

57° CONGRESSO NAZIONALE S.I.G.G.
13 ° CORSO PER INFERMIERI
MILANO, 22-23 NOVEMBRE 2012

**IL PERCORSO ASSISTENZIALE
NELL'AREA TERRITORIALE**

STEFANO MANTOVANI

LA DIMISSIONE PROTETTA

Nella Dimissione Protetta è importante che la Famiglia sia supportata dal Team di Valutazione Multidisciplinare che faciliterà il rientro al domicilio. Il Team è composto da un Infermiere Case Manager, da un Medico e da una Assistente Sociale. SPREAD, 2007

Compito dell'**Infermiere Case Manager** è di tenere i contatti con la rete dei servizi e di attivare le procedure necessarie a favorire il rientro al domicilio, interagendo con il Reparto di Riabilitazione (pre dimissione e dimissione), l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (attivazione Servizio ADI), il Comune di Residenza, altri servizi ASL (fornitura presidi e ausili e invalidità civile) e la Famiglia (adattamenti ambientali).

LA DIMISSIONE PROTETTA

La dimissione protetta della Sig.ra Giorgia viene pianificata con largo anticipo per raggiungere l'obiettivo del rientro *morbido* al proprio domicilio.

I primi accordi vengono presi circa 6 settimane prima della dimissione, per consentire gli adattamenti ambientali necessari.

La visita di pre dimissione è importante per conoscere e valutare le necessità della persona in dimissione

Raccomandazione di grado D SPREAD, 2007

LA DIMISSIONE PROTETTA

Dalla VMD si evincono due linee di sviluppo progettuale :

- **l'area Sanitaria/Assistenziale**
- **l'area Ambientale (domicilio).**

AREA
SANITARIA

AREA
AMBIENTALE



FLOW CHART DIMISSIONE PROTETTA della Sig.ra GIORGIA
DALLA DIMISSIONE DEL REPARTO ALL'EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI
Modello ADI Sperimentale – Regione Lombardia 2012

AREA
ASSISTENZIALE

La Presa in
carico

L'assistenza

LA DIMISSIONE PROTETTA

- ❑ È indicato costituire un'organizzazione efficiente di operatori finalizzata all'assistenza del soggetto che ha subito un ictus, attraverso la formazione di un team interprofessionale con esperienza specifica che condivida i diversi approcci assistenziali. SPREAD,2007
- ❑ Se le risorse disponibili lo consentono, è indicata la partecipazione sia di operatori non medici (dell'area riabilitativa, infermieristica, psicologica e sociale) sia di medici specialisti, per la soluzione delle problematiche correlate alla patologia cerebrovascolare, e di medici di medicina generale. SPREAD,2007

LA DIMISSIONE PROTETTA

- ❑ Prima della dimissione dalla struttura riabilitativa ci si è assicurati che:
 - il paziente e la famiglia fossero consapevoli dell'accaduto e fossero direttamente coinvolti nel progetto di cura;
 - il medico di medicina generale, i distretti sanitari ed i servizi sociali fossero attivati per garantire la prosecuzione dell'assistenza sul territorio senza ritardi;
 - La paziente e i familiari fossero adeguatamente informati sulla presenza di associazioni di supporto e gruppi di volontariato.

Raccomandazione di grado D SPREAD,2007

LA DIMISSIONE PROTETTA

❑ È indicato che la riabilitazione del paziente geriatrico con ictus sia coadiuvata da un processo di valutazione multidimensionale geriatrica
Raccomandazione di grado D SPREAD,2007

❑ È indicata la riabilitazione domiciliare quando si rende necessaria un'attività di addestramento rivolta al paziente ed al caregiver per esercizi e mobilizzazioni autogestiti, per l'impiego di ausili e protesi o per forme di terapia occupazionale di breve durata.

Raccomandazione di grado A SPREAD,2007

AMBIENTE SICURO

- ❑ Prima della dimissione dall'ospedale è indicato verificare le caratteristiche dell'abitazione del paziente, al fine di realizzare gli adattamenti adeguati.

Raccomandazione di grado B SPREAD,2007

- ❑ Usare ove possibile colorazioni calde per gli arredi (es. il colore rosso che combatte la depressione)



AMBIENTE SICURO

La casa della Signora Giorgia è disposta su due piani pertanto vista l'impossibilità a deambulare sono necessari diversi adattamenti



GLI ADATTAMENTI AMBIENTALI

Posizionamento montascale esterno e interno



Allargamento delle porte

Corridoio con specchio e sbarra per esercizi



Il bagno



Camera e Sala



Il rientro al domicilio

La Sig.ra Giorgia viene presa in carico dal Servizio ADI con un grado di dipendenza severo (B.I. 38/100), che le consentono di lavarsi con aiuto minimo in bagno, di mangiare in modo autonomo cibi morbidi, di spostarsi e trasferirsi con la carrozzina, aiuto moderato nel vestirsi e incontinenza doppia .

All'arrivo a casa gli adattamenti ambientali non sono ancora ultimati ed è presente la badante.

La valutazione al domicilio

Il ritorno al domicilio è seguito dalla valutazione dell'Infermiere Case Manager (Pattante) che evidenzia i problemi aperti e pianifica gli obiettivi di cura.

Viene steso un Piano Assistenziale Individualizzato con verifica a un mese per Addestrare e Supportare i care giver formali e facilitare il rientro e la permanenza al domicilio.

(Modello ADI sperimentale – Regione Lombardia 2012)

prevedendo

8 accessi infermieristici per monitoraggio parametri vitali, educazione sanitaria alla prevenzione delle lesioni da pressione, educazione sanitaria alla dieta da adottare, gestione dell'incontinenza, e addestramento all'igiene e supporto psicologico;

6 accessi della Fisioterapista per addestramento e supporto nei passaggi assistiti letto-carrozzina usando gli ausili e adattamenti ambientali;

6 accessi di un OSS per supporto e addestramento della badante nell'alimentazione e nell'igiene.

Sono previste dal Profilo Assegnato dalle 16 alle 20 Giornate Effettive di Assistenza

I BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il Rientro al domicilio 1

BISOGNI ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI	PROBLEMA	OBIETTIVO	AZIONI INTERVENTI
ALIMENTARSI ED IDRATARSI	INCAPACITA' DI PREPARARSI IL CIBO	INDIRIZZARE I CARE GIVER FORMALI ALL'USO DI CIBI MORBIDI	SUPERVISIONE ALLA PREPARAZIONE DEI CIBI INDICAZIONI DIETETICHE
ELIMINAZIONE URINARIA E FECALE	INCONTINENZA DOPPIA	SUPERVISIONE E AIUTO ALL'USO DEI PRESIDI ASSORBENTI	GESTIONE DEI PRESIDI ASSORBENTI IGIENE, POSIZIONAMENTO E CAMBIO PANNOLONE MINZIONE PROGRAMMATA
MOVIMENTO AMBIENTE SICURO	EMIPARESI ANSIA RISCHIO LDP	INDIRIZZARE, GUIDARE E SOSTENERE L'AUTONOMIA DI MOVIMENTO CON LA CARROZZINA INDIRIZZARE ALLA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	ADDESTRAMENTO E SUPPORTO AI PASSAGGI ASSISTITI LETTO/CARROZZINA ADDESTRAMENTO ALL'UTILIZZO DEL MONTASCALE E DELLA CARROZZINA UTILIZZO MAD E CUSCINO ANTI DECUBITO IN CARROZZINA

I BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il Rientro al domicilio 2

BISOGNI ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI	PROBLEMA	OBIETTIVO	AZIONI INTERVENTI
MANTENERE LA FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA	TACHIARITMIE	GARANTIRE LA STABILITA' CLINICA	RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI PA,FC, SAT. O2,FR,DOLORE CONTROLLO ASSUNZIONE TERAPIA PRELIEVI EMATICI DI CONTROLLO
IGIENE	DEFICIT CURA DI SE	INDIRIZZARE E GUIDARE ALL'USO DEI NUOVI AUSILI	ADDESTRAMENTO BADANTE E PAZIENTE ALL'SUO DEI NUOVI AUSILI
AMBIENTE SICURO	BARRIERE ARCHITETTONICHE RISCHIO DI CADUTE	PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DEGLI ADATTAMENTI AMBIENTALI	ADDESTRAMENTO E SUPPORTO ALL'USO DEGLI AUSILI PRESCRITTI (LETTO, CARROZZINA, MONTASCALE) ADEGUAMENTO DEI LOCALI COUNSELING DURANTE LA VISITA DOMICILIARE PER ELIMINARE GLI OSTACOLI PRESENTI AL TRANSITO DELLA CARROZZINA
INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE	ISOLAMENTO DEPRESSIONE	INDIRIZZARE E GUIDARE SOSTENERE IL RIENTRO AL DOMICILIO RIMOTIVARE PARTENDO DALLE ABILITA' RESIDUE (dignità della vita)	ASCOLTO E SOSTEGNO DURANTE LE PRESENZE AL DOMICILIO SUPPORTO PSICOLOGICO



**GLI INTERVENTI
INFERMIERISTICI
PROGETTATI**

ALIMENTARSI ED IDRATARSI

- ❑ Nel soggetto non disfagico affetto da malnutrizione proteico-energetica, è indicato aumentare l'apporto nutrizionale, in modo da correggere progressivamente lo stato carenziale, eventualmente utilizzando integratori dietetici od alimenti arricchiti.

Raccomandazione di grado B SPREAD,2007

- ❑ L'informazione e l'educazione sulla malattia e sui giusti comportamenti da tenere, se fatte con un linguaggio e con strumenti adeguati, in luoghi strutturati e con tempi programmati, può essere utile in ogni fase della malattia. Nella progettazione di questi studi è necessario coinvolgere sia gli utenti che i caregiver.

Raccomandazione di grado A SPREAD,2007

ELIMINAZIONE URINARIA ₁

❑ Ottenere l'anamnesi dell'incontinenza dell'utente
(Livello di evidenza IV RNAO,2005);

❑ Raccogliere informazioni circa:

Quanto, tipo e in quale momento della giornata si ha l'ingestione di liquidi, facendo particolare attenzione all'assunzione di caffeina e alcool.

- La frequenza, la natura e la consistenza delle defecazioni.
- Qualsiasi nota anamnestica rilevante circa eventi medici o chirurgici che possano essere messi in relazione con il problema incontinenza come, ma non solo, diabete, ictus, Parkinson, scompenso cardiaco, infezioni urinarie ricorrenti o pregressi interventi chirurgici sulla vescica.

Livello di evidenza IV RNAO,2005

ELIMINAZIONE URINARIA₂

- ❑ Controllare i farmaci assunti dagli utenti per identificare quelli che potrebbero avere un impatto sull'incontinenza
Livello di evidenza IV RNAO,2005
- ❑ Identificare le abilità funzionali e cognitive del paziente per la minzione programmata.
Livello di Evidenza III RNAO,2005
- ❑ Esaminare le urine per verificare se è presente infezione
Livello di Evidenza = IV RNAO,2005

ELIMINAZIONE URINARIA₃

- ❑ Assicurare un adeguato livello di ingestione di liquidi (1500-2000 ml/die).

Livello di Evidenza = III RNAO, 2005

- ❑ Iniziare un diario minzionale di tre giorni per un minimo di tre fino a un massimo di otto settimane dopo aver stabilito il programma di eliminazione urinaria.

Livello di Evidenza = IV RNAO, 2005

MOVIMENTO

- ❑ È indicato effettuare esercizi con supervisione in fase post acuta per mantenere e migliorare le abilità acquisite. Anche l'esercizio auto-gestito senza supervisione ha una certa efficacia.

Raccomandazione di grado D SIGN,2010;SPREAD,2007

- ❑ È indicato fornire ai caregiver tutti gli ausili necessari per posizionare, trasferire e aiutare il paziente minimizzando i rischi.

Raccomandazione di grado D SPREAD,2007

MANTENERE LA FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA

- ❑ È indicato che i soggetti colpiti da ictus siano sottoposti a controlli periodici delle condizioni cardiocircolatorie e metaboliche, incluse le eventuali variazioni del peso, per il controllo dei fattori di rischio di danno cerebrovascolare ed adeguare il trattamento farmacologico alle variazioni del quadro clinico oltre che dei parametri di laboratorio.

Raccomandazione di grado D SPREAD,2007

- ❑ Assicurarsi che la terapia sia assunta in modo regolare e corretto secondo la prescrizione medica

INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE ¹

- ❑ Nella fase del reinserimento familiare maturano altri problemi, che potranno essere risolti o resi più sopportabili da un migliore rapporto medico-paziente o medico-familiare. Primo tra tutti è la gestione della nuova disabilità, se presente, presso un domicilio che potrebbe essere non adatto alle condizioni del momento.

Raccomandazione di grado D SPREAD,2007

- ❑ È indicato programmare azioni dirette a favorire l'istruzione e la partecipazione del caregiver e del paziente alle attività di cura, al fine di migliorare il benessere psichico del soggetto colpito da ictus e facilitarne il processo di riabilitazione.

Raccomandazione di grado D SPREAD,2007

- ❑ La depressione post-ictus è tuttora un disturbo largamente non trattato, anche se ormai esistono evidenze che i farmaci antidepressivi possono essere utilizzati anche in pazienti con patologie organiche.

Raccomandazione di grado C JBI,2009

INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE ²

- ❑ Tener conto e riconoscere il senso schiacciante di terrore e paura sperimentato nel primo periodo.

Raccomandazione di grado A JBI,2009

- ❑ Facilitare tutti gli aspetti relazionali con la famiglia e gli amici così come la relazione spirituale, e prestare attenzione ai segnali di isolamento nel periodo di recupero.

Raccomandazione di grado A JBI,2009

- ❑ Offrire l'opportunità alle persone anziane nella fase di recupero dall'ictus di discutere le loro percezioni di miglioramento/progresso e del modo in cui la loro vita è cambiata.

Raccomandazione di grado B JBI,2009

La dimissione dal Servizio ADI

La Sig.ra Giorgia viene dimessa dopo circa un mese di cure domiciliari con una barthel di 55/100 con un grado di dipendenza moderato che le consentono di lavarsi mani e viso al lavandino e di farsi il bidet sul wc con supervisione e minimo aiuto, di alimentarsi in modo autonomo con cibi morbidi, di spostarsi e trasferirsi con la carrozzina in ambito domestico.

Richiede aiuto minimo/moderato nel vestirsi, permane incontinenza sfinterica doppia. In questa osservazione ad un mese si segnala un invio in PS per crisi comiziale generalizzata e un tono dell'umore progressivamente migliorato. La terapia viene assunta con regolarità. Rimane abbastanza problematico il rapporto di fiducia con la badante. Utile una rivalutazione sul grado di autonomia funzionale, di tenuta del progetto di sostegno alla domiciliarità (grado di Protezione Sociale) e di stanchezza del Care Giver.

BIBLIOGRAFIA

Joanna Briggs Institute The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke. *Best Practice: evidence based information sheets for health professionals* 2009; 13(6):1-4,, Best Practice Joanna Briggs Institute, Australia

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN);2010 Jun. 101;

Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (SPREAD), Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento, 2007

PNLG – Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani,2009

Promuovere la continenza usando lo svuotamento programmato,RNAO 2005