

Trieste 1 giugno 2012 Contro la contenzione garantire sempre l'articolo 13 della Costituzione si può e si deve!

IL RUOLO DEL COUNSELLING PER PREVENIRE LE CATTIVE PRATICHE

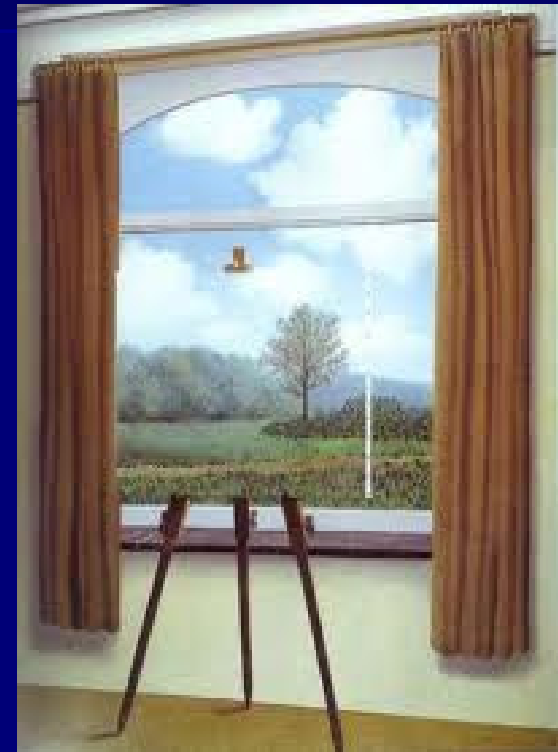


Manuela Rebellato

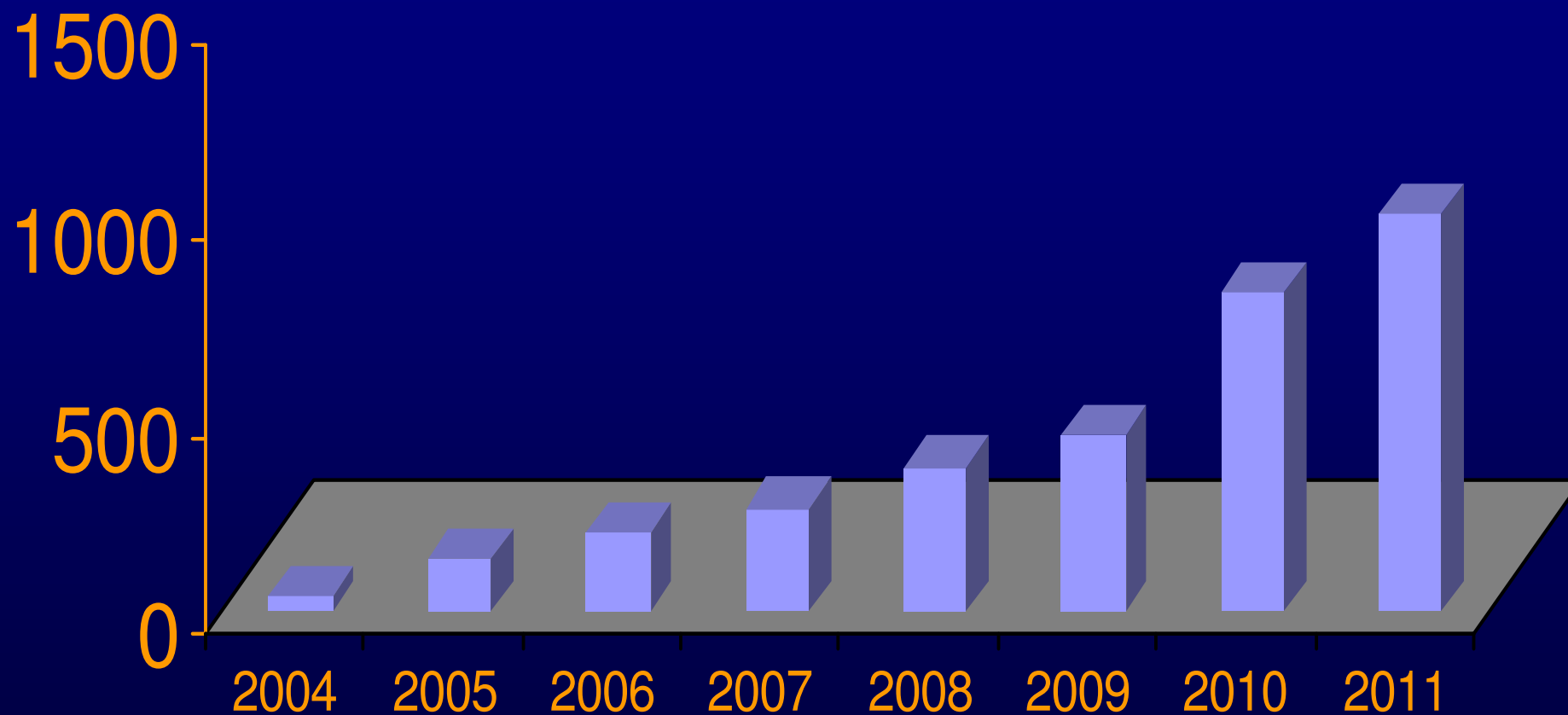
Responsabile Counselling OaD, UVA, Geriatria, Continuità assistenziale
Osp. S. Giovanni Battista Torino

Premesse

- La figura del “Counsellor” nasce negli anni ‘30 in America.
- La “competenza” del Counsellor si colloca nell’abilità di relazione e comunicazione con le persone.
- Il percorso formativo, il Codice Deontologico, l’iscrizione al Registro sono regolati dalla
SiCo (Società Italiana di Counselling)
EAC (European Counselling Association)
BPCA (British Association for Counselling)



NUMERO COMPLESSIVO DI COLLOQUI DI COUNSELLING



Il Servizio di Counselling si svolge in OAD attraverso colloqui individuali per i pazienti ed i familiari al domicilio o in ospedale,
colloqui individuali al personale infermieristico.
Educazione terapeutica per i pazienti ed i familiari.

Nel reparto di Geriatria, nell'UVA e nei reparti di Continuità Assistenziale trova espressione tramite colloqui in stanza dedicata.

Nei reparti di Continuità assistenziale inoltre: Counselling indiretto agli Infermieri ed agli Oss sulle situazioni "difficili" dal punto di vista comunicativo - relazionale.

Setting differenti attività prevalenti diverse

- OaD: Counselling decisionale, Ed. Terapeutica, Ed. gestionale, affiancamento – accompagnamento al morire
- Geriatria: Counselling decisionale
- UVA : Ed. Gestionale, affiancamento
- Continuità Assistenziale:
Per gli Operatori: Collaborazione in attività di coatching (lavoro di squadra), formazione continua alla comunicazione consapevole, affiancamento nelle difficoltà della squadra.
Per i pazienti ed i familiari: Ed. Terapeutica, Ed. gestionale, Counselling decisionale, Counselling motivazionale, affiancamento – accompagnamento al morire

I pazienti più anziani rappresentano
i principali consumatori
di servizi per acuti

La fragilità caratterizza tutte le fasi dell'invecchiamento ed espone gli anziani ad alto rischio di sviluppare disabilità in assenza di compensazione e di interventi personalizzati di supporto, pertanto la fragilità risulta essere una condizione di permanente rischio di disabilità.

Dimensione bio - psico – sociale

L'analisi e la cura della persona anziana fragile devono pertanto divenire analisi e cura globale, trovare espressione attraverso una concezione multidimensionale di tipo preventivo, curativo e riabilitativo riguardanti sia il piano fisico che quello psichico e socio-culturale.

- La malattia può potenziare il rischio di vulnerabilità sociale per le ricadute sull'economia familiare e sul lavoro e, a sua volta, la vulnerabilità sociale può favorire nuove malattie tramite l'esposizione a povertà materiale (stress, stili di vita insalubri, limitazioni di accesso alle cure necessarie).

- Da tutto questo emerge l'importanza dell'impegno dei professionisti della salute nel riconoscimento precoce di percorsi di vulnerabilità sia fisica che funzionale, psicologica e sociale.

ISTAT: Un quarto degli italiani è a rischio povertà

Ad essere investiti da una vulnerabilità crescente, insieme ai giovani e le donne, sono gli anziani.

Povertà e deprivazione riguardano spesso le famiglie di ultrasessantacinquenni.

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

23 maggio 2011 Rapporto Annuale Istat sulla situazione del Paese

La crisi economica inizia già a farsi sentire sulla salute degli italiani: secondo il Rapporto Osservasalute 2011: sulle tavole degli italiani sarebbero già diminuiti i cibi salutarì in favore di cibi più economici.

- L'utilizzo dei farmaci antidepressivi ha subito un incremento negli ultimi dieci anni, passando da 8,18 dosi giornaliere per mille abitanti nel 2000 a 35,72 nel 2010.
- Oltre un terzo della popolazione adulta è in sovrappeso e una persona su dieci (10,3%) è obesa.

■ Il rischio di sviluppare disabilità durante un mese di ricovero in ospedale aumenta di 60 volte e vi è inoltre un ulteriore incremento di rischio pari a circa sei volte per coloro che hanno attività fisica limitata. *Thomas M. Gill et al. Hospitalization, Restricted Activity, and the Development of Disability Among Older Persons JAMA 2004*

■ Il delirium colpisce oltre un terzo degli anziani ospedalizzati ed è associato ad un maggior numero di complicanze biomediche, al prolungamento della durata della degenza, minor recupero funzionale alla dimissione, aumento costi e mortalità. *Levkoff SE et al. Delirium :The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. Arch Intern Med 1992*

LA COMPLESSITÀ DELL'ESPERIENZA DOLORE

NELL'ANZIANO IL DOLORE È ASSOCIATO A :

DEPRESSIONE

ANSIA

RIDOTTA SOCIALIZZAZIONE

INSONNIA

DIFFICOLTÀ NELLA DEAMBULAZIONE

ANORESSIA, PERDITA DI PESO

AUMENTO DEL RISCHIO DI CADUTA

MAGGIOR RICORSO AI FARMACI

Metodologia assistenziale della Medicina Geriatrica

- Valutazione multidimensionale.
- Adozione di modelli organizzativo - assistenziali orientati alle cure personalizzate.
 - Lavoro d'équipe.
- Condivisione da parte del team degli obiettivi di salute e di continuità delle cure.

Comprehnsive Geriatric Assessment

Una valutazione multidisciplinare in cui sono messi in evidenza , descritti e , possibilmente , esplosi i molteplici problemi delle persone anziane.

vengono catalogate le risorse ed i punti di forza delle stesse , definita la necessità di servizi e sviluppato un piano di assistenza coordinato , focalizzando gli interventi sui problemi emersi.

**National Istitutes of Health Consensus Development Conference Statement:
Geriatric Assessment methods for clinical decision making : J Am Geriatr Soc
1988; 36:342-347**

Valutazione multidimensionale geriatrica ed intervento individualizzato globale

- **riduce la mortalità**
- **previene lo sviluppo di disabilità od il suo aggravamento dopo un evento acuto**
 - **riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale**
 - **riduce i costi economici e sociali**
 - **migliora le condizioni psico-fisiche**
- **aumenta il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari**

Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342:1032-6

McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006;61:53–62.

Ellis G , Whitehead MA , O'Neil D , Langhorne P, Robinson D. – *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital – Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7):CD006211*

- Riduzione dell'uso di mezzi di contenzione (40%)
- Riduzione dell'uso di catetere a permanenza (40%)
 - Aumento significativo dell'uso di programmi di prevenzione delle lesioni da decubito e conseguente riduzione della loro comparsa.
- Riduzione del declino funzionale nella funzione fisica, cognitiva e della continenza.
 - Riduzione della comparsa di problematiche di disidratazione e malnutrizione.
- Riduzione dell'ospedalizzazione del 25% a mortalità Invariata.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ. 1998 May 2;316(7141):1348-51.

Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccalá G, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R; Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial.

Silvernet-HC Study Group of Bergamo. J Am Geriatr Soc. 2001 Oct;49(10):1288-93.

SSCVD
Post Acuzie e
Cure Intermedie

24 posti letto

18 OSS

4 medici

Infermiere counsellor

Team fisioterapisti

1 coord. infermieristico gestionale
1 coord. infermieristico clinico
8 infermieri

- Il percorso di cura parte dal momento del ricovero attraverso l'accoglienza del paziente e della sua famiglia. È questo che getta le basi per la costruzione della cornice di fiducia, collaborazione e sicurezza.
- Malattia, trattamento, interventi di cura, educazione terapeutica avvengono all'interno di una relazione e devono includere oltre ai ruoli le persone, le emozioni, la reciprocità, il rispetto.

All'interno di questo contesto
l'introduzione di un nuovo modello di
cartella clinica
ha previsto la **centralità del paziente**
all'interno dell'articolato processo di
sistema assistenziale

Introdurre un nuovo strumento di lavoro come la
cartella clinica integrata

significa introdurre uno strumento non costituito
semplicemente dalla somma
dei suoi componenti, ma anche da intricati,
alti livelli di interconnessione e funzioni.

Il potere delle connessioni (tra medici, infermieri,
tecnici, pazienti/utenti e loro funzioni) che fanno
parte di questo sistema, permette al risultato finale
(scelte, comportamenti, obiettivi) di essere
maggiore della somma delle singole parti

Ogni relazione produce qualcosa che una parte non avrebbe mai prodotto da sola

Il valore di quanto prodotto non si può prevedere in tempi brevi, perché determinato dall'interazione tra le parti stesse.

(Plsek, Grennhalgh, 2001)

NURSING ABILITANTE

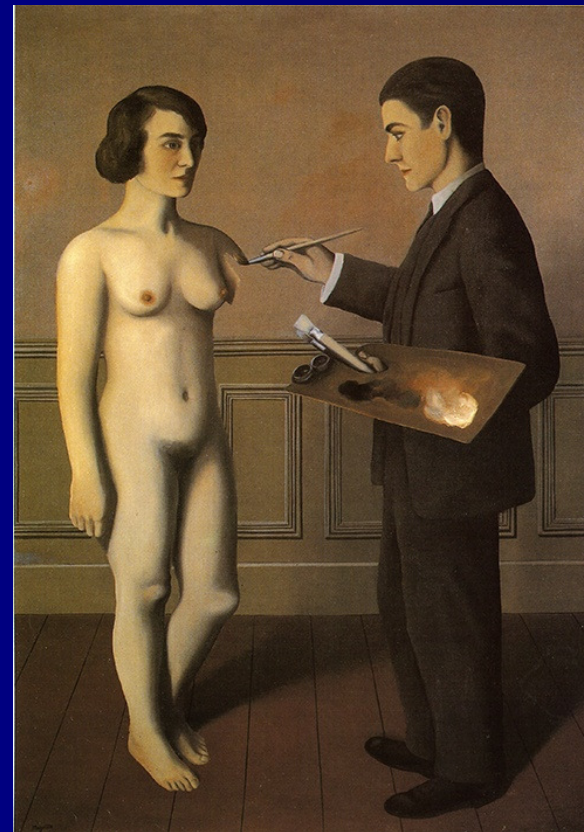
Bisogni assistenziali e diritti spesso coincidono.
Abilitare significa rispettare i diritti e non sostituirsi.
Ogni qualvolta ci sostituiamo alle abilità di una
persona non rispettiamo il suo diritto di esprimersi
e ne limitiamo la libertà,
lo stesso accade quando evitiamo di utilizzare i
familiari come risorsa affettiva e relazionale nel
processo assistenziale.

M. Misley

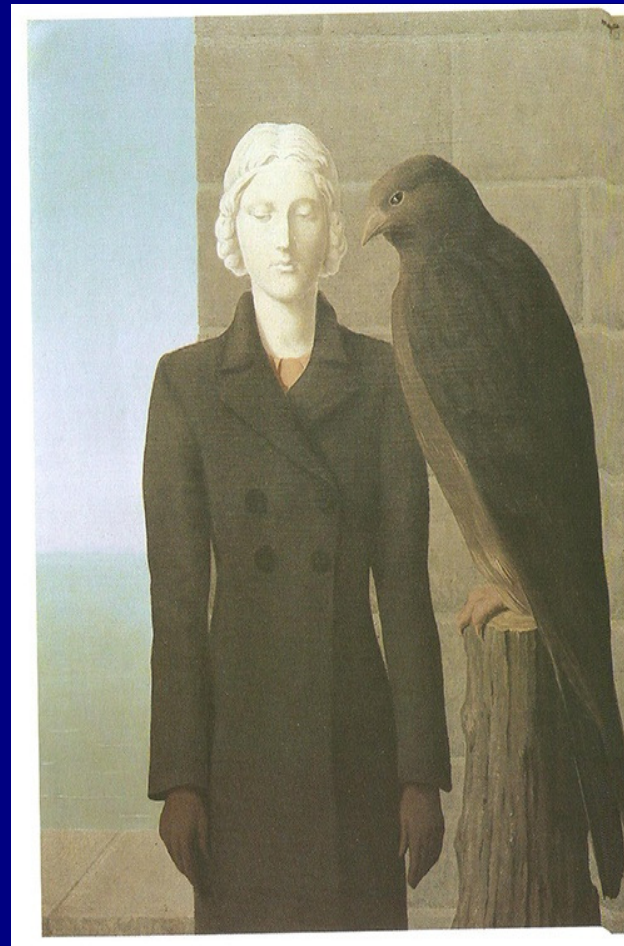
■ L'Assistenza, ancor più che il trattamento, rappresenta per il paziente anziano fragile l'espressione della cura che maggiormente influenza sia la soddisfazione del paziente che i risultati di salute.

■ Assistenza intesa non solo come tecnica ma anche come rapporto relazionale - educativo tra operatori sanitari, pazienti e familiari nel perseguimento di un obiettivo di salute comune condiviso.

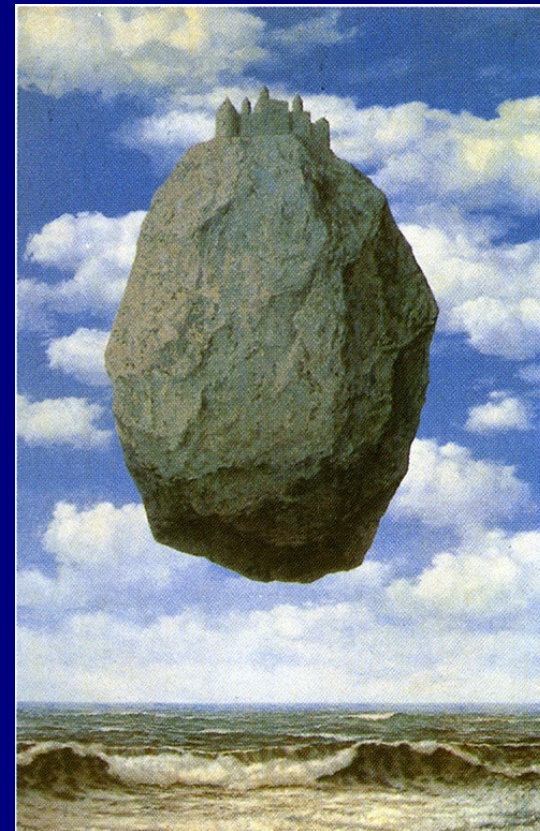
Il lavoro dei professionisti della salute è in parte di tipo tecnico, legato alle competenze ed alle conoscenze scientifiche aggiornate di cui dispone ed in parte, non di minore importanza, di tipo comunicativo, antropologico e pedagogico.



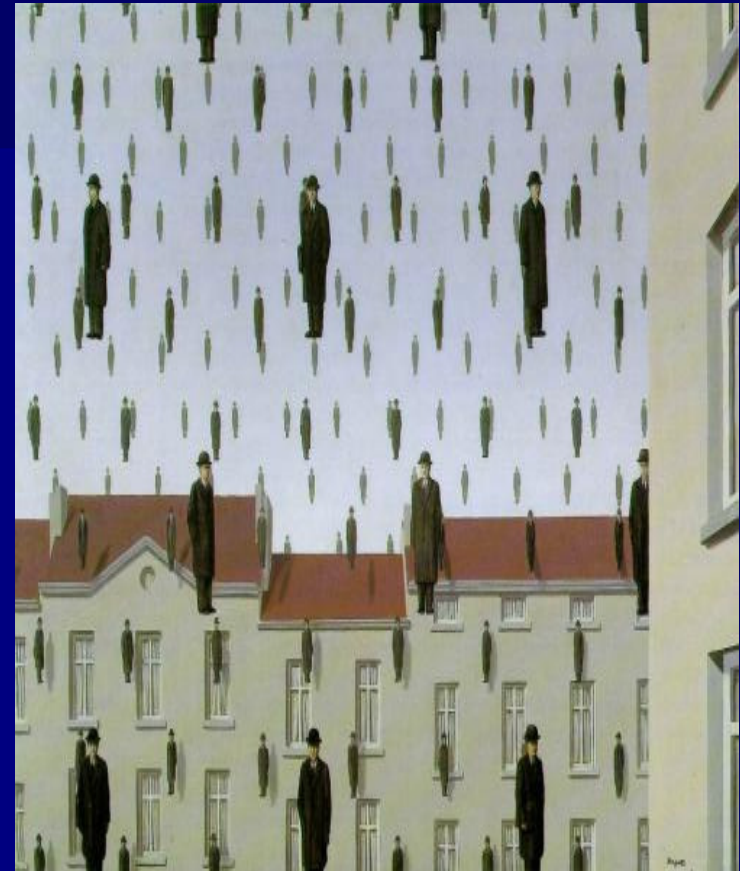
Empatia e giusta distanza rappresentano una parte fondamentale della professionalità, attingono dalla vita individuale e dalle proprie risposte sul senso della vita, dai conti personali con la malattia e la morte e dalla ricerca del significato di ciò che si sente e si fa.



Comunicazione e Relazione
terapeutica sono strumenti e
competenze che non
possono essere
semplicemente lasciate alle
attitudini ed abilità del
singolo professionista della
salute ma vanno sviluppate
ed insegnate con adeguata
pianificazione e verifica



- Ricerca di un terreno comune tra curanti, paziente, famiglia circa: obiettivi, difficoltà, priorità, ruoli
- Costruzione del patto di alleanza terapeutica
- Empowerment



Attraverso lo sviluppo di competenze comunicativo- educative

- migliorare la **qualità di vita dei malati** e delle loro famiglie;
- incrementare il controllo delle condizioni cliniche dei malati ottenendo una **riduzione delle complicate**, una maggiore adesione al trattamento terapeutico e riabilitativo e la riduzione degli effetti indesiderati dei farmaci;
- promuovere un utilizzo più razionale e pertinente dei servizi da parte dell'utenza, migliorando la **qualità del servizio**, contenendo la **spesa** ed ottimizzando i **tempi di gestione** dell'assistenza sanitaria;
- sviluppare un **modello di organizzazione assistenziale centrato sul paziente** e sulla cooperazione tra quanti, a vario titolo (curanti, servizi sociali, volontariato) operano a favore del malato;
- favorire relazioni umane e professionali più armoniche anche **tra i curanti**.



Grazie per l'attenzione