

Presa in carico del paziente – il progetto di salute

Secondo il DM 77/2022 Il Progetto di salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del “bisogno di salute” identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all’accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi *setting* di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di *e-health*. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in base alle valutazioni di processo e di esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell’ambito dell’assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo. L’individuazione dei bisogni socio assistenziali determina l’identificazione di una équipe multidisciplinare minima (MMG, medico specialista ed infermiere), che può essere integrata da altri professionisti in relazione all’evolversi della malattia e allo stato di fragilità espressa (fisioterapista, assistente sociale, dietista, logopedista).

Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l’intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza personalizzato che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente. Il PAI si sviluppa sia durante il ricovero ospedaliero del paziente, sia nelle fasi successive, con modalità integrata. Il bisogno terapeutico, riabilitativo e assistenziale della persona è valutato in tutte le sue dimensioni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale con esplorazione allargata alle risorse e alle preferenze personali, familiari e di coloro che si prendono cura dell’assistito, nonché in considerazione delle opportunità offerte dal contesto di vita della persona. Il progetto è elaborato dall’équipe di valutazione in modalità di co- progettazione con la persona e la famiglia e/o caregiver ed è realizzato entro percorsi assistenziali integrati che coinvolgono tutte le componenti dell’offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale. Le fasi del PAI sono osservazione, pianificazione, intervento e verifica (monitoraggio). È un processo dinamico, che dovrà sempre avere un tempo predefinito ed essere messo in discussione ad ogni necessità o variazione dello stato clinico, sociale e assistenziale della persona. Presuppone inoltre una valutazione degli esiti.

I temi di interesse per l’assistenza territoriale post stroke su cui si sviluppano il PAI e il PRI, che ne è parte integrante e indispensabile, che verranno monitorati sono i seguenti:

- Problemi di salute/sanitari (funzioni motorie, vista, deglutizione, problemi cognitivi – memoria e concentrazione – comunicazione, afasia, *fatigue*, depressione, ansia, continenza, aderenza terapeutica farmacologica, condizioni coesistenti, dolore, malnutrizione, fine vita);
- Problemi legati alle attività di vita (attività di vita quotidiana): ADL – IADL
- Problemi di adattamento e benessere: adattamento, paura e felicità;
- Problemi legati all’educazione e supporto per l’individuo e i *caregiver*/familiari (autocura, informazioni su richiesta, supporto psicologico ed emotivo, supporto sociale per la richiesta di eventuali agevolazioni e ricerca assistenti per aiuto pratico, volontariato, gruppi di supporto, attenzione ed educazione al caregiver, supporti informatici, telemedicina).

Ci sono altri temi ad ora non monitorabili e misurabili che tuttavia è raccomandato facciano parte degli aspetti di cura quali: attività significative/tempo libero, vita sociale/amicizie, ruolo nella famiglia, guida, trasporti, rientro al lavoro e/o ad attività formative, appagamento e contrasto alla solitudine. La scala di valutazione multidimensionale adottata nella regione Friuli Venezia Giulia è la Val.Graf. Tra le problematiche oggetto di monitoraggio si sottolineano alcune peculiarità:

a) Disfagia

La verifica ed il monitoraggio della disfagia passa da una prima fase di screening, operata dal personale infermieristico che deve individuare le persone a rischio di disfagia. I pazienti che vengono identificati come positivi al test di screening infermieristico del bolo d'acqua sono successivamente indirizzati alla valutazione clinica da parte del logopedista che, sulla base dei dati provenienti dalla valutazione, può indicare la necessità di ulteriori accertamenti di tipo diagnostico-strumentale da parte del medico specialista ORL.

Se viene riscontrata disfagia, il paziente potrebbe non essere in grado di assumere forme farmaceutiche orali solide. Diventa quindi necessario, ove possibile, sostituire queste ultime con formulazioni alternative (es. sciroppi, fiale, cerotti transdermici, etc.). In loro mancanza, occorre ricorrere alla [frantumazione/dispersione di compresse/capsule, da somministrare per os](#) in veicoli semisolidi, addensanti o soluzioni gelificate.

Inoltre i pazienti con ictus con sospetti problemi nutrizionali, deficit di idratazione, disfagia o altre comorbidità che potrebbero richiedere un intervento nutrizionale devono essere indirizzati a un dietista/medico nutrizionista.

b) Supporto Nutrizionale

La malnutrizione calorico-proteica è frequente nei pazienti colpiti da ictus ed è associata ad aumentato rischio di morte, complicanze e recupero funzionale più lento.

L'individuazione dei pazienti malnutriti o con rischio di malnutrizione inizia con un test di screening (MUST) eseguito dal personale medico/infermieristico. Il test di screening deve essere effettuato quindi entro 24-48h dal ricovero/prima visita e ripetuto periodicamente al variare delle condizioni cliniche.

In base al risultato del test dovrà essere richiesta una consulenza del medico nutrizionista/ dietista. Indipendentemente dal rischio nutrizionale il paziente disfagico deve essere monitorato regolarmente per gli introiti alimentari e di liquidi per eventuale invio a consulenza nutrizionale poiché a rischio di introito energetico/proteico/idrico insufficiente (ovvero inferiore al 75% dei fabbisogni). Qualora la dieta a consistenza modificata (liquida, semiliquida, semisolida, solida morbida) debba proseguire anche a domicilio si dovrà prevedere un opportuno *counseling* al paziente e/o *caregiver*.

L'intervento nutrizionale può realizzarsi in diversi modi in base alle caratteristiche del paziente e del quadro clinico:

Alimentazione naturale	gradevole, adeguata ai fabbisogni del paziente eventualmente modificata nella consistenza secondo le indicazioni fornite dal IDDSI sulla base della valutazione ORL/Logopedica
Vitto fortificato	alta densità energetica, con spuntini integrativi, eventualmente modificato nella consistenza
Supplementazione orale	con ONS calorico-proteici o modulari o di specifici nutrienti
NE totale o di supporto.	Indicata fin dall'inizio nei pazienti con grave malnutrizione/alterato livello di coscienza/ventilazione meccanica/disfagia e in generale elevata probabilità di non potersi nutrire a sufficienza protratta per oltre 7 giorni. Va iniziata precocemente, ovvero 24/72h nei pazienti malnutriti o ad alto rischio nutrizionale e comunque non oltre i 5-7 giorni nei pazienti normonutriti che presentino le criticità di cui al punto precedente.
NP totale o di supporto.	Indicata quando la via enterale non è realizzabile, controindicata o insufficiente

c) Disturbi comunicativi e cognitivi

Dopo l'inquadramento dei disturbi del linguaggio in fase acuta durante la degenza ospedaliera è necessario pianificare già nella scheda di dimissione un follow up e gli eventuali obiettivi riabilitativi a medio-lungo termine mediante una rivalutazione, a circa un mese dall'evento acuto, mediante strumenti di II livello (es. AAT, Profilo di valutazione della disartria) per quantificare la gravità dei disturbi e gli *outcome* funzionali.

La valutazione dei disturbi cognitivo comportamentali ammette una fase di screening (MoCA test), quando necessario seguita da un percorso diagnostico riabilitativo cognitivo eseguito da personale altamente specializzato (Neurologo, Neuropsicologo, Psichiatra, Psicologo clinico).

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

È l'insieme di proposizioni – elaborata dall'equipe riabilitativa coordinata dal medico responsabile – che:

- ☐ indica il medico specialista responsabile del progetto stesso
- ☐ analizza i bisogni, le preferenze, le menomazioni, le disabilità e le abilità residue del paziente oltre che i fattori ambientali, contestuali e personali;
- ☐ definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità, dimostrando consapevolezza e comprensione dell'insieme delle problematiche del paziente;
- ☐ definisce il ruolo dell'equipe riabilitativa rispetto alle azioni da intraprendere;
- ☐ definisce gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie per raggiungere gli esiti desiderati;
- ☐ costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'equipe riabilitativa e viene comunicato comprensibilmente al paziente, ai suoi familiari, a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso.

All'interno del PRI, i Programmi Riabilitativi definiscono le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi. Il Programma Riabilitativo costituisce un elemento di verifica del PRI.

Si è soliti suddividere il progetto nelle diverse aree di intervento.

In ogni area sono riferibili le seguenti scale di valutazione adottate nel documento:

Area della stabilità internistica NIHSS, CIRS

Area delle funzioni vitali di base: Test dell'acqua, Scala FOIS, MUST, NRS/Panaid, Norton □

Area delle funzioni senso motorie: Trunk control Test

Area della mobilità-trasferimenti: Conley, Tinetti

Area dell'autonomia nella cura della persona: Barthel index

Area delle competenze comunicative e cognitivo comportamentali: MocaTest

Area del riadattamento e reinserimento sociale: modified Rankin Scale (mRS).

Assicurare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio significa presidiare e garantire che gli strumenti e i processi di integrazione concordati vengano attuati e venga quindi attuato il passaggio dinamico del paziente attraverso i diversi livelli assistenziali della rete.

Terapia occupazionale

È una disciplina riabilitativa che utilizza la valutazione e il trattamento per sviluppare, recuperare o mantenere le competenze della vita quotidiana e lavorativa delle persone con disabilità cognitive, fisiche, psichiche tramite attività. Essa, adoperando come mezzo privilegiato il fare e le molteplici attività della vita quotidiana, attraverso un intervento individuale o di gruppo, coinvolge la globalità della persona con lo scopo di aiutarne l'adattamento fisico, psicologico o sociale, per migliorarne globalmente la qualità di vita pur nella disabilità.

Tale processo terapeutico permette di modificare le funzioni corporee della persona (capacità motorio-sensoriali, percettivo-cognitive, emotivo-relazionali), ridurre le limitazioni nelle attività e le restrizioni alla partecipazione.

La terapia occupazionale può essere svolta in forma individuale o di gruppo, in regime di riabilitazione intensiva o estensiva e in vari contesti ambientali (ricovero ospedaliero, ambulatorio, domicilio, luogo di lavoro e contesti sociali).

Allo stato attuale, in regione, solo in isolate realtà di riabilitazione è presente la figura del terapeuta occupazionale, che partecipa attivamente all'elaborazione del PRI ed esercita le proprie competenze specifiche all'interno dei programmi terapeutici previsti, ivi compresi gli aspetti educativi ed informativi nei confronti del paziente e della sua famiglia. E' auspicabile la maggior diffusione di tale figura professionale nei diversi *setting* riabilitativi (ospedalieri e territoriali) per migliorare gli aspetti di studio e sviluppo delle strategie per le disabilità non recuperabili con particolare riguardo all'addestramento all'autonomia nel self care e più in generale nelle ADL, ad integrazione degli altri operatori del team riabilitativo e assistenziale.

Attività Fisica Adattata

Il primo scopo dell'Attività Fisica Adattata è quello di aumentare o mantenere uno stile di vita attivo e conseguentemente la partecipazione sociale tramite un programma di esercizio finalizzato al miglioramento del tono muscolare, della flessibilità articolare e della funzione cardiorespiratoria, dell'equilibrio e della deambulazione. Scopi secondari sono la prevenzione della perdita di massa ossea e la prevenzione della sindrome metabolica cronica.

In quanto attività non sanitaria è indicata in persone con esiti di Ictus che possono trarre giovamento dall'esercizio fisico, in assenza di obiettivi riabilitativi, oppure al termine dei medesimi, qualora la fase di miglioramento sia conclusa ed il quadro clinico sia sufficientemente stabile da permettere lo svolgimento dell'attività fisica, in seguito a valutazione medica e governo del percorso da parte del fisioterapista di riferimento, adattando i programmi ai problemi fisici, neuropsicologici ed emozionali posti in modo specifico dagli esiti cronici dell'ictus cerebrale.

Attualmente il percorso AFA è già attivo in diverse realtà distrettuali, ed è in fase di completamento la stesura di un regolamento unico su base regionale.

In attesa di tale completamento attualmente si accede al percorso AFA attraverso invio diretto dei pazienti, (attraverso apposito modulo di segnalazione compilato da parte di MMG o dei Medici specialisti) al Centro di Riferimento AFA collocato presso il distretto di appartenenza. Il centro di coordinamento AFA (composto da fisioterapisti verifica i criteri di ammissione e se soddisfatti invia il paziente al percorso AFA più adatto.

Teleriabilitazione

La Conferenza Stato-Regioni, dopo le Linee guida sulla telemedicina dello scorso 17 dicembre 2020, ha recentemente voluto fornire le "Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie".

Tale metodologia ha l'obiettivo di implementare l'attività sanitaria a distanza integrata e supportata dagli strumenti tecnologici.

La teleriabilitazione consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi a migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce di età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. I relativi trattamenti risultano complementari ad altre prestazioni sanitarie di cura, riabilitazione e prevenzione e possono essere fruiti in qualsiasi luogo non esclusivamente assistenziale a disposizione del paziente. Gli ambiti di applicazione della teleriabilitazione, da utilizzarsi in continuità, integrazione o in alternativa alle metodiche tradizionali, riguardano nello specifico quello motorio e cognitivo, neuropsicologico, occupazionale, della comunicazione, della deglutizione, del comportamento, cardiologico, polmonare. Non vi sono differenziazioni rispetto alla riabilitazione ordinaria, essendo anch'essa rivolta a persone di ogni età.

Le condizioni per l'erogazione delle prestazioni di teleriabilitazione sono:

- ☐ l'inquadramento delle stesse nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), o nel Progetto di Assistenza individuale (PAI);
- ☐ la prescrizione, l'esecuzione, il controllo, il monitoraggio, la supervisione, la modifica, la sostituzione di prestazioni e/o servizi di valutazione, abilitazione e riabilitazione sono le attività dei professionisti sanitari che possono erogate a distanza per mezzo di sistemi digitali;
- ☐ l'analisi delle esigenze dei pazienti coinvolti, valutando anche gli elementi territoriali di riferimento, l'ambiente sociale e familiare, durante le valutazioni multidisciplinari volte a definire o rivedere il PRI/PAI;
- ☐ l'analisi circa la possibilità o meno del coinvolgimento attivo di un *caregiver*.

Durante la pandemia Covid-19, nella regione FVG sono state attivate le prime attività di teleriabilitazione, seppur ancora in modo disomogeneo tra le varie aziende. In particolare sono state avviate alcune attività di tele-riabilitazione cognitiva. I percorsi di definizione di tali attività e la declinazione specifica nella popolazione di interesse a livello regionale sono in fase di studio e andranno implementate.