

La riabilitazione vive: professioni infermieristiche confrontate con nuove sfide

Yvonne Willems Cavalli, Capo Area Infermieristica EOC,
membro Direzione Generale EOC

Riassunto

Come per le altre professioni infermieristiche, anche il settore delle cure riabilitative, oggi è confrontato con importanti cambiamenti delle condizioni quadro socio economiche, ma anche della tipologia dei pazienti. A seguito dell'introduzione dei DRG questi cambiamenti nel settore riabilitativo si sono amplificati e sono probabilmente avvenuti in modo più rapido che non altrove. Per poter valutare queste evoluzioni ho condotto tre focus groups con il personale dei tre istituti che compongono Reah Ticino.

In questi incontri ho potuto farmi un quadro abbastanza chiaro della situazione, ciò che mi permette non solo di trarre delle conclusioni, ma soprattutto di proporre alcune raccomandazioni per il futuro.

Introduzione

Come avviene in tutte le professioni infermieristiche, anche infermiere e infermieri di cure riabilitative sono confrontate con una popolazione che invecchia, con pazienti sempre più polimorbidi, con una aumentata complessità delle cure e delle richieste dei pazienti, nonché con i profondi cambiamenti socio economici della società in generale.

Pur tralasciando di discutere le aumentate necessità di documentazione, è evidente che i cambiamenti succitati hanno profondamente cambiato il lavoro di infermiere e infermieri in riabilitazione negli ultimi 10-20 anni. È anzi molto probabile che tutto ciò sia avvenuto qui in modo più rapido che non in altri settori.

Già da alcuni anni assistiamo difatti ad una progressiva diminuzione della durata media della degenza nel settore acuto, una tendenza chiaramente amplificata dalla recente introduzione dei DRGs. Interessanti a questo proposito sono i dati pubblicati all'inizio di quest'anno da Curaviva e che si riferiscono ad un sondaggio eseguito in 33 case di cura. In tre quarti di queste si sono chiaramente notate delle conseguenze legate all'introduzione dei DRGs, anche se in generale questi cambiamenti avevano già cominciato ad intervenire prima dell'introduzione delle nuove tariffe. Come ci si aspettava, si tratta soprattutto delle dimissioni più precoci dagli ospedali acuti, ciò che ha aumentato la complessità dell'approccio infermieristico ora richiesto nelle case di cura. Sono convinta che questi dati si confermerebbero, se un simile sondaggio venisse effettuato in istituti di riabilitazione.

Non sono sicuramente un'esperta di cure riabilitative anche se, come responsabile dell'area infermieristica dell'Ente Ospedaliero Cantonale, sono a conoscenza dei cambiamenti che avvengono nel nostro settore. Per farmi però un'idea più precisa di come è cambiata la realtà nel settore riabilitativo, oltre a consultare la letteratura, ho organizzato 3 focus groups con infermieri delle tre istituzioni che formano REHA Ticino: Clinica Hildebrand (neuroriabilitazione e pazienti muscoloscheletrici), clinica di Novaggio (pazienti muscoloscheletrici ed oncologici), reparto misto medicina-riabilitazione dell'ospedale di Faido, dove ci si occupa di cardioriabilitazione e di pazienti muscoloscheletrici.

Ai partecipanti di questi focus groups ho posto tre domande:

- Com'erano le cure infermieristiche riabilitative 10 anni fa?
- Quale evoluzione c'è stata nel frattempo?
- Quali sono le sfide del futuro e come affrontarle?

Risultato dei focus groups

Ogni focus group è durato almeno un'ora e un quarto e ha prodotto molto materiale, impossibile da riassumere in poche pagine.

In tutti e tre gli istituti la differenza più sostanziale rispetto al passato è rappresentata dalla tipologia dei pazienti. Questo si sente soprattutto a Novaggio, dove il retaggio della clinica riabilitativa militare faceva sì che ci fossero soprattutto pazienti autosufficienti e che in generale necessitavano esclusivamente di fisioterapia o allora di un periodo di convalescenza. L'attività prettamente infermieristica era quindi veramente poca. Anche alla clinica Hildebrand i pazienti muscolo scheletrici o che necessitavano neuroriabilitazione di 15 anni fa erano meno complessi degli attuali. A quel tempo la dotazione di personale era più bassa, l'organizzazione era ancora quella "classica" (sistema funzionale), il lavoro di documentazione molto più limitato. Ma nel frattempo molto è cambiato: all'inizio in modo graduale, negli ultimi due anni c'è stata però una chiara accelerazione.

L'evoluzione avvenuta nel frattempo

In tutte e tre le realtà le infermieri e infermiere confermano l'arrivo di pazienti spesso in una fase ancora acuta dell'affezione, quindi quasi sempre più complessi rispetto al passato, anche da un punto di vista del loro stato cognitivo. Per i casi muscoloscheletrici si tratta oggi per esempio del paziente con il morbo di Parkinson che cade e non più della persona altrimenti sana che si è procurata una frattura non proprio semplice.

A Novaggio e a Faido l'età media dei pazienti è chiaramente aumentata, non da ultimo perché oggi si eseguono interventi chirurgici anche complessi in persone molto anziane, ciò che fino a una quindicina di anni fa veniva fatto molto più raramente.

Alla clinica Hildebrand invece l'età media dei pazienti è cambiata meno e questo perché, come spiegava bene il responsabile delle cure di questo istituto, oggi vengono ricoverati anche pazienti giovani a seguito di incidenti stradali o sul lavoro, talora casi che magari nel passato non sarebbero sopravvissuti.

A seguito dell'intensa collaborazione con il Neurocentro della Svizzera Italiana è cambiata anche la tipologia dei pazienti con ictus. Un medico neuroriabilitatore della clinica Hildebrand valuta al Neurocentro la gravità del caso e ne pianifica il trasferimento nel momento più appropriato. Questo permette una riabilitazione più precoce.

Tutto ciò ha costretto la clinica Hildebrand ad adattare le strutture, aprendo per esempio un reparto di otto letti definito "ad alta sorveglianza" paragonabile alle cure continue, in quanto i pazienti sono monitorizzati e videosorvegliati.

Un altro esempio della modifica della tipologia dei pazienti è rappresentato dalla collaborazione esistente dal 2008 tra la clinica di Novaggio e l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) e che ha portato dapprima al ricovero di pazienti che in precedenza erano stati degenti allo IOSI, mentre nel 2010 la paletta è stata ampliata e concerne ora anche pazienti ambulatoriali. Si tratta in generale di pazienti che hanno avuto un'importante terapia oncologica e che spesso soffrono di astenia grave. Prima del loro ricovero a Novaggio, vengono valutati da un'infermiera specialista clinica in oncologia e in riabilitazione, che oltre a fare lo screening, ne valuta i bisogni a livello fisico, cognitivo, alimentare e psicosociale. Ma non sempre la continuità del percorso viene assicurata in modo così soddisfacente. Infatti, se è vero che l'introduzione dei DRGs ha spinto gli ospedali acuti a dimettere più presto i loro pazienti, è altrettanto vero che spesso dei pazienti arrivano ai centri riabilitativi in ritardo, soprattutto per questioni burocratiche, legate quest'ultime in generale alla perdita di tempo nell'ottenere la garanzia delle casse malati. È anche sorprendente realizzare come al di fuori dei centri riabilitativi, spesso non ci si renda conto di cosa questi possono offrire, per cui parecchi pazienti vengono trasferiti in ritardo o non del tutto.

E qui arriviamo naturalmente alla necessità di meglio definire cosa si intende come riabilitazione: infatti questa viene spesso ancora vista come una semplice fase convalescenziaria. Come ben descritto dalla specialista clinica dell'Hildebrand, sin dall'ammissione del paziente si stabilisce un percorso terapeutico in base alle sue potenzialità di riabilitazione funzionale, cognitiva ma anche sociale. Ciò significa che ci sono non solo diversi percorsi, ma anche diversi gradi di una possibile riabilitazione. Nella peggiore delle ipotesi, quando dal punto di vista sia funzionale che cognitivo il recupero non è più possibile o lo è solo marginalmente, si tratterà di adattare il contesto sociale, per garantire una migliore qualità di vita al paziente. In altre parole, l'obiettivo può essere il recupero, la compensazione o l'adattamento, tutto ciò a gradi e livelli diversi. L'importante è stabilire fin dall'inizio gli obiettivi per ogni singolo paziente in modo condiviso, ciò che mi porta automaticamente a discutere della collaborazione interdisciplinare.

La collaborazione interdisciplinare in riabilitazione è sempre stata importante, ma lo è diventata molto di più tenendo conto della aumentata complessità delle patologie da confrontare e il corrispondente aumento delle diverse figure professionali coinvolte. L'uso di uno strumento recentemente introdotto da Reha Ticino, come l'ICF (International Certification of Functioning, Disability and Health) può aiutare a facilitare la condivisione degli obiettivi tra medici, fisioterapisti, ergoterapisti, assistenti sociali, infermieri, logopedisti, eccetera. La vera sfida qui è il coordinamento, il chiarire chi fa, quando e che cosa. Ciò vale anche per infermieri e infermiere, il cui ruolo nel coordinamento a livello interdisciplinare diventerà sempre più fondamentale e questo sin dal giorno dell'ammissione. Se nel settore acuto, la responsabilità di cosa viene "dopo il

ricovero” può, almeno talora, essere delegato alla prossima struttura, questo non è chiaramente possibile nella fase della riabilitazione. Ciò significa che sin dal primo giorno sia il paziente che la sua famiglia devono essere coinvolti nella cura, nei tentativi di rendere il paziente più autonomo possibile e nello stabilire in modo strutturato gli obiettivi da raggiungere. Spesso si sottovaluta quanto sia fondamentale l'aspetto psicologico in questa fase. Mentre durante l'ospedalizzazione acuta il paziente spesso è soddisfatto quando ha superato il problema fisico immediato, nella fase riabilitativa viene poi attanagliato dal trauma e dalle paure legate a quanto successo, dalle preoccupazioni per quanto l'aspetta, non da ultimo a livello familiare e sociale.

Le sfide del futuro

Ci sono aspettative strutturali e logistiche nel senso di essere meglio equipaggiati ad affrontare l'aumentata complessità dei casi ed anche di aumentare i letti per rispondere ai crescenti bisogni di riabilitazione. Questo potrà evidentemente avvenire solo con un contemporaneo e adeguato aumento del contingente. Gli infermieri di Novaggio valutano positivamente l'esempio della clinica Hildebrand, ciò che significherebbe quindi avere a disposizione “dei letti di alta sorveglianza”, con personale competente ed esperienza nelle cure acute. Mentre i miei colleghi di Faido auspicano che i posti letti del reparto diventino riabilitativi, onde potersi meglio focalizzare su questo tema.

Tutti hanno però sottolineato un altro problema, anche se non è prettamente infermieristico: la difficoltà a trovare una collocazione successiva per i pazienti particolarmente dipendenti, data la scarsità di strutture sanitarie in grado di accoglierli. Unanimemente è anche stata sottolineata la necessità di migliorare la continuità tra settore acuto, riabilitazione e post-riabilitazione, sia per quanto si riferisce al percorso terapeutico dei pazienti che per quanto riguarda il trasferimento della documentazione. La realizzazione della cartella informatizzata ha indubbiamente migliorato la trasmissione dei dati all'interno dell'EOC, ma per tutta la serie di questioni legali non è ancora possibile tra EOC, servizi domiciliari, e per esempio la clinica Hildebrand. Ciò rende più difficile la presa carico del paziente alla struttura che “riceve”, nella quale per intanto manca anche uno strumento di valutazione della dipendenza del paziente, della sua necessità di cure e del probabile carico di lavoro.

Ultimamente sono stati sviluppati, soprattutto in altre realtà, nuove figure professionali come la Rehab Care Manager, l'infermiere di legame, o la Rehab Coach in oncologia, quest'ultima realizzata in Ticino soprattutto con il compito di coordinare la riabilitazione degente e ambulante dei pazienti oncologici. Ora esiste una buona collaborazione tra infermiere di riferimento e assistente sociale all'interno della riabilitazione EOC e tra infermiere di riferimento e infermiere di legame alla clinica Hildebrand, ciò che permette di facilitare i trasferimenti. Di conseguenza nella nostra realtà, dove già ora esistono un buon sistema di infermiere di riferimento, una buona gestione letti e il riconoscimento del ruolo dell'assistente sociale, si sente un po' meno il bisogno di questi nuovi ruoli.

È molto sentita invece la necessità di creare una formazione post diploma interdisciplinare in cure riabilitative. Un DAS o un MAS con qualche modulo in comune per esempio con geriatria, oncologia e cure palliative è altamente auspicabile. Una formazione interdisciplinare servirebbe sicuramente anche ad

aumentare la comprensione tra le varie figure professionali, ciò che rimane tuttora la vera sfida per il lavoro in team. Si sa che tutti hanno il loro punto di vista, spesso parecchio diverso, sul vissuto e sulle aspettative del paziente e questo può creare forti tensioni nel team. Il lavoro interdisciplinare è assolutamente necessario, ma non si lascia realizzare facilmente. Recentemente, al primo congresso di cure palliative in Ticino, il famoso specialista statunitense Dr. Bruera riassunse così la situazione: “do you work in a team? Show me your scars!”. In altre parole: per riuscire a lavorare in un team devi sacrificare la tua posizione, devi saper fare compromessi ed avere fiducia e rispetto degli altri.

Per il futuro tutti si aspettano una migliore valorizzazione della figura dell'infermiere in riabilitazione, anche per fare conoscere meglio l'attrattiva di questa professione e per attirare più allievi, anche quelli del terzo anno di formazione.

Ruolo, immagine e competenze infermieristiche in riabilitazione

Il personale infermieristico si è indubbiamente adattato ai cambiamenti intervenuti, non da ultimo modificando l'organizzazione delle cure: quasi dappertutto è stato introdotto il Primary Nursing, si sono definiti i ruoli di caporeparto e di specialista clinica, la gestione dei letti è stata adattata, la presa carico della dimissione inizia sin dal primo giorno dell'ammissione. Le cure infermieristiche sono diventate molto olistiche con uno spiccato accento sul rendere il paziente il più autonomo possibile. Molta attenzione è stata data alla formazione continua nelle varie sottospecialità (come per esempio la neuroriabilitazione o l'educazione terapeutica del paziente) ed inoltre già qualche infermiera specializzata in geriatria, in oncologia, o in chirurgia lavora oggi in riabilitazione.

Numerosi sono i progetti come l'introduzione della cartella informatizzata e le collaborazioni con il servizio qualità, che sono stati portati avanti per migliorare la sicurezza del paziente e la qualità delle cure.

Il ritmo ed il susseguirsi di progetti, di cambiamenti, è stato tale che il personale delle tre strutture oggi si sente un po' sovraccaricato: è arrivato forse il momento di fare una pausa, di riflettere e di cercare soprattutto di consolidare i cambiamenti intervenuti e di valutare serenamente se le risorse disponibili e le competenze richieste sono ancora nel dovuto equilibrio.

Non c'è dubbio che lo sviluppo costante delle competenze ha contribuito a valorizzare il ruolo infermieristico nella riabilitazione. Ma purtroppo la maggior parte degli infermieri e infermiere che lavorano in altre strutture questo non lo sanno e c'è ancora chi vede la riabilitazione come “qualcosa di non importante e infermieri e infermiere che vi lavorano come fossero di serie B”. Una caporeparto, che prima lavorava in un'importante unità chirurgica mi ha detto: “Da quando sono qui mi si è aperto un mondo che non avrei mai immaginato”. È importante far passare meglio il messaggio che tutti hanno un loro compito e che tutti sono equivalenti: “C'è chi soccorre il ferito per strada, chi lo opera, chi lo cura nella fase post acuta e chi poi gli insegna a camminare e gli dà la possibilità di tornare al domicilio”.

Conclusione e raccomandazioni

In generale ci si aspetta un aumento dei posti letto in riabilitazione e si spera in una gestione più veloce delle garanzie da parte delle casse malati.

Tenendo conto dei cambiamenti attuali, degli sviluppi futuri prevedibili e sulla base delle esperienze riferitemi da infermieri e infermiere in riabilitazione qui descritte, ho elaborato le seguenti raccomandazioni:

- Organizzare una formazione post- diploma interdisciplinare in riabilitazione che comprenda oltre i temi della riabilitazione vera e propria, anche aspetti della geriatria, delle cure palliative e dell'oncologia.
- Adottare lo skill-grade-mix e il fabbisogno del personale curante in riabilitazione, attualmente molto al limite delle sue possibilità.
- Rafforzare e migliorare la continuità del processo terapeutico tra l'acuto il settore riabilitativo, lì dove necessario.
- Valutare bisogni di riabilitazione, compresa quella sociale, dei pazienti geriatrici ricoverati nei reparti acuti.
- Curare la collaborazione interdisciplinare ed il lavoro di team
- Far conoscere meglio l'attrattiva del lavoro di riabilitazione
- Avere alcuni letti ad "alta sorveglianza" nella clinica di Novaggio
- Collaborare in rete, aumentare la condivisione tra le infermieri e infermiere delle tre realtà nel settore riabilitativo

Per quanto riguarda l'ultimo punto: la REHA Ticino esiste da sei anni e da un anno una rappresentante infermieristica fa parte del board. Un bel passo avanti, ma sarebbe importante poter aumentare il grado di collaborazione e di condivisione dei servizi infermieristici delle tre realtà.

A breve scadenza la sfida più importante mi sembra quella di riuscire a trovare un equilibrio adeguato tra la qualità delle cure e le competenze dei collaboratori da una parte e dall'altra le prestazioni richieste ed i costi di un sistema sanitario in continua evoluzione.

Anche se ho trovato delle differenze tra i tre centri di REHA Ticino, non mi pare importante sottolineare queste diversità, ma piuttosto cercare quanto c'è in comune. Ascoltando colleghe e colleghi, vedendo il loro entusiasmo, talora addirittura un "certo fuoco sacro", mi pare di poter dire che questo è l'elemento che li accomuna, ed è anche l'elemento che mi ha ricordato i miei anni in oncologia.

Ho conosciuto lo stesso spirito 30 anni fa, quando le cure oncologiche erano ancora poco sviluppate e non ben conosciute. Anche allora, quando la maggior parte delle nostre colleghe e della popolazione magari pensava "non c'è (più) niente da fare", noi ci credevamo e ci battevamo per ottimizzare le possibilità terapeutiche e di migliorare la qualità di vita del paziente.

Durante questi incontri dei focus groups ho ritrovato nelle colleghe e nei colleghi lo stesso entusiasmo e lo stesso orgoglio. Colgo l'occasione per ringraziare tutte e tutti: sono loro che mi hanno fornito la base per questo articolo.

Così facendo ho scoperto un mondo molto interessante e che non conoscevo così bene... Avessi vent'anni meno magari ci andrei a lavorare ...

Quindi penso che sia un mondo da far conoscere e credo di poter dire che una cosa è sicura: la riabilitazione vive!

Bibliografia

- Genner, M. (2010). Care-Management in der Rehabilitation: Klare Regelung der Verantwortung. *Krankenpflege - Soins Infirmiers*, Ottobre, 26-27.
- Giornale del Popolo, Clinica Hildebrand: 50 anni di riabilitazione d'eccellenza, 25 Gennaio 2013, p. 13.
- Hugentobler, R. (2010). Onkologische Rehabilitation: Pflege und Soziale Arbeit gemeinsam. *Krankenpflege - Soins Infirmiers*, Novembre, 20-21.
- La Regione Ticino, Novità nel settore della riabilitazione, 25 Gennaio 2013, p. 17.
- Mueller, M. et al (2010). Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study. *BMC Health Services Research* 10:295
- Neue Zürcher Zeitung, Dement im Akutspital - was dann?, 13 aprile 2013, p. 85.
- Schütz, E. (2012). Gemeinsamkeiten suchen statt Unterschiede betonen. *Competence*, Settembre, 24-25.
- SW!SS REHA NEWS (2013) 20, (1), 1-6.
- Widmer, R. (2012). Zwischenbilanz: wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus. CURAVIVA.CH, 1-7