

"L'anziano fragile e complesso e l'intervento riabilitativo"

1. Le basi culturali della collaborazione

Il progressivo aumento delle persone con più di 60 anni in quasi tutti i paesi del mondo, (la World Health Organization stima che nel 2050 saranno oltre il triplo rispetto al 2005) ci pone di fronte a “nuovi” bisogni di salute ed a “nuovi” pazienti.

Di recente introduzione sono infatti i concetti di “fragilità” e “complessità” della persona anziana. La fragilità si riferisce ad uno stato biologico età-dipendente caratterizzato da ridotta resistenza agli stress, secondario al declino cumulativo di più sistemi fisiologici (Fried 2001) e correlato a comorbidità, disabilità, rischio di istituzionalizzazione e mortalità (Fried 2004). La complessità si riferisce invece ad una condizione in cui sono presenti due o più malattie croniche, che possono influenzare l’esito di trattamenti di altre patologie concomitanti (Agency for Healthcare Research and Quality). La complessità clinica si accompagna poi ad una complessità del contesto sociale e organizzativo dell’assistenza primaria. Pertanto è maturata la consapevolezza di un’evoluzione dei bisogni di salute dei pazienti, con aumento delle persone anziane, non auto-sufficienti, multiproblematiche e con famiglie deboli o assenti, non a caso a livello europeo il cosiddetto “aging” è una delle direttrici di investimento più forti.

Questo nuovo scenario invita a profonde riflessioni sui modelli di cura con l’esigenza di nuovi modelli organizzativi della persona anziana fragile e complessa in quanto obbliga a spostare l’ottica da un approccio centrato sulla malattia o sull’organo ad una visione più integrata e globale della salute nei suoi diversi aspetti (Bergman 2007).

Infatti, le conseguenze che derivano dalla fragilità e dalla complessità non riguardano il solo ambito clinico, ma si estendono anche alla sfera affettiva, psicologica e sociale della persona. L’OMS estende il concetto di Salute definendola come “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”. Recentemente autorevoli esperti introducono esplicitamente come obiettivo di Salute il raggiungimento da parte del paziente del massimo livello di felicità.

L’evoluzione delle caratteristiche dei pazienti, intesa come aumento dell’età o “aging,” è anche una delle ragioni dell’aumento della spesa sanitaria in quanto comporta aumento della cronicità, della fragilità, del numero di esami e farmaci richiesti dai singoli specialisti. Per contrastare tale trend si devono attivare azioni fondate sui principi dell’efficacia e dell’appropriatezza degli interventi sanitari intesi come “clinica”, “luogo”, e “tempo”, principi che richiedono un diverso approccio, sia da parte del singolo Professionista, sia di tutta l’organizzazione sanitaria.

La revisione dell'organizzazione nell'assistenza alle persone fragili/croniche/anziani va finalizzata a diversi obiettivi così differenziati:

- Appropriatelyzza ed efficacia degli interventi
- Miglioramento dell'accessibilità negli ambulatori
- Personalizzazione delle cure e dei farmaci
- Possibilità delle cure domiciliari ad alta integrazione

Dal lato sistema sanitario nazionale e Professionisti della Salute:

- Revisione degli standard di qualità erogata degli interventi
- Riduzione dei tempi di risposta con aumento di velocità di erogazione del servizio
- Assicurazione di una forte flessibilità di risposta organizzativa a esigenze mutevoli
- Integrazione tra cure primarie, settore sociale e cure secondarie per garantire la continuità di cura
- Snellimento burocratico con semplificazione delle procedure e riduzione delle ridondanze amministrative
- Condivisione delle informazioni
- Forte scambio di esperienze professionali delle "lessons learned" attraverso spazi e tempi dedicati alla condivisione di "case histories"
- Verifiche periodiche di obiettivi e risultati raggiunti sulla base di indicatori condivisi tra Operatori
- Conoscenza delle esigenze del paziente fragile
- Capacità di comunicazione competente
- Intelligenza emotiva e approccio "high touch"

— Il ruolo del Logopedista nella fragilità e cronicità

Ogni "progetto di cura" della persona anziana fragile e complessa deve quindi essere capace di anteporre la "persona" nella sua globalità alla malattia. Il processo di riabilitazione, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), mira allo "sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico e all'ambiente". La riabilitazione rappresenta pertanto, per sua stessa definizione, un approccio

privilegiato al fine di promuovere e mantenere non solo la salute, ma anche il “valore intrinseco” della persona inteso come capacità di esprimersi, di fare, di muoversi e di autodeterminarsi. L’evoluzione delle conoscenze scientifiche, gli studi di efficacia e le innovazioni tecnologiche oltre che l’evoluzione normativa in campo giuridico-professionale e di conseguente responsabilità, hanno contraddistinto in termini di Competenze/Conoscenze, Autonomia e Responsabilità, ambiti specifici professionali ai quali i singoli Professionisti sono chiamati a rispondere. L’agire del Logopedista, Professionista della Salute, si dimostra essere sempre più efficace da studi evidence, per interventi di prevenzione, cura e valutazione degli aspetti comunicativi, cognitivo-linguistici e delle funzioni orali. L’intervento del Logopedista, alla luce delle nuove conoscenze e competenze, è sempre più orientato allo studio, alla definizione e all’identificazione dei “bisogni” di salute della persona, così inteso, supera dunque il vecchio concetto di riabilitazione intesa come esercizio afinalistico, grazie al quale ripristinare, compensare, allenare una funzione perduta, andando invece verso un concetto più esteso di progetto/programma con attività finalizzate ad arricchire di contenuto l’esistenza e promuovere nella persona un atteggiamento partecipe ed attivo. Si caratterizza così un agire “riflessivo” che nel corso dell’azione, attraverso successive ipotesi e verifiche, orienta la propria pratica clinica tenendo conto dei risultati e della condivisione con l’utente e la famiglia.

Tale intervento e nuovo agire nella complessità e multidimensionalità, poggia necessariamente le proprie basi su un forte concetto di Team multidisciplinare e multiprofessionale che non può prescindere da un intervento coordinato, complementare e sinergico fra i diversi professionisti coinvolti nei processi di cura. Questo determina per tali figure, necessità di grande motivazione e volontà di intraprendere un processo di apprendimento/cambiamento utile a superare la contrapposizione fra le varie discipline. (Negli approcci riabilitativi ad esempio, Susan Staples (2006) propone una comprehensive modification su questa popolazione di pazienti (comprehensive evaluation e rehabilitation) per il raggiungimento di successful outcome). L’agire multidisciplinare negli interventi riabilitativi, realizzato mediante percorsi basati su linee guida ed evidenze scientifiche, è garanzia per il paziente di prestazioni terapeutiche efficaci.

Riconoscere che la persona trattata presenta una complessità “trasversale” ai diversi domini, significa prevedere il contributo operativo e culturale di ciascun professionista coinvolto ed operare mediante un unico modello concettuale ed organizzativo. In quest’ottica, assumono un ruolo chiave l’integrazione e la sinergia tra le diverse figure professionali riabilitative che hanno specifiche competenze e responsabilità.

I vantaggi che ne derivano per l’anziano fragile e complesso e per coloro che se ne prendono cura, riguardano, sia il lato più squisitamente umano in quanto la “persona” anteposta alla propria malattia è considerata come un “tutto” e non “ridotta” ad un organo o ad una patologia, sia il profilo della cura.

L’anziano fragile e complesso può quindi trovare professionisti in grado di rispondere in modo coordinato e sinergico ai diversi bisogni di salute che si presentano. L’intervento multidisciplinare mantenendo una supervisione continuativa sul paziente, consente inoltre di cogliere e di intervenire prontamente sui problemi emergenti.

Per quanto riguarda il team, lo scambio continuo di informazioni genera un'amplificazione delle vedute possibili e produce elaborazioni più ricche e condivise, in grado di migliorare l'intervento di ciascuno e sostenere la motivazione e la creatività necessarie nell'accompagnare la persona malata.

La persona anziana fragile e complessa apre quindi un profilo di complessità che i modelli attuali di riferimento (culturale, sociologico, organizzativo) non riescono più a contenere e comprendere. L'elaborazione e l'approfondimento di questi assunti è fondamentale in quanto apre la via alla modificazione delle prassi attualmente in uso nella prospettiva di un profondo cambiamento organizzativo.

Tuttavia, affinché ciò si realizzi è necessario gettare basi culturali ed operative per promuovere la condivisione delle conoscenze nei percorsi formativi di base, specialistici e di formazione continua post laurea.

2. La valutazione multidimensionale

L'intervento riabilitativo multidisciplinare richiede da parte dei professionisti una specifica cultura e precisi modelli e strumenti organizzativi. Il primo passo riguarda la valutazione multidimensionale della persona anziana fragile e complessa.

La valutazione multidimensionale consente di mettere a fuoco precocemente e nei diversi ambiti di intervento (logopedico, occupazionale, fisioterapico), tutti gli aspetti suscettibili di miglioramento, gli elementi predittivi di recupero funzionale, gli eventuali fattori di rischio che possono determinare l'insorgenza di criticità, le risorse presenti, le aspettative della persona malata e di coloro che se ne prendono cura. Ciò consente la messa in atto del più efficace ed efficiente programma di cura.

Il Logopedista è il professionista di riferimento per competenza e responsabilità, della Prevenzione, Valutazione e Cura dei deficit comunicativi e cognitivo-linguistici nonché delle funzioni orali in tutte le età della vita.

Nella cura della persona anziana fragile e complessa, il Logopedista si inserisce quindi in un progetto di globalità che lo vede coinvolto nella definizione del bisogno di Salute e nel conseguente intervento dei diversificati deficit di varia origine: cognitiva, comunicativa, sensoriale, linguistica, voce e deglutizione.

Le difficoltà di comunicazione, di qualunque natura esse siano, si ripercuotono negativamente sull'autonomia e sulla qualità di vita della persona malata e di coloro che se ne prendono cura, producono isolamento sociale ed hanno ricadute negative pesanti e trasversali a molteplici ambiti nei quali, il Logopedista può svolgere un ruolo importante fin dai primi esordi.

Ad esempio, nella diagnosi di malattie concomitanti, il disturbo di linguaggio può determinare il rischio di non comprendere, sottostimare o sovrastimare la sintomatologia, negli aspetti invece clinico-assistenziali e riabilitativi, le difficoltà di capire e farsi capire, possono determinare il fallimento del programma di cura, generare frustrazione reciproca, demotivare e, in alcuni casi, indurre disturbi del comportamento. La persona

con difficoltà di linguaggio risponde infatti con gli strumenti che possiede ed in riferimento a quanto le è possibile comprendere.

Con particolare riguardo al caso della persona affetta da declino cognitivo, Gove et al, (2016) mettono in luce come il medico di medicina generale percepisca le persone con demenza come incapaci di “reciprocità” anche nella relazione e come, questa mancanza, costituisca uno dei fattori che contribuiscono al processo di stigmatizzazione. Lo stigma sociale che si lega alla malattia, oltre ad avere un grave impatto sociale ed emotivo, ha ripercussioni molto negative sulla salute in quanto concorre pesantemente a ritardare la diagnosi di malattia. Ne consegue dunque che la messa in atto di programmi riabilitativi che mantengano aperta ed attiva la comunicazione aiuti la persona a mantenere gli scambi sociali che, a loro volta, sono importanti nel contrastare la stigmatizzazione.

In generale, nell’anziano fragile e complesso, è importante che il Logopedista sia inserito opportunamente nei percorsi preventivi o che consentano di individuare precocemente le difficoltà di linguaggio ed attuare opportuni percorsi riabilitativi per preservare e potenziare la comunicazione e consentire di mantenere attivi quegli aspetti della cognitiv a utili a preservare il pi a lungo possibile una attiva “partecipazione al mondo” del soggetto.

Altro ambito che merita particolare riguardo   quello del paziente anziano con disturbi della deglutizione. La disfagia colpisce un altissimo numero di individui in et  geriatrica (presbifagia primaria e secondaria) e pu  essere causa di complicanze significative che si ripercuotono sulla salute e sulla qualit  di vita di chi ne   affetto e di chi lo circonda. Prevenzione primaria e secondaria, diagnosi corretta e riabilitazione precoce della disfagia consentono di ridurre rischi, primo fra tutti la malnutrizione, e di mantenere una deglutizione funzionale il pi a lungo possibile. Il valore edonistico dell’alimentazione, soprattutto nell’anziano, va inoltre il pi a possibile conservato anche per i risvolti motivazionali e di inclusione sociale.

Il logopedista possiede strumenti di valutazione specifici per il bilancio della competenza pragma-comunicativa e linguistica di qualunque eziologia e per l’individuazione dei disturbi legati alla deglutizione, da utilizzare in base al livello di gravit  e complessit  della patologia.

Il Logopedista   quindi predittivamente in grado, all’interno del team di rilevare la presenza di difficolt  che coinvolgono a vario titolo la sfera comunicativo-linguistica e la deglutizione, indicarne la causa, pianificare un idoneo intervento riabilitativo e fornire ai colleghi ed ai familiari indicazioni pratiche, strumenti operativi e chiavi di lettura per comprendere e farsi comprendere, per compensare i deficit sensoriali, funzionali e per attuare provvedimenti utili a prevenire o trattare i disturbi della deglutizione.

I deficit che richiedono l’intervento del Logopedista possono non essere nettamente visibili ed   pertanto fondamentale sottolineare l’importanza dello screening logopedico su tutti i pazienti anziani fragili e complessi. Fondamentale   infatti la prevenzione e la diagnosi precoce realizzata all’interno del team dedicato, dove ciascun professionista partecipa, nel rispetto della propria specificit , alla formulazione di un bilancio clinico che comprende la diagnosi differenziale, la definizione degli obiettivi di cura e la messa in atto dei relativi ed integrati piani di trattamento.

3. La relazione all'interno dell'equipe e con il paziente/famiglia

La valutazione multidimensionale dovrebbe essere effettuata all'interno di un tempo ben determinato, ad essa dovrebbe seguire una prima fase di confronto per la condivisione del bilancio complessivo, la pianificazione e la scelta della priorità degli interventi che si rendono necessari. I migliori successi per la realizzazione di interventi proattivi ed informativi vengono inoltre ottenuti quando si verifica una interazione coordinata che includa non solo il team ed il paziente, ma anche, quando ciò è possibile, la famiglia, all'interno della quale agiscono una rete di risorse e di vincoli da tenere presenti nei processi di cura.

Un' attenta valutazione clinica e riabilitativa non può infatti prescindere da un inquadramento anche di tipo sociale, che stimi la presenza-affidabilità dei Caregiver ed il relativo grado di collaborazione nel raggiungimento dei possibili obiettivi di cura del paziente fragile e complesso. Anche la valutazione del carico assistenziale e del grado di stress dei Caregiver è un aspetto da contemplare e quindi nella formulazione degli obiettivi andranno definiti eventuali interventi di supporto (empowerment) indispensabili per ottenere il più alto grado di collaborazione nel percorso riabilitativo e di cura da intraprendere.

Come già ribadito, per ottenere ciò è necessario che i professionisti del team realizzino un intervento unitario e condividano obiettivi, strumenti e linguaggi. Gli strumenti per rendere operativo un intervento condiviso non sono semplici da individuare, nella cornice del percorso clinico integrato, a seconda delle realtà, potrebbero essere il progetto riabilitativo individualizzato, il diario integrato o una più ampia formulazione delle cosiddette carte di monitoraggio e controllo. Sicuramente uno strumento agile e condiviso è rappresentato dall'I.C.F., con caratteristiche di flessibilità da cui emerge chiaramente quale sia il problema prevalente, i soggetti coinvolti, la scansione degli interventi.

4. Staging della malattia come mezzo per valutare le misure di outcome e comunicazione all'interno dell'equipe

Uno degli aspetti che caratterizzano la condizione clinica e riabilitativa della persona anziana fragile e complessa è rappresentato dall'alto grado di evolutività del quadro clinico e soggettivo, le accelerazioni possono essere così improvvise e rapide da richiedere un costante bilanciamento tra fase valutativa e fase d'intervento di cura.

L'instabilità clinica richiede un costante riaggiornamento dell'inquadramento clinico multi-professionale ed una ridefinizione degli obiettivi di outcome quindi delle priorità cliniche e dei bisogni riabilitativi. Instabilità clinica, comorbidità, modalità di esordio e rapidità del declino rappresentano aspetti fondamentali da rilevare collegialmente a fini diagnostici e prognostici.

Il livello di performance che determina il grado di disabilità e quindi di limitazione nella vita autonoma, va periodicamente rivalutato attraverso strumenti scelti in base a precisi parametri (livello di gravità del quadro e collaborazione del paziente, complessità di somministrazione ed affidabilità dei test).

Particolarmente importante sarà l'omogeneità dei criteri nella scelta del materiale e quindi del materiale valutativo che il clinico avrà a disposizione, soprattutto quello utilizzato per la valutazione globale e funzionale. La definizione di un kit standard di strumenti diagnostici di base e condivisi è anche importante, per un monitoraggio longitudinale e per tracciare nelle diverse fasi del programma di intervento, l'evoluzione del quadro clinico e riabilitativo.

Per contro, relativamente alle prove di screening e di approfondimento valutativo, ogni professionista utilizzerà il materiale testistico di più comprovata sensibilità ed efficacia i cui risultati verranno condivisi in fase di briefing e valutazione multidisciplinare.

5. La continuità delle cure nei vari luoghi

Il Piano Nazionale della Riabilitazione (2011) raccomanda la realizzazione di un "percorso riabilitativo unico" soprattutto per i pazienti a complessità maggiore dove la frammentazione della presa in carico nelle diverse fasi della malattia nuoce ed ostacola il processo di recupero. Un altro aspetto messo in luce è proprio la necessità di garantire un continuum nella presa in carico riabilitativa dei pazienti nei diversi setting di cura e della necessità di un garante clinico e/o di un case manager.

La riacutizzazione delle pluripatologie che caratterizzano l'anziano fragile può condurre ad una ospedalizzazione che, pur necessaria, rappresenta un evento traumatico per l'anziano.

Il setting ospedaliero va quindi presidiato e gestito ispirandosi al modello Rehabilitation Aged Care Unit (Enrico Brizioli e Marco Trabucchi, 2014) specificatamente dedicato all'anziano fragile e che sottolinea l'importanza di un approccio multiprofessionale/ multimodale con condivisione unitaria degli obiettivi di cura.

Tale modello relativamente alla riabilitazione intensiva, la più adeguata in fase di acuzie ed immediata post acuzie, propone interventi modulati in base alla fluttuazione e complessità del quadro clinico, nonché alla compliance del paziente e Caregiver.

Ruolo centrale è rivestito, sia dal NOCC (Nucleo Operativo Continuità Cure C/O Ospedale) che dall'UMVD (Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale c/o territorio-distretto) che hanno il compito, coordinandosi con il team clinico multiprofessionale, di individuare le soluzioni clinico assistenziali ed educative più confacenti ai bisogni complessi del paziente definendo un percorso appropriato anche se messo a rischio da risorse sempre più spesso non sufficienti.

Relativamente al prosieguo riabilitativo nel contesto territoriale il setting più favorevole ed ecologico, quando ciò è possibile, è quello domiciliare che può, per alcuni aspetti, essere gestito anche da remoto mediante l'utilizzo di tecnologie assistive e programmi riabilitativi computerizzati. Il contesto domiciliare oltre a massimizzare la funzionalità del malato attraverso i più opportuni adattamenti ambientali e comportamentali, consente una importante riduzione della spesa sanitaria.

Invece, il setting riabilitativo ambulatoriale riveste una forte valenza grazie all'attrezzatura ed alle tecnologie disponibili e comporta l'adesione ad un contratto terapeutico in cui si richiede a paziente e Caregiver, un investimento verso un progetto riabilitativo, sia diretto che indiretto.

Quando ciò è possibile il Caregiver è egli stesso soggetto supportato, informato e coinvolto nel progetto di cura a garanzia di continuità e coerenza metodologica.

L'età avanzata, la comorbidità, i problemi familiari e sociali rendono in molti casi necessario il ricorso all'istituzionalizzazione, temporanea quando è finalizzata ad un recupero funzionale e un rientro a domicilio, o definitiva quando è necessario un ambiente sanitario, in caso di elevata instabilità clinica.

La Logopedia di Comunità, si sta evidenziando come una esigenza sempre maggiore a livello di Società e del Sistema Salute, per questo nuovo settore professionale servono Conoscenze e Competenze attese per le attività di Prevenzione, Assessment, Gestione di Comunità. I principali obiettivi formativi per la presa in carico del paziente complesso devono essere rivolti ai concetti di Salute multidimensionale e bisogni di Salute, percorsi di cura integrati, lavoro in rete.

Tra i principali:

- Fornire le conoscenze sui bisogni dei pazienti complessi
- Fornire metodi e strumenti per le attività di équipe rivolte all'assessment dei bisogni dei pazienti complessi
- Migliorare la Comunicazione tra le Professioni e la Comunicazione fra gli Operatori, Pazienti e Famiglie
- Indicare sistemi e strumenti per la registrazione e la trasmissione delle informazioni

Nelle residenze per anziani il team riabilitativo e le principali Professioni (Fisioterapista, Logopedista, Terapista Occupazionale, Educatori Professionali) collaborano con le altre Professioni alla stesura della cartella socio-sanitaria integrata, nella quale ogni Professionista per il proprio ambito specifico, descrive il funzionamento dell'anziano nella quotidianità ed offre delle indicazioni utili a migliorarne la qualità di vita. Il piano assistenziale integrato (P.A.I.) è il documento di sintesi che descrive in un'ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun ospite con lo scopo di dare avvio al suo specifico progetto di salute.

Uno strumento fondamentale per garantire la continuità delle cure nel passaggio fra i diversi luoghi è rappresentato dalla Relazione di Dimissione o di "accompagnamento riabilitativo" nella quale appaiano in modo sintetico e chiaro il percorso intrapreso, le Professioni coinvolte ed il livello di performance raggiunto

6. Modello organizzativo interdisciplinare non consulenziale

L'appropriatezza clinica necessita di una efficienza organizzativa e di modelli di lavoro innovativi, Infatti, è superato il semplice modello consulenziale che prevede un agire parcellizzato nel qui ed ora sul sintomo o sull'emergenza. Mentre risulta più adatto un modello di lavoro interdisciplinare dove tutti i professionisti coinvolti, operino in modo armonico ed integrato condividendo finalità e obiettivi. Le decisioni prese collegialmente, dovranno tener conto della dimensione più globale della persona anziana fragile e complessa al centro dell'interesse e agire dei sanitari.

Conclusioni:

Esistono numerose criticità nell'approccio al paziente complesso e allo stesso tempo si delineano ostacoli di varia natura alla realizzazione delle politiche appropriate per il loro superamento: dalla mancanza di un Care Manager che accompagni il Paziente da un setting assistenziale all'altro, alla cattiva Comunicazione tra i diversi Professionisti chiamati ad affrontare in setting assistenziali diversi i bisogni di Salute. Da non tralasciare l'attuale disattenzione a valutare i risultati delle cure e l'appropriatezza dei percorsi. Tutto ciò genera frammentazione nell'assistenza impedendo la realizzazione della vera presa in carico del paziente nella rete dei servizi. Quali strategie per superarle? Sicuramente favorire la cultura e il lavoro di équipe inteso come il risultato di un processo che inizia dalla Formazione passa attraverso l'adozione di metodi e strumenti comuni per scaturire nell'attribuzione di Responsabilità specifiche anche nella presa in carico globale. L'adozione di queste strategie richiede interventi strutturali, per il Logopedista è in atto un ampio dibattito all'interno della comunità professionale che ha richiesto nelle sedi istituzionali, la revisione del proprio percorso Formativo accademico di base e post base poiché attualmente non più adatto a fornire Conoscenze e Competenze per un moderno ed efficace Logopedista inserito in ambito non solo nazionale ma europeo. I Cittadini/Pazienti/Utenti, sostenitori del Sistema Sanitario dovranno esigere il loro diritto a cure di qualità, i Professionisti Sanitari, avranno il dovere di erogarle in un patto condiviso che ripristini fiducia e soddisfazione.

Federazione Logopedisti Italiani

Donata Gollin

Patrizia Steni

Tiziana Rossetto