



Movimento
Diritti del Malato
Brescia

OMCeO Brescia, 29 settembre 2012
Seminario: Quale medicina ci cura?

***Dalla cura
monodisciplinare
al prendersi cura
interdisciplinare***

Stefano Bazzana



1. Premessa

**L'interazione professionale
sta all'integrazione
inter-professionale
come il prendersi cura
sta al concetto
di presa in carico**

Van Gogh, *Ritratto di Trabuc*, Caposala dell'Ospedale di Saint-Paul, 1889, part.



2. Obiettivi

Contestualizzare il tema della presa in carico nell'attuale quadro socio-sanitario generale come elemento della rivoluzione paradigmatica in atto nella medicina e nell'infermieristica, dal modello *disease centred* al modello *patient centred*.

**Individuare le caratteristiche fondamentali del "prendersi cura" in ambito sanitario ed alcune sue condizioni necessarie:
l'interdisciplinarietà;
l'empowerment dei pazienti e dei loro familiari;
una revisione trasversale dei servizi.**

Van Gogh, *Ritratto di Trabuc*, Caposala dell'Ospedale di Saint-Paul, 1889, part.



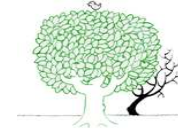
3. Domande (+1)

Perchè è ancora così difficile lavorare appropriandoci di significati della cura più ampi di quella strettamente terapeutica?

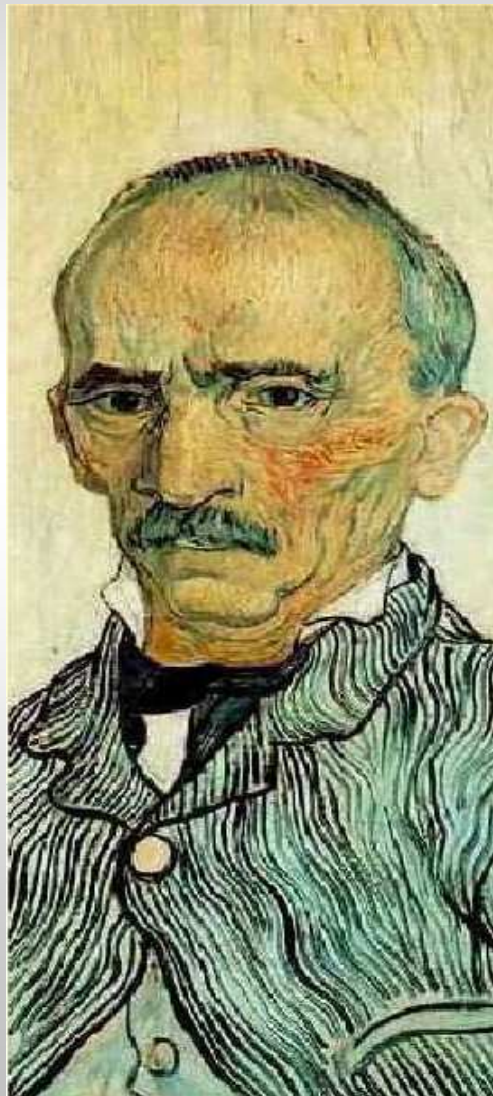
Perchè si tende a ricorrere ad un verbo e ad un sostantivo inglese per distinguere cura da *care*?

Quali contenuti di cura porta con sè la parcellizzazione delle cure svolta da operatori diversi *sulla* stessa persona, quando l'aspettativa è sempre più di presa in carico complessiva e persino di co-produzione della cura?

Van Gogh, *Ritratto di Trabuc*, Caposala dell'Ospedale di Saint-Paul, 1889, part.



Movimento
Diritti del Malato
Brescia



4. Parole chiave

- 1) Prendersi cura
- 2) Interdisciplinarietà
- 3) Modello *patient centred*
- 4) Attenzione agli esiti

Van Gogh, *Ritratto di Trabuc*, Caposala dell'Ospedale di Saint-Paul, 1889, part.



Federazione Nazionale Collegi Ipasvi



“assistere”

Il Codice deontologico dell'infermiere

28 febbraio 2009

“curare”

“prendersi cura”

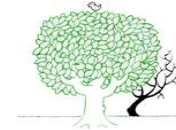




Movimento
Diritti del Malato
Brescia

Articolo 3

La responsabilità dell'infermiere
consiste nell'assistere, curare e
prendersi cura della persona, nel
rispetto della vita, della salute,
della libertà e
della dignità dell'individuo.



Movimento
Diritti del Malato
Brescia

Articolo 4

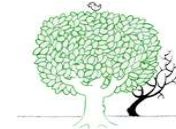
L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito,
di cui attiva le risorse sostenendolo
nel raggiungimento della maggiore
autonomia
possibile anche quando vi sia
disabilità, svantaggio, fragilità.



Movimento
Diritti del Malato
Brescia

Articolo 21

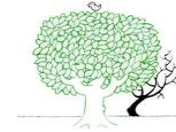
L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di assistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.



Movimento
Diritti del Malato
Brescia

Articolo 24

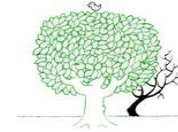
L'infermiere aiuta e sostiene
l'assistito nelle scelte, fornendo
informazioni di natura assistenziale
in relazione ai progetti diagnostico-
terapeutici e adeguando la
comunicazione alla sua capacità di
comprendere.



Movimento
Diritti del Malato
Brescia

“prendersi cura”

L'assistenza infermieristica è qualcosa di più e di diverso dall'insieme degli interventi tecnici assicurati dagli infermieri in collaborazione con i medici e centrati sulla diagnosi e sul trattamento della malattia (to cure).

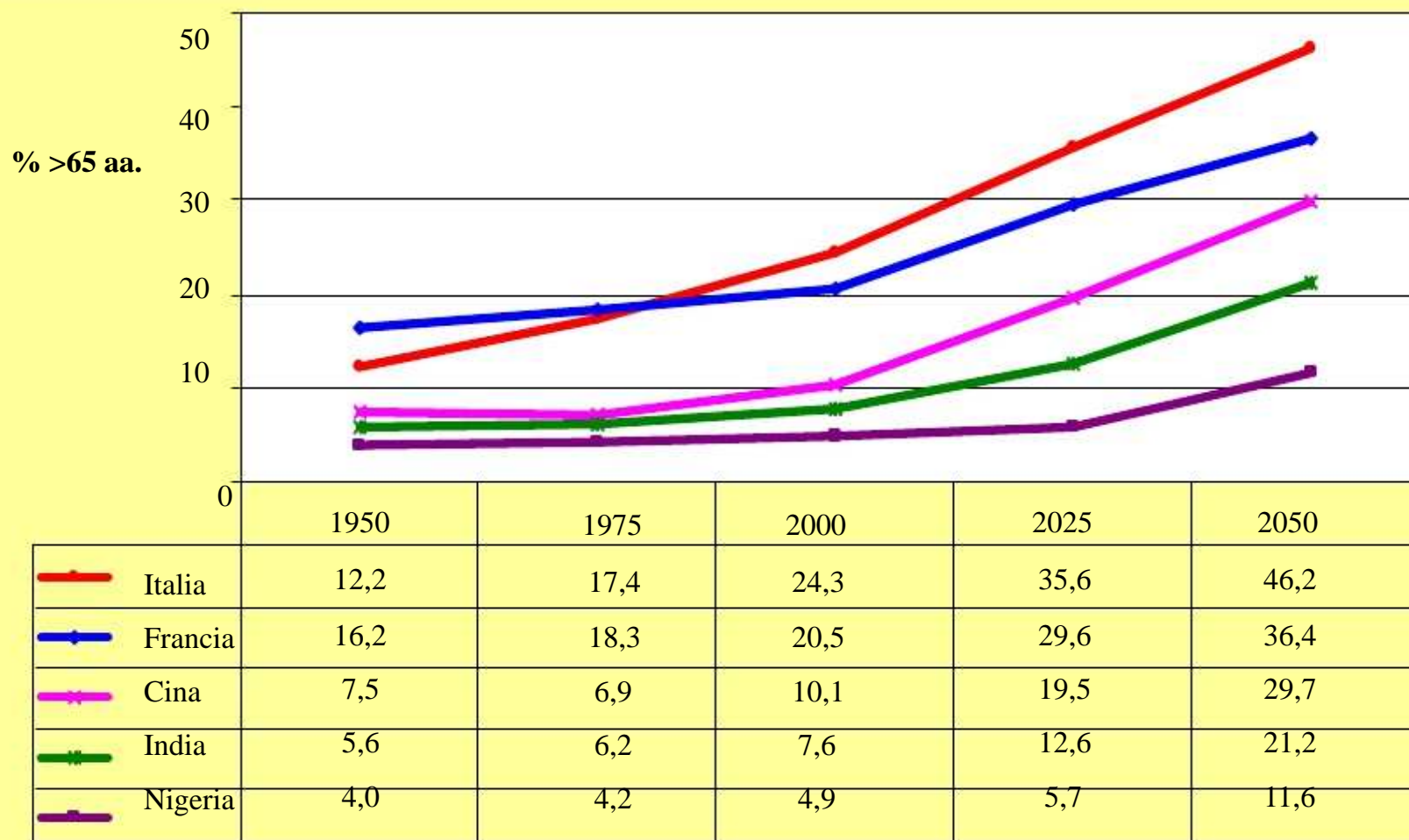


Movimento
Diritti del Malato
Brescia

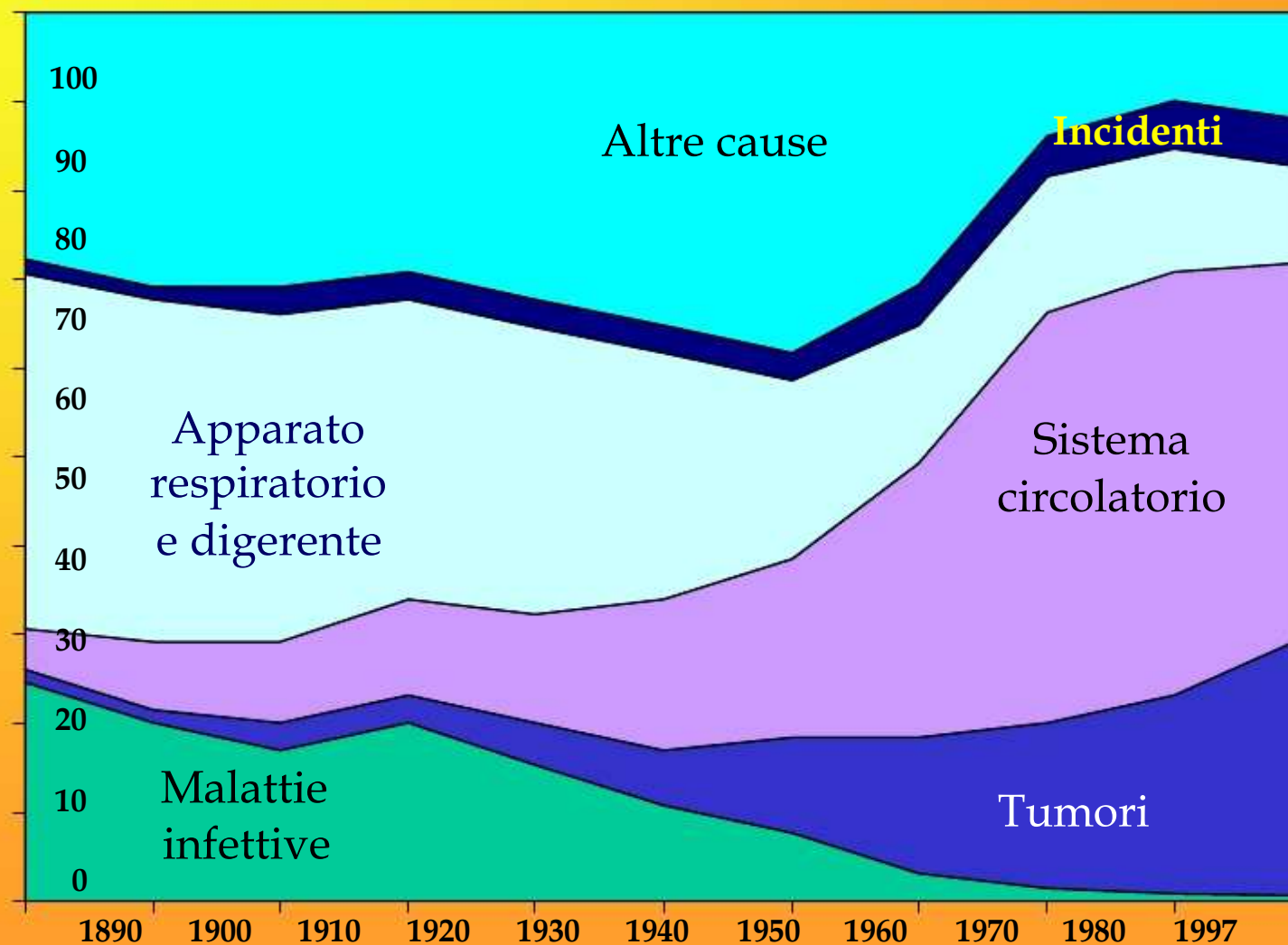
“prendersi cura” ... *care*

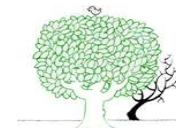
La considerazione del malato come **persona**, nella sua globalità e unicità, e della **salute** come «misura della capacità di un individuo di realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri **bisogni** e di adattarsi all'ambiente» costituisce il fondamento di un approccio assistenziale che non si propone semplicemente di curare, ma piuttosto di **prendersi cura** del malato (**care**)... non tanto della malattia quanto degli effetti che la stessa provoca sull'autonomia della persona.

Perché parlare di interdisciplinarità?



Perché parlare di nuovi modelli di cura?





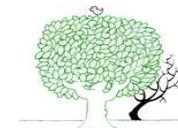
Movimento
Diritti del Malato
Brescia

Perché parlare di continuità delle cure?

Tipologia segnalazioni	%
Sottovalutazione delle condizioni reali del paziente dimesso	26,9
Il reparto/struttura non si attiva per permettere il trasferimento in struttura post-acuzie	14,2
Sottovalutazione della onerosità dell'assistenza a domicilio	10,4
Assenza preavviso di dimissione	10,4
Mancanza di raccordo tra il reparto che dimette e le strutture post-acuzie	8,2
Scarsità di informazioni su servizi o figure professionali da attivare	6
Richiesta informazioni sulla legittimità della dimissione	6
Dimissioni di pazienti complessi o che disturbano	4,5
Difficoltà di accesso a strutture pubbliche	3,7
Costi per l'ambulanza	3
Dimissioni protette	3
Dimissioni con invio in una struttura post-acuzie non adatta	1,5
Dimissioni per carenza di posti letto	1,5
Incompletezza delle prescrizioni necessarie per il post operatorio	0,7
Totale	100

Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato, 2008

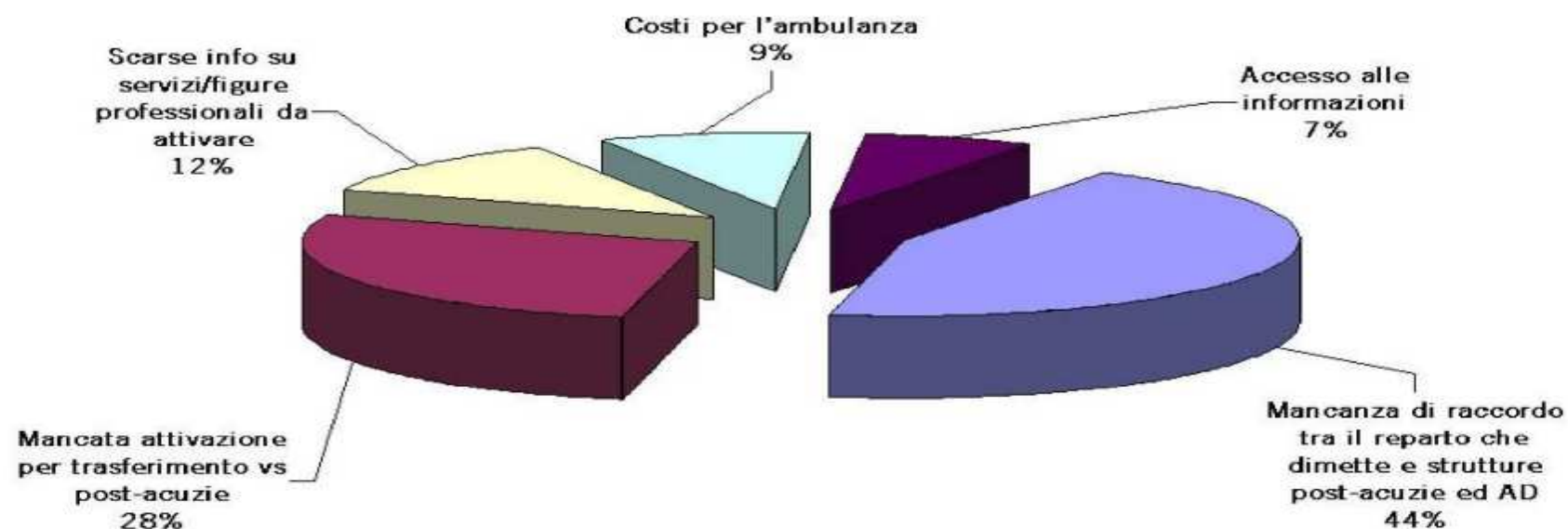
S. Bazzana – 2012 – Dalla cura disciplinare al prendersi cura interdisciplinare



Movimento
Diritti del Malato
Brescia

Perché parlare di continuità delle cure?

Ricoveri 2008 Difficoltà nel raccordo con i servizi territoriali



Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato, 2008

S. Bazzana – 2012 – Dalla cura disciplinare al prendersi cura interdisciplinare



2. Una mentalità lavorativa interdisciplinare: il superamento dei modelli prestazionali mono-professionali

S. Bazzana – 2012 – Dalla cura disciplinare al prendersi cura interdisciplinare

Dal modello prestazionale al modello della presa in carico

Approccio prestazionale

Logica del modello: la prestazione

Riduce l'utente a mero fruitore passivo del servizio assistenziale **deresponsabilizzandolo** sulla gestione del proprio patrimonio di salute

Riduce l'operatore a mero distributore di prestazioni tecniche **deresponsabilizzandolo** sulla presa in carico globale della persona

**Enfatizza l'OFFERTA dei SERVIZI
anziché l'ACCOGLIENZA della DOMANDA**

Dal modello prestazionale al modello della presa in carico

Approccio della presa in carico

Logica del modello: la reciprocità

Rende l'utente attore
sociale del sistema
sanitario
responsabilizzandolo
sulla gestione del
proprio e altrui
patrimonio di salute

Rende l'operatore
promotore
dell'*empowerment*
dell'utente
responsabilizzandolo
sulla presa in carico
globale della persona

**Enfatizza l'ACCOGLIENZA della DOMANDA
espressa e potenziale anziché l'OFFERTA dei SERVIZI**

(Pellizzari & Pletti 2006)

Perché parlare di presa in carico?



La letteratura sollecita un'attenzione precoce all'identificazione dei pazienti che necessitano di una presa in carico pianificata e ne documenta l'efficacia

(Naylor 1999, Cline 1998, Rich 1995, Porkes 2002, Shepperd 2002, Needleman et al. 2002, Aiken 1994, Hartz 1989, Silber et al. 1992)



Movimento
Diritti del Malato
Brescia



Qualifiche e formazione del personale (SQE)

1. Pianificazione
2. Orientamento e formazione
3. Personale medico
4. Personale infermieristico
5. Altro personale sanitario





Movimento
Diritti del Malato
Brescia

- **AOP.1.4.1** Devono essere completate entro le 24 ore almeno le valutazioni mediche ed infermieristiche iniziali, così che il paziente possa cominciare il suo percorso di cura.
- **AOP.1.7** Per categorie particolari di pazienti sono condotte valutazioni personalizzate in correlazione ai loro bisogni.
- **AOP.1.8.1** La pianificazione dei bisogni alla dimissione è parte della valutazione iniziale.



Presa in carico

Prendere in carico significa seguire nel tempo i problemi dei pazienti, garantire la continuità tra ospedale e territorio

(continuità di assistenza e di informazione), farsi carico anche dei problemi emotivi e non solo di quelli clinici, e fornire un riferimento continuo.

(Haggerty 2003)

L'urgenza umanistica dell'infermieristica

Marianella Sclavi

Ascolto passivo

Passivo: rispecchia la realtà

**Statico: c'è un'unica
prospettiva giusta**

**Controllato: gli incidenti di
percorso e gli imbarazzi sono
negativi e da evitare**

**Ricerca dell'oggettivo a scapito
del soggettivo**

Neutralizzare le emozioni

Attenzione ai contenuti

Ascolto attivo

Attivo: costruisce la realtà

**Dinamico: apre ad una
pluralità di prospettive
differenti**

**Goffo: gli incidenti di percorso
e gli imbarazzi sono positivi**

**L'esplorazione di mondi
possibili non è né soggettiva né
oggettiva**

Centralità delle emozioni

Attenzione alla forma

(Sclavi 2003)

Le caratteristiche fondamentali della presa in carico

- 1. una valutazione iniziale** accurata dei pazienti attraverso l'uso di scale validate
- 2. formulazione di obiettivi interprofessionali** condivisi con il paziente e i familiari e il coordinamento degli interventi
- 3. percorsi assistenziali standard** per profilo e **personalizzazione** dell'assistenza
- 4. pianificazione della dimissione** per la continuità assistenziale nella rete dei servizi
- 5. follow-up** dalla fase acuta fino alla stabilizzazione del quadro clinico e/o della capacità di autocura

(Dalponte & Manoukian 2006, 140-142; Cfr. Saiani 2006)

Dal Codice Deontologico ...



Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.



www.ipasvibs.it



Dal Codice Deontologico ...



Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'**interazione** fra professionisti e l'**integrazione interprofessionale** sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.



Dal N.E.J.M. ...

Sharing the Care to Improve Access to Primary Care (A. Ghorob, M.P.H., T. Bodenheimer, M.D., May 24, 2012)



Come ottenere un rapido accesso alle cure primarie, aumentando la disponibilità migliorando la qualità dei servizi e anche la qualità di vita lavorativa?

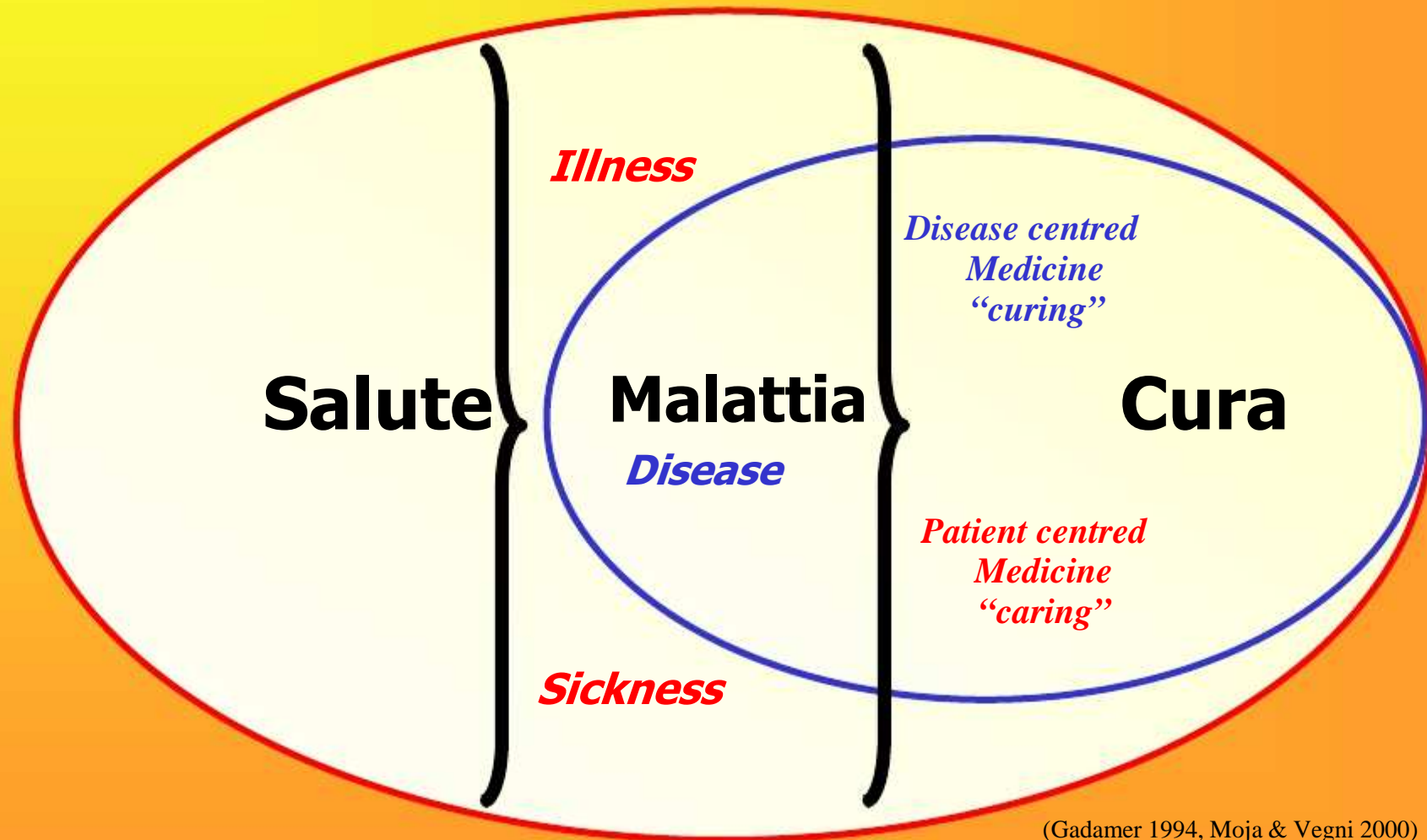
Una risposta è la condivisione dell'assistenza con un team potenziato di assistenza sanitaria fatto da infermieri, educatori e assistenti



3. Un cambio di paradigma: dal modello *disease centred* al modello *patient centred*

Van Gogh, *Ritratto di Trabuc*, Caposala dell'Ospedale di Saint-Paul, 1889, part.

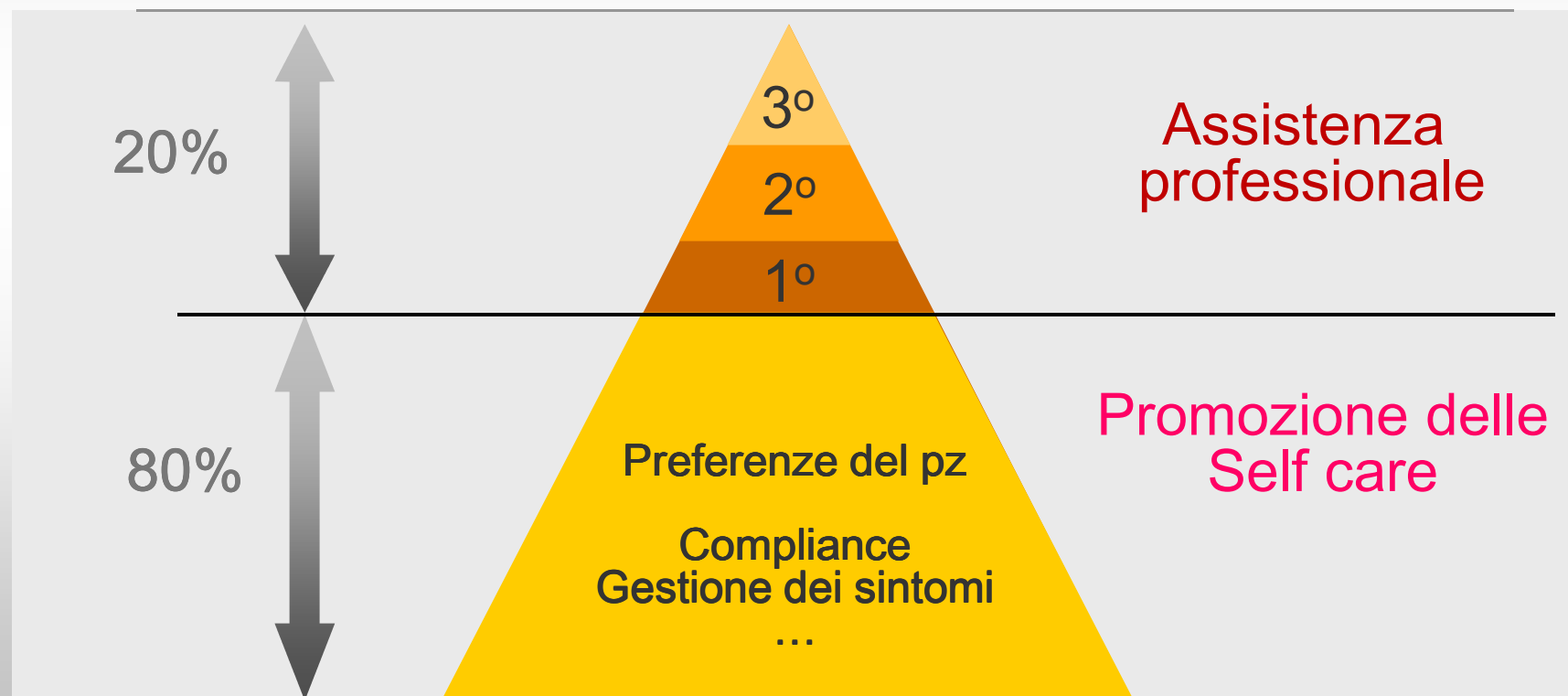
Dove si nasconde la salute?





Movimento
Diritti del Malato
Brescia

Il sistema sanitario “nascosto” il triangolo 20/80





Movimento
Diritti del Malato
Brescia

La sindrome del radar

Concentrata sul 20% del triangolo



(WHO, 2002)

☀ Il paziente compare

😊 Viene trattato

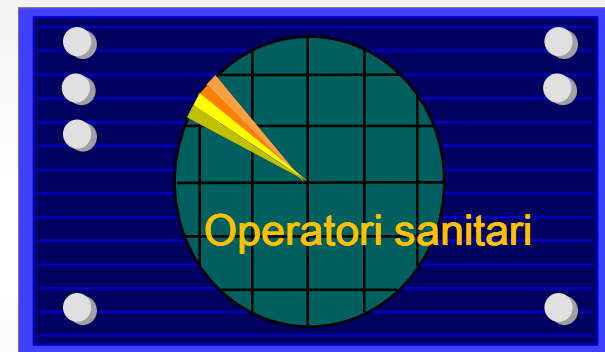
☹ Viene dimesso

☀ ... *scompare*

L'assistenza Radar

Inappropriata - inefficace - inefficiente

- **Orientata al trattamento della fase acuta**
- **Le dimensioni psicologiche e comportamentali non vengono integrate**
- **Non viene dato spazio al ruolo del paziente**
- **Follow-up sporadico**
- **Si trascura la prevenzione**



**Risultati non sempre
ottimali
Costi elevati**

*(Naylor et. Al, JAMA, 1999;
Bourbonniere et al., JAGS, 2002)*

Dal modello *disease centred* al modello *patient centred*

Modello	Prodotti attesi	Destinatari/ Fruitori	Divisione del lavoro
Disease- centred	Eliminazione della Malattia nel modo più efficace, ricorrendo alle tecnologie più avanzate e più efficienti con costante attenzione al miglioramento del rapporto costi/benefici e dell'appropriatezza	Singoli portatori di patologie	Divisione del lavoro per specializzazioni e livelli professionali. strumenti: linee- guida; protocolli, Piani standard

(Dalponte & Manoukian 2006, 26ss, modificato; cfr. Moja & Vegni 2000)

Dal modello *disease centred* al modello *patient centred*

Modello	Prodotti attesi	Destinatari/ Fruitori	Divisione del lavoro
Patient-centred	<p>Gestione del “ benessere possibile”.</p> <p>Mantenimento di una situazione relazionale positiva e continuità delle cure.</p> <p>Monitoraggio vigile dei costi/benefici.</p>	<p>Pazienti, ma anche famiglie e caregiver</p> <p>Servizi pubblici e privati;</p> <p>Associazioni di volontariato</p>	<p>Organizzazione per Équipe che sostiene un lavoro per processi, con forte coordinamento interprofessionale e tra tutti i servizi coinvolti</p> <p>(progetti educativi; Piani di dimissione; Clinical pathway)</p>

(Dalponte & Manoukian 2006, 26ss, modificato; cfr. Moja & Vegni 2000)

Dal Codice Deontologico ...

I rapporti interprofessionali



Articolo 42

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.





- 1. Dal curare al prendersi cura**
- 2. Una mentalità lavorativa interdisciplinare**
- 3. Un cambio di paradigma**
- 4. L'attenzione agli esiti**

Van Gogh, *Ritratto di Trabuc*, Caposala dell'Ospedale di Saint-Paul, 1889, part.

Le prove di efficacia della presa in cura

Alcune evidenze in termini di:

Riduzione delle complicanze (infezioni, piaghe, cadute, trombosi, ...)

Riduzione insuccessi nella RCP

Riduzione mortalità

Riduzione riammissioni ospedaliere

Riduzione durata degenza

(Naylor,1999;Cline,1998;Rich,1995, Parkes,2002;Shepperd, 2002 ;(Hartz 1989; Silber et al 1992; Aiken 1994; Schiff 1999; Seago 2001; Needleman et al 2002; Mundiger et al 2000; Venning et al 2000)

Le prove di efficacia della presa in carico alla dimissione

- > la compliance e l'aderenza terapeutica**
- > la soddisfazione dei pazienti, delle famiglie e degli operatori**
- < l'incidenza delle complicanze post-ricovero**
migliorano la qualità percepita e rinforzano
l'attitudine professionale a lavorare in équipe
- il periodo di ricovero è adeguato alle effettive**
necessità di assistenza (< la durata dei ricoveri)
- riducono le probabilità di una nuova ospedalizzazione**
a breve termine (ricoveri ripetuti)

(Mamon, 1992; Evans, 1993; Weinberger, 1996; Naylor, 1999; Parkers, 2003)

The Magnet Hospital

Aiken (1994): quando gli infermieri che adottano un approccio centrato sul paziente sviluppano autonomia e responsabilità:

sono più soddisfatti e si aggiornano di più

hanno migliori risultati clinici sul paziente

rimangono più a lungo nello stesso contesto lavorativo

(Aiken, 1994; Janssen 1999)



Un esempio

**Un programma gestito dagli infermieri
riduce i ricoveri per i pazienti
con scompenso cardiaco**

(Cline et al. 1998)

Caratteristiche dello studio:

206 pazienti 65-84 anni con scompenso cardiaco media gravità (NYHA III)

follow up 1 anno: Programma:

- a) informazione-educazione sanitaria sullo scompenso**
- b) counselling e stimoli a seguire i trattamenti prescritti
linee guida su come seguire i problemi**
- c) indicazioni su eventuali modifiche di terapia e su cosa
fare in caso di problemi**

Un esempio

Risultati:

maggiore intervallo tra i ricoveri (141 vs 106)

minor numero di ricoveri (0.7/pz vs 1.1)

minor numero di riammissioni (39% vs 54%)

degenza più breve (4.2 giorni vs 8.2)

**costo medio annuale 2294 dollari per paziente
vs 3594**

maggiore soddisfazione del paziente

(Cline et al. 1998)



Un secondo esempio

Gli infermieri migliorano le cure?

La presenza nell'équipe di infermieri con elevati livelli di formazione clinica migliora i risultati (efficienza) delle cure:

Riduzione della durata del ricovero:

in terapia intensiva inferiore del 24% (*OR 0.76, 95% CI 0,62-0,94*)

nei reparti chirurgici inferiore del 31% (*OR 0.69, 95% CI 0,55-0,86*).

*(Flynn M, Mckeown M, 2009
New Eng Med J, 17.03.2011)*

La presenza nell'equipe di infermieri con elevati livelli di formazione clinica migliora i risultati (efficacia) delle cure:

Riduzione della mortalità intraospedaliera:

**in terapia intensiva (OR 0,91 95%, CI 0,86-0,96),
nei reparti chirurgici (OR 0,84 95% CI 0,80-0,89),
nei reparti medici (OR 0.94 95% CI 0,94-0,95).**

Riduzione degli eventi avversi

in terapia intensiva:

**della polmonite acquisita in ospedale (OR 0.70 95% CI 0,56-0,88),
di estubazioni impreviste (OR 0,49 95% CI 0,36-0,67),
di arresto cardiaco (OR 0,72 95% CI 0,62-0,84).**

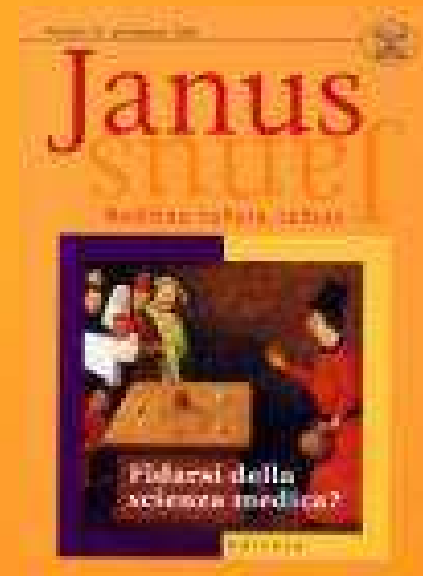


*Flynn M, Mckeown M. Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research
Journal of Nursing Management, 2009, 17, 759–766*

Conclusioni 1/4

**“Anacronistica la disputa fra professioni sanitarie.
Nel confronto con il bisogno di salute e di assistenza
le gerarchie perdono significato. Sono il PRENDERSI
CURA e la vicinanza alla persona assistita che
determinano la funzionalità di una professione nel
processo globale”**

S. Spinsanti, Il futuro del presente, Janus, 2006



Prendersi cura richiede interdisciplinarietà



Evandro Agazzi

Ma attenzione: interdisciplinarietà
non vuol dire confusione di ruoli

“La vera interdisciplinarietà [...] si costruisce *a partire dalle discipline* e rispettando la serietà e l’impegno della loro tecnicità di indagine. [...]

Non si può costruire l’interdisciplinarietà se non sulla base di una solida competenza disciplinare”

(Agazzi, 1994, 111.131)



Conclusioni 3\4



Se vogliamo essere *patient centred* dobbiamo scegliere fra l'ascolto passivo e quello attivo.

L'ascolto attivo non richiede di abbandonare l'osservazione empirica, al contrario, richiede una modalità di osservazione molto più accurata e riflessiva, attenta ai particolari e alle forme, meno soggetta all'urgenza classificatoria e all'influenza del senso comune. È "osservazione sperimentale" in modo pieno, radicale. È quindi osservazione scientifica in modo pieno e radicale.

(Sclavi 2003, 75)



Conclusioni 4\4



Gli studi sulla presa in carico...

Evidenziano la presenza di un "ambiente terapeutico" con le seguenti caratteristiche

Si seguono nel tempo i problemi dei pazienti

Si garantisce continuità tra ospedale e il dopo

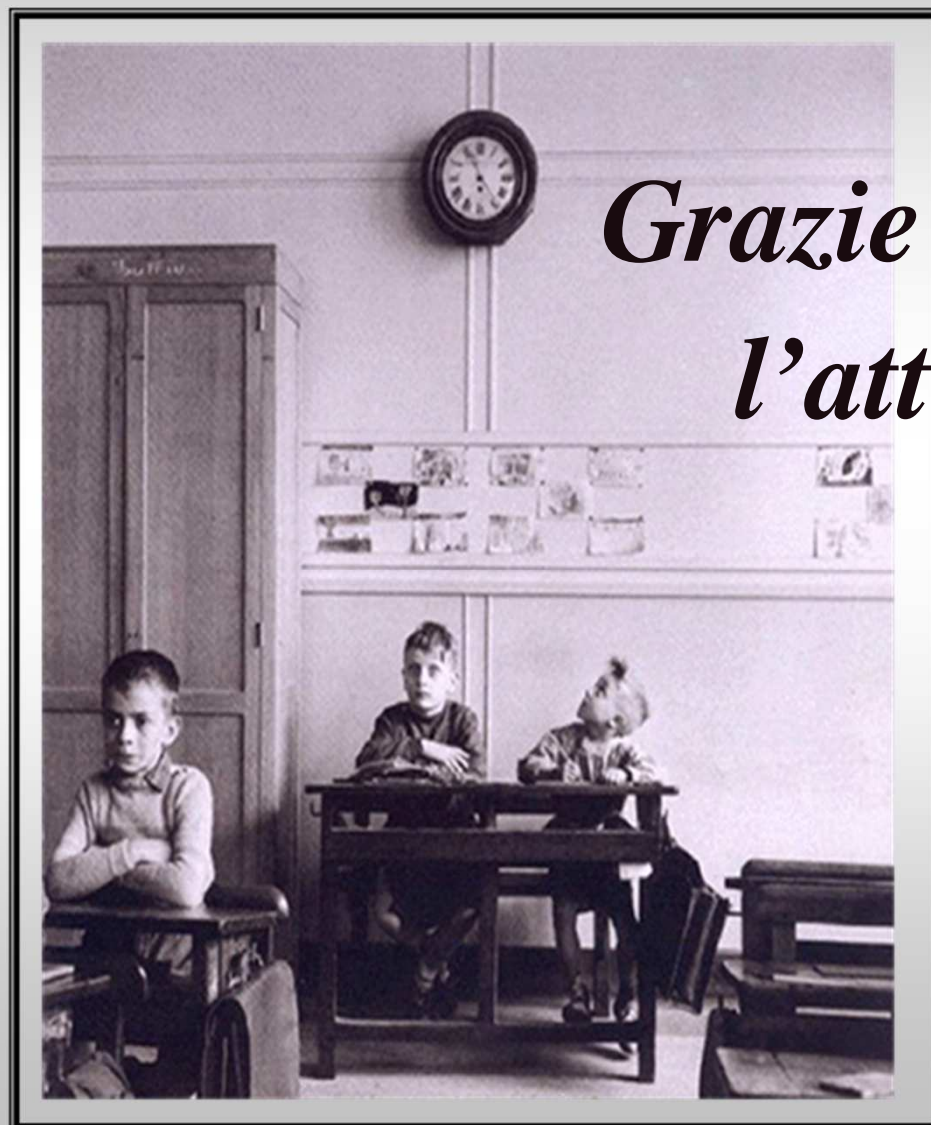
Ci si fa carico anche dei problemi emotivi e sociali e non solo di quelli clinici

Paziente e famiglia si sentono ascoltati e coinvolti

(Saiani 2006)



Movimento
Diritti del Malato
Brescia



*Grazie per
l'attenzione!*

**Stefano Bazzana – 2012 – *Dalla cura
disciplinare al prendersi cura interdisciplinare***