

Stato: 06.06.2016

Definizione di riabilitazione precoce

Le considerazioni seguenti valgono per bambini a partire da 2 anni di età e adulti

Prefazione

Il termine "riabilitazione precoce" viene utilizzato da anni per descrivere diverse prestazioni. Da una parte si indicano con esso misure riabilitative che vengono istituite precocemente dopo determinati trattamenti, per esempio la mobilizzazione precoce.

Dall'altra parte il termine è stato usato per descrivere riabilitazioni intensive e impegnative, che necessitano di appositi istituti e personale specializzato.

Con l'intento di raggiungere una remunerazione omogenea e commisurata alle prestazioni a livello nazionale è necessario definire il termine "riabilitazione precoce" in maniera unitaria e altamente specifica. Si tratta di un presupposto assoluto per garantire un finanziamento adeguato delle cliniche che offrono prestazioni di riabilitazione precoce con grande impiego di risorse.

Il documento seguente definisce in modo univoco il termine e il contenuto della prestazione "riabilitazione precoce" indipendentemente dalla malattia di base del paziente.

Con questa definizione, la riabilitazione precoce viene distinta chiaramente dal termine "riabilitazione con obbligo di sorveglianza" usato nel documento DefReha[®] e nella rilevazione dati del progetto ST Reha.

1. Descrizione e criteri

1.1. Introduzione

Il successo della riabilitazione dipende essenzialmente dal fatto che il trattamento inizi il più presto possibile dopo l'evento eziologico e venga adeguato ai progressi del paziente nell'ulteriore decorso. L'incremento continuo degli stimoli per il paziente è importante per raggiungere il risultato migliore. Per sfruttare appieno l'intero potenziale di rigenerazione del paziente, un processo di cura senza lacune garantisce il miglior recupero funzionale dei pazienti con disturbi gravi, impedisce una ulteriore perdita funzionale e danni da immobilizzazione e può abbreviare i tempi di degenza in ospedale.

Va osservato che non tutti i pazienti passano attraverso i singoli stadi/fasi terapeutiche dell'intero processo di cura. Una riabilitazione precoce viene condotta quando il paziente ha subito un danno funzionale grave e complesso.

La riabilitazione precoce costituisce l'interfaccia tra il trattamento ospedaliero acuto e la riabilitazione ospedaliera. Questo significa avviare il più precocemente possibile un trattamento di medicina della riabilitazione di pazienti bisognosi di cure ospedaliere a causa di un problema di salute ad insorgenza acuta con grave compromissione delle funzioni corporee. Interessa pazienti con disturbi di salute acuti e gravi (malattie/infortuni), complicanze e polimorbilità, trattamento a lungo termine di medicina intensiva, malattie croniche preesistenti con esacerbazione acuta, nonché preesistente invalidità o alterazioni senili.

La riabilitazione precoce va considerata un lavoro di équipe multi- e interdisciplinare incentrato sul paziente. Il trattamento viene eseguito da reparti e team mobili di riabilitazione precoce.

2. Accertamenti riabilitativi

Per stabilire il grado di gravità di un disturbo funzionale e, quindi, la necessità di una riabilitazione precoce, si valuta l'interessamento del paziente mediante appositi strumenti di valutazione. Esempi in proposito sono la scala tedesca KRS (*Koma-Remissions-Skala*, scala di remissione del coma, stadio iniziale della riabilitazione precoce), l'indice di Barthel variante di Schönle per la riabilitazione precoce (una estensione dell'indice di Barthel orientata alla riabilitazione precoce)* oppure l'indice di Barthel (BI)*, che hanno lo scopo di determinare le limitazioni funzionali e formulare obiettivi di riabilitazione realistici.

(*) Finora l'indice di Barthel non è stato ancora validato per bambini e adolescenti.

2.1. Fabbisogno di riabilitazione

Si è in presenza di un fabbisogno di riabilitazione quando a seguito di una malattia o di una lesione risultano diagnosticabili disturbi funzionali gravi o limitazioni incombenti o manifeste che rendono necessarie misure riabilitative per eliminarle, ridurle o per evitare un loro peggioramento. Questi disturbi funzionali interessano soprattutto lo stato di coscienza, la funzione cognitiva, le funzioni senso-motorie, la deglutizione, la continenza, l'assunzione di cibo e bevande, l'igiene personale e la mobilità.

2.2. Capacità di riabilitazione/motivazione e motivabilità

In seguito ad atti medici, infermieristici e terapeutici di livello quantitativamente e qualitativamente elevato ci si deve aspettare un recupero funzionale.

La capacità di riabilitazione può essere presente anche quando la stabilità della circolazione e la generale capacità di carico psichico e fisico del paziente sono ancora limitate. Anche in caso di pazienti non cooperativi, previa considerazione della prognosi riabilitativa, risulta indicato fare un tentativo di riabilitazione per accertare il potenziale di riabilitazione, pianificare l'ulteriore riabilitazione, ma anche per evitare danni secondari.

Il paziente deve essere in grado di partecipare a un programma terapeutico multimodale (fisioterapia attiva/passiva, allenamento di funzioni dell'attività quotidiana ecc.).

2.3. Obiettivo e prognosi della riabilitazione

In primo piano si intende promuovere e ripristinare precocemente le funzioni fisiche e cognitive di base, cercando di evitare complicanze secondarie e danni conseguenti.

All'inizio della riabilitazione precoce la prognosi relativa al raggiungimento dell'obiettivo è ancora incerta.

3. Interfacce

3.1. Definizione della riabilitazione precoce rispetto alla fase dell'assistenza acuta

I criteri decisivi dell'assistenza acuta ospedaliera sono l'instabilità delle funzioni vitali, la diagnostica primaria non ancora conclusa, le diagnosi eziologiche non chiare o un'indicazione operatoria d'urgenza. Un prevedibile intervento secondario, per es. condizioni dopo politrauma, non è una controindicazione per l'esecuzione di una riabilitazione precoce.

La fase dell'assistenza acuta dura solitamente ½ - 3 settimane. L'assistenza acuta serve in primo luogo a ripristinare e stabilizzare le funzioni vitali (respirazione, funzione cardiocircolatoria), normalizzare la pressione intracranica, trattare le lesioni primarie ed evitare complicanze secondarie. Contemporaneamente inizia l'accertamento del potenziale di riabilitazione e del fabbisogno di prestazioni riabilitative, nonché l'avvio di tali prestazioni.

L'assistenza acuta comprende la diagnostica medica dei danni e delle loro cause, delle malattie di fondo e concomitanti e di altre lesioni, il rispettivo trattamento medico curativo e/o chirurgico nonché anche l'inizio di misure di riabilitazione. Durante la fase acuta questo vuol dire prima di tutto la cura (posizionamento specifico del paziente), l'attivazione e la mobilitazione intensa e precoce del paziente, nonché il ripristino di funzioni alterate e l'eliminazione di danni secondari evitabili.

3.2. Definizione della riabilitazione precoce rispetto alla riabilitazione ospedaliera

In questa fase della riabilitazione, i pazienti hanno raggiunto un livello di guarigione tale che consente loro di collaborare alla terapia. Ciò significa che i pazienti sono prevalentemente coscienti e sono di nuovo capaci di comunicare. È esclusa la messa in pericolo di sé stessi e di altri. Hanno una mobilitazione parziale, ma necessitano ancora di assistenza infermieristica. Nella riabilitazione ospedaliera il ripristino dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana rappresenta un obiettivo primario del trattamento.

4. Criteri delle indicazioni e requisiti da parte del paziente per la riabilitazione precoce

4.1. Caratteristiche del paziente

L'indicazione per una riabilitazione precoce interdisciplinare è data quando un trauma o una malattia acuta grave o l'aggravamento di una malattia cronica o di una malattia cronico-progressiva ha determinato un disturbo complesso che rende necessario un trattamento specifico di riabilitazione precoce in ambito ospedaliero.

La diagnostica primaria e la prima medicazione devono essere concluse prima dell'inizio della riabilitazione precoce.

I pazienti sono caratterizzati soprattutto da un elevato impegno in termini di sorveglianza, trattamento e assistenza (compreso il monitoraggio strumentale), forniti mediante strutture (anche curative) e personale medico e infermieristico.

Le funzioni respiratoria e cardiocircolatoria in posizione distesa e la pressione intracranica sono stabili. Il paziente non necessita più di respirazione assistita, ad eccezione dei pazienti con lesioni cervicali e toraciche alte del midollo spinale. Non è presente setticemia.

Il paziente richiede un elevato impegno infermieristico e ha una massima necessità di assistenza, ossia cure di base e mediche intense più cure riabilitative attivanti (interventi di stimolo alla mobilità, cinestetica, concetto Bobath, concetto Affolter, stimolazione basale, concetto FOTT (terapia del tratto oro-facciale secondo Kay Coombes)) di più di 4 ore al giorno, di regola non esiste un controllo delle funzioni escretive (incontinenza urinaria e fecale).

È presente una specifica necessità terapeutica con trattamento singolo/doppio, manca la capacità di gruppo (di piccole dimensioni) in presenza di disturbi gravissimi della capacità di comunicazione e manca la capacità di comprendere le istruzioni e la malattia, nonché è assente la collaborazione attiva per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici. Lo stato generale del paziente gli consente tuttavia di partecipare più volte al giorno a misure di riabilitazione.

Per una riabilitazione precoce non vengono ancora considerati i pazienti con funzioni vitali instabili o con malattie di eziologia sconosciuta o un'indicazione chirurgica urgente.

In funzione di ogni singolo caso può essere indicato ripetere la riabilitazione precoce con intervalli fra i periodi di trattamento.

4.2. Accertamenti all'ammissione e valutazioni

All'inizio della riabilitazione precoce e nel corso del trattamento viene effettuata una valutazione in base all'indice di Barthel per la riabilitazione precoce (variante di Schönle)* per rilevare e valutare i deficit funzionali.

L'indice di Barthel per la riabilitazione precoce (variante di Schönle) del paziente è in questo caso ≤ 30 . Se l'assistenza acuta e la riabilitazione precoce vengono condotte durante una degenza ospedaliera, la riabilitazione precoce può iniziare solo dopo conclusione della diagnostica di medicina acuta e delle cure iniziali. È assolutamente necessaria una distinzione nei confronti delle cure acute e della riabilitazione ospedaliera. Per il rilevamento delle prestazioni di riabilitazione precoce sono determinanti i requisiti minimi riportati nei rispettivi codici CHOP.

(*) Finora l'indice di Barthel non è stato ancora validato per bambini e adolescenti.

5. Qualificazione e strutture

5.1. Struttura del personale

In funzione delle condizioni del paziente e delle strutture organizzative nelle cliniche che forniscono le prestazioni, la riabilitazione precoce può essere condotta sia in appositi reparti di riabilitazione precoce autonomi con propri letti sia per mezzo di team di riabilitazione precoce mobili in terapia intensiva o intermedia oppure in altre unità altamente specializzate, nel quadro di una struttura organizzativa multidisciplinare in team di un istituto di medicina fisica e riabilitativa centrale o di un istituto specializzato equiparabile. Il trattamento viene effettuato da un team di riabilitazione precoce entro un'unità organizzativa per la riabilitazione precoce con compiti, competenze e responsabilità chiaramente definiti, sotto la guida di un medico impiegato fisso specialista in medicina fisica e riabilitazione, o di un medico specialista in neurologia, medicina interna generale, cardiologia, pneumologia, pediatria o neuropsichiatria con formazione in riabilitazione (secondo le indicazioni della Società svizzera di medicina fisica e riabilitazione, SGPMR) e con almeno tre anni di esperienza nella

riabilitazione precoce. L'assistenza specialistica è sempre garantita. Almeno il 50% del personale curante del team di trattamento è diplomato (infermiera/infermiere dipl. SSS o titolo estero equivalente), incluso il responsabile di turno; almeno una persona per turno ha esperienza specifica di tracheostomia o di sistemi di derivazione forzata (ossia corsi di formazione interni regolari documentati o attestato di specializzazione IMC/IPS/anestesia). Se sono sottoposti a riabilitazione precoce pazienti tracheotomizzati in età pediatrica, va impiegata una persona per turno con esperienza specifica di tracheostomia. Inoltre, il team di trattamento di riabilitazione precoce include terapeuti in possesso di un titolo di formazione professionale conforme alle direttive in materia per l'organo specifico. Disponibilità e applicazione della logopedia in caso di necessità. Per bambini e adolescenti: pedagogia speciale e/o curativa. È possibile ricorrere alla collaborazione di un servizio sociale.

Il team di riabilitazione precoce segue un programma formativo che prevede una formazione continua specifica in campo riabilitativo di almeno 1 ora alla settimana.

5.2. Infrastruttura e attrezzatura medico-tecnica

I locali e l'attrezzatura di un reparto di riabilitazione precoce devono rendere possibili e facilitare i compiti dei professionisti della salute sopra menzionati. Per esempio, i locali devono essere strutturati in modo da consentire flessibilità. Le stanze dei pazienti devono avere dimensioni sufficienti a consentire l'impiego del necessario materiale di cura e terapia. Per i bambini, l'infrastruttura è adeguata alle esigenze legate all'età (ad es. possibilità di rooming-in).

Il reparto di riabilitazione precoce dispone dell'infrastruttura e dei requisiti tecnici di un'unità di sorveglianza per il monitoraggio costante dei parametri funzionali cardiorespiratori, vale a dire che devono essere disponibili apparecchiature per il monitoraggio cardiaco e respiratorio: monitoraggio ECG, pulsossimetria, monitoraggio della frequenza respiratoria, apporto di ossigeno continuo e dispositivi di aspirazione, cassetta di riabilitazione mobile.

Il sistema di monitoraggio deve consentire una sorveglianza centralizzata. La diagnostica radiologica convenzionale e il laboratorio di urgenza devono essere garantiti entro al massimo 30 minuti da personale interno o da fornitori esterni nelle vicinanze, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

5.3. Densità terapeutica e compiti terapeutici

Per la riabilitazione precoce sono impiegati almeno 3 dei seguenti settori terapeutici necessari per l'organo specifico: fisioterapia, terapia fisica, ergoterapia, neuropsicologia/psicologia. Disponibilità e applicazione della logopedia in caso di necessità. Per bambini e adolescenti: pedagogia speciale e/o curativa.

Le terapie funzionali sopra indicate sono effettuate almeno 5 giorni alla settimana, con almeno 2 unità terapeutiche al giorno. All'occorrenza può essere eseguita in aggiunta una consulenza e terapia dietetica. Le cure riabilitative di stimolo e sostegno effettuate in aggiunta alle cure di base e alle cure mediche (stimolo della percezione e terapia di attivazione nell'igiene del corpo, vestirsi, mangiare e bere, posizionamento terapeutico, mobilizzazione, training all'evacuazione, gestione di cannule tracheali ecc.) sono somministrate almeno 2 ore al giorno (nei bambini almeno 1 ora al giorno), 7 giorni su 7.

Visite mediche 7 giorni su 7. Presenza medica 24 ore su 24. In caso di necessità medica, è garantito l'intervento di un medico quadro entro 30 minuti.

Tale intensità terapeutica definisce l'entità minima dei trattamenti. Per settori parziali specifici della riabilitazione precoce (per es. riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica) possono essere definiti sia un'entità più elevata della prestazione sia anche requisiti minimi aggiuntivi.

5.4. Pianificazione e controllo della terapia

La riabilitazione precoce si fonda su un concetto terapeutico autonomo riferito al singolo individuo, con procedure diagnostiche e interventi specifici. La riabilitazione precoce viene condotta multidisciplinariamente in team di riabilitazione precoce coordinati da medici specialisti e interdisciplinariamente in collaborazione con settori specialistici della medicina acuta.

Le procedure diagnostiche specifiche comprendono la valutazione multidisciplinare dei disturbi di funzioni corporee e strutture, delle attività e della partecipazione, anche con l'uso di esami standardizzati e test. Servono a valutare le disfunzioni, le necessità di riabilitazione e cure, nonché la capacità di riabilitazione e la prognosi della riabilitazione.

Viene effettuata una pianificazione delle misure di riabilitazione con definizione degli obiettivi della riabilitazione precoce sulla base della valutazione e del controllo di tutte le misure svolte nel corso della riabilitazione precoce. Gli interventi specifici comprendono, sulla base della malattia di fondo, misure mediche e infermieristiche, misure di fisioterapia, ergoterapia, logoterapia, terapia della deglutizione, psicologia, neurologia, musicoterapia e arteterapia, nonché misure dietetiche, di medicina sociale e di altro tipo.

Viene quindi tenuta una documentazione almeno settimanale del decorso del trattamento con adeguate valutazioni, e si elaborano programmi di terapia strutturati e documentati con un concetto di cure sistematico. Riunioni settimanali del team con documentazione dei risultati del trattamento ottenuti nella settimana e di ulteriori obiettivi terapeutici.

Conferenze di team strutturate e riferite al paziente a cadenza regolare (almeno settimanali) con coinvolgimento di tutti i settori specialistici interessati e sotto direzione medica, inclusa documentazione degli obiettivi della riabilitazione.

6. Valutazione del processo di riabilitazione e criteri per l'invio a una riabilitazione ospedaliera o una soluzione successiva a lungo termine (per es. unità di cure)

6.1. Durata

Rivalutazione almeno settimanale dell'esigenza di riabilitazione precoce secondo i criteri esposti sopra. La fase della riabilitazione precoce dura di regola fino a 6 mesi (in caso di indicazione e prognosi medica particolare, specialmente nei bambini e negli adolescenti, anche più a lungo).

Il trasferimento in un'ulteriore riabilitazione viene effettuato quando il paziente è prevalentemente cosciente, è in grado di soddisfare semplici richieste, è capace di comunicare e interagire (eventualmente con uso di mezzi ausiliari), è parzialmente mobile, non necessita più di monitoraggio di medicina intensiva, riesce a collaborare attivamente ogni giorno a diverse misure terapeutiche, non costituisce un pericolo per sé e per gli altri (per es. tendenza ad allontanarsi, accessi di aggressività), non presenta gravi disturbi del comportamento sociale ed è capace di stare in piccoli gruppi.

L'indice di Barthel per la riabilitazione precoce (variante di Schönle)* è > 30 punti.

(*) Finora l'indice di Barthel non è stato ancora validato per bambini e adolescenti.

6.2. Pianificazione della dimissione

Segue poi una fase di preparazione della dimissione in cui viene definito il proseguimento delle cure con introduzione e strutturazione del successivo trattamento in un'ulteriore riabilitazione o in un'unità di cura.

Se a causa di disturbi funzionali gravi, probabilmente duraturi o addirittura progressivi, non sono più rilevabili tendenze al miglioramento in caso di decorso del trattamento indisturbato, oppure se permane una duratura necessità di cure, si dovrebbe considerare un'interruzione del trattamento riabilitativo (se per almeno due mesi non è più rilevabile alcun progresso funzionale).

6.3. Gestione della qualità

Attestazione di una gestione della qualità riconosciuta, inclusi lo svolgimento e la documentazione regolari di adeguate verifiche dei risultati ottenuti. Verifica della soddisfazione del paziente e dei familiari con strumenti adeguati nonché di un CIRS ben rodato.