



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA
Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali
CORSO DI STUDIO IN FISIOTERAPIA
CARTELLA DIDATTICO-RIABILITATIVA
Ambito cardiorespiratorio
3° anno - Anno Accademico _____

STUDENTE _____ MATRICOLA _____

SEZIONE DI CORSO

BRESCIA

CREMONA

MANTOVA

SEDE DI TIROCINIO: _____

VALUTAZIONE FINALE ELABORATO (assistente/tutor clinico):

adeguato

non adeguato

Commenti e suggerimenti dell'assistente all'elaborato

ASSISTENTE _____

TUTOR CLINICO _____

TUTOR DIDATTICO _____

PREMESSA

La cartella didattico-riabilitativa rappresenta un importante momento di riflessione sull'esperienza di tirocinio clinico ed un valido strumento di apprendimento per stimolare lo studente ad acquisire tutti gli elementi utili a sviluppare la capacità di ragionamento clinico, presupposto di ogni pratica riabilitativa.

La compilazione della cartella deve iniziare fin dall'inizio del tirocinio e deve proseguire per tutta la presa in carico del paziente. In questo modo lo studente è guidato nell'acquisizione dei dati pertinenti al caso e necessari per meglio potersi confrontare con il proprio assistente/tutor di tirocinio.

È attraverso questo strumento che lo studente impara, inoltre, a redigere la documentazione che comunemente viene compilata anche dai Fisioterapisti in relazione alla persona assistita.

La cartella didattico-riabilitativa proposta è stata redatta in coerenza con le fasi del processo riabilitativo. Rispetta, quindi, un percorso logico costituito da un susseguirsi di tappe che favoriscono l'individuazione dei problemi di interesse riabilitativo del paziente e delle relazioni esistenti tra i vari fattori che li determinano.

Le tappe del processo, ricordiamo, comprendono: raccolta dei dati, identificazione dei problemi (da cui scaturisce la diagnosi riabilitativa), definizione degli obiettivi (da cui scaturisce la prognosi riabilitativa), pianificazione delle azioni (da cui scaturisce il programma riabilitativo), attuazione degli interventi e valutazione di processo e di esito (valutazione degli *outcome* primari e secondari).

Cornice di riferimento il modello bio-psico-sociale.

Secondo questo modello, a partire dalla specifica condizione di salute del paziente ed ai fini della presa in carico riabilitativa è necessario considerare non solo le alterazioni delle strutture corporee e della funzione conseguenti all'evento indice ma anche i fattori di contesto (ambientali e personali) che caratterizzano l'ambiente di vita della persona.

Questi ultimi sono fondamentali nel determinare quanto la patologia impatti sulla qualità di vita di un soggetto e nel meglio definire obiettivi terapeutico-riabilitativi condivisi con il paziente.

Momento fondamentale della presa in carico riabilitativa è la raccolta dei dati soggettivi e oggettivi.

Benché l'obiettivo formativo clinico generale del 3° anno di corso sia la definizione del programma riabilitativo, la valutazione rimane l'elemento cardine di tutto il processo.

Per questo motivo, nella cartella proposta, verrà chiesto allo studente di individuare i dati di interesse riabilitativo (rilevati mediante consultazione della documentazione clinica, colloquio con il paziente e *assessment* fisioterapico) ma anche e soprattutto di motivarne la rilevanza specificando in che modo essi possano influenzare o modificare il percorso riabilitativo.

Allo studente verrà chiesto, inoltre, di individuare e argomentare le relazioni tra i dati raccolti, determinare la diagnosi fisioterapica, gli obiettivi e la possibile prognosi riabilitativa. Tanto più la valutazione sarà completa e pertinente al caso tanto più il programma riabilitativo potrà essere coerente con i bisogni riabilitativi del paziente.

Nel definire il programma riabilitativo verrà chiesto allo studente di:

- correlare ogni proposta riabilitativa ad uno specifico obiettivo e ad un possibile indicatore di risultato (necessario a misurare l'efficacia dell'intervento attuato)
- scegliere possibili e pertinenti strumenti di valutazione degli *outcome*
- dettagliare le proposte riabilitative
- stabilire e argomentare le priorità di intervento.

Lo studente deve redigere la cartella didattico-riabilitativa in autonomia seppur con la supervisione del proprio assistente/tutor clinico che dovrà valutare l'elaborato fornendogli un *feedback*.

A. DATI GENERALI E ANAMNESI (desumibili dalla lettura della cartella clinica, dal colloquio con il paziente e/o i familiari e dal colloquio con altri membri del team multidisciplinare)

Cognome e nome (iniziali) _____ età _____ sesso F M

Peso _____

Altezza _____

Body Mass Index (peso in kg/altezza 2): _____ (valore/classificazione)

Nazionalità _____ Scolarità _____

Professione _____

paziente ambulatoriale paziente ricoverato dal _____ (data)

ospite Centro Diurno Anziani ospite RSA

proveniente da altra struttura _____

Presidi:

sondino n/g

P.E.G.

catetere vescicale

catetere venoso centrale

altro _____

Diagnosi di accettazione: _____

Data evento indice: _____

Specificare se d'esordio o riacutizzazione _____

Anamnesi Patologica Remota e comorbilità associate

Anamnesi Patologica Prossima

Comorbilità

Indagini strumentali (data e sintesi del referto)

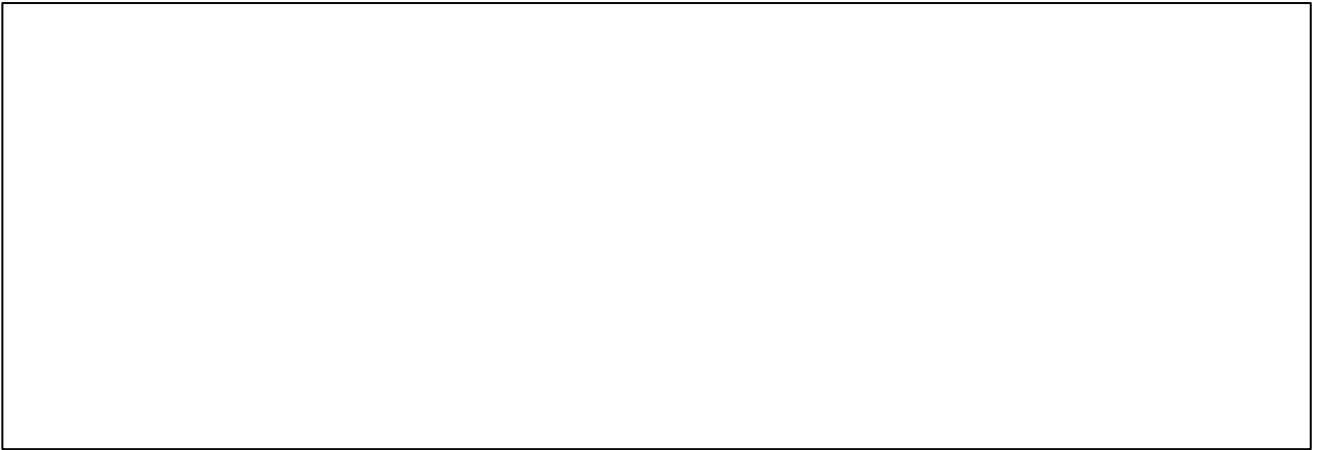
Dolore (caratteristiche - a fitte, continuo, intermittente, acuto, diffuso, superficiale, profondo, soffuso - modalità d'insorgenza, localizzazione, risposta alle attività funzionali, fattori allevianti/aggravanti)

Terapia farmacologica in atto (compresa aerosolterapia o ossigenoterapia)

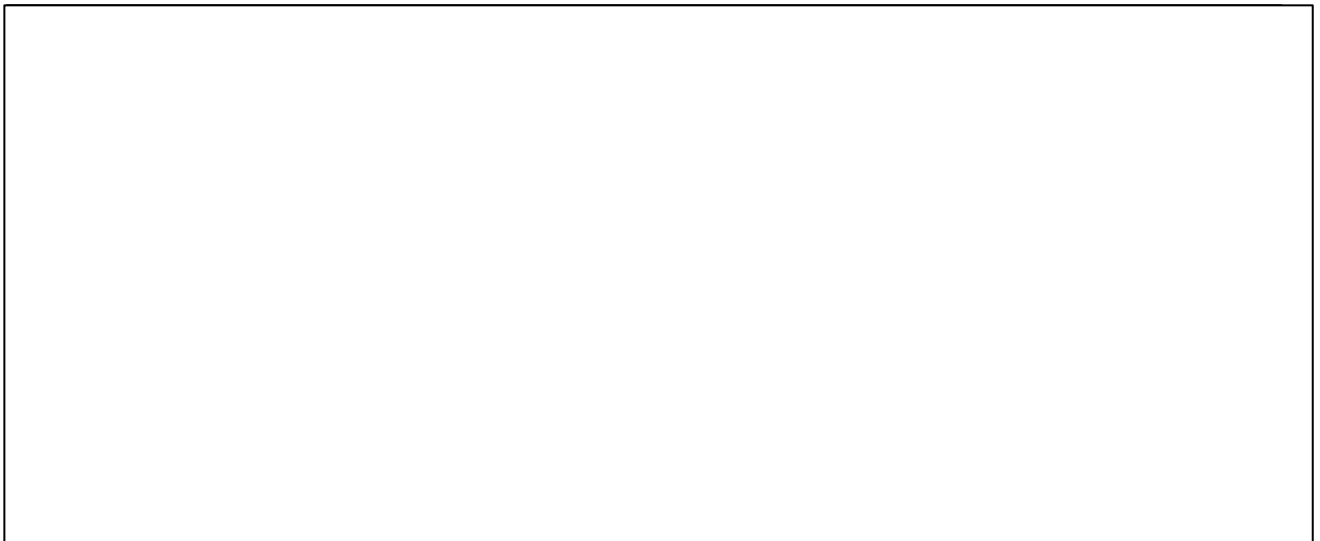
Eventuali *device* respiratori (che tipo di *device*? con che obiettivo è stato inserito? era già in dotazione al paziente? è stato inserito durante l'attuale trattamento? è da utilizzare anche al domicilio?)

Autonomia nelle ADL e qualità della vita (impatto della patologia nelle ADL e nella vita lavorativa e di relazione)

Anamnesi riabilitativa

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording the patient's rehabilitation history.

Abitudini di vita (attività prevalenti della vita quotidiana) /fumo (quanto, da quanto tempo, cessato da...)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording the patient's daily life habits and smoking status.

Stato emotivo, obiettivi e aspettative del paziente

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording the patient's emotional state, goals, and expectations.

B. ASSESSMENT CLINICO - RIABILITATIVO

ASPETTI PSICO-COMPORTAMENTALI

Stato di coscienza	Comportamento	Orientamento			Comunicazione	Consapevolezza della malattia
<input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Attento <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Adeguato <input type="checkbox"/> Agitazione <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Rallentamento <input type="checkbox"/> Altro_____	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Adeguata <input type="checkbox"/> Altro_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

PARAMETRI DI BASE (pressione arteriosa PA – frequenza cardiaca FC – frequenza respiratoria FR)

--

VALORI DELL'EMOGASANALISI (PaO₂ – PaCO₂ – SaO₂ o saturazione – PH – HCO₃...)

--

VOLUMI DINAMICI E VOLUMI STATICI: SPIROMETRIA (FCV – FEV₁ – FEV₁/FCV – PEF) e PLETISMOGRAFIA (VR – CFR – CPT)

--

TOSSE

CARATTERISTICHE	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non efficace <input type="checkbox"/> Altro	Picco di tosse (litri/minuto) _____
	<input type="checkbox"/> Produttiva	<input type="checkbox"/> In grado di tossire ed espettorare <input type="checkbox"/> In grado di tossire e deglutire
ESPETTORATO	<input type="checkbox"/> Qualità _____ _____	<input type="checkbox"/> Quantità _____

SCALE DI MISURA DELLA DISPNEA: NOME SCALA, PUNTEGGIO e NOTE (es. scala Borg/da allegare)

MISURE DI TOLLERANZA ALLO SFORZO/NOME SCALA, PUNTEGGIO e NOTE (es. 6MWD/da allegare)

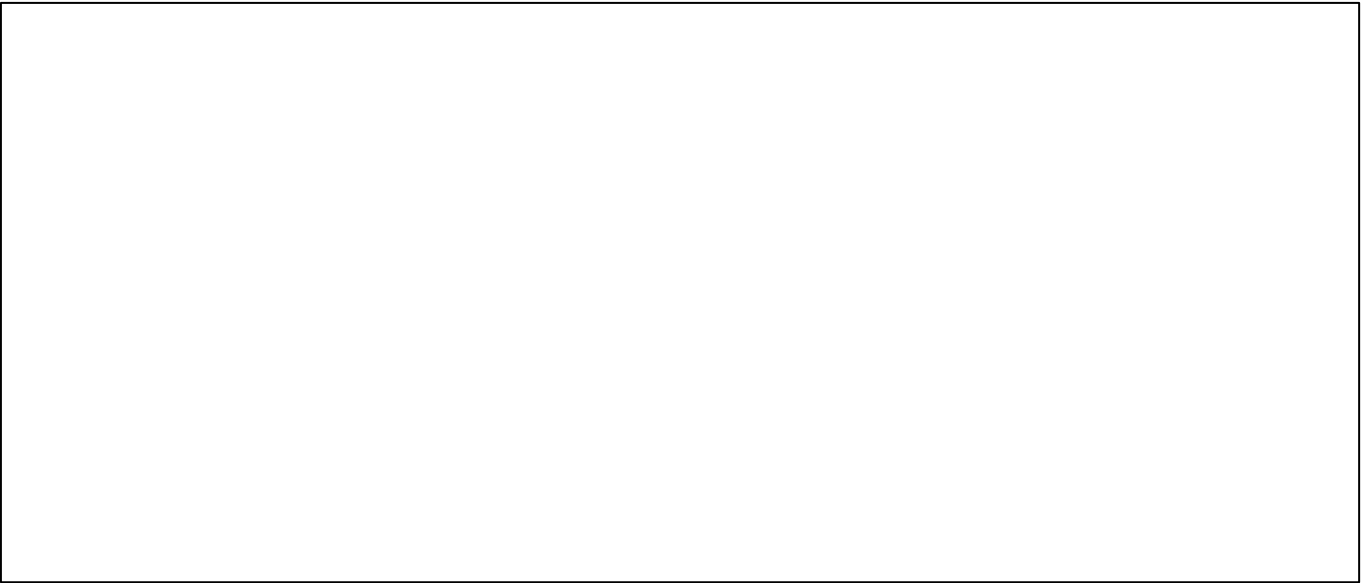
ALTRE EVENTUALI SCALE DI MISURA (da allegare)

OSSERVAZIONE CLINICA (rileva e descrivi le implicazioni di segni quali cianosi, ippocratismo digitale, edemi declivi, stato d'idratazione, stato della cute in generale, ferite ed esiti cicatriziali, ecc.)

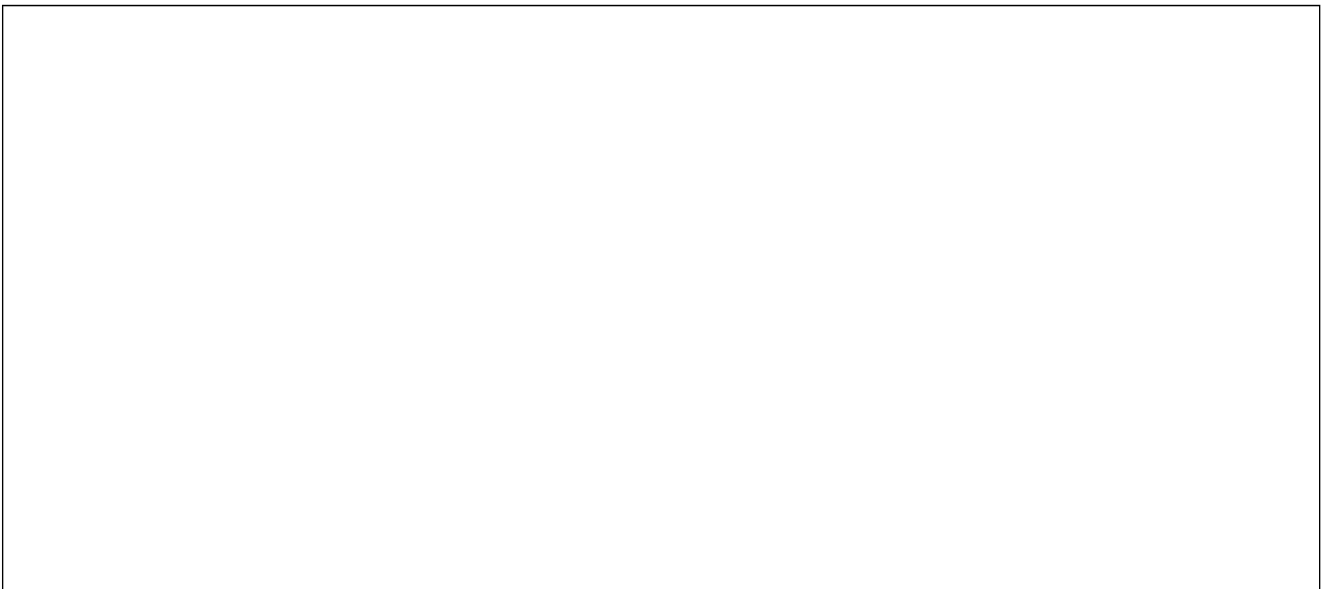
POSTURE (descrivi come il paziente assume le diverse posture sdraiato a letto, seduto, eretto e le caratteristiche della deambulazione; descrivi le posture privilegiate argomentando le implicazioni)

OSSERVAZIONE MORFOLOGICA (rileva e descrivi le implicazioni di eventuali alterazioni, diametri della gabbia toracica, aumento degli spazi intercostali, orizzontalizzazione delle coste, alterazione conformazione dello sterno, conformazione della colonna vertebrale, addome, ecc.)

OSSERVAZIONE DEL MODELLO VENTILATORIO (rileva e descrivi le implicazioni di eventuali alterazioni della dinamica inspiratoria ed espiratoria quali alterazioni della motilità diaframmatica, ipomobilità della gabbia toracica, *tirage* intercostale, presenza di respiro paradossale, reclutamento della muscolatura accessoria, posture obbligate, ecc.)



C. DIAGNOSI FUNZIONALE/FISIOTERAPICA (determinazione, basata sulla valutazione ed il ragionamento clinico, dei danni strutturali, delle limitazioni funzionali, delle restrizioni della partecipazione risultanti da disfunzioni di movimento correlate allo specifico patologico del paziente; la diagnosi tiene conto di fattori che possono influenzare negativamente ma anche positivamente il funzionamento della persona ed è necessaria a "dirigere la prognosi, il piano di cura e gli interventi terapeutici")



Note per la compilazione: nella definizione della diagnosi funzionale/fisioterapica organizza e descrivi i dati raccolti mediante l'anamnesi e l'*assessment* della persona, sottolineandone le correlazioni e le interdipendenze ed argomentando la rilevanza in termini di priorità (intesa quindi come importanza).

Domande di riflessione per lo studente:

- *La diagnosi fisioterapica è rappresentativa dei reali problemi riabilitativi del paziente?*
- *Nella diagnosi è descritto in che modo le menomazioni individuate possono influenzare le attività e la partecipazione del paziente?*
- *La mia diagnosi mi consente di stabilire le priorità di intervento rispetto ai bisogni riabilitativi del paziente?*

D. PROGNOSE FISIOTERAPICA/OUTCOME GLOBALE ATTESO (predizione del livello di funzionamento ottimale della persona come risultato atteso del trattamento riabilitativo)

Note per la compilazione: nella definizione della prognosi fisioterapia esplicita ed argomenta il risultato atteso ed i tempi previsti per raggiungerlo, i fattori predittivi positivi e negativi quali complessità, gravità, acutezza o cronicità e decorso atteso, stato generale premorboso della persona, ecc.

Domande di riflessione per lo studente:

- *Nella prognosi ho riportato il miglior funzionamento raggiungibile dalla persona assistita e il tempo indicativo necessario per raggiungerla?*
- *Ho tenuto conto dei fattori predittivi positivi e negativi sia di natura clinica che di contesto (personali ed ambientali)*

E. OBIETTIVI FISIOTERAPICI (coincidono con i **risultati attesi** e quindi con i cambiamenti previsti, in termini di funzionamento della persona, quale esito dell'intervento fisioterapia deciso ed attuato; devono essere centrati sulla persona e con essa condivisi, specifici, misurabili, realistici e limitati come previsto dal metodo **S.M.A.R.T.**; sono la "logica" conseguenza della valutazione ovvero dell'interpretazione dei dati soggetti ed oggettivi raccolti)

F. Esplicita di seguito gli obiettivi prioritari (correlandoli ai problemi rilevati)

Note per la compilazione: vanno descritti **obiettivi fisioterapici specifici per la persona** definendo, per ciascuno di essi, anche: livello di priorità, *timing* alla data della definizione (breve - medio o lungo termine), strumenti di misura, cronogramma delle rilevazioni (ogni quanto??), indicatori di risultato (a breve, medio e lungo termine). Vanno inoltre argomentati, livello di importanza, relazioni ed interdipendenze.

Ulteriori obiettivi (inserisci qui eventuali obiettivi secondari)

G. INTERVENTI FISIOTERAPICI (vengono scelti e poi implementati sulla base della raccolta dati, della diagnosi e degli obiettivi ad esse correlati)

- Individuale Di gruppo Educazionale

Problema	Obiettivo	Intervento

Note per la compilazione: collega sempre l'intervento all'obiettivo ed al problema ad esso correlato; per ogni intervento specifica: attività, risorse strumentali e personali utilizzate, *setting*, frequenza, durata, intensità, accorgimenti o precauzioni specifiche per la persona, ecc.). Argomentare le scelte.

INTERVENTO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Note per la compilazione: descrivi brevemente gli interventi educazionali previsti specificando obiettivi, attività, risorse strumentali e personali, cadenza.

DESCRIVI UNA SEDUTA "TIPO" INDIVIDUALE E/O DI GRUPPO

H. EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO DELLE DECISIONI ASSUNTE

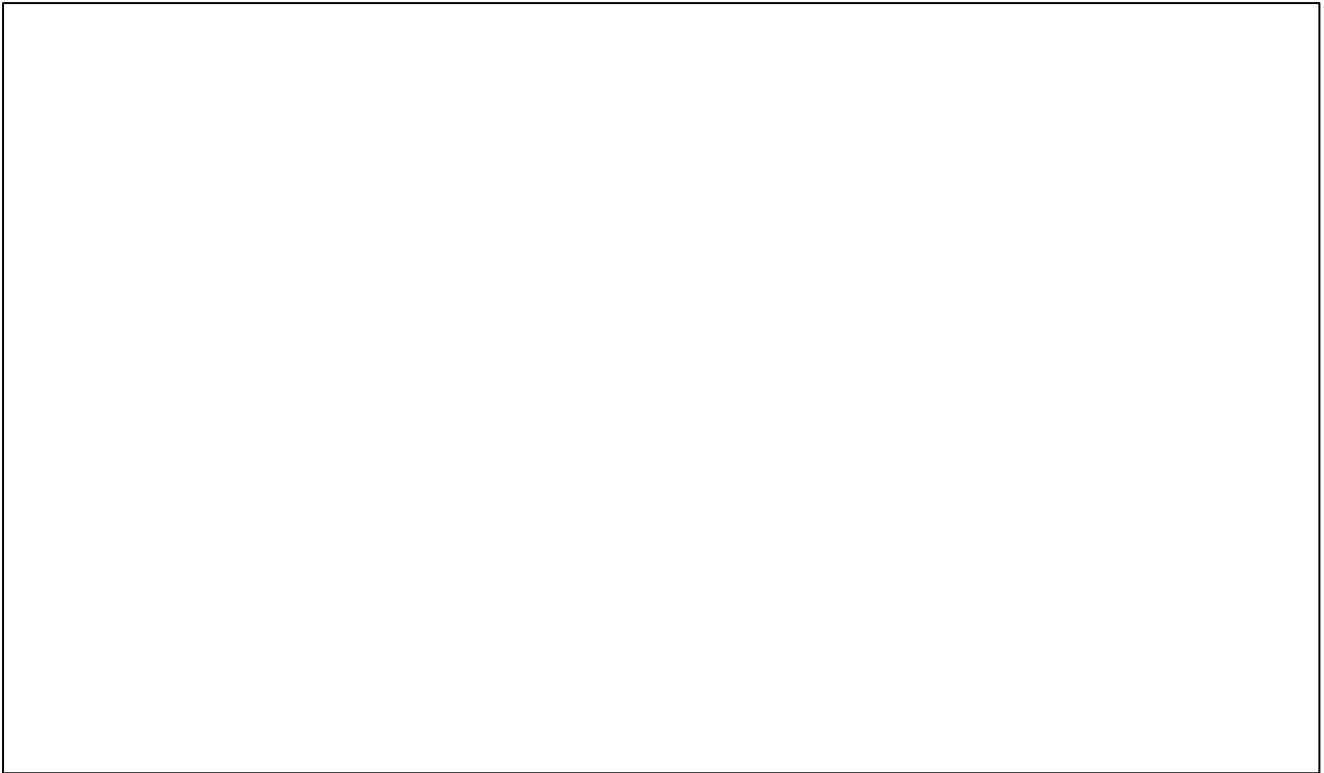
Note per la compilazione: effettuare una ricerca nelle principali banche dati di articoli o *review* inerenti allo specifico caso clinico-riabilitativo; analizza e descrivi brevemente il contenuto e indica in che modo le informazioni fornite possano esserti di supporto nel trattamento o nel modificare le decisioni prese. Della bibliografia reperita è necessario riportare il riferimento completo (autori, titolo, anno, rivista, volume, pagine...).

Domande di riflessione per lo studente:

- *I contenuti del/degli articoli sono applicabili allo specifico caso clinico?*
- *A tuo giudizio, i risultati riportati nell'articolo/articoli sono trasportabili nella tua pratica clinica?*

DATA	

L. VERIFICA DEI RISULTATI (da effettuare al termine della presa in carico riabilitativa da parte dello studente al fine di verificare gli scostamenti tra risultati attesi e risultati ottenuti; lo studente dovrà argomentare, evidenziando risorse e limiti, le possibili cause di questi scostamenti)



N. FEEDBACK DEL TUTOR DIDATTICO (inerente gli aspetti metodologici):

Commenti e suggerimenti del tutor didattico d'anno all'elaborato (punti di forza, punti di debolezza, proposte di miglioramento...)

