


XXI CONGRESSO NAZIONALE PER INFERMIERI

Folgoria 29 settembre-1 ottobre 2017

LO SPAZIO E LE COMPETENZE DELLE RESIDENZE NELLA RETE DEI SERVIZI

Dr. Roberto Borin
Direttore Distretto AULSS 9 - Scaligera

- 
- * La Medicina riesce a salvare molte persone, non sempre a guarirle completamente: oggi si vive di più, ma spesso con più malattie
 - * Le malattie croniche rappresentano quindi la nostra sfida futura e ci costringeranno ad una modifica della attuale organizzazione della assistenza

OSPEDALE E TERRITORIO

OBIETTIVI DIVERSI

- * L'ospedale per acuti: focus sulla malattia e obiettivo la guarigione
- * Questo approccio è inadatto ad affrontare la cronicità, la lunga assistenza, le comorbidità e gli alti livelli di disabilità degli anziani: L'obiettivo quindi deve essere la **CURA CONTINUATIVA**

CARATTERISTICHE DELLA CRONICITA'

patologie cardiovascolari, tumori, demenza, disabilità, traumatizzati gravi, Aids, disturbi psichici...?

- * le cause (degenerative, traumatiche, etc.) spesso **non sono così importanti**
- * i farmaci a disposizione sono necessari, ma servono anche **"altri" interventi**
- * Gli interventi assistenziali devono essere **protratti nel tempo**

Fino ad ora le Case di Riposo

Mission delle Case di Riposo = *Cultura della*

Riabilitazione

Mantenimento funzioni residue

Riabilitazione cognitiva

Cura delle patologie acute intercorrenti

Recupero funzionale possibile



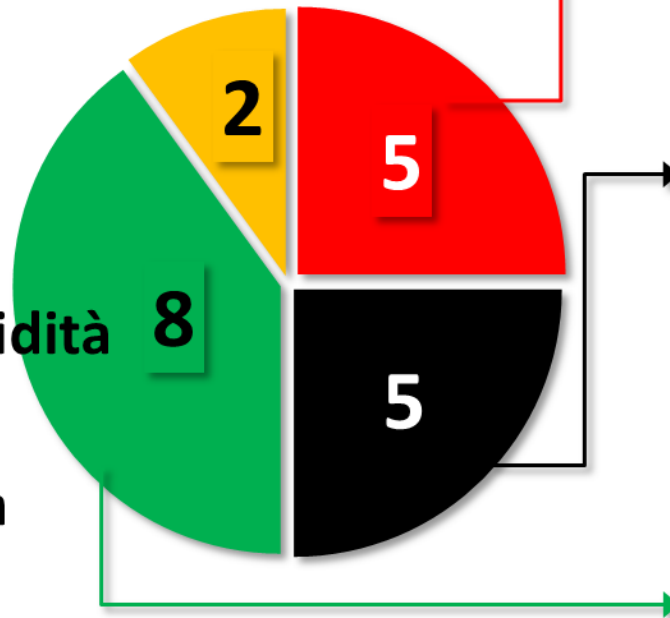
Proporzione delle cause di morte/anno (su 20 decessi/MMG/anno)

■ Cancro

■ Insuff. Croniche:
scompenso BPCO

■ Fragilità+Comorbidity
+Demenza

■ Morte improvvisa
inattesa



Traiettorie di malattia

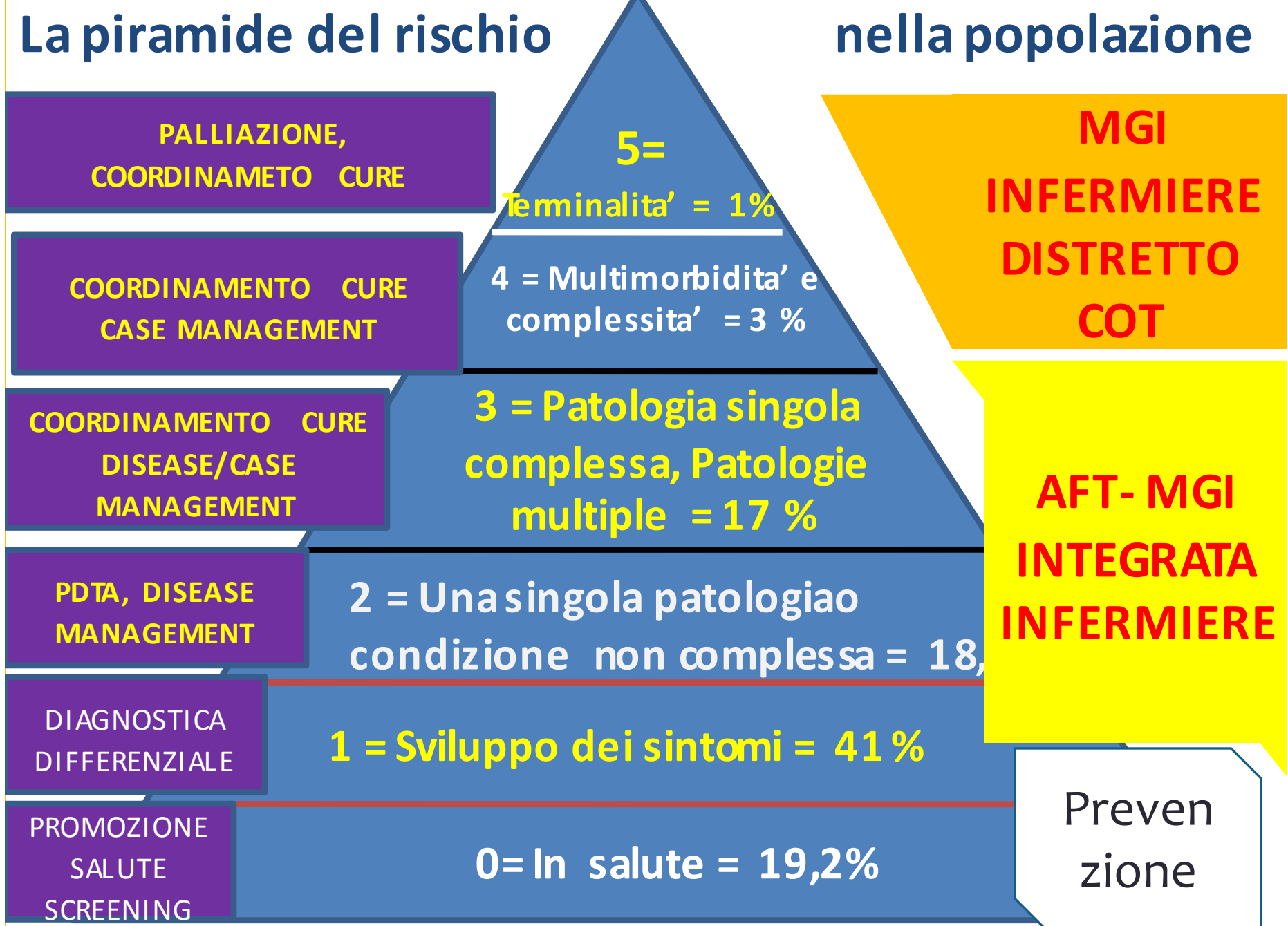


SONO QUINDI NECESSARI NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI

- * L'intervento deve essere centrato sulla persona e non sulla malattia
- * Il ricovero ospedaliero per assenza di risposte territoriali è inappropriato
- * Gli interventi (medici, sociali, riabilitativi) devono essere coordinati tra loro

La piramide del rischio

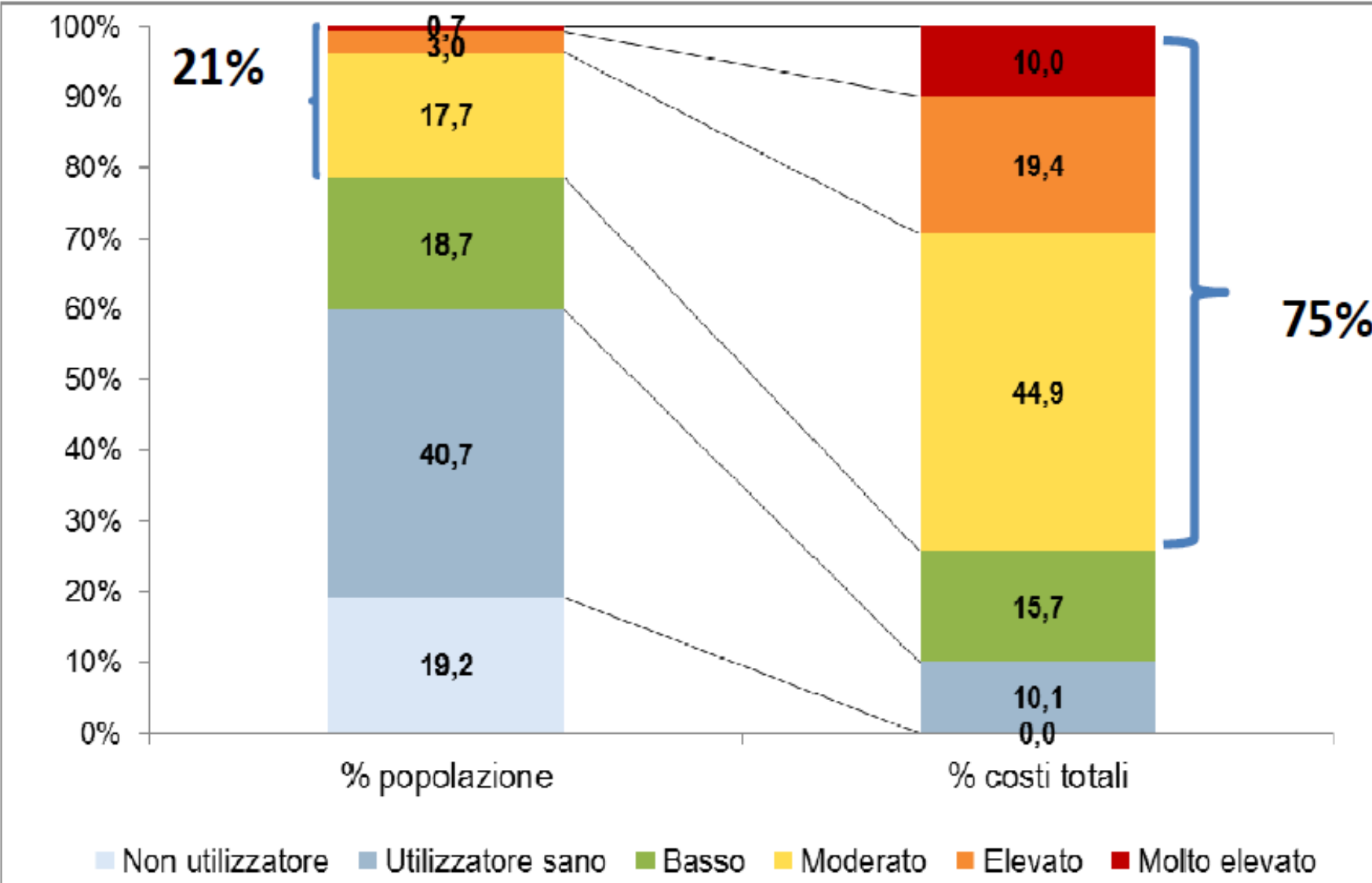
nella popolazione



STRUMENTI DI MANAGEMENT

PRESA IN CARICO

ACG: distribuzione per carico di malattia e utilizzo di risorse sanitarie nelle 6 ULSS



QUALI SERVIZI TERRITORIALI ?

..a progressiva "gradazione" secondo gli stadi della malattia

- * Servizi domiciliari (a casa del paziente)
- * Servizi semiresidenziali a diversa intensità (Centri diurni, Centri sociali, Alzheimer caffè)
- * Servizi residenziali in alternativa/sostituzione della assistenza del paziente a casa sua (per periodi limitati/per sempre)

L'OBIETTIVO è di garantire prioritariamente la cura a casa e, se non possibile, in strutture che assomiglino ad una casa e garantiscano una qualità di vita migliore

RIFLESSIONI SULLA SPESA

- * L' Ospedale costa (personale, alta tecnologia) ma sono più difficili gli sprechi (non inappropriatezze!): DRG, linee guida, ECM, esperienza..

Spesso l'efficienza e l'efficacia sono un obiettivo

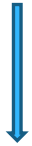
- * Il territorio gestito male, costa (personale) e può avere sprechi (e le inappropriatezze)
- * Il territorio gestito bene, diminuisce l'inappropriatezza anche dell'Ospedale

DOVE STIAMO LAVORANDO E QUALI PROSPETTIVE

- * **Ospedale per intensità di cura:** non più organizzato per patologie ma per gravità/livello di complessità assistenziale (Approccio multidisciplinare e integrazione; flessibilità uso personale e posti letto..)
- * **Aggregazioni dei MMG :** aggregazione nella stessa sede (coabitazione) dei professionisti che operano nel territorio
- * **Nuovo ruolo delle Strutture per anziani**
- * **Le cure intermedie**

Dove stanno andando le CDR/RSA ?

* **Anni '80**



Per persone sole

Ruolo prevalentemente sociale

Dove stanno andando le CDR/RSA ?

* Fine anni '90:

Per persone anziane (> 75), con compromissione dell'autonomia di grado elevato ma anche lieve

* Ora:

Grandi anziani (>84), gravemente compromessi nell'autonomia, con dipendenza totale, elevato n° di patologie, decadimento cognitivo e demenza, politrattamenti farmacologici

Dove stanno andando le CDR/RSA ?

Verso:



Altri servizi sociali alla Comunità locale

Domiciliari

Semiresidenziali

Nuclei speciali (SVP, SLA)

Gestori di pl di cure intermedie (Ospedali di Comunità, URT)

Cure palliative

La costruzione della rete territoriale

Strutture residenziali

- **Sperimentazione di collaborazione con strutture ospedaliere per patologie (telemedicina, scompenso cardiaco, sistema informativo)**
- **Aiuto nella ricerca di assistenti domiciliari preparate**
- **Ruolo di educazione al ben invecchiare, di medicina preventiva**

La costruzione della rete territoriale

Nuove forme di residenzialità "leggera" per anziani

- Ricoveri temporanei (anche per motivi sociali)
- Ricoveri di sollievo
- Ricoveri di convalescenza

La costruzione della rete territoriale

L'anagrafe della fragilità

Elenco degli anziani a rischio per età, storie di malattie, limitazioni dell'autosufficienza e condizioni psico-sociali (Progetto ACG)

Consequente riduzione del numero di persone alle quali indirizzare un intervento mirato

Collaborazione con il volontariato e sviluppo con la rete del volontariato

Piani di intervento con la Protezione civile (es. bombaday)

La costruzione della rete territoriale

- Tutela attiva della salute (progetto attività fisica e monitoraggio scompenso cardiaco, pazienti diabetici, ecc.)
- Prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari
- Gestione e autogestione del diabete

Le cure intermedie

Le cure intermedie sono un'area di servizi integrati, sanitari e sociali – domiciliari, residenziali e semiresidenziali, finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti.

Si rivolgono agli anziani che, in seguito a situazioni acute intercorrenti, hanno bisogno di un ulteriore periodo di istituzionalizzazione per recuperare l'autosufficienza e l'eventuale stabilizzazione del quadro clinico.

Obiettivi delle cure intermedie

Facilitare la transizione del paziente dall'ospedale a casa

Facilitare la transizione da una dipendenza medica a una indipendenza funzionale

Facilitare la transizione dei pazienti dall'ospedale ad un ambiente protetto

Prevenire il loro trasferimento dall'ospedale ad una istituzione

Accompagnare i pazienti nella fase terminale

Ridurre i costi legati al protrarsi del periodo di ricovero in ospedale per acuti

OSPEDALE DI COMUNITA'

- * Consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media-bassa medicalizzazione
- * Integrazione con forme assistenziali del Distretto
- * Alternativo al ricovero ospedaliero inappropriato
- * Alta flessibilità

OSPEDALE DI COMUNITA'

* PATOLOGIE TRATTABILI

- * BPCO riacutizzate, bpn non complicate
- * Vasculopatie subacute non complicate
- * Scompenso cronico
- * Cicli terapeutici in mal. Croniche
- * Malattie degenerative SNC (Parkinson,..)
- * Esiti non stabilizzati traumi e vasculopatie
- * Patologie infettive di non part. gravità

Comunità residenziali per anziani ?

- * Nuova modalità di sostenere l'invecchiamento
- * Opzione meno costosa e più soft per l'utente
- * Orientata al mantenimento delle autonomie e capacità dell'ospite
- * Coinvolgimento del tessuto sociale

Comunità residenziali per persone con demenza lieve ?

- * Quadro clinico non gravemente compromesso
- * Situazione familiare critica e non disponibile all'accoglienza
- * Supporto per la gestione della quotidianità e «sorveglianza»

Cardinal Scola, nel Discorso del Redentore:

“Non siamo piuttosto noi sani a chiedere la “morte degna”, mentre i malati chiedono una “vita degna” fino all’ultimo istante, fatta di quello che caratterizza l’uomo: la capacità di amare e di essere amati?”

É una morte *degn*a quella di chi può godere delle cosiddette “*cure palliative*”, destinate a rendere sopportabile la sofferenza nella fase finale della malattia. Anche mediante il ricorso a tipi di analgesici e sedativi che hanno collateralmente l'effetto di abbreviare la vita e perdita di coscienza.

É una morte *degn*a quella di chi è accompagnato dall'attenzione costante e amorosa di altre persone.

Le Cure Palliative:



Non sono solo TERAPIA DEL DOLORE

Non sono solo CURE TERMINALI

Non sono solo per MALATI DI CANCRO

Del resto:

**I malati con demenza terminale
hanno problemi simili a quelli
che muoiono di cancro.**

«Hughes JC, BMJ 2006»

Quando si parla della persona affetta da demenza in fase avanzata esistono ancora dei “luoghi comuni”

Ospedali considerati luoghi dove morire

Famigliari pensano che l'ospedale possa comunque fornire le cure migliori soprattutto nel paziente a domicilio con sintomi non controllabili

Medici sovrastimano la sopravvivenza, soprattutto dei pazienti affetti da demenza, con un ritardo nell'utilizzo delle cure palliative

Perché le Cure Palliative in Casa di Riposo?



- * Perché in Casa di Riposo sono in aumento i pazienti affetti da demenza per le difficoltà di gestione a domicilio (LUNGA FASE DI DIPENDENZA) (oltre il 70% presenta un deficit cognitivo; over 90 anni, **1 paziente su 2 ha demenza**)
- * Perché la maggior parte delle persone che viene accolta in Casa di Riposo vi muore
- * Perché la persona affetta da demenza in fase terminale è stata assistita per un lungo periodo di tempo da operatori che ne hanno una conoscenza approfondita e ha stabilito con essi una relazione

Perché le Cure Palliative in Casa di Riposo?



- * Perché è necessario dare un senso anche al vissuto degli operatori
- * Perché l'assistenza al paziente affetto da demenza in fase terminale inizia nel momento in cui egli viene accolto in struttura e viene messo in atto dalle semplici manovre di cura ed assistenza alla persona
- * Perché è già stato impostato un rapporto di fiducia con i familiari del paziente fondamentale per l'alleanza assistenziale
- * Per evitare ospedalizzazioni improprie

Sfida cure palliative anziano

Cambiamento culturale e dell'organizzazione

- Programmi di formazione specifici con integrazione dei principi delle cure palliative**
- Supporto di gruppi di esperti in cure palliative**

Punti di forza della geriatria

- Valutazione multidimensionale e intervento pluridisciplinare**
- Centralità della persona**
- Unicità paziente/famiglia**

Dopo la cultura della riabilitazione deve nascere la cultura della palliazione

PREVALENZA DEL DOLORE NELLE STRUTTURE PER ANZIANI

Molto variabile 45-80%

(caratteristiche paziente, strumento valutazione, tipo dolore esaminato)

Nelle residenze per anziani in Italia il dolore RISULTA:

- SOTTO riferito** (demenza avanzata: 25%)

- SOTTO valutato** (demenza avanzata)

- SOTTO trattato** (25% non trattati con analgesici, nonostante riferiscano dolore quotidiano; 50% riceve analgesici solo al bisogno; soprattutto FANS; paracetamolo dose media 1.3 g/die)

CIO' NONOSTANTE...



NON riceve cura per il dolore

- **40-80% anziani a domicilio**
- **16-27% istituzionalizzati, soprattutto dementi, 1,5 probabilità in più di non ricevere cure**

(Stolee,2005)

- **25% anziani con cancro**

(RSA la maggiore quota di soggetti con dolore non controllato)

Nursing Home USA:

- **26% dolore quotidiano e tra questi 25% non riceve antalgico**
- **Pazienti con tumore: 29% riferiva dolore quotidiano e tra questi 26% non antidolorifico**

***“ Il dolore nelle residenze sanitarie assistenziali”
Trabucchi-Franzoni-Giraudò***

Consumo FARMACI in CdR ANNO 2016 D2 EST

Classe Farmacologica	Unità Posologiche
DIURETICI	574.302
FARMACI PER DISTURBI DI ACIDITA'	432.961
PSICOLETTICI	385.556
ANTITROMBOTICI	337.809
LASSATIVI	309.889
SOST.AZIONE SUL SIST.RENINA- ANGIOTENSINA	217.682
BETABLOCCANTI	178.516
PSICOANALETICI	156.358
FARMACI USATI NEL DIABETE	154.974
ANALGESICI	150.886
ANTIEPILETTICI	144.504
ANTIPARKINSONIANI	122.558
TERAPIA CARDIACA	108.470
FARMACI ANTIEMETICI	108.162
INTEGRATORI MINERALI	97.145

La valutazione del dolore

**Valutazione del dolore dei pazienti ospiti delle
Case di Riposo suddivisi secondo il **grado di
deterioramento cognitivo valutato con MMSE****

MMSE>13 NRS (Numerical Rating Scale)

**MMSE<12 NOPPAIN (Non-Communicative
Patient's Pain Assessment Instrument)**

La NRS si basa sull'utilizzo di una scala costituita da 11 gradi (0-10) e si identifica lo 0 come totale assenza di dolore e 10 come il peggior dolore immaginabile dal paziente. Si chiede quindi al paziente di assegnare al suo dolore un punteggio di intensità che vada da 0 a 10.



Figure 1. NOPPAIN

NOPPAIN
Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument
Activity Chart Check List

Name of Evaluator _____
Name of Subject _____
Date _____
Time _____

DIRECTIONS: Responses are marked complete or incomplete as follows: YES NO

	Delay in and inadequate	Do you see anxious or agitated behavior		Do you see and inadequate	Do you see anxious or agitated behavior
1. Do you notice any of the following behaviors?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	2. Do you notice any of the following behaviors?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3. Do you notice any of the following behaviors?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	4. Do you notice any of the following behaviors?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
5. Do you notice any of the following behaviors?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	6. Do you notice any of the following behaviors?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
7. Do you notice any of the following behaviors?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	8. Do you notice any of the following behaviors?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

ASK THE PATIENT: Are you in pain? YES NO
ASK THE PATIENT: Do you hurt? YES NO

Pain Response (What do you see and hear during care?)

Pain Words?	Pain Sound?	Moving?
<p>Yes/No</p> <p>_____</p>	<p>Yes/No</p> <p>_____</p>	<p>Yes/No</p> <p>_____</p>
<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

Locate Problem Area

Please "I" the side of my pain
Please "O" the side of my other problems

FRONT BACK

© 2001 by the American Pain Society. All rights reserved. This instrument is a copyrighted work of the American Pain Society. It is not to be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without the prior written permission of the American Pain Society.

Con la NOPPAIN si effettua la valutazione dei comportamenti di dolore nel paziente non comunicante

Obiettivi



1) Riduzione dolore somatico **50% alla fine del progetto di rilevazione e cura, ovvero del punteggio:**

- NRS o raggiungere un valore < 3**
- NOPPAIN o raggiungere un valore < 3**

2) Acquisizione della procedura e know-how da parte del personale di assistenza affinché la cura del dolore diventi pratica comune e costante, non limitata al periodo di rilevazione

3) Diffusione del metodo di rilevazione e cura del dolore ad altre Case di Riposo

É una morte *indegna* quella di chi viene privato di
“cure palliative”

É una **morte *indegna*** quella di chi viene
abbandonato nella sua solitudine di fronte alla
morte.



La carta di Firenze per la sanità

Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura

“**prendersi cura**” è, quindi, **dovere** imprescindibile dell'operatore sanitario

Cure di fine vita

Mantenere la **migliore qualità della vita** con il controllo delle alterazioni:
fisiche, psicologiche, sociali, spirituali
dei pazienti e delle loro famiglie

Quali i problemi che si presentano *al cuore e all'intelligenza del personale*

che assiste il malato alla fine della vita?

Iniziare, proseguire, ridurre o sospendere un qualsiasi tipo di alimentazione artificiale ?

Trattare o meno un'infezione nella fase terminale agonica ?

Continuare a curare giornalmente le piaghe da decubito, anche se le condizioni del malato non migliorano

Trasfondere con insistenza il paziente, anche se ciò determina un lieve e transitorio miglioramento?

Trattare alcuni sintomi resistenti e refrattari



...ella Costa legge la lettera della nipote del cardinal Martini.mp4



...ella Costa legge la lettera della nipote del cardinal Martini.mp4