

Convegno

Venerdì 23 ottobre 2015, c/o Molinette Torino

"ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E/O CON DEMENZA Il diritto alle cure e la riorganizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie intra ed extra ospedaliere"

Barbara Chiapusso, Vicepresidente Collegio IPASVI Torino

LO SVILUPPO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI IN CONTINUITÀ TERAPEUTICA CON GLI OSPEDALI: RUOLO DEI NOCC-NDCC, CURE DOMICILIARI, CENTRI DIURNI, RICOVERI IN RSA

Note di lavoro

1° Lo sviluppo dei servizi comporta: l'inversione di approccio al problema: passare da una logica di servizio condizionata dall'offerta a una logica condizionata dalla domanda .

Ne consegue che:

- in prima istanza è necessaria una valutazione completa, precoce ed omogenea, dei bisogni del paziente ai fini del percorso di cura extra-ospedaliero ma oggi, pur in presenza di un ricco utilizzo di strumenti atti a una valutazione della persona, i risultati dell'uso degli stessi sembra più condizionato da una cultura burocratica amministrativa piuttosto che da una scelta di obiettivi, compartecipati con la persona e con la famiglia, da perseguire a sostegno di una buona qualità di vita. Esempio: in diverse realtà ormai è consolidata la valutazione del paziente all'ingresso rispetto alle criticità prevedibili per la dimissione. I dati che sono ricavati molte volte non sono discussi né con il paziente né con la sua famiglia e sono lasciati a "sedimentare" sino al termine del percorso ospedaliero con conseguenze non poco rilevanti sul piano dell'organizzazione della continuità assistenziale questa criticità può essere ricondotta a comportamenti aziendali non conformi a quanto prevede la normativa: per esempio sono stati assegnati colleghi ai NOC che si occupano di altri servizi e quindi svolgendo questa attività a latere...di sicuro non riescono ad andare a vedere i pazienti nei reparti, a parlare con i familiari...e spesso le segnalazioni viaggiano solo con la carta...

- per comprendere la domanda è necessario che sia sviluppata una presa in carico che non può essere solo "del servizio" ma deve essere del professionista di quel servizio. Una presa in carico clinico assistenziale e, a latere, una presa in carico gestionale .

Esempi di presa a carico gestionale:

Collegamento tra NOC e NDC - dal punto di vista generale se da una parte è importante e strategico avere un punto di snodo dove arrivano tutte le richieste di continuità assistenziale, dall'altra abbiamo notato che un' interfaccia intermedia ha rallentato i tempi di presa in carico. Inoltre come per i NOC il personale dedicato dovrebbe essere un po' portavoce dei servizi territoriali , ergo dovrebbe avere la conoscenza dei suddetti servizi e questa è un'altra importante criticità.

Esempi di presa a carico assistenziale: Come è possibile una presa in carico della persona quando gli interlocutori sono molteplici e variano rapidamente?

2° Chi è il professionista che meglio può prendersi in carico la persona?

Anche in questo caso dobbiamo passare da una logica "categoriale" di offerta a una logica di funzionalità per i risultati che si intendono perseguire: allora seconda la valutazione iniziale potrà essere l'infermiere, il fisioterapista, il medico, l'assistente sociale che con il contributo delle altre professioni sarà quello che coordina, sostiene, facilita, fa sintesi , prefigura ...

3° Quale presa in carico?

Una presa in carico tempestiva che, qualora attivata, dovrebbe scardinare un'altra logica ancora troppo presente che è la logica di un servizio d'intervento pre figurato: se la prima presa in carico è nelle acuzie e si sviluppa poi "nella cronicità" domiciliare non è detto che si esaurisca con la stessa. Ne sono a testimonianza il numero ancora elevato di re- ricoveri in DEA.

- E' necessario quindi preordinare affinché la presa in carico permetta anche uno sviluppo dell'accompagnamento della persona e del suo nucleo, in ragione della complessità e delle fragilità che la stessa può presentare nel tempo;
- Si deve quindi ipotizzare una valutazione sistematica nel tempo della persona/nucleo familiare assistito per individuare criticità possibili rispetto all'aderenza terapeutica , alla capacità di autocura, al suo livello di empowerment;
- Allora la presa in carico di una persona e di una famiglia sarà effettuata in diverse fasi: acuzie e cronicità, ma anche monitoraggio a distanza;
- Un'attenzione alla presa in carico che, pur in presenza di una letteratura che ne sostiene la validità scientifica e l'appropriatezza economica , non sia un'ulteriore presa in carico per problemi di salute bensì una presa in carico per persone con problemi di salute. La popolazione anziana presenta una comorbidità che non può essere inserita esclusivamente in un percorso: esempio nel percorso dello scompenso, dell'insufficienza respiratoria ecc. . Si propone quindi che sullo sfondo questi percorsi traccino specifiche vie ma che tale vie si riconducano a una sintesi per una presa in carico di quella persona e di quel nucleo con i suoi problemi e con le sue risorse;

- un'attenzione particolare va posta al collegamento tra realtà ospedaliera in urgenza e RSA: nella realtà di fronte a un'urgenza o a situazioni "problematiche" in particolari fasce della giornata l'anziano viene dirottato dal medico di medicina generale al DEA; il DEA nella maggior parte dei casi rinvia l'anziano in struttura. Questa situazione oltre a trattare l'anziano "come un pacchetto" non porta a qualsivoglia beneficio e aggrava solamente il carico assistenziale e organizzativo dei servizi. Sarebbe utile ipotizzare una collaborazione strutturata tra sistema dell'emergenza e delle varie realtà residenziali per, da una parte aumentare l'efficacia nel trattamento del problema di salute nel rispetto della dignità e sicurezza della persona e, dall'altra, non influire negativamente sia sull'organizzazione sia sui costi del sistema

3° Con quali strumenti?

effettuare un approccio educativo per sviluppare l'autonomia delle persone:

- a) Interventi educativi formalizzati e progettati per migliorare non solo le conoscenze ma anche modificare i comportamenti per sviluppare la capacità di autocura delle persone sia rispetto a sé sia rispetto a congiunti dei quali si prendono carico;
- b) sostenere una continuità assistenziale che garantisca la serenità, eviti sovraccarico, aumenti l'aderenza terapeutica, la motivazione e l'empowerment.

E' inoltre indispensabile evidenziare precocemente l' eventuale assenza di un caregiver o la presenza di condizioni ambientali minime che compromettendo la presa in carico e il mantenimento a domicilio della persona richiedono ulteriori sviluppi nelle relazioni con i servizi sociali, di volontariato ecc.

E' evidente come l'infermiere, che ha la responsabilità di sostenere la persona in questo processo, deve posizionarsi con modalità diversificate in ragione delle diverse condizioni vissute dal soggetto. Il cambiamento, autogestito e supportato, è l'unica strada per lo sviluppo dell'empowerment personale

E' però necessario che siano ben definite, con rigore e flessibilità, le condizioni pena il rischio di ipotizzare attribuzioni a soggetti al di là delle loro reali possibilità e al di là del diritto di ricevere un supporto professionale.

La Commissione delle Comunità Europee nel documento "Health Strategy Staff Working Document"¹ afferma. "Le persone devono iniziare a prendersi cura attivamente della loro salute; pertanto la partecipazione e il coinvolgimento di cittadini e pazienti devono essere visti come valori chiave in tutte le attività legate alla sanità nella Comunità Europea".

¹ in accompagnamento al white paper "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013", ottobre 23, 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_working_document_en.pdf

Un valore chiave che veda quindi il cittadino come soggetto protagonista e la collaborazione degli operatori della sanità tra loro e con il paziente, con il quale si stabilisce un rapporto di partenariato, la condizione indispensabile all'interno della quale si garantisce la possibilità della presa in carico. "Nulla che mi riguardi senza di me" è il motto del paziente che dobbiamo rispettare.

4° Con quali risorse?

Sicuramente una riflessione sull'assorbimento delle risorse umane per affrontare in questa logica le cure domiciliari è indispensabile. E' però anche indispensabile ri-ragionare sulle risorse ad oggi scarsamente utilizzate dei professionisti sanitari che potrebbero, e forse con maggior efficienza, essere loro stessi prescrittori di taluni presidi favorevoli la vita quotidiana delle persone assistite ed evitando taluni farraginosi percorsi burocratici che aumentano le difficoltà delle persone ed "elefantizzano" il sistema.

Parlando di risorse materiali:

L'essere prescrittori vuol dire assumersi in proprio la responsabilità evitando appesantimenti anche economici del sistema

Un esempio

piano terapeutico formulato in un ambulatorio infermieristico relativamente alla medicazione di un CVC, prescrizione fatta dall'infermiere e firmata da un medico

il piano terapeutico prevede tra le altre cose n° 20 pezzi di garza sterile in TNT 10x10 + medicazione in silicone film 5 pezzi

Il piano terapeutico viene:

1° portato dal paziente in farmacia

2° la farmacia fa richiesta all'ASL

3° l'ASL invia la fornitura mensile - il paziente riceve 700 compresse sterili, 40 pezzi medicazione in silicone

facendo solo un breve conto su quest'ultimo con questa fornitura questo paziente potrebbe cambiarsi la medicazione 1 volta al giorno (linee guida ogni 7 - 9 giorni)

Riconoscere e formalizzare responsabilità prescrittive in ragione della responsabilità rispetto all'uso potrebbe ridurre questo problema di attribuzioni non appropriate

E' inoltre da segnalare sul piano delle risorse materiali che ancora oggi alcune realtà ospedaliere non consegnano alla dimissione i farmaci ai pazienti con conseguenze non indifferenti rispetto alla continuità e alla sicurezza.

RSA

E' indispensabile che siano chiariti i sistemi di controllo attivati e attivabili per garantire:

- quegli aspetti di sicurezza, trasparenza ecc. per le strutture convenzionate (è possibile che siano trasparenti gare nelle quali vincono soggetti con offerte a prezzi inferiori al mercato?);

- quegli aspetti di coerenza tra quanto di possibile offerta della struttura con le condizioni presentate dalla persona ricoverata. Ogni quanto vengono rivalutate le condizioni clinico assistenziali? E' possibile che ci troviamo in presenza di un'assistenza definita per un certo livello di autonomia dipendenza e nella realtà persone che nel decennio hanno subito una trasformazione radicale nel campo assistenziale passando da un livello collaborativo a un livello di totale dipendenza.
- la valutazione degli standard qualitativi offerti: l'attuale situazione rende evidente che a fronte di una riduzione delle risorse possono essere non corrisposti taluni standard e inficiati taluni risultati
Inoltre possono essere utilizzate "scorciatoie procedurali" affidando attività a personale di diversa preparazione e, di conseguenza, né salvaguardando la sicurezza degli utenti né la sicurezza degli operatori