

INTRODUZIONE

Le unità di ortopedia e riabilitazione hanno sempre suscitato grande interesse in me e, fin da quel mio primo tirocinio di 3 anni fa nel reparto di fisiatria dell'ospedale di Asti, ho sentito una forte attrazione e senso di appartenenza a quell'ambiente.

Mi appassionai al punto che, non fu un semplice tirocinio; la mia sete di sapere mi portò a "sforare" ben oltre gli obiettivi specifici di apprendimento clinico, e cercai di capire le problematiche relative all'integrazione tra le figure professionali dell'infermiere e della fisioterapista. Inizialmente tutto era limitato a una semplice curiosità. Ero affascinato dalla velocità con cui gran parte dei pazienti recuperava le sue funzioni motorie perdute, cercavo di seguire le sedute di rieducazione nelle palestre e mi facevo raccontare dalle fisioterapiste che cosa stavano facendo.

Però c'era ancora qualcosa che mi lasciava in bocca il sapore dell'incompletezza. Sentivo che quello che già facevo non era sufficiente. All'epoca, la mia giornata lavorativa di studente mi permetteva di passare molto più tempo a diretto contatto con le persone ricoverate rispetto agli infermieri di ruolo. Così mi resi conto di un aspetto molto interessante: i pazienti, i famigliari e, purtroppo anche alcuni operatori, pensavano che la funzione riabilitativa della struttura fosse delegata alle sole 2 o 3 ore di trattamento specifico erogato dalle fisioterapiste nelle palestre; mentre il reparto veniva visto semplicemente come area di stazionamento passivo. Da quel momento iniziai a porre delle domande molto più mirate alle fisioterapiste, con il preciso intento di imparare al meglio le corrette tecniche di mobilizzazione e di trasferimento, cercando di non

trascurare l'importante coinvolgimento emotivo del paziente. Notai anche un'altra cosa, i pazienti ortopedici che venivano trasferiti in fisioterapia dopo un intervento all'anca o al ginocchio, erano un po' come spaesati; gli si ripeteva continuamente le stesse raccomandazioni e divieti (i movimenti da evitare perché altrimenti provocherebbero la lussazione dell'articolazione), ma tanti di loro era come se dimenticassero tutto.

Parlando con il tutor clinico, venne fuori che sarebbe stata una buona idea provare a realizzare, per uno studio guidato o magari una tesi, un opuscolo informativo, dove fosse riassunto un po' tutto quello che i pazienti dovrebbero sempre tenere a mente, sia durante il ricovero che durante il primo periodo post-dimissione.

L'altro aspetto che mi lasciava perplesso riguardava l'interazione fra infermieri del reparto e fisioterapisti. Avevo come l'impressione che mancasse collaborazione, non c'era quasi passaggio di informazioni. Sono proprio su questi due aspetti che ho voluto incentrare la mia tesi; problemi che ho scoperto, approfondendo le mie ricerche, essere strettamente correlati: in quanto il lavoro dei singoli professionisti svolto individualmente, influisce sul percepito dai pazienti, i quali si sentono attivamente inseriti nel programma riabilitativo solo durante le ore di palestra. A lezione mi era stato sottolineato che non dovrebbe assolutamente essere così. Inoltre, se il team riabilitativo ha come presupposto il porre al centro dell'attenzione il paziente, la creazione di un opuscolo contenente informazioni utili, non può che essere coerente con questo scopo.

Così ho scelto di orientare le mie indagini, non solo sui due singoli fronti (gradimento dell'opuscolo e senso di appartenenza al team riabilitativo), ma anche sull'interazione e l'influenza che

eventualmente potrebbero avere questi due argomenti l'uno sull'altro.

In particolare questa tesi descrive, nella prima parte, gli aspetti più generali della mobilità e del movimento. Sono stati riportati dei cenni di anatomia, fisiologia, cinesiologia e patologia del sistema locomotore, con particolare attenzione all'articolazione coxo-femorale. Mi sono soffermato sulle patologie principali (fratture del collo e coxartrosi) che portano all'intervento chirurgico della sostituzione protesica della testa femorale, e sul relativo ruolo dell'infermiere nel gestire l'iter post-operatorio nel migliore dei modi, specie per non incorrere nelle complicanze.

Dato l'argomento trattato, si è rivelato indispensabile fornire anche degli accenni di come si avvia e organizza un progetto riabilitativo, chi sono e come si rapportano i componenti del team professionale con particolare attenzione nel descrivere il ruolo dell'infermiere in questo contesto, nonché un accenno al principale strumento dell'operatività del team, che è la riunione del gruppo.

Nella seconda parte, viene presentato l'opuscolo redatto e lo strumento usato per verificarne il gradimento (il questionario sottoposto ai professionisti e le interviste ai pazienti) con relativi risultati; nonché la metodologia e lo strumento usati per testare il senso percepito di appartenenza al team riabilitativo da parte dei professionisti dell'Asl di Asti, con relativi risultati.

Nella terza e ultima parte dell'elaborato vengono presentate le conclusioni.