

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

LINEE GUIDA PER:

- *LA DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO*
- *L'EFFETTUAZIONE DI CONSEGNE SCRITTE O RIASSUNTO DELLA SITUAZIONE DEL PAZIENTE*
- *LA ESPOSIZIONE DI CASI CLINICI COMPLETI DI VALUTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL PIANO DI TRATTAMENTO*
- *LA RELAZIONE SCRITTA SU CASO - PROBLEMA*

OBIETTIVO GENERALE DEL DOCUMENTARE:

- comunicare agli altri membri dell'èquipe riabilitativa le condizioni del paziente, la loro evoluzione, i risultati raggiunti dal trattamento riabilitativo, gli eventuali problemi insorti durante il percorso terapeutico e le relative modalità di risoluzione;
- considerato un problema di interesse riabilitativo, ipotizzarne la soluzione migliore derivante dall'integrazione tra esperienza effettuata e prove d'efficacia reperite consultando le appropriate banche dati.

IL DOCUMENTARE PERMETTE DI:

- storicizzare il percorso riabilitativo del paziente, fondamentale nel caso di successive richieste di prestazioni riabilitative
- fornire i dati necessari ai fini di ricerche riabilitative specifiche, interprofessionali e statistiche
- fornire dati per revisioni amministrative e legali
- facilitare il passaggio di informazioni tra i membri dell'èquipe riabilitativa
- incrementare l'utilizzo del linguaggio scientifico e professionale

PRINCIPI DELLA DOCUMENTAZIONE

I principi di una buona documentazione sono:

- **La concisione:** una buona documentazione è concisa e breve. Le affermazioni e le frasi devono essere sintetiche. Le abbreviazioni sono consentite solo se queste sono comunemente accettate e approvate
- **L'accuratezza:** il Fisioterapista deve riportare solo ciò che ha visto, sentito, misurato.
- **La completezza:** i dati scritti devono essere completi
- **L'organizzazione:** ogni relazione o consegna deve mostrare una sequenza logica e sistematica di informazioni:
 1. dati soggettivi e oggettivi del paziente
 2. diagnosi funzionale (individuazione dei problemi riabilitativi)
 3. miglioramenti attesi (prognosi)
 4. obiettivi da raggiungere
 5. programma riabilitativo
 6. risposte del paziente all'intervento terapeutico
 7. eventuali aggiustamenti del programma riabilitativo, se necessari
- **La leggibilità:** ogni scritto deve essere facilmente leggibile da altri
- **La tempestività:** la trascrizione dei dati deve avvenire al momento della rilevazione degli stessi, onde evitare di dimenticare informazioni importanti
- **La riservatezza:** ogni dato riferito al paziente è strettamente riservato

NOTA IMPORTANTE

In ogni documentazione devono risultare:

- **Dati personali del paziente: iniziali del nome e cognome, età, sesso e professione**
- **Il nome di chi redige la documentazione**
- **La data in cui viene redatta**

LINEE GUIDA PER LA STESURA DI UN PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE

Il programma riabilitativo, definisce gli obiettivi, le procedure terapeutiche, i tempi, le risorse umane e strumentali necessarie, nonché gli *outcomes* (risultati) attesi.

Sulla base della diagnosi e della prescrizione medica, il Fisioterapista, in autonomia o in collaborazione con il Medico Fisiatra, attraverso l'esame obiettivo, la quantificazione dei deficit e delle capacità e potenzialità residue (utilizzo di scale di valutazione), individua i problemi di interesse riabilitativo, indispensabile punto di partenza per la definizione del programma riabilitativo.

STRUTTURA DELLA RELAZIONE:

- **diagnosi medica**
- **prescrizione medica di intervento riabilitativo**
- **programmi terapeutici di altri professionisti appartenenti all'èquipe riabilitativa: logopedista – terapista occupazionale – infermiere, etc....**
- **descrizione dettagliata dei problemi di interesse riabilitativo individuati attraverso:**
 1. raccolta dati soggettivi (*sintomi*)
 2. esame fisico (ispezione, palpazione,...)
 3. parametri misurabili (forza - gradi articolari - dolore tono.....) attraverso l'applicazione di strumenti e procedure di valutazione validati
 4. valutazione funzionale (descrivere il grado di disabilità indotta dalla patologia, le capacità funzionali residue anche attraverso l'applicazione di strumenti e procedure di valutazione validati)
- **descrizione degli obiettivi da raggiungere:**
 1. le priorità (individuare qual è il problema prioritario da risolvere)
 2. l'ordine cronologico degli obiettivi da raggiungere: breve - medio e lungo termine
 3. gli *outcomes* (i miglioramenti/ i risultati) attesi
- **descrizione del programma riabilitativo indicando:**
 1. le modalità terapeutiche per raggiungere gli obiettivi pianificati (procedure terapeutiche - tecniche riabilitative)
 2. gli strumenti di supporto al trattamento fisioterapico (ortesi, ausili e presidi vari)
 3. le risorse umane e strumentali necessarie
 4. il grado di collaborazione del paziente e dei familiari richiesto dal programma
 5. eventuali programmi di educazione terapeutica necessari

LINEE GUIDA PER LA STESURA DI CONSEGNE SCRITTE O RIASSUNTO DELLA SITUAZIONE DEL PAZIENTE

La consegna è uno strumento redatto ed utilizzato dal Fisioterapista per comunicare ad un collega o ad un membro dell'*équipe* riabilitativa la situazione clinico – riabilitativa dei pazienti in trattamento nel momento in cui si redige la relazione.

SCOPO DELLA CONSEGNA

- la consegna permette di conservare la traccia del percorso riabilitativo effettuato fino al momento in cui viene redatto;
- favorisce una rapida presa in carico del paziente assicurando la continuità del trattamento e consentendo di limitare i danni legati all'adattamento del paziente ad un nuovo operatore;
- incrementare l'utilizzo del linguaggio scientifico e professionale

STRUTTURAZIONE

- dati personali del soggetto
- diagnosi medica
- segni e sintomi di interesse riabilitativo considerati prioritari in quel momento
- patologie correlate presenti in quel momento che possono influenzare positivamente o negativamente l'approccio ed il decorso riabilitativo
- particolari condizioni psicologiche o neuropsicologiche che potrebbero influenzare la comunicazione/relazione con il fisioterapista e/o il trattamento stesso
- obiettivi del trattamento riabilitativo pianificati e raggiunti fino a quel momento
- eventuali problematiche riabilitative insorte durante il trattamento e relative modalità di risoluzione
- manovre o posizioni controindicate
- considerazioni su eventuali ulteriori bisogni del paziente od aspetti particolarmente significativi

N.B. La consegna, poichè descrive la situazione del paziente nel momento in cui viene redatta, non ha valore se non è datata.

LINEE GUIDA PER LA STESURA DI RELAZIONI SCRITTE ED ESPOSIZIONE DI CASI CLINICI COMPLETI DI VALUTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL PIANO DI TRATTAMENTO

Questo tipo di relazione viene generalmente stilata prima del trasferimento o dimissione del paziente, al fine di:

- **storicizzare il percorso riabilitativo effettuato**
- **creare un canale informativo con altri centri o servizi, con i familiari e con eventuali altri Fisioterapisti onde favorire una continuità nella prosecuzione delle cure, limitando i danni legati all'adattamento ad un nuovo operatore**
- **incrementare l'utilizzo del linguaggio scientifico e professionale**
- **fornire i dati necessari per eventuali ricerche riabilitative, interprofessionali e statistiche**
- **fornire i dati per eventuali revisioni amministrative e legali**
- **documentare il percorso riabilitativo effettuato a propria tutela (assicurativa e /o legale)**

STRUTTURAZIONE:

- dati personali del soggetto
- diagnosi medica
- prescrizione medica
- esame obiettivo motorio e/o sensitivo e funzionale
- dati di eventuali scale utilizzate
- diagnosi fisioterapica: deficit e incapacità osservate e misurate; capacità e potenzialità residue
- obiettivi a breve, medio e lungo termine, tenendo conto delle priorità
- *outcomes* (miglioramenti/risultati) attesi
- intervento riabilitativo proposto ed effettuato al fine di raggiungere gli obiettivi pianificati: procedure terapeutiche - tecniche riabilitative
- risorse umane e strumentali necessarie al raggiungimento degli obiettivi pianificati
- eventuali ausili, consigli, programmi educazionali (per il paziente e/o per la sua famiglia e care giver) specifici per la gestione delle difficoltà riguardanti il raggiungimento e/o il mantenimento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana
- valutazione del grado di "riabilitazione" ottenuta, comparando gli obiettivi pianificati ai risultati raggiunti
- eventuali ulteriori trattamenti necessari, considerazioni e consigli

LINEE GUIDA PER LA STESURA DI RELAZIONI SCRITTE SU CASO – PROBLEMA IN AMBITO ORTOPEDICO, NEUROLOGICO E RESPIRATORIO

La pianificazione di un programma riabilitativo deriva principalmente dalle conoscenze e dalle esperienze personali del professionista, con ancora troppo poca attenzione ai risultati della ricerca, cioè quello che potremmo definire “fattore scientifico”. Questa situazione deve necessariamente cambiare dal momento che vi è una crescente pressione al contenimento della spesa sanitaria. Le decisioni terapeutiche dovranno sempre più essere prese in modo esplicito, cioè motivate e sempre di più dovranno essere prodotte e descritte le evidenze scientifiche a supporto delle decisioni terapeutiche.

La scelta di un trattamento riabilitativo basato sulle prove di efficacia, deve scaturire dalle relative informazioni scientifiche al fine di offrire trattamenti che producano più benefici, evitando, ove è possibile, quelli di cui non si conoscono gli effetti.

E' importante ricordare che per trattamento o terapia si intende ogni intervento somministrato con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute e di riabilitazione di pazienti o di popolazioni. I criteri utilizzati per valutare un intervento terapeutico sono:

- l'efficacia (produrre risultati positivi per il paziente)
- la sicurezza (minor rischio per paziente ed operatore)
- l'accettabilità da parte del paziente ed il suo grado di soddisfazione
- il profilo costo – efficacia (migliori risultati con minor dispendio di risorse)
- l'appropriatezza delle prestazioni (documentata efficacia, per modalità di erogazione e per rispondenza ai bisogni del paziente)

A tal fine si ritiene di prevedere, nell'ambito delle attività formative complementari, relazioni su caso-problema nei principali ambiti riabilitativi: ortopedico, neurologico e respiratorio. Questo tipo di relazione permette allo studente, nella pianificazione di un programma riabilitativo, di confrontare le sue conoscenze con ciò che dice la letteratura, integrando cioè le proprie conoscenze e l'esperienza effettuata in tirocinio, con le prove di efficacia reperite consultando le appropriate banche dati, ad esempio: MEDLINE, PEDro, COCHRANE.

Permette inoltre allo studente di:

- approfondire le sue conoscenze relative al problema trattato
- sviluppare abilità nella presa di decisioni
- sviluppare la capacità di ragionamento clinico e critico
- sviluppare la capacità di studiare in modo autodiretto
- sperimentare la consultazione di banche dati per la ricerca del trattamento risultato più efficace per il problema in oggetto

STRUTTURAZIONE DELLA RELAZIONE:

- quale problema è stato scelto ed a quale patologia è riferito
- definire il problema: tipo di problema, modalità di insorgenza, ricorrenza, manifestazioni cliniche del problema
- formulare ipotesi esplicative del problema
- schematizzare le ipotesi esplicative del problema in ordine di priorità
- modalità di trattamento del problema derivanti dalle proprie conoscenze ed esperienza
- modalità di trattamento del problema ricavate dalla letteratura, consultando le appropriate banche dati, ad esempio: MEDLINE, PEDro, COCHRANE.
- sintetizzare il trattamento riabilitativo del problema scaturito dall'integrazione delle proprie conoscenze ed esperienze con le prove di efficacia reperite

