



La formazione del caregiver

***Dr. Valter Giantin
Clinica Geriatrica
Università di Padova***

HIGHLIGHTS

- 1. Cenni storici e di epidemiologia**
- 2. Carico assistenziale di chi si prende cura
(Caregiver Burden)**
- 3. Malati e rischio clinico
(Clinical Risk Management)**
- 4. Malati e produzione di servizi assistenziali
(Servuction)**
- 5. Possibili modalità di intervento**
- 6. L'esperienza concreta**

HIGHLIGHTS

1. Cenni storici e di epidemiologia

Il problema nasce da lontano



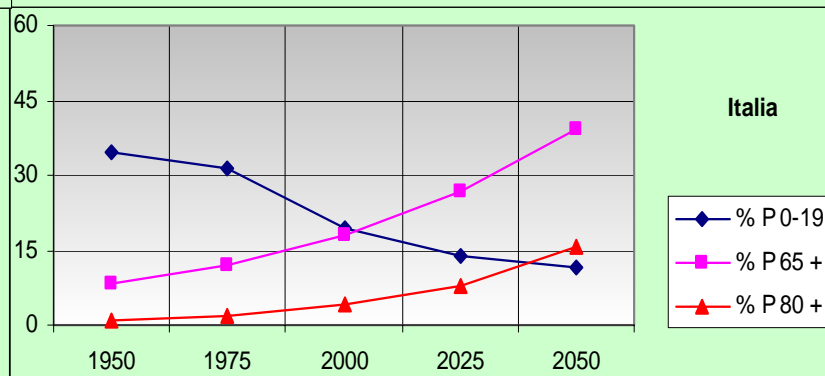
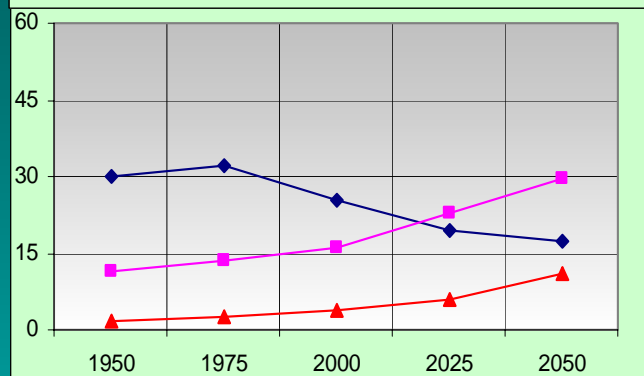
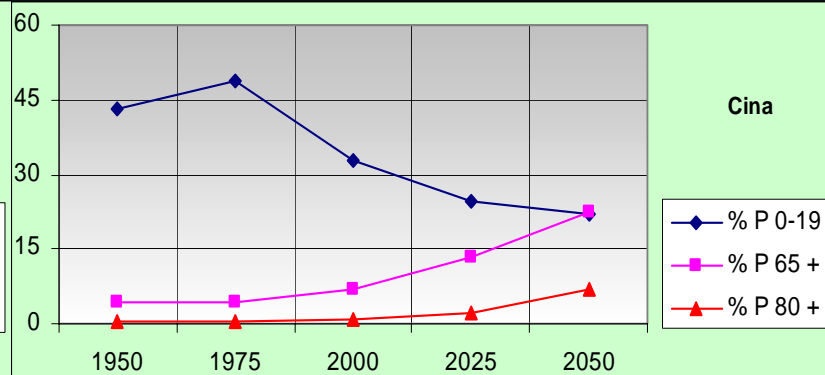
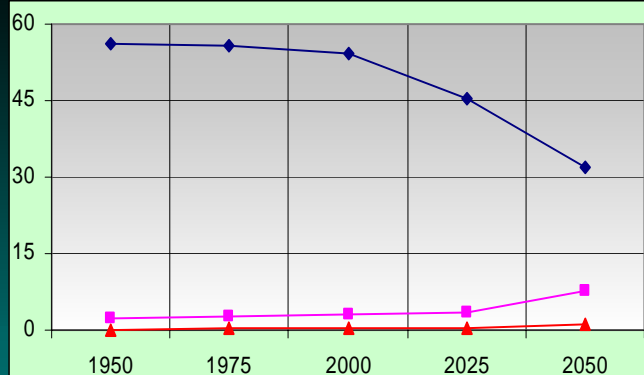
L'interesse per una corretta formazione al caregiver parte dagli anni 50 del secolo scorso.

Il periodo post-bellico infatti generò molte trasformazioni della società civile tra cui l'ingresso di un maggior numero di donne nel mondo del lavoro.

Non è un caso se i **primi studi sul carico assistenziale del caregiver**, di natura allora solamente qualitativa, furono focalizzati nella descrizione di cambiamenti fisici, mentali e finanziari risultati dalla cura di un membro familiare anziano.

Townsend, P. (1957). The family life of old people: An inquiry in East London. London, England: Eoutledge and Kegan Paul.

Percentuale di popolazione con meno di 20 anni > 65 anni o > 80 anni, osservata e proiettata, in Nigeria, Cina, Francia e Italia, 1950-2050



HIGHLIGHTS

- 2. Carico assistenziale di chi si prende cura
(Caregiver Burden)**

CAREGIVER BURDEN



La **fatica e la tensione fisica** sono frequenti nei caregivers di pazienti anziani e, se non trattate, sono spesso la causa di una **grave compromissione della salute fisica** (ad es. riduzione delle risposte immunitarie ed un aumento delle malattie cardiovascolari) **e psichica** (ad es. sindromi ansiose e depressive).

Nel tempo si è sviluppato nella letteratura dedicata all'assistenza all'anziano fragile il concetto di "**caregiver burden**".

Da più di 20 anni con tale termine si indicano i problemi di ordine fisico, psicologico, sociale e finanziario di cui fa esperienza chi si trova a curare un paziente anziano fragile e/o invalido.

L'infermiere, che spende molto del suo tempo con pazienti e familiari, si trova, rispetto ad altri professionisti, in una posizione unica per cogliere la fatica e lo stress del caregiver e per provvedere ad interventi appropriati.

George, L. K., & Gwyther, L. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist, 26, 253-259.

Goode, K.T., Haley, W.E., Roth, D.L., & Ford, G.R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. Health Psychology, 17(2), 190-198.

CAREGIVER BURDEN



Vari strumenti sono stati sviluppati per misurare lo stress ed il carico assistenziale del caregiver come ad esempio il

- **Burden Interview** (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980),
- **Caregiver Strain Index** (Robinson, 1983),
- **Subjective and Objective Burden Scale** (Montgomery, Gonyea et al. 1985).
- **Caregiver Burden Inventory** (Novak & Guest, 1989),
- **Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale** (Kaufer et al, 1998)

HIGHLIGHTS

3. Malati e rischio clinico (Clinical Risk Management)

Il rischio clinico

Clinical Risk Management



Definizione

è la probabilità che una persona malata sia vittima di un evento indesiderabile, contrario alle finalità delle cure.

Il Rischio Clinico può essere controllato attraverso due tipi di gestione:

1° tipo - Il primo si basa sulle condizioni tecnologiche, materiali e organizzative che prevengono o limitano gli errori umani, in particolare quelli del personale curante (**analisi degli errori → procedure e misure per la prevenzione**)

2° tipo - Il secondo prende in considerazione il comportamento dei malati e dei loro caregivers come possibile fonte di errori. Alcuni errori potrebbero essere evitati grazie alla "competenza" di chi presta le cure. Si tratta di limitare la variabilità e inadeguatezza delle loro decisioni ed azioni, attraverso **interventi mirati di educazione terapeutica alla sicurezza del paziente e dei caregivers.**

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, (Editors). To Err is Human, Building a Safer Health System, Committee on Quality of Health Care in America, Institute Of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 1999.

Il rischio clinico



1° tipo di gestione → Fattori di rischio

- 1 - la gestione dei medicinali
- 2 – la gestione degli interventi chirurgici
- 3 - il funzionamento delle apparecchiature
- 4 - l'applicazione delle procedure di diagnostica
- 5 - la programmazione degli interventi
- 6 - la comunicazione
- 7 - ect...

2° tipo di gestione → Fattori di rischio

- 1 - Le stesse categorie d'errori, possono riguardare anche i pazienti ed i caregivers
- 2 - **La gestione quotidiana e domiciliare di alcune malattie implica necessariamente il trasferimento di determinati compiti e responsabilità dai curanti agli assistiti.**
- 3 - Ci si deve chiedere se **vi è una adeguata preparazione dei caregivers**, se essa è automaticamente applicabile, anche secondo la loro logica, e se è tale da modificare il loro processo decisionale

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, (Editors). To Err is Human, Building a Safer Health System, Committee on Quality of Health Care in America, Institute Of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 1999.

Malati e rischio clinico



Secondo l'OMS, nel mondo, circa il 50% dei medicinali viene assunta in modo "irrazionale". (WHO. *Adherence to long-term therapy -Evidence for actions.* Geneva, Report WHO, 2003).

Tale comportamento ha delle conseguenze gravissime, quali le farmacoresistenze, i ricoveri e i decessi per complicanze iatrogene, ecc..

Negli Stati-Uniti, gli effetti collaterali dei medicinali (reazioni allergiche o da sovradosaggio) conducono ogni anno più di 700 000 americani al pronto soccorso, in particolare gli anziani.

(Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, et coll. National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events. *JAMA* 2006; 296(15):1858-1866)

In Italia il numero di ricoveri dovuti ad un uso più o meno scorretto dei medicinali raggiungerebbe la cifra di 400 al giorno (146.000/anno).

(Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano. Home page, 20 luglio 2007, <http://www.marionegri.it/mn/it/index.htm>)

In Francia, dal 5,3% al 30% dei ricoveri delle persone anziane sarebbe dovuto a una causa iatrogena

(Klotz P. *L'erreur médicale.* Paris, Maloine, 1994, p. 57-114.)

HIGHLIGHTS

4. Malati e produzione di servizi assistenziali (Servuction)

Rischio clinico ed evoluzione dell'organizzazione delle cure



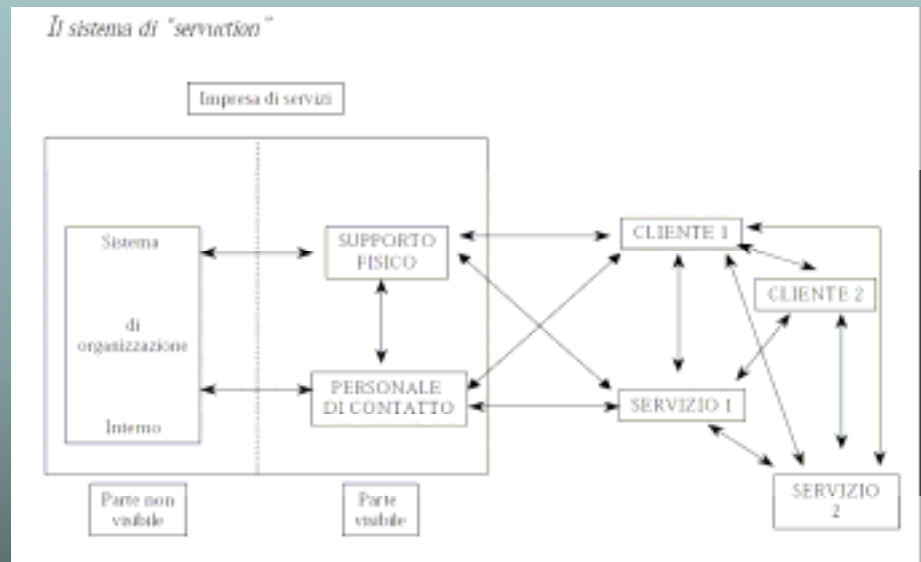
Anche nel nostro Paese, numerosi fattori hanno portato allo sviluppo di soluzioni alternative al tradizionale ricovero ospedaliero come i Day-Services (Day-Hospital e Day-Surgery) o l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Tutto ciò comporta sempre più frequentemente la delega agli stessi malati, ai loro familiari e caregivers, di azioni e compiti di cura che un tempo erano di sola pertinenza medico-infermieristica.

In altri termini, oggi non è più concepibile che il **cittadino utente** del servizio sanitario (o il suo caregiver) rimanga relegato nel ruolo di beneficiario passivo di una serie di beni e servizi.

SERVUCTION

In accordo con il concetto di **servuction** (**service + production = processo di creazione di un servizio**), mutuato dalla cultura del **management** e dell'impresa, **l'utente-cliente interagisce fortemente con l'azienda che produce il servizio per ricercare e costruire con essa le soluzioni migliori** (es. self-managing, self-teaching, self-serving, self-banking, ecc.)



Da questa nuova visione del rapporto tra sanità pubblica e cittadini deriva la necessità di promuovere nuove forme di rapporto tra utenti e servizi, passando attraverso **l'emancipazione o empowerment** tanto di chi presta che di chi riceve il servizio.

HIGHLIGHTS

5. Possibili modalità di intervento



MODALITA' DI INTERVENTO



Due tipi fondamentali di intervento: individuale e di gruppo.

Studi anche recenti e diverse metanalisi sembrano confermare che interventi di tipo individuale sono più efficaci nell'alleviare lo stress del caregiver.

Knight, B. G., Lutzky, S. M., & Macofsky-Urban, F. (1993). A metaanalytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. Gerontologist, 33(2), 240-248

Yin, T., Zhou, Q., & Bashford, C. (2002). Burden on family members: Caring for frail elderly: A meta-analysis of interventions. Nursing Research, 51(3), 199-208.

Ma a differenza di quanto si crede, in letteratura sono molto più frequenti interventi di gruppo rispetto a quelli individuali.

Gli interventi di gruppo sono sicuramente più popolari sia per il loro rapporto costo-efficacia, ma anche per l'opportunità, offerta dal lavoro in gruppo, di condivisione, di supporto, che porta ad una netta riduzione dell'isolamento e della solitudine.



MODALITA' DI INTERVENTO



Tra i possibili tipi di intervento possibili ricordiamo brevemente:

- 1) di tipo psico-educazionale,
- 2) di supporto,
- 3) di psicoterapia
- 4) di terapia comportamentale/cognitiva,
- 5) di manipolazione fisica o contatto fisico,
- 6) di respiro alla cura,
- 7) multidimensionale,
- 8) con interventi tesi a migliorare la competenza del paziente, ecc.

Gli interventi di tipo psico-educazionale e di psico-terapia hanno dimostrato gli effetti a breve termine più consistenti su tutte le misure di risultato effettuate nel ridurre la fatica, la depressione e lo stress del caregiver.

INTERVENTO PSICO-EDUCAZIONALE

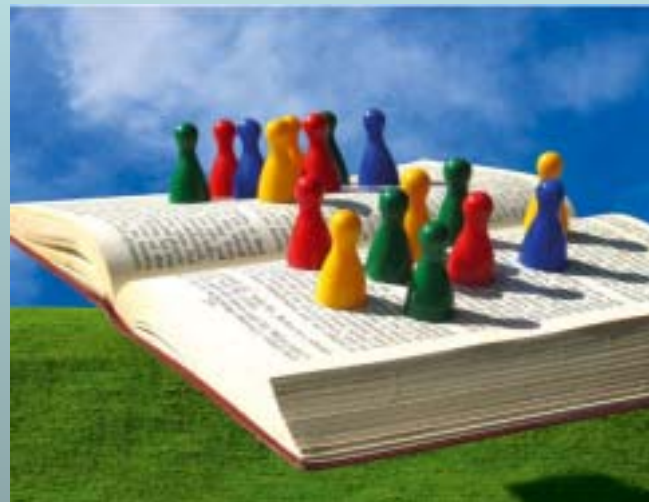


L'intervento psico-educazionale utilizza un programma strutturato che produce **informazioni sul progredire delle malattie** dei pazienti, le **risorse ed i servizi disponibili** e sui **percorsi di formazione** per i caregivers, in modo che essi possano rispondere efficacemente alle problematiche connesse alle malattie in gruppo o individualmente.

Nelle soluzioni di gruppo, un leader dà inizio ad una conferenza, incoraggia discussioni di gruppo, e fornisce materiale didattico scritto. Il supporto può essere parte di un gruppo psico-educazionale, ma è secondario al contenuto educativo.

Le sfide della formazione al caregiver

Educare e sostenere chi presta cura all'anziano è tutt'altro che facile oggi per le innumerevoli sfide che si trova ad affrontare chi prova a realizzare dei percorsi formativi e di sostegno che raggiungano effettivamente i caregivers.



Sono sfide di tipo diverso:
economiche,
burocratiche,
di lingua e nazionalità,
di cultura,
di tipo psicologico, ecc.
e, non ultimo,
di tempo libero
dall'impegno assistenziale.

HIGHLIGHTS

6. L'esperienza concreta

L'esperienza Patavina



Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata dell'Anziano
(Az. Ospedaliera di Padova, Az. ULSS 16 e Università di Padova –
Clinica Geriatrica, Clinica Chirurgica Geriatrica,
Divisione di Geriatria, Divisione di Lungodegenza)

Comune di Padova (Assessorato ai Servizi Sociali)

in collaborazione con **molte altre associazioni di volontariato** patavine

Fondazione Lanza,
Fondazione Zancan,
URP – Azienda Ospedaliera,
Ass. Volontari Ospedalieri,
Ass. Malati di Alzheimer,
Ass. "Progetto Senes",
Ass. "Anziani a casa propria",
Croce Verde di Padova, ecc.,

ha voluto raccogliere queste sfide ed ha organizzato negli ultimi anni, un corso di formazione per familiari, badanti, assistenti domestici e volontari che prestano assistenza, in diverso modo, all'anziano in condizioni di fragilità.



L'esperienza Patavina



**Il corso "l'arte di assistere a domicilio gli anziani"
è stato rivolto**

- a chi già operava nel campo della non autosufficienza,
- a chi voleva impegnarsi a titolo di volontariato o di lavoro,
- o a chi, come familiare o caregiver, voleva acquisire competenze specifiche,

per essere in grado di affiancare, interloquire efficacemente e collaborare con medici, infermieri, terapisti nel curare e sostenere la salute della persona affidata e per sviluppare vigilanza e attenzione verso i suoi bisogni e nelle situazioni di rischio clinico.

Il corso è stato rivolto a tutte le persone interessate, italiane e straniere, comunitarie ed extracomunitarie.

Per l'iscrizione al corso non erano richieste particolari documentazioni.

**TEMATICHE TRATTATE NEL CORSO DI FORMAZIONE GRATUITO
PER BADANTI, FAMILIARI, ASSISTENTI DOMESTICI E VOLONTARI
"L'ARTE DI ASSISTERE A DOMICILIO GLI ANZIANI" – PADOVA**



**Fisiologia e Medicina dell'invecchiamento
Il declino funzionale e motorio dell'anziano
La demenza: gestione nel quotidiano**

**Assistenza geriatrica: nozioni sul trattamento del paziente con:
prevenzione delle cadute e frattura di femore, scompenso cardiaco,
cardiopatie, aritmie, ictus e altre gravi patologie,
ricoveri ospedalieri ricorrenti, ecc.**

**Psicologia dell'invecchiamento
Il malato anziano e la sua psicologia
Psicologia del caregiver
Gestire la comunicazione e la relazione**

**L'anziano nella cultura e nella società italiana
L'anziano nella cultura e nella società veneta
Gestire le emergenze sanitarie**

**Alimentazione e diete per l'anziano
Le scelte culinarie italiane e venete**

**TEMATICHE TRATTATE NEL CORSO DI FORMAZIONE GRATUITO
PER BADANTI, FAMILIARI, ASSISTENTI DOMESTICI E VOLONTARI
"L'ARTE DI ASSISTERE A DOMICILIO GLI ANZIANI" – PADOVA**



**Nursing geriatrico: i bisogni e le risposte
Prevenzione delle ulcere da decubito
Le medicazioni nel paziente geriatrico**

**Le esigenze spirituali dell'anziano
Accanto all'anziano morente
Il Centro Diurno. Gli altri servizi sociali**

**Problematiche legate all'incontinenza urinaria e fecale, gestione delle stomie
Fisioterapia e terapia occupazionale per l'anziano
Ausili e metodiche riabilitative**

**Uso dei farmaci più frequenti nell'anziano
L'organizzazione locale dei servizi per l'anziano: tra ospedale e territorio
La conduzione di una abitazione
Gestione delle emergenze domestiche
I numeri di pubblica utilità ed il loro uso**

**Il regolamento per l'assistenza ospedaliera.
La responsabilità civile e penale di chi assiste**

L'esperienza Patavina



Circa il 50% dei partecipanti era di origine straniera
la maggioranza dei quali residenti in Italia da almeno 5 anni.
Età media: 40 anni.

Il livello scolastico degli iscritti era medio-alto
40% con diploma superiore
16% con laurea

Ogni edizione ha visto circa 70 assistenti e familiari partecipare assiduamente alle 10 giornate di formazione previste con, al questionario di gradimento, **un'ottima valutazione finale da parte di tutti i partecipanti.**

A fine corso è stato rilasciato **copia del materiale didattico** a tutti i partecipanti ed un **attestato che garantisce l'acquisizione di un elevato standard formativo e motivazionale.**

Il Comune di Padova ha predisposto un elenco dei partecipanti liberamente consultabile, che è stato ampiamente sfruttato da centinaia di soggetti e famiglie in difficoltà.



Grazie dell'attenzione !!!

