

Le basi organizzative dell'assistenza domiciliare

Maria Borsari

Responsabile Ufficio Infermieristico

Distretti Modena e Castelfranco E.

Definizione assistenza domiciliare

OMS intende per assistenza domiciliare

“la possibilità di fornire a domicilio dei pazienti quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livelli di benessere, salute e funzione”

Storia dell'assistenza domiciliare

- Anni 70 L'assistenza veniva erogata dai comuni, gli utenti erano pazienti anziani o con disagi sociali e l'obiettivo era il mantenimento dell'autosufficienza.
- Anni 80 Istituzione del servizio sanitario nazionale (legge 833 del 1978) gli utenti diventano tutti i cittadini con l'obiettivo portare l'assistenza il più vicino possibile al luogo dove la gente vive e lavora
- Anni 90 istituzione delle USL in Aziende sanitarie (Decreto legislativo 502-517 riordino della disciplina in materia sanitaria)

Leggi e delibere regionali sull'assistenza domiciliare

- L.R. 5 del 1994 interventi a favore della popolazione anziana (SAA: contributo economico)
- L.R 29 del 1994 assistenza ai pazienti terminali
- Delibera 124 del 1999
- “Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari”
- Delibera 456 “La rete delle cure palliative”
- Piani di Zona Fondo Regionale della non Autosufficienza
- (FRNA)

I Progetti Obiettivo Nazionali

Propongono un quadro di riferimento generale e definiscono modelli organizzativi per garantire l'assistenza ad alcune fasce di popolazione.

Tali indicazioni sono contestualizzate dalle legislazioni regionali, attraverso l'elaborazione di Piani Sanitari Regionali nei quali si definiscono gli aspetti più specificatamente legati alla pianificazione del territorio ed al fabbisogno qualitativo degli operatori.

I Progetti Obiettivo Nazionale che hanno creato i presupposti dell'assistenza domiciliare sono:

- Assistenza pazienti Anziani
- Assistenza malati AIDS
- Assistenza pazienti terminali/cure palliative
- Assistenza pazienti con Gravi Cerebrolesione Acquisite (GRACER)

Anziani (1992)

- E' un documento di grande interesse perché imposta , per la prima volta in maniera organica, il modello dell'assistenza agli anziani definendo i soggetti eleggibili per i diversi tipi di intervento.
- Viene prevista la valutazione multidimensionale del bisogno effettuata dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).
- Viene individuata la rete dei servizi socio sanitari di base e specialistici residenziali.
- Vengono chiariti collocazione e ruolo dei servizi domiciliari.

Malati di AIDS

- Il modello che caratterizza il progetto colloca l'assistenza domiciliare all'interno di una rete assistenziale che include i servizi per la tossico dipendenza, i consultori, le diverse articolazione dei reparti di malattie infettive e le case alloggio.
- Il ventaglio delle prestazioni ricomprende l'assistenza medica ed infermieristica, farmaceutica, dei presidi, psicologica , di supporto socio assistenziale e di aiuto domestico.

Pazienti terminali Cure palliative

(piano sanitario 94/96)

L'O.M.S. nel 1990, ha dato la seguente definizione:

“l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponde a trattamenti curativi. E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie”.

Gravi Cerebrolesione Acquisite (GRACER)

Il progetto GRACER (Gravi Cerebrolesioni Emilia Romagna), ha l'obiettivo di garantire interventi riabilitativi adeguati per tutte le persone affette da grave cerebrolesione acquisita, attraverso un sistema a rete integrata di servizi, che consenta tempestività nella presa in carico, garanzia di adeguati livelli di cura e di continuità di cura, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione.

PERCHE' LE GRAVI CEREBROLESIONI RAPPRESENTANO UN PROBLEMA SANITARIO E SOCIALE RILEVANTE?

Per la *elevata incidenza e prevalenza* di queste patologie, che colpiscono spesso giovani e adulti in piena età scolastica o lavorativa

Per la *numerosità e la complessità delle sue sequele disabilitanti* di tipo senso motorio, comportamentale, cognitivo;

Per l'*impatto emotivo e materiale sul sistema familiare* della persona colpita, con necessità frequente di profonde modificazioni nello stile di vita dei componenti della famiglia stessa;

Per le *conseguenze sociali* in termini di difficoltà di reinserimento scolastico o lavorativo

Per la *necessità di elevato impiego di risorse*, sia in ambito sanitario che sociale, con interventi complessi e prolungati nel tempo, diversificati in funzione del fabbisogno specifico della persona cerebrolesa e del suo nucleo familiare.

Cos'è un Piano sociale di zona?

È un documento programmatico con il quale i Comuni associati, di intesa con l'Azienda USL, definiscono le politiche sociali e socio-sanitarie rivolte alla popolazione dell'ambito territoriale coincidente con il distretto sanitario.

È coerente con il Piano regionale degli interventi e servizi sociali e si raccorda con la programmazione sanitaria, in particolare di livello distrettuale.

A cosa serve un Piano di zona?

E' lo strumento principale delle politiche sociali, che serve a costruire un sistema integrato di interventi e servizi.

- *Integrato, perché deve mettere in relazione servizi che si offrono in strutture, servizi domiciliari, servizi territoriali, misure economiche, prestazioni singole, iniziative non sistematiche, sia che siano rivolte alla singola persona sia alla famiglia.*
- *Integrato, perché deve coordinare politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali, urbanistiche e abitative, e cioè: come, dove, e chi il sistema nel suo complesso assiste, si prende cura, riabilita, educa, forma, orienta e inserisce al lavoro, offre occasioni di cultura e di socialità, offre una città e un'abitazione vivibile e adeguata.*

Come si realizza l'integrazione socio-sanitaria nei Piani sociali di Zona?

Per gli interventi socio-sanitari e ad elevata integrazione socio-sanitaria ci deve essere coincidenza tra le indicazioni del PdZ e quelle del Programma delle attività territoriali del Distretto, e l'Accordo di Programma che approva i piani deve essere sottoscritto anche dal Direttore Generale dell'AUSL o dal direttore di Distretto.

Inoltre i Piani devono tenere conto delle indicazioni e delle elaborazioni contenute nei Piani per la Salute nonché dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA).

E' in corso un processo di innovazione del governo dell'integrazione socio-sanitaria anche a seguito dell'introduzione sperimentale del Fondo regionale per la non autosufficienza.

Che cosa è il distretto

E' l'articolazione organizzativa preposta alla gestione ed al coordinamento dell'assistenza, dell'educazione e dell'informazione sanitaria oltre che della prevenzione nei confronti degli utenti e delle famiglie.

Ha il compito di assicurare, nel rispetto della libera scelta del cittadino, l'orientamento e l'accesso all'insieme dei servizi previsti nei diversi luoghi di trattamento e monitorizzare il livello di qualità dell'assistenza erogata nei territori di competenza

La rete dei servizi distrettuali

Ha l'obiettivo di evitare al cittadino di ricostruire tutti i percorsi passando da un servizio o specialista all'altro.

La rete dei servizi socio sanitari prevede che ci sia un'unica porta di accesso a tutte le opzioni assistenziali possibili, per le quali operatori appartenenti ad enti differenti concordino criteri di accesso comuni, utilizzando gli stessi strumenti di valutazione, lavorino in equipe e gestiscano risorse proprie per un fine comune.

La rete.....

Al centro della rete c'è il malato e la sua famiglia; i nodi sono rappresentati da tutte le opzioni assistenziali ritenute necessarie: MMG, ospedale, lungodegenze, RSA, l'assistenza infermieristica, l'assistenza sociale, l'hospice, il volontariato ecc..

Ad ogni modifica di condizioni del malato, che richiede appropriatamente l'erogazione di un altro servizio, il passaggio deve essere facile ed agevole. Il risultato stà nell'adeguatezza della risposta in relazione al bisogno del paziente e della sua famiglia

La rete.....

Le condizioni per costruire la rete dei servizi al fine di offrire risposte assistenziali adeguate dipendono dai professionisti:

- dalla loro competenza
- dalla loro consapevolezza di fare parte di un sistema
- dalla modalità di cooperazione
- dalla visione che tutti hanno dell'utente e del servizio nel qual è inserito.

I servizi della rete

- Punto Unico di Accesso (P.U.A.)
- Assistenza Domiciliare Integrata (medico infermieristica)
- Servizio sociale: *sportello sociale, centri sociali*
- Strutture territoriali: *strutture protette, RSA, Centro diurno, Hospice*
- Ospedale: *lungodegenze, Hospice*

Assistenza Domiciliare Integrata

Obiettivi:

assistere i pazienti con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale , assicurando comunque la continuità assistenziale;

mantenere le persone non autosufficienti al proprio domicilio;

Assistenza Domiciliare Integrata

Obiettivi:

favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita del paziente;

supportare i familiari ed eventualmente trasmettere competenze per un' autonomia di intervento.

Assistenza Domiciliare Integrata

Destinatari:

sono le persone *non autosufficiente* o a rischio di non autosufficienza in particolare con:

presenza di patologie in *fase terminale*;

riacutizzazione di patologie croniche;

dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali;

bambini con patologie croniche o in particolare condizioni di disagio sociale;

portatori di gravi disabilità.

Assistenza Domiciliare Integrata

caratteristiche dei destinatari

Età

Coesistenza di più patologie di tipo cronico –
degenerativo, in diverso stadio e diversa stabilità

Difficoltà del contesto familiare ed informale

Crescente rilevanza delle esigenze assistenziali e
organizzativo –gestionali rispetto alle tradizionali
necessità cliniche

Assistenza Domiciliare Integrata

Caratteristiche intrinseche:

valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente;

la predisposizione di un **piano personalizzato di assistenza**;

assistenza erogata da una **equipe multiprofessionale**

l'organizzazione assistenziale e la realizzazione del piano di cura assicurati dal **responsabile del caso** che in stretta collaborazione con il responsabile terapeutico ne coordina gli interventi.

Assistenza Domiciliare Integrata

Gli attori

Medici di Medicina Generale (MMG)

Infermieri

Assistente Sociale

OSS

Specialisti /consulenti medici

Fisioterapisti

Psicologi

Volontari

Famiglia

Medicina ospedaliera

- **Diagnosi:**
Identificazione del danno,
della sue cause e
quantificazione delle sue
perdite
- **Intervento:** cura della
malattia
- **Obiettivo:** guarigione e
stabilizzazione cronica

Medicina territoriale

- **La Valutazione
Multidimensionale**
Quantificazione del danno
e delle capacità residue
- **Intervento** sulla persona
e sul suo ambiente
- **Obiettivo** continuità
dell'assistenza con ricerca
dei maggiori livelli di
autosufficienza possibile

Ruolo dei professionisti

Ospedale

Obiettivo:

- Curare della malattia
- Dimissione del paz.
- Lavora spesso solo
- Non considera la famiglia soggetto dell'assistenza

a domicilio

Obiettivo:

- Migliorare la Q.di V.
- Continuità assistenziale che si protrae nel tempo.
- Lavora in equipe e agisce sull'ambiente di vita del paz.
- Lavora per rendere la famiglia soggetto dell'assistenza

Il processo assistenziale nelle cure domiciliari (1)

- Per processo assistenziale si intende una successione strutturata di attività che producono una risposta personalizzata al bisogno globale del paziente.
- E' una sequenza ripetibile di attività omogenee e di fasi propedeutiche l'una all'altra che non possono essere invertite, orientate allo stesso obiettivo ovvero
“la soddisfazione del paziente”.

Il processo assistenziale nelle cure domiciliari⁽²⁾

- Il processo assistenziale si realizza attraverso/tramite la programmazione nel miglioramento continuo.
- *Per capire il processo è necessario chiedersi se quello che sto facendo ha e crea un valore aggiunto.*

***Gli attori/professionisti che operano
all'interno di ogni processo dovrebbero:***

- capire le finalità del processo;
- conoscere e capire i bisogni del cliente/paziente finale;
- conoscere e precisare i requisiti che il fornitore deve rispettare;
- conoscere e capire i bisogni del cliente/paziente a valle.

Le fasi applicative del processo assistenziale nelle cure domiciliari:

Fase 1

Accoglienza; rilevazione del problema, valutazione della situazione, raccolta dati, definizione dei bisogni socio sanitari

Fase 2

Preso a carico del paziente; pianificazione e definizione degli obiettivi definizione del piano assistenziale

***Le fasi applicative del processo
assistenziale sono:***

Fase 3

Gestione dell'assistenza, realizzazione del piano assistenziale

Fase 4

Dimissione; valutazione e rivalutazione della situazione

Punto Unico di Accesso (P.U.A.) alle cure domiciliari/territoriali

E' un punto unico di riferimento distrettuale, per cittadini ed operatori, in grado di indirizzare i bisogni sanitari e socio assistenziali degli utenti relativamente alle cure erogate presso il proprio domicilio.

L'operatore del P.U.A. è in grado di attivare direttamente o in via mediata i percorsi necessari per garantire le risposte assistenziali.

Punto Unico di Accesso (P.U.A.) alle cure domiciliari/territoriali

- Porta di accesso privilegiata
- Luogo di governo complessivo della rete dei servizi
- Luogo di incontro e mediazione tra domanda e offerta

Punto Unico di Accesso (P.U.A.) alle cure domiciliari/territoriali

La realizzazione del P.U.A. è possibile solo attraverso:

- Piano di zona
- Protocolli di intesa
- Accordi di programma
- Convenzioni

Tra i diversi enti deputati all'assistenza territoriale quali : AUSL, Comune, Aziende alla persona, Associazioni di volontariato.

L'ambito privilegiato per la definizione di queste relazioni è rappresentato dagli accordi regionali per la medicina generale e i piani di zona previsti dalla legge 382 /2000.

Punto Unico di Accesso P.U.A. alle cure domiciliari/territoriali

Case manager Infermiere/operatore preparato a:

- saper fare l'analisi della situazione sanitaria e assistenziale del paziente *sia in reparto che a domicilio;*
- pianificazione relativa alla dimissibilità del paziente;
- coadiuvare la famiglia nell'analisi della situazione;
- individuare le risorse disponibili;
- ricercare e attivare soluzioni di sostegno;
- gestire relazioni e mediazioni all'interno della rete.

PUA (Case management)

La segnalazione può essere fatta da:

- * MMG
- * Ospedale
- * Servizio Sociale
- * Familiare

Attraverso:

- telefono
- fax
- per accesso diretto

PUA Operatori

Equipe infermieristica dedicata e adeguatamente formata all'accoglienza

Assistenti sociali dedicate all'accoglienza

Addetti di segreteria

MMG

Specialisti /consulenti

***PUA** (Case management)*

Gestione della segnalazione:

raccolta ed interpretazione del reale bisogno
socio sanitario attraverso:

informazioni cliniche terapeutiche assistenziali
dal MMG e /o reparto,
colloquio con i familiari.

PUA (Case management)

Organizzazione prima visita:

- a domicilio
- in ospedale: dimissione protetta
- in struttura

Equipe di valutazione della presa a carico

Equipe multi professionale:

- UOL (unità operativa locale)
- UVG (unità valutazione geriatrica)
- GRACER
- UVM: fisiatra, psichiatra, medico legale
- CAD (commissione adattamento domestico)

P.U.A.:presa in carico del paziente

Prima visita:

*** a domicilio**

*** in ospedale (dimissione protetta)**

Operatori coinvolti:

- MMG
- Infermiere
- Assistente sociale
- Specialista

P.U.A. Prima visita

La valutazione

L'accertamento multidisciplinare si concentra sulla raccolta dei dati circa lo stato di benessere del paziente, le sue abilità funzionali, le condizioni fisiche, le risorse e le risposte a problemi di salute reali e potenziali.

Lo scopo dell'accertamento è raccogliere dati sul paziente che possono essere usati nella diagnosi, nell'identificazione degli obiettivi, nella pianificazione e nell'attuazione dell'assistenza.

Prima visita: accertamento

Osservazione ed ascolto del paziente, familiari e operatori coinvolti in precedenza

Valutazione dei bisogni del paziente e della sua famiglia con attenzione alla loro consapevolezza della malattia;

Definizione degli obiettivi assistenziali (es. ridurre il dolore o altri sintomi, migliorare la situazione di allettamento, diminuire l'ansia della famiglia ecc.)

Individuazione di un familiare di riferimento dell'assistenza

Scheda di Valutazione dei bisogni di assistenza per la presa in carico

Respirazione		Ass.Infermie ristica	Assistenza tutelare
Autonoma/nessun bisogno	0		
gestione cannula tracheale	4		
Aerosol Terapia	2		
Ossigeno terapia	3		
Eliminazione urinaria			
Autonomo /nessun bisogno	0		
Continenza assistita	3		
Gestione urocontrol	3		
Gestione pannoloni	4		
Catetere vescicale	4		
Urostomie	4		

Valutazione dei bisogni di assistenza per la presa in carico

Igiene e cura della persona		Ass. Inf.	Ass. Tut
Autonomo/nessun bisogno	0		
Aiuto alla vestizione	2		
Cambio letto	2		
Igiene parziale	3		
Dipendenza completa, igiene quotidiana	7		
Bagno settimanale	12		
Pulizia cavo orale			
2			
Integrità cutanea			
Cute integra / nessun bisogno	0		
Medicazione semplice	3		
Medicazione media	6		
Medicazione complessa	8		

Valutazione dei bisogni di assistenza per la presa in carico

Tutti le voci:

1. Respirazione
2. Parametri vitali
3. Eliminazione urinaria
4. Eliminazione intestinale
5. Igiene cura della persona
6. Integrità cutanea
7. Alimentazione/idratazione
8. Mobilizzazione
9. Terapia
10. Trattamenti specifici

Ad ogni titolo inoltre corrisponde la valutazione della famiglia in merito al problema:

- Autonoma
- Famiglia con bisogno di essere educata
- Famiglia con bisogno di supervisione
- Famiglia con bisogno di supporto/non è in grado di gestire il problema

Prima visita:

predisposizione del piano di cura

Comunicazione della diagnosi e della prognosi al paziente, familiare ed altri operatori

Progettazione e condivisione del piano di cura

Predisposizione delle consulenze necessarie

Elaborazione del piano terapeutico - assistenziale individualizzato

Adattamento degli ambienti ed identificazione dei presidi ed ausili necessari

Prima visita:

predisposizione del piano di cura

Informazione alla famiglia sui servizi della rete;

Programmazione dell'attività, degli accessi e degli interventi sia del singolo professionista che in modo integrato;

Definizione delle modalità e della frequenza degli incontri dell'equipe assistenziale.

Piano di assistenza individuale

- Raccolta e analisi dei dati:* Attribuzione delle priorità.
- Identificazione di problemi:* Definizione delle possibili soluzioni.
- Definizione degli obiettivi:* Risultati auspicati dal piano di assistenza.
- Programmazione degli interventi:* Attività specifiche e strumenti.
Strategia di intervento.
- Valutazione* Valutazione periodica andamento.
Rivalutazione della situazione e delle necessità della persona,
Revisione del piano di assistenza

Equipe di base: MMG - Infermiere referente

- Si riformula per ogni paziente
- L'equipe si integra con:
la psicologa , l'assistente sociale e l'O.T.A presenti nel servizio di assistenza domiciliare.
- In questa *mini equipe si viene a creare* quella solidarietà professionale che permette di mettere il paziente al centro dell'assistenza.
- L'incontro MMG ed infermiera referente a casa del paziente è di almeno una volta alla settimana.

Equipe di base, qualora lo richieda

può integrarsi con lo specialista che diventa *il consulente referente del caso* e di solito è:

- l'anestesista della terapia del dolore
- l'oncologo
- un medico ospedaliero: urologo, chirurgo ecc..

Le necessità informali del caregiver (1)

Informazione ed educazione rispetto a:

- Diagnosi del paziente
- Causa, importanza e gestione dei sintomi
- Come assistere il paziente
- La prognosi probabile
- Come il paziente potrebbe morire
- Come interpretare cambiamenti improvvisi delle condizioni del paziente e come riconoscere quelli che segnalano l'avvicinarsi della morte

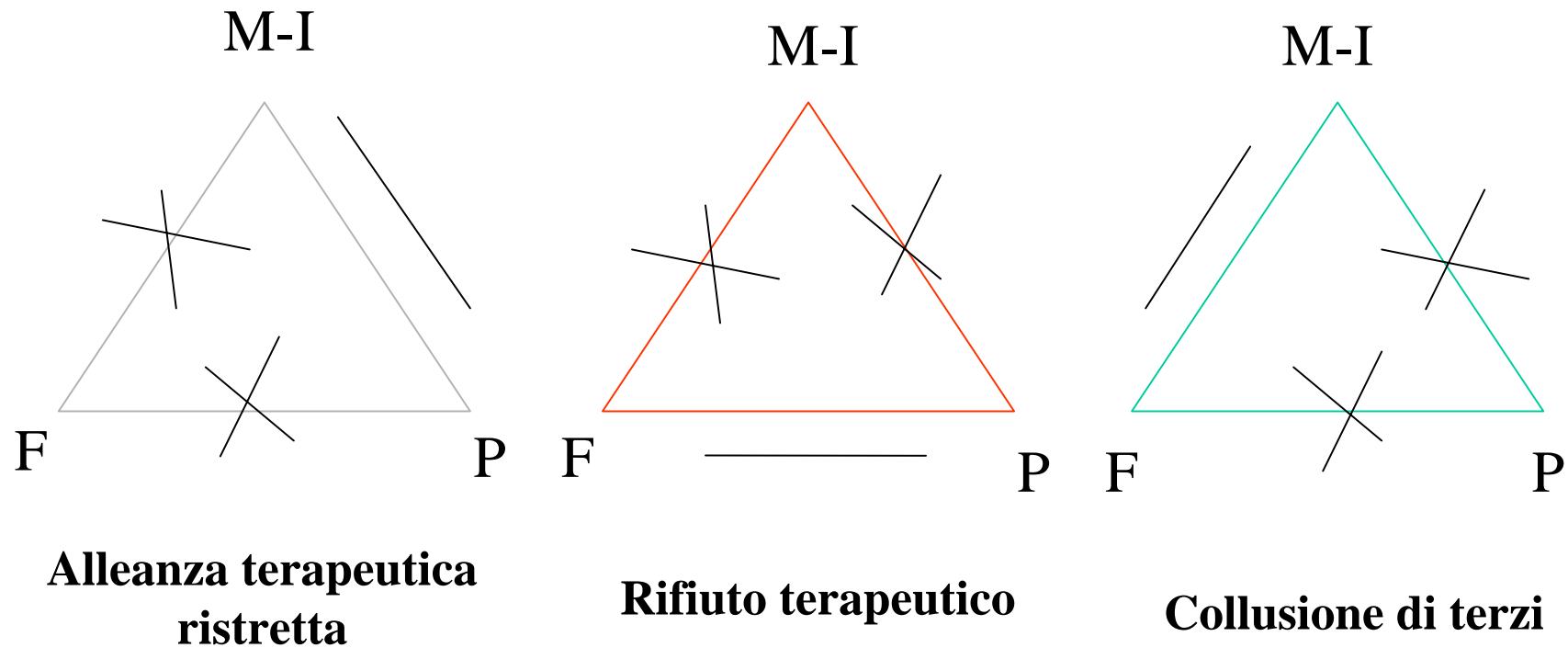
Le necessità informali del caregiver (2)

- Quali servizi sono disponibili e come è possibile usufruirne
- A chi rivolgersi in caso di emergenza

Sostegno:

- Pratico e domestico
- Psicosociale
- Economico
- Spirituale
- Alla elaborazione del lutto

LE TRIANGOLAZIONI RELAZIONALI



Tentativo di ristabilire l'omeostasi familiare

Compiti dell'équipe curante nella relazione con la famiglia

Comprendere le dinamiche familiari presenti nella fase avanzata di malattia

Distinguere il ruolo di “paziente” e di “curante” dei familiari nella relazione di cura

Riconoscere le emozioni che inducono i familiari a “bloccare” le informazioni al paziente

Compiti dell'équipe curante nella relazione con la famiglia (II)

- Favorire una comunicazione chiara e aperta all'interno della famiglia
- Sostenere i familiari nella preparazione alla perdita e nel lavoro di lutto

Compiti dell'équipe curante nella relazione con la famiglia (III)

- Riconoscere le situazioni a rischio per lo sviluppo di gravi problemi di elaborazione della perdita
- Riconoscere i propri limiti e rispettare il funzionamento che un sistema familiare ha sviluppato nel tempo e che non intende modificare

La continuità assistenziale

Il modello assistenziale prevede un'assistenza nell'arco delle 24 ore.

I MMG in collaborazione con una associazione di volontariato garantiscono l'assistenza ai pazienti in cure palliative durante le ore notturne e nei giorni festivi.

Sono previste modalità di scambio di informazione tra responsabile terapeutico, infermiera e medico che gestisce la guardia

La dimissione del paziente dall'assistenza domiciliare può avvenire per:

- * miglioramento del paziente
- * cambio di residenza: *ingresso del paziente in strutture: - RSA - Strutture protette- Hospice - Ospedale*
- * decesso

La valutazione del passaggio ad altra forma assistenziale deve avvenire sempre in modo integrato tra gli operatori dell'equipe assistenziale, il paziente, i familiari ed alle strutture di riferimento