



EDITORIALE

Si fa presto a dire *team* Gli infermieri fra fisioterapisti e pazienti

di Luigi Tesio
ltesio@fsm.it

Che cosa pensano dei fisioterapisti, e soprattutto di se stessi, gli infermieri che lavorano in una degenza riabilitativa? A questa domanda ha provato a rispondere un lavoro¹ che aspettava da tempo il suo editoriale su questa rivista. Gli autori hanno intervistato otto infermieri professionali, sette donne e un uomo, che lavoravano da 2-6 anni in due degenze riabilitative inglesi, una geriatrica ed una neuromotoria generale. La tecnica di intervista e di analisi dei dati ha seguito criteri molto sofisticati di indagine sociologica. Mancano all'appello, evidentemente, altre figure tecniche come il logopedista e il terapeuta occupazionale, che pure sono spesso presenti in degenze riabilitative. Manca anche l'inchiesta complementare che sarebbe consistita nel chiedere ai fisioterapisti che cosa essi pensino degli infermieri. Tuttavia ne è uscito comunque un lavoro interessante perché esso rende esplicito quanto tutti gli operatori della riabilitazione percepiscono già da tempo, ma in modo poco nitido: e cioè che esistono gravi barriere alla comunicazione ed alla integrazione fra infermieri e fisioterapisti e che questo probabilmente non giova ai pazienti. La Tabella 1 cerca di riassumere quanto emerge dalla lettura dell'articolo, sul tema di come gli infermieri vedano i fisioterapisti e per contrasto se stessi.

La Tabella 2 invece riassume quanto gli infermieri lamentano nei confronti dei fisioterapisti.

In sostanza emerge un quadro di ridotta autostima degli infermieri che avvertono come più "tecnico" il ruolo dei fisioterapisti e come più assistenziale-sociale il proprio. A questa forma di rispetto nei confronti dei fisioterapisti corrisponde la rivendicazione che i fisioterapisti divengano capaci di comunicazione e di interazione maggiori ed anche che essi arrivino ad una conoscenza più approfondita delle molte attività dell'infermiere che al fisioterapista sfuggono completamente. Il lavoro non ha la pretesa di essere generalizzabile a tutti gli infermieri in qualsiasi contesto. Tuttavia esso dice molte verità. Il disagio degli infermieri mette allo scoperto almeno quattro caratteristiche specifiche della degenza riabilitativa, riassunte nella Tabella 3.

Questa specificità non sempre è sufficientemente valorizzata in sede di programmazione sanitaria, quando si devono definire standard di personale e la

	Fisioterapisti	Infermieri
Tipo di attività	"Fisico-motoria", dà risultati misurabili	Con connotati psico-sociali (include molti contatti con i parenti), valutabili in modo vago
Ruolo lavorativo	Specifico, programmato-strutturato, misurabile	Generico, "a domanda"
Percezione del rapporto con i pazienti, da parte dei pazienti stessi	Autorevoli, rispettati	Paritari, sottovalutati
Rapporto emotivo interpersonale	Si fidano, si affidano	Si confidano

TAB. 1

- I fisioterapisti hanno nozioni che sarebbero utili agli infermieri, specialmente per la mobilizzazione, mentre non è vero il contrario
- I fisioterapisti non danno sufficienti informazioni agli infermieri
- I medici chiedono conto agli infermieri anche del lavoro dei fisioterapisti, ma non viceversa
- I pazienti si lamentano con gli infermieri della mancanza di fisioterapisti nei fine settimana (eppure gli infermieri ci sono)
- La pianificazione degli orari e delle attività ruota intorno alla fisioterapia e viene imposta agli infermieri
- I fisioterapisti non riescono a valutare il peso né la complessità del lavoro degli infermieri e semplicemente esigono che il paziente sia preparato di tutto punto quando giunge l'ora del trattamento fisioterapico

TAB. 2

- L'infermiere non è l'unica figura tecnica che affianca il medico come lo è invece in altre unità operative di degenza. Egli deve adattare i suoi tempi operativi alle necessità fisioterapiche (orari di palestra e di logopedia).
- In riabilitazione l'obiettivo del ricovero è solitamente il recupero di capacità motorie-funzionali e quindi l'intera attività nelle 24 ore appare a pazienti e familiari come motivata soltanto dal (breve) momento della rieducazione motoria.
- L'infermiere mantiene mansioni di tipo bio-medico (prelievi, somministrazione di farmaci, rilevazione di parametri vitali, medicazioni ecc.) non inferiori a quelle che avrebbe in una degenza medica o chirurgica. Si consideri che l'età media dei pazienti, la loro co-morbilità e la loro acuzie nelle degenze riabilitative sono in continuo aumento.
- Il malato neuromotorio post-acute impone frequentemente mansioni infermieristiche relativamente rare in degenze per acuti non intensive (bronco-aspirazione, cateterismi vescicali intermittenti, cura di piaghe da decubito, mobilizzazione frequente, ecc.).
- La disabilità impone una estenuante attività di assistenza alle attività della vita quotidiana, potenzialmente vissute come "alberghiere" e de-professionalizzanti. A causa della gravità complessiva dei pazienti queste attività possono essere delegate soltanto in parte a personale ausiliario o a familiari (si pensi all'alimentazione in un paziente disfagico, al trasferimento in carrozzina di un paziente con recente protesizzazione d'anca a rischio di lussazione ecc.).

TAB. 3

conseguente tariffazione dei ricoveri. La degenza riabilitativa non è riducibile ad una degenza di tipo medico nella quale al minutaggio infermieristico si aggiunge un certo minutaggio fisioterapico. L'infermiere ha anche un ruolo specificamente riabilitativo. Che vi sia un tempo dedicato a questo ruolo è riconosciuto dalle linee-guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 1998, ma la stima quantitativa di questo tempo non è certo premiata da standard costruiti con una logica soltanto "sommatoria" fra nursing medico e fisioterapia.

Che fare dunque? Il tema della interazione fra diverse figure all'interno di "team" multi-professionali non è nuovo in Medicina: gli Autori stessi¹ citano interessanti lavori che riguardano le interazioni fra infermiere e ostetriche oppure fra fisioterapisti e terapisti occupazionali. La soluzione prospettata è quella di ricavare nell'orario di servizio spazi di comunicazione e di collaborazione. In gergo tecnico questo significherebbe lavorare "per obiettivi" e non "per compiti": ovvero il team (inclusi medico, logopedista e quanti altri siano coinvolti) deve arrivare a definire e condividere una sorta di "diagnosi funzionale" del singolo paziente e quindi a identificare gli obiettivi sul singolo paziente per poi attribuire ruoli e tempi a ciascuno degli operatori. Per esempio la vestizione del mattino e il trasferimento in carrozzina potrebbero essere gestiti in collaborazione da infermiere e fisioterapista. Questa collaborazione favorirebbe il trasferimento di informazioni e di nozioni (il paziente è stato male la notte? Quale è la tecnica di spostamento migliore per lui?). Lavorare "per compiti" significa che all'interno del gruppo di in-

fermieri uno somministra tutte le terapie, un altro provvede alle rilevazioni di parametri vitali, un altro esegue le medicazioni, un altro provvede a igiene e vestizione ecc., con tempi minimi per lo scambio di informazioni, la discussione dei casi clinici e per decisioni assistenziali comuni (la medicazione arriva quando il paziente si è già vestito?). Nella organizzazione per compiti la stessa divisione del lavoro vale, naturalmente, fra infermieri e fisioterapisti: il paziente si veste e va in bagno con l'infermiere ma indossa un tutore e cammina in palestra con il fisioterapista (il paziente va in palestra in pigiama perché tanto poi deve ancora indossare il tutore?). È evidente che il lavoro "per obiettivi" è di qualità superiore ed è altrettanto evidente che esso richiede tempi superiori: i quali sono difficilmente ottenibili se ci si adegua agli standard minimi di accreditamento previsti da molte normative regionali in Italia.

Un'organizzazione del lavoro "per obiettivi" sarebbe già un forte indicatore di qualità ma non risolverebbe tutti i problemi. Intanto non bisogna dimenticare che, nel contesto di programmi riabilitativi, la percezione da parte degli infermieri di rivestire un ruolo eccessivamente subalterno persisterebbe. Questa percezione potrebbe essere attenuata da una esplicita professionalizzazione di compiti che sono solo apparentemente "ancillari". C'è modo e modo di gestire e documentare l'alimentazione in pazienti disfagici, la cateterizzazione in pazienti con vescica neurologica, la mobilizzazione di pazienti emiplegici ecc. I primi due passi per il riconoscimento di professionalità ad una figura tecnica sono definirne una

identità attraverso una *mission* specifica e prevedere per la stessa figura un percorso formativo specifico. Negli Stati Uniti l'infermiere della riabilitazione può sia riconoscersi in una "Association of rehabilitation nurses" che conta molte migliaia di aderenti, sia conseguire una specializzazione riabilitativa post-diploma. Anche in Italia l'attenzione al tema sta crescendo, come dimostra la comparsa di testi dedicati al "nursing riabilitativo". Almeno un terzo passo, tuttavia, è necessario per togliere auto-referenzialità alla figura tecnica: la misura di outcome. "Essere" categoria non basta, occorre "saper fare" in modo da dimostrare qualità ed efficacia delle proprie attività. Per questo motivo occorre sviluppare misure di carico assistenziale specificamente riabilitativo dell'infermiere e misure di risultato su variabili specifiche: con questo aprendo la strada a studi costo/beneficio e più in generale alla ricerca sul nursing. La letteratura è ricca di entrambi i tipi di misura: ma bisogna ammettere che sono ancora molto rari gli esempi di applicazioni gestionali concrete.

- 1) DALLEY J, SIMM J. *Nurses' perception of physiotherapists as rehabilitation team members.* **Clin Rehabil** 2001; 15: 380-389
- 2) TARICCO M. *Nursing e riabilitazione nel mieloso e nel traumatizzato cranio-encefalico.* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1998
- 3) TISCHLER H, PLATZER A, VIAN P, GENETTI B. *The FIM scale as a planning tool for medical, nursing and physiotherapy requirements in rehabilitation. Use in a recovery and functional rehabilitation unit at Merano hospital.* **Eur Med Phys** 2001; 37: 39-50
- 4) HATFIELD A, HUNT S, WADE DT. *The Northwick Park Dependency Score and its relationship to nursing hours in neurological rehabilitation.* **J Rehabil Med** 2003; 35: 116-120