica il loro lavoro. Non tutti gli infermieri si sentono considerati e stimati allo stesso modo e spesso alcuni vogliono prevalere sugli altri. Alcuni sono disinteressati al lavoro in *equipe*.

Quasi la totalità delle fisioterapiste e logopediste risponde che la qualità del lavoro in *equipe* dipende dalle persone da cui è composta. Con alcuni professionisti è più facile esprimersi e sentirsi accolti mentre con altri ci sono maggiori difficoltà comunicative e d'intesa. Cinque su otto intervistate riferiscono che non si sentono limitate nell'esprimere il proprio punto di vista e la propria valutazione e si sentono ascoltate e considerate. Un paio di fisioterapiste sostengono che c'è sì una condivisione delle valutazioni, dei problemi, ma non si sentono adeguatamente supportate e aiutate dagli

altri membri dell'*equipe* nel comprendere e analizzare i reali problemi che si trovano ad affrontare con il paziente.

I medici sono molto interessati alle valutazioni e problematiche esposte dagli altri membri dell'*equipe* perché conoscono poco la situazione riabilitativa del paziente rispetto a quella clinica e per questo considerano molto le valutazioni degli altri professionisti dell'*equipe*. Due su tre, però, si sentono poco considerati quando fanno proposte di soluzione riabilitative che non incontrano del tutto la sensibilità dei riabilitatori.

La terza domanda aveva un argomento simile a quello della precedente rispetto al coinvolgimento personale all'interno del lavoro in *equipe*. La domanda chiedeva se all'interno dei componenti dell'*equipe* interprofessionale, durante il percorso riabilitativo di un paziente neurologico, il professionista si sente accolto/a, ascoltato/a, supportato/a nel percorso riabilitativo o se sembra che ognuno lavori senza integrarsi con le altre professioni sanitarie. Si chiedeva di motivare la risposta.

La maggior parte degli infermieri riferisce di non sentirsi accolto e ascoltato all'interno dell'*equipe* e di sentire di aver un ruolo marginale. Spesso le loro valutazioni e proposte non vengono ascoltate e considerate anche se, come tutti riferiscono, dipende dalle persone di cui è formata l'*equipe*, perché con pochi c'è una bella collaborazione.

La maggior parte delle fisioterapiste e logopediste riferisce che in alcune *equipe* ci si riesce a sentire parte di un progetto comune e c'è un confronto quasi quotidiano, mentre altre *equipe* sono formate da persone che per carattere sono impositive e fanno molta fatica a confrontarsi. Tra fisioterapiste e logopediste c'è più condivisione di obiettivi, scambio e supporto mentre molto meno con gli infermieri. I medici non sono contrari alle proposte riabilitative, ma c'è poco margine di dialogo, questo perché il medico è poco presente a quello che si fa in palestra o in logopedia.

Anche i medici riferiscono che molto dipende dai componenti dell'*equipe* riabilitativa. Come medici, a volte, devono tenere le redini del progetto riabilitativo facendo quadrare i tempi del ricovero e gli obiettivi da raggiungere ricordandosi di non considerare il paziente come proprio ma di condividere il percorso riabilitativo.

L'ultima domanda dell'intervista verteva sui problemi comunicativi all'interno dell'*equipe* riabilitativa e chiedeva ai professionisti se avevano suggerimenti o proposte per rendere più efficace la comunicazione tra professionisti al fine di migliorare la presa in carico e il percorso riabilitativo del paziente neurologico.

Tre infermieri riferiscono che è necessario cambiare punto di vista nel gestire il percorso riabilitativo e coinvolgerli maggiormente nel percorso riabilitativo. Sarà necessario comunicare e condividere valutazione e obiettivi del ricovero. È importante trovare un linguaggio e una modalità condivisa per la compilazione del diario in *Trak Care*. Ritengono necessario creare occasioni di confronto e condivisione durante il percorso riabilitativo, sia durante le riunioni d'*equipe* che quotidianamente.

Tutte le fisioterapiste e logopediste intervistate convengono nel sostenere che attualmente ci sono grosse difficoltà comunicative in particolare tra loro e gli infermieri, mentre è più facile lo scambio con i medici. Le difficoltà comunicative le riferiscono alla mancanza di tempo e alla differenza di tempi e turni di lavoro. Alcune riferiscono la necessità di creare momenti e spazi codificati per un confronto diretto e trasformare la riunione d'*equipe* in un vero momento di confronto e condivisione degli obiettivi. Entrambe riferiscono la necessità di creare dei momenti di formazione con tutti i professionisti per discutere di casi clinici e condividere le rispettive modalità di lavoro.

I medici riportano la necessità di adeguare il linguaggio dei riabilitatori per renderlo maggiormente comprensibile agli infermieri soprattutto durante lo scambio di informazioni e nella scrittura del diario clinico. Riferiscono inoltre la necessità di rivedere la tabella per la creazione del PRI e la modalità di condivisione del progetto con la famiglia e il paziente. Sugeriscono di creare, in seguito alla definizione del PRI, dei momenti di condivisione con i famigliari in palestra e nell'ambulatorio logopedico per renderli maggiormente partecipi del percorso riabilitativo.

5.2 Procedura per la presa in carico in *equipe* del paziente con diagnosi MDC 1

In seguito all'analisi di tutti i riferimenti normativi e al protocollo aziendale in vigore per la gestione della fase post-acuta dell'ictus è stata elaborata la procedura per la "Presa in carico del paziente ricoverato cod. 56 presso il reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale per pazienti con malattie e disturbi del sistema nervoso (MDC 1)" (per la procedura completa vedasi Allegato Esterno).

Si è individuato come finalità della procedura quelle di:

- Uniformare la modalità di presa in carico del paziente con disturbi di tipo neurologico ricoverato presso l'UO di RRF
- Fornire a tutti i professionisti dell'*equipe* interprofessionale una linea guida per poter prendere in carico in modo efficace, nei tempi previsti dalla normativa, il paziente neurologico ricoverato

- Eseguire la compilazione del PRI entro due settimane dalla data di ricovero del paziente presso il reparto di RRF.

Sono stati analizzati i compiti e le responsabilità di ogni figura professionale che entra in gioco nell'organizzazione e gestione delle varie fasi della presa in carico del paziente neo ricoverato. I protagonisti per la realizzazione della procedura sono i medici fisiatra, gli infermieri professionali, i fisioterapisti e le logopediste dell'UO di RRF che prederanno in carico il nuovo paziente ricoverato.

Le modalità operative della procedura vengono suddivise in tre momenti:

- Il giorno del ricovero
- Entro il 3° giorno dal ricovero
- Entro due settimane dal ricovero
- Entro una settimana dalla stesura del PRI

Il **giorno del ricovero** il paziente arriverà nell'UO di RRF entro le ore 10.00 e non oltre le ore 12.00. Sempre entro la mattinata, il paziente viene accolto dal medico fisiatra e dall'infermiere professionale.

Il medico fisiatra provvederà a raccogliere l'anamnesi e i dati necessari nella cartella clinica informatizzata, effettuare l'esame obiettivo del paziente, impostare la terapia farmacologica e inquadrare il tipo di riabilitazione necessaria in base alle necessità del paziente.

L'infermiere professionale responsabile del modulo assistenziale o l'infermiere referente:

- Accoglie il paziente nel reparto affidandogli il letto, consegnando il libretto informativo dell'U.O., spiega le consuetudini del reparto, gli orari di visita dei parenti, gli orari della giornata
- Raccoglie i parametri vitali e compila nella cartella informatizzata la scheda SIPI (Sistema Informativo della Performance Infermieristica), Barthel, Norton, la scheda dolore, in cartaceo compila la scheda valutazione del rischio cadute, scheda consegna protesi acustiche o dentali.

Nel pomeriggio il fisioterapista e il logopedista inizieranno le loro valutazioni ed osservazioni del paziente.

Nei giorni successivi al primo, al paziente verranno riservate 2 ore di trattamento riabilitativo con il fisioterapista e 1 ora con la logopedista, o viceversa in base alla tipologia di problematiche del paziente, per un totale di 3 ore di trattamento riabilitativo, come previsto dalla normativa.

Sono state introdotte, da adempiere il giorno del ricovero, alcune modifiche alle comuni pratiche di presa in carico del paziente. Il medico fisiatra responsabile del paziente, al termine delle iniziali valutazioni mediche, convocherà il fisioterapista referente, la logopedista referente e la coordinatrice degli infermieri o l'infermiere referente per un breve *briefing* della durata di non più di 15 minuti. In questo momento comunicherà all'*equipe* riabilitativa alcune informazioni generiche rispetto al paziente, le motivazioni del ricovero, alcuni macro obiettivi da raggiungere e i tempi indicativi della durata del ricovero.

Fisioterapista e logopedista concorderanno con l'infermiere responsabile del modulo o infermiere referente del paziente di trovare un momento comune, **entro 3 giorni dal ricovero**, per lo scambio di informazioni e provare insieme le modalità e gli accorgimenti da avere in reparto per la movimentazione del paziente, l'alimentazione e le modalità di comunicazione. Nello stesso momento l'infermiere professionale condividerà con fisioterapista e logopedista cosa sa fare il paziente in reparto e quali difficoltà rilevano.

Come da protocollo aziendale, **entro 2 settimane dal ricovero l'infermiere referente** del paziente convoca la prima riunione d'*equipe*, alle ore 14.30 dal lunedì al venerdì. In questa prima riunione si redige il PRI compilando l'apposito schema e definendo gli obiettivi riabilitativi da perseguire, il tempo e le modalità necessari per raggiungerli.⁹

La **scheda del progetto riabilitativo all'entrata** è stata rivista aggiungendo alcune informazioni anamnestiche mancanti. Sono state, inoltre, riorganizzate e completate le aree di valutazione e intervento riabilitativo delle varie figure professionali. Nello specifico si sono aggiunte delle voci alla valutazione logopedica come la gestione della respirazione e della nutrizione. Sono state riviste specificandole le autonomie che l'infermiere valuta e può far eseguire in reparto. Per ogni obiettivo si è posto di individuare uno specifico tempo di raggiungimento, che non sarà necessariamente uguale per tutti gli obiettivi indicati, come invece avveniva nella scheda precedente.

Nella **scheda del progetto riabilitativo di metà percorso** utilizzata dalla seconda riunione d'*equipe*, utilizzata per documentare e progettare la prosecuzione del percorso riabilitativo, si è dedicata un'intera parte della tabella alla ripresa degli obiettivi individuati da raggiungere dal precedente PRI. Si segnalerà se gli obiettivi sono stati raggiunti o, in caso contrario, si descriverà il motivo per il quale non è stato possibile e quale è la situazione attuale in quella determinata area di valutazione.

Altre modifiche importanti sono state introdotte nella modalità di restituzione del PRI al paziente e alla famiglia. **Entro una settimana dalla stesura del PRI:**

- Il medico fisiatra referente lo condividerà con il paziente e i familiari/*caregivers* che lo firmeranno a loro volta
- Fisioterapista e logopedista convocheranno i familiari/*caregivers* durante la seduta di riabilitazione in palestra o in ambulatorio logopedico in modo da fornire delle precise e concrete indicazioni per la gestione del paziente durante la giornata e i permessi a domicilio
- Gli infermieri professionali convocheranno i familiari/*caregivers* nel momento in cui sarà necessario istruirli riguardo l'assistenza al paziente durante l'igiene, la vestizione, la gestione dei farmaci e del permesso del fine settimana.

In seguito alla stesura del PRI si cercherà di organizzare il lavoro in modo che i medici fisiatra referenti dei pazienti, ogni settimana, vadano in palestra/ambulatorio logopedico per seguire l'evoluzione del trattamento dei pazienti, per discutere di alcuni problemi o scelte da effettuare con il fisioterapista e logopedista referente.

I fisioterapisti e logopedisti, ogni 2 settimane, riserveranno 30 minuti di trattamento in reparto per valutare, insieme all'infermiere responsabile del modulo/infermiere referente, autonomie del paziente, trasferimenti, compiti che può eseguire in camera in autonomia o con supervisione degli operatori, pasto e modalità di comunicazione. Questa sarà un'occasione preziosa per valutare il paziente insieme agli infermieri e per scambiarsi informazioni circa il percorso riabilitativo.

5.3 Elaborazione della proposta formativa

Al fine di migliorare la comunicazione tra membri dell'*equipe* è stata programmata una Formazione sul Campo indirizzata a tutte le figure professionali.

Gli scopi di questo evento formativo sono quelli di:

- Migliorare la comunicazione tra i membri dell'*equipe* riabilitativa sensibilizzando il personale al problema comunicativo
- Creare maggiore collaborazione e unione tra i membri dell'*equipe* (fisioterapisti, logopediste, infermieri, medici)
- Condividere il linguaggio riabilitativo/logopedico/infermieristico
- Concordare e condividere un sistema informativo per lo scambio di informazioni.

La proposta formativa si svolgerà con la modalità del *Problem Based Learning* in un lavoro a piccoli gruppi. Si sono programmate quattro edizioni per coprire tutto il personale che verrà distribuito equamente nelle varie edizioni. Ogni gruppo sarà

formato da medici, fisioterapisti, logopediste ed infermieri nel rispetto dell'interprofessionalità del lavoro d'*equipe*. Ogni edizione sarà composta di 3 incontri della durata di 2 ore ciascuna in orario pomeridiano, ogni quindici giorni, per un totale di 6 ore di corso.

Il primo incontro servirà all'apertura del PBL, all'analisi di un caso clinico problematico e alla raccolta di tutte le domande e riflessioni dei partecipanti. Il testo del PBL descriverà un caso clinico passato o attuale di un paziente realmente ricoverato presso l'UO di RRF. Al termine dell'incontro ci si divideranno i compiti di studio per l'incontro successivo. Il secondo incontro sarà dedicato all'esposizione degli argomenti studiati da parte di ogni professionista. Fisioterapista e logopedista potranno esporre il motivo delle scelte riabilitative, delle priorità riabilitative e degli obiettivi posti da raggiungere. Si potrà anche dedicare un breve tempo alla spiegazione delle azioni riabilitative utilizzate. Il terzo incontro servirà per notare le ricadute che gli argomenti studiati e le scelte effettuate hanno avuto sull'evoluzione del caso clinico. Si completeranno inoltre gli ultimi due salti del PBL e si lascerà spazio per un momento di dialogo e condivisione interprofessionale.

Si programmeranno anche delle plenarie per permettere ai diversi gruppi di incontrarsi per condividere e scambiarsi le esperienze svolte.

Verranno, inoltre, messi in programma altri incontri successivi, sempre divisi in piccoli gruppi, al fine di elaborare e produrre delle schede o protocolli interni dell'UO al fine di migliorare la qualità della presa in carico in *equipe* interprofessionale del paziente neurologico e della modalità e qualità di scambio di informazioni tra professionisti.

Per motivi di regolamentazione aziendale questo tipo di formazione verrà proposta all'Ufficio Formazione del Personale a novembre di quest'anno entrando a far parte del piano formativo annuale 2017. In seguito a delibera della Direzione potrà essere accreditato con crediti di Educazione Continua in Medicina e attuato tra febbraio e novembre 2017.

In via sperimentale, si proporrà un'edizione di prova a dicembre 2016 formando un gruppo di lavoro interprofessionale di professionisti che si offriranno volontariamente. In via ipotetica questi poi potranno fare da tutor e moderatori durante le edizioni successive.

Capitolo 6: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

6.1 Riflessioni e ipotesi sulle risposte all'intervista

Dall'analisi effettuata con i professionisti tramite le interviste, si può evidenziare come sia fondamentale il lavoro in gruppo per la presa in carico e la gestione di un percorso riabilitativo per i pazienti neurologici che, nello stesso momento, è complesso e delicato. Il lavoro in *equipe* e l'integrazione tra le figure professionali sono tanto fondamentali quanto difficilmente raggiungibili. I punti di forza del lavoro in *equipe* evidenziati dai professionisti sono la centralità del paziente nel percorso di cura, il confronto e la collaborazione in *equipe* per poter avere una visione globale del paziente. Numerosi e articolati sono i punti di debolezza individuati dai professionisti intervistati. Gli unici che rilevano la mancanza di una presa in carico sono gli infermieri, probabilmente perché si trovano maggiormente a gestire in modo globale e complesso i pazienti ricoverati e la famiglia.

Riguardo le riunioni d'*equipe* gli infermieri riferiscono di non essere più presenti perché sono troppo lunghe e non permettono al personale di staccarsi dall'attività di reparto per più di un'ora. Inoltre non comprendono del tutto le valutazioni presentate da fisioterapisti e logopedisti, ritenendoli aspetti troppo tecnici. Al contrario, invece, fisioterapisti e logopediste, sostengono che il confronto sui problemi del paziente, che avviene solo alla riunione d'*equipe*, spesso non è del tutto esaustivo e lascia dubbi nella gestione di alcune situazioni.

Inoltre, sottolineata da tutti i professionisti è la difficoltà nella definizione degli obiettivi: non sempre è facile arrivare ad un accordo, in particolare tra fisioterapista e medico, dove, a volte, le valutazioni e gli obiettivi divergono. Questo crea attriti e difficoltà comunicative nel proseguo del lavoro riabilitativo per quel paziente ma non solo. Spesso gli obiettivi definiti in sede di riunione d'*equipe* non sono condivisi con gli infermieri assenti che per questo motivo non sanno come comportarsi nei confronti del paziente, sia in caso di domande che gli vengono rivolte dal paziente e dai familiari, sia in termini di possibilità di mobilitazione in reparto o modalità di alimentazione e comunicazione.

I medici rilevano un altro problema rispetto alla restituzione del PRI al paziente e alla famiglia. Questo delicato passaggio viene attualmente gestito solo dal medico, mentre è meno curato dagli altri membri dell'*equipe*. Per motivi organizzativi non sarà possibile che questo momento possa essere fatto alla presenza di tutta l'*equipe*, ma è stato

individuato, tramite la procedura, un impegno dei professionisti per una condivisione del progetto riabilitativo direttamente in palestra o in ambulatorio. La famiglia può così comprendere realmente le problematiche del malato, gli obiettivi su quali si è deciso di lavorare, e prendere parte all'evoluzione del recupero del paziente.

Una problematica trasversale, rilevata da tutte le figure professionali, è la difficoltà comunicativa, con opinioni anche divergenti tra i professionisti. Gli infermieri lamentano venga poco considerato il loro punto di vista e che ci siano pochi momenti di confronto tra professionisti, come lo scambio di informazioni sul paziente, dove fisicamente sono presenti infermiere e fisioterapista/logopedista. La mancanza di questi momenti di scambio reale e non tramite consegne scritte, fa sì che al paziente possano arrivare messaggi diversi da membri della stessa *equipe* compromettendone così la relazione terapeutica.

Nello stesso tempo fisioterapisti e logopediste lamentano difficoltà a comunicare con gli infermieri. Riferiscono che il passaggio di consegne mediante la loro presenza in reparto avvenga di rado e in modo poco efficace. Questo si ipotizza possa essere dovuto alla mancanza di un infermiere di riferimento per ogni paziente neurologico ricoverato. Perciò lo scambio di informazioni sul paziente viene eseguito con l'infermiere referente del modulo in turno che poi dovrebbe farsi carico di passare consegne ai colleghi, cosa che non sempre viene fatta o fatta parzialmente.

Anche le consegne scritte in diario nella cartella clinica spesso sono scritte da fisioterapisti e logopedisti in modo non del tutto adeguato. La scrittura della consegna è un atto di grande responsabilità professionale che pesa anche da un punto di vista legale: deve contenere tutti gli atti che il professionista ha eseguito, valutazioni, trattamento e le indicazioni per i colleghi. Spesso il linguaggio che utilizzano i fisioterapisti non è condiviso con tutti gli altri professionisti che non comprendono la consegna scritta e non riescono a seguire le indicazioni che vengono fornite.

Oltre a questi problemi esposti, gli infermieri stanno prendendo sempre più consapevolezza del fatto che partecipano in piccola parte all'*equipe* riabilitativa e sono poco considerati nella decisione degli obiettivi riabilitativi. Oltre a questo, spesso si verificano fraintendimenti comunicativi con altri membri dell'*equipe* o con il paziente. Questi motivi hanno spinto gli infermieri ad accettare di modificare il loro modo di lavorare. Infatti, insieme alla coordinatrice di dipartimento, stanno cercando di ritornare all'individuazione di un infermiere referente, come era stato proposto circa un anno fa con l'inserimento della figura dell'infermiere *case manager* ma con scarso effetto. In questo modo ogni paziente ricoverato con malattia di tipo neurologico avrà un

infermiere referente che sarà un punto di riferimento per tutti i professionisti dell'*equipe*, per il paziente e i familiari.

Nell'ultima domanda dell'intervista i professionisti hanno fornito spunti di miglioramento riguardo la comunicazione. Infermieri e medici sono unanimi nel richiedere una modalità e un linguaggio comune nella scrittura del diario clinico.

Fisioterapiste, logopediste e infermieri sono concordi nel sostenere la necessità di momenti di scambio e confronto quotidiani e di momenti di formazione con tutti i professionisti per condividere il linguaggio riabilitativo, le modalità di lavoro e di valutazione dei pazienti. Per questo motivo è stato programmato un corso di formazione che vede la partecipazione di tutti i professionisti che compongono l'*equipe* ed è stata appositamente scelta una modalità di lavoro sul caso clinico, divisi in piccoli gruppi, che permette il confronto e la condivisione di linguaggi, obiettivi e modalità di lavoro.

Tra riabilitatori e medici è difficoltoso e critico lo scambio e il confronto sul percorso riabilitativo o sulla scelta di ausili, che spesso avviene di fretta al telefono o in studio. Da qualche mese, i medici si recano in palestra per vedere direttamente il paziente e confrontarsi con il riabilitatore. Questa pratica, sistematizzata tramite la procedura, crea un momento fisso di valutazione del paziente e confronto tra professionisti. È un bel segnale per il paziente che si sente ancor di più preso in carico da un gruppo di esperti che collaborano alla ricerca delle migliori soluzioni per il suo recupero funzionale.

Un altro aspetto modificato tramite la procedura è la modalità di comunicazione tra i professionisti e la famiglia del paziente. È stato definito che, in seguito alla definizione del PRI, i singoli professionisti convochino i famigliari per illustrare la situazione attuale del paziente e quali sono gli obiettivi che si vogliono raggiungere.

Si analizzano le altre domande dell'intervista riguardanti il benessere del personale nel lavorare in *equipe*. Spicca come gli infermieri affermino con forza come loro non si sentano parte del gruppo di lavoro e sentano scarsamente considerato il loro punto di vista sul paziente. Si sentono poco gratificati nel loro lavoro anche perché scarsamente informati sull'evoluzione del recupero. Anche due fisioterapisti riferiscono di non sentirsi aiutati a comprendere e mettere insieme i problemi di pazienti gravi o comunque complessi. Questo aspetto dovrebbe essere un'attività fondante e cruciale il percorso riabilitativo guidato e gestito da un'*equipe* interprofessionale.

Tutti i professionisti riferiscono che molto dipende dalle singole personalità di cui è composta l'*equipe*. Caratterialmente con alcune persone ci si trova meglio ed è più facile gestire la collaborazione, per questo motivo in alcune *equipe* si riesce ad avere un frequente confronto al di fuori delle riunioni programmate. Anche i medici riferiscono

che con alcuni professionisti è più facile discutere e proporre scelte riabilitative, mentre con altri ci si scontra o il clima che si crea non molto è favorevole ad un dialogo costruttivo.

6.2 Procedura per la presa in carico in *equipe* del paziente con diagnosi MDC 1: quali novità evidenziare

La procedura per la “Presa in carico del paziente ricoverato cod. 56 presso l’UO di Recupero e Rieducazione Funzionale per pazienti con malattie e disturbi del sistema nervoso (MDC 1)” è uno strumento utile per uniformare le modalità di lavoro. Fino ad ora alcuni momenti delicati, come i passaggi di consegne tra membri dell’*equipe*, non sono svolti in modo sistematico da tutti i professionisti. Molte delle azioni descritte sono già bagaglio di lavoro consolidato dei professionisti da diversi anni di esperienza lavorativa. Unire questi ad alcune nuove azioni che aiutano a migliorare la collaborazione tra professionisti porta ad un continuo miglioramento della pratica riabilitativa che sta molto a cuore a tutti i riabilitatori e non solo. Nello stesso tempo aiuta a rinforzare la rete di relazioni tra i professionisti delle *equipe* riabilitative.

Il personale è aiutato da una scansione temporale stretta e rigorosa, che in parte viene già seguita, ma in modo non preciso. Alcune novità saranno importanti per impostare il lavoro di ogni professionista.

Nello specifico sarà importante il *briefing* che convocherà il medico fisiatra il giorno stesso del ricovero. In questo momento condividerà con il resto dell’*equipe* le informazioni cliniche rilevanti e alcuni macro obiettivi del ricovero. Così tutti i professionisti dell’*equipe* saranno informati in modo adeguato e uniforme. Le informazioni fornite saranno cruciali per guidare le valutazioni dei riabilitatori in vista della stesura del PRI e nei primi approcci con il paziente e la famiglia.

Rispetto alla modalità di gestione della presa in carico attuale, si sono voluti identificare in modo chiaro alcuni momenti di passaggio di consegne tra membri della stessa *equipe*. Infatti entro tre giorni dal ricovero si dovranno incontrare fisioterapista e logopedista con l’infermiere referente del paziente. Questo momento di condivisione a tu per tu insieme anche al paziente permetterà di condividere modalità di movimentazione, comunicazione e alimentazione. In questo modo tutti lavoreranno con il paziente con la medesima linea in vista degli obiettivi da raggiungere. Durante il ricovero questi incontri dovranno essere ripetuti ogni qual volta ci saranno delle modifiche nelle autonomie e nell’alimentazione del paziente. Condividere queste modifiche permette di condividere obiettivi riabilitativi, modalità di lavoro, linguaggi e aiuta a creare una rete

e una stretta collaborazione tra membri della stessa *equipe* che altrimenti rischiano di lavorare per lo stesso obiettivo con modalità diverse senza mai parlarsi, alimentano attriti tra le persone e dando al paziente messaggi diversi.

È stato ridefinito il responsabile della convocazione della prima riunione d'*equipe*. Si è deciso che sia l'infermiere referente a contattare tutti i membri dell'*equipe* per definire, soprattutto in base ai suoi turni di lavoro, la data della riunione. In questo modo l'infermiere è ulteriormente responsabilizzato e coinvolto nel lavoro dell'*equipe* e gli assicurerà la presenza durante la discussione del caso clinico e della definizione del PRI. Un altro momento che è stato rivisto è la modalità di restituzione del PRI. I riabilitatori condivideranno il programma e gli obiettivi con i famigliari direttamente nei luoghi di riabilitazione: palestra, ambulatorio logopedico, reparto. In questo modo si potrà preparare la famiglia per il rientro del fine settimana, insegnare la modalità di somministrazione dei farmaci, la mobilitazione, la modalità di alimentazione adeguata. Costruire questa procedura ha permesso di lavorare e confrontarsi con diversi professionisti e con modalità di lavoro diverse, con esigenze riabilitative e di lavoro differenti. Gli incontri per la preparazione della procedura e per l'esecuzione delle interviste, sono stati momenti di arricchimento personale e di maggior conoscenza delle altre professioni oltre che delle necessità che vengono incontrate nel lavorare in *equipe* riabilitativa. Non è stato semplice mettere insieme le attuali modalità di lavoro e le modifiche proposte. Queste sicuramente aiutano tutto il personale dell'UO a lavorare meglio insieme tra professionisti sia nei confronti del paziente e della sua famiglia, sia nel raggiungere gli obiettivi proposti. Nello stesso momento queste proposte potranno incontrare degli ostacoli nell'essere accettate e messe in pratica. Le nuove modalità di lavoro e i cambiamenti non sempre sono bene accolti da tutto il personale a maggior ragione che le modifiche vanno a lavorare sul delicato ambito della comunicazione e relazione. Infatti, come si può notare dall'analisi effettuata dei processi sociali, questi ambiti sono i più critici e alcuni professionisti presentano molte problematiche nella costruzione di una rete di relazioni personali anche solo durante la gestione del percorso riabilitativo in *equipe*. D'altra parte, si auspica che il personale più affine a queste novità lavorative e più incline al lavoro in *equipe* possa aiutare a creare un buon clima lavorativo e una solida rete di relazioni professionali e umane.

6.3 Una proposta formativa per migliorare la comunicazione tra i membri dell'*equipe* interprofessionale

Riguardo al problema della scarsa e difficoltosa comunicazione tra i membri dell'*equipe* interprofessionale, si è progettato un percorso formativo con la modalità della Formazione sul Campo. Questo è un'occasione e un momento di incontro, scambio e confronto tra professionisti che lavorano a stretto contatto tutti i giorni ma che non hanno modo di incontrarsi per scambiarsi informazioni o lo fanno in modo scarso o poco adeguato. Per agevolare il naturale svolgimento lavorativo e assicurare una continuità assistenziale, in particolare per quanto riguarda il personale infermieristico, il corso si svolgerà di pomeriggio con una durata di non più di due ore. Inoltre la proposta è stata suddivisa su tre giornate a distanza di due settimane l'una dall'altra per evitare di appesantire i turni e il carico di lavoro. Gli incontri in plenaria saranno almeno due per dare modo a tutto il personale turnista di poter partecipare.

Vista la criticità del lavoro interprofessionale, la proposta prevede la partecipazione ad ogni edizione di un piccolo gruppo interprofessionale, come a ricalcare una vera *equipe* riabilitativa che lavora per un paziente, che nel corso è rappresentato da un caso clinico reale. Questa scelta è stata pensata per agevolare i partecipanti che si trovano a discutere su un percorso riabilitativo conosciuto, dove non si impiegherà troppo tempo nella spiegazione del caso clinico. In questo modo ogni componente si potrà concentrare sugli elementi che non comprende, sulla modalità di lavoro in *equipe* interprofessionale e sulla definizione degli obiettivi riabilitativi. Il nucleo della discussione si sposterà così sulle modalità di valutazione, definizione delle priorità riabilitative, identificazione degli obiettivi e trattamento del paziente, la modalità di gestione dei passaggi di consegne tra colleghi dell'*equipe*.

Si è scelto di utilizzare lo strumento del PBL per il lavoro in piccoli gruppi. Dalla letteratura si evidenzia come l'apprendimento per problemi rispetta tutti i fattori che facilitano l'apprendimento. In particolare mette i discenti in una posizione per cui:

- Attivano le conoscenze pregresse: la prima fase di analisi del problema stimola la ricerca di conoscenze anteriori e il ricordo di casi simili
- Lavorano sulle conoscenze attraverso la discussione in piccolo gruppo
- Creano una rete semantica tra le conoscenze perché le ristrutturano in modo adeguato al problema
- Apprendono in un contesto professionale perché il problema è proposto come se si presentasse nella vita reale professionale e quindi permette l'apprendimento

delle informazioni con già tutti gli elementi unificanti utili per andarle a recuperare facilmente quando si ripresenteranno simili nella realtà professionale

- Si coinvolgeranno in discussioni aperte che innescheranno una curiosità intrinseca per andare cercare informazioni utili alla risoluzione del problema.²⁰

I discenti saranno guidati da un tutor che conosce il problema e accompagnerà i corsisti durante lo svolgimento di tutte le fasi del PBL. Il tutor sarà affiancato da altre due persone con ruolo di segretario e moderatore. Questi potranno essere colleghi che hanno svolto il corso nell'edizione di prova e che sanno già come si svolgerà l'esperienza.

Partire da un caso clinico e dall'esperienza lavorativa dei partecipanti è da ritenersi come fonte di apprendimento e punto di possibile convergenza ed equilibrio tra saperi teorici e pratici. Questa modalità permette di apprendere dalla propria esperienza e dal confronto con l'esperienza di altri professionisti in modo trasformativo. I professionisti possono così destrutturare e ricostruire costantemente le proprie conoscenze ed esperienze, reinterprestando e modificando il proprio agire personale e professionale.²¹

Lavorare in piccoli gruppi comporta aspetti positivi e negativi. Sicuramente richiede a tutti i componenti di mettersi in gioco, impiegare energie e risorse personali e tecniche al fine di raggiungere lo scopo del corso di formazione. Per alcuni, un'altra difficoltà è rappresentata dal fatto di trovarsi realmente a collaborare con altri professionisti come nella pratica lavorativa usuale non fanno o fanno solo raramente. Si auspica che questo sia solo un primo scoglio iniziale che possa essere superato facilmente mettendo da parte i pregiudizi. Oltre alle difficoltà, lavorare in piccoli gruppi ha diversi lati positivi. Permette, infatti, di poter condividere il linguaggio che ogni professionista utilizza nella sua pratica riabilitativa quotidiana e durante gli scambi di informazioni tra professionisti sul paziente. In questo modo tutti i membri del gruppo possono comprendersi al meglio e mettere in atto le indicazioni fornite nella consegna.

I partecipanti al corso si possono esercitare nella pratica di negoziazione/negoziabilità di significato del linguaggio utilizzato e dei metodi di lavoro condivisi. Questa è da considerarsi come una buona pratica da mettere in atto per permettere ai professionisti di estendere, riorientare, modificare o confermare gli ambiti di significato di cui fanno parte. Si possono, così, sviluppare all'interno del gruppo di lavoro convergenze ed equilibri provvisori o sufficientemente stabili per riorganizzare la pratica lavorativa e la costruzione di relazioni tra i membri del gruppo.²⁰ Quest'ultimo è un altro aspetto positivo del lavoro a piccoli gruppi. Aiuta a costruire ed intrecciare relazioni tra le

persone. Tessere la trama di relazioni tra persone di un gruppo di lavoro permette di tessere la trama della pratica stessa.²¹

La possibilità di partecipare al corso di formazione è da ritenersi come opportunità da cogliere e non da subire, in quanto il percorso è da costruire insieme al gruppo di discenti a partire dal problema presentato. È, inoltre, un'opportunità di crescita e di trasformazione delle conoscenze e modalità di lavoro. Questo rimanda alla capacità del singolo di mettersi in gioco personalmente e professionalmente coltivando capacità di mediazione e negoziazione per rilanciare la propria storia personale e professionale.²⁰

6.4 Conclusioni

Il progetto qui descritto nasce dall'esigenza di rispondere ad alcune criticità che si rilevano durante l'attività lavorativa riabilitativa in *equipe* interprofessionale presso l'UO in analisi.

L'utilizzo dello strumento dell'analisi organizzativa ha permesso di mettere a fuoco maggiormente le problematiche legate alla presa in carico del paziente di tipo neurologico. Questa precisa analisi è stata completata dalla voce dei professionisti che lavorano nell'UO, raccolta mediante lo svolgimento delle interviste che ha permesso di cogliere i problemi principali oltre che il vissuto personale di ogni singolo professionista in termini di benessere lavorativo in *equipe*.

Dalla rielaborazione di queste premesse sono scaturite le proposte di miglioramento: la stesura della procedura per la presa in carico del paziente neurologico, la revisione della scheda per la compilazione del PRI e la proposta di un evento formativo per il miglioramento della comunicazione e della collaborazione tra membri dell'*equipe*. Questi risultati sono stati raggiunti mediante una stretta collaborazione e condivisione con il Direttore dell'UO, la Coordinatrice di dipartimento e i Coordinatori delle diverse figure professionali.

La stesura della procedura e la revisione delle schede del PRI sono due progetti che hanno contribuito alla revisione della documentazione e delle procedure dell'UO in vista della valutazione per l'accreditamento di eccellenza che avverrà nel mese di novembre 2016.

Il limite di questi progetti è che gli indicatori di risultato si sono potuti solamente ipotizzare e non è stato possibile verificarne il raggiungimento a causa della lunghezza dei tempi di utilizzo e messa alla prova. Simile limite riguarda anche la proposta formativa perché legata a delle procedure aziendali che prevedono tempi più lunghi per l'espletamento e lo svolgimento del corso. In attesa dei termini amministrativi, ma vista

L'importanza che riveste la proposta per il servizio e il personale, si è deciso di procedere con un'edizione di prova.

Una volta conclusa la messa in opera delle proposte, sarebbe importante condurre uno studio, che a partire dall'analisi degli indicatori di risultato, preveda una revisione dell'efficacia e la valutazione del reale utilizzo della procedura. In questo studio andrebbe anche verificato quali professionisti partecipano alla stesura del PRI, se gli obiettivi vengono comunque condivisi e se vengono rispettati luoghi e momenti di scambio e confronto interprofessionali previsti dalla procedura.

Altro spunto di approfondimento è legato alla valutazione dell'esito dell'evento formativo. Sarà necessario creare uno strumento per raccogliere il gradimento del corso e verificare il raggiungimento dei risultati nelle varie fasi di realizzazione della Formazione sul Campo. Gli obiettivi del corso di formazione sono stati definiti in una comunicazione più efficace e rispettosa tra professionisti, una maggior partecipazione al lavoro in *equipe* e una maggiore condivisione delle informazioni tra professionisti. Al termine delle proposte formative, in base ai risultati emersi dalle verifiche formative e di gradimento, si potrà verificare in che misura si sono raggiunti gli obiettivi predefiniti e quali modifiche sono state inserite nell'agire quotidiano dei professionisti nella collaborazione interprofessionale.

Bibliografia

1. *“Linee di indirizzo per la gestione della fase post acuta dell’ictus”*, Deliberazione della Giunta Regionale n. 7 del 9 gennaio 2013, Allegato A, in riferimento al DGR n. 4198 del 30/12/2008
2. *“Piano d’Indirizzo per la Riabilitazione. Allegato A”*, Gazzetta Ufficiale n. 50 del 02 marzo 2011, Supplemento ordinario n. 60, Accordo 10 febbraio 2011, Accordo ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano
3. Ministero della Salute, (2011), *“La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali.”* Quaderni del Ministero della Salute, n. 8
4. Calamandrei C., Orlandi C. (a cura di) (2015), *“Manuale di management per le professioni sanitarie”*, McGraw Hill Education, Milano
5. Quaglino G. P., Casagrande S, Castellano A, (1992), *“Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo”*, Raffaello Cortina Editore, Milano
6. Quaglino G. P., Cortese C. G., (2003), *“Gioco di squadra. Come un gruppo di lavoro può diventare una squadra eccellente”*, Raffaello Cortina Editore, Milano
7. Cartabellotta A., Serafini F., (2013), *“Criteri di appropriatezza della riabilitazione post stroke: dall’ospedale alle cure primarie”*, Evidence, Giugno 2013, Volume 5, Issue 6
8. *“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”*, Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 28 gennaio 2013
9. *“Gestione della fase post-acuta dell’ictus”*, Protocollo Aziendale ULSS N. 4 Alto Vicentino, 19 dicembre 2014
10. Rigoni Marco, (2015), *“L’interprofessionalità del team riabilitativo com strumento di appropriatezza clinica. Progetto di miglioramento della presa in carico di pazienti con lesione cerebrale in una realtà di riabilitazione intensiva.”*, Tesi di Laurea Magistrale, Corso di Laurea Magistrale Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie
11. *“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza*

- specialistica ambulatoriale. Allegato 2: Tariffe per le prestazioni di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, per tipo di ricovero*”, Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 28 gennaio 2013
12. *“Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”*, Legge regionale n. 23 del 29 giugno 2012 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 53 del 6 luglio 2012
 13. *“Allegato A, Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" per l'anno 2016”*, Deliberazione della Giunta Regionale n. 2072 del 30 dicembre 2015 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 11 del 9 febbraio 2016
 14. *“Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro”*, Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 14 aprile 2003 - Supplemento Ordinario n. 61
 15. *“Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge Europea 2013-bis. Art. 14”*, Legge 30 ottobre 2014, n. 161
 16. *“Attuazione del dispositivo dell'articolo 14, comma 1, della Legge 30 ottobre 2014, n. 161”*, Comunicazione della Regione Veneto del 22 luglio 2015, Protocollo n. 301283
 17. , Santoro Daniela, Università di Bologna, lezione magistrale. Disponibile on-line all'indirizzo: http://www00.unibg.it/dati/corsi/84059/70023-Slide%20Intervista%20semistrutturata_Santoro.pdf
 18. *“Piano di indirizzo per la riabilitazione”*, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 124 del 30 maggio 1998
 19. *“Criteri di appropriatezza dei ricoveri in unità operative di riabilitazione. Allegato A”*, DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007
 20. Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., (2003), *“Il tutor facilitatore dell'apprendimento di competenze intellettive.”* In Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., (2003), *“Il tutor per le professioni sanitarie.”* Carrocci Editore, Roma, pag. 71-94.

21. Scaratti G., (2006), *Prefazione all'edizione italiana. L'(in)effabile dicibilità delle comunità di pratica*. In Wenger E., (2006), "Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità.", Raffaello Cortina Editore, Milano, pag IX-XXXVIII

ALLEGATO 1: Tabella dell'analisi organizzativa

ANALISI DEI FATTORI IN USCITA			
ITEM	IMPORTANZA (1/5)	CRITICITA' (1/5)	DESCRIZIONE
Presa in carico e riabilitazione MDC I	5	4	<ul style="list-style-type: none"> - Processo ad elevata complessità - Mancanza di procedure per la presa in carico del paziente - Mancanza di una presa in carico da parte di tutte le figure dell'equipe - Scarsa attinenza alle indicazioni per organizzare la riunione d'equipe
ANALISI DEI FATTORI IN ENTRATA			
ITEM	IMPORTANZA (1/5)	CRITICITA' (1/5)	DESCRIZIONE
Risorse economiche	5	2	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del pagamento del ricovero oltre 60 giorni
Risorse di personale	5	3	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di personale non sempre adeguato (maternità non sostituite) - Turno europeo per gli infermieri professionali dal 25 novembre 2015 che non permette una presa in carico infermieristica continuativa
Domanda della popolazione	5	3	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con maggiori problematiche internistiche in fase acuta - Modificazione della tipologia dei pazienti in fase acuta dovuta alle nuove terapie farmacologiche trombolitiche
Professionalità	5	4	<ul style="list-style-type: none"> - Carenza gestionale di pazienti gravi e in fase acuta - Scarsa integrazione del personale nell'<i>equipe</i> riabilitativa
Stili di comportamento e comunicazione del personale	5	4	<ul style="list-style-type: none"> - Non adozione dell'infermiere <i>case manager</i> - Scarsa e difficile comunicazione tra le figure professionali
Ambienti fisici	4	3	<ul style="list-style-type: none"> - Distanza fisica degli ambienti riabilitativi dal reparto - Lieve sovraffollamento dei locali adibiti a palestre

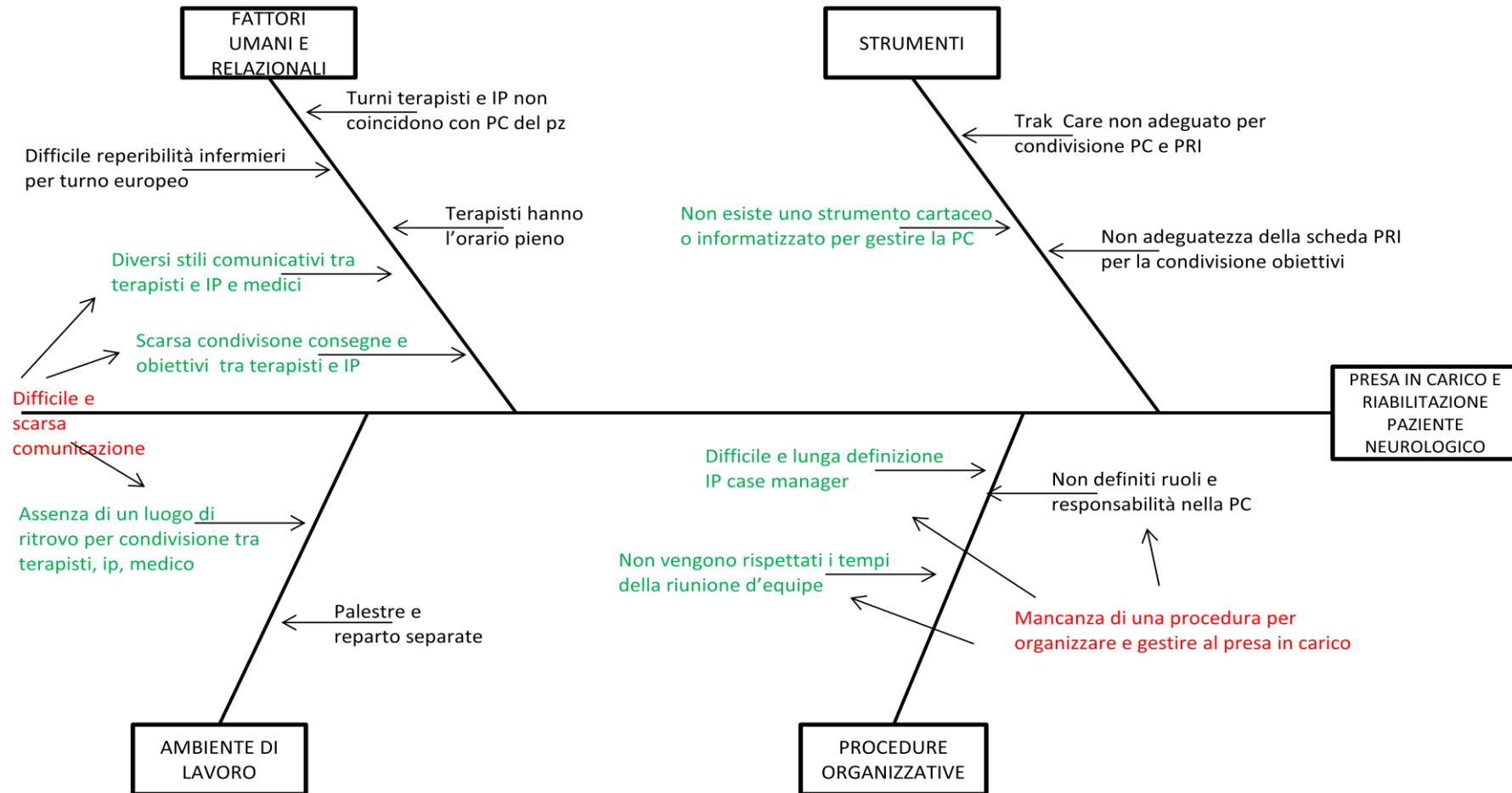
Tecnologia	5	2	- Non adeguatezza della cartella clinica informatizzata per inserire le valutazioni di fisioterapisti e logopedisti
Legislazione normativa			- Necessità di raggiungere gli obiettivi di budget
ANALISI DEL SISTEMA ORGANIZZATIVO			
ITEM	LIVELLO DI DEFINIZIONE (molto, abbastanza, poco, per nulla)	LIVELLO DI ADEGUATEZZA (molto, abbastanza, poco, per nulla)	DESCRIZIONE
STRUTTURA DI BASE			
Divisione gerarchica	Molto	Molto	- Rispetto dei profili professionali e della gerarchia definita a livello aziendale - Recente istituzione del dipartimento di riabilitazione
Distribuzione dell'organico	Abbastanza	Poco	- Lieve riduzione e non sostituzione delle maternità
Ripartizione delle mansioni/funzioni	Poco	Poco	- Poco definite le funzioni dei vari professionisti nell'ambito della loro integrazione in <i>equipe</i> riabilitativa - Difficoltà nel passaggio di consegne con professionisti della stessa <i>equipe</i> - Ripartizione infermieristica modulare; l'inserimento della figura del <i>case manager</i> non ha trovato riscontro positivo
Articolazione degli spazi di lavoro	Abbastanza	Poco	- Assenza di uno spazio per il confronto quotidiano
MECCANISMI OPERATIVI			
Sistema informativo	Poco	Poco	- Definito in modo rigoroso solo per gli infermieri con la scheda SDO

			<ul style="list-style-type: none"> - Scarsamente definito per i fisioterapisti/logopedisti e a carattere molto personale e soggettivo - Scarso utilizzo di una cartella riabilitativa con scale di valutazione aggiornate e validate - Non adeguatezza del sistema <i>Trak Care</i> per la comunicazione tra professionisti
Sistema decisionale	Poco	Poco	<ul style="list-style-type: none"> - Durante il ricovero lo strumento decisionale è la compilazione del PRI, anche se non presenti tutti i membri dell'<i>equipe</i> - Prima compilazione del PRI effettuata oltre le 2 settimane come stabilito da regolamento interno per il 50% dei pazienti
Procedure di lavoro	Poco	Poco	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di procedure per la gestione della fase post-acuta dell'ictus e per l'accoglienza del paziente in reparto - Assenza di procedure per la presa in carico del paziente neurologico

ANALISI DEI PROCESSI SOCIALI

ITEM	FREQUENZA (1/5)			DESCRIZIONE
	Ruoli direttivi	Ruoli intermedi	Ruoli di base	
Accettazione	4	3	3	- Accettazione della situazione organizzativa da alcuni professionisti
Rifiuto	1	4	4	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di pregiudizi tra l'operato delle varie figure professionali - Conflitti per la tipologia di pazienti da ricoverare, per i tempi di ricovero, l'utilizzo di alcuni presidi, la non comunicazione degli obiettivi riabilitativi
Compensazione	2	2	2	- Atteggiamento di integrazione messo in atto spontaneamente da alcuni professionisti per la loro sensibilità personale

ALLEGATO 2: Diagramma di Ishikawa



Legenda: in rosso: le cause principali; in verde: gli elementi correlati alle cause principali modificabili.

ALLEGATO 3: Diagramma di Gantt e matrice delle responsabilità

MILESTONES		DIAGRAMMA DI GANTT							MATRICE DELLE RESPONSABILITA'										
TAPPE		febbraio 2016	marzo 2016	aprile 2016	maggio 2016	giugno 2016	luglio 2016	agosto 2016	settembre 2016	OUTCOME									
										Dott.ssa Roberta Gonzo	Direzione medica	Direttore UO - Dott. Filippi Giuseppe	Responsabile dei fisiatristi - Dott.ssa Rossetto Francesca	Fisiatristi	Coordinatrice di dipartimento - Dott.ssa Mag Pavan Silvana	Coordinatori	Personale dell'UO: ft. logo, IP	Resp Ufficio Formazione - Dott.ssa Pagin M. Cristina	
	Fase di progettazione									Relazione e scrittura dell'analisi									
1	Analisi organizzativa									Redazione scritta dell'analisi	E/G	I	C/I	C/I			C/I		
2	Esecuzione delle interviste ai professionisti sanitari e medici									Rielaborazione dei dati e relazione	E/G	I			C/I		C/I	C/I	
3	Condivisione dell'analisi organizzativa con il Direttore dell'UO e i Coordinatori									Verbale della riunione	E/G		E	I	I	I	I		
4	Elaborazione di una procedura per la presa in carico del paziente neurologico									Produzione della procedura come documento per l'accreditamento d'eccellenza	E/G		D	C/I	C/I	C/I	C/I	I	
5	Individuazione del responsabile della presa in carico e dell'equipe riabilitativa									Creazione di indicazioni e regolamento interno dell' UO	E/G		D	C/I	C/I	C/I	C/I	C/I	
7	Definizione dei tempi e modi dalla presa in carico									Redazione della procedura	E/G		D	C/I	C/I	C/I	C/I	C/I	
8	Progettazione e realizzazione di un evento formativo per il miglioramento della comunicazione dell'equipe																		
9	Analisi del bisogno formativo									Relazione	D/E/G								
10	Elaborazione del programma del corso									Definizione del programma	E/G		I	I		D	I/C		I/C
11	Progettazione del corso con l'Ufficio Formazione del Personale									Accreditamento del corso da parte dell'Ufficio Formazione del Personale	I/C					I/C			D/E/G

Legenda: D: decide, E: esegue fisicamente l'azione, G: gestisce l'avanzamento dei lavori (funzioni coordinamento), I: deve essere informato, C: deve essere consultato



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina Molecolare

*Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie
Presidente: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez*

Il lavoro in *equipe* interprofessionale come strumento
di appropriatezza clinica
Proposta di un progetto di miglioramento per la presa in carico
di pazienti neurologici in un'unità operativa di riabilitazione intensiva

ALLEGATO ESTERNO

Procedura per la Presa in Carico del paziente ricoverato presso
l'Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale cod. 56
per pazienti con malattie e disturbi del sistema nervoso (MDC 1)

RELATORE: Dott. Mag. Rigoni Marco

Correlatore: Dott. ssa Mag. Pavan Silvana

LAUREANDA: Gonzo Roberta

Anno Accademico 2015- 2016

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

INDICE

1. Introduzione.....	1
1.1. Scopo.....	1
1.2. Campo di applicazione.....	1
1.3. Riferimenti bibliografici.....	1
1.4. Definizioni e abbreviazioni.....	2
2. Responsabilità della Procedura.....	2
3. Modalità operative.....	3
3.1. Il giorno del ricovero.....	4
3.2. Entro il 3° giorno.....	6
3.3. Entro 2 settimane dal ricovero.....	7
3.4. Nel proseguo del ricovero.....	8
Allegato 1 - Tabella per il Progetto Riabilitativo Individuale di Entrata.....	10
Allegato 2 – Tabella per il Progetto Riabilitativo Individuale di Metà Percorso.....	13
Allegato 3 – Scheda di educazione al paziente e/o al familiare.....	16

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

1. INTRODUZIONE

1.1. Scopo

Questa procedura ha lo scopo di:

- Uniformare la modalità di presa in carico del paziente con disturbi di tipo neurologico ricoverato presso il reparto dell'Unità Operativa (UO) di Recupero e Rieducazione Funzionale (RRF)
- Fornire a tutti i professionisti dell'equipe interprofessionale una linea guida per poter prendere in carico in modo efficace e nei tempi previsti dalla normativa il paziente neurologico ricoverato
- Eseguire la compilazione della Programma Riabilitativo Individuale entro due settimane dalla data di ricovero del paziente presso l'UO di RRF

1.2. Campo di applicazione

Presa in carico da parte dell'equipe interprofessionale in modo tempestivo ed efficace il paziente con disturbi di tipo neurologico.

Coinvolge i medici fisiatristi, gli infermieri professionali, i fisioterapisti e le logopediste dell'UO di RRF che prederanno in carico il paziente neo ricoverato.

1.3. Riferimenti bibliografici

- Piano di indirizzo per la riabilitazione, Provvedimento 7 maggio 1998, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 124 del 30 maggio 1998
- DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007, Criteri di appropriatezza dei ricoveri in unità operative di riabilitazione. Allegato A
- Ministero della Salute, (2011), La centralità della persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Quaderni del Ministero della Salute; n. 8 marzo-aprile
- Piano di indirizzo per la Riabilitazione, Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 2011, Allegato A

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

- Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus. Allegato A alla Dgr n. 7 del 09 gennaio 2013
- Protocollo aziendale: Gestione della fase post-acuta dell'ictus, 19/12/2014

1.4. Definizioni e abbreviazioni

UO: Unità Operativa

UU.OO.: Unità Operative

RRF: Recupero e Rieducazione Funzionale

PRI: Progetto Riabilitativo Individuale

2. RESPONSABILITÀ DELLA PROCEDURA

DESCRIZIONE ATTIVITA'	MEDICO FISIATRA REFERENTE	INFERMIERE PROFESSIONALE	FISIOTERAPIST A	LOGOPEDIST A
Accoglie il paziente in reparto	R	R		
Visita il paziente, raccoglie l'anamnesi, imposta la terapia farmacologica	R			
Compilazione della cartella informatizzata e del diario clinico/riabilitativi	R	R	R	R
Fisioterapista passa le consegne dei trasferimenti e di cosa può fare il paziente in reparto		C	R	
Logopedista passa le consegne per le modalità di alimentazione e di comunicazione		C		R

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

Il medico fisiatra referente convoca il briefing per comunicazioni riguardo il paziente e il ricovero	R	C	C	C
Il medico fisiatra convoca la prima riunione d' <i>equipe</i> e redige il PRI	R	C	C	C
Condivisione con il paziente e i famigliari del PRI	R	R	R	R

R = Responsabile **C** = Collaboratore

3. MODALITÀ OPERATIVE

La presa in carico del paziente con malattia di tipo neurologico è complessa: si articola in un arco di tempo di due settimane e vede coinvolti più professionisti facenti parte dell'*equipe* interprofessionale.

Il paziente con malattia di tipo neurologico che viene ricoverato nel reparto di RRF beneficia di un trattamento riabilitativo intensivo, cosiddetto cod. 56 che prevede un intervento riabilitativo di almeno 3 ore giornaliere. Questo è erogato da parte del medico fisiatra, dai professionisti sanitari della riabilitazione, fisioterapisti e logopediste, e dal personale infermieristico.

Il ricovero presso il reparto di RRF può avvenire in seguito ad un trasferimento da un altro reparto dell'Ospedale di Santorso o di un altro ospedale presso il quale il paziente era ricoverato per altre cure e viene accolto per competenza, oppure dal domicilio².

² Con le limitazioni previste dal DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007, Criteri di appropriatezza dei ricoveri in unità operative di riabilitazione, Allegato A

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

3.1. Il giorno del ricovero

Il ricovero viene effettuato in mattinata, entro le ore 10.00 e comunque non oltre le ore 12.00, in seguito ad accordi interni condivisi anche con le altre UU.OO. Sempre entro la mattinata, il paziente viene accolto dall'infermiere professionale e dal medico fisiatra.

- **L'infermiere professionale** responsabile del modulo assistenziale:
 - Accoglie il paziente nel reparto affidandogli il letto, consegnando il depliant di informazioni dell'U.O., spiega le consuetudini del reparto, gli orari di visita dei parenti
 - Spiega al paziente come è organizzato il reparto, gli orari della giornata, dei pasti e delle sedute di riabilitazione con il fisioterapista e il logopedista
 - Spiega al paziente come è organizzato il permesso del fine settimana
 - Raccoglie i parametri vitali e li riporta nella cartella informatizzata
 - Compila nella cartella informatizzata la scheda SIPI (Sistema Informativo della Performance Infermieristica), Barthel, Norton, la scheda dolore, in cartaceo compila la scheda valutazione del rischio cadute, scheda consegna protesi acustiche o dentali
 - Compila il diario della cartella informatizzata.

- **Il medico fisiatra** provvederà a:
 - Raccogliere l'anamnesi e i dati necessari della cartella clinica informatizzata supportata dal programma *Trak Care*
 - Effettuare l'esame obiettivo del paziente
 - Impostare la terapia farmacologica e la modalità di nutrizione
 - Valutare la continenza sfinteriale ed impostare eventuale riabilitazione sfinteriale con gli infermieri

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

- Inquadrare il tipo di riabilitazione necessaria, in base alle necessità del paziente, attivando fisioterapista, logopedista ed infermiere
- Programmare eventuali accertamenti diagnostici
- Spiegare al paziente la possibilità di uscire in permesso il fine settimana
- Chiedere di individuare un familiare di riferimento.

Medico fisiatra e infermiere professionale si scambiano informazioni relative al paziente in modo estemporaneo al termine delle rispettive valutazioni.

In seguito al primo incontro e visita del paziente si compilerà il diario della cartella informatizzata.

In seguito all'accoglienza in reparto, Il medico fisiatra responsabile del paziente convocherà il fisioterapista referente, la logopedista referente e la coordinatrice degli infermieri per un breve briefing della durata di non più di 15 minuti.

In questo momento il fisiatra comunicherà all'equipe riabilitativa interprofessionale delle informazioni relative al paziente da un punto di vista clinico e quali sono le motivazioni del ricovero. Tutti insieme i componenti dell'*equipe* si confronteranno sulle priorità riabilitative e assistenziali da individuare, sui macro obiettivi da raggiungere e i tempi indicativi della durata del ricovero.

Nel pomeriggio il **fisioterapista** e il **logopedista** inizieranno le loro valutazioni ed osservazioni del paziente.

La **logopedista, il giorno del ricovero, con l'infermiere responsabile del modulo o infermiere referente del paziente** passerà le consegne riguardo le strategie da adottare per i pazienti con problemi disfagici e riguardo le strategie comunicative nel caso di problemi di linguaggio.

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

Nei giorni successivi al primo, al paziente verranno riservate 2 ore di trattamento riabilitativo con il fisioterapista e 1 ora con la logopedista o viceversa in base alla maggiori problematiche del paziente. In base alle condizioni cliniche del paziente e alla disponibilità del servizio, sarà possibile anche effettuare 2 ore di trattamento riabilitativo sia con il fisioterapista sia con la logopedista.

3.2. Entro il 3° giorno

Entro il 3° giorno dal ricovero presso il reparto di RRF:

- Il **coordinatore degli infermieri** convoca i famigliari del paziente e presenta il reparto, l'organizzazione, come si svolge l'attività riabilitativa consegnando un opuscolo informativo (opuscolo in corso di revisione).

Richiede l'individuazione di un familiare di riferimento e informa la famiglia dei permessi del fine settimana e spiega come si svolgono.

Acquisisce informazioni rispetto al domicilio, barriere architettoniche e consegna un opuscolo informativo riguardo spazi necessari e accorgimenti da avere per accogliere il parente a casa durante il permesso del fine settimana (opuscolo disponibile in intranet aziendale)

- Il **fisioterapista** concorderà con l'**infermiere responsabile del modulo o infermiere referente del paziente** di trovare un momento comune per passare le consegne e provare insieme le modalità e gli accorgimenti da avere in reparto per eseguire i trasferimenti letto-carrozzina e viceversa. Verranno fornite anche alcune indicazioni rispetto a cosa il paziente può fare o meno in camera.

Nello stesso momento l'**infermiere professionale** condividerà con il fisioterapista cosa sa fare il paziente in reparto, in bagno, come si comporta durante la mobilizzazione a letto, quali sono le difficoltà presenti.

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

3.3. Entro 2 settimane dal ricovero

L'infermiere professionale referente del paziente convoca ed organizza la prima riunione d'*equipe* entro e non oltre 2 settimane dal ricovero del paziente presso l'UO di RRF.

La riunione d'*equipe* dovrà essere programmata in modo da dare la possibilità a tutti i professionisti dell'*equipe* di poter partecipare (medico fisiatra di riferimento, medico fisiatra responsabile delle degenze dell'UO, infermiere professionale, fisioterapista, logopedista).

In vista del lavoro a turni dell'infermiere professionale e del maggior carico di lavoro di tutti i professionisti durante la mattina, si è deciso di programmare la riunione d'*equipe* dalle ore 14.30 dal lunedì al venerdì. Tale riunione avrà durata di circa **45-50 minuti** per dare modo all'infermiere di poter assentarsi dal reparto per un periodo di lavoro congruente con le necessità assistenziali.

In questa prima riunione d'*equipe* si redige il **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)** compilando l'apposito schema predeterminato e riportando gli obiettivi riabilitativi individuati da perseguire, il tempo e le modalità necessari per raggiungerli. ([Allegato 1: Tabella per il Progetto Riabilitativo Individuale di Entrata](#))

Ogni professionista condividerà brevemente la sua valutazione del paziente e le principali problematiche che ha rilevato. Si lascia spazio al confronto sui problemi che eventualmente i professionisti incontrano nel trattamento riabilitativo o nella gestione del paziente in reparto.

Il PRI dovrà essere stampato e firmato da tutti i membri dell'*equipe* interprofessionale e verrà conservato nella cartella clinica del paziente.

Negli incontri successivi dell'*equipe*, da programmarsi a distanza variabile in base alle necessità del paziente in questione, si aggiornerà il **Progetto Riabilitativo Individuale** compilando l'apposito schema predeterminato riportando i problemi attivi presenti al momento dell'incontro e i nuovi obiettivi da perseguire. ([Allegato 2: Tabella per il Progetto Riabilitativo Individuale di Metà Percorso](#))

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

3.4. Nel proseguo del ricovero

Entro una settimana dalla stesura del PRI:

- Il medico fisiatra referente lo condividerà con il paziente e i famigliari/*caregivers* chiedendo quali sono anche i loro desideri e bisogni. Se questi sono considerati e trovano risposta nella proposta di PRI, questo viene confermato e firmato da paziente e famigliari. In caso contrario l'*equipe* deve rivedere il PRI considerando desideri e bisogni del paziente e della famiglia, per poi ricondividerlo e farlo firmare.
- Fisioterapista e logopedista convocheranno i famigliari/*caregivers* durante la seduta di riabilitazione in palestra o in ambulatorio logopedico in modo che possano partecipare ed assistere ad una seduta riabilitativa. Nello stesso momento i professionisti potranno fornire precise e concrete indicazioni per la gestione del paziente durante la giornata e durante i giorni di permesso a domicilio. In questo modo i famigliari/*caregivers* potranno seguire l'evoluzione del recupero del paziente.

Questi passaggi di consegne con i famigliari potranno essere ripetuti ogniqualvolta il professionista lo ritenga necessario o quando viene richiesto dal famigliare. In particolare dovrà essere svolto nel momento della dimissione.

In base alle disponibilità organizzative del servizio e del reparto di degenze:

- I medici fisiatri referenti dei pazienti, ogni settimana, passeranno nelle palestre/ambulatorio logopedico per vedere come prosegue il trattamento dei pazienti per discutere di alcuni problemi o scelte da effettuare con il fisioterapista e logopedista referente
- Il fisioterapista, ogni 2 settimane, riserverà 30 minuti di trattamento da svolgere in reparto per valutare, insieme all'infermiere responsabile del modulo/infermiere referente, autonomie

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

del paziente, trasferimenti, compiti che può eseguire in camera in autonomia o con supervisione degli operatori

- La logopedista sarà presente in reparto con una frequenza di circa 2 volte alla settimana negli orari dei pasti per poter valutare, monitorare e seguire il percorso dello svezzamento in un paziente disfagico. In questo momento aggiornerà le consegne agli infermieri sulle modalità adeguate per assistere il paziente disfagico ai pasti
- Gli infermieri professionali convocheranno i familiari/*caregivers* nel momento in cui sarà necessario istruirli riguardo l'assistenza al paziente durante l'igiene, la vestizione, la gestione dei farmaci e del permesso del fine settimana. Ogni volta che educano i famigliari compileranno l'apposita scheda ([Allegato 3: Scheda di educazione al paziente e/o famigliare](#)) riportando che tipo di educazione hanno fatto, chi hanno educato, paziente o famigliare e che livello di apprendimento ha raggiunto nell'eseguire il compito insegnato.

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

ALLEGATO 1 – TABELLA PER IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DI ENTRATA

**UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - O.C. SANTORSO
PROGETTO RIABILITATIVO DI ENTRATA DEL SIG. _____**

DATA:

PRESENTI:

MEDICO DI RIFERIMENTO:

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO:

LOGOPEDISTA DI RIFERIMENTO:

INFERMIERE DI RIFERIMENTO:

DATA EVENTO ACUTO:

DATA RICOVERO:

REPARTO DI PROVENIENZA:

PATOLOGIA DETERMINANTE LA PRESA IN CARICO:

SITUAZIONE FAMILIARE E CARE GIVER:

INVALIDITA':

AUSILI PRESCRITTI:

BARRIERE DOMICILIARI:

PREDOMINANZA: DESTROMANO MANCINO

PATENTE DI GUIDA: SI' NO

LAVORATORE:

GRADO DI AUTONOMIA PRIMA DELL'EVENTO ACUTO:

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

	<i>PROBLEMI ATTIVI</i>	<i>OBIETTIVI E TEMPI DI RAGGIUNGIMENTO</i>
RESPIRAZIONE		
LINGUAGGIO		
COME COMUNICA		
COMPRESIONE		
PRODUZIONE		
LETTURA/SCRITTURA		
DEGLUTIZIONE E NUTRIZIONE		
VISIVO		
COMPONENTI PATOLOGICHE (RAAS; IR)		
DEFICIT DI RECLUTAMENTO		
DEFICIT DI SENSIBILITA'		
ALTRI DISTURBI COGNITIVI		
ATTENZIONE		
PRASSIE		
POSIZIONE SEDUTA		
RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO STAZIONE ERETTA		
TRASFERIMENTI LETTO CARROZZINA E VIC.		
CAMMINO		

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

TONO DELL'UMORE

<i>AUTONOMIE IN REPARTO</i>	<i>PRESENTI</i>	<i>AUTORIZZATE (con che modalità)</i>	<i>OBIETTIVI - DA IMPLEMENTARE</i>
Capacità di muoversi e ruotarsi nel letto			
Capacità di lavarsi (quali parti del corpo)			
Capacità di vestirsi (quali indumenti)			
Alimentarsi (uso delle posate e attenzione spaziale)			
Spostarsi (con quale ausilio e quale aiuto)			
Controllo sfinteriale: grado di autonomia nell'evacuazione (water/comoda/padella)			

ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI:

SCALE DI VALUTAZIONE UTILIZZATE:

AUSILI DA PRESCRIVERE:

POSSIBILITA' E MODALITA' DI USCITA IN PERMESSO:

PROSSIMO INCONTRO:

FIRMA PRESENTI

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

ALLEGATO 2 – TABELLA PER IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DI METÀ PERCORSO

UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - O.C. SANTORSO

PROGETTO RIABILITATIVO DI META' PERCORSO DEL SIG. _____

DATA:

PRESENTI:

MEDICO DI RIFERIMENTO:

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO:

LOGOPEDISTA DI RIFERIMENTO:

INFERMIERE DI RIFERIMENTO:

DATA EVENTO ACUTO:

DATA RICOVERO:

SITUAZIONE FAMILIARE E CARE GIVER:

INVALIDITA':

AUSILI GIA' PRESCRITTI:

BARRIERE DOMICILIARI:

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

	<i>OBIETTIVI PRECEDENTI RAGGIUNTI (sì; no, perché) E PROBLEMI ATTIVI</i>	<i>OBIETTIVI E TEMPI DI RAGGIUNGIMENTO</i>
RESPIRAZIONE		
LINGUAGGIO		
COME COMUNICA		
COMPRESIONE		
PRODUZIONE		
LETTURA/SCRITTURA		
DEGLUTIZIONE E NUTRIZIONE		
VISIVO		
COMPONENTI PATOLOGICHE (RAAS; IR)		
DEFICIT DI RECLUTAMENTO		
DEFICIT DI SENSIBILITA'		
ALTRI DISTURBI COGNITIVI		
ATTENZIONE		
PRASSIE		
POSIZIONE SEDUTA		
RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO STAZIONE ERETTA		
TRASFERIMENTI LETTO CARROZZINA E VIC.		
CAMMINO		

	Dipartimento di Riabilitazione	PROCEDURA ORGANIZZATIVA Gestione della Presa in Carico del paziente ricoverato cod. 56 MDC 1
	U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	Rev. n. 00 del 01.10.2016
PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)		

TONO DELL'UMORE

<i>AUTONOMIE IN REPARTO</i>	<i>PRESENTI</i>	<i>AUTORIZZATE (con che modalità)</i>	<i>OBIETTIVI - DA IMPLEMENTARE</i>
Capacità di muoversi e ruotarsi nel letto			
Capacità di lavarsi (quali parti del corpo)			
Capacità di vestirsi (quali indumenti)			
Alimentarsi (uso delle posate e attenzione spaziale)			
Spostarsi (con quale ausilio e quale aiuto)			
Controllo sfinteriale: grado di autonomia nell'evacuazione (water/comoda/padella)			

ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI:
SCALE DI VALUTAZIONE UTILIZZATE:
AUSILI DA PRESCRIVERE:
IPOTESI DI DIMISSIONE:
PROSSIMO INCONTRO:

FIRMA PRESENTI

PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE RICOVERATO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE COD. 56 PER PAZIENTI CON MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO (MDC 1)

DATA:	ATTIVITA'
Educazione eseguita a:
<input type="checkbox"/> Paziente
<input type="checkbox"/> Familiare o <i>care giver</i> (specificare)
.....
Educazione eseguita da:
.....
<input type="checkbox"/> Prima educazione
<input type="checkbox"/> Rivalutazione
LIVELLO RAGGIUNTO	<input type="checkbox"/> Inesperto <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Esperto

DATA:	ATTIVITA'
Educazione eseguita a:
<input type="checkbox"/> Paziente
<input type="checkbox"/> Familiare o <i>care giver</i> (specificare)
.....
Educazione eseguita da:
.....
<input type="checkbox"/> Prima educazione
<input type="checkbox"/> Rivalutazione
LIVELLO RAGGIUNTO	<input type="checkbox"/> Inesperto <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Esperto

LEGENDA

Inesperto: ha assistito per la prima volta allo svolgersi dell'attività svolta dall'educatore (il paziente, familiare o *care giver* hanno solo osservato)

Incerto: necessita di sperimentarsi ancora nell'attività con supporto/supervisione dell'educatore

Esperto: è in grado di eseguire in autonomia l'attività anche senza supervisione dell'educatore