

Interdisciplinarietà e comunicazione in pneumologia. If we discuss it, we do it!

Interdisciplinarity and communication in pneumonology. If we discuss it, we do it!

Massimiliano Polastri¹

Lara Pisani²

Vincenza Sonia Dell'Aquila³

Stefano Nava⁴

- 1 Fisioterapista, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Policlinico di Sant'Orsola
- 2 Medico pneumologo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Policlinico di Sant'Orsola
- 3 Infermiera, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Policlinico di Sant'Orsola
- 4 Medico pneumologo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Policlinico di Sant'Orsola.

Corrispondenza:
Massimiliano Polastri
Unità Operativa Medicina
Fisica e Riabilitazione, Azienda
Ospedaliero-Universitaria di
Bologna. Policlinico di Sant'Orsola
Via G. Massarenti 9,
Bologna 40138, Italy
E-mail : gbptap1@gmail.com

© CNAI 2019
Professioni Infermieristiche
Contributi

RIASSUNTO

Frequentemente nei setting di cura ogni professione comunica e apprende informazioni tramite la lettura e la compilazione della documentazione clinica della persona; questa è una pratica consolidata nonché dovuta e resa necessaria anche dal punto di vista medico-legale. Tuttavia, il valore intrinseco di un più diretto scambio di informazioni contribuisce ad arricchire il quadro conoscitivo dei dettagli clinici, ambientali, psicologici dell'utenza. L'assenza di momenti comunicativi intra team può rappresentare una barriera sostanziale per la continuità di cura e per la stesura, definizione ed implementazione di obiettivi terapeutici realistici ed appropriati. La garanzia di appropriatezza e sicurezza delle cure continuano ad essere dei pilastri centrali in riabilitazione polmonare; d'altro canto, la ristrettezza di risorse economiche, strutturali ed umane rappresentano il principale limite all'applicazione di un modello basato su disponibilità ottimali di mezzi.

PAROLE CHIAVE: Patologie polmonari; Team di cura; Sicurezza; Riabilitazione

ABSTRACT

Frequently in the care settings each profession communicates and learns information through the reading and compilation of the person's clinical documentation; this is a consolidated as well as necessary practice from the medical and legal point of view. However, the intrinsic value of a more direct flow of information contributes to enriching the knowledge framework of clinical, environmental, and psychological details of patients. The absence of intra-team communication moments can represent a significant barrier to the continuity of care and the development, definition and implementation of realistic and appropriate therapeutic goals. Guaranteeing the appropriateness and safety of care continues to be central pillars in pulmonary rehabilitation; on the other hand, the economic, structural and human resources constraints, represent the main limit to the application of a model based on optimal availability of resources.

KEYWORDS: Pulmonary diseases; Patient care team; Safety; Rehabilitation

INTRODUZIONE

La collaborazione interdisciplinare è un processo per mezzo del quale diverse figure professionali lavorano insieme al fine di ottenere un impatto positivo nel percorso di cura con l'intento ultimo di migliorarne gli outcomes (Zwarenstein et al., 2009). Le dinamiche di interdisciplinarietà vanno favorite laddove non già implementate, e gestite con appropriatezza qualora già presenti. Nel primo caso, trattasi di facilitare i processi comunicativi e di scambio di informazioni tra i diversi componenti dell'equipe includendo i vari livelli professionali: medico-infermiere-fisioterapista (MIF). Frequentemente nei setting di cura ogni professione comunica e apprende informazioni tramite la lettura e la compilazione della documentazione clinica della persona; questa è una pratica consolidata, nonché dovuta e resa necessaria anche dal punto di vista medico-legale. Tuttavia il valore intrinseco di un più diretto scambio di informazioni contribuisce ad arricchire il quadro conoscitivo dei dettagli clinici, ambientali, psicologici dell'utenza. L'assenza di momenti comunicativi intra team può rappresentare una barriera sostanziale per la continuità di cura e per la stesura, definizione ed implementazione di obiettivi terapeutici realistici ed

appropriati. Come anticipato sopra, laddove le consuetudini comunicative di un gruppo professionale costituito da figure diverse, non si integrino in briefings quotidiani, lì c'è il bisogno di intervenire con politiche di facilitazione implementate dall'alto qualora non ritenute necessarie dai professionisti stessi: il professionismo è confronto.

È verosimile ipotizzare che nei setting dove il flusso comunicativo avviene solo per effetto della mera compilazione della documentazione clinica, è più probabile lo svilupparsi dei fenomeni di autoreferenzialità ed isolamento professionale: sviluppi negativi del percorso di cura. In un simile contesto, è altrettanto verosimile che i fenomeni di autoreferenzialissimo si perpetuino per mezzo di dinamiche infragruppo dove ogni componente di una determinata professione tende alle relazioni solo con i propri pari. La qualità delle informazioni comunicate tra i pari sarà inevitabilmente carente di tutti i dettagli clinici riferiti alla globalità dei casi di specie.

Nella seconda ipotesi, ovvero laddove le dinamiche comunicative integrino già il livello interdisciplinare, in quel caso è necessaria una lettura critica del flusso informativo e della relativa appropriatezza. Quali sono le singole componenti delle informazioni che fluiscono all'interno del team? Ogni figura è coinvolta nell'esprimere un parere o nel proporre

alternative terapeutiche? Quale livello reale di partecipazione è facilitato? Nei team dove i briefings multidisciplinari sono attivi, è necessario che si possa attuare un modello comunicativo trasversale che preveda inoltre sollecitazioni circolari tra le professioni MIF.

Briefings quotidiani

L'approccio terapeutico alla persona affetta da patologia polmonare richiede certamente il coinvolgimento delle professioni MIF. È necessario ricordare che, con riferita attenzione al trattamento fisioterapico, il tempo terapeutico inteso in senso stretto considera inevitabilmente anche i momenti dedicati al flusso informativo, alla compilazione della documentazione, ed alle attività di counselling (Grill et al., 2010). Qual è la qualità delle informazioni che fluiscono tra pari nelle professioni MIF? È verosimile disegnare un modello specialistico, riferito a dettagli specifici e pertinenti dei MIF: il medico comunica dettagli medici ad un pari, così l'infermiere, così il fisioterapista. Questa omogeneità comunicativa può essere disintegrata e ricostruita utilizzando flussi disomogenei ed arricchiti dove la qualità dell'informazione è più orientata a trasmettere, ricevere ed integrare. Quest'ultimo processo, ovvero l'integrazione delle singole informazioni, è la parte predominante del modello che meglio si adatta ai setting complessi: quello trasversale. L'attuazione di quest'ultimo trova massima espressione nella partecipazione delle professioni MIF a briefings quotidiani; efficaci nella modalità "morning briefing". Quest'ultimo modello comunicativo permette la trasmissione tra MIF delle informazioni globali dei casi all'inizio della giornata: ovvero la somma delle informazioni e la loro sintesi/integrazione. Il modello morning briefing trova sempre maggior interesse tra le professioni MIF.

Comunicazione e sicurezza delle cure

Uno dei principali vantaggi del modello di comunicazione trasversale risiede nella capacità di veicolare con maggior impatto comunicativo i safety issues: la trasmissione verbale delle situazioni di potenziale pericolo. È stato osservato come la trasmissione cartacea delle informazioni, anche di carattere clinico, sia fonte di potenziali errori (Patterson et al., 2002). Il paziente affetto da patologia polmonare, ed in particolar modo quando ricorrono condizioni di esacerbazione dei sintomi di interesse riabilitativo (dispnea, fatica, limitata tolleranza al movimento), è un potenziale portatore attivo di numerosi vizi non solo di quelli legati alla deambulazione, alla postura, all'equilibrio ma anche di problemi che coinvolgono altre sfere della riabilitazione, come ad esempio la deglutizione. La somma dei precedenti difetti può, e molto spesso è, la condizione sulla quale si struttura il deficit motorio che contribuisce a ridurre le autonomie quotidiane, a favorire l'insorgenza di atteggiamenti posturali viziati e disturbi -anche importanti- della deambulazione autonoma. Un paziente portatore di rilevanti deficit del controllo motorio e della deambulazione, è un soggetto a rischio di caduta. Il paziente pneumologico è un fruitore preciso di specifici percorsi riabilitativi di cura. La riabilitazione polmonare è un trattamento tera-

peutico multidisciplinare e personalizzato che considera i bisogni del singolo individuo in accordo al tipo di patologia, alle comorbidità, ai sintomi, alla tolleranza all'esercizio, alla disabilità funzionale, ed agli obiettivi terapeutici (Rochester and Spruit, 2017). Con l'intento di sviluppare un'accezione globale della riabilitazione polmonare, è stato recentemente introdotto il concetto di riabilitazione del paziente con problemi respiratori, alla luce dell'evoluzione delle attività riabilitative nell'ambito dei disturbi polmonari (Ambrosino, 2016).

Frailty

Il portatore di patologia polmonare severa è spesso anziano, ha affrontato diversi episodi di ospedalizzazione, è affetto da forme croniche evolutive, la cura frequentemente si interrompe alla fine del ricovero. Questa popolazione è caratterizzata da una particolarità intrinseca, la fragilità. Le condizioni di un soggetto fragile non possono essere affrontate senza un consensus interdisciplinare ampio e condiviso tra le professioni MIF che si alternano nell'intero percorso di cura. La continuità di cura, la diffusione di una mentalità collaborativa tra le professioni MIF, la garanzia di appropriatezza e sicurezza delle cure continuano ad essere dei pilastri centrali nel percorso terapeutico dell'utenza affetta da patologia polmonare; d'altro canto, la ristrettezza delle risorse economiche, strutturali ed umane rappresentano il principale limite all'applicazione di un modello basato su disponibilità ottimali -o sub ottimali- di mezzi.

È dunque un bene attribuire il dovuto valore ai processi comunicativi di tipo trasversale, la cui forza contribuisce a comporre in un continuum le parti di un percorso di cura sicuro, appropriato, ed efficace. If we discuss it, we do it!

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosino, N. (2016) Il mare d'inverno. Rimini dal 10 al 12 marzo. Report dal "3rd International Conference on Respiratory Physiotherapy". *Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria* 15, 11.
- Grill, E., Huber, E.O., Gloor-Juzi, T., Stucki, G. (2010) Intervention goals determine physical therapists' workload in the acute care setting. *Physical Therapy*, 90 (10), 1468-1478.
- Patterson, E.S., Cook, R.I., Render, M.L. (2002) Improving patient safety by identifying side effects from introducing bar coding in medication administration. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 9 (5), 540-553.
- Rochester, C.L., Spruit, M.A. (2017) Maintaining the benefits of pulmonary rehabilitation. The holy grail. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 195 (5), 548-551.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009) Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000072