



Il paziente riabilitativo anziano nel presidio ambulatoriale

Morena Ottaviani

Genova

Esiste un'ampia casistica di pazienti riabilitativi che possono concretamente dimostrare come l'integrazione tra servizio pubblico ospedaliero e presidio ambulatoriale privato accreditato dovrebbe coordinarsi mettendosi al servizio del cittadino.

Ma qual è la tipologia di paziente più idonea ad avvalersi del servizio offerto dei presidi ambulatoriali privati accreditati? Mentre è indubbio che la riabilitazione intensiva debba essere prerogativa dell'ambiente ospedaliero, sia in regime di degenza sia in condizioni ambulatoriali, il presidio ambulatoriale privato accreditato è in grado di supportare la riabilitazione in tutti quei casi che potremmo definire "post-acuti", tra i quali possiamo contemplare ad esempio quei pazienti che, a seguito di un intervento maggiore o di un episodio neurologico recente, hanno esaurito il periodo riabilitativo in regime di degenza, pur non potendo ancor definire "ultimato" il percorso terapeutico.

Per quanto riguarda le patologie, il paziente anziano che necessita di supporto riabilitativo ambulatoriale può presentare sia problematiche di pertinenza neurologica sia ortopedica. Nel primo caso, si tratterà ovviamente di quadri clinici ormai stabilizzati, per i quali il presidio ambulatoriale potrebbe inoltre diventare il suo punto di riferimento per realizzare quelli che nel tempo diventeranno i suoi periodi di mantenimento (mediamente 1-2 cicli all'anno) con lo scopo di monitorare periodicamente il quadro generale e l'adeguatezza degli eventuali presidi in uso.

Il paziente che invece presenta una patologia di pertinenza ortopedica può presentare caratteristiche sia post-chirurgiche/traumatiche, sia di riacutizzazione di un quadro cronico. Nel primo caso il compito dell'equipe riabilitativa del presidio ambulatoriale consisterà nel proseguire e portare a termine un percorso generalmente già intrapreso dall'equipe ospedaliera durante il periodo di degenza. Ovviamente non tutti i casi post-chirurgici dimessi dalla struttura ospedaliera necessitano di proseguire il percorso riabilitativo; tuttavia, quando la coesistenza di più patologie sistemiche o l'età particolarmente avanzata, così come anche l'effetto "migratorio" della chirurgia ortopedica (cioè quei pazienti che decidono di optare per un ospedale lontano dalla propria residenza) hanno in qualche modo rallentato il progresso, laddove si può intuire la concreta possibilità di un ulteriore miglioramento delle condizioni di vita per l'assistito, vale sicuramente la pena di posticipare la piena dimissione riabilitativa.

È possibile che per alcuni assistiti si renda necessario un trasporto coadiuvato da personale e mezzi di pubblica assistenza; in questo caso il Medico Fisiatra del presidio ambulatoriale ed il MMG relazioneranno la situazione clinica onde poter usufruire del servizio mediante S.S.N. attraverso gli uffici competenti dell'ASL di riferimento.



Fin qui abbiamo descritto le situazioni in cui riabilitazione degenziale e riabilitazione ambulatoriale si intersecano per accompagnare il paziente verso la consueta "miglior condizione possibile".

Tuttavia esiste un intero universo di patologie croniche, in fase di riacutizzazione più o meno intensa, che razionalmente sarebbe opportuno fossero gestite direttamente negli spazi del presidio ambulatoriale in prima battuta. Nel contesto ambulatoriale, infatti, l'assistito potrà trovare ad integrazione dei LEA molte tra quelle terapie antalgiche il SSN ha escluso e che, solitamente, sono di difficile reperimento negli ambulatori esclusivamente pubblici.

Il paziente approda all'ambulatorio con la richiesta di visita fisiatrica, a seguito della quale scaturisce un PRI che potrebbe appunto contenere sia prestazioni in convenzione con il SSN sia prestazioni non rimborsabili e pertanto a carico del paziente; sarà poi una libera scelta di quest'ultimo decidere serenamente se avvalersene o meno. Per le prestazioni a carico del SSN, lo scenario varia da regione a regione o, fino a non molto tempo fa, addirittura da ASL ad ASL. Purtroppo, non in tutte le Regioni i centri ambulatoriali accreditati sono provvisti della facoltà di effettuare ai pazienti le prescrizioni su ricettario regionale direttamente, senza costringerli ad un assurdo pellegrinaggio tra MMG e ambulatorio di riabilitazione. Soprattutto quando si tratta di anziani, che magari non hanno la possibilità di delegare qualcuno per assolvere a questo assurdo andirivieni, bisogna riconoscere che il disservizio è notevole. Probabilmente bisognerebbe superare ataviche diffidenze assurde ed anacronistiche per agevolare l'assistito, tenendo ben presente che attualmente le risorse tecnologiche a disposizione consentono un monitoraggio agevole e costante delle attività delle varie strutture; inoltre, serve ricordare che anche i presidi ambulatoriali sono vincolati da rigidi budget ben definiti in sede contrattuale.

In alcune strutture i pazienti, all'atto della dimissione dalla presa in carico, ricevono un opuscolo personalizzato in cui sono illustrati gli esercizi più indicati al singolo caso clinico: ciò allo scopo di educare il paziente al mantenimento autonomo della prestanza fisica, autosomministrandosi l'esercizio a cadenza quotidiana. Purtroppo questo non è sempre sufficiente, pertanto presso alcuni Ambulatori Riabilitativi, vengono istituiti piccoli gruppi di ex-pazienti (4-5 al massimo) che settimanalmente si incontrano col Terapista ed effettuano una sorta di mantenimento terapeutico. Negli anni ho constatato che, oltre ad essere un buon metodo per consentire una certa aggregazione, in questo modo viene sconfitta quella forma di "pigrizia" che rende assai difficile mantenere la costanza dell'esercizio autonomo da soli. I pazienti apprezzano e dichiarano di sentirsi assicurati rispetto alla frequentazione di un ambiente più per così dire "sportivo".

Sostanzialmente, quindi, di cosa necessita l'assistito anziano che afferisce presso un ambulatorio di riabilitazione accreditato? Uno dei requisiti principali è la facile accessibilità dell'ambulatorio, ivi compresa la sede nei pressi di fermate dei mezzi pubblici. Anche semplificare quanto più possibile la burocrazia è sicuramente apprezzato da tutti gli utenti, ma in particolar modo dall'utente anziano; ad esempio, fornire all'atto della prenotazione un semplice foglio in cui vengono fornite indicazioni su quanto accadrà nelle settimane successive, dando suggerimenti anche sul tipo di abbigliamento da indossare, aiuta certamente queste persone ad affrontare qualcosa che, in questo modo, risulta essere un po' meno ignoto. Un altro aspetto, sempre importante in ambito riabilitativo ma ancor di più con questa tipologia di pazienti, è la continuità assistenziale da parte dei medesimi operatori: per l'anziano potersi rapportare sempre con lo stesso Medico e/o lo stesso Terapista rende più stimolante il lavoro da portare avanti per raggiungere gli obiettivi prefissati. A tale proposito, è bene sottolineare l'importanza della chiarezza da parte del personale assistenziale (prima del Fisiatra e poi del Fisioterapista) in merito agli obiettivi raggiungibili: è del tutto controproducente ed eticamente deplorabile creare nel paziente una falsa aspettativa di successo riabilitativo con "restitutio ad integrum", illuderlo di poter tornare al medesimo livello prestazionale precedente l'evento



critico, se non esistono fondate certezze in merito. Ogni progresso deve essere vissuto dal paziente come un successo, una conquista, e non certo come un fallimento nel tentativo di “tornare come prima”. È necessario essere molto critici ed obiettivi, considerare l’insieme della persona, la sua postura, le sue patologie secondarie, analizzare con scrupolo le sue potenzialità ed esprimersi in termini prognostici sempre in modo piuttosto cauto, dando sufficienti stimoli emotivi al lavoro riabilitativo ma prospettando un risultato finale sempre un po’ più scarso di quanto realmente ci si potrebbe attendere. Soprattutto quando il percorso è lungo ed i progressi saranno lenti e minimali, occorre stimolare il paziente motivandolo quotidianamente affinché non si arrenda ma continui il lavoro riabilitativo insieme al fisioterapista.

Infine, sarebbe opportuno spendere alcune parole in merito all’educazione sanitaria del paziente anziano. Comportarsi con queste persone in modo da rendere comprensibile tutto ciò che riguarda le problematiche che devono affrontare, renderle edotte in merito a quali comportamenti tenere per meglio affrontare e contrastare le patologie degenerative che le affliggono, tutto ciò che rende i nostri anziani pazienti attori co-protagonisti delle vicende che li riguardano, contribuisce al successo del nostro operato di Ri-abilitatori. Personalmente, con la collaborazione con l’Amministrazione Comunale abbiamo organizzato diversi incontri serali Open dove Fisiatra, Terapista, Medico dello Sport e Tecnico Podologo hanno affrontato alcuni temi di comune interesse rivolgendosi ai pazienti stessi. Abbiamo parlato di Osteoporosi, di Rachialgie, di Patologia di Spalla e di Postura, e l’interesse dei presenti è sempre stato vivace, così come sono stati apprezzati gli opuscoli informativi abbiamo appositamente realizzato e distribuito (ad esempio la tabella con il contenuto in calcio negli alimenti o le norme comportamentali per contrastare l’insorgenza di osteoporosi).

In conclusione, ancora una volta emerge come il lavoro del Fisiatra e della sua equipe debba svolgersi in modo trasversale, a 360°, non occupandosi solamente del “pezzo anatomico” responsabile del nostro intervento, ma di tutta la Persona che affida alle nostre competenze le sue speranze di Salute. Soprattutto se parliamo di Ex-giovani.