



Processi assistenziali legati all'incidenza delle malattie croniche: nuovi bisogni e nuovi problemi

Claudia Evers

11 dicembre 2014

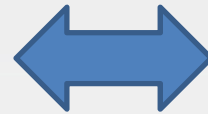


Clinica Hildebrand
Centro di riabilitazione Brissago



Introduzione

La sfida della continuità
assistenziale nel sistema
sanitaria che cambia



Cambiamento della
popolazione di “pazienti”
che si assiste il giorno
d’oggi

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

SUPSI

ASI-SBK-sezione Ticino



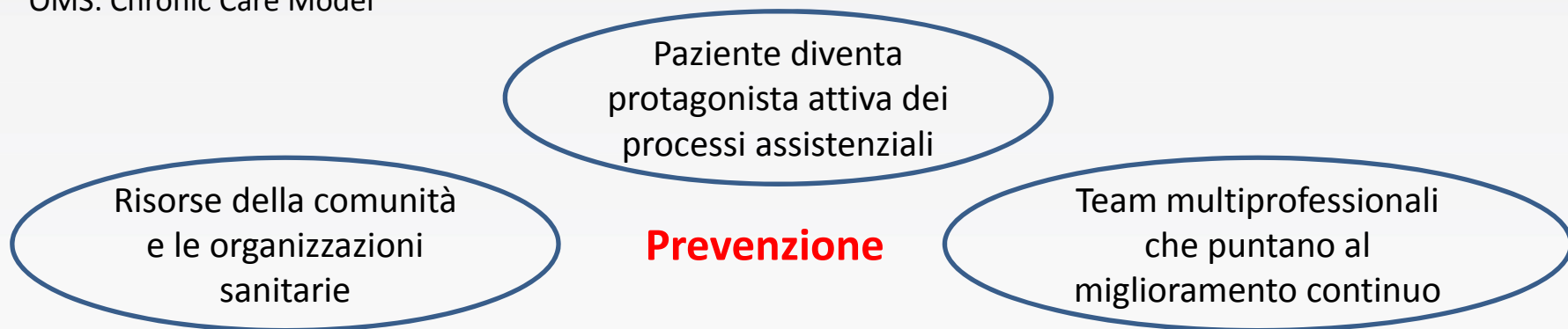
Introduzione



OMS: Chronic Care Model

Il punto di partenza è il seguente: sta emergendo un generale consenso internazionale sul fatto che per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche è necessario un approccio più ampio (*a more comprehensive approach*).

“E' necessario sollevare l'orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione”.



Programma

- OMS: Malattie croniche
- Malattie della persona anziana (fragilità)
- Complessità nell'assistenza infermieristica
- Un esempio pratico dell'approccio interdisciplinare al problema dell' "elevato rischio di cadute" nel percorso riabilitativo del paziente

Malattie croniche

Malattie croniche.....Allarme Oms: 36 milioni di morti all'anno.....

Presentato oggi il Rapporto dell'Organizzazione mondiale della Sanità



sulle malattie croniche. Sono state 36,1 milioni le persone morte nel 2008, pari al 63% delle morti totali. Malattie cardiache, ictus, malattie respiratorie, il diabete e le varie forme di cancro, sono questi i big killer. Circa l'80% dei decessi avviene nei Paesi a basso reddito

Aprile 2011

Si aggiungono le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito e le malattie genetiche.

**Malattie croniche →
frequentemente invalidanti, causando disabilità e dipendenza assistenziale**

Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

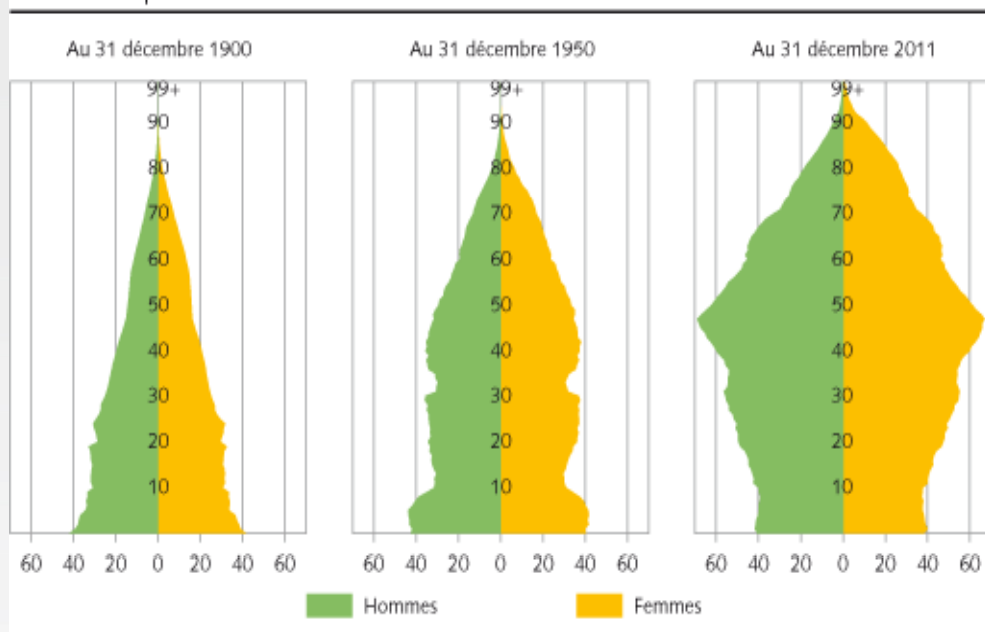
Cause delle cause.....

Malattie croniche → **richiedono un'assistenza a lungo termine**, ma al contempo **presentano diverse opportunità di prevenzione**.....

Svizzera: società dalla lunga vita

Pyramide des âges

Nombre de personnes en milliers



Source: RP, STATPOP

© OFS

in Svizzera vivono circa **1,4 milioni** di persone di **65 anni d'età o più** → Costituiscono il **17,4 per cento** della popolazione permanente.

Una doppia svolta demografica: da un lato aumenta l'aspettativa di vita e dall'altro diminuisce il numero delle nascite.

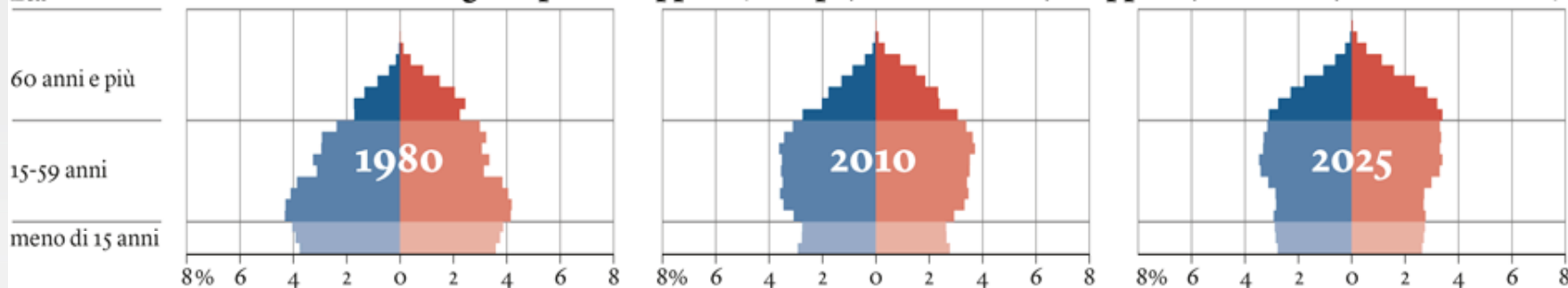
L'aspettativa di vita alla nascita è in media di:

- 84,7 anni per le donne
- 80,3 anni per gli uomini.

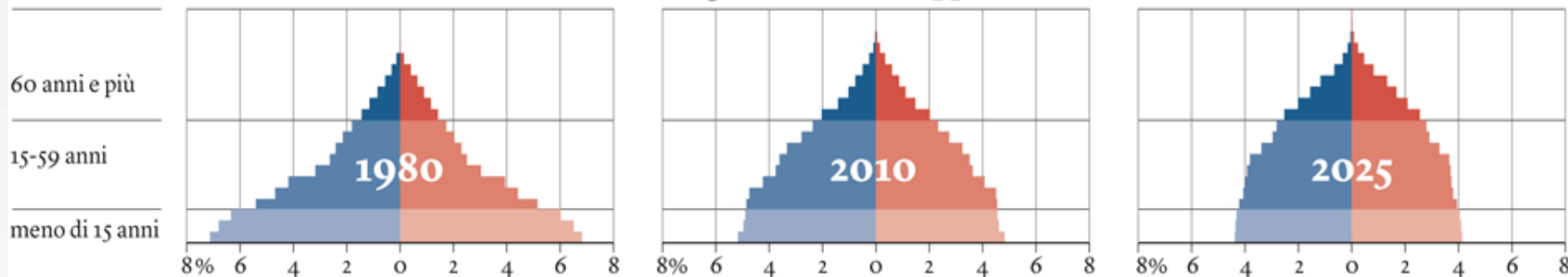
La Svizzera rientra così tra i paesi con la più alta aspettativa di vita al mondo.

Composizione della popolazione in percentuale sul totale Uomini Donne

Regioni più sviluppate (Europa, Nordamerica, Giappone, Australia, Nuova Zelanda)



Regioni meno sviluppate (Africa, America Latina, Asia¹, Oceania²)

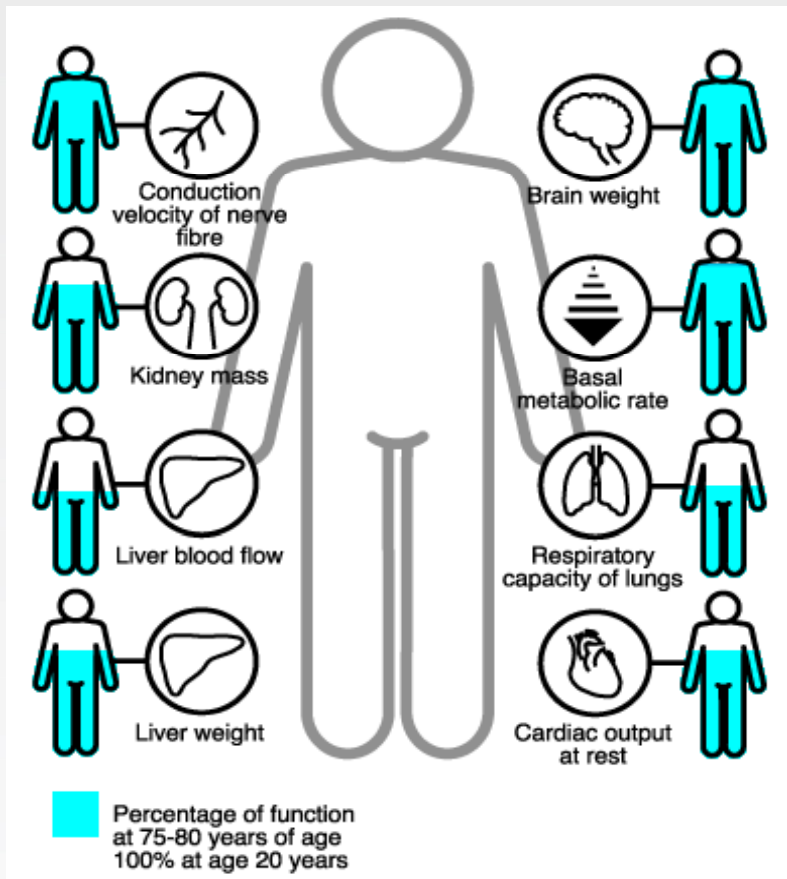


1. Giappone escluso; 2. Australia e Nuova Zelanda escluse

Fonti: Nazioni Unite, World urbanization prospects: the 2010 revision e The 2011 revision, New York, 2011 e 2012.

Le malattie delle persone anziane

Declino funzionale dei sistemi



L'invecchiamento generale dell'organismo rende tutti gli apparati e gli organi più suscettibili di ammalarsi. Cuore e vasi, fegato, reni, polmoni, occhio, orecchio, sono gli organi più colpiti.



- Aterosclerosi
- Malattie del cervello e sistema nervosa (demenze, Parkinson),
- Disturbi della vista e dell'udito
- Disturbi dell'apparato locomotore (sarcopenia)
- Ecc.,.....

Persona anziana: a rischio di “fragilità”

Invecchiamento avanzato



Stato socio-ambientale critico
Rischio di isolamento sociale

Comorbidità grave:
Sarcopenia
Artrosi
Malnutrizione
Declino cognitivo
Altre malattie



Rischio di dipendenza funzionale:
Ipomobilità
Disturbi d'equilibrio
Rischio di cadute
Ecc.,



Alto rischio di istituzionalizzazione

Polifarmacoterapia complessa



Paradigma dell'evento acuto

Cambiamento della popolazione di "pazienti"
che si assiste il giorno d'oggi

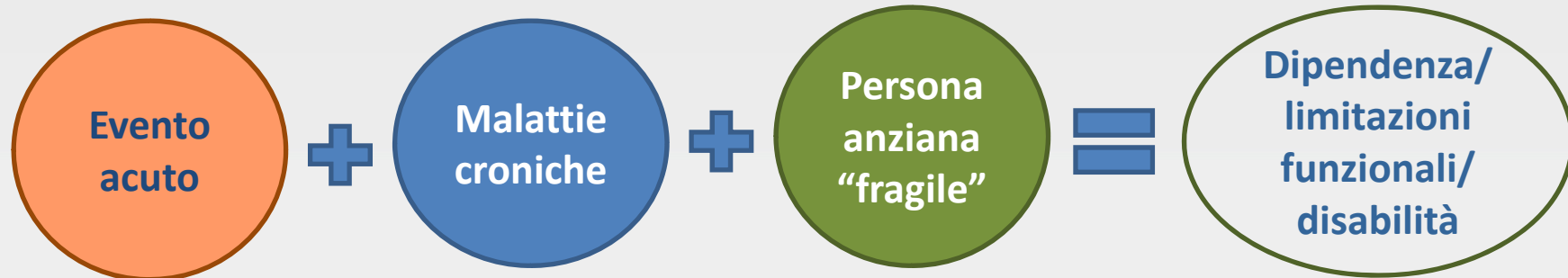


Paziente S.F., 80 anni:

Disturbo del cammino multifattoriale inaggravante su encefalopatia cerebrovascolare

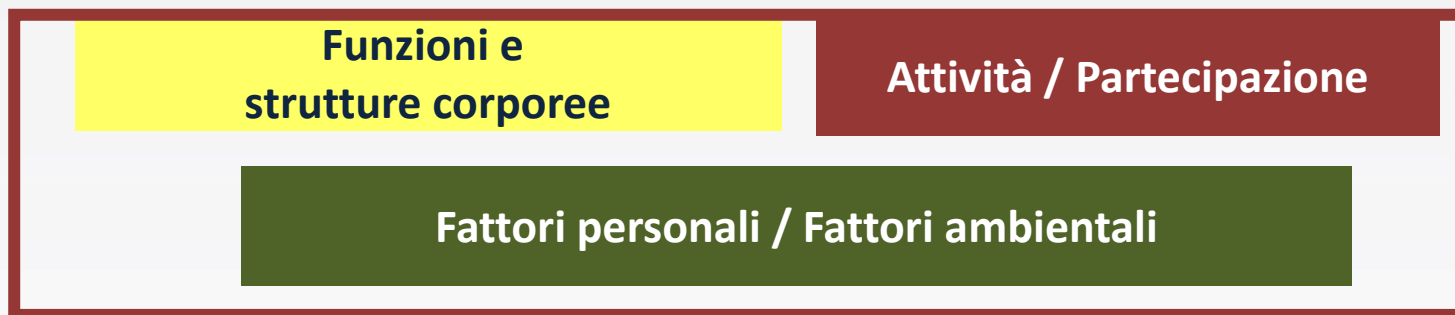
- Disturbo bipolare in trattamento
- Disturbo del sonno in trattamento
- Diverticolosi del sigma (stipsi cronica)
- Adenocarcinoma (urgenza minzionale)
- Protesi ginocchio destro (2001)
- Ecc,.....

Complessità assistenziale



ICF: una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità.

ICF



La Classificazione Internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF, 2001)

Esempio: complessità assistenziale

Funzioni e strutture corporee

Strutture alterate:

- ✓ Strutture del sistema nervoso (cervello)
- ✓ Strutture dei sistemi cardiovascolare
- ✓ Strutture correlate al movimento,
- ✓ Ecc.,....

Problemi delle funzioni:

- ✓ **funzioni mentali:** orientamento, attenzione, emozioni, pensiero, intelletto, personalità, energia, ecc.
- ✓ **Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento, ecc.....**
- ✓ **Funzioni sensoriali e dolore**
- ✓ **Funzioni dei sistemi cardiovascolare**
- ✓ **Funzioni urinarie**

Diagnosi (ICD-10): esiti di ictus cerebrale ischemico con emisindrome sensitivo-motoria sinistra, eminegligenza spaziale omolaterale, disfunzione esecutiva e moderata anosognosia.....

Altre diagnosi secondarie: diabete mellito, ipertensione arteriosa, ecc.,...



Esempio: complessità assistenziale

Attività (ambiente strutturato/test)

Attività compromesse:

- ✓ Mobilità: cambiare la posizione corporea, trasferirsi, camminare,
- ✓ Cura della propria persona: lavarsi, vestirsi, bisogni corporali, mangiare e bere, ecc.,...
- ✓ Compiti e richieste generali: eseguire la routine quotidiana, ecc.,...



Partecipazione (nella società - vita quotidiana)



Esempio: complessità assistenziale

Apprendimento e applicazione delle conoscenze

- Apprendimento elementare
- Applicazione delle conoscenze

Relazioni di vita sociale, civile e di comunità

- Tempo libero
- Vita sociale e politica
- Vita religiosa / spirituale

Vita domestica

- Fare la spesa
- Preparare i pasti
- Assistere altri



Mobilità

- Camminare e spostarsi
- Usare i mezzi pubblici

Fattori contestuali:

- ❖ Fattori ambientali
- ❖ Fattori personali: desideri e obiettivi del paziente e dei famigliari

Compiti / richieste

- Eseguire la routine quotidiana (coordinare/pianificare)

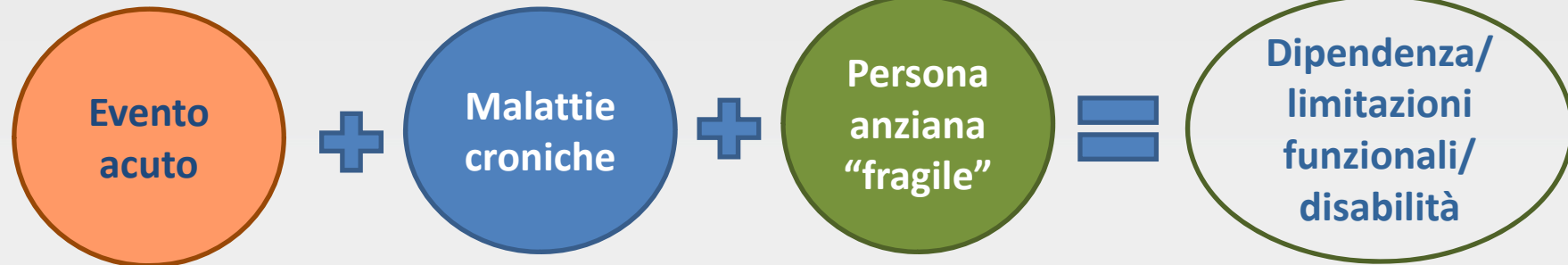
Interazioni e relazioni Interpersonali

- Relazioni con la famiglia, formali, informali, ecc.,...

Aree di vita principali

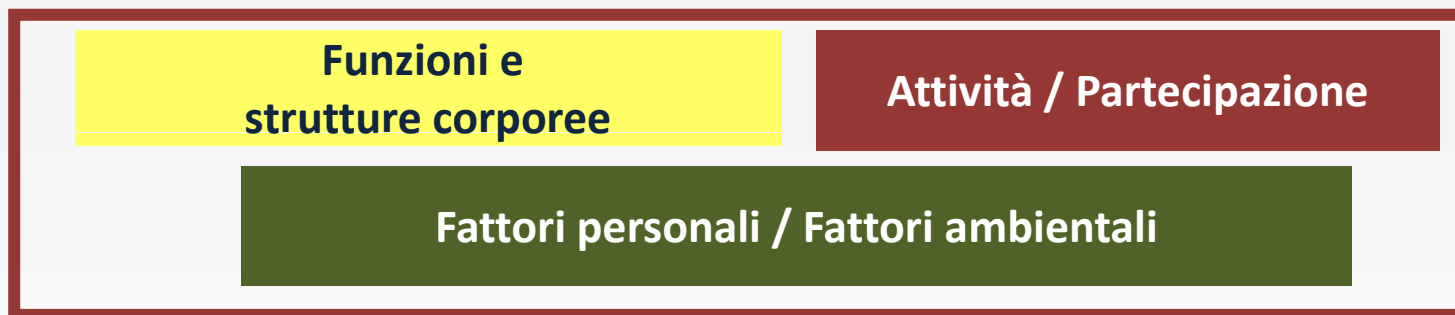
- Educazione / istruzione
- Lavoro / occupazione
- Vita economica

Complessità assistenziale



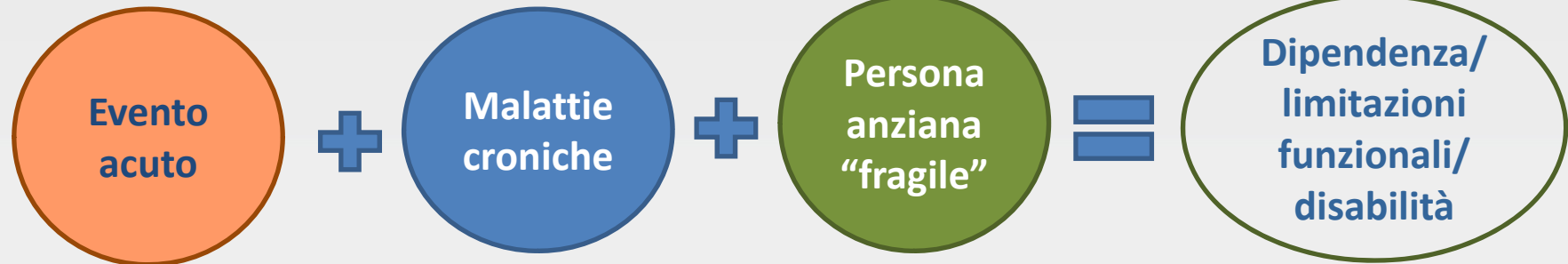
L'infermiere si trova ad affrontare una **SFIDA CONTINUA** in considerazione dell'alta **COMPLESSITÀ** e **VARIABILITÀ** del processo assistenziale

ICF



La Classificazione Internazionale del funzionamento,disabilità e salute (ICF, 2001)

Un esempio pratico dell'approccio interdisciplinare



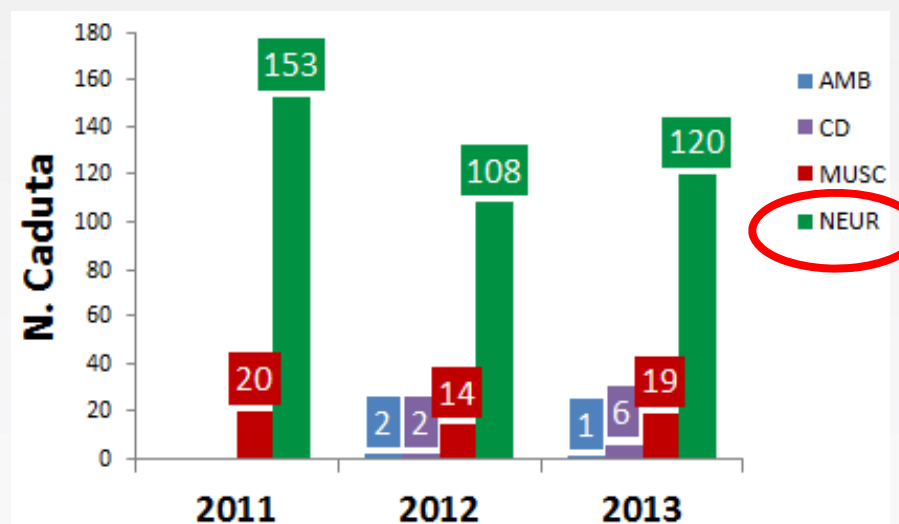
Rischio in comune:

rischio di cadute!!

In comune: il rischio di cadute

	CH		
	2011	2012	2013
	%		
N° partecipanti al modulo	7899	8033	
N° di pazienti caduti	18.1%	19.3%	
<i>Prima dell'attuale ricovero</i>	14.8%	14.2%	15.4%
<i>Durante l'attuale ricovero</i>	4.3%	4.2%	4.2%
Lesioni causate durante l'attuale ricovero	51.2%	39.4%	36.2%
<i>Minime (conseguenze sulla salute che non richiedono cure mediche)</i>	21%	28.7%	24.4%
<i>Medie (contusioni, tagli che richiedono una medicazione delle ferite)</i>	14%	6.8%	6.1%
<i>Gravi (lesioni alla testa, frattura al braccio o alla gamba)</i>	26%	2.6%	5.5%
<i>Fratture anca</i>	5%	1.3%	0.3%
<i>Nessuna</i>			
Lesioni causate prima dell'attuale ricovero	51.2%	76.3%	71.8%
<i>Minime (conseguenze sulla salute che non richiedono cure mediche)</i>	21%	16.6%	17.6%
<i>Medie (contusioni, tagli che richiedono una medicazione delle ferite)</i>	14%	12.6%	13.8%
<i>Gravi (lesioni alla testa, frattura al braccio o alla gamba)</i>	26%	36.2%	30.6%
<i>Fratture anca</i>	5%	10.9%	10.0%

- Stato cognitivo compromesso
- Comprensione alterata
- Non chiamare per assistenza (alzarsi o per andare in toilette)



Gruppo di lavoro - Infermiera specialista clinica

Commissione “Prevenzione delle cadute”:

- ✓ Responsabile Servizio Qualità
- ✓ Cure: Infermiera specialista clinica, 3 infermieri, 3 assistenti di cura
- ✓ Fisioterapista
- ✓ Neuropsicologa



Politica e processo per la gestione del rischio di caduta

Assessment infermieristico del rischio di caduta e rilevamento della caduta con analisi approfondita

Raccomandazioni interdisciplinari per la prevenzione

Infermiere specialista clinico:

✓ è in grado di farsi carico **dell'assistenza e del coordinamento** di cure individualizzate e di qualità a pazienti, a gruppi di utenti a **elevata complessità** internistica e chirurgica e di consigliare, sostenere e accompagnare i familiari.

✓ è chiamato ad interagire, consigliare e stimolare il **gruppo di lavoro**, verso una continua ricerca delle **migliori proposte assistenziali**

Brochure informativa per pazienti e parenti

Gruppo di lavoro-prevenzione delle cadute

Uno dei compiti assegnati ai membri della commissione “prevenzione delle cadute”:

“Eseguire un’analisi di mercato e/o di letteratura, per verificare se sono disponibili mezzi ausiliari o altro per la prevenzione delle cadute”



Ricerca

Jeanine Altherr: [Innovation und Technik in der akutgeriatrischen Pflege](#), Der informierte Arzt 10/2014, S. 20-21.

Patrick Koch, Frank Schüpphaus, Birgit Hupka: [Mobilitätsmonitoring in der Pflege. Ergebnisse eines Projektes zur sensorgestützten Mobilitätsanalyse in der GVS Herdecke Seniorendienste gGmbH](#), Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen, Jahrgang 11 (2014), Sonderausgabe-Nr. 1, S.32-39.

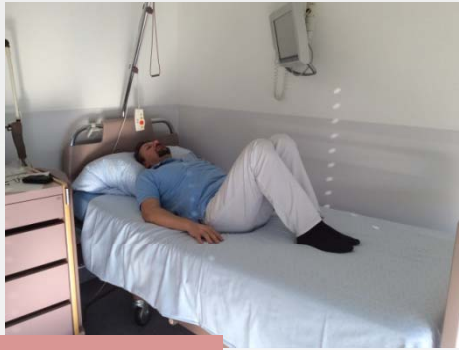
Gruppo di lavoro-prevenzione delle cadute

Analisi del grado di mobilità del paziente:

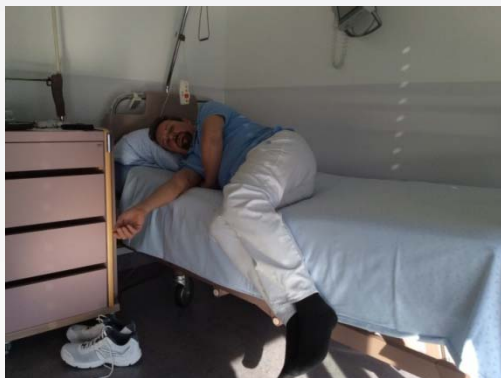
Il dispositivo si dimostra molto utile per avere **dati oggettivi e confrontabili sul grado di mobilità spontanea del paziente.**



Movimenti non rilevanti



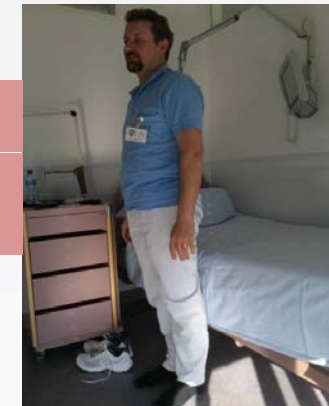
Movimenti rilevanti



Avviso
bordo
letto



Avviso
fuori
letto



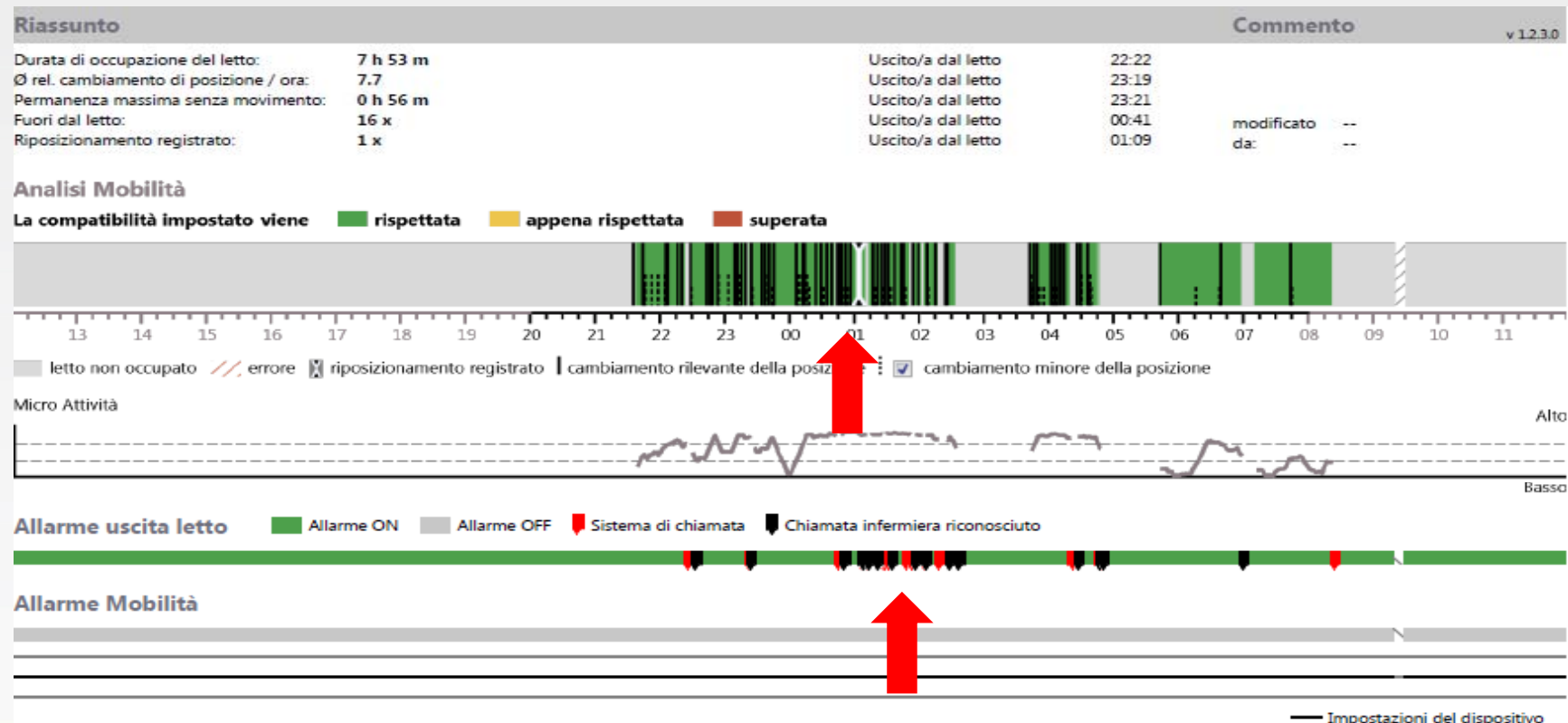
Gruppo di lavoro-prevenzione delle cadute

Paziente di 82 anni con una diagnosi di Parkinson → La paz. riferisce che RIPOSA durante la notte.

Obiettivi dell'utilizzo del dispositivo:

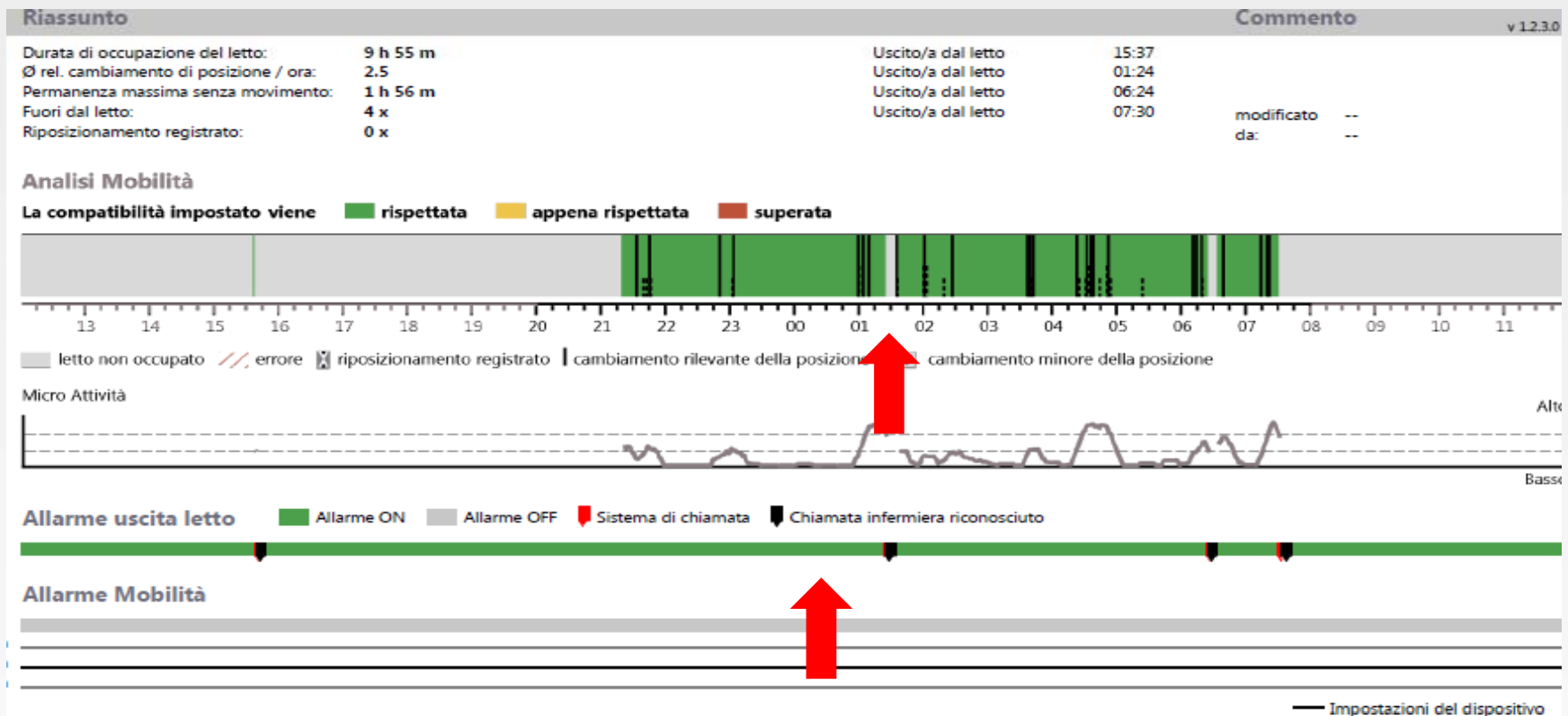
- 1) **valutazione della mobilità** notturna e durata del riposo.
- 2) **Allarme alla fuoriuscita** del letto per verificare tempestivamente la sicurezza della paziente.

Si osserva dal grafico che la paz. NON riposa, si alza molto spesso circa 16 volte a notte.



Gruppo di lavoro-prevenzione delle cadute

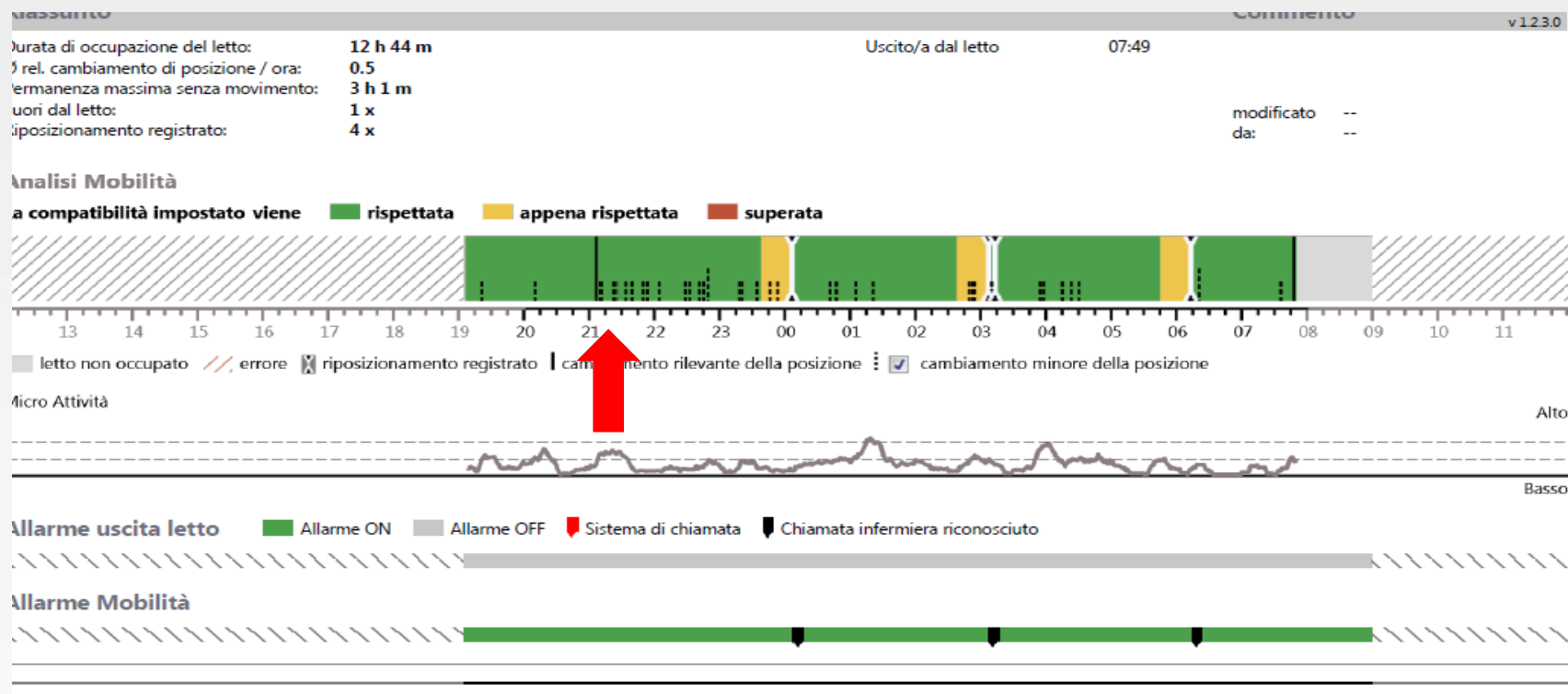
Dopo alcuni giorni di analisi dei grafici il medico ha modificato la terapia farmacologica: il ritmo del sonno è più fisiologico. La paziente non sta fuori dal letto per lunghi periodi durante la notte. Il grado di mobilità è considerevolmente migliorato, riducendo così anche il rischio di cadute accidentali.



Gruppo di lavoro-prevenzione delle cadute

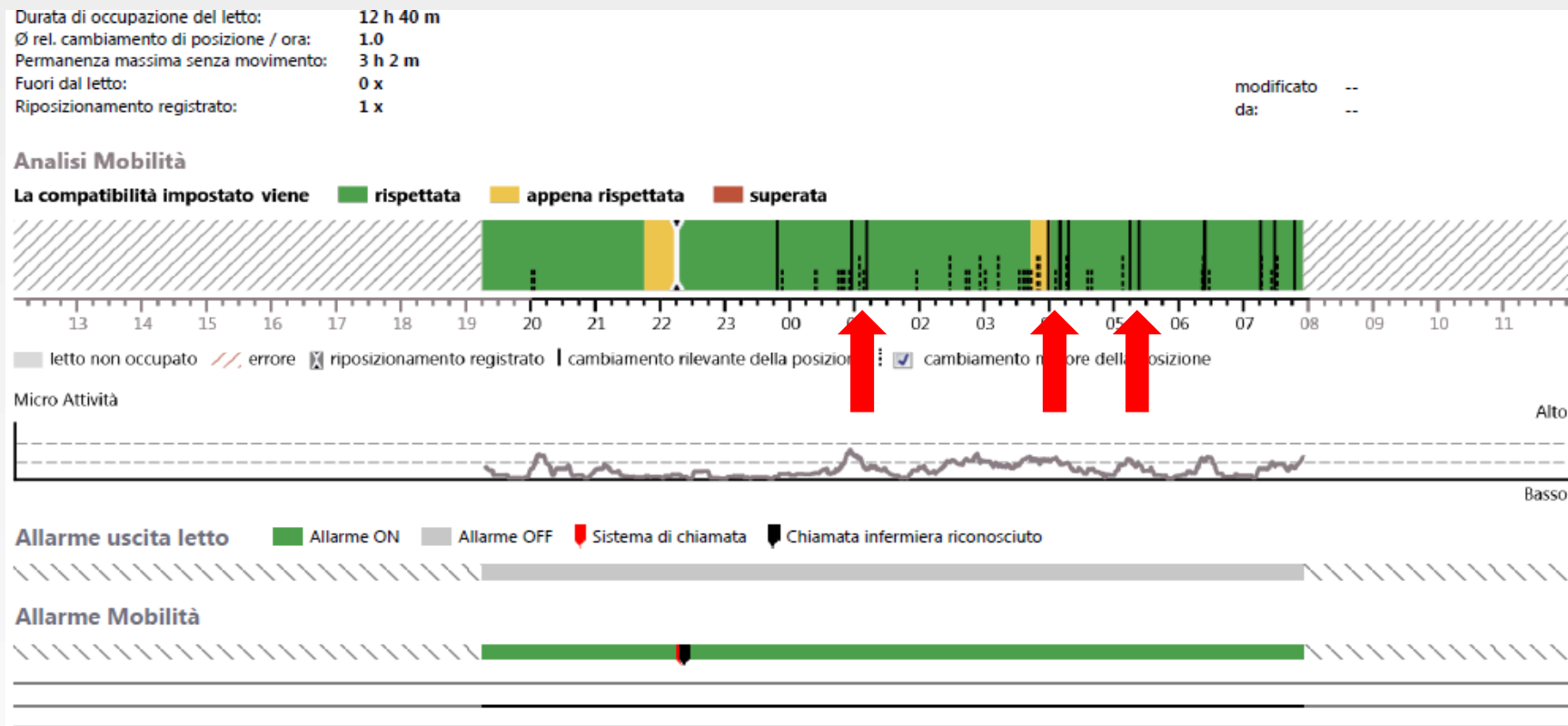
Paziente ultraottantenne con grave decadimento fisico e cognitivo in seguito a un ricovero per una frattura al femore destra e polmonite. All'inizio della sua degenza si è mostrato ipomobile (Scala Braden inferiore a 17) → materasso antidecubito, posizionamenti ogni 3 ore.....

Obiettivo del utilizzo del dispositivo: la valutazione della mobilizzazione spontanea di notte → impostazione allarme mobilità ogni 3 ore



Gruppo di lavoro-prevenzione delle cadute

Dopo due settimane si evince che il paziente presenta una mobilità efficace in autonomia.
Aggiornamento del piano di cura → da 3 posizionamenti a 1 posizionamento. Si offre al paziente un riposo con meno interruzioni e si rimuove il materassi antidecubito.



Gruppo di lavoro-prevenzione delle cadute

Le rilevazioni eseguite ci hanno permesso di fare alcune riflessioni nell'ottica di una maggiore personalizzazione delle cure infermieristiche. Nello specifico:

✓ Monitorare la fuoriuscita (o l'intenzione) dal letto da parte del paziente → **prevenzione del rischio di cadute**

✓ **Adeguare/ottimizzare gli interventi infermieristici** che riguardano i posizionamenti del paziente alle reali necessità (attraverso un assessment appropriato → interventi mirati e individuali

✓ Utilizzare in modo più mirato i **dispositivi anti-decubito**

✓ Valutare il riposo notturno → rivalutare gli aspetti farmacologici per **garantire un miglior riposo**

✓ Utilizzare le informazioni ottenuti per **pianificazione della dimissione** (*vi è la necessità di sorveglianza/assistenza? Quale materasso? La farmacologia che favorisce il riposo notturno è efficace?, ecc....*)

Conclusioni

l'approccio alle malattie croniche si sta ridefinendo spostando i modelli di cura da un **approccio reattivo**, basato sul **paradigma "dell'attesa" dell'evento acuto**, ad un **approccio proattivo**, improntato al **paradigma preventivo**, mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia; a promuovere **l'empowerment del paziente** (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (OMS)

Urge che tutti gli infermieri di ogni dove **presentano l'iniziativa e si impegnino in tutti gli ambiti** della comunità e in tutti i settori per affrontare la crescente minaccia che le patologie croniche pongono in capo alla salute ed al benessere globale

È fondamentale l'erogazione di un'assistenza focalizzata sui **bisogni individuali della persona**, nel suo specifico contesto sociale (**ICF**)

È necessario **potenziare la ricerca e la condivisione in gruppi di lavoro** multiprofessionali per **sviluppare politiche e procedure** che prendono in considerazione i nuovi bisogni e nuovi problemi

I am what I am,
and what I am is
a work in
progress.

E.E. Blake

meetville.com

Grazie per l'ascolto