

Il paziente oncologico tra ospedale e domicilio

L'intervento infermieristico sul territorio



Dati Fondazione F.A.R.O. o.n.l.u.s.

- Nell'anno 2005 sono stati seguiti a domicilio 850 Pazienti
- P.S. =>40
- Età media 76 anni
- Giornate di assistenza 33067

Cure Palliative Domiciliari

- Parametri Regionali
- Consenso alle cure domiciliari
- Indicazioni al trattamento di tipo palliativo
- Complessità compatibile con ambiente dom.
- Disponibilità della famiglia a collaborare
- Ambiente abitativo idoneo

La casa

- La casa, per la realtà italiana, è il luogo privilegiato dove trascorrere gli ultimi giorni della propria esistenza
- Molti pazienti preferiscono il domicilio per:
 - Vicinanza dei familiari
 - Maggior comodità
 - Maggior possibilità di distrazione

Studi sul tema

Uno studio promosso dalla Fondazione Floriani evidenzia che il 64% di un campione significativo della società italiana dichiara di preferire il domicilio all'ospedale in caso di malattia terminale

Uno studio dell'Az. Ospedaliera Buozzi evidenzia una percentuale del 75%

Assistenza domiciliare

Aspetti organizzativi

- Scheda di prima accoglienza
- Valutazione telefonica dei coordinatori
- Prima visita
- Assegnazione del p.te al medico e all'infermiera
- Eventuale attivazione di FKT, psicologo, Volontario, Altri specialisti.
- Interdisciplinarietà

I momenti di incontro dell'equipe

- Settimanalmente l'equipe al completo si incontra per le consegne ai colleghi che effettueranno la guardia nel week-end. Si coglie l'occasione per condividere fatti significativi capitati nella settimana
- Ogni 3 settimane l'equipe infermieristica e l'equipe medica si ritrovano separatamente per discutere problematiche riguardanti le rispettive professioni, aggiornamenti, revisione protocolli ecc.
- Negli ultimi 5 mesi è stato effettuato un primo ciclo di incontri di supervisione per l'equipe medico-infermieristica. I partecipanti hanno riscontrato l'efficacia di questo lavoro, hanno individuato i temi sui quali confrontarsi e hanno espresso l'esigenza di continuare con un secondo ciclo di supervisione nei prossimi mesi.

Il ruolo dell'infermiere a domicilio

- Analisi dei bisogni
- Identificazione degli obiettivi
- Definizione di un programma condiviso dalla persona assistita e dalla famiglia
- Attuazione del programma, personalizzato e flessibile
- Educazione dei familiari (care giver) alla collaborazione “attiva”
- Sostegno ed accompagnamento alla famiglia attraverso la relazione di aiuto

L'infermiere in visita si occupa di

- Individuare e sorvegliare sintomi e segni
- Valutare le condizioni cliniche della persona assistita (trofismo cutaneo, integrità del cavo orale, stato nutrizionale, eliminazione)
- Analizzare i problemi ed applicare procedure assistenziali adeguate (gestione stomie, medicazione lesioni da pressione e/o lesioni neoplastiche)
- Somministrare le terapie e controllare gli interventi attuati dai familiari
- Gestire i dispositivi utilizzati per la somministrazione della terapia (cateteri venosi centrali e periferici, aghi sottocutanei, elastomeri, p.e.g., ecc.)
- Cogliere ed affrontare nuovi elementi clinici (controllo cute, prevenzione lesioni da pressione, controllo mucosa orale, monitoraggio del dolore e di altri sintomi disturbanti)
- Sistematicità nella raccolta dati. Sistema S.O.A.P.I

L'infermiere in visita si occupa di

- Valutazione delle modalità con cui la famiglia affronta le difficoltà, con rilevazione delle capacità della famiglia di analizzare i problemi e scegliere le soluzioni più adeguate per tutti
- Ricerca dei ruoli familiari e dei loro confini
- Coalizioni/alleanze
- Distanze con il mondo esterno
- Distanze intergenerazionali
- Grado di volontà della famiglia di farsi carico di attività assistenziali

Raccolta dati

- **E' utile per arrivare a conoscere questi dati utilizzare il metodo SOAPAPI. Questo sistema permette non solo di poter compilare la cartella in modo adeguato, ma aiuta anche in una sistematicità nella raccolta.**

L'alleanza terapeutica

- Il sistema familiare si allarga includendo la figura del medico e dell'operatore sanitario
- Sono in una relazione di interdipendenza la famiglia, il paziente, il medico e gli operatori sanitari

Valutazione del care giver

E' compito dell'operatore assicurare al paziente una presa in carico adeguata e sicura. Per questo l'equipe di Cure Palliative è posta di fronte all'arduo compito di ricercare all'interno del gruppo familiare una persona di riferimento

Valutazione del care giver

- Familiare adeguato all'apprendimento
- Collaborante
- Disponibile a collaborare con il piano di cura e ad imparare attività semplici infermieristiche

Care giver, parte attiva dell'equipe

- Il care giver addestrato dà beneficio al paziente che in questo modo può usufruire delle terapie al bisogno a qualunque ora del giorno e della notte.
- Può ridurre la preoccupazione o l'ansia del p.te sofferente in quanto avendo ricevuto precedenti indicazioni può agire in modo immediato per alleviare un sintomo, in attesa del passaggio a domicilio del medico o dell'infermiera, nel contempo allertati

Care giver, Parte Attiva dell'Equipe

- Uno studio del 2001 svolto all'interno della Faro ha evidenziato che nel 99% dei casi seguiti, il care giver ha accettato di essere addestrato a compiere piccoli atti di cura e a gestire in modo corretto i CVC.
- Un altro studio svolto all'interno della Fondazione ha evidenziato che le infezioni dei CVC a domicilio sono nulle.

L'intervento educativo destinato al care giver

- Attività relative alla cura del corpo della persona assistita (igiene e prevenzione delle lesioni da pressione)
- Alimentazione ed idratazione
- Mobilizzazione della persona assistita ed impiego di ausili ed apparecchiature
- Somministrazione della terapia ed addestramento all'individuazione degli effetti benefici e collaterali
- Utilizzo di sistemi impiantabili (cateteri venosi centrali e periferici, aghi sottocutanei, elastomeri, P.E.G., etc.)
- Segnalazione tempestiva di problemi/difficoltà

Progetto Protezione Famiglia Per Famiglie Fragili

- Famiglie che esprimono un disagio sociale
- Famiglie in cui sono presenti bambini o ragazzi
- Famiglie ristrette costituite da due soli individui con scarsi supporti sociali
- Famiglie in cui uno dei membri ha mostrato in passato o attualmente segnali di forte disagio psichico
- Famiglie in cui uno o più membri presenta dipendenza da alcool, da stupefacenti o altre sostanze

Il Progetto Protezione Famiglia offre

- Aiuto concreto al care giver con personale Adest – Oss
- Supporto psicologico
- Supporto al lutto prima della morte del paziente e dopo
- Aiuto nelle pratiche burocratiche
- A volte aiuto economico

Legame con gli Ospedali

- Molti pazienti vengono segnalati dagli ospedali, la prima visita avviene in ospedale. Le dimissioni e il piano terapeutico-assistenziale avvengono in un confronto tra personale ospedaliero e personale Faro
- Collaborazione con i laboratori analisi per i prelievi che periodicamente o in urgenza effettuiamo a domicilio
- Attraverso gli specialisti ospedalieri, prima delle dimissioni del paziente, si attivano le pratiche burocratiche per ottenere dalle Asl presidi importanti da utilizzare a domicilio: letti ortopedici articolati, materassi antidecuto, carrozzine, materiali per medicazioni ecc.
- Le assistenti sociali (dell' ospedale in collaborazione con quelle del territorio)

Legame con gli ospedali

- Convenzioni con specialisti ospedalieri, come il neurologo, il chirurgo, il dermatologo, l'ortopedico, l'urologo, che al bisogno visitano il p.te a domicilio
- Centri nutrizionali forniscono sacche per N.P.T.
- Centri trasfusionali forniscono sacche per trasfusioni a domicilio
- Centri di terapia antalgica fanno consulenza antalgica, posizionano presidi legati a terapia del dolore come cateteri peridurali o CVC. Confenzionano gli elastomeri antalgici che poi applichiamo a domicilio

Favoriamo la rete sociale

- Il vicinato
- I rapporti amicali
- I volontari
- Nel favorire la rete, il Progetto Protezione Famiglia, oltre alle attività già descritte, può offrire la consulenza di un legale e in collaborazione con fondazioni e associazioni, erogare contributi economici, in casi particolari.

Conclusione

- **La casa è preferita come luogo di cure. Principalmente per 2 ragioni:**
 - - **La prima è ovvia, il malato è a casa propria e questo gli conferisce un potere decisionale imparagonabile rispetto a quello che ha in ospedale. (Orari, ritmi di vita ecc.)**
 - - **La seconda ragione è che ha attorno i propri familiari.**
- **Il lavoro domiciliare implica che la professionalità e la tecnica siano giocati continuamente in un rapporto umano con il malato e con i familiari.**
- **Il metodo è quello della condivisione.**