

INTERVENTO DELLA DOTT.SSA MANUELA REBELLATO

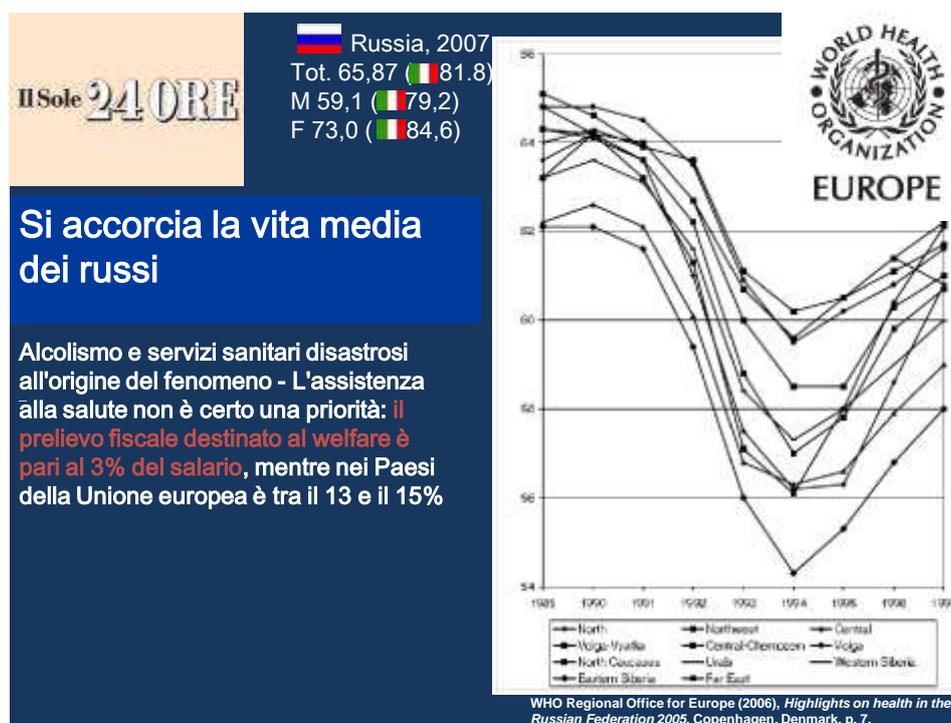
IL NURSING GERIATRICO

Manuela Rebellato

Responsabile counselling ospedalizzazione a domicilio, post-acuzie e continuità assistenziale

AOU Città della salute e della scienza -

Che significato ha il nursing geriatrico? Mi piace pensare che il nucleo dell'attività dell'infermiere geriatrico stia anche nel riconoscimento precoce di percorsi di vulnerabilità sia fisica che funzionale che psicologica e sociale. Sappiamo che la malattia può potenziare il rischio di vulnerabilità sociale per le ricadute sull'economia familiare e sul lavoro e la vulnerabilità sociale può favorire nuove malattie tramite l'esposizione a povertà materiale. Questa diapositiva, tratta da "Il sole24ore" si riferisce a dati del 2007 e denuncia che si accorcia l'aspettativa di vita media dei cittadini russi. Ciò a causa di un fenomeno sociale molto grave come l'alcolismo ma soprattutto per i servizi sanitari disastrosi, infatti l'assistenza alla salute non è considerata una priorità. E possiamo vedere quanto viene attribuito in termini di risorse per l'assistenza in Russia.



In Italia, dati 2010, l'Istat ci dice che un quarto degli italiani è a rischio povertà e ad essere investiti da una vulnerabilità crescente, insieme ai giovani e alle donne, sono proprio gli anziani. Povertà e deprivazione riguardano spesso le famiglie di ultra sessantacinquenni. Inoltre molti anziani, con gravi limitazioni, non sono aiutati né dalle reti informali né dai servizi a pagamento né dalle strutture pubbliche. La carenza di queste ultime produce così non solo un costo aggiuntivo per le famiglie, ma rischia di mettere in concorrenza la cura dei bambini con l'assistenza degli anziani i cui bisogni crescono con l'allungarsi della vita.

Il Piemonte è una delle regioni italiane più longeve. Gli ultra sessantacinquenni sono circa il 23% della popolazione e complessivamente sono circa un milione. È interessante e utile analizzare il rapporto tra terza e quarta età mettendo in relazione la popolazione ultra settantacinquenne con bisogni di cura più elevati con la meno anziana quindi quella fascia che va dai 60 ai 74 anni.

Per ogni 100 "giovani vecchi", quelli dai 60 ai 74 anni, ci sono in media 92 "grandi vecchi". I due gruppi di popolazione tendono ad avere la stessa consistenza evidenziando un carico di responsabilità di cura sugli anziani più giovani molto rilevante. Non dobbiamo dimenticare che i caregivers di oggi saranno i vecchi di domani, come noi saremo i vecchi di domani e che quindi il ruolo del nursing è anche quello di prevenzione e tutela.

Ora è noto a tutti, che la popolazione anziana rappresenta il maggior fruitore dei servizi per acuti. Quindi se il ricovero in ospedale è un evento sempre più frequente all'aumentare dell'età, l'ospedalizzazione rappresenta però per molti anziani, soprattutto per gli anziani più fragili, uno straordinario fattore di rischio di declino funzionale cognitivo e in ultima analisi anche di istituzionalizzazione e morte.

A tal proposito mi vengono in mente quelli che sono stati gli insegnamenti dei padri della geriatria italiana, il professor Fabris che paragonava il grande vecchio ad un prezioso vaso di cristallo in grado di rimanere integro per molto tempo, ma capace di rompersi al minimo urto sia fisico che psicologico. Inoltre il significato di urgenza, di emergenza in geriatria : col vecchio c'è fretta(a me piace chiamarlo vecchio perché trovo che ci sia molto rispetto in questo sostantivo).

C'è fretta, c'è premura non c'è tempo, bisogna intervenire tempestivamente. Bisogna cercare di risolvere la fase acuta il più velocemente possibile, riattivazione e riabilitazione come approccio di cura. Il professor Antonini parlava di quasi un accanimento nell'affrettarsi, là dove è possibile, a rimandarlo nella propria casa.

Sappiamo che uno dei momenti più delicati nel percorso di cura di un anziano ricoverato in ospedale è il momento delle dimissioni. Quando pur non essendo necessaria la permanenza in ospedale, la persona necessita ancora di assistenza extraospedaliera. Specie in presenza di non autosufficienza. Ecco quindi che la lungodegenza ospedaliera e le dimissioni protette ospedaliere si rivolgono principalmente a persone con patologie ad equilibrio instabile o con disabilità croniche non stabilizzate, oppure anche in una fase molto avanzata della vita che chiamiamo fase terminale.

Queste persone necessitano di assistenza clinica e di sorveglianza infermieristica continuativa nelle 24 ore, pur con intensità assistenziale inferiore a quella dei reparti per acuti. In generale, ci sono due categorie, due tipologie di persone seguite: pazienti in fase post-acuzie non stabilizzati e pazienti stabilizzati.

I pazienti stabilizzati sono generalmente affetti da un quadro di polipatologia cronica in condizione di buon compenso clinico che richiedono assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo, con l'obiettivo prioritario di cercare di mantenere i livelli residui di autosufficienza.

I pazienti invece in fase post acuzie e non stabilizzati sono coloro che a seguito della fase acuta di malattia presentano la compromissione di una o più funzioni così da caratterizzarsi per una ridotta autosufficienza dal punto di vista psicofisico.

La metodologia utilizzata è quella del "*comprehensive geriatric assessment*" che prevede una valutazione multidisciplinare in cui sono messi in evidenza, descritti e possibilmente affrontati i molteplici problemi delle persone anziane. Vengono catalogati i punti di forza, le risorse ancora attive. Viene definita la necessità di servizio e sviluppato un piano di assistenza coordinato focalizzando gli interventi sui problemi emersi.

È ampiamente dimostrato che questa modalità riduce la mortalità, previene lo sviluppo di disabilità, e riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale, riduce i costi economici e sociali, migliora le condizioni psicofisiche e pertanto aumenta il grado di soddisfazione e la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari. Sappiamo che la medicina non è una scienza esatta e che la geriatria non è la scienza dell'ottimo ma del possibile.

Ecco quindi che per le persone anziane, particolarmente vulnerabili l'assistenza ancor più che il trattamento rappresenta l'espressione della cura che più influenza sia la soddisfazione degli stessi che i risultati di salute.

Assistenza intesa non solo come tecnica ma anche come rapporto relazionale educativo tra operatori sanitari, pazienti e familiari nel perseguimento dell'obiettivo di salute comune condiviso. Per assistenza, non intendo solamente quella infermieristica bensì dell'equipe geriatrica (medici, infermieri, fisioterapisti, oss, ecc). E comunque laddove non è possibile curare è indispensabile e doveroso prendersi cura, laddove non è possibile guarire è doveroso far sentire meglio.

Il nursing geriatrico prevede competenze infermieristiche avanzate e specifiche finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza all'anziano nei differenti contesti di cura e nelle differenti tipologie di intervento: la prevenzione, la promozione della salute, l'educazione terapeutica.

La metodologia assistenziale della medicina geriatrica si avvale della valutazione multidimensionale, dell'adozione di modelli organizzativo-assistenziali orientati alle cure personalizzate, e qui mi viene in mente il primary nursing, il lavoro d'equipe, la condivisione da

Convegno " LA SALUTE E' UN DIRITTO PER TUTTI. LE CURE SOCIO-SANITARIE PER GLI ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E LE PERSONE CON DEMENZA SENILE " -

VENERDI' 27 giugno 2014 - TORINO (Corso Bramante, 88) - Sala A.M. Dogliotti "Molinette incontra" (g.c.)

parte del team degli obiettivi di salute di continuità delle cure. Da soli non si va da nessuna parte. Si parla da 30 anni di equipe geriatrica, c'è bisogno proprio di tutta una squadra.

Sappiamo che bisogni assistenziali e diritti spesso coincidono; e fare attività infermieristica abilitante significa rispettare i diritti e non sostituirsi. Ogni qual volta ci sostituiamo all'abilità di una persona non rispettiamo il suo diritto ad esprimersi, ne limitiamo la libertà.

Lo stesso accade quando evitiamo di utilizzare i famigliari come risorsa affettiva e relazionale nel processo assistenziale. Sto pensando a quanti reparti per anziani abbiano ancora l'orario di visita. Sappiamo che più si diventa vecchi vulnerabili, più c'è bisogno di avere accanto, laddove ci sono, le proprie figure di riferimento; questo offre inoltre, al team di cura, l'opportunità di insegnare loro ciò che è utile conoscere per favorire il rientro al domicilio.

La valutazione, la comunicazione, la pianificazione della dimissione costituiscono i tre elementi fondamentali della dimissione protetta. Le finalità sono garantire la continuità assistenziale, integrare la rete di servizi socio-sanitari territoriali ridurre la durata di degenza ospedaliera accelerando il turnover dei pazienti, eliminare le dimissioni selvagge, ridurre le riammissioni ospedaliere improprie.

Ho portato dei dati , lavoro in 5 setting di cura e questi sono della lungodegenza ospedaliera e delle dimissioni protette e cure intermedie. Nel 2013, a fronte di 821 persone seguite la degenza media è stata di circa 23 giorni.

LA SALUTE È UN DIRITTO PER TUTTI.
LE CURE SOCIO-SANITARIE PER GLI ANZIANI MALATI
NON AUTOSUFFICIENTI E LE PERSONE CON DEMENZA SENILE

Reparti di Lungo Degenza Ospedaliera,
Dimissioni Protette-Cure Intermedie
Presidio Molinette

POSTI LETTO: 1° Piano 24
POSTI LETTO: 2° Piano 34
RICOVERI anno 2013: 821
DEGENZA MEDIA: 23.3 giorni

Convegno " LA SALUTE E' UN DIRITTO PER TUTTI. LE CURE SOCIO-SANITARIE PER GLI ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E LE PERSONE CON DEMENZA SENILE " -

VENERDI' 27 giugno 2014 - TORINO (Corso Bramante, 88) - Sala A.M. Dogliotti "Molinette incontra" (g.c.)

Circa il 90% dei pazienti proveniva dalle medicine dell'ospedale Molinette. Una parte consistente (diapositiva successiva) è potuta rientrare al domicilio, come potete vedere, ancora troppi sono stati trasferiti in casa di cura ("villa"), in Rsa. Abbiamo avuto un'alta mortalità, circa il 41% delle persone in attesa del trasferimento in hospice. Un dato interessante è che l'11,3% delle persone con un percorso previsto in casa di cura o Rsa, grazie al lavoro di tutta l'equipe è rientrato a casa.

