

## **ESPERIENZE DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

**Giovanni Grassini<sup>1</sup>, Claudio Nuti<sup>1</sup>, Antonio Raeli<sup>2</sup>, Gian Mario Rescinito<sup>3</sup>**

*1 Medico Generale - Asti*

*2 Dirigente sanitario, coordinatore infermieri professionali - Asti*

*3 Diploma di Medico Generale Regione Piemonte, Medico della Continuità Assistenziale - Asti*

### **Abstract**

Con questo lavoro descrittivo riteniamo utile evidenziare l'importanza dell'esperienza ADI/ADP. Anche se inseriti in due realtà sociali differenti (cittadina/agricola), l'assistenza domiciliare ha permesso la restituzione all'ambiente familiare di questi due casi. Entrambi sono caratterizzati da un grave danno neurologico spinale che, in epoche precedenti, per la complessità delle patologie coinvolte, non avrebbero permesso una stabile dimissione ospedaliera e tanto meno il ritorno nell'ambiente domestico.

Il confronto dei due casi, fondamentalmente sovrapponibili per il tipo di patologia, evidenzia anche come, ove sia possibile l'accesso, l'ADI permetta al Medico Generale una disponibilità di mezzi e di consulenze nettamente maggiore rispetto all'ADP. Questa condizione viene ulteriormente accentuata quando il confronto avviene tra la realtà cittadina ed una realtà extraurbana (intesa come area lontana dai presidi sanitari specialistici).

Nel 1994, presso l'ASL 19 di Asti, sono cominciate le prime esperienze di Assistenza Domiciliare Integrata. Con questo nuovo strumento si voleva superare la carenza assistenziale successiva alla dimissione ospedaliera nel tentativo di dare una risposta concreta ai bisogni dei malati che, pur non necessitando più di un supporto ospedaliero totale, avevano bisogno ancora di una assistenza infermieristica ed organizzativa di qualità migliore (senza costringere le famiglie dei pazienti a gravosi oneri economici). Si tentava di mettere a disposizione del paziente un'alternativa valida e di qualità da sostituire al protrarsi del ricovero ospedaliero. Contemporaneamente si voleva valutare la possibilità di ridurre i giorni di degenza (e conseguentemente diminuire la spesa sanitaria globale liberando posti letto per altri ammalati). Fu istituito pertanto un gruppo di 6 infermieri professionali che in questi anni si sono distinti per la loro disponibilità e dedizione. Il loro compito è provvedere alla terapia (orale, parenterale), eseguire medicazioni, prelievi, cateterismi vescicali ed enteroclistmi, provvedere all'igiene ed alla sorveglianza della cannula tracheostomica, alla monitorizzazione del quadro generale del paziente, sovrintendere a particolari aspetti della terapia fisiatrica (ad es. mobilizzazione passiva e lettino di statica), curare l'igiene personale, fornire supporto psicologico sia al paziente che alla

famiglia, insegnare le manovre infermieristiche elementari a coloro che vivono con i pazienti.

Le condizioni di attivazione del servizio sono vincolate a: 1) disponibilità del Medico Generale ad accollarsi la gestione del malato (e conseguentemente essere disponibile allo aggiornamento professionale specifico verso i nuovi problemi che periodicamente si possono manifestare); 2) l'assenso e la conseguente valutazione delle "possibilità" della famiglia del paziente nei confronti di una tale esperienza.

Qualora vengano soddisfatte queste premesse è possibile mettere a disposizione al domicilio dell'ammalato una serie di servizi infermieristici e medici qualificati. Nell'ambito della città è inoltre possibile coinvolgere le Assistenti Domiciliari del Comune (in grado di collaborare con gli infermieri professionali nella gestione dell'igiene del malato).

### **Descrizione dei casi**

Caso 1 (ADI cittadino): Paziente maschio di 30 anni affetto da una grave forma di tetraplegia spastica da frattura/lussazione mielica C3-C4 a seguito di incidente stradale occorso nel 1992. Si tratta di un malato completamente dipendente, anche per le funzioni elementari, per l'igiene personale e l'alimentazione, incontinente per le urine e con problemi di canalizzazione; affetto da grave spasticità agli arti, specialmente quelli inferiori. Necessita di cannula tracheale per garantire la pervietà delle vie aeree e per l'aspirazione del muco bronchiale (presenta anche cedimento post traumatico della cupola emidiaframmatica dx con conseguente atelectasia polmonare omolaterale i valori dell'emogasanalisi evidenziano una PO<sub>2</sub> attorno a 70; durante gli ultimi episodi infettivi polmonari il valore è giunto sino a 51/53 con dispnea significativa e necessità di ricorrere ad ossigenoterapia).

Il paziente può compiere esclusivamente movimenti elementari con il braccio sx per attivare dei sensori che gli permettono di suonare un campanello oppure accendere e gestire il telecomando del televisore o dell'impianto radiostereofonico. Non ha mai voluto utilizzare PC.

Nei giorni successivi all'incidente è stato sottoposto ad intervento neurochirurgico di stabilizzazione della frattura vertebrale cervicale mediante placche metalliche. Dopo i primi sei mesi, trascorsi presso vari reparti di terapia intensiva per la stabilizzazione delle funzioni vitali (tracheostomia, vari arresti cardiaci, respirazione assistita, alimentazione parenterale e successiva digiunostomia per alimentazione enterale, numerose infezioni opportunistiche ricorrenti) è stato trasferito in reparti di degenza neurologica e fisiatrica per l'accentuarsi della sintomatologia spastica (soprattutto agli arti inferiori).

Nel 1994, dopo circa 2 anni di degenza, si è concretizzata la possibilità di "ricovero domiciliare" mediante ADI che si protrae ad oggi (per un totale approssimativo di 1380 giorni).

Il paziente ha fatto ritorno alla propria abitazione dall'ospedale in condizioni nettamente decadute, con numerosi decubiti sacrali ed agli arti inferiori, cateterizzato, in condizioni psicologiche negative

(atteggiamento aggressivo, spiccato quadro depressivo, scarsa collaborazione). Durante questo lungo periodo (del tutto inaspettato dal momento che le ipotesi iniziali prevedevano un inevitabile ricovero nell'eventualità attesa ragionevolmente di un aggravamento precoce delle condizioni generali) è sempre stato assistito a casa ad esclusione di:

- 1) N. 2 ricoveri per un totale di 96 giorni presso un centro specialistico fisiatrico (al fine di valutare la possibilità di un ipotetico recupero).
- 2) Ricovero in reparto ORL di 5 giorni per sostituzione di cannula tracheale (è stata tentata la sostituzione con una cannula di diametro ridotto minicannula; il tentativo non ha dato gli esiti sperati per cui si è ritornati alla cannula di diametro normale che permette una via più ampia per gli interventi di aspirazione del muco e crea meno problemi con il foro tracheostomico che, con il passare degli anni, tende a lasciarsi andare ed a diventare incontinente).
- 3) Ricovero di 11 giorni in reparto neurologico per valutazione specialistica prodotta dallo accentuarsi dello stato di spasticità agli arti inferiori.
- 4) Ricovero di 6 giorni presso la divisione chirurgica del nostro O.C. per subocclusione intestinale.

L'insieme di questi periodi produce una degenza complessiva di 118 giorni di ricovero contro 1140 giorni circa di ADI.

Attualmente il paziente è in discrete condizioni generali (compatibilmente alle patologie da cui è affetto), è ingrassato (un aspetto negativo è l'assoluta impossibilità di fare rispettare alcuna forma di dieta all'interno dell'ambiente familiare!). Pur mantenendo i caratteri psicologici di fondo il quadro è andato progressivamente migliorando (si è verificata una progressiva accettazione al trauma subito, v'è migliore partecipazione e collaborazione, mostra di gradire la struttura domestica e le varie figure professionali che lo circondano). Il paziente viene seguito giornalmente da assistenti infermieristiche e dispone di assistenza domiciliare da parte di personale comunale (che provvede alla pulizia ed alla ginnastica passiva sotto il controllo degli infermieri professionali e dopo avere ricevuto una adeguata formazione dai fisiatrici).

Durante questo lungo periodo di ADI l'accesso dei professionisti è stato così ripartito: ha ricevuto:

Inizio ADI: 14.07.1994

End Point: 31.12.1997

Infermieri professionali: 805

Medici Generali: 379

Specialisti: 13

Prelievi: 23\*\*

Assistenti Domiciliari: 945

\*\* a questo dato ufficiale bisogna poi aggiungere un numero approssimativamente uguale di esami eseguiti con carattere di urgenza al di fuori dei normali canali e riferibili ad esami culturali con ABG dell'espettorato bronchiale e/o delle urine.

Caso 2 (ADP extracittadino): Paziente maschio di 56 anni affetto da tetraparesi spastica in esiti di trauma spinale con frattura mielica C4\C5 avvenuto nel 1990 per caduta da fienile. Il paziente è stato ricoverato in vari reparti di rianimazione e di riabilitazione fino al 1992 quando viene dimesso e viene seguito domiciliariamente con l'ausilio della fisioterapia del CRF di Torino e con la fornitura dei presidi quali il lettino ospedaliero, il materasso antidecubito e il materiale di medicazione. Dal momento che il paziente è stato immesso in assistenza domiciliare molto prima dell'inizio della possibilità di inserimento in ADI sul territorio extracittadino, in considerazione dell'estrema disponibilità dei familiari ad assistere il paziente per quanto riguarda le procedure infermieristiche, è stato inserito in ADP con la collaborazione del CRF di Torino (a cui viene inviato in consulenza una volta ogni 6 mesi per il controllo specialistico e per la fornitura di presidi).

Il paziente non è cateterizzato ma si ovvia all'incontinenza con un catetere esterno che impedisce il ristagno di urina nel pannolone; sono effettuate medicazioni giornaliere delle ulcere trofiche presacrali che vengono tenute sotto controllo anche se non è possibile giungere alla guarigione completa.

Vengono effettuate sedute giornaliere di ginnastica passiva da parte del familiare addestrato che hanno ridotto la spasticità degli arti superiori.

Ogni 3 mesi si esegue routinariamente un esame delle urine con urinocultura. Questi controlli evidenziano spesso batteriuria a volte asintomatica (si segnala però l'insorgenza di cistite con macroematuria almeno una volta all'anno).

Il paziente potrebbe essere inserito in ADI ma, data l'eccezionale disponibilità della famiglia, per ora si ritiene opportuno mantenerlo in ADP, avendo in questo modo l'ottimizzazione delle risorse disponibili per il singolo caso.

## **Considerazioni**

Sulla base delle nostre esperienze congiunte riteniamo pertanto utile focalizzare i seguenti aspetti:

1. I ADI/ADP rappresentano modelli di esperienze per sviluppare nuove forme di assistenza sul territorio privilegiando il ruolo positivo della famiglia ogni qual volta sia possibile abbreviare od evitare un ricovero ospedaliero.
2. Rispetto alle risorse messe a disposizione l ADI è un modello di assistenza nettamente più ricco dell ADP anche se più impegnativo dal punto di vista dell impegno professionale.
3. È importante evidenziare il minor costo a carico del Sistema Sanitario Nazionale rispetto ad un pari ricovero in struttura ospedaliera. Riteniamo innegabile che, pur senza scendere in meri calcoli economici, un simile intervento (ADI/ADP), in relazione alla gestione di pazienti di tale complessità terapeutica, ha permesso di oltrepassare le mura dell ospedale. Ciò ha sicuramente ridotto il rischio di infezioni (ospedaliere) così frequente nelle forme opportuniste che riducono le prospettive di vita di questi malati.
4. Rappresenta anche un ulteriore stimolo di miglioramento e qualifica professionale per il Medico Generale che riceve finalmente la possibilità di curare in prima persona patologie che sino a poco tempo fa, per ovvi motivi organizzativi e di gestione del paziente, erano di esclusiva pertinenza ospedaliera. In questa ottica è fondamentale sottolineare l importanza della formazione professionale mirata e per obiettivi. Si deve inoltre insistere sempre di più sulla disponibilità di accessi riservati alla diagnostica specialistica e strumentale (devono essere obbligatoriamente separati dalla normale utenza esterna e vincolati alle richieste del Medico Generale che diventa il "vero medico" del suo paziente).
5. Diventa necessario, naturalmente nei limiti delle singole possibilità personali, per il Medico Generale offrire una maggiore disponibilità professionale. Deve instaurare un rapporto di fattiva collaborazione con il/gli sostituto/i che lo avvicineranno nei periodi di assenza. È fondamentale, in un prossimo futuro, instaurare un rapporto positivo e costruttivo con i colleghi della continuità assistenziale.
6. Il paziente in ADI può inoltre accedere alla farmacia ospedaliera con evidenti risparmi da parte della famiglia (non vengono applicati tickets), della ASL che li fornisce direttamente attraverso la sua farmacia interna e del Medico Generale che può disporre con maggiore facilità di farmaci classificati come ospedalieri (fascia H).
7. L analisi di questi pochi dati permette di evidenziare come, in presenza di un gruppo di operatori competente e motivato, aperto all apprendimento ed all autocritica verso esperienze professionali "nuove", supportato da una idonea struttura tecnica, meglio se adeguatamente remunerato, sia possibile progressivamente rendere sempre meno necessario il supporto degli specialisti (si può passare dalla "dipendenza" alla "collaborazione professionale"), ridurre il numero dei ricoveri a scopo terapeutico. Indirettamente è anche possibile ridurre il rischio di esposizione ad infezioni nosocomiali veramente temibili in pazienti così defedati.
8. Questa esperienza ha permesso di dimostrare che, anche nella realtà extracittadina, è possibile trattare domiciliarmente malati di particolare impegno professionale. Con lo sviluppo e lo affinamento

delle metodiche attuative questo servizio permetterà in un prossimo futuro (ai pazienti in possesso di una famiglia disponibile e di un Medico Generale motivato), di ricevere cure appropriate al proprio domicilio con evidenti vantaggi psicologici, medici (minor rischio di infezioni ospedaliere, minori rischi professionali, maggiore supporto tecnico organizzativo), sociali ed economici per la collettività.

9. V è senza dubbio un miglior consenso da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Un questionario distribuito a livello regionale sul gradimento del Servizio ADI ha evidenziato lati positivi e negativi. Tra i primi si deve sottolineare il ruolo svolto dal precoce reinserimento del paziente nel suo ambito familiare ed al supporto fornito alle famiglie. Tra i lati negativi è stata invece evidenziata la carenza assistenziale notturna, festiva e prefestiva (nella nostra ASL questo problema però sorge unicamente al momento di attivare il Servizio; è attiva infatti una guardia infermieristica festiva e prefestiva; per ora non c'è copertura delle ore notturne) e nella carenza per l'accesso degli specialisti (sino ad ora non è stato ancora regolamentato e rimane vincolato alla disponibilità dei singoli colleghi).

## **Attività editoriale SIMG**

### **"Problemi medico-legali in Medicina Generale"**

Recentemente è uscito per i caratteri della casa editrice "Mediserve" il libro dal titolo Problemi medico-legali in Medicina Generale.

Questo libro scritto in collaborazione tra la SIMG e i medici legali della Università di Brescia cerca di mettere in linea in maniera precisa e rapida i problemi più frequenti della Medicina Generale in relazione alla pratica quotidiana. Gli autori sono Aldo Pagni, Presidente della FNOMCeO e Mattia Cioffi, Medico Generale di Terni per la SIMG e il Prof. Francesco De Ferrari con i suoi collaboratori Maria Grazia Birbes, Paolo Pelizzo e Mario Restori per l'Istituto di Medicina legale dell'Università di Brescia.

Dalla introduzione del Dott. Pagni leggiamo: "Lo scopo di questo libro era quello di enucleare dalla Medicina Legale quei richiami di natura medico-legale e deontologica utili per l'esercizio della professione del Medico Generale.

Alcuni richiami sono relativi al "sapere" altri al "saper fare" ed altri ancora al "saper essere".

Ogni giorno infatti il Medico Generale è chiamato a prestazioni di natura medico legale (certificati, denunce, referti, ecc.) o compie atti che hanno o possono avere implicazioni medico legali (prescrizioni di farmaci, prelievi di sangue, redazione di cartelle cliniche, piccoli interventi chirurgici, vaccinazioni, assistenza al morente, ecc.).

Certamente un Medico Generale compie un reato più facilmente per un certificato compiacente, o per le

reazioni avverse impreviste di una terapia, mentre un chirurgo per un intervento con esito infausto, un anestesista per una narcosi senza risveglio, un ortopedico per una frattura malridotta, e un ostetrico per aver provocato lesioni al nascituro. Ma l'imperizia, l'imprudenza e la negligenza sono in agguato per tutti.

È facilmente constatabile come siano sempre più frequenti le denunce per malpractice medica presso i tribunali, e le richieste di indennizzo in conseguenza di danni veri o presunti da parte dei cittadini.

Il Medico non ha il "diritto di curare" ma solo la "potestà" e la "facoltà" di curare su richiesta del paziente, all'infuori dei casi di emergenza, e che il consenso del paziente alle cure è un presupposto necessario per l'intervento del Medico. Nel nostro ordinamento giuridico manca una definizione dell'atto medico tale che ne indichi i confini di liceità penale che eviterebbe l'attuale disorientamento del medico e le difformità di valutazioni del giudice in caso di contestazione.

Questo volume coniuga la dottrina con la pratica, la Medicina Legale con i "bisogni" professionali del Medico Generale legato al suo paziente da una alleanza consolidata nel tempo, ma con qualche scricchiolo al momento attuale".

Il volume ha degli obiettivi ambiziosi, ne citiamo alcuni: conoscere le condizioni per l'esercizio della professione medica, i divieti imposti dalla legge, le norme deontologiche, i propri doveri verso la pubblica amministrazione, le norme che regolano il consenso, la responsabilità civile, penale e amministrativa derivante dalla propria attività, sapere le regole della prescrizione dei farmaci secondo le norme di prescrivibilità, le norme previste in caso di cartella informatizzata e di collegamento ad una rete informatica, gli obblighi derivanti dalla legge della privacy, le norme relative alla certificazione, essere in grado di riconoscere il diritto dovere della prescrizione con i propri limiti di legge e di scienza e coscienza.

Questi ed altri obiettivi sono stati raggiunti in modo egregio e l'augurio per gli autori e il consiglio per i colleghi è che il Medico Generale tenga questo testo sulla scrivania per consultarlo in caso di necessità.

Questo testo scritto in collaborazione con la Medicina Generale, per la Medicina Generale nel suo quotidiano divenire valuta a tutto tondo le attività del Medico Generale con i rischi connessi e le attività da svolgere. L'attenzione nel quotidiano diventa difficile visto il numero e spesso il rapido susseguirsi di leggi e norme. Il carico burocratico che deriva da questo distoglie dalla pratica clinica reale ma in una visione della sanità con il Medico Generale al centro del SSN l'osservanza e il rispetto della normativa è una garanzia per il paziente e per la comunità.

In un'epoca in cui si è straparlato della libertà di prescrivere secondo scienza e coscienza vale la pena di ricordare che il Medico Generale deve operare in modo da permettere ad ogni suo assistito di raggiungere e/o mantenere il maggior livello possibile di salute (intesa come benessere fisico, psichico e sociale), operando al contempo per il miglioramento della salute globale della popolazione,

ottimizzando l'utilizzo delle risorse (umane, tecnologiche, finanziarie) disponibili, nel rispetto delle norme vigenti.

Questa visione meno personalistica della Medicina Generale comporta una completa revisione della mentalità e l'acquisizione di competenze specifiche che attualmente la formazione di base non dà.

I principali argomenti trattati sono la certificazione, le principali norme amministrative riguardanti la prescrizione: osservazione delle cosiddette norme CUF, della prescrivibilità secondo quanto indicato nella scheda tecnica del farmaco. Si analizzano le norme relative alla prescrivibilità dei farmaci e degli accertamenti relativi ai pazienti esenti ticket per patologie specifiche e la relativa pluriprescrizione. Si affronta anche l'obbligo, di recente introduzione, di raccogliere dal paziente il consenso al trattamento dei dati riguardanti la salute come previsto dalla legge 675/96 e gli obblighi relativi alla notifica malattia infettiva e del referto.

La conclusione del primo capitolo riporta questa frase molto significativa: "Un noto spot recitava "più lo conosci più lo eviti", potrebbe essere usato anche per la medicina legale in quanto la conoscenza delle norme evita la possibilità di incorrere in sanzioni".

**Francesco De Ferrari, Aldo Pagni,**

**Mattia Cioffi, Maria Grazia Birbes,**

**Paolo Pelizzo e Mario Restori**

**A.D.I. Lombardia**

**in collaborazione con**

**SCUOLA LOMBARDA DI MEDICINA GENERALE**

**Organizza due Corsi sulla**

**"DIETETICA PER VOLUMI"**

La Dietetica per Volumi è una tecnica di approccio innovativo alla consultazione dietetica ed alla relazione con il paziente; è in grado di semplificare, pur rispettandone gli aspetti di contenuto, una buona parte dei passaggi tecnici degli approcci tradizionali e di ridurre sia i tempi di gestione della

prima presa in carico del paziente come delle consultazioni successive. È anche un sistema interessante per gli interventi educazionali e per le ricerche sui consumi di popolazione.

La prima edizione si terrà in Lombardia:

il 14 - 15 Maggio per Laureati non Medici e Dietisti

il 24 - 25 Settembre per Laureati in Medicina e Chirurgia

La seconda edizione dello stesso corso si terrà a Terni, in parallelo al XIV Convegno sull'Obesità dal 21 al 23 Ottobre.

Le date dei Corsi, che si riferiscono al Venerdì e al Sabato dei 2 weekend di primavera, possono essere, qualora la maggior parte dei corsisti lo richiedesse, organizzate per il Sabato e Domenica, rispettivamente 15 - 16 Maggio ed il 25 - 26 Settembre.

Direttore del Corso: Oliviero Sculati

Team Docenti: A. Bagnara, C. Baldo, L. Bolesina, A. Borri, E. Donghi, M. Formigatti, A. Frassinetti, A. Moneta, A. Morelli, D. Ponti, A. Sabbatini e O. Sculati.

Il Corso è a numero chiuso e utilizza tecniche di formazione per piccoli e grandi gruppi.

La restituzione del coupon non implica l'iscrizione ma costituisce diritto di priorità nell'accettazione delle domande. La segreteria contatterà i singoli direttamente per la sede definitiva e le modalità d'iscrizione.

### **COUPON DI SEGNALAZIONE DI INTERESSE AI CORSI DA INVIARE A:**

Sculati, Unità di Nutrizione e Dietologia, ASL di Brescia c/o Ospedale di Palazzolo s/O (BS) - 25036 Palazzolo s/O (BS) o via fax allo (030) 74.08.379

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

SONO INTERESSATA/O AL CORSO "DIETETICA PER VOLUMI", DATE PREFERIBILI:

APRILE	16 - 17	17 - 18
MAGGIO	14 - 15	24 - 25
	15 - 16	25 - 26



[top](#)