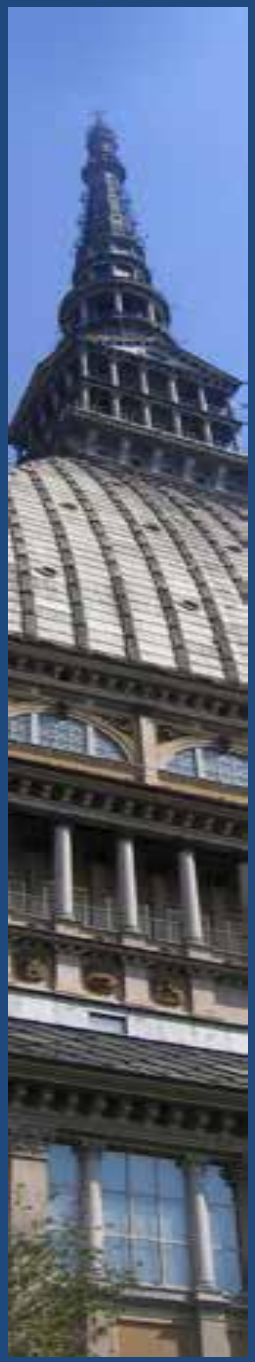


Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
58 Congresso Nazionale

Corso Infermieri

Ospedalizzazione a Domicilio

M. Rebellato

Responsabile Counselling Ospedale a Domicilio, Geriatria, UVA,
Cure Intermedie e Post Acuzie
Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino

I pazienti più anziani rappresentano
i principali consumatori
di servizi per acuti

CHRONIC CARE

A Universal 21th century Challenge

Persone con una o più patologie cronico-degenerative richiedono:

- 72% del totale delle visite mediche
- 76% di tutte le ospedalizzazioni
- 80% dei giorni totali di degenza
- 88% di tutte le prescrizioni mediche
- 96% di tutte le visite domiciliari

Kane RL, 2005

Ospedalizzazione a Domicilio

L'Ospedalizzazione a Domicilio è definita
come la modalità attraverso cui le strutture ospedaliere,
in considerazione di specifiche valutazioni,
seguono con il proprio personale,
direttamente al domicilio,
pazienti che necessitano di prestazioni
di particolare complessità,
tali da richiedere
un processo assistenziale di livello ospedaliero.

Piano Sanitario Nazionale 2000-2001

Ospedalizzazione a Domicilio di Torino

Attività anno 2012

Ricoveri	**468**	
Visite mediche	**4647**	
Visite infermieristiche	**7629**	
Visite del fisioterapista	**226**	
Visite del counsellor	**214**	
Età media dei ricoverati	**84,07**	(range 19-104 anni)
Giorni di degenza media	**13,97**	

Numero medio di pazienti seguiti giornalmente**:** **24.21** Peso medio del ricovero: **1.57**

PROVENIENZA:

-Pronto Soccorso 41% **- Reparti 38%** **-Territorio** 21%

ESITO RICOVERO

- Dimessi rimanendo al proprio domicilio 78%*
- Deceduti al domicilio 12%
- Trasferiti in ospedale 10%

* Per circa il 10% di questi pz è stata concordata con il medico di Medicina Generale la prosecuzione delle cure in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Comprehnsive Geriatric Assessment

*V*alutazione multidisciplinare in cui sono messi in evidenza , descritti e , possibilmente , esplosi i molteplici problemi delle persone anziane.

Vengono catalogate le risorse ed i punti di forza delle stesse , definita la necessità di servizi e sviluppato un piano di assistenza coordinato , focalizzando gli interventi sui problemi ***emersi.***

National Istitutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making : J Am Geriatr Soc 1988; 36:342-347

Valutazione multidimensionale geriatrica ed intervento individualizzato globale

- riduce la mortalità
- previene lo sviluppo di disabilità od il suo aggravamento dopo un evento acuto
- riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale
- riduce i costi economici e sociali
- migliora le condizioni psico-fisiche
- aumenta il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari

Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342:1032-6

McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006;61:53–62.

Ellis G , Whitehead MA , O'Neil D , Langhorne P, Robinson D. – *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital – Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7):CD006211*

Ospedalizzazione a Domicilio

TEAM

- 13 infermieri (di cui 1 infermiere case-manager, responsabile dell'accettazione pazienti e parte del Team mobile dell'OAD)
- 1 coordinatore infermieristico
- 3 medici geriatri
- *2 fisioterapisti*
- *1 assistente sociale*
- *1 counsellor*

La principale caratteristica del servizio è che i medici e gli infermieri lavorano realmente in équipe, con riunioni quotidiane per discutere le necessità di ciascun paziente e organizzare piani di cura individualizzati ed il lavoro giornaliero

Ospedalizzazione a Domicilio

ORGANIZZAZIONE

- Il servizio funziona tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 8 alle ore 20 (garantite visite in emergenza entro 20'-30'). Per le eventuali emergenze notturne viene contattato il Servizio di Emergenza Regionale "118".
- I pazienti sono considerati come ricoverati in reparto di degenza tradizionale e l'ospedale detiene la responsabilità legale e finanziaria
- L'ospedale fornisce farmaci, materiale sanitario e non, tecnologie
- È garantito un accesso rapido e facilitato in ospedale per esami ed interventi non eseguibili a domicilio.
- Team mobile in PS

Ospedalizzazione a Domicilio

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

- Visite mediche ed infermieristiche
- Fisioterapia
- Counselling
- Consulenze specialistiche

PROCEDURE E TRATTAMENTI

- Prelievi ematici venosi ed arteriosi
- Elettrocardiogrammi, spirometrie, misurazione SatO2, monitoraggio glicemico
- O2 terapia ed altre terapie respiratorie
- Gestione terapia farmacologica orale (inclusa TAO) ed infusionale (inclusi antibiotici, farmaci citostatici, nutrizione parenterale)
- Trasfusioni di emoderivati (EC, PLT)
- Trattamento chirurgico di lesioni da decubito
- Ecografie internistiche
- Ecocardiogrammmi
- Ecodoppler venosi ed arteriosi
- Esecuzione di paracentesi, salassi
- Posizionamento di SNG, strumenti tipo Holter e cateteri venosi centrali tipo Midline, PICC
- Radiografie e telemonitoraggio

Deliberazione della Giunta Regionale 16 marzo 2010, n. 85-13580

Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare.

A relazione dell'Assessore Artesio:

Lo sviluppo dell'assistenza sanitaria domiciliare ha comportato diverse forme organizzative nell'erogazione delle prestazioni in corrispondenza dei diversi fabbisogni evidenziati, con particolare riferimento a quelli riguardanti la continuità assistenziale tra ricovero ospedaliero e cure domiciliari.

Tra le altre sono state sperimentate anche forme di assistenza domiciliare denominate "ospedalizzazione a domicilio" con lo scopo di organizzare, presso l'abitazione del paziente, un setting assistenziale simile a quello riscontrabile nell'attività di ricovero ospedaliero per acuti, per pazienti affetti da patologie in fase acuta necessitanti di cure di tipo ospedaliero per le quali non è necessario un monitoraggio invasivo e/o intensivo e le cui condizioni abitative e la collaborazione della famiglia consentono una sorveglianza continua del paziente.

Tali forme assistenziali sono state caratterizzate o dalla presa in carico del paziente a totale responsabilità dell'ospedale, o dalla presa in carico a cura dei servizi territoriali, quindi con la piena responsabilizzazione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta ma con un'assistenza specialistica resa dalla struttura ospedaliera.

Con il presente provvedimento si ritiene pertanto opportuno formalizzare e definire con maggiore precisione tali forme di assistenza, anche per consentire l'omogeneizzazione del servizio sul territorio regionale e permettere un riconoscimento tariffario adeguato.

Occorre quindi che siano previste due forme di assistenza domiciliare a carattere ospedaliero, una denominata ospedalizzazione presso il domicilio con la caratteristica della totale presa in carico assistenziale da parte dell'ospedale di riferimento ed una denominata assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio in cui la presa in carico del paziente segue i normali canali dell'assistenza domiciliare tramite le strutture delle cure domiciliari dell'ASL ma con il supporto di assistenza specialistica continuativa assicurata da servizi ospedalieri.

Lo scopo di tali attività è quello di garantire adeguata assistenza specialistica presso il domicilio senza ricorrere al ricovero ospedaliero per pazienti con particolari esigenze assistenziali e in condizioni abitative e famigliari adeguate con l'obiettivo prioritario di permettere cure adeguate con maggiore benessere per l'assistito. Le caratteristiche delle attività sono identificate nell'allegato A) alla presente deliberazione della quale fanno parte integrante e sostanziale.

Relativamente alla "ospedalizzazione presso il domicilio" per permetterne la corretta remunerazione ed il relativo controllo delle attività erogate saranno adottate dalla Direzione Sanità specifiche indicazioni per la loro registrazione; la remunerazione è prevista a giornata secondo le indicazioni dell'allegato A) alla presente deliberazione.

Per quanto riguarda invece la tipologia di assistenza in cui la presa in carico del paziente è a cura delle strutture dell'ASL di residenza del paziente, il relativo rimborso sarà effettuato in relazione alle prestazioni rese dalla struttura ospedaliera come specificato nell'allegato A) alla presente deliberazione.

Ritenuto altresì opportuno prevedere che l'attivazione dei servizi di ospedalizzazione presso il domicilio e di assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio, visto il carattere di sperimentalità, sia subordinata al parere favorevole della Direzione Sanità sulle proposte formulate dalle Aziende che intendono attivare il servizio. Le Aziende che stanno svolgendo attività corrispondenti a quelle descritte dovranno darne comunicazione per l'attivazione delle procedure di registrazione e tariffazione, adeguando le modalità organizzative a quelle descritte.

Pertanto, udite le motivazioni del relatore,

la Giunta regionale, unanime,

delibera

– di approvare le "Modalità di organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza domiciliare a carattere ospedaliero" di cui all'allegato A) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale;

– di prevedere che l'attivazione da parte delle ASR dei servizi di ospedalizzazione presso il domicilio e di assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio, visto il carattere di sperimentalità, sia subordinata al parere favorevole della Direzione Sanità sulle proposte formulate dalle Aziende che intendono attivare il servizio. Le Aziende che stanno svolgendo attività corrispondenti a quelle descritte dovranno darne comunicazione ala direzione Sanità per l'attivazione delle procedure di registrazione e tariffazione, adeguando le modalità organizzative a quelle descritte;

– di demandare alla Direzione Sanità ogni adempimento conseguente all'applicazione delle disposizione contenute nella presente deliberazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato

Rimborso/die:

- Euro 165 per patologie cardiovascolari/neurologiche/respiratorie/oncoematologiche

- Euro 145 per tutte le altre patologie

- L’Assistenza, ancor più che il trattamento, rappresenta per il paziente anziano fragile l’espressione della cura che maggiormente influenza sia la soddisfazione del paziente che i risultati di salute.

- Assistenza intesa non solo come tecnica ma anche come rapporto relazionale - educativo tra operatori sanitari, pazienti e familiari nel perseguimento di un obiettivo di salute comune condiviso.

NEL SERVIZIO DI OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO SI ATTUA DA ANNI UN MODELLO ISPIRATO AL CASE MANAGEMENT CHE POSSIAMO DEFINIRE "GESTIONE CONDIVISA DELLE CURE"

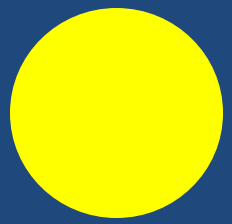
UN SIGNORE DI 79 ANNI GIUNGE NEL DIPARTIMENTO DI ACCETTAZIONE ED EMERGENZA (DEA) ACCOMPAGNATO DALLA FIGLIA

VIENE VALUTATO AL

DEL PRONTO SOCCORSO:

- **DISPNEA INGRAVESCENTE DA DUE GIORNI**
- **EDEMI DECLIVI**
- **PROGRESSIVA CONTRAZIONE DELLA DIURESI**
- **NON DOLORE TORACICO**
- **LUCIDO ED ORIENTATO**

CODICE COLORE:



M. Boscarino

Entro pochi minuti il paziente viene visitato dal medico di Pronto Soccorso

- ❑ all'auscultazione toni aritmici validi
- ❑ murmure vescicolare diffusamente ridotto
- ❑ crepitii mediobasali bilaterali

- ❑ saturazione di ossigeno in aria (92%)
- ❑ frequenza cardiaca (95')
- ❑ pressione arteriosa (150/90 mmHg)
- ❑ temperatura corporea (36.9)

VENGONO PRESCRITTI:

- OSSIGENO TERAPIA 2 l/m
- FUROSEMIDE
- PRELIEVI EMATOCHIMICI URGENTI

POSIZIONATO IL CATETERE VESCICALE

L'ESAME RADIOLOGICO DEL TORACE HA RILEVATO STASI DEL PICCOLO CIRCOLO, DIFFUSA ACCENTUAZIONE DEL DISEGNO VASCOLARE POLMONARE, VERSAMENTO PLEURICO BILATERALE. L'OMBRA CARDIACA E' INGRANDITA.
L'ECOCARDIOGRAMMA EFFETTUATO IN P.S. EVIDENZIA UN QUADRO DI INSUFFICIENZA MITRALICA SEVERA

L'ANAMNESI EVIDENZIA:

- broncopneumopatia cronico ostruttiva in ex fumatore
- intervento cardiochirurgico di sostituzione valvola aortica e by pass aorto-coronarico (1999)
- emorragia da sanguinamento di ulcera peptica (2005)
- infarto miocardico acuto ed edema polmonare acuto (2007)
- fibrillazione atriale permantente
- leucemia linfatica cronica
- diabete mellito
- "TURP" per adenoma

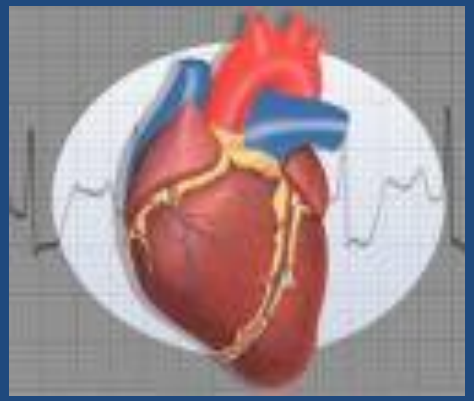
IL PAZIENTE VIENE RICOVERATO POCO DOPO IN MEDICINA D'URGENZA CON DIAGNOSI DI: SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO IN BPCO, FIBRILLAZIONE ATRIALE

IL PAZIENTE, DURANTE IL RICOVERO IN OSPEDALE, VIENE TRATTATO CON:

- **NITROGLICERINA EV**
- **FUROSEMIDE AD ALTE DOSI**
- **SPIRONOLATTONE**
- **METOLAZONE**
- **ACE INIBITORI**
- **EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE**

IN CONSIDERAZIONE DEL MIGLIORAMENTO DEL QUADRO CLINICO, VIENE RICHIESTA LA CONSULENZA DEL CARDIOCHIRURGO CHE DÀ INDICAZIONI DI SOSTITUZIONE DELLA VALVOLA MITRALICA.

IL PAZIENTE CONSAPEVOLE DELL'ALTO RISCHIO OPERATORIO, VUOLE SOTTOPORSI UGUALMENTE ALL'INTERVENTO.
VIENE PRESCRITTA TERAPIA ANTIAGGREGANTE CON CLOPIDOGREL PER UN MESE.



IL PAZIENTE, PLURIPATOLOGICO, IN BUON COMPENSO EMODINAMICO MA FRAGILE, IN OSSIGENO TERAPIA, CATETERE VESCICALE, DOPO QUALCHE GIORNO IN MEDICINA D'URGENZA, DEV'ESSERE TRASFERITO IN UN REPARTO DI MEDICINA

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

COLLOQUIO CON IL PAZIENTE E LA FAMIGLIA

CONSEGNA DELLA CARTA DEL RICOVERO

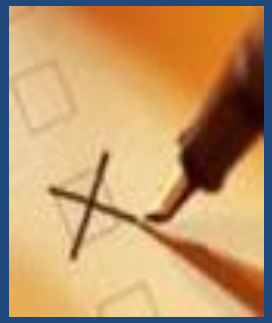
IL PAZIENTE, VIVENDO SOLO, FORTEMENTE DETERMINATO A PROSEGUIRE IL RICOVERO AL DOMICILIO, CHIEDE AI FIGLI DI CERCARE UN ASSISTENTE CHE POSSA AIUTARLO NEL MESE CHE PRECEDE L'INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

VISITA INTERDISCIPLINARE AL PAZIENTE

CARTELLA CLINICA, INFERMIERISTICA

SCALE DI VALUTAZIONE



NELL'ANAMNESI INFERMIERISTICA SI RILEVA :

- Il paziente si mobilizza a fatica, con aiuto
- Lucido, orientato, determinato nelle proprie decisioni, moderata preoccupazione per il proprio stato di salute, non depresso
- Portatore di CVP per il controllo della diuresi, alvo abbastanza regolare
- Il paziente si alimenta in modo sufficiente, ma lamenta scarso appetito
- Cute lievemente disidratata, non presenti arrossamenti
- Necessari, talvolta, tranquillanti per favorire il sonno
- Non riferisce dolore

Scala di valutazione del livello di autonomia

	Livello 0	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Mobilizzazione	In grado di camminare autonomamente	Necessita di ausili	Sta a letto ed in carrozzina	Sta solo a letto
Igiene	Autonomo	Parzialmente autonomo	Parzialmente dipendente	Dipendente
Vestirsi	Autonomo	Parzialmente autonomo	Parzialmente dipendente	Dipendente
Alimentazione	Autonomo	Parzialmente autonomo	Dipendente	Con SNG o PEG
Diuresi	Continente	Incontinente (uso di condom o pannolone)	Portatore di catetere vescicale	Portatore di stomia (uretero pielostomia)
Alvo	Continente	Incontinenza saltuaria	Incontinente	Portatore di stomia (colon digiunostomia)
Sonno e riposo	Normale ritmo sonno- veglia	Con qualche difficoltà ad addormentarsi	Necessita di aiuto farmacologico	Inversione ritmo sonno - veglia
La comunicazione	Normale	Afasia	Demenza	Stato stuporoso coma

Punteggio : 0 - 1 = Autonomo
2 - 12 = Parzialmente Dipendente
13 - 24 = Dipendente

BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (B.R.A.S.S.)

Età
0 = 55 anni o meno
1 = 56-64 anni
2 = 65-79 anni
3 = 80 anni e più

Condizioni di vita
0 = vive con il coniuge
1 = vive con la famiglia
2 = vive solo con aiuto fam.
3 = vive solo con aiuto amici
4 = vive solo
5 = assist. Domic

Stato funzionale (+ opzioni)
0 = autonomo (ADL/IADL)
1 = alimentazione
1 = igiene/abbigliamento
1 = andare in bagno
1 = spostamenti/mobilità
1 = incontinenza intestinale
1 = incontinenza urinaria
1 = preparazione cibo
1 = responsab. uso farmaci
1 = capacità gestione denaro
1 = fare acquisti
1 = utilizzo mezzi trasporto

Stato cognitivo
0 = orientato
1 = disorientato in alcune sfere qualche volta
2 = disorientato in alcune sfere sempre
3 = disorientato in tutte le sfere qualche volta
4 = disorientato in tutte le sfere sempre
5 = comatoso

Modello comportamentale
0 = appropriato
1 = wandering
1 = agitato
1 = confuso
1 = altro

Mobilità
0 = deambula
1 = deambula con ausili
2 = deambula con assistenza
3 = non deambula

Deficit sensoriali
0 = nessuno
1 = deficit visivi o uditivi
2 = deficit visivi e uditivi

Numero ricoveri o accessi PS
0 = nessuno negli ultimi 3 mesi
1 = uno negli ultimi 3 mesi
2 = due negli ultimi 3 mesi
3 = più di 2 negli ultimi 3 mesi

Numero di problemi clinici
0 = tre problemi clinici
1 = da tre a cinque problemi clinici
2 = più di cinque problemi clinici

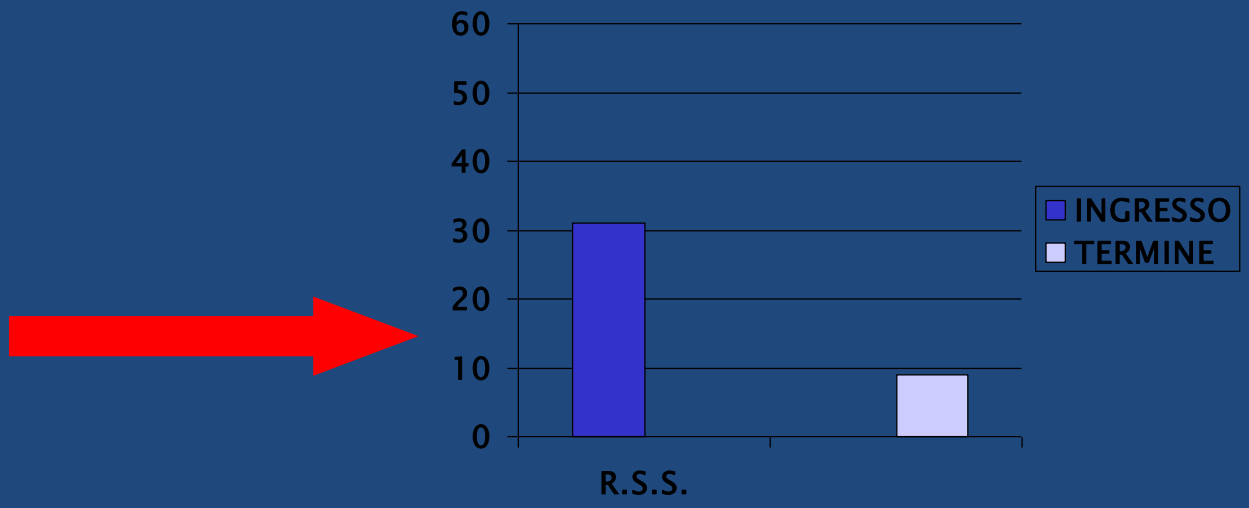
Numero di farmaci assunti
0 = meno di tre farmaci
1 = da tre a cinque farmaci
2 = più di cinque farmaci

PUNTEGGIO TOTALE: 20

0 –10 = rischio basso 11-19 = rischio medio > = 20 alto rischio

SERVIZIO DI OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO

Relatives' Stress Scale (R.S.S.)



V. M. D.

OSSIGENO LIQUIDO
PRESIDI A.D.
ORGANIZZAZIONE RIENTRO A CASA
PIANO DI CURA
PRESENT. PAZIENTE
EQUIPE O.A.D. (GERIATRA, INF. GERIATRICO)
PAZIENTE FAMIGLIA
ASSISTENTE FAMILIARE
ASSISTENTE SOCIALE

- EMERGONO I BISOGNI PRINCIPALI DA RISOLVERE SUBITO E A MEDIO TERMINE
- SI TROVANO POSSIBILI SOLUZIONI
- SI DELINEA IL PROBABILE PERCORSO DI CURA

IL PIANO DI ASSISTENZA E CURA PERSONALIZZATO INIZIA DOPO LA V.M.D.

il geriatra e l'infermiere ne sono i responsabili

RICOVERO DEL PAZIENTE IN O.A.D.

dal 20/01 al 24/02

Attività dell'èquipe al domicilio:

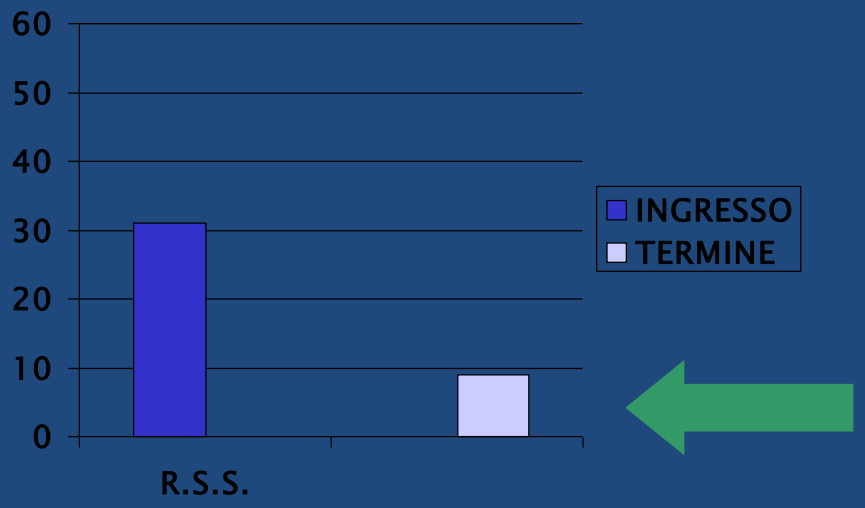
Visite mediche programmate	22
Visite mediche in emergenza	5
Visite infermieristiche	32
Visite infermieristiche per chiamata	7
Colloqui di counselling	4
Elettrocardiogramma	15
Ecodoppler venoso e arterioso	2
Esami radiologici (RX torace)	3

“IL PERCORSO”

L’APPROCCIO GERIATRICO COME FILO CONDUTTORE
“ACCOMPAGNARE” IL PAZIENTE IN CARDIOCHIRURGIA
INTERAZIONE CON ALTRI SERVIZI
IMPIEGO CORRETTO DELLE RISORSE
VALUTAZIONE CONTINUA
CONDIVISIONE DEL CASO
SICUREZZA PER IL PAZIENTE E I FAMILIARI
BUON COMPENSO EMODINAMICO

SERVIZIO DI OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO

Relatives' Stress Scale (R.S.S.)



Scala di valutazione del livello di autonomia

	Livello 0	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Mobilizzazione	In grado di camminare autonomamente	Necessita di ausili ●	Sta a letto ed in carrozzina	Sta solo a letto
Igiene	Autonomo ●	Parzialmente autonomo	Parzialmente dipendente	Dipendente
Vestirsi	Autonomo ●	Parzialmente autonomo	Parzialmente dipendente	Dipendente
Alimentazione	Autonomo ●	Parzialmente autonomo	Dipendente	Con SNG o PEG
Diuresi	Continente ●	Incontinente (uso di condom o pannolone)	Portatore di catetere vescicale	Portatore di stomia (uretero pielostomia)
Alvo	Continente ●	Incontinenza saltuaria	Incontinente	Portatore di stomia (colon digiunostomia)
Sonno e riposo	Normale ritmo sonno- veglia ●	Con qualche difficoltà ad addormentarsi	Necessita di aiuto farmacologico	Inversione ritmo sonno - veglia
La comunicazione	Normale ●	Afasia ●	Demenza	Stato stuporoso coma

Punteggio : 0 - 1 = Autonomo
2 - 12 = Parzialmente Dipendente
13 - 24 = Dipendente

IL MANAGEMENT DI QUESTO CASO HA PORTATO AL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO CON UN ALTO LIVELLO DI PRESTAZIONI, IMPEGNO EFFICIENTE ED EFFICACE DI RISORSE PROFESSIONALI, DI TEMPO E MATERIALI,

ELEVATO GRADIMENTO DA PARTE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI E SODDISFAZIONE DEI PROFESSIONISTI COINVOLTI.

"La conoscenza su dove una persona anziana deve "andare" è essenziale, ma la scelta dovrebbe essere sempre fatta in rispetto al principio fondamentale che la casa è "meglio, quando possibile".

F. Fabris