

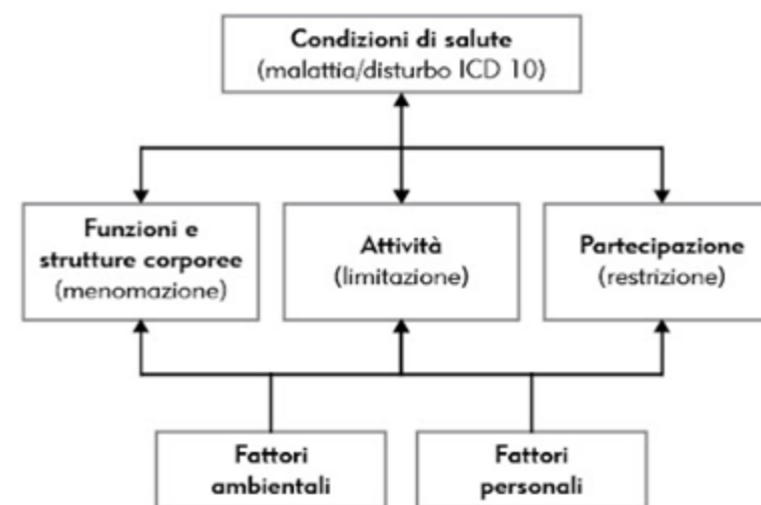
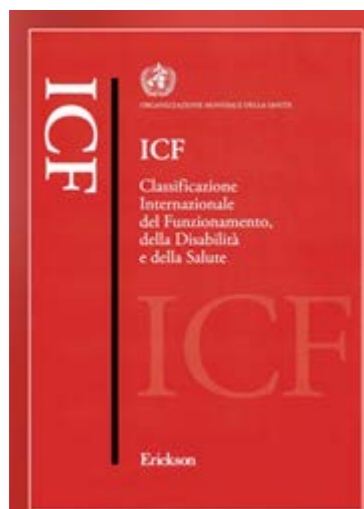
Principi della pianificazione ospedaliera per la medicina riabilitativa: cosa stazionario e cosa ambulatoriale? Pensieri dal punto di vista medico

Introduzione

Obiettivi della riabilitazione



- Ridurre parzialmente o totalmente l'handicap o deficit
- Utilizzo di funzioni rimaste integre
- Permettere di vivere al massimo le sue capacità



Riabilitazione

- Filosofia di interventi antagonista alla disabilità e alla sua passive accettazione
- Filosofia di interventi tesa a restituire alla persona
 - Suo stato funzionale e ambientale
 - Mantenere o massimizzare le sue funzioni residue

Comitato nazionale per la bioetica 2006

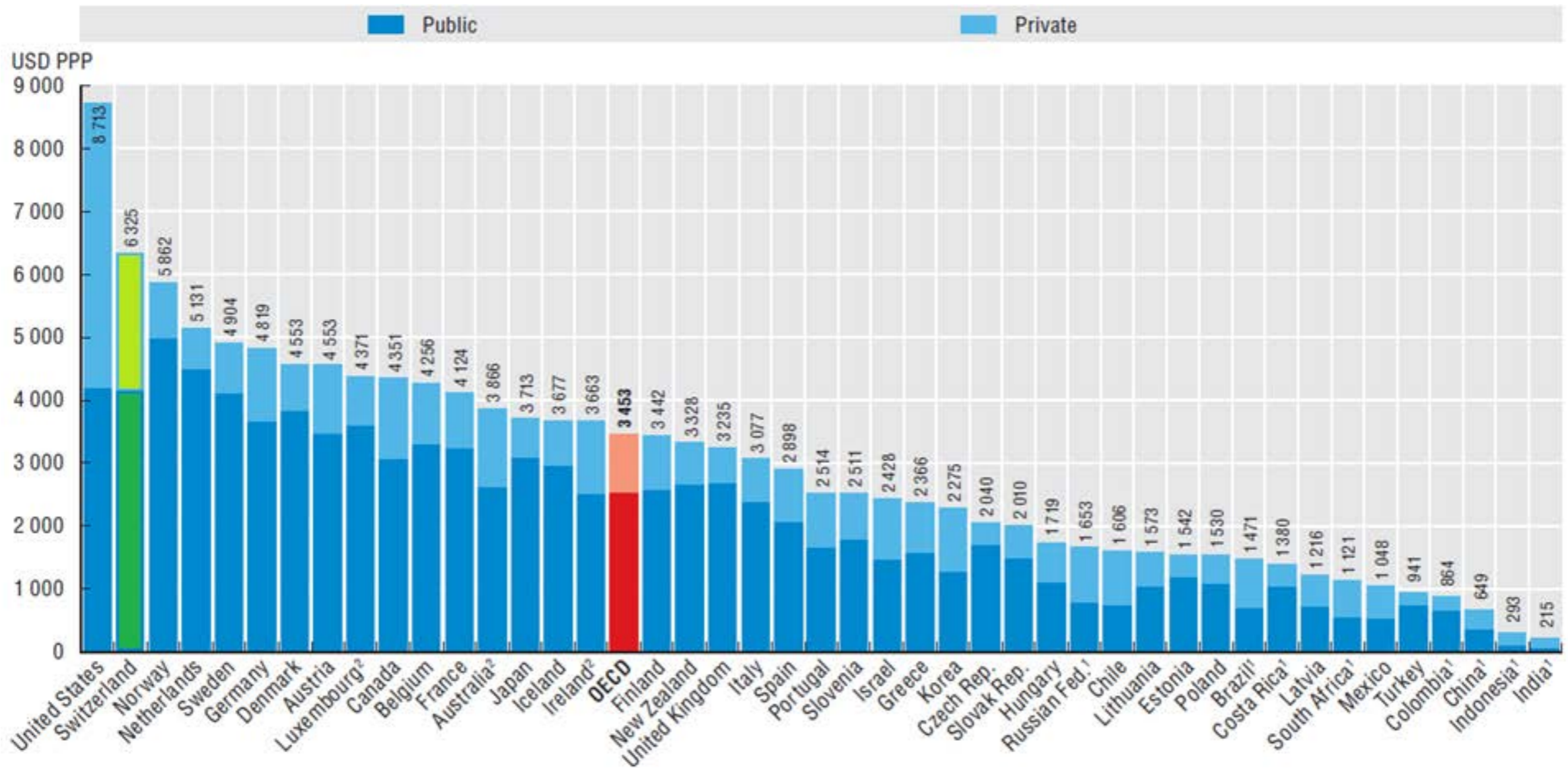
Domande

- Esiste la necessità di incrementare l'offerta riabilitativa nel setting ambulatoriale?
- E' necessario pensare a una pianificazione di questa offerta e per quale setting in particolare?

Esiste la necessita dell'incremento dell'offerta riabilitativa nel setting ambulatoriale ?

- Motivi finanziari
- Cambiamenti nella epidemiologia

Sanità: ma quanto ci costi!?



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

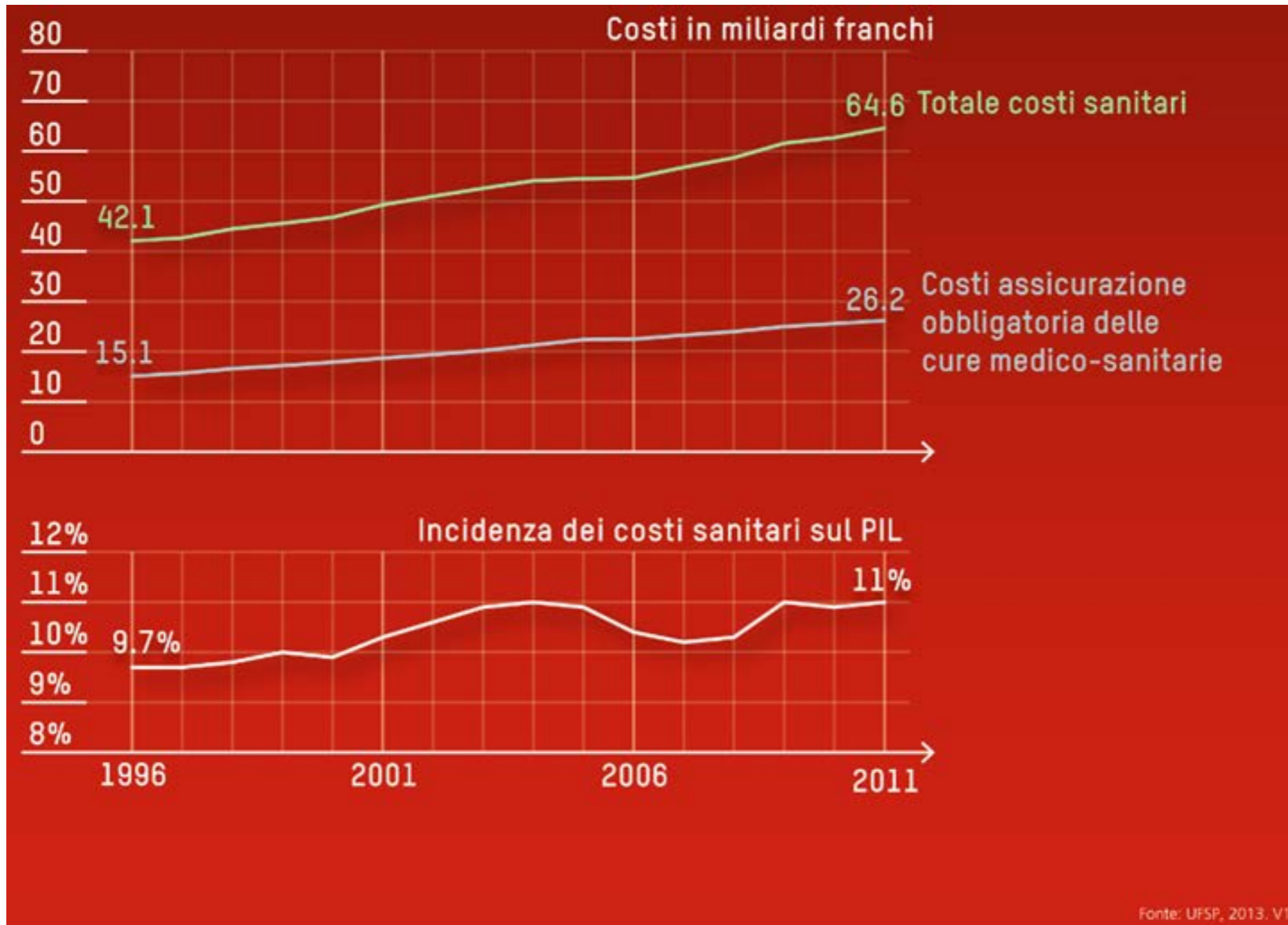
1. Includes investments.

2. Data refers to 2012.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281252>

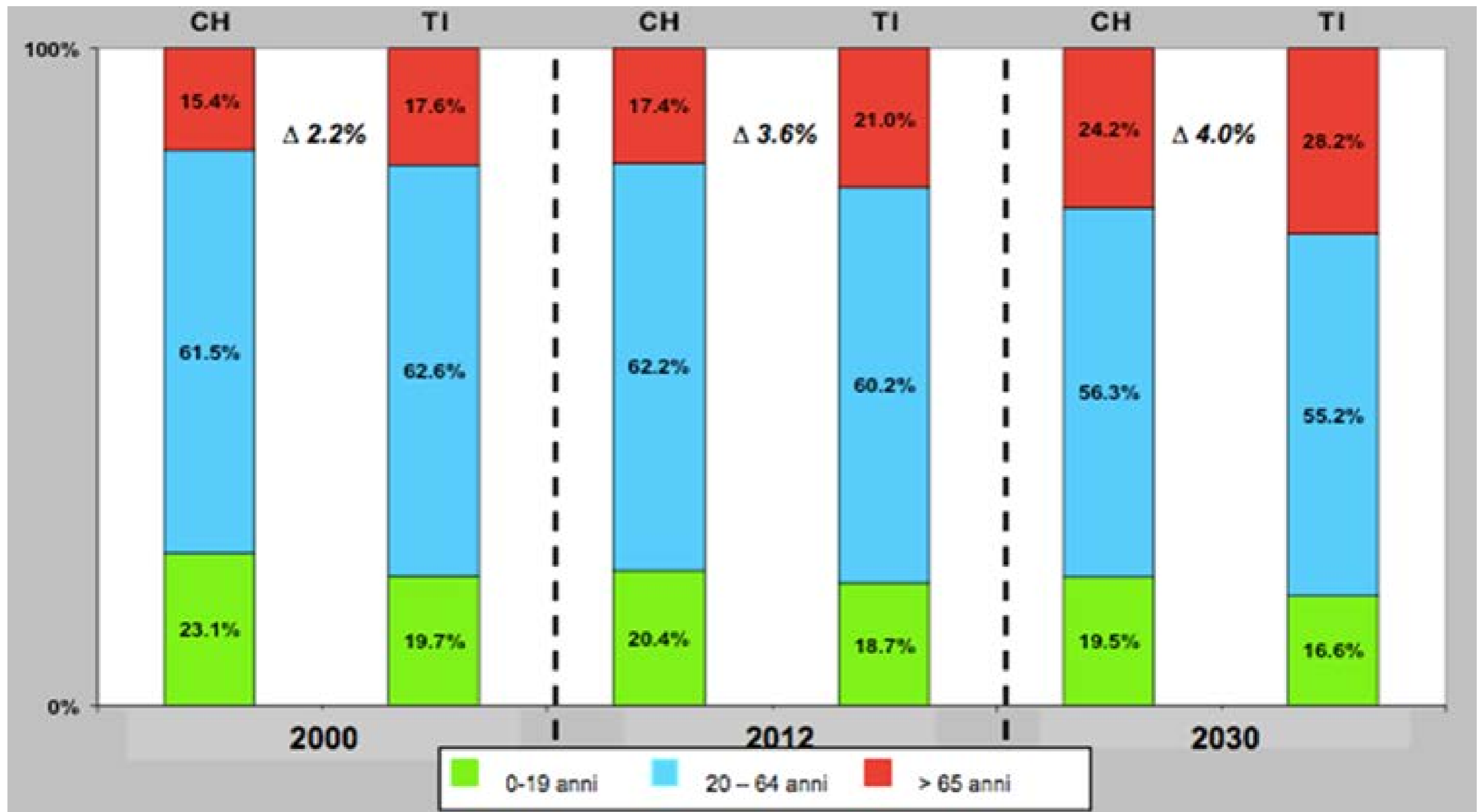
Sanità: ma quanto ci costi!?



Trend nell'epidemiologia

- Aumento della popolazione anziana
- Aumento dei pazienti con multimorbidità
- Aumento dei pazienti con malattie croniche
- Aumento delle persone con disabilità

Fronteggiare lo sviluppo demografico



Fonte: DSS (2014)

Malattia acuta vs Condizione cronica

Malattia acuta	Condizione cronica
Decorso breve e risolvendosi che interseca la vita del paziente	Lungo decorso che condiziona la vita del paziente
Necessità di rapide e/o drastiche azioni	Piccole azioni successive
Il paziente non ha esperienza della malattia	Il paziente diventa esperto della sua malattia e dispone di informazioni complementari a quelle del medico
Trattamento di breve durata, risolutivo	Il trattamento cronico non è mai risolutivo
Decorso definito	Cambia lentamente e ripetutamente nel tempo
Scarsa cognizione della complessità della malattia	Il paziente impara a convivere con la propria cronicità

Gruppi di pazienti con malattie croniche

- Pazienti con malattie polmonari
- Pazienti con scompenso cardiaco cronico
- Pazienti con malattie osteoarticolari croniche
- Pazienti con cancro (long survivor)
- Pazienti con malattie neurologiche (ictus, Parkinson)
- Pazienti con dolori cronici
- Persone con long Covid
- Persone con deficit cognitivi

Gruppi di pazienti con malattie croniche

- Pazienti con malattie polmonari



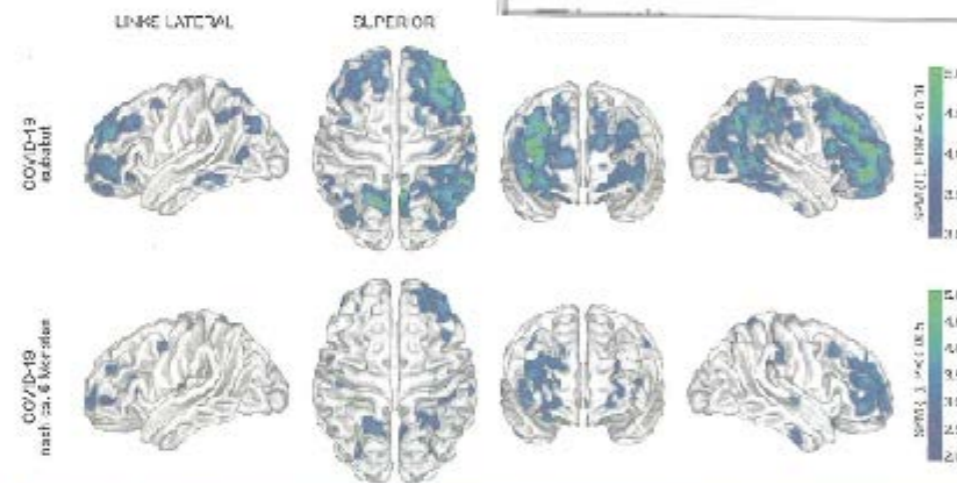
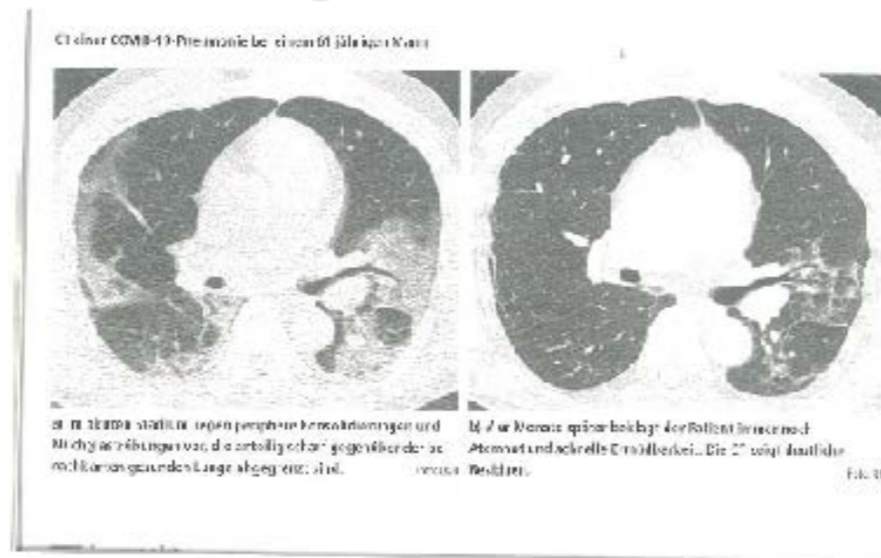
Gruppi di pazienti con malattie croniche

- Pazienti con malattie neurologiche (ictus, Parkinson)



Gruppi di pazienti con malattie croniche

- **Persone con long Covid**



Bei frühzeitigen COVID-19-Patienten im subakuten Stadium konnte mittels ^{18}F -FDG-PET-[18F]Fluorodesoxyglucose-Positronenemissionstomografie im Vergleich zu Kontrollpatienten ein statistisch signifikante Verminderung des Glukosestoffwechsels in der Hirnrinde nachgewiesen werden. Diese hier beschriebene Virus- und Schimmelpilz- und was es verursacht entsprechende kognitiven Defizite im MoCA-Test (Montreal Cognitive Assessment). Eine Verlaufskontrolluntersuchung bei sechs Monaten COVID-19-Patienten nach ca. sechs Monaten zeigte einen deutlichen, jedoch noch nicht vollständigen Rückgang der Veränderungen im Glukosestoffwechsel. Parallel hierzu kam es auch zu einer deutlichen Besserung in der kognitiven Testung.

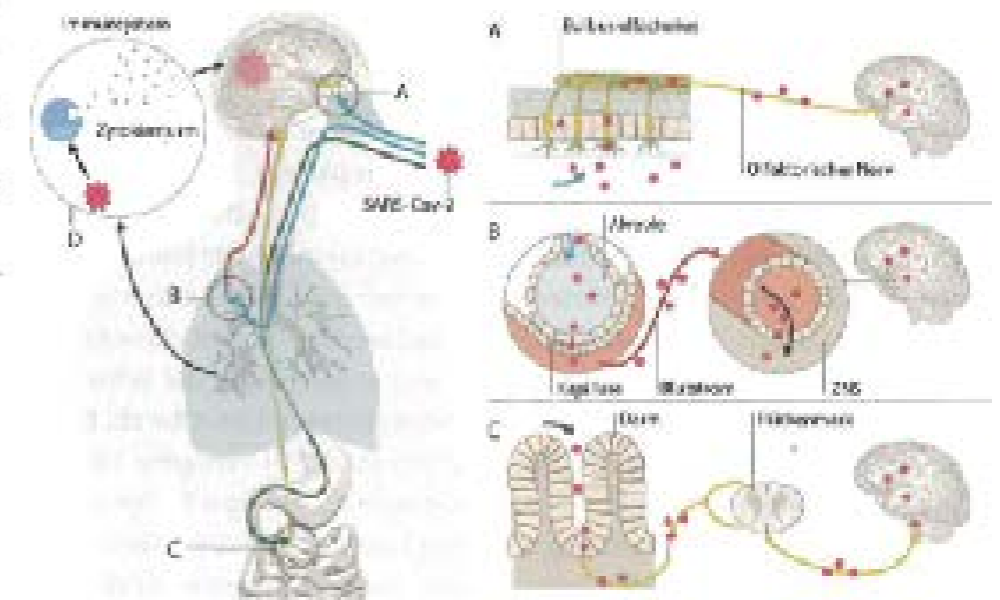


Abbildung 1: Diskutierte Mechanismen der Neuroinflammation und Neurotoxizität von COVID-19 (© Inwieweit: Anja Giger, Neurozentrum, Inselspital, Bern).
A) Neuronale Route über den Riechnerv. **B)** Hämatogene Route via Lunge und Blutstrom zum Gehirn, Eintritt ins Gehirn via gestörte Blut-Hirn-Schranke oder direkt über infizierte Immunzellen. **C)** Exterale Route über das periphere Nervensystem. **D)** Indirekte Wirkung des Zentralnervensystems (ZNS) durch paraneoplastische Mechanismen (posteriore zytokinvermittelte).

Disabilità o limitazioni del funzionamento



- 44,5 % delle persone nella fascia di età oltre 80 anni
- Difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale
- Visione multidisciplinare dell'handicap
- Assistenza a lungo termine
- Approccio complesso e multidisciplinare



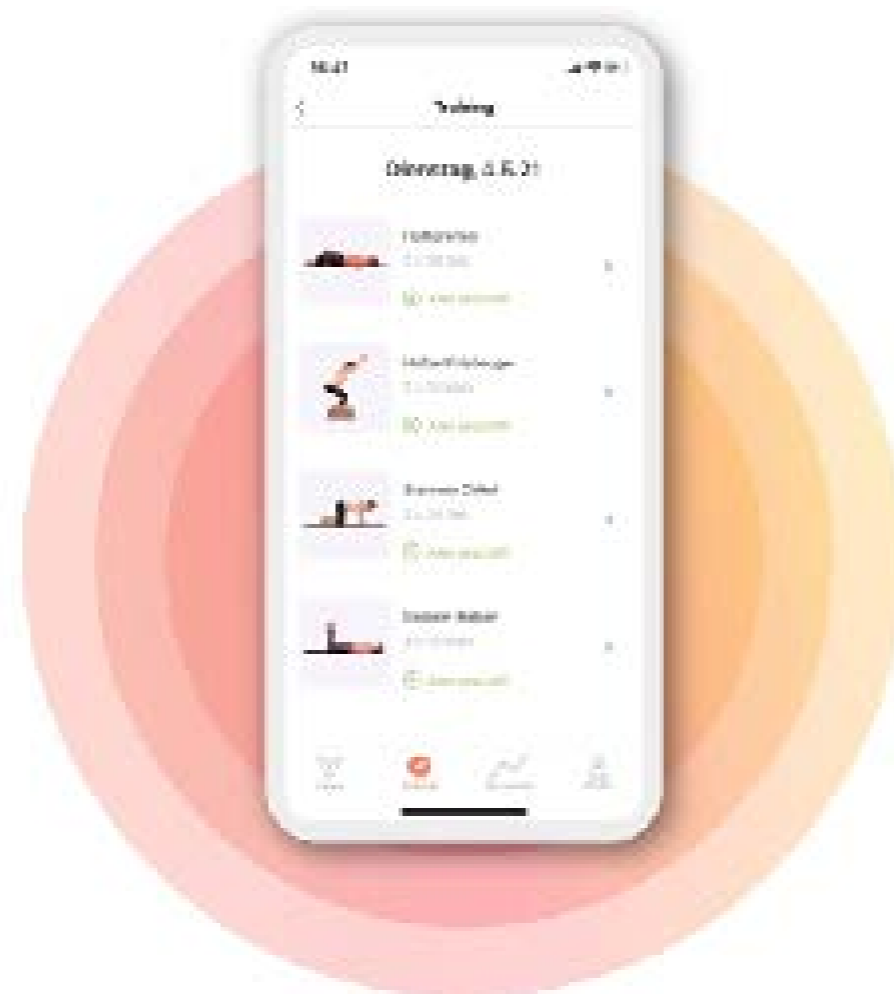
Quali ambiti di setting per gli interventi riabilitativi sono possibili ?

- Domicilio e comunità
- Monoterapie in modo ambulatoriale
- Strutture riabilitative ambulatoriali di tipo clinica diurna
- Riabilitazione stazionaria

Domicilio e comunità

- Maggioranza dei pazienti
- Persone con disabilità in situazione di stabilità clinica
- Buona rete e buon supporto sociale
- Servizi di cure palliative
- Fornitori di prestazioni complete (Rehahome)
- Applicazioni per cellulare con esercizi mirati
- Sviluppi nella teleriabilitazione

- Applicazioni per cellulare con esercizi mirati



Programmi basati su internet per pazienti con malattie polmonari



- Miglioramento delle performances fisiche
- Miglioramento della dispnea
- Miglioramento della qualità di vita
- Adesione al programma del 93 % versus 70% nei centri

Cox NS et al. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021

Monoterapie in modo ambulatoriale

- Abbastanza mobile
- Cognitivamente gestibile
- A domicilio o nello studio del terapeuta
- Allenamento in palestra o nello studio del terapeuta
- Certa regolamentazione dei trattamenti (buona practice)

Strutture riabilitative ambulatori (clinica diurna)

- Problematiche più complesse, con necessità di intervento di differenti professionisti
- Programmi multimodali e strutturati
- Offerta interdisciplinare nello stesso luogo
- Coordinamento delle diverse terapie da parte di un medico fisiatra
- Creare un'offerta nei differenti ambulatori dell'EOC

Riabilitazione stazionaria

- Persone con grave disabilità fisica o mentale
- Pazienti anziani con fragilità
- Monitoraggio continuo da parte dei medici
- Presa a carico infermieristica continua e intensa sull'arco dell'24 ore
- Terapie complesse e ben coordinate

E necessario pensare a una pianificazione dell'offerta riabilitativa nel setting ambulatoriale e per quale setting?

- Strutture riabilitative di tipo clinica diurna
- Complessità degli interventi
- Finanziamento necessario
- Nostra esperienza positiva nell'ambito stazionario

Nostra esperienza positiva nell'ambito stazionario



- Introdurre criteri di qualità (Swiss Reha)
- Concentrazione dei differenti tipi di pazienti in differenti centri de eccellenza
- Introdurre il modello di percorsi riabilitativi

Il progetto di certificazione della qualità ISO 9001 della rete REHA TICINO

Ottenimento del label di certificazione ISO 9001 per i processi di progettazione ed erogazione delle prestazioni di **riabilitazione muscolo-scheletrica** (NOV, FAI e CRB) e di **neuroriabilitazione** (CRB) rivolti a tutti i pazienti ricoverati in ambito stazionario e di clinica diurna (pazienti ambulatoriali con monoterapia, esclusi).

Certificazione secondo la norma ISO 9001 di due percorsi del paziente:

- il percorso riabilitativo del paziente sottoposto ad intervento di **protesi totale d'anca** o di osteosintesi delle fratture del collo femorale;
- percorso riabilitativo per i pazienti con **disfunzioni di carattere neurologico**.

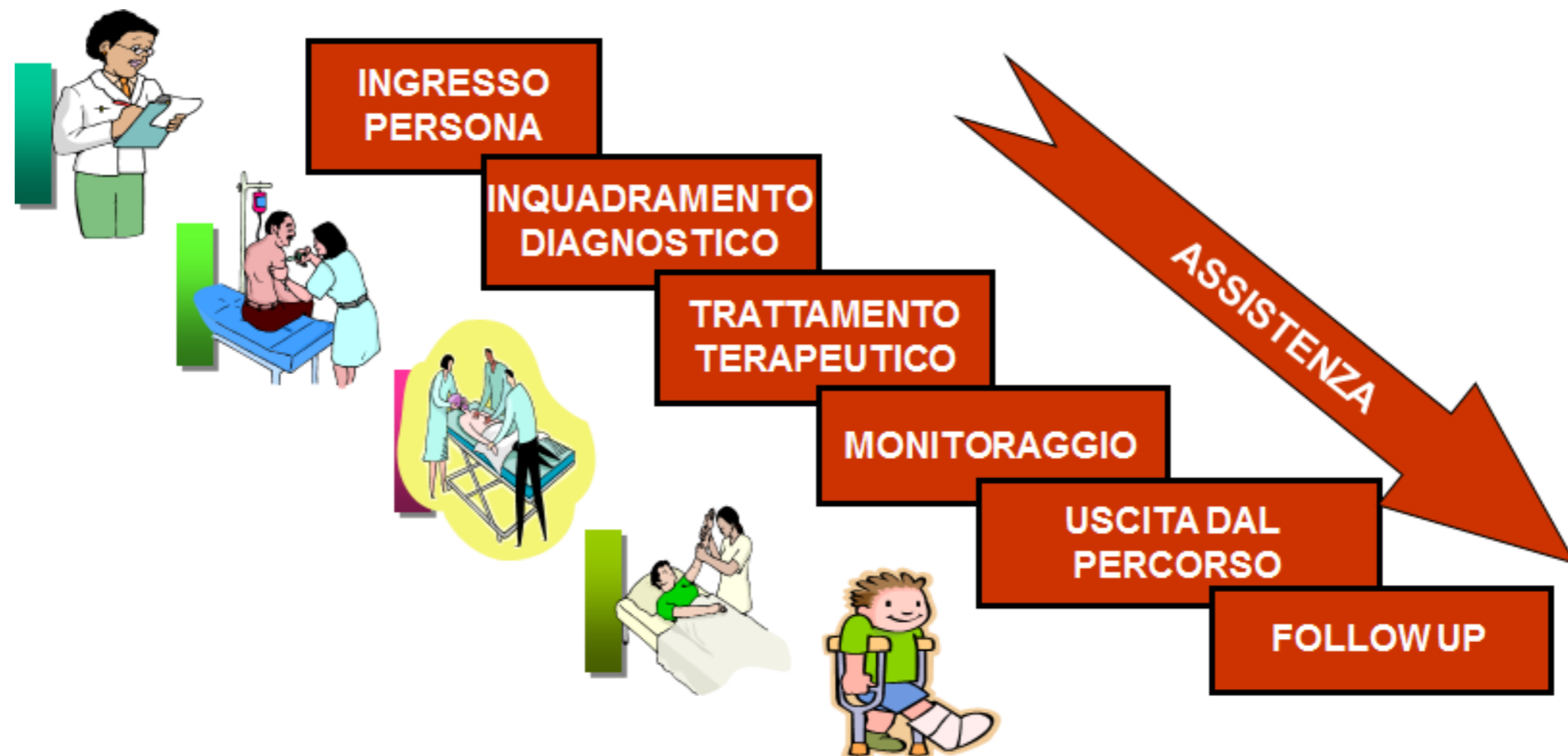


Percorsi assistenziali di cura integrata

- Iter del paziente, dal suo primo contatto con il sistema sanitario al trattamento terapeutico dopo la diagnosi, nella fase di ospedale acuto, nella fase riabilitativa e fino alla gestione a domicilio
- Iter organizzativo, ovvero le fasi e le procedure di presa in carico del paziente

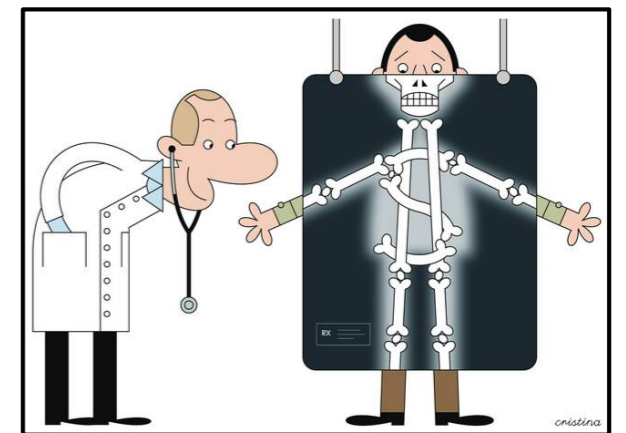
Il percorso del paziente: la nostra definizione

Disegnare il percorso del paziente per uno specifico problema di salute significa **definire la migliore sequenza spaziale e temporale** delle attività da svolgere, al fine di garantire la risposta sanitaria più appropriata per la **categoria di pazienti considerata**, tenendo conto, da un lato, delle **risorse a disposizione** e delle **esigenze organizzative** dell'istituto, dall'altro, dei comportamenti clinici raccomandati dalle **linee guida nazionali ed internazionali**.



Dove e quando nascono i percorsi del paziente

- Negli anni '50 nell'industria, in particolare nel campo dell'ingegneria dove i critical pathways (percorsi critici) vengono utilizzati per **ottimizzare i tempi di lavoro**
- Negli anni '80 introdotti in ambito sanitario in USA (avvento dei DRG) insieme all'affermarsi della managed care, al fine di **abbattere i costi della salute**
- All'inizio degli anni '90 importati in UK per supportare il cambiamento organizzativo verso l'**implementazione dell'evidence based practice e miglioramento della qualità dell'assistenza**



Diffusione internazionale

- International Survey on Clinical Pathways
European Pathway Association (www.E-P-A.org)



Cochrane review del 2010

Obiettivo: valutare l'effetto dell'introduzione dei percorsi del paziente sulla pratica professionale, gli esiti di salute, la durata della degenza e i costi delle ospedalizzazioni.

Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review)

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs

Metodologia:

- 27 studi e 11'398 partecipanti, 7 paesi coinvolti;
- 15 ospedali, 4 riabilitazioni/o cure palliative, 4 cure intense, 1 strutture per salute mentale.

Risultati:

- riduzione delle **complicazioni ospedaliere** (odds ratio 0.58);
- miglioramento nella **qualità della documentazione** (odds ratio 11.95);
- riduzione **durata della degenza**;
- riduzione dei **costi ospedalieri** di presa a carico
- non ci sono riduzioni statisticamente significative sul tasso di riammissione ospedaliera né sul tasso di mortalità.

Criteria di qualità

- Approccio interprofessionale, multidisciplinare
- Raccomandazioni professionali basate sulle evidenze scientifiche
- Suddiviso in fasi di durata definite
- Sequenze degli atti dei professionisti coinvolti nelle diverse fasi
- Validi indicatori di processo e di esito
- Coinvolgimento degli utenti, pazienti o collaboratori

Lavoro con percorsi del paziente in una rete sanitaria riabilitativa REHA TICINO

- Definire i criteri standard minimi per la diagnosi, il trattamento e il follow up
- Identificare gli attori responsabili
- Identificare gli indicatori di processo ed esito per verificare l'applicazione del percorso

Angela Greco, Giovanni Rabito 2012

Percorsi riabilitativi per i pazienti di REHA TICINO

- Per paziente ortopedico sottoposto:
 - ad intervento di osteosintesi delle fratture del collo femorale
 - ad intervento di protesi totale d'anca
- Per paziente con disfunzioni di carattere neurologico
- Per paziente con problematiche cardiovascolari
- Per paziente con problematiche respiratorie

Percorso del paziente ortopedico

Sanitario



I-REHA-016/E

Percorso riabilitativo del paziente sottoposto ad intervento di protesi totale d'anca o di osteosintesi delle fratture del collo femorale (DHS, Chiodo Gamma)



Gruppo di lavoro REHA TICINO per lo sviluppo del percorso protesi totale dell'anca:
Bernasconi L., Corti M., De Foer W., Granegna G., Greco A., Martorici A., Pettilo C., Piaci V., Rabito G., Scaramella N., Schiavone N., Terrani C.

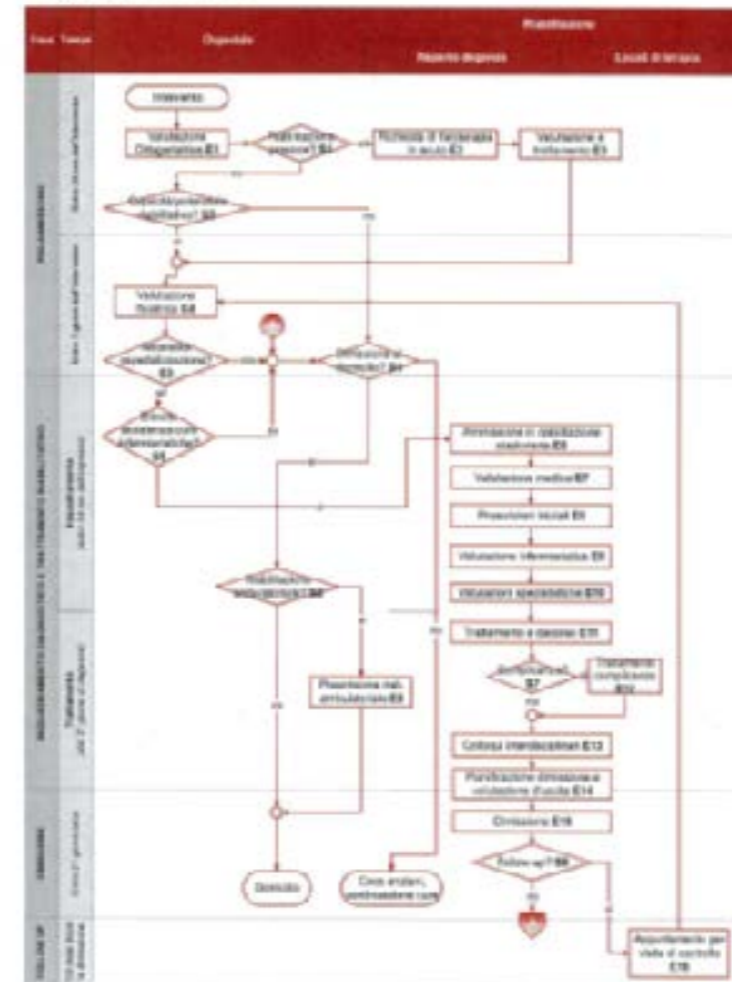
Gruppo di lavoro nel 2018/2019:
Antonini I., Baracco B., Battelli M., De Foer W., Falciola F.L., Martorici A., Penco S., Pettilo C., Piaci V., Rabito G., Scarabai L., Schiavone N.

Sanitario

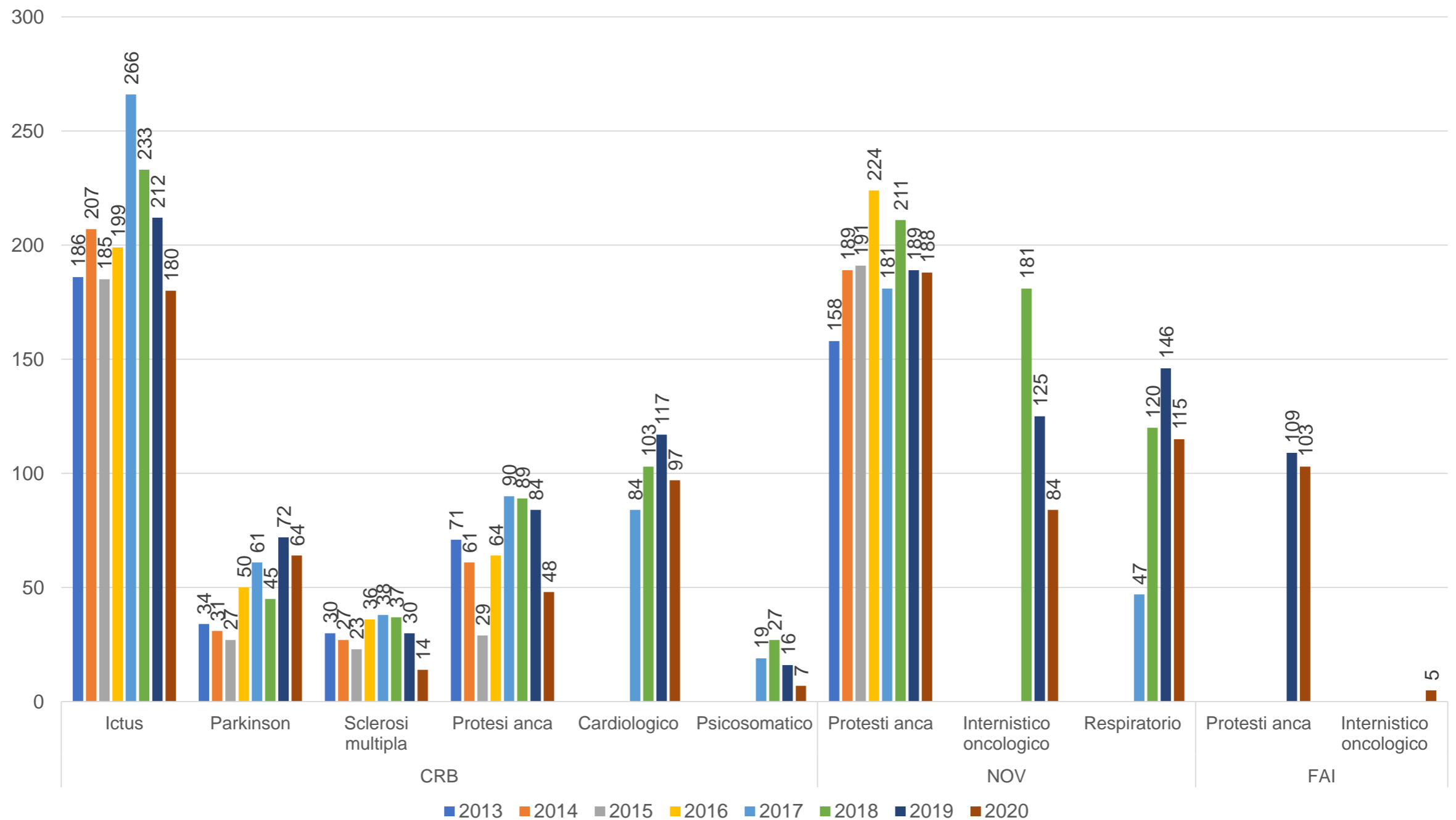


I-REHA-016/E

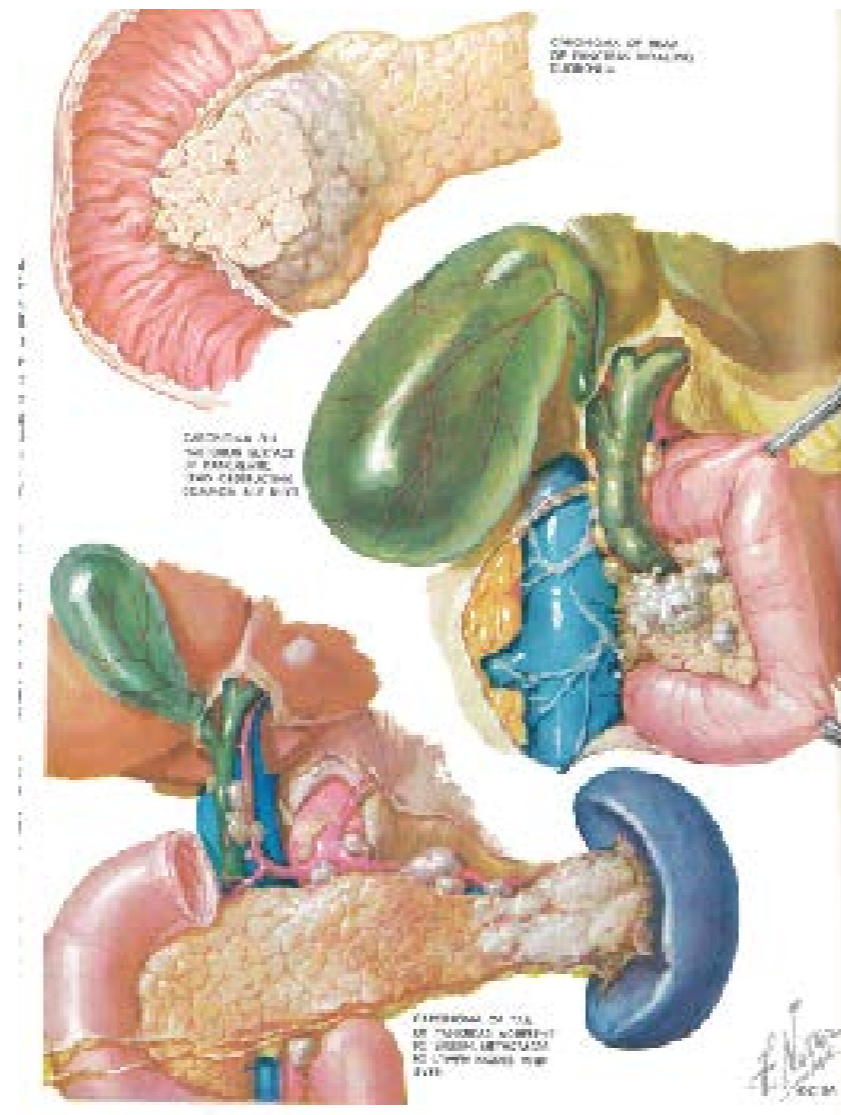
8.3. Diagramma di flusso



Numero di pazienti dimessi per percorso riabilitativo dalle strutture REHA TICINO



Riabilitazione pre- e postoperatoria per paziente sottoposto a grandi interventi addominali



Riabilitazione pre- e postoperatoria per paziente sottoposto a grandi interventi addominali

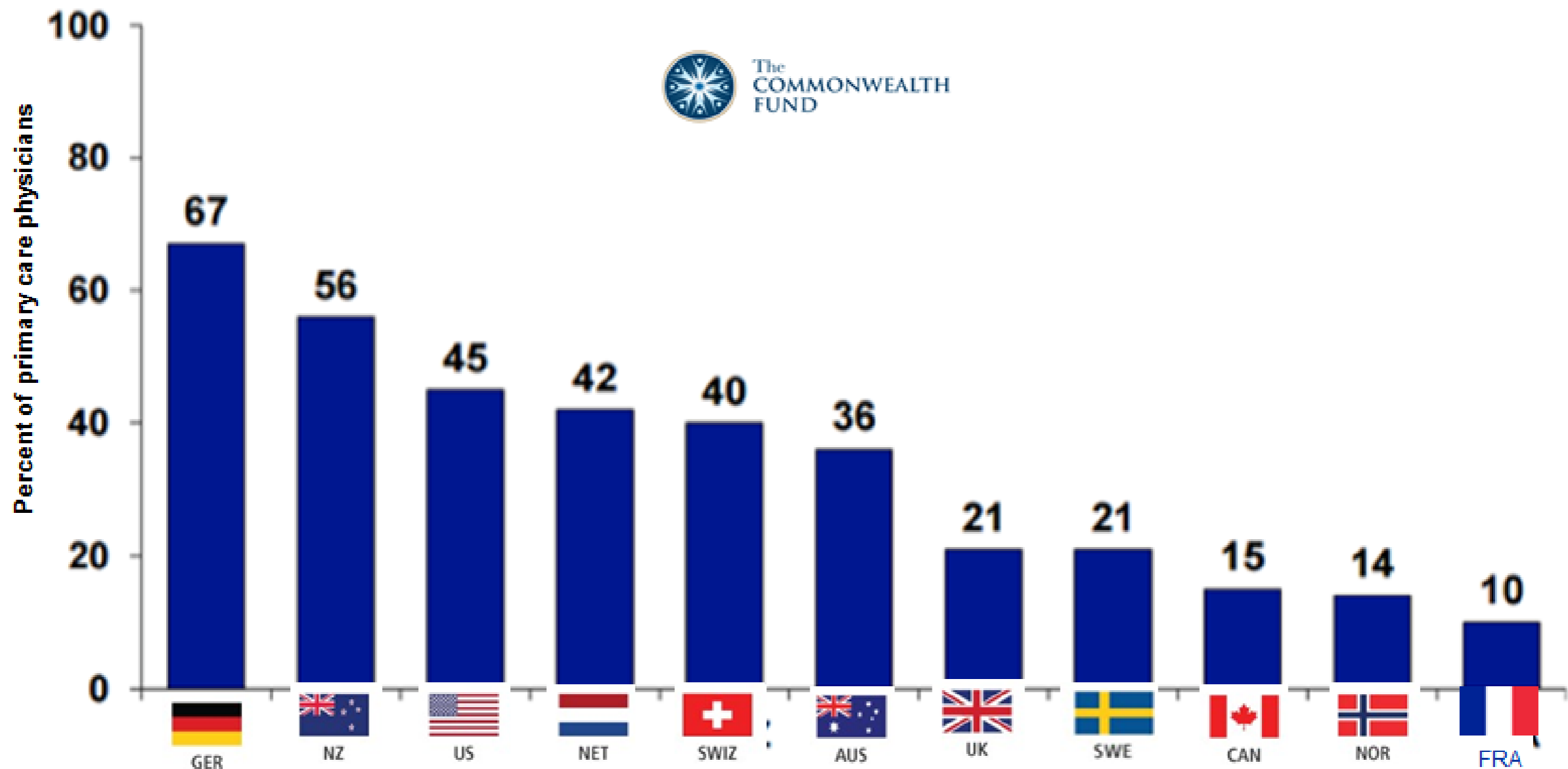
- Assessment interdisciplinare
- Presa a carico alimentare da parte di un dietista
- Programma di training comprensivo di esercizi da effettuare a domicilio
- Sostegno psicologico



Conclusione

- Offerta riabilitativa organizzata e conosciuta dai differenti operatori della sanità
- Presa a carico interdisciplinare
- Diversi interventi coordinati e informazioni disponibili a tutti i terapeuti coinvolti
- Costi riconosciuti da parte delle compagnie di assicurazione sanitaria
- Supporto organizzato per i parenti (care giver)

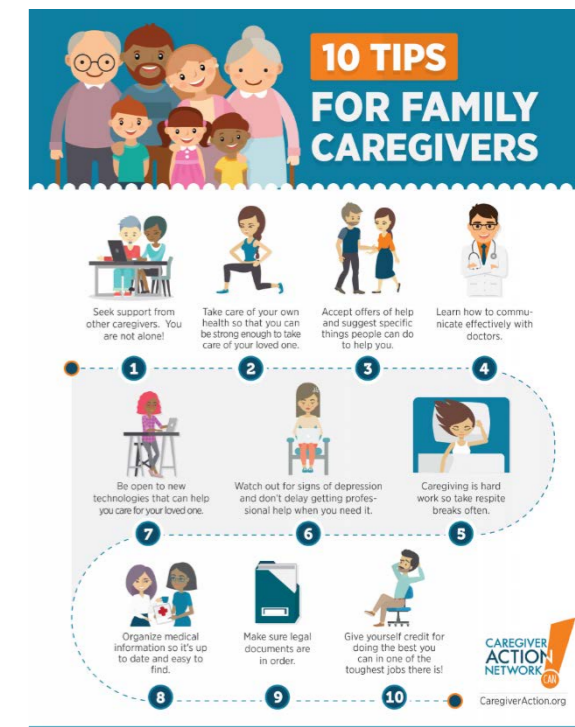
Percentuale di medici curanti che alla dimissione dei pazienti dall'ospedale ricevono, entro 48 ore, le informazioni necessarie per la gestione del caso



Source: 2012 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians

Conclusione

- Offerta riabilitativa organizzata e conosciuta dai differenti operatori della sanità
- Presa a carico interdisciplinare
- Diversi interventi coordinati e informazioni disponibili a tutti i terapeuti coinvolti
- Costi riconosciuti da parte delle compagnie di assicurazione sanitaria
- Supporto organizzato per i parenti (care giver)



Grazie per l'attenzione