

10° Corso per Infermieri

**Assistere l'anziano oggi: evidenze e modelli innovativi  
per la gestione della complessità**



Venerdì, 4 dicembre 2009

## Simposio

### INFERMIERI NEI LUOGHI DELLA CURA

MODERATORI: M. ANDRIGO (PADOVA), P. GOBBI (MILANO)

#### Complessità e fragilità: modelli di cura in ospedale

E. Magni, D. Sartori

Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza

La relazione prende in considerazione come punto fondamentale la definizione di "fragilità" nel paziente anziano, andando a ricercare quali sono le concause, la polipatologia e la polifarmacologia legate ad una riduzione delle capacità di adattamento, con diminuita comprensione del proprio stato di salute e diminuita capacità di risposta autonoma e d'aiuto.

Possiamo per cui dire che la fragilità comporta un alto rischio di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale oltre che ad un elevato consumo di risorse.

La fragilità comporta un aumento della complessità assistenziale e quindi "... insieme di interventi che si riferiscono ai diversi aspetti dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità e quantità- lavoro dell'infermiere ... " (Moiset, Vanzetta, Vallicella, 2003). La misurazione della complessità assistenziale consente di dare una risposta efficace e efficiente ai bisogni del paziente, consentendo di:

- pianificare l'attività infermieristica;
- valutare la complessità di ogni singolo paziente e le sue condizioni nel tempo;
- determinare le risorse, il tempo e le competenze necessarie per erogare assistenza;
- elaborare strumenti organizzativi che permettono di agire in autonomia;
- dare visibilità alla pratica infermieristica;
- assegnare le giuste risorse.

Il modello teorico che indirizza il nostro strumento di raccolta dati, pianificazione e valutazione dell'assistenza infermieristica è il modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli.

Per far fronte alle problematiche derivate dalla fragilità del paziente anziano ricoverato in Geriatria, si è pensato di dare una risposta anche organizzativa attraverso la ridefinizione degli spazi, la ridistribuzione delle risorse umane e materiali e l'integrazione e arricchimento delle professionalità coinvolte nel percorso di assistenza e cura.

I trentotto letti dell'Unità Operativa Complessa sono stati suddivisi in tre settori di 12/13 letti, contraddistinti da livelli di complessità assistenziale diversa; si passa dal paziente critico con necessità di monitoraggio continua, nella fase acuta, alla persona anziana le cui condizioni stabilizzate permettono il passaggio in un settore a minore intensità di cure.

I tre settori si estendono sulla lunghezza del reparto e per ognuno è stato individuato uno spazio di lavoro per gli infermieri referenti e il personale di supporto.

Il settore rosso ospita 12 pazienti ad elevata intensità assistenziale con due camere singole attigue alla centralina, provviste di monitor con controllo centralizzato.

Sono stati identificati in questo settore sei letti per pazienti ortogeriatrici, che vengono collocati in base al sesso e alle eventuali complicanze (es. ferite settiche), in 2/3 camere.

I settori blu e verde ospitano rispettivamente 13 pazienti a minor intensità assistenziale.

All'interno dei settori è prevista una mobilità in base all'evoluzione dello stato di salute e del grado di assistenza infermieristica richiesto. Il paziente stabilizzato passa dal settore rosso al blu o verde, e viceversa in caso di peggioramento della situazione clinica.

Per inciso, è doveroso dichiarare che, la nostra Azienda, pur avendo collaborato nella sperimentazione di strumenti di analisi della complessità assistenziale e definizione del fabbisogno di infermieri e operatori di supporto quali SIPI e MAP, a tutt'oggi non possiede un sistema ufficiale di misurazione e valutazione della complessità e dei relativi carichi di lavoro.

L'assegnazione del personale avviene, quindi, in base a criteri di percezione ed esperienza.

L'organico giornaliero previsto viene ripartito in;

Turno mattutino	5 infermieri e 6 Operatori Socio Sanitari
Turno pomeridiano	3 infermieri e 4 Operatori Socio Sanitari
Turno notturno	3 Infermieri e 1 Operatore Socio Sanitario

Il modello di cura scelto dall'Unità Operativa Geriatria di Monza, prevede la presenza di 6 letti di ortogeriatrics.

Questi letti sono dedicati a pazienti anziani fragili, per i quali viene individuato un processo di cura dalla presa in carico in Pronto Soccorso alla fase riabilitativa finale; in questa procedura sono stati coinvolti i professionisti di diverse Unità Operative (Pronto Soccorso, Ortopedia, Anestesia Rianimazione, Blocchi Operatori, Geriatria, Riabilitazione e Dimissioni Protette), i quali hanno come unico comune obiettivo la stabilizzazione del paziente e la sua guarigione in tempi brevi, che nella persona anziana fragile condiziona a breve e medio termine la qualità della vita.

Nel modello di cura scelto, un altro passaggio fondamentale è rappresentato dal servizio di Dimissioni protette. Il coordinatore di Dimissioni Protette viene attivato su indicazione del medico e infermiere referenti che hanno evidenziato, fin dalle prime fasi del ricovero, le caratteristiche utili al possibile reinserimento della persona nel nucleo familiare al termine del periodo di riabilitazione.

#### BIBLIOGRAFIA

- Auteri E. *Management delle risorse umane*. Milano: Edizioni Angelo Guerini e Associati 2008.
- Cantarelli M. *Gli infermieri nella ricerca*. Milano: Mc Graw Hill 2006.
- Mintzberg H. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Milano: Il Mulino 1996.
- Pontello G. *Il management infermieristico*. Milano: Masson 2004.

## Complessità e fragilità: modelli di cura nelle residenze

M. Zani, A. Nobili, K. Maslow, S. Kada, A. Grunier, K.L. Lapane, S.C. Miller, V. Mor

Gruppo di Ricerca Geriatrica, BS; Associazione Italiana Operatori cure Continuative; Fond. "Le Rondini Città di Lumezzane Onlus", Brescia

### Esistono modelli di cura differenti in Casa di Riposo?

#### I punti critici

- Il soggetto affetto da demenza riceve migliori cure a casa o in un servizio residenziale?
- Per molti anni i soggetti affetti da demenza sono stati istituzionalizzati in strutture senza specifiche caratteristiche assistenziali: quali sequele?

Agli inizi degli anni '80 negli Stati Uniti, all'interno delle Nursing Home (NH) si aprono delle Special Care Units (SCU) per fornire una migliore assistenza ai soggetti affetti da malattia di Alzheimer con la convinzione che un ambiente protetto e un ambiente sociale favorevole potessero ridurre la disabilità funzionale e cognitiva e migliorare la qualità della vita.

Cinque sono le caratteristiche maggiormente citate dagli studi pubblicati sull'argomento, che rendono questi nuclei "speciali":

1. ammissione di soggetti con deficit cognitivi imputabili a demenza;
2. presenza di staff selezionato, addestrato, organizzato e supervisionato;
3. pianificazione di attività specifiche;
4. coinvolgimento della famiglia;
5. appropriato ambiente fisico.

Ma purtroppo queste caratteristiche non sono omogeneamente implementate in tutte le strutture con conseguenze sui risultati!

Nonostante i criteri stabiliti per costruire e gestire un "nucleo speciale" – differentemente presenti nei diversi nuclei per pazienti affetti da demenza – gli studi non sono ancora riusciti a stabilire definitivamente l'efficacia dei nuclei speciali sugli outcome clinici di un soggetto affetto da demenza rispetto a un "nucleo normale" di NH.

Lo studio si propone di comparare le caratteristiche dei pazienti ammessi in Nuclei Alzheimer (NA) e in Nuclei in Casa di Riposo (NCR) e valutare i seguenti outcome:

- mortalità;
- ospedalizzazione a 6 mesi;
- uso della contenzione fisica;
- cadute a 6 mesi;
- uso di farmaci antipsicotici.

La ricerca è così organizzata: *fase 1*: reclutamento dei centri e randomizzazione di un campione di NA e NCR; *fase 2*: studio qualitativo, ossia valutazione qualitativa delle caratteristiche strutturali di 35 NH e 9 NCR; *fase 3*: studio del risultato – arruolamento dei pazienti (349 di NH e 81 di NCR) e valutazione di base; *fase 4*: follow-up a 6, 12 e 18 mesi.

Tab. I. Chi sono i soggetti reclutati? Valutazione iniziale.

	NH n = 81	ASCU n = 349	P
Age (y), mean ( $\pm$ SD)	85,4 (6,9)	81,2 (7,3)	0,0001
< 80 y. no (%)	16 (17,0)	146 (42,0)	0,0001
$\geq$ 80 y. no (%)	65 (83,0)	203 (58,0)	
Women, n (%)	65 (80,3)	278 (79,7)	0,9
Marital status, no (%)			
Married	12 (14,8)	69 (19,8)	
Widow/er	57 (70,4)	230 (65,9)	0,7
Years of education, mean ( $\pm$ SD)	5,0 (2,4)	5,8 (2,9)	0,02
Living arrangement, no (%)			
Alone	27 (33,3)	97 (27,8)	
With spouse	7 (8,6)	66 (18,9)	
With sons	28 (34,6)	74 (21,2)	
Institution	10 (12,4)	56 (16,1)	0,03
Months, from admission, mean ( $\pm$ SD)	26,5 (30,5)	13,6 (14,0)	0,0001
Admitted from, no (%)			
Home	52 (64,2)	175 (50,1)	
Hospital	3 (3,7)	19 (5,4)	
Rehabilitation/other nursing home wards	25 (30,9)	137 (42,1)	0,2
Main purpose of admission, no (%)			
Management of BPSD	19 (23,5)	173 (49,6)	
Comprehensive geriatric assessment	34 (41,9)	99 (28,4)	
Promotion and maintenance of ADL	28 (34,6)	77 (22,0)	0,0001
Nutritional status, no (%)			
Normal	66 (81,5)	276 (79,1)	
Obesity	8 (9,9)	19 (5,4)	
Malnutrition	7 (8,6)	54 (15,5)	0,19
MMSE score, mean ( $\pm$ SD)	7,3 (6,1)	7,8 (7,0)	0,6
Severe MMSE score, mean ( $\pm$ SD) *	1,7 (4,4)	7,1 (7,2)	0,0001
ADL-Barthel Index, mean ( $\pm$ SD)	31 (26,4)	43 (28,2)	0,0005
NPI score, mean ( $\pm$ SD)	17,1 (13,3)	33,9 (23,1)	0,0001
CIRS Comorbidity Score, mean ( $\pm$ SD)	4,3 (2,5)	3,5 (2,2)	0,003
CIRS Severity Score, mean ( $\pm$ SD)	1,9 (0,8)	1,6 (0,5)	0,002
Overall no. drugs, mean ( $\pm$ SD)	4,6 (2,4)	4,1 (2,0)	0,08
No (%) treated patients	80 (98,8)	345 (98,9)	0,95
Antipsychotic drugs, mean ( $\pm$ SD)	0,6 (0,7)	0,8 (0,7)	0,09
No (%) treated patients	40 (49,4)	209 (60,0)	0,08

\* Test performed by 123 ASCU patients and 26 NH patients. ADL indicated activities of daily living; ASCU, Alzheimer Special Care Unit; BPSD, behavioral and psychologic symptoms of dementia; CIRS, Cumulative Illness Rating Scale; MMSE, Mini-Mental State Examination; NH, traditional nursing home; NPI, Neuropsychiatric Inventory.

Tab. II. Quali risultati?

	NH	ASCU	P
Overall mortality, no. deaths (%)	25/81 (30,9)	92/349 (26,3)	
Univariate analysis: HR (CI 95%)	1	1,05 (0,83-1,30)	0,69
Multivariate analysis: HR* (CI 95%)	1	0,85 (0,66-1,08)	0,18
Six-month hospitalization, no. patients (%)	13/77 (16,9)	29/304 (9,5)	
Univariate analysis: OR (CI 95%)	1	0,72 (0,51-1,04)	0,07
Multivariate analysis: OR** (CI 95%)	1	0,67 (0,46-0,99)	0,04
Use of physical restraints at 6 mo, no. patients (%)	53/77 (68,8)	149/302 (49,3)	
Univariate analysis: OR (CI 95%)	1	0,66 (0,51-0,86)	0,003
Multivariate analysis: OR*** (CI 95%)	1	0,66 (0,48-0,90)	0,009
Falls at six months, no. patients (%)	8/77 (10,4)	62/302 (20,5)	
Univariate analysis: OR (CI 95%)	1	1,49 (1,04-2,29)	0,03
Multivariate analysis: OR**** (CI 95%)	1	1,11 (0,74-1,76)	0,62

\* Adjusted for age, sex, baseline Barthel Index, baseline CIRS Severity. \*\* Adjusted for age, sex, baseline CIRS Severity, falls at 6 months. \*\*\* Adjusted for age, sex, baseline falls, baseline NPI score, baseline MMSE score, use of antipsychotics. \*\*\*\* Adjusted for age, sex, baseline Barthel Index, baseline NPI score. For further details see methods. ASCU indicates Alzheimer Special Care Unit; CI confidence interval; CIRS, Cumulative Illness Rating Scale; HR, hazard ratio; MMSE, Mini-Mental State Examination; NH, traditional nursing home; OR, odds ratio.

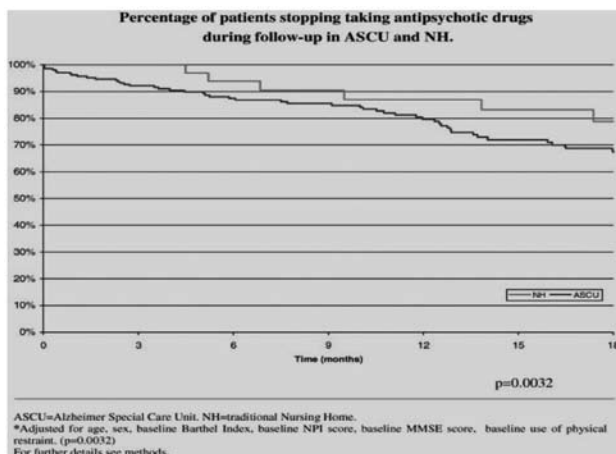


Fig. 1.

### Conclusioni

1. Differenza nelle condizioni di base dei soggetti.
2. Riduzione nei soggetti accolti nei NA rispetto a quelli ricoverati in NCR dell'ospedalizzazione, dell'uso della contenzione fisica e più alta probabilità di diminuzione dell'uso di antipsicotici.
3. Vivere nei NA o nei NCR non ha un impatto significativo sulla progressione del declino cognitivo e funzionale.
4. Nei NA si è osservata una significativa riduzione dei disturbi del comportamento.

### I nuclei Alzheimer rispondono ai bisogni del soggetto affetto da demenza? Un esempio: i BPSD

- "... i disturbi del comportamento sono comuni nei soggetti residenti in casa di riposo e hanno conseguenze negative sui residenti stessi e sui loro familiari, sui membri dello staff e sui soggetti non affetti da demenza ..."
- "... i BPSD rappresentano incomprensibili necessità che il soggetto spesso non riesce ad esprimere. Identificare e quindi rispondere a queste necessità può aiutare a prevenire o risolvere i BPSD e aumentare la qualità della vita ..."

- "... i BPSD sono associati a una peggior prognosi, a una diminuzione delle abilità funzionali, a una precoce istituzionalizzazione ...".

Tra le maggiori cause di "mal gestione" dei BPSD ricordiamo gli operatori delle case di riposo che spesso non conoscono un appropriato metodo di risposta ai BPSD; a risposte inappropriate che non fanno altro che esacerbare sintomi già presenti; all'utilizzo inappropriato di antipsicotici e contenzione fisica.

L'obiettivo è quindi investigare sulle modificazioni dei BPSD durante la permanenza di soggetti affetti da demenza in NA. I BPSD sono stati valutati e monitorati attraverso l'utilizzo della versione italiana validata dell'NPI (all'ingresso e alla dimissione). L'approccio è stato di tipo non farmacologico (approccio protesico).

Tab. III. Modificazione degli items dell'NPI all'ammissione e alla dimissione

	Ammissione	Dimissione
Delusione	4,8 + 4,7	0,9 + 2,1
Allucinazione	2,9 + 4,0	0,3 + 1,5
Disforia	4,2 + 4,1	2,3 + 3,3
Ansia	3,6 + 4,6	2,3 + 3,2
Euforia	0,5 + 1,6	0,1 + 0,6
Apatia	5,2 + 4,6	2,9 + 3,7
Disinibizione	1,5 + 3,0	0,7 + 1,6
Irritabilità	4,9 + 4,7	1,2 + 2,4
Attività motoria aberrante	<u>5,2 + 5,3</u>	1,9 + 3,2
Disturbi del sonno	5,1 + 5,2	0,9 + 2,3
Disturbi dell'alimentazione	2,8 + 4,0	1,0 + 2,3
Agitazione	<u>5,2 + 4,9</u>	1,5 + 2,6

In conclusione, nello studio viene dimostrato che i BPSD diminuiscono durante la permanenza di Nuclei Alzheimer.

**Esistono delle "qualità" del personale di assistenza che migliorano gli atteggiamenti nei confronti del paziente istituzionalizzato, affetto da demenza?**

**Obiettivo.** Esplorare l'atteggiamento positivo e la propensione a erogare un'assistenza centrata sulla persona dello staff di cura nei confronti dei soggetti dementi istituzionalizzati, rispetto all'età, alla formazione specifica, all'esperienza lavorativa, al setting lavorativo. I due criteri sono stati valutati attraverso l'Approach to Dementia Questionnaire (ADQ).

- Approccio positivo: "è possibile prendersi cura dei pazienti dementi". Approccio negativo: "non c'è speranza per i soggetti affetti da demenza".
- Assistenza centrata sulla persona: "è importante per il soggetto affetto da demenza, avere stimoli e piacevoli attività per occupare il proprio tempo"; "le persone affette da demenza sono più sostenute quando trattate con comprensione e rassicurazione".

I soggetti di studio sono stati reperiti in 14 case di riposo e un ospedale, per una popolazione di 291 soggetti. Il metodo è stato un sondaggio con questionario strutturato.

I nodi cruciali sono: a) le conoscenze e le attitudini dello staff di cura sono importanti per trovare cambiamenti positivi nella cura dei soggetti affetti da demenza [...]; b) una mancanza di conoscenze modifica gli atteggiamenti dello staff; c) atteggiamenti positivi focalizzano le abilità del paziente e sono essenziali per assicurare un'alta qualità della cura e del benessere del soggetto stesso, mentre atteggiamenti negativi si concentrano sulle carenze dei pazienti e sui fallimenti.

### Conclusioni

#### Atteggiamento positivo

- Le nursing assistant, paragonate alle registered assistant hanno un più basso atteggiamento positivo.
- Gli operatori con più di 50 anni hanno un più basso atteggiamento positivo rispetto agli operatori con meno di 40 anni.
- Gli operatori che lavorano da più di 10 anni hanno un più basso atteggiamento positivo rispetto agli operatori che lavorano da meno di 10 anni.
- Gli operatori con una formazione specialistica in geriatria, psichiatria o demenza hanno un più alto atteggiamento positivo rispetto agli operatori che ne sono privi.
- La propensione a erogare un'assistenza centrata sulla persona è più bassa negli operatori con più di 50 anni, rispetto agli operatori con meno di 40 anni.
- Gli autori raccomandano i datori di lavoro di incoraggiare, facilitare lo sviluppo del personale, offrendo una formazione che miri a diffondere un atteggiamento più positivo.

### La presenza del Nucleo Alzheimer aumenta la qualità dell'assistenza complessiva in Casa di Riposo?

**Obiettivo.** Quantificare l'effetto dell'introduzione di una nuova Dementia Special Care Unit (D-SCU) sulla erogazione di assistenza a tutti i residenti in NH sui seguenti outcome: contenzione fisica, alimentazione enterale, utilizzo di farmaci antipsicotici.

**Risultati.** In tutte le NH è stata diminuita la contenzione fisica e aumentato l'utilizzo dei farmaci antipsicotici, mentre il resto è rimasto invariato.

**Discussione.** Differenze nei processi di cura tra le NH con o senza D-SCU sono il risultato delle differenze di filosofia e cultura che stanno alla base delle aperture dei D-SCU e non il risultato delle diffusione di pratiche di assistenza, presenti nei D-SCU.

## Complessità e fragilità, modelli di cura sul territorio: l'esperienza della AUSL di Piacenza

T. Lavalle

*Direttore UO Gestione Territoriale della Non Autosufficienza*

Nel 1998 il WHO aveva predisposto, nel piano "Salute per tutti nel 21° secolo, l'obiettivo XV *L'integrazione del settore sanitario*: "In molti stati membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario con un'attenzione particolare all'assistenza sanitaria di base".

Il documento introduce l'infermiera di famiglia, "*adeguatamente formata*, in grado di fornire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie. *Servizi più specializzati* dovrebbero essere offerti da un *medico di famiglia che, insieme all'infermiera*, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale, sui problemi di salute".

Da allora il Servizio Sanitario Inglese ha elaborato il modello della Cronicità (Chronic Care Model) per l'assistenza alle persone affette da patologie o da esiti critici e, in buona parte, anche progressivi.

La presa internazionale di questa diversa concezione della cura e dell'assistenza è da attribuirsi alle seguenti cause:

- incremento della speranza di vita;
- riduzione della natalità;
- aumento delle malattie cronico-degenerative con conseguente impennata della disabilità nelle Nazioni a più alto sviluppo economico.

Si è quindi spostato l'asse portante del sistema di welfare: il paziente "acuto" puro è un'astrazione, in particolare dopo i 65 anni la fase acuta è da considerarsi una fase della storia di una malattia cronica. L'effetto, in generale, è che non vi è quasi mai una completa restituzione ad integrum, ma il punto di miglioramento è sempre – anche in aspetti minimi – peggiore del punto di partenza. Si porta come esempio un grafico<sup>1</sup> (Fig. 1) tratto dalla misurazione della Scala di Barthel in un campione di 50 casi osservati dal 1.1.2006 al 30.6.2009 nell'evoluzione della propria condizione di autonomia nei vari episodi di malattia, fossero questi legati o meno alla patologia originaria. È interessante osservare come l'andamento sia di un lento e costante peggioramento. Ovviamente non tutti i casi avevano avuto otto episodi acuti in quadro cronico, ma è la consonanza delle due curve che deve suggerire come approcciare la persona: è diffusa una ragionevole consapevolezza che ogni recidiva, episodio acuto, nuova patologia anche transitoria condiziona lo stato della persona verso il peggioramento?

Se confrontiamo dati italiani e quelli degli US non si verificano grandi differenze in materia di "Assorbimento" dei servizi da parte delle malattie croniche. Il 72% di tutte le visite mediche, il 76% di tutti i ricoveri ospedalieri, l'80% di tutti i giorni di ospedalizzazione, l'88% di tutte le prescrizioni mediche e il 96% di tutte le visite domiciliari sono erogate ad utenti ultra sessantacinquenni con patologie croniche.

Ciò determina la necessità di introdurre modelli assistenziali in cui la malattia cronica venga gestita a livello territoriale.

I bisogni delle persone affette da malattie croniche sono complessi e la risposta deve essere mirata, focalizzata anche sull'anticipazione e la prevenzione delle complicanze, abbandonando il modello assistenziale "a domanda", tipico della prima metà del '900 e delle patologie acute.

Occorre quindi costruire reti professionali e di servizi centrati sulla persona e sulla comunità che, per la loro stessa natura orizzontale, necessitano di una modificazione del paradigma della cultura sanitaria. Alla Figura 2 è riportato il modello culturale che può favorire la costruzione delle reti<sup>1</sup>.

Questo modello può facilitare la realizzazione dei quattro principi fondamentali della cura a lungo termine in una metarete sociosanitaria:

Questo modello può facilitare la realizzazione dei quattro principi fondamentali della cura a lungo termine in una metarete sociosanitaria come previsto dal *Chronic Care Model*:

- 1) Principio della valutazione e della cura multidimensionale: individuazione, per ogni singolo paziente, di un progetto assistenziale personalizzato, fattibile a livello territoriale (domicilio, ambulatori, strutture residenziali o semiresidenziali) e con risposte adeguate ai bisogni (ADI, riabilitazione, controlli specialistici, ecc.). Il processo di pianificazione dell'assistenza necessita di un team multidisciplinare integrato, formato da persone che abbiano avuto un training appropriato, capacità e abilità e che siano capaci di lavorare in rete per fornire una assistenza coordinata<sup>2</sup>.
- 2) Principio della coerenza culturale: creare intorno ai significati che malattia, cura, ambiente e assistenza hanno per la persona il quadro all'interno del quale costruire la consapevolezza, la fiducia e l'adesione.
- 1) Principio della proattività: passaggio da un sistema sanitario reattivo a uno proattivo, che affianchi alla preparazione del team sanitario un'interazione con pazienti e caregiver attivi.
- 2) Principio dell'equità sociale: valutare i risultati conseguiti in modo scientificamente ripetibile e facilmente fruibile per rideterminare e riorientare le risorse a seconda dei bisogni emergenti.

La presenza di una patologia cronica implica la necessità di ripetuti adattamenti del percorso assistenziale nonché di costanti interazioni con il sistema sanitario, attenzione alle risorse che offre la comunità in cui il paziente vive sia in termini di rete sociale primaria (familiari, amici) e secondaria (policy a livello locale per l'assistenza sanitaria, enti e organizzazioni di supporto sul territorio) per evitare la duplicazione degli interventi di sostegno alla patologia cronica.

L'orientamento organizzativo improntato al lavoro di rete permette di gestire meglio la presa in carico e di accompagnare il paziente nella traiettoria dell'assistenza e cura.

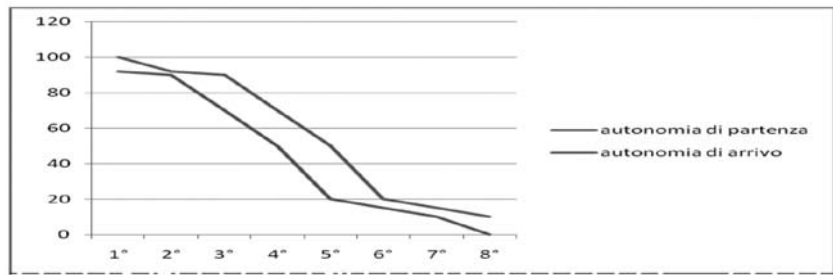


Fig. 1. Il livello di autonomia medio delle campionesse nei vari episodi di malattia. Campione n = 50.

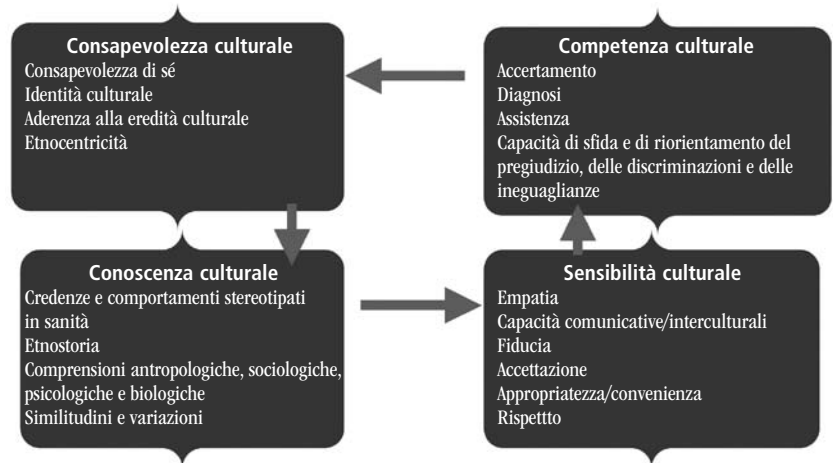


Fig. 2. Il modello di sviluppo della competenza culturale di Papadopoulos e Tilki.

I modelli organizzativi e assistenziali che ne discendono, pertanto, devono essere delineati in modo da trarre vantaggio dalle diverse responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali, dalle loro interazioni e dall'individuazione, durante il processo assistenziale, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi. Mentre per i processi clinici, o per le fasi cliniche di percorsi assistenziali complessi, la figura d'elezione è quella medica, le esperienze realizzate in questi anni, sottolineano le opportunità connesse all'allargamento delle competenze dei diversi professionisti assistenziali, soprattutto degli infermieri, che sono tra i professionisti numericamente più consistenti e più vicini, per la loro natura professionale, ai bisogni dei singoli e della popolazione. Il modello di intervento infermieristico che si mette in atto, in particolare nell'assistenza comunitaria, è quello detto *patient-centered intervention*<sup>3</sup>. Il ciclo metodologico ad esso connesso (lo storico processo di nursing) si articola partendo dalla definizione del "prendersi cura" come procedura flessibile ed orientata all'altro (il paziente). Il prendersi cura è incardinato sulle proprie competenze e sul proprio agire e cerca di mediare fra *management* organizzativo e presa in carico del malato, agisce per progettazione e la relazione fra infermiere e paziente/famiglia rappresenta una micro-relazione che concorre a formare e sostenere tutto l'edificio del lavoro infermieristico:

- La relazione con il cittadino (malato o sano) plasma l'identità professionale dell'infermiere.

- Anche il *counseling* può solo essere incentrato sulla capacità di relazione dell'infermiere<sup>4</sup>, con la consapevolezza che, questa relazione, è *asimmetrica* - per le differenze di conoscenze - e *neutrale* affettivamente.
- Il focus principale è l'attenzione prestata all'altro<sup>5</sup> durante le prassi assistenziali e si potrebbe sostenere che la rete di valori che indirizza l'atto infermieristico è costituita e praticata a partire dal cittadino, da un lato, e dalla collettività professionale (Codice).
- Si potrebbe quasi sostenere che l'etica infermieristica si esplicita basandosi sul "paradigma del tu"<sup>6</sup>, sia esso individuale o sociale. Nel documento del WHO si prevede la capacità diagnostica dell'infermiere. In molti paesi europei è legittimo parlare di semeiotica infermieristica, accertamento/diagnosi/trattamento senza che questo configuri o scateni contrasti interprofessionali. La legittimità del linguaggio e dell'azione sono definiti dalla chiarezza concettuale su quali delimitazioni e quali pertinenze rappresentano lo spazio di ruolo dell'infermieristica. La competenza distintiva (core business professionale) dell'infermiere è la tutela della sicurezza e della continuità assistenziale del paziente, intendendo con ciò che l'infermiere deve saper rilevare i problemi e stabilire quale professionalità coinvolgere, indirizzarsi o indirizzare l'assistito affinché questi problemi siano adeguatamente affrontati e verificare l'efficacia degli interventi.

A questo tipo di capacità diagnostica ci si riferisce:

- saper identificare comportamenti a rischio;
- riconoscere segni e sintomi;
- intervenire per attuare adeguate misure di trattamento o prevenzione delle complicanze e dei rischi;
- individuare i presidi più idonei da utilizzare;
- indirizzare gli assistiti in accordo con il medico di medicina generale.

Il *nursing* è il *nursing* e distingue bene il *cure* dal *care*, agganciando di fatto il primo al medico o alla terapia tecnica del percorso di guarigione (*treatment*) ed il secondo al lavoro infermieristico, al "prenderci cura" integrato del malato nel suo stato di "infermità" o di "salute residua", all'accudire l'altro in situazione di bisogno specifico o di cronicità, all'erogazione di un servizio alla persona a forte implicazione socio-sanitaria (*nursing service*). Il NC (*nursing care*) è un servizio alla persona. È responsabilità che muove da principi professionali al solo scopo del bene del malato (principio di beneficiabilità). È un patto fiduciario fra infermiere e cittadino, una condivisione dei bisogni, uno "starti, vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano"<sup>7</sup>.

Il Nursing Care è il contenuto dell'atto o degli atti infermieristici: non si limitano al semplice accudimento, ma contemplano delle prassi di natura preventiva di tipo educativo, in *partnership* con la persona. L'approccio integrato alla persona pone in essere attenzioni che fanno considerare l'essere nella sua globalità possibile e si tratta di un approccio che considera il malato e la sua malattia, la persona e il suo vissuto. Tale modello si sviluppa per *autonomie relative* al fine

di ricomporre la complessiva identità del cittadino e permettere una positiva integrazione tra i diversi attori della cura e dell'assistenza.

La base fondamentale, però, è l'approccio *human-centered care*: prevedere una implicazione non occasionale nel processo dei mondi vitali della persona e delle sue reti primarie nelle loro presenze non sempre a base familiare. Questa logica si accompagna ad un'attenzione particolare dedicata alla *comunicazione* ed all'*informazione* fra persona ed infermiere e il *nursing*, è sempre più perno organizzativo e sempre più snodo relazionale con l'altro<sup>8</sup>.

Lo strumento della Pianificazione nella cura a lungo termine è il momento in cui inizia ad approfondirsi la relazione assistenziale e si crea la conoscenza terapeutica ed umana con il paziente ed i caregivers; quando rilevati i bisogni ed i problemi assistenziali si costruisce il piano di assistenza, integrandolo con il piano diagnostico e terapeutico, tenendo in considerazione il coinvolgimento necessario dell'assistito e dei suoi familiari. È il momento in cui va definito il tempo della comunicazione educativa, la valutazione di quando e come coinvolgere il paziente secondo i *suoi* livelli di comprensione o la *sua* disponibilità ad apprendere comportamenti e tecniche che lo riguardano, in cui si sostiene la permanenza o co-gestione con il paziente della cura. È importante la durata della relazione assistenziale, la realizzazione della presa in carico, la realizzazione di una *partnership* tra infermiere ed assistito che tiene in considerazione i suoi mondi vitali e tra infermiere e MMG e in questa fase del rapporto si realizza la relazione assistenziale su base empatica prevede che le decisioni siano prese insieme, e che le azioni siano prodotte insieme al fine di produrre il necessario bilanciamento tra componenti tecnico-scientifiche e relazione umana; è la fase in cui si costruisce il con-senso cercando, attraverso le azioni assistenziali, di ricostruire senso e significato nell'esperienza soggettiva di malattia.

#### BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Papadopoulos I, Tilki M, Taylor G. *Transcultural Care: A guide for Health Care Professionals*. Quay Books. Wilts 1998. (ISBN 1-85642-051 5) - <http://www.mdx.ac.uk/www/rctsh/model/>
- <sup>2</sup> Unalan H, Gencosmanoglu B, Akgun K, Karamehmetoglu S, Tuna H, Ones K, et al. *Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community: controlled study with short form 36 questionnaire*. *Spinal Cord* 2001;39:318-22
- <sup>3</sup> Lauer DR, et al. *Patient-centered Interventions*. *Research Nursing Health* 2002;25:4.
- <sup>4</sup> Poskiparta M, et al. *From Nurse-centered Health Counselling to Empowermental Health Counselling*. *Patient Educ Couns* 2001;XLV.
- <sup>5</sup> Cipolla C. *Principi di sociologia*. Milano: Franco Angeli 2002 (2ª ed.). L'altro (con l'io ed il noi e le loro relazioni) è la sociologia
- <sup>6</sup> È la tesi di fondo contenuta in Cipolla C. *Epistemologia della tolleranza*. 5 voll. Milano: Franco Angeli 1997. Gli infermieri appaiono intrinsecamente e praticamente tolleranti.
- <sup>7</sup> Questa frase è ripresa dal "patto infermiere-cittadino" del 12 maggio 1996, anteposto al Codice deontologico.
- <sup>8</sup> Cipolla C, Giarelli G, Altieri L (Eds.). *Valutare la qualità in sanità*. Milano: Franco Angeli 2002.



## Complessità e fragilità: ospedalizzazione a domicilio

M.M. Boscarino

*S. S. C. V. D. Ospedalizzazione a Domicilio; S.C.D.U. Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso; Azienda Sanitaria Ospedaliera Universitaria (ASOU) San Giovanni Battista, Torino*

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.

Prof. Fabrizio Fabris

Il servizio di Ospedalizzazione a Domicilio (OAD) dal 1985 consente di eseguire a casa del malato i principali interventi diagnostici e terapeutici che normalmente vengono effettuati in ospedale, garantendo un controllo medico costante e cure infermieristiche continuative<sup>1</sup>.

Numerosi sono ormai i riferimenti legislativi al riguardo: nel Piano Sanitario Nazionale aggiuntivo del 2003-2005 si afferma la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in ospedale. Alla luce di questo nuovo scenario, la nostra organizzazione ospedaliera un tempo assai soddisfacente, necessita oggi di un “ripensamento”. La Regione Piemonte già nel 2002 aveva deliberato un modello di valutazione dei diversi livelli di complessità clinico-assistenziale e sociale dei pazienti che usufruiscono delle cure domiciliari in base ai bisogni espressi da ogni singolo malato, quindi personalizzando il più possibile gli interventi di cura e assistenza. Il servizio di OAD risponde a complessità clinico-assistenziali di intensività elevata<sup>2</sup>.

Il nostro servizio funziona sette giorni alla settimana dalle ore 8.00 alle ore 20.00; per le criticità che insorgono di notte i familiari fanno riferimento al servizio di emergenza regionale 118 con il quale è stato stipulato un accordo di collaborazione al fine di risolvere la situazione insorta al domicilio senza ricoverare il paziente in Pronto Soccorso (PS).

L'équipe è composta attualmente da quattro medici, quattordici infermieri di cui un'infermiera counsellor; collaborano inoltre alcuni fisioterapisti e l'assistente sociale della Struttura Complessa di Geriatria.

L'attivazione del servizio di OAD può avvenire su diretta richiesta del medico di medicina generale (MMG) in alternativa al ricovero tradizionale oppure su richiesta dei medici dei reparti per consentire dimissioni precoci e protette o direttamente dal Pronto Soccorso.

Da alcuni anni l'OAD interagisce quotidianamente e prevalentemente con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) della nostra Azienda: nel 2008 il servizio ha effettuato 486 ricoveri di cui il 45% direttamente dal PS di medicina.

Le patologie principali all'ingresso sono rappresentate da malattie cardiovascolari (30,3%), neoplasie (27,3%), malattie dell'apparato respiratorio (12,2%), cerebrovasculopatie (7,6%), con un numero medio di patologie per paziente di 2,8.

Il team geriatrico formato da un geriatra e da un infermiere specializzato in geriatria, su richiesta dell'équipe di PS o del medico di reparto valuta il paziente e il sistema familiare<sup>3</sup>.

Medico ed infermiere, utilizzano uno degli strumenti più significativi in ambito geriatrico, la Valutazione Multidimensionale (VMD): dopo aver effettuato congiuntamente la visita al paziente, procedono alla compilazione della cartella medica, della cartella infermieristica e delle scale di valutazione che consentono la stesura del piano di assistenza e cura che verrà completato a casa durante la prima visita. L'esistenza di due cartelle è giustificata dal fatto che una rimane a casa del paziente e l'altra nella sede operativa del servizio.

Dai dati emersi nell'anno 2008 nelle scale di valutazione infermieristica, il 52% dei pazienti seguiti in OAD al momento della presa in carico, risulta completamente dipendente e il 35% parzialmente autosufficiente.

La maggior parte dei nostri pazienti, valutati attraverso la scala di Braden, presenta un rischio medio/alto di sviluppare lesioni da pressione.

Nella cartella infermieristica viene utilizzata la “Caregiver Burden Inventory” (CBI) che è particolarmente adatta a evidenziare il livello di stress di coloro che seguono pazienti dementi o con frequenti episodi di stato confusionale acuto.

Quando i familiari con un elevato grado di stress sono comunque disponibili a seguire, con il nostro intervento, i propri congiunti al domicilio, la nostra équipe deve intensificare le attenzioni e i supporti affinché il caregiver possa efficacemente far parte integrante del percorso di cura.

L'infermiere geriatrico con competenza avanzata riveste un ruolo fondamentale anche nell'educazione del paziente e del caregiver, fungendo da “guida esperta” per sviluppare capacità di autocura e di autogestione nella malattia.

La letteratura internazionale ha dimostrato che la VMD ed il piano di intervento che da essa deriva costituiscono l'elemento specifico caratterizzante dell'assistenza continuativa al paziente anziano.

Il piano di assistenza e cura, di cui il medico e l'infermiere sono responsabili, inizia al momento della presa in carico: emergono i bisogni principali del paziente e della famiglia, si prospettano possibili soluzioni. Per i pazienti portati a casa dal PS appena ultimati gli accertamenti, l'infermiere organizza il ritorno al domicilio e predisponde assieme al medico i primi interventi a casa<sup>4</sup>.

L'infermiere, poiché l'anziano è una persona potenzialmente fragile le cui capacità di affrontare un evento acuto sono limitate, ha un ruolo centrale nella VMD che viene effettuata al momento della presa in carico: coordina le risorse che intervengono in quel determinato contesto, dirige il percorso assistenziale con marcato orientamento all'efficienza, si occupa di informazione ed educazione nei confronti del paziente e della famiglia ed interagisce con gli altri professionisti che intervengono nel processo di cura e assistenza.

Nel corso degli anni il servizio di OAD ha sempre condotto un tipo di assistenza e cura incentrato sul paziente e sulla sua famiglia seguendo quella che da sempre è la filosofia geriatrica.

Particolare attenzione si pone nel programmare le dimissioni: si cerca di contattare sempre il medico di medicina generale e spesso si organizza un incontro congiunto a casa del paziente, soprattutto quando si richiede l'intervento dei servizi territoriali affinché vi sia garanzia di continuità nelle cure<sup>5</sup>.

Molti studi randomizzati condotti presso il nostro Istituto hanno evidenziato come non vi siano differenze nell'andamento clinico tra i pazienti ricoverati nei reparti tradizionali e quelli ospedalizzati al domicilio; per questi ultimi si è visto un rallentamento del declino funzionale, un miglioramento del tono dell'umore, una riduzione dei reingressi in ospedale, un miglioramento della qualità della vita e per i familiari una diminuzione dello stress al momento delle dimissioni; inoltre viene ottimizzato l'uso delle risorse ospedaliere con una notevole riduzione dei costi<sup>6</sup>.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Aimonino Ricauda N. *Ospedalizzazione a domicilio*. In: Fabris F. *Geriatría*. Roma: Edizioni CESI 2003.
- 2 Regione Piemonte. Decreto della Giunta Regionale n° 41-5952, 7 maggio 2002.
- 3 Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Boscarino M, Molaschi M, Moiraghi C. *L'anziano malato: dal Pronto Soccorso alle cure domiciliari*. *Prospettive Assistenziali* 2005;152.
- 4 Boscarino M, Astengo M. A, Calò D, Fritschi G, Michelis G. *La Valutazione geriatría in Pronto Soccorso*. *Geriatría Atti XIX Congresso Nazionale Sigos*, Roma 2007.
- 5 Chiari P, Santullo A. *L'Infermiere case manager*: Mc Graw-Hill.
- 6 Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafioti C, Marinello R, Ranocchi M, et al. *Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized controlled trial*. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:493-500.

## Simposio

### LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

**MODERATORI: A. CASTALDO (MILANO),  
M.C. OSSINO (CATANIA)**

#### La valutazione del dolore

M.C. Canavese

*Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze, Servizio Infermieristico ed Ostetrico Aziendale*

#### Scopo

- Descrivere caratteristiche e conseguenze del dolore nell'anziano
- Descrivere contenuti e strumenti della valutazione del dolore
- Approfondire le scale osservazionali sotto il profilo metodologico.
- Contestualizzare la valutazione del dolore nel "sapere" infermieristico ed dell'organizzazione

Contenuti. Il dolore è stato definito come "una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata ad un danno attuale o potenziale dei tessuti o descritta in termini di tale danno" (ASP 1979). Il dolore dunque è una percezione soggettiva che implica da una parte l'acquisizione della sensazione e dall'altra la reazione alla sensazione. Vengono presentate le classificazioni del dolore sotto il profilo patogenetico ed anche il concetto di *dolore totale* definito da C. Saunders. Il dolore è definito come "il quinto segno vitale" deve essere routinariamente valutato al pari degli altri segni vitali (JAMA, 1999). Le conseguenze del dolore non rilevato e non trattato

sono molto significative ed incidono profondamente sulla qualità della vita di una persona. Il dolore nelle persone anziane è sotto stimato e sotto trattato. La valutazione del dolore è particolarmente impegnativa in presenza di severo deficit cognitivo e/o di difficoltà di linguaggio e di comunicazione. Il dolore dunque è e rimane un'esperienza "leggibile" attraverso diverse dimensioni: sensoriale, affettiva e di impatto nella vita di relazione. Gli elementi chiave per la valutazione del dolore sono costituiti da: il porre domande dirette, l'osservazione dei segni del dolore, la descrizione, la misurazione e le cause. È stato dimostrato che non vi è alcuna ragione di ritenere che gli anziani affetti da decadimento cognitivo siano meno a rischio di andare incontro a condizioni di esperienza dolorosa rispetto ai soggetti di pari età non dementi. La misurazione del dolore avviene attraverso l'uso di scale di autovalutazione e scale osservazionali. Vengono presentati alcuni strumenti dei più conosciuti di entrambe le tipologie. La valutazione del dolore nel paziente con deficit cognitivo è particolarmente complessa. L'osservazione della persona gioca un ruolo essenziale; le variazioni nel comportamento e nella vita di relazione, le espressioni facciali, le vocalizzazioni costituiscono segni fortemente orientanti verso la presenza di dolore. "L'atteggiamento di chi lavora con pazienti affetti da demenza è quello di cercare la causa del dolore e di trattare sia malattia che sintomo" E. Zanetti, 2006. La valutazione e la gestione del dolore nella persona anziana diventa un obiettivo dell'équipe assistenziale. L'operatore socio sanitario, l'infermiere e le altre figure di assistenza si trovano nella posizione ideale per valutare il dolore della persona, per segnalare l'efficacia delle terapie, per suggerire eventuali variazioni ai piani di trattamento. Soprattutto queste figure hanno modo di vivere accanto alla persona imparando a conoscere/riconoscere l'insorgenza di quadri di dolore. L'organizzazione dell'équipe assistenziale si fonda sull'azione sinergica di competenze individuali e collettive ovvero di comportamento organizzativo anche parlando di presa in carico della persona, di processo di cura e di scelte sul miglior trattamento possibile. L'infermiere in particolare sviluppa, sostiene e attua, con il proprio approccio di metodo, una competenza che è la risultante di un *sapere tecnico* e di un *sapere della prassi*.

Momenti e gesti del processo di cura sono rappresentati dalla esecuzione di attività assistenziali, dalla supervisione nell'esecuzione da parte di altri operatori, dagli obiettivi di cura condivisi nell'équipe, dall'abilità nell'accertamento finalizzato a raccogliere segni e sintomi. La valutazione del dolore dunque come obiettivo organizzativo ed in quest'ambito la capacità "collettiva" oltre che individuale di trovare soluzioni di cura e assistenza per generare innovazione e nuovi ambiti di ricerca al fine di migliorare l'assistenza alla persona anziana. Viene presentato il Progetto "qualità e Sicurezza nelle RSA" promosso dall'Agenzia Regionale di Sanità con il Protocollo di studio (sintesi) per la rilevazione di ulcere da pressione, dolore, rischio e incidenza di cadute nelle RSA pubbliche e private della regione Toscana. La cui fase pilota si è conclusa nel marzo del 2009.

#### BIBLIOGRAFIA

- McAuliffe L, Nay R, O'Donnell M, Fetherstonhaugh D. *Pain assessment in older people with dementia: literature review*. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65:2-10 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x

*The assessment of pain in older people NATIONAL GUIDELINES*, October 2007, Royal College of Physicians, The British Pain Society, British Geriatrics Society.

Zanolin ME, Visentin M, Trentin L, Saiani L, Brugnolli A, Grassi M. *A questionnaire to evaluate the knowledge and attitudes of health care providers on pain*. Journal of pain and symptom management 2007;33:727-36.

Zwakhalen S, Hamers J, Abu-Saad H, Berger M. *Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools*. BMC Geriatrics 2006;6:3 doi:10.1186/1471-2318-6-3

Zwakhalen S, Hamers J, Berger M. *Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia*. The Journal of advanced nursing 2007;58:493-502.

Zwakhalen S, Hamers J, Peijnenburg R, Berger M. *Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia*. The Journal of the Canadian Pain Society 2007;12:177-84.

## Da sintomo a segno: la valutazione del dolore nel soggetto affetto da demenza grave

E. Zanetti

*Società Italiana di Geriatria e Gerontologia Sezione Nursing Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

### Introduzione

Il dolore è un fenomeno complesso, soggettivo e percettivo che presenta varie dimensioni (intensità, qualità, andamento nel tempo, impatto, significato personale), che sono vissute da ogni persona in maniera diversa. Il dolore è stato definito dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) come "un'esperienza spiacevole, sensoriale ed emotiva, associata ad un danno dell'organismo attuale o potenziale" (IASP 1979).

La semeiotica classica definisce il dolore come un sintomo, il più soggettivo tra i sintomi, il più influenzato e, quindi, "sporcatto", ingigantito o ridotto da infinite variabili psichiche, personali, culturali, sociali, ambientali.

La valutazione del dolore, quindi, si basa su due attori principali: il paziente che riferisce e il medico o l'infermiere che ascolta ed interviene. Tutto procede per il meglio quando colui che prova dolore è in grado di comunicarlo e colui che deve curare ha competenza sufficiente per raccogliere la richiesta di aiuto. Cosa succede quando uno dei due soggetti si indebolisce? In particolare, quando il paziente non è in grado di ricordare un'esperienza, o di riferirla, o di concettualizzarla? Come si valuta la presenza e l'entità del dolore nel paziente affetto da demenza? Nel paziente che non ha memoria il più soggettivo dei sintomi torna ad essere un segno, inducendo medici, infermieri e operatori ad individuare e cogliere i segni, che rappresentano l'unico elemento di comunicazione del dolore nel paziente anziano affetto da demenza.

La valutazione della presenza e intensità del dolore e del suo impatto sul singolo paziente rappresenta la premessa indispensabile al trattamento ed è fortemente raccomandata (Herr 2002; Zwakhalen 2006). Tutti i pazienti affetti da demenza, indipendentemente dalla gravità, ammessi in una divisione ospedaliera per un problema medico acuto o riacutizzato o per un intervento chirurgico d'urgenza o d'elezione dovrebbero essere valutati in relazione alla presenza e all'intensità del dolore.

La valutazione dovrebbe riguardare i seguenti tre ambiti:

1. possibili cause di dolore in relazione all'evento acuto e alla situazione attuale: sospettare la presenza di dolore è il presupposto che induce la valutazione e il trattamento;
2. modalità abituali con le quali il paziente esprime dolore e reagisce al dolore: nell'impossibilità di ottenere informazioni dal paziente è fondamentale ottenere informazioni dai familiari o, qualora il paziente provenga da una struttura residenziale, dai medici e dagli infermieri della struttura. Le informazioni ottenute forniscono importanti indicazioni per la terapia del dolore e l'assistenza;
3. interventi utilizzati dai caregiver per riconoscere e gestire il dolore (Cook, 1999).

In letteratura sono state proposte scale di valutazione finalizzate alla valutazione della presenza e intensità del dolore nei soggetti affetti da decadimento cognitivo che dovrebbero essere comprese tra gli strumenti a disposizione per la valutazione dei pazienti (Scherder 1997; Fisher Morris 1997; Frisoni 1999; Feldt 2000; Herr 2002; Zwakhalen 2006).

La gravità della compromissione cognitiva è determinante per la scelta della strategia e degli strumenti di valutazione.

Nei pazienti con decadimento cognitivo più grave (CDR 3-4), per i quali gli strumenti di valutazione di self-report sono scarsamente applicabili (Pautex 2006), la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori: spesso un'agitazione improvvisa o un comportamento insolito possono rappresentare la modalità con cui il paziente cerca di comunicare la propria sofferenza. Rimane estremamente difficile in questi pazienti misurare l'intensità del dolore.

L'osservazione del paziente secondo le indicazioni dell'American Geriatric Society (AGS) dovrebbe focalizzarsi sulle seguenti sei categorie di indicatori comportamentali (American Geriatric Society 1998; American Geriatric Society 2002):

1. espressioni facciali che esprimono disagio, sofferenza, paura;
2. verbalizzazione, in particolare lamento, pianto, urlo;
3. movimenti corporei finalizzati all'assunzione di posizioni antalgiche o alla protezione di parti del corpo;
4. modificazioni delle relazioni interpersonali;
5. modificazioni nelle abituali attività;
6. modificazioni dello stato mentale.

Nei soggetti affetti da demenza rivestono particolare importanza le modificazioni delle relazioni interpersonali, delle abituali attività e dello stato mentale che si verificano nel breve periodo (ore o qualche giorno) che potrebbero essere indotte dalla presenza di dolore.

Gli indicatori comportamentali proposti dall'AGS costituiscono la base di molti strumenti di valutazione del dolore definiti "osservazionali" sviluppati allo scopo di identificare la presenza di dolore e stimarne, seppure indirettamente, la gravità e l'intensità.

Uno dei limiti più importanti degli strumenti di valutazione osservazionale risiede nella misurazione indiretta dell'intensità del dolore: in assenza di autovalutazione la stima dell'intensità del dolore è ottenuta attraverso la rilevazione della gravità o frequenza del comportamento, assumendo per vero che quel comportamento sia espressione di dolore e non manifestazione del deficit cognitivo

associato alla gravità della demenza. È pertanto fondamentale la conoscenza del paziente, o le informazioni fornite dai caregiver, per discriminare un disturbo del comportamento abitualmente manifestato dal paziente da un disturbo con il quale il paziente comunica la presenza di dolore.

L'applicazione corretta degli strumenti di valutazione osservazionali richiede una formazione specifica, che comprenda anche esercitazioni pratiche. Studi documentano che operatori formati riportano punteggi più alti e verosimilmente più vicini al livello di dolore sperimentato dai loro pazienti rispetto ad operatori non formati (Kaasalainen 2003; Solomon 1997).

L'accuratezza della valutazione non si fonda esclusivamente sulla scelta e l'utilizzo dello strumento di valutazione. È necessario un approccio multidimensionale che integri le informazioni fornite dallo strumento di self report o osservazionale con le informazioni fornite dal caregiver e le modificazioni funzionali o del comportamento osservate (Stolee, 2005).

Raccomandazioni per l'Assistenza

Nei soggetti con deficit cognitivo *la valutazione della presenza e intensità del dolore* e del suo impatto sul singolo paziente *rappresenta la premessa indispensabile al trattamento* ed è fortemente raccomandata (Herr, 2002; Zwakhalen, 2006).

*Tutti i pazienti affetti da demenza*, indipendentemente dalla gravità della demenza, ammessi in una divisione ospedaliera per un problema medico acuto o riacutizzato o per un intervento chirurgico d'urgenza o d'elezione dovrebbero essere valutati in relazione alla presenza e all'intensità del dolore (Cook 1999).

Nei pazienti con *decadimento cognitivo più grave* la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori (Pautex et al. 2006).

*Monitorare il dolore in modo sistematico* e ad intervalli regolari, sia se si utilizza uno strumento di valutazione, sia se si chiede direttamente al paziente o ci si avvale dell'osservazione (può essere utile un elenco di indicatori di comportamento associabili a dolore). I comportamenti associati a dolore dovrebbero essere osservati sia a riposo, sia durante l'attività, come i trasferimenti, la mobilitazione o i cambi di postura e con la palpazione delle zone sospettate doloranti (Brugnolli 2007).

Gli strumenti di valutazione osservazionali richiedono una *formazione specifica*, che comprenda anche esercitazioni pratiche, prima di essere utilizzati (Kaasalainen 2003; Solomon 1997).

L'accuratezza della valutazione non si fonda esclusivamente sulla scelta e l'utilizzo dello strumento di valutazione. È necessario un *approccio multidimensionale* che integri le informazioni fornite dallo strumento di self report o osservazionale con le informazioni fornite dal caregiver e le modificazioni funzionali o del comportamento (Stolee 2005).

#### BIBLIOGRAFIA

- American Geriatric Society. *Panel on chronic pain in older persons: The management of chronic pain in older persons. AGS panel on chronic pain in older persons.* J Am Geriatr Soc 1998;46:635-51.
- American Geriatric Society. *The management of persistent pain in older person.* J Am Geriatr Soc 2002;6:205-24.
- Brugnolli A. *La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo.* Assistenza Infermieristica e Ricerca 2007;26:38-45.
- Cook AK, Niven CA, Downs MG. *Assessing the pain of people with cognitive impairment.* Int J Geriatr Psychiatry 1999;14:421-5.
- Feldt Karen S. *Improving Assessment and Treatment of Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Residents Annals of Long-Term Care.* Clinical Care and Aging 2000;8:36-42.
- Fisher-Morris M, Gellatly A. *The experience and expression of pain in Alzheimer patients.* Age Ageing 1997;26:497-500.
- Frisoni GB, Fedi V, Geroldi C, Trabucchi M. *Cognition and the perception of physical symptoms in the community-dwelling elderly.* Behav Med 1999;25:5-12.
- Herr KA. *Pain assessment in cognitively impaired older adults.* Am J Nurs 2002;102:65-7.
- International Association for the Study of Pain (IASP). *Pain terms: A list with definitions and notes on usage recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy.* Pain 1979;6:249-52.
- Kaasalainen S, Crook J. *A comparison of pain-assessment tools for use with elderly long-term-care residents.* Can J Nurs Res 2003;35:58-71.
- Pautex S, Michon A, Guedira M, Emond H, Le Lous P, Samaras D, et al. *Pain in severe dementia: self-Assessment or observational scales?* J Am Geriatr Soc 2006;54:1040-5.
- Scherder EJ, Bouma A. *Is decreased use of analgesics in Alzheimer disease due to a change in the affective component of pain?* Alzheimer Dis Assoc Disord 1997;11:171-4.
- Solomon PE, Prkachin KM, Farewell V. *Enhancing sensitivity to facial expression of pain.* Pain 1997;71:279-84.
- Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. *Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment.* J Am Geriatr Soc 2005;53:319-26.
- Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH, Berger MPF. *Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools.* BMC Geriatr 2006;6:3.

## Incremento nel consumo di frutta e verdura in un gruppo di anziani in un nucleo demenza dopo attività occupazionale mirata

C. Bellodi<sup>1</sup>, R. Grossi<sup>2</sup>, G. Ferrari<sup>2</sup>, T. Fedele<sup>2</sup>, M. Turci<sup>3</sup>, F. Orsi<sup>2</sup>, C.A. Grandi<sup>4</sup>, A. Fabbo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>A.USL Modena, Distretto di Mirandola (MO); <sup>2</sup>ASP (Azienda Servizi alla Persona); <sup>3</sup>U.O. Salute Anziani, A.USL Modena, Distretto di Mirandola (MO); <sup>4</sup>Unione Comuni Modenesi Area Nord

**Scopo.** In letteratura medica innumerevoli studi vantano il ruolo protettivo di una dieta ad alto consumo di frutta e verdura nei confronti delle malattie cardiovascolari, tumorali e come prevenzione del declino cognitivo, della perdita di massa muscolare e della disabilità. È osservazione comune, tuttavia, che gli anziani tendono a diminuire il consumo di questi alimenti per ragioni di palatabilità, di difficile reperibilità di alimenti freschi, per difficoltà odontoiatriche. Scopo del nostro studio è indagare se, impiegando gli anziani di un nucleo demenze in attività occupazionali legate alla manipolazione, preparazione e cottura di cibi a base vegetale, con la stimolazione multisensoriale che ne comporta, aumentasse il consumo di questi.

**Materiali e metodi.** 15 anziani con demenza in fase avanzata di età media  $85 \pm 6,7$  con un MMSE medio di  $9,3/30$  e un NPI medio di  $32/144$  sono stati sottoposti a terapia occupazionale all'interno della sala comune per 6 settimane, due volte alla settimana con sedute variabili da una a due ore. Un giorno della settimana la terapeuta proponeva attività legate alla preparazione di frutta e verdura destinate poi all'alimentazione degli ospiti; l'altro giorno proponeva attività occupazionali senza utilizzo di alimenti e i vegetali proposti a pranzo provenivano già pronti dalla cucina.

**Risultati.** Le analisi eseguite sui dati raccolti sono analisi descrittive, medie, per delineare le prime tendenze di questo studio pilota e osservazionale. Considerando il gruppo completo di 15 anziani la percentuale della media della quantità di cibo è passata dal 51% all'82% per la verdura cotta e dal 70% all'85% per la frutta con una differenza tra le condizioni del 31% e del 15% rispettivamente. Scomponendo il gruppo nei due sottogruppi, maschi e femmine, la differenza tra le condizioni è del 35% per i maschi e del 30% per le femmine per la verdura cotta, e del 17% per i maschi, del 16% per le femmine per la frutta. Non paiono dunque esserci grossolane differenze nell'effetto nei due sessi.

Il gruppo completo, i 15 Anziani.

	Pranzo Verdura Cotta	Pranzo Frutta
Controllo	51%	70%
Caso	82%	85%
Differenza tra le condizioni	31%	15%

Le percentuali si riferiscono alla media delle quantità di porzione alimentare consumata dal gruppo di 15 anziani

**Conclusioni.** I dati rappresentano come nella condizione in cui gli anziani preparano il loro cibo che poi diventa una pietanza del pranzo, questi assumano più cibo rispetto a quella di controllo. Tra i sottogruppo di anziani Maschi e di anziane Femmine, sembra che l'efficacia di questo tipo di attività sia stabile, con valori tra le differenze delle due condizioni dello studio molto simili. La nostra ipotesi in merito è che il tempo dedicato all'attività stimoli l'appetito

degli anziani soprattutto tramite l'olfatto e l'attivazione della routine alla preparazione del pranzo, come per un effetto reminiscenza e fornisca un orientamento temporale. Pur con le cautele di uno studio pilota questi dati possono tuttavia fornire un utile spunto di trattamento per anziani con demenza in fase avanzata con disturbi alimentari.

## Diagnosi e prevenzione del delirium in un reparto di geriatria: migliorare il coinvolgimento dei familiari

L. Fin, S. Minervini, M. Boni, D. Broch, M. Debiasi, P. De Colle, M. Saiani, A. Tomasi, R. Girardello

A.P.S.S. TRENTO, U.O. Geriatria Ospedale Rovereto

**Introduzione.** Il delirium (D) è un disturbo neuropsichiatrico che può interessare molti pazienti anziani ricoverati in ambito medico e chirurgico. Esso tende ad essere un disordine transitorio, benché le complicanze a lungo termine non siano rare. I principali fattori di rischio del D comprendono l'età avanzata, il deterioramento cognitivo e la comorbilità medica. Il D è associato con outcomes sfavorevoli, come mortalità, aumento della durata dell'ospedalizzazione, incremento del rischio di demenza e di istituzionalizzazione. Il D costituisce un profondo disagio per il paziente, la sua famiglia e lo staff assistenziale. Programmi integrati di intervento non farmacologico possono ridurre l'impatto clinico del problema e dovrebbero quindi essere implementati nel management medico-assistenziale globale del paziente anziano fragile.

**Primi risultati.** Nella nostra U.O. ci siamo proposti di verificare se l'applicazione di una metodica standardizzata di riconoscimento e di prevenzione del D, con successiva attuazione di interventi sui fattori di rischio con approccio assistenziale adeguato, possa essere in grado di migliorare le possibilità di diagnosi, cura e prevenzione del D nei pazienti ospedalizzati. Abbiamo quindi avviato un progetto di intervento multiprofessionale<sup>1</sup> che nella prima fase ha compreso una attività di formazione del personale medico e assistenziale della UO di Geriatria dell'Ospedale di Rovereto sui temi: deterioramento cognitivo e demenze; delirium; training sull'applicazione degli strumenti di valutazione e trattamento. Successivamente abbiamo validato gli strumenti di lavoro<sup>2</sup> e documentato la loro riproducibilità nel contesto della pratica clinica quotidiana<sup>3,4</sup>. Dal mese di ottobre 2008 stiamo attuando l'osservazione dei pazienti ricoverati in una sezione del reparto, utilizzando gli strumenti validati. Nei pazienti ad alto rischio di insorgenza di D viene effettuato il monitoraggio quotidiano della situazione clinico-assistenziale attraverso una check list degli interventi assistenziali<sup>5</sup>. Gli infermieri e gli operatori socio-assistenziali focalizzano l'attenzione sui seguenti aspetti: temperatura corporea, ossigenazione, idratazione, nutrizione, diuresi, eliminazione fecale, bilancio idro-elettrolitico, ritmo sonno-veglia, aspetti di corretta comunicazione, valutazione della percezione sensoriale, miglioramento dell'orientamento spazio-temporale, promozione della mobilitazione del paziente. In collaborazione con i medici del reparto si tende a promuovere un approccio assistenziale attivo nei pazienti a rischio di D con l'obiettivo di prevenirne l'insorgenza e di ridurre la durata e la gravità.

Il ruolo dei famigliari. In questo contesto abbiamo verificato come il coinvolgimento, l'informazione e la formazione dei familiari dei pazienti siano aspetti strategici per migliorare i risultati sulla qualità della relazione, dell'assistenza e della vita stessa delle persone. Abbiamo quindi avviato un progetto rivolto a migliorare la comunicazione e l'informazione nei confronti dei familiari dei pazienti con deterioramento cognitivo e comunque a rischio di delirium durante il ricovero o dopo il rientro a domicilio. La selezione dei pazienti e dei loro familiari si fonda sull'impiego degli strumenti clinici validati. Nelle situazioni che lo richiedano e lo consentano vengono attuati dei colloqui strutturati da parte dei medici e degli infermieri di reparto volti a chiarire i problemi clinici e gli approcci più utili e produttivi dal punto di vista assistenziale e riabilitativo. Questa metodologia di approccio è stata attivata da alcune settimane e verrà sviluppata nel corso dei prossimi mesi. Ci proponiamo di valutarne i risultati in termini di miglioramento relazionale con gli stessi pazienti e i loro famigliari, oltre che in termini di risultati clinici.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Minervini S, Boni M, Pitteri A, Scarabello Vettore S, Saiani M, Speese K, et al. *Diagnosi e prevenzione del delirium in un reparto di Geriatria: un progetto di intervento multiprofessionale*. Il Forum Italiano per la valutazione delle tecnologie sanitarie, Trento 25-27 gennaio 2007.
- 2 UO Geriatria Rovereto. Test Delirium, 2007: <http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=26689>.
- 3 Debiassi M, Minervini S, Boni M, Broch D, Broz A, Patelli S, et al. *Utilizzo di un test per la diagnosi di Delirium nell'anziano ospedalizzato*. 52° Congresso Nazionale S.I.G.G., Firenze 28 novembre – 2 dicembre 2007.
- 4 Minervini S, Boni M, Broch D, Broz A, Carbonaro F, Debiassi M, et al. *Riproducibilità di un semplice strumento per la diagnosi di delirium in un reparto di geriatria*. 52° Congresso Nazionale S.I.G.G., Firenze 28 novembre – 2 dicembre 2007.
- 5 UO Geriatria Rovereto. Check list interventi assistenziali, 2008: <http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=26689>.

### La prospettiva dei famigliari sull'utilizzo della contenzione fisica: studio descrittivo

C. Papparotto<sup>1</sup>, S. Zuliani<sup>2</sup>, S. Gortana<sup>3</sup>

<sup>1</sup>A.s.p. Opera Pia Coianiz, Tarcento (Udine); <sup>2</sup>Università di Udine, Udine; <sup>3</sup>Azienda per i Servizi Sanitari N. 3 "Alto Friuli", Gemona del Friuli (UD)

**Scopo.** Nell'assistenza alle persone anziane la contenzione fisica è una pratica comune nei vari contesti assistenziali; sono stati condotti molti studi sull'utilizzo della contenzione stessa considerando il punto di vista dei professionisti sanitari, mentre gli studi che analizzano la prospettiva dei famigliari sono scarsi<sup>1</sup>.

Lo scopo di questo studio era quello di analizzare le conoscenze, le informazioni ricevute e le percezioni dei famigliari di persone anziane contenute fisicamente.

**Materiali e metodi.** Lo studio, di tipo osservazionale, è stato condotto attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione di convenienza di famigliari di persone anziane ricoverate in ospedale (unità operative di medicina e di neurologia), in tre residenze sanitarie assistenziali (RSA) e in quattro strutture residenziali

per anziani. Sono stati consegnati 300 questionari e ne sono stati compilati 178 con un tasso di risposta del 59,33%. Il questionario era costituito da tre sezioni: a) profilo socio-anagrafico (sesso, età, nazionalità, grado di istruzione, grado di parentela); b) conoscenze relativamente alla contenzione fisica; c) informazioni ricevute ed emozioni provate.

**Risultati.** Profilo socio-anagrafico dei famigliari: 68,5% di sesso femminile, 56,7% con età compresa fra 46 e 65 anni, 96,6% di nazionalità italiana; il 10,1% è laureato, il 43,3% possiede un diploma di maturità, il 46,6% ha un livello di istruzione corrispondente alla scuola media inferiore o più basso. Rispetto al grado di parentela, nella maggior parte dei casi il familiare è il figlio/a (50,6%), seguito da nipote (13,5%), coniuge (11,8%) e da nuora/genero (6,7%).

**Conoscenze relativamente alla contenzione fisica:** il 44,9% dei famigliari ritiene che la contenzione fisica sia una protezione per il paziente, il 34,8% una tutela della salute e dell'integrità fisica della persona, il 10,1% una limitazione della libertà individuale, il 6,2% una comodità ad uso assistenziale, il 2,8% un intervento terapeutico. Secondo i famigliari, pertanto, la contenzione va applicata quando si deve tutelare la vita e la salute della persona incapace di intendere e volere (59,6%), quando non è possibile garantire la sorveglianza continua (23,6%), mai (5,6%), quando la persona è agitata (5,1%), sempre in età avanzata (2,8%). Per quanto riguarda i mezzi di contenzione, il 36,0% dei famigliari ritiene che le sedie con piano/tavolino d'appoggio non siano un mezzo di contenzione e così pure le spondine che arrivano a metà o **tre quarti** del letto (19,7%) e le spondine complete (16,3%). Il 39,3% dei famigliari non conosce soluzioni alternative alla contenzione fisica; fra i famigliari che dichiarano di conoscerne, il 42,1% individua l'assistenza continua e il 12,4% la somministrazione di sedativi quali soluzioni alternative principali.

**Informazioni ricevute:** il 50,6% dei famigliari è stato informato sulla decisione di applicare la contenzione fisica (il 54,8% in casa di riposo, il 53,5% in R.S.A., il 42,0% in ospedale). Il 38,2% è stato informato sulle modalità di gestione del paziente contenuto fisicamente (il 46,4% in casa di riposo, il 37,2% in R.S.A., il 26% in ospedale). Le informazioni sulla contenzione fisica vengono date ai famigliari principalmente dagli infermieri (33,1%), seguiti dai medici (15,7%); il 74,4% dei famigliari non è invece stato informato sulle possibili complicanze della contenzione.

**Percezioni ed emozioni:** il 71,3% dei famigliari è favorevole all'utilizzo della contenzione fisica e, fra questi, il 45,5% ritiene che le spondine complete per il letto siano il mezzo più efficace.

Le emozioni che i famigliari provano nel vedere il proprio congiunto contenuto sono principalmente sicurezza (57,9%), tranquillità (46,6%), ansia (34,3%), rabbia (25,3%), indifferenza (18,5%), rifiuto (22,5%).

**Conclusione.** Come in altri studi<sup>2,3</sup> la maggior parte dei famigliari è favorevole all'utilizzo della contenzione fisica per proteggere il paziente e tutelarne la salute e l'integrità fisica. Questi risultati sono probabilmente dovuti alle limitate conoscenze dei famigliari, conseguenti anche alle scarse informazioni ricevute nei diversi contesti assistenziali considerati nel presente studio. Lo studio mette in luce la necessità di migliorare l'informazione e la partecipazione

dei familiari rispetto alla contenzione fisica, e di attivare interventi educativi nei loro confronti relativi soprattutto alle complicità della contenzione e alle alternative possibili.

#### BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Lai CK, Wong IY. *Families' perspectives on the use of physical restraints*. Contemporary Nurse 2008;27:177-84.
- <sup>2</sup> Gallinagh R, Nevin R, Campbell L, Mitchell F, Ludwick R. *Relatives' perceptions of side rail use on the older person in hospital*. Br J Nurs 2001;10:391-9.
- <sup>3</sup> Farina-Lopez E, Estévez-Guerra GJ, Nunez Gonzalez E, Montilla Fernandez M, Santana E. *Descriptive study of the attitudes of family caregivers to the use of physical restraints: preliminary results*. Revista Española de Geriatria y Gerontologia 2008;43:201-7.

## Formazione e coinvolgimento del personale nella elaborazione ed implementazione di un protocollo per l'uso della contenzione in RSA: efficacia dell'intervento

L. Pedroni, A. Alvarez, A. Collufio, A. Gadola, C. Soldi, L. Guglielmi  
Fondazione Girolodi Forcella Ugoni di Pontevico (BS)

**Scopo della ricerca.** La pratica di *contenere* le persone malate, cioè di limitare la loro autonomia con mezzi fisici o chimici è ancora molto diffusa nei luoghi di cura (istituti geriatrici, ospedali). In Italia, l'uso di un qualsiasi mezzo di contenzione fisica è in media del 52%, nel Veneto del 25%; in Lombardia in uno studio condotto in 68 case di riposo del comune di Milano nel 1999 risultava contenuto il 21% dei 13.680 residenti<sup>1</sup>. Negli ospedali per acuti uno studio italiano recente ha rilevato una prevalenza del 15,8%<sup>2</sup>. Nei reparti residenziali o nelle case di riposo sono gli anziani con disabilità nelle attività di base della vita quotidiana e incontinenza urinaria ad essere maggiormente a rischio di contenzione. L'età avanzata, che in molti studi è indicata come uno dei predittori di contenzione fisica nella revisione condotta da Evans non ha trovato conferma<sup>3</sup>. Elemento comune rilevato in tutti gli studi è quello legato alla formazione che da ogni organizzazione ed in vario modo è stata effettuata. Come suggerito dalle linee guida<sup>3</sup> infatti uno degli elementi nodali per la corretta implementazione del protocollo è legato al fatto che tutta l'organizzazione deve essere coinvolta ed informata. Uno studio recente che ha coinvolto 384 figure sanitarie operanti in RSA ha dimostrato che in una struttura residenziale l'applicazione (NON prescrizione) quotidiana dei mezzi di contenzione è relegata al personale assistenziale di base e che spesso non viene formato in modo adeguato. Allo scopo di ridurre il ricorso alla contenzione<sup>4</sup> e di limitarne l'utilizzo come ultima risorsa in situazioni predefinite e codificate, nel nostro Istituto si è provveduto a rielaborare ed implementare un protocollo assistenziale sul corretto uso delle contenzioni, puntando sulla formazione e sul coinvolgimento di tutte le figure sanitarie e assistenziali. Il fine di questo lavoro è quello di valutare le variazioni nella percentuale degli ospiti contenuti, le motivazioni che hanno indotto il ricorso alla contenzione definendo delle alternative coinvolgimento di tutta l'area organizzativa attraverso incontri formativi.

**Materiali e metodi.** Attraverso la formazione di una commissione multidisciplinare sono stati analizzati gli studi relativi ad altre esperienze di implementazione di protocolli sia in setting per acuti (Powell 1989, Lever 1995, Hanger 1999) che in nursing home (Neufeld 1999, Evans 1997) e valutate le linee guida.

Il gruppo di lavoro è stato costituito da medici, infermieri, OSS, ASA, fisioterapisti: le linee guida indicano infatti il medico come l'unico ed il solo proscrittore, ma nello stesso momento suggeriscono che esso si debba avvalere dell'opinione dell'équipe. Sono stati poi analizzate le indicazioni riguardo alle alternative da utilizzare, in particolar modo nei confronti del rischio di caduta, che rappresenta in assoluto la prima causa di prescrizione nella nostra struttura, mettendo in evidenza gli studi che sottolineano la scarsa efficacia del provvedimento contenitivo nei confronti delle cadute. Sono state prese in esame le prescrizioni di contenzione fisica relativa a tutti gli ospiti entrati in casa di riposo nell'anno 2008. Si è provveduto a valutare la tipologia di contenzione prescritta, la motivazione, gli aspetti relativi alle caratteristiche cliniche, cognitive e funzionali degli ospiti contenuti. Si è inoltre effettuato un confronto con le percentuali di ospiti contenuti nel 2008 e nel primo trimestre 2009, precedentemente all'introduzione del nuovo protocollo.

**Risultati.** Escludendo le spondine al letto, nel corso del 2008, sono stati contenuti 53 ospiti su 121, pari al 37%. Al 31/03/2009, sono stati rilevati 46 ospiti contenuti su 121, pari al 38%. Nella quasi totalità dei casi, la motivazione principale che aveva condotto alla prescrizione era il rischio di caduta. Nel secondo trimestre del 2009, dopo l'introduzione del nuovo protocollo e la formazione del personale, si è potuta constatare una notevole riduzione del ricorso alla contenzione, che risultava essere nel primo mese di 40 ospiti (33%), nel secondo a 25 (20%), nel terzo a 24 (20%). Parallelamente, non si sono registrati aumenti significativi delle cadute, in particolare di cadute con gravi conseguenze (47 cadute nel periodo gennaio-giugno 2008, 49 nello stesso periodo 2009).

**Conclusioni.** Questo studio dimostra che spesso l'uso della contenzione può essere evitato, grazie al ricorso di strategie ambientali e comportamentali alternative. Per arrivare a questo, è fondamentale la costituzione di un'équipe multidisciplinare, la stesura di un protocollo, la formazione di tutto il personale e l'attento monitoraggio delle prescrizioni effettuate, con tempestive rivalutazioni in relazione alle mutate condizioni clinico-comportamentali degli ospiti. Molto spesso, le prescrizioni vengono effettuate per timore di cadute, anche se gli studi dimostrano che le contenzioni non ne riducono l'incidenza. Effettivamente, anche nella nostra esperienza, non viene riportato un aumento della percentuale di cadute che sono rimaste allineate a quelle relative al periodo precedente, nonostante sia stato quasi dimezzato il numero di contenzioni utilizzate.

#### BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Sirchia G, Trabucchi M, Zanetti E, Campari M, Bertolini A. *Un modello per la rilevazione della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali*. Tendenze Nuove 2001;20:4-19.
- <sup>2</sup> Degan M, Iannotta M, Genova V, Opportuni I, Chiusso G, Bonso O. *Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute*. Assist Inferm Ric 2004;23:68-75;

- <sup>3</sup> Evans D, Wood J, Lambert L, Fitzgerald M. 2002, *Physical Restraint in Acute and Residential Care. A Systematic Review*. Australia: Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Systematic Review; 22. 2002.
- <sup>4</sup> The Joanna Briggs Institute Volume 6, Numero 4, pagina 5, 2002.
- <sup>5</sup> Nobili P. *Ambiente e contenzione*. Giornale Gerontologico 1999;XLVII.
- <sup>6</sup> Longo A, Toccaceli P, Cesarini S. *Contenzione e sorveglianza*. Giornale Gerontologico 1999;XLVII.
- <sup>7</sup> Cester A. *Legare i vecchi: i motivi clinici del contenimento*. Ed. Up 1995.

## Realizzazione di una scheda unica di gestione del dolore applicabile in contesti rappresentati da ampia variabilità clinica

M. Sasso<sup>1</sup>, L. Scolari<sup>2</sup>, R. Carlucci<sup>3</sup>, G. Mercadante<sup>4</sup>, N. Nicoletti<sup>5</sup>, S. Cabodi<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Infermiere, <sup>2</sup> Coordinatore Infermieristico, <sup>3</sup> Dirigente Medico Responsabile SOS Geriatria Osp. Birago di Vische ASL TO2, <sup>4</sup> Dirigente Medico, <sup>5</sup> Responsabile Infermieristico Dipartimento Salute Anziani - DSA, <sup>6</sup> Direttore Dipartimento Salute Anziani - DSA

**Scopo.** Concepire uno strumento utile a misurare il dolore come uno tra i parametri vitali, ideando e sperimentando un'innovativa, benché ancorata alla letteratura, metodologia di rilevazione, monitoraggio e intervento sul dolore utilizzabile in contesti ad ampia variabilità clinica come quello geriatrico; promuovere questo strumento e questa metodologia all'interno del comitato aziendale "Ospedale senza dolore".

**Materiali e metodi.** *Fase preliminare:* esaminata la variabilità clinica dei ricoverati presso il nostro reparto e fatta una raccolta dati sul livello presente di gestione del dolore, è stata effettuata una revisione della letteratura per la costruzione di una pratica scheda unica; costituita da più scale di misurazione del dolore (scala numerica, verbale, espressioni facciali, PAINAD, BPS, EDIN) validate in letteratura e, in base a questa, rese corrispondenti tra loro, fornisce un punteggio unico finale associato ad un codice colore, collegato con una grafica di monitoraggio dell'evoluzione del dolore, il tutto correlato ad un protocollo d'intervento. La grafica di monitoraggio fornisce dati sulle caratteristiche del dolore, sulla sua evoluzione durante il trattamento e sull'insorgenza di eventuali reazioni avverse. Il sistema di codice colore è analogo alla concezione del triage individuando i 4 livelli costituiti da codice bianco, verde, giallo, rosso e sviluppa una maggiore sensibilità del personale rispetto l'urgenza del dolore rilevato: ad ogni codice corrisponde infine un protocollo d'intervento tarato automaticamente sulle caratteristiche del paziente e basato sulla scala analgesica dell'OMS integrata anche essa nella scheda unica. *Fase formativa e di prima applicazione:* la scheda è stata promossa all'interno del comitato aziendale "Ospedale senza dolore", sono state attivate modalità di ascolto, organizzative e di formazione del personale per l'implementazione della stessa; si è sensibilizzato il personale a ricercare il dolore e a trattarlo come parametro vitale semplicemente aggiungendo la voce "dolore: si-no-possibile" all'interno di una scheda di rilevazione dei parametri vitali già in uso. *Fase applicativa ordinaria:* assimilata l'abitudine a considerare il dolore come un parametro vitale e a cercare e rilevare la sua possibile presenza, il personale è stato naturalmente portato a sentire la necessità all'introduzione della scheda unica di gestione

del dolore e contemporaneamente è stato adottato l'uso di un "diario di prova" per annotare qualità, difficoltà, osservazioni durante l'utilizzo della stessa e per testarne il gradimento tra operatori e degenti. *Fase di revisione:* in base ai dati emersi durante le fasi precedenti, è stata infine prevista una fase di rivalutazione, revisione e validazione finale dello strumento.

**Risultati.** Lo strumento proposto è stato adottato dal comitato aziendale "Ospedale senza dolore". In fase di prima applicazione è emerso un grado di sensibilità degli operatori nel percepire il dolore come parametro vitale, per cui in 30 giorni di degenza si è potuto stimare che il 40% dei pazienti è stato sottoposto ad una prima valutazione del parametro vitale "dolore: si-no-possibile", ciò a differenza del periodo antecedente dove non era prevista documentazione del dolore in forma di parametro vitale. I risultati della fase applicativa sono attualmente in acquisizione e successiva elaborazione con termine previsto a settembre 2009.

**Conclusioni.** Considerata la prevalenza del dolore negli ospedali e i relativi effetti invalidanti, la sensibilizzazione al problema e il migliorarne la rilevazione, la comprensione ed il trattamento è una problematica di primaria importanza e per questo il lavoro finora condotto può già rappresentare un importante elemento di dibattito e divulgazione; inoltre potrà aprire la prospettiva a studi multicentrici e ad un confronto tra altri reparti o contesti dove applicare la medesima procedura di introduzione di questo strumento fino ad arrivare ad una valida standardizzazione dello stesso.

### BIBLIOGRAFIA

- American Geriatrics Society, Panel on Persistent Pain in Older Persons. *The management of persistent pain in older persons*. J Am Geriatr Soc 2002;50:S205-24.
- Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, Ghianda D, Franzoni S, Padovani A, et al. *The italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale*. Archives of Gerontology and Geriatrics 2007;44:175-80.
- Marsilio A, Gruppo di Studio "La cura nella fase terminale della vita", Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, "La valutazione del dolore nell'anziano". *Le cure di fine vita in geriatria* 2008:77-93.
- Price Donald D, Bush Francis M, Long S, Harkins SW. *A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales*. Pain 1994;56:217-26.
- Turner JA, Jensen MP, Romano JM. *What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement?* Pain 1994;58:387-92.
- WHO. *Cancer Pain Relief*, Ginevra 1986.
- Zanetti E. *La valutazione in geriatria. Metodi e strumenti*. Carocci, pp. 106-114.

## La Continuità delle Cure nell'anziano fragile: dalla valutazione multidimensionale alla dimissione

N. Taviani<sup>1</sup>, N. Spinella<sup>1</sup>, M. Pozzebon<sup>2</sup>, B. Barbato<sup>2</sup>, F. Tisato<sup>2</sup>, M. Calabrò<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Distretto Socio-Sanitario n.° 3, Mogliano Veneto (Tv), <sup>2</sup> U.O. Geriatria, Treviso, ULSS 9

**Scopo.** La complessità nell'individuazione dei pazienti candidati a dimissione protetta e della tempestività della segnalazione ai Servizi



Territoriali con la necessità di addivenire ad una corretta e congiunta (Ospedale-Distretto) definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) prima delle dimissioni è una delle tematiche di maggior stress organizzativo in Geriatria. Abbiamo pertanto ritenuto, alla luce di tali criticità, di attivarci nei seguenti ambiti: a) garantire una presa in carico distrettuale senza discontinuità delle cure; b) condividere la conoscenza dello strumento di rilevazione "scheda di assessment geriatrico"; c) instaurare una modalità di comunicazioni continua tra ospedale e distretto migliorando le relazioni tra équipe; d) condividere lo stesso "linguaggio" nell'ottica della visione globale del paziente e nelle comunicazioni per l'attuazione della continuità delle cure; e) organizzare tempestivamente le Unità Valutative MultiDimensionali/professionali e le rivalutazioni distrettuali

**Materiali e metodi.** Come modalità di lavoro è stata concordata la somministrazione di Valutazione Multidimensionale (VMD) da parte dell'équipe medico-infermieristica dell'U.O. Geriatria ed invio al Distretto e come tappe successive: a) comunicazione dell'elenco dei ricoverati, di competenza territoriale, in Geriatria da parte della coordinatrice della Continuità Assistenziale (U.S. della Geriatria) alla Coordinatrice Distrettuale b) incontro settimanale per la valutazione dei ricoverati, in presenza del care-giver, tra coordinatrice della continuità assistenziale e coordinatrice del distretto supportata da un infermiere individuato del Distretto.

I pazienti di competenza del nostro Distretto Socio-Sanitario, ricoverati presso U.O. Geriatria avevano un'età media di 82.88 anni (compresa tra 63 e 97 anni) ed erano gravati da comorbidità (indice di Charlson = 6,54). Nel periodo in esame le valutazioni congiunte Ospedale/Distretto sono state 150 di cui 113 prime valutazioni di pazienti non noti ai Servizi Territoriali con incremento del 30% del numero di pazienti presi in carico direttamente dall'ospedale rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente. Conclusioni. a) durante

la sperimentazione tutte le dimissioni con l'assistenza domiciliare distrettuale sono state "programmate" e avviate senza discontinuità delle cure; b) diminuzione dei disagi alle famiglie e agli utenti in tempi efficaci (attivando prima della dimissione la rete dei servizi sociali e i collegamenti con CdR/RSA) c) attivato monitoraggio delle situazioni con disagi sociali; d) prevenzione delle complicanze da immobilizzazione per dimissioni organizzate con già espletata fornitura di presidi a domicilio quando necessari; e) ottimizzazione delle risorse per la miglior programmazione delle attività territoriali; f) risparmio di numerosi accessi infermieristici impropri evitati con riutilizzo di risorse umane; g) maggior conoscenza dei problemi del paziente e del care-giver, formale od informale; h) addestramento del care-giver già nella fase ospedaliera di ricovero; i) aumento quantitativo della presa in carico di pazienti "complessi": es. pazienti oncologici terminali o affetti da scompenso cardiaco e insufficienza respiratoria in fase avanzata.

L'utilizzo della scheda di assessment geriatrico ha consentito la visione globale del paziente secondo una logica di continuità del "care" e non solo delle prestazioni infermieristiche erogate.

Si è ottenuto inoltre il miglioramento degli aspetti relazionali tra l'équipe medico-infermieristica di Ospedale e Territorio con la condivisione di strumenti di analisi e di valutazione ottenendo l'acquisizione di una semantica comune. I punti di forza dell'attuale assetto organizzativo si sono rilevati: a) aumento della percentuale di utenti presi in carico dal distretto socio sanitario, rispetto ad un medesimo lasso di tempo dell'anno precedente, attraverso la scheda di assessment geriatrico e l'effettiva presenza del personale di distretto per le valutazioni congiunte sistematiche presso la U.O. Geriatria; b) la comunicazione e la valutazione congiunta attivano tempestivamente percorsi condivisi indispensabili a favorire una programmazione territoriale con risposte mirate, ai problemi reali della persona, in tempi idonei.