



Assistenza riabilitativa: sperimentazione di un nuovo modello organizzativo

D.D.S.I. Lorella Bolognese
Centro di Riabilitazione Multidisciplinare,
Az. Osp. Padova

Il progetto per la realizzazione di un modello organizzativo e relativi strumenti informativi da utilizzare specificamente nell'area della riabilitazione multidisciplinare si inserisce fra gli interventi necessari all'attivazione di un Centro di Riabilitazione Multidisciplinare ad alto profilo specialistico (CRM) dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

In particolare, la necessità di avvalersi per la gestione delle attività di adeguati strumenti informativi e metodi operativi, scaturisce dall'esigenza di supportare, monitorare, verificare e garantire il più possibile gli obiettivi e i risultati stabiliti dal progetto operativo e dal conto economico studiati per la realizzazione del Centro, che ha iniziato ad operare fattivamente nel giugno 1998 e di cui oggi si possono valutare i primi risultati.

IL PROGETTO "CARTELLA ASSISTENZIALE INTEGRATA"

Per la progettazione di uno strumento informativo *ad hoc* è stato istituito un comitato tecnico composto da un medico intensivista responsabile dell'area delle cure mediche, un medico fisiatra responsabile dell'area riabilitativa, una infermiera AFD, una fisioterapista con esperienza nel settore occupazionale, con il coordinamento di una infermiera D.D.S.I. responsabile dell'area assistenziale e della qualità del servizio del Centro stesso.

L'obiettivo da raggiungere era certamente quello di trovare strumenti e metodi in grado di assicurare risultati efficaci e diffusi, capaci di coinvolgere tutto il personale e tutte le attività del Centro come spinta vitale a rivedere continuamente le scelte organizzative, gestionali e professionali, mantenendo sempre al centro dell'attenzione il benessere e la soddisfazione dei cittadini.

Per questo motivo, il comitato tecnico si è indirizzato all'elaborazione di uno strumento informativo capace di:

- facilitare la comunicazione fra operatori dello stesso

- servizio al fine di garantire l'integrazione delle varie professionalità impegnate nell'assistenza del cliente;
- facilitare la comunicazione fra i vari servizi (sanitari e sociali) al fine di garantire la continuità terapeutica anche dopo la dimissione da strutture protette;
- uniformare l'approccio assistenziale dei vari operatori (che lavorano con metodiche diverse) rispetto agli obiettivi da raggiungere con la possibilità di supportare il lavoro per progetti attraverso la misurazione ed evidenziazione dei risultati ottenuti;
- favorire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- supportare le proposte di budget ed il controllo dei costi.

Il percorso identificato per l'implementazione dell'innovativo strumento informativo, che per le caratteristiche distintive le attività da registrare già assumeva la denominazione di Cartella Assistenziale Integrata (CAI), può così essere riassunto:

- *Rilievo dei bisogni formativi* degli operatori professionali interessati al progetto, attraverso somministrazione di apposito questionario;
- *formazione*, attraverso corsi ad hoc a complessità graduale, diretti a tutto il personale, compreso quello tecnico addetto all'assistenza;
- *costruzione della cartella assistenziale integrata*, a partire dalla determinazione degli elementi teorici di riferimento, fino alla costruzione dello strumento operativo su supporto cartaceo ed informatico;
- *training on the job*, mediante sperimentazione dello strumento nella prima delle unità operative attivate nel CRM e trasferimento dei dati utili al controllo di gestione nella scheda di budget;
- *adattamento dello strumento alle necessità organizzativo-assistenziali* emerse durante la sperimentazione.

RILIEVO DEI BISOGNI FORMATIVI

Con il questionario utilizzato per ottenere informazioni dal personale di varia qualifica che avrebbe operato presso il CRM, circa il grado di conoscenza posseduto nell'uso degli strumenti informativi assistenziali e di capacità di integrazione nell'attività multidisciplinare, si sono indagati i seguenti aspetti:

- tipo di strumento utilizzato nella pratica assistenziale e criteri per la sua compilazione;
- conoscenza nell'uso di scale di valutazione funzionale;
- esperienze di lavoro in équipe.

L'analisi dei dati ottenuti ha consentito ai responsabili del progetto di identificare gli obiettivi educativi da raggiungere con l'intervento formativo, in armonia con gli obiettivi organizzativi e di risultato fissati per il Centro stesso.

FORMAZIONE

La consapevolezza che fra strumenti informativi assistenziali e modalità organizzative del processo assistenziale (nonché di quello organizzativo aziendale) esiste una stretta connessione, ha permesso la progettazione di un intervento caratterizzato dai seguenti obiettivi formativi:

- far acquisire agli operatori una maggiore consapevolezza del processo di assistenza;
- rafforzare negli operatori la cultura della qualità dell'assistenza;
- far acquisire agli operatori il concetto di adeguatezza/appropriatezza delle cure;
- far acquisire agli operatori il concetto di uso appropriato delle risorse umane e materiali;
- fornire agli operatori le conoscenze ed i principi per aggiungere al processo assistenziale (tipicamente basato su valori etici e morali) anche il valore economico dell'efficacia ed efficienza della gestione (inteso come risparmio e raggiungimento degli obiettivi, oppure spreco e fallimento degli obiettivi).

Nei sette giorni previsti per la formazione (50 ore complessivamente), alle lezioni teoriche tenute dai responsabili del progetto e da collaboratori competenti per specifiche tematiche (sistemi di valutazione dei bisogni riabilitativi, pianificazione degli interventi riabilitativi), si sono alternate interessanti discussioni sugli argomenti in trattazione, che hanno permesso agli operatori, già in questa fase, di integrare le conoscenze individuali e disciplinari, agevolando così le condizioni per la costruzione di uno strumento informativo orientato a sinergizzare gli interventi assistenziali assicurati dalle diverse figure professionali che agiscono sul paziente, e a raccogliere le informazioni utili alla pianificazione dell'assistenza in ambito riabilitativo.

COSTRUZIONE DELLA CARTELLA ASSISTENZIALE INTEGRATA

Il lavoro di progettazione ed elaborazione vera e propria della cartella assistenziale è partito dall'individuazione dell'impianto teorico. Il comitato tecnico dopo un'attenta

analisi delle caratteristiche peculiari dell'assistenza riabilitativa che richiede essenzialmente il coordinamento e la collaborazione di tutto il personale coinvolto nel processo assistenziale; nella consapevolezza che la definizione di uno strumento informativo per la documentazione dell'attività assistenziale deve partire dall'analisi della teoria e del processo (altrimenti si corre il rischio di cambiare semplicemente nome alla "consegna", senza modificarne minimamente i principi e i contenuti); in armonia con il processo di aziendalizzazione dell'impresa sanitaria che prevede il controllo quali-quantitativo dell'attività prodotta, ha scelto di costruire la *Cartella assistenziale Integrata* a partire dalla *Teoria delle Attività di Vita* per la parte riguardante l'assistenza infermieristica, dalla *Teoria Perfettiana* per l'aspetto specifico dell'assistenza riabilitativa, sulla base dei principi dell'*Activity Based Management* per il monitoraggio quantitativo delle attività da svolgere.

Teorie di riferimento

La scelta delle teorie è stata essenzialmente orientata dalla necessità di trovare un modello paradigmatico che meglio di altri si coniugasse con le specificità dell'assistenza da erogare in ambito riabilitativo.

Fra le teorie prese in considerazione per l'assistenza infermieristica quella delle Attività di Vita di Roper-Logan-Tierney, così come adattata nella rielaborazione ad opera di P. Chiari et al., è apparsa come quella più adatta a guidare gli interventi assistenziali a favore di soggetti disabili da reinserire nell'ambiente domestico, lavorativo e sociale in generale, e quella più vicina concettualmente ai criteri adottati nella scala di valutazione funzionale FIM (valutazione delle ADL), da noi utilizzata nella *Cartella Assistenziale Integrata* per il rilievo della condizione del cliente rispettivamente all'ingresso e alla dimissione.

Per quanto riguarda l'area riabilitativa, la scelta teorica è ricaduta sul modello proposto dai Gruppi di Ricerca dell'Esercizio Terapeutico Conoscitivo che fa capo alla scuola del prof. Carlo Perfetti di Schio, in quanto in esso è previsto l'utilizzo della Pianificazione dell'Intervento Riabilitativo (PIR). Uno degli aspetti più rilevanti della teoria perfettiana è rilevabile proprio nella PIR, intesa come processo che parte dall'assunto che il percorso riabilitativo deve essere visto come una successione di ipotesi controllabili rigorosamente, rese possibili da una prima tappa rappresentata dall'osservazione; la PIR non può essere attuata senza l'utilizzo di una adeguata cartella assistenziale.

Secondo la teoria perfettiana, la cartella può servire ad evidenziare come anche il più semplice degli interventi risulta significativo, per un certo malato, solo se fa seguito ad una serie di scelte, derivate da analisi che dipendono a loro volta da studi attenti e precisi. In realtà ogni atto terapeutico e assistenziale, di qualsiasi natura, si basa su ipotesi più o meno rischiose e dovrebbe essere quindi giustificato dall'operatore sulla base delle sue aspettative e

responsabilità professionali; per questo motivo ogni operatore sanitario, medico, infermiere, riabilitatore ..., dovrebbe sempre, in occasione di ogni atto terapeutico, non solo registrare in cartella che cosa fa, ma anche perché lo fa.

È facile a questo punto intuire quanto la scelta sia stata influenzata dalla possibilità di affiancare alla teoria del nursing un modello assistenziale-riabilitativo che ne sposasse pienamente la filosofia, facilitando quindi l'adozione di un metodo e di obiettivi comuni per infermieri e fisioterapisti.

A facilitare la scelta del metodo più adatto a registrare l'attività svolta sotto l'aspetto quali-quantitativo è stata l'adozione dei criteri del "movimento delle attività", il quale, partendo dal presupposto che:

- ogni azienda è costruita da un insieme di attività;
- tutte le attività dell'azienda hanno come finalità diretta o indiretta la realizzazione della mission aziendale;
- le risorse non sono consumate direttamente dai prodotti, ma dalle attività, le quali sono a loro volta "consumate" dai prodotti, è in grado di collocare il controllo più sul versante della qualità che su quello dei costi, in quanto solo le attività offrono una conoscenza e quindi una modalità di azione concreta ed efficace nell'azienda; infatti solo chi può conoscere l'essenza ed il comportamento delle realtà che costituiscono l'azienda, sarà poi in grado di gestirla.

Il "movimento delle attività", nato in America negli anni '70, trova oggi la sua pratica attuazione nel metodo legato al sistema dell'*Activity Based Management* (ABM), il cui fine precipuo è quello di gestire le attività attraverso la continua comprensione e misurazione dell'evento quotidiano e dei suoi rapporti causali con il resto dell'impresa, in perfetta armonia con i principi della Qualità Totale.

Un concetto assolutamente basilare dell'ABM è che la gestione efficace deve essere orientata all'esecuzione, nel miglior modo possibile, delle attività che permettono di conseguire in modo eccellente la missione aziendale; cioè per offrire ai clienti il massimo del valore che l'impresa può esprimere e che il mercato può attribuire. In questo modo la produttività, intesa come rapporto tra valore prodotto e consumo di risorse sarà massima. Solo così tale obiettivo è raggiungibile, mentre non è possibile minimizzare i costi gestendo solo i dati contabili, perché:

- essi sono la conseguenza delle attività che consumano le risorse cui i costi corrispondono;
- il controllo dei costi è successivo al momento in cui essi vengono sostenuti, e quindi non efficace per influire in modo decisivo su di essi.

D'altra parte, la pianificazione dei costi (budget), se non supportata dalla pianificazione delle attività, è la cieca estrapolazione del passato, ignara delle opportunità di miglioramento concretamente esistenti.

In pratica, per la gestione del Centro di Riabilitazione Multidisciplinare si è deciso di affidare l'efficacia e l'efficienza del management più alla qualità e quantità delle attività svolte che al controllo delle sole risorse consumate.

Caratteristiche della Cartella Assistenziale Integrata

Il risultato di tutto questo lavoro di studio e ricerca, ci ha portati all'elaborazione della CAI, che attualmente risulta così composta:

Parte generale

- *Rilievo dati generali*: corrisponde al primo foglio della cartella dove l'infermiere, al momento dell'ingresso, avvalendosi della collaborazione del cliente, o dei familiari o della documentazione reperibile, riporta i dati anagrafici dell'interessato e delle persone a cui si può far riferimento durante la degenza.
- *Accertamenti all'ingresso*: in questa parte l'infermiere raccoglie dettagliatamente informazioni sulle condizioni della persona, le abitudini di vita, le risorse familiari e sociali disponibili; alcune di queste informazioni risultano indispensabili per il confronto con le condizioni presentate dal cliente alla dimissione e per la compilazione del *progetto riabilitativo* quale componente della CAI stessa.

Scheda F.I.M. ingresso

La scala F.I.M. (Functional Independence Measure) esplora gli ambiti funzionali della cura della persona, del controllo sfinterico, della mobilità, della locomozione, delle capacità comunicative e di rapporto con gli altri, attribuendo un punteggio su 7 livelli (con un punteggio massimo di 126=autosufficienza= minor carico assistenziale, e minimo di 18=dipendenza totale=massimo carico assistenziale). La F.I.M. intende censire soltanto un numero minimo di voci relative ad attività funzionali.

Il motivo per cui è stata inserita nella CAI è da ricercare nel fatto che essa non ha la pretesa di comprendere tutte le attività misurabili o che sarebbe utile misurare a scopo clinico, in quanto il punteggio FIM è piuttosto un indice generale di gravità della disabilità e varia durante il trattamento riabilitativo, motivo per cui variazioni nel punteggio FIM possono essere considerate indici dell'eff e t t o della terapia.

Inoltre, con l'aggiunta di alcune voci ai parametri valutativi della scala FIM, è possibile inquadrare il paziente dal punto di vista socio-demografico, della diagnosi clinica di malattia-causa, della diagnosi di menomazione, e dal punto di vista gestionale, in quanto vengono rilevati i tempi di degenza e i costi assistenziali che essa comporta.

FASCICOLO INFERMIERISTICO: PIANO ASSISTENZIALE E DELLE ATTIVITÀ

In relazione al fatto che l'intero processo assistenziale si basa sulle attività di vita e che è previsto l'intervento dell'operatore solamente nel caso in cui il cliente non sia in grado di sopperirvi da solo, sono state predisposte delle schede per la pianificazione dell'assistenza, una per ogni attività di vita che si prevede sarà compromessa nei nostri clienti (respirare, eliminare, alimentazione ed idratazione, comunicare, mantenere un ambiente sicuro, dormire, controllo della temperatura corporea, pulizia personale ed

Figura 1. Esempio di corretta compilazione della scheda per la pianificazione e registrazione degli interventi relativi alle attività di vita compromesse.

Cognome e Nome:			
Attività di vita: Mobilizzazione			
Problema: deficit motorio secondario a emiplegia da trauma cranico di III liv.			
Intervento: aiutare e controllare il cliente durante gli spostamenti dal letto con l'impiego del quadripode.			
Data	N° interventi mattina X X X	N° interventi pomeriggio X X	N° interventi notte
30.6.99	Valutazione Il cliente dimostra ancora molta insicurezza e scoordinamento	Valutazione Il cliente dimostra ancora molta insicurezza e scoordinamento	Valutazione
	Firme: AAAAA	Firme: BBBB	Firme:
Osservazioni ed indicazioni: Da domani il cliente riprenderà gli esercizi di rieducazione al cammino con il fisioterapista			

abbigliamento, mobilizzazione), da usarsi ed inserirsi quindi a seconda del caso nel fascicolo infermieristico (Fig. 1). Ogni scheda specifica per problema di vita, può contenere la registrazione di 4 o 6 interventi, con la specificazione di:

- diagnosi infermieristica (problema)
- intervento pianificato
- n. di interventi effettuati
- valutazione dell'intervento
- osservazioni
- firma dell'operatore che ha effettuato il o gli interventi.

(La compilazione della scheda di pianificazione pre v e d e l'utilizzo indispensabile dei protocolli di cui si parlerà più avanti).

Per la registrazione di attività infermieristiche che non prevedono pianificazione, ma la prescrizione medica (terapie, prelievi, esami...), sono state elaborate semplici griglie utili per il solo rilievo dell'attività svolta ed osservazioni sugli interventi effettuati.

Scheda F.I.M. dimissione

Alla dimissione, il cliente viene rivalutato (preferibilmente dallo stesso personale che ha effettuato la valutazione all'ingresso) seguendo gli stessi parametri FIM dell'ingresso. Il punteggio attribuito al cliente in questa fase, se confrontato con quello rilevato all'ingresso, diventa così un importantissimo indice di efficacia del trattamento riabilitativo attuato.

Lo studio della letteratura rapportato alla casistica ed alla gravità della disabilità presentata dai clienti che a ffluiranno al nostro Centro ci ha condotto a definire il grado di efficienza del trattamento riabilitativo nel modo seguente:

- Ottimo: aumento del punteggio $\geq 75\%$ rispetto all'ingresso
- Buono: aumento del punteggio dal 50% al 74%
- Sufficiente: aumento del punteggio dal 30% al 49%

Scheda risultati alla dimissione

In questa scheda sono riportati alcuni dati relativi allo stato del cliente, registrati durante il periodo di degenza (presenza o meno di piaghe da decubito, altre lesioni cutanee, fratture, cateterismo vescicale, infezioni nosocomiali), da considerarsi indicatori di risultato dell'assistenza globalmente garantita.

La collocazione di questi dati aggregati entro il range previsto nelle linee programmatiche recepite nel budget del Centro, costituirà, assieme ai dati aggregati delle schede FIM dimissione, un importante indicatore di successo rispetto alle previsioni e una conferma (o meno) delle scelte strategiche e programmatiche effettuate.

PROTOCOLLI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA E IMPIEGO DI RISORSE STANDARD

Assieme al piano assistenziale e delle attività, di cui sono l'indispensabile base logica e scientifica, i protocolli (unitamente alla identificazione degli interventi assistenziali legati alle specifiche attività di vita) elaborati per l'assistenza dei clienti del Centro (Fig. 2 e 2a), oltre a formalizzare il sapere degli operatori che li hanno elaborati, hanno lo scopo di evidenziare la scientificità delle cure infermieristiche, e di favorire il passaggio dal livello cognitivo a quello operativo, e consentono inoltre di rilevare l'assorbimento di risorse "consumate" per l'assistenza diretta.

Sostanzialmente i protocolli, suddivisi secondo le atti-

Figura 2. Esempio di strutturazione di un protocollo.

ATTIVITÀ DI VITA: MOBILIZZAZIONE (M)
<p>Problema M.1°: Deficit motorio.</p> <p>Con questa definizione si identifica la condizione in cui l'individuo è soggetto ad una limitazione della capacità autonoma di movimento.</p> <p>Questa condizione è riscontrabile prevalentemente in soggetti interessati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - paralisi parziale o totale (lesione di varia natura sia midollare che cerebrale) - malattie del tessuto connettivo; - malattie autoimmuni; - fratture degli arti; - ustioni gravi.
<p>Diagnosi infermieristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deficit motorio secondario a frattura del (segmento osseo) arto sup. o inf. dx o sx; - deficit motorio secondario ad emiplegia da ictus o trauma cranico; - deficit motorio secondario a tetraplegia o paraplegia da lesione midollare; - deficit motorio secondario ad esiti di ustione (indicare sede); - deficit motorio secondario (indicare malattia); <p>In fase di pianificazione degli interventi riservati ai problemi di carattere motorio, la diagnosi infermieristica dovrà essere completata con 1 dei 4 livelli di funzionalità identificati:</p> <p>Livello I: necessità di apparecchiature o dispositivi;</p> <p>Livello II: necessità di aiuto da terzi (assistenza, controllo, insegnamenti);</p> <p>Livello III: necessità di aiuto di terzi ed apparecchiature;</p> <p>Livello IV: dipendenza totale, assenza di movimento o totale incontrollabilità dei movimenti.</p>
<p>Obiettivi: Il raggiungimento degli obiettivi riferiti a questa attività di vita, prevede una stretta e sinergica collaborazione fra infermieri e fisioterapisti, per abbinare al meglio le conoscenze di pratica assistenziale e riabilitativa, nell'interesse del cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire il massimo di recupero funzionale del paziente; - aiutare il paziente a raggiungere il massimo di autonomia possibile; - annullare il rischio di lesioni fisiche associate alla diagnosi in questione.

vità di vita della teoria assistenziale adottata, risultano così strutturati:

- **Problema:** dallo studio di testi clinici ed assistenziali e con la collaborazione dei nostri medici fisiatristi ed anestesisti sono stati estrapolati i problemi, relativi alla specifica attività di vita presa in esame, più facilmente riscontrabili nella tipologia di clienti trattati nel Centro;
- **diagnosi infermieristica:** in base al problema identificato, si è passati poi alla formulazione delle diagnosi infermieristiche, seguendo criteri, metodi e classificazione della NANDA (Associazione Nord Americana di Diagnosi Infermieristiche);
- **obiettivi:** sono stati formulati tenendo in considerazione la possibile efficacia degli interventi identificati sulle condizioni di un soggetto in riabilitazione;
- **interventi infermieristici:** alla fine di questo percorso logico, sono stati identificati gli interventi più efficaci o frequenti adatti alla soluzione del problema, correlandoli al consumo di risorse standard in termini di personale, materiali e strumenti.

Per la compilazione del piano assistenziale, l'infermiere

fa riferimento ai protocolli per la identificazione e scelta della diagnosi infermieristica e dell'intervento necessari all'assistenza individuale.

PROGETTO RIABILITATIVO

Questa parte della cartella assistenziale è strettamente dedicata al trattamento riabilitativo, ma i fisioterapisti, per una corretta realizzazione del progetto personalizzato, devono potersi avvalere di dati raccolti dagli infermieri nella PA RTE GENERALE della CAI (bisogni del paziente, risorse familiari ed ambientali, punteggio della scala FIM).

Lo strumento informativo elaborato dal gruppo di lavoro risulta così composto:

- **Foglio 1:** in questo foglio, oltre alla diagnosi clinica del cliente, il fisioterapista, in collaborazione con il fisiatra, riporta i dati clinici del cliente riferiti alla sua storia riabilitativa. L'utilità di queste informazioni, soprattutto per i soggetti che necessitano di riabilitazione continua, risiede nella possibilità di valutare l'utilità degli interventi eseguiti in passato, in funzione delle necessità contingenti o prospettiche.

Figura 2a. Esempio di interventi infermieristici collegati al protocollo delle attività di vita.

INTERVENTI INFERMIERISTICI		
1. M.I° aiutare e controllare il paziente durante l'esecuzione di esercizi motori e lo svolgimento di attività funzionali, conformemente alle indicazioni mediche		
RISORSE STANDARD NECESSARIE		
<i>personale</i>	<i>tempo</i>	<i>materiali/strumenti</i>
infermiere 1	15 m'	//
2. M.I° aiutare e controllare il paziente nell'uso corretto dei sistemi di adattamento (stampelle, sedia a rotelle, protesi, bendaggi)		
RISORSE STANDARD NECESSARIE		
<i>personale</i>	<i>tempo</i>	<i>materiali/strumenti</i>
infermiere 1	15 m'	//
3. M.I° spiegare al paziente i principali rischi di lesione fisica collegati al proprio stato di salute ed adottare tutte le misure necessarie ad evitarli		
RISORSE STANDARD NECESSARIE		
<i>personale</i>	<i>tempo</i>	<i>materiali/strumenti</i>
infermiere 1	15 m'	//

- *Foglio 2:* dopo la valutazione delle necessità riabilitative del cliente e delle sue possibilità di recupero funzionale, nel II foglio i fisioterapisti ed i fisiatristi fissano innanzitutto gli obiettivi del trattamento, per passare poi all'identificazione degli interventi più adatti al caso ed alla relativa valutazione di risultato, dove è previsto l'uso dei parametri e del punteggio FIM.

- *Foglio 3 = Pianificazione del trattamento fisioterapico:* questa parte ha la duplice funzione di foglio lavoro (molto diffuso nell'organizzazione delle unità riabilitative) e di pianificazione, così come strutturata nella parte dell'assistenza di base.

In relazione alle caratteristiche dell'approccio riabilitativo da porre in atto, in questo foglio vengono riportate le sedi di intervento e le singole applicazioni effettuate, suddivise nelle tre grandi categorie che le comprendono tutte (terapia fisica, chinesioterapia, massoterapia); *per la compilazione dei settori dedicati alle varie applicazioni, il fisioterapista deve far riferimento alle procedure riabilitative elaborate per i clienti del Centro, di cui si parlerà più avanti.*

Alla fine il fisioterapista descrive le attività consigliate nelle 24 ore e le posizioni da rispettare, al fine di offrire utili indicazioni per l'assistenza infermieristica.

- *Foglio 4:* ha le stesse funzioni del foglio 3, ma a differenza di questo, che viene utilizzato per la riabilitazione prevalentemente ortopedica, esso viene impiegato nei casi di

riabilitazione neuromotoria, dove non ha senso indicare la sede di intervento perché l'azione è orientata a stimolare il soggetto nella sua globalità. Infatti, fra le attività previste sono comprese le cognitive e la logopedia.

INTERVENTI RIABILITATIVI

Si tratta di procedure suddivise per le grandi categorie che comprendono tutti gli interventi di riabilitazione:

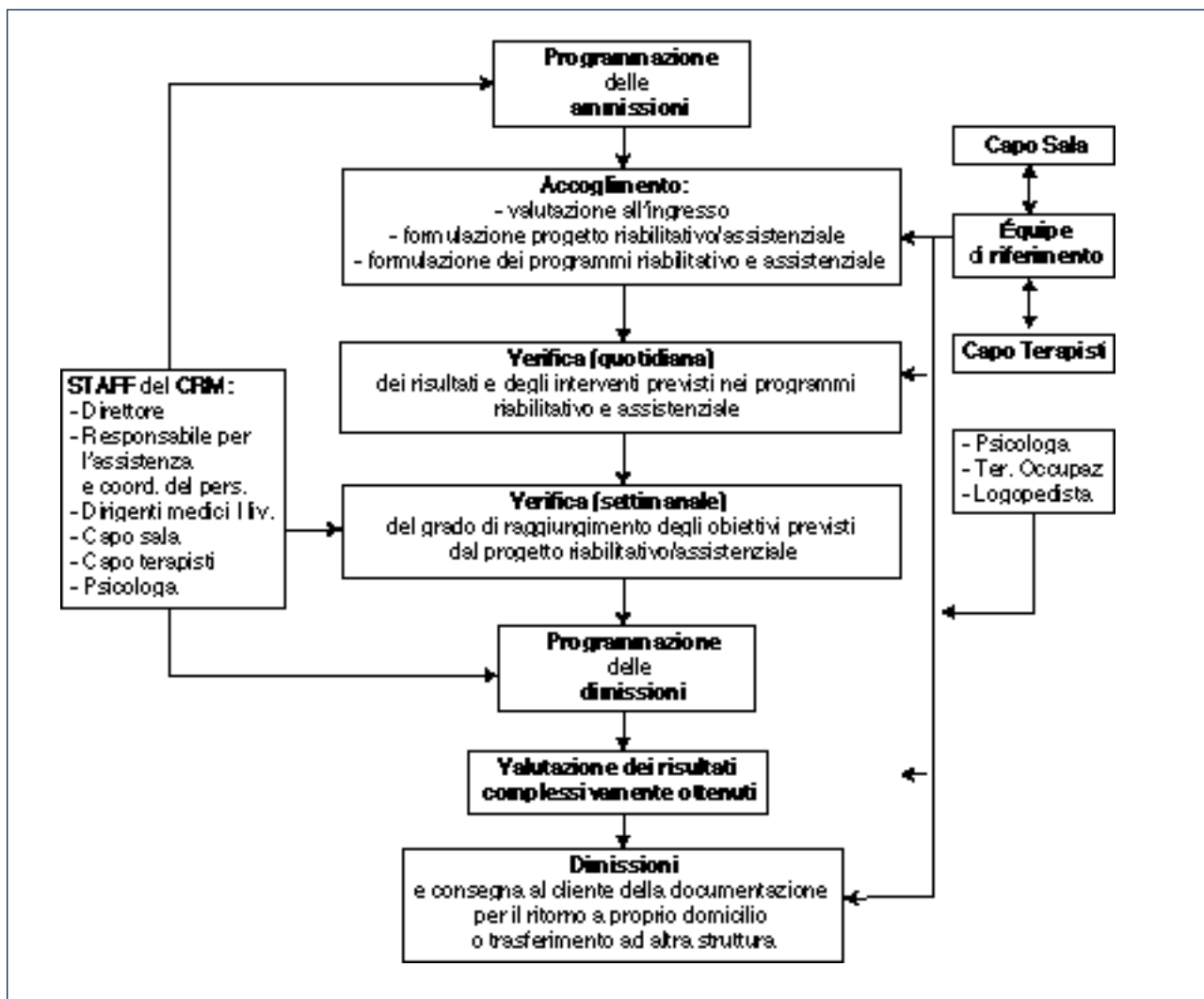
- Terapia fisica
- Massoterapia
- Chinesioterapia
- Riabilitazione neuromotoria
- Riabilitazione respiratoria

Per ogni intervento sono state quantificate le risorse standard necessarie, così l'utilizzo di queste procedure, unitamente ai piani riabilitativi, consente di ottenere dati sia qualitativi che quantitativi utili al sistema del controllo di gestione, con lo stesso sistema adottato per la parte infermieristica.

L'ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE

La validità e l'efficacia di uno strumento informativo come quello elaborato per il CRM, finalizzato soprattutto a far adottare ai vari attori del processo assistenziale un linguaggio, strumenti, metodi ed obiettivi condivisi sulle problematiche specifiche del disabile, sono strettamente

Figura 3. Il processo assistenziale attuato nel CRM.



legate al suo utilizzo all'interno di un'organizzazione che preveda la collaborazione fra i professionisti ed un approccio multidisciplinare alla cura ed all'assistenza. Per questo motivo si è studiata e predisposta l'organizzazione basandola sul lavoro d'équipe centrato sul cliente.

Un anno di sperimentazione gestionale ci ha permesso di rilevare con soddisfazione che per gli operatori del CRM lavorare in équipe non significa semplicemente sommare il lavoro garantito dai singoli operatori, ma consenso e cooperazione per il raggiungimento degli obiettivi finalizzati alla massima soddisfazione delle necessità del cliente in relazione alle risorse disponibili.

In un modulo operativo tipo di 20 p.l., normalmente collaborano 3 medici fisiatri, 9 infermieri, 7 fisioterapisti, 1 logopedista, 1 terapeuta occupazionale, 1 psicologa e 8 operatori addetti all'assistenza, ognuno con un ruolo specifico molto chiaro, ma con tanti compiti in comune.

PERCORSO ASSISTENZIALE

L'ammissione di un nuovo cliente (così come la dimissio-

ne) viene decisa collegialmente durante le riunioni bisettimanali denominata *staff-meeting*, presiedute dal Direttore con la partecipazione dei referenti professionali delle varie équipes: in questa fase al cliente vengono assegnati infermiere, fisioterapista e medico di riferimento (équipe di riferimento, vedi Fig. 3).

Il cliente viene accolto (di solito entro le ore 9 del mattino) dall'équipe di riferimento: dopo l'assegnazione dell'unità di degenza, il medico effettua la visita in presenza dell'infermiere e del fisioterapista, subito dopo l'infermiere si incarica di raccogliere i dati generali nella CAI dal cliente stesso o dai suoi familiari, ed infine collegialmente vengono compilate la scheda FIM, il Progetto Riabilitativo e i relativi Programmi Assistenziali e Riabilitativo. Nel pomeriggio o il giorno successivo viene consegnato al cliente o ai suoi familiari un opuscolo illustrativo dei servizi offerti dal CRM, nel quale vengono riportati i nomi dei professionisti di riferimento e la durata prevista della degenza. In questa occasione si concordano con il cliente e con i familiari, qualora i programmi lo pre-

vedano, gli interventi che necessitano di collaborazione da parte loro e vengono discussi gli obiettivi riabilitativi; se per il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi sono necessari gli apporti del terapeuta occupazionale o del logopedista, già in questa fase si concordano le modalità ed i tempi d'intervento.

Quotidianamente le équipes di riferimento si riuniscono alla presenza della capo sala e della capo terapisti per la valutazione dei piani assistenziali e riabilitativi e per decidere la rettifica o la conferma degli interventi stabiliti.

Durante la riunione del venerdì dello staff, viene valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi del progetto riabilitativo, premessa indispensabile per consentire la programmazione delle dimissioni o la prosecuzione delle cure.

Quando per un cliente vengono programmate le dimissioni, l'équipe di riferimento si riunisce per compilare la scheda e la scala FIM di dimissione necessarie per la valutazione dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi previsti, e quindi per la parametrizzazione dei risultati rispetto agli standards quali-quantitativi previsti nel progetto generale.

Ad ogni cliente dimesso viene consegnata una cartella personale riassuntiva delle cure e dell'assistenza da proseguire a domicilio o in altra struttura protetta, così da facilitare il reinserimento domestico o la presa in carico da parte delle strutture territoriali.

CONCLUSIONI

Un anno di sperimentazione del modello presentato ha consentito alla Direzione del CRM di apprezzarne la validità sul piano gestionale, organizzativo ed assistenziale, così da prevederne l'utilizzo in tutti i moduli operativi esistenti e in via di realizzazione.

L'importante ruolo riconosciuto al processo assistenziale, attorno al quale si è sviluppato l'intero progetto, è un'ulteriore conferma della validità del metodo applicato al nursing quale supporto anche agli aspetti organizzativi e gestionali delle aziende sanitarie. Questo accresce indubbiamente anche il valore dell'Infermiere Dirigente quale portatore di idee e conoscenze ormai indispensabili nella determinazione delle scelte strategiche.

Gli strumenti di integrazione e pianificazione elaborati si sono dimostrati indispensabili per monitorare ed agevolare i seguenti aspetti:

- garantire un'assistenza infermieristica, riabilitativa, a l b e rghiera efficace, efficiente, di qualità e personalizzata;
- promuovere e agevolare l'integrazione tra le varie professionalità mediche, infermieristiche, riabilitative e tecniche presenti nella struttura;
- progettare modelli organizzativi assistenziali basati sui bisogni assistenziali dei clienti del Centro, in un'ottica di economicità, di qualità e di coerenza con gli obiettivi dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Inoltre, quando sarà ultimato il lavoro di informatizzazione della Cartella Assistenziale Integrata, attualmente in corso, sarà più agevole:

- pianificare l'assistenza;
- valutare l'appropriatezza e qualità delle azioni assistenziali e la rispondenza ai protocolli;
- rilevare il consumo delle risorse per tipologie e nelle forme di aggregazione richieste dal controllo dei costi.

L'entusiasmo dimostrato dal personale nell'adattare le proprie conoscenze ed esperienze ad un modello in grado di valorizzarne ed evidenziarne la professionalità, la soddisfazione espressa dai clienti nel cogliere la centralità del ruolo ricoperto nel progetto riabilitativo e nel rilevare i risultati ottenuti grazie al sinergismo degli interventi in équipe, ci fanno superare i timori e lo sforzo ancora necessario per l'espansione ed il completamento dell'intero progetto.

BIBLIOGRAFIA

1. Purtilio R Una nuova professione d'aiuto. In: Spinsanti S. La bioetica, biografie per una disciplina, F. Angeli, Milano 1995: 219.225.
2. Agnelli I, Canossa M, Chiari P, et al. La teoria infermieristica delle attività di vita, Nettuno, Verona 1994.
3. Perfetti C Uomini e macchine, Ghedini, Milano 1995.
4. Zanega P, Amaglio A Activity Based Management, Come realizzare un sistema avanzato di governo d'impresa, F. Angeli, Milano 1996.
5. Perfetti C La cartella riabilitativa, Riabilitazione e Apprendimento 1994, suppl. 3/4:3.
6. FIM, Functional Independence Measure, strumento di misura della disabilità, versione italiana, traduzione di Tesio L, SO. GE. COM, Milano 1992.