



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:
RUOLO E COMPETENZE
INFERMIERISTICHE NELLA GESTIONE
DEL PAZIENTE PORTATORE DI PEG**

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Alfia Amalia Lizzi

Tesi di Laurea di:
Irene Aguzzi

A.A. 2020/2021

*A mia mamma,
presenza forte e costante, senza di te non ce l'avrei fatta.*

*A mio papà,
per il bene immenso che mi dimostri ogni giorno.*

*Ai miei nonni,
per tutto l'amore che mi sapete donare.*

Grazie di cuore!

INDICE

INTRODUZIONE	4
---------------------------	----------

CAPITOLO 1 - L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

1.1 L'ADI: che cos'è, a chi è rivolta e come si attiva	6
1.2 I livelli di complessità assistenziale	11
1.3 La Cartella Domiciliare Integrata e il PAI	14
1.4 L'evoluzione dell'ADI in Italia	17
1.5 Le norme nazionali e regionali che regolano l'ADI	19

CAPITOLO 2 - L'INFERMIERE IN ADI E LA RELAZIONE TERAPEUTICA

2.1 Ruolo e competenze dell'infermiere in ADI	25
2.2 L'infermiere come parte di un'équipe multidisciplinare	28
2.3 Il ruolo centrale del caregiver in ADI	31
2.4 La relazione terapeutica infermiere-paziente.....	33

CAPITOLO 3 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE PORTATORE DI PEG

3.1 La PEG: definizione e indicazioni	35
---	----

3.2 Il posizionamento della PEG e l'assistenza infermieristica nel post-confezionamento	37
3.3 La cura della PEG a domicilio	40
3.4 La Nutrizione Enterale Domiciliare tramite PEG	42
3.5 Le complicanze più frequenti della PEG	45
3.6 La sostituzione della sonda gastrostomica a domicilio	48
3.7 L'infermiere domiciliare e il supporto psicologico al paziente portatore di PEG	50
CONCLUSIONE	51
ALLEGATI	53
BIBLIOGRAFIA	64
SITOGRAFIA	66

INTRODUZIONE

All'interno dell'assistenza infermieristica in ambito gastroenterologico, ricopre un ruolo centrale l'assistenza al paziente portatore di PEG.

L'obiettivo del presente elaborato è quello di mettere in evidenza il ruolo dell'infermiere domiciliare nell'assistenza al paziente portatore di PEG.

La Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) è una tecnica attraverso la quale si riesce ad assicurare, tramite una sonda posizionata direttamente nello stomaco, un adeguato apporto nutrizionale a quei soggetti che per vari motivi non riescono ad alimentarsi per via orale. Negli ultimi anni si è registrato un aumento del numero di pazienti sottoposti a gastrostomia, per cui risulta di fondamentale importanza per un infermiere possedere le conoscenze e le abilità per gestire questa stomia.

Tale argomento è inserito in un contesto ancora più ampio, ossia l'ADI. Una volta confezionata in ambito ospedaliero, infatti, la PEG viene gestita totalmente dall'infermiere domiciliare, il quale si occupa non solo della sua gestione pratica, ma anche di educare il paziente e la sua famiglia a una corretta cura a domicilio.

Di conseguenza, il presente elaborato è volto ad analizzare le competenze che l'infermiere domiciliare deve acquisire al fine di erogare la migliore assistenza possibile al paziente portatore di PEG.

Lo sviluppo di tale argomento è frutto di un'esperienza di tirocinio svolta in ADI, in cui per la prima volta ho prestato assistenza a questa tipologia di paziente. Le esperienze sono state varie, e questo grazie alla guida di tirocinio Elisa che mi ha permesso di vivere in 5 settimane ben 3 realtà diverse: da quella più cittadina di Senigallia, a quella rurale di Ostra (il paesino da cui provengo), per poi passare gli ultimi giorni ad Arcevia, in cui ho sperimentato la figura dell'infermiere di comunità.

Prima di analizzare nel dettaglio l'argomento principale della tesi, si spiega in maniera generale l'Assistenza Domiciliare Integrata. In particolare, si approfondisce la tipologia di utenti a cui è rivolta l'ADI, la modalità di attivazione, i principali strumenti a disposizione degli infermieri, la sua evoluzione in Italia e le principali norme nazionali e regionali che la regolano.

Successivamente, si analizza il ruolo che ricopre l'infermiere in ADI e l'importanza dell'équipe multidisciplinare e del caregiver nel contesto delle cure domiciliari.

Infine, l'ultimo capitolo dell'elaborato è dedicato all'assistenza infermieristica al paziente portatore di PEG e si focalizza sulle competenze che l'infermiere domiciliare deve avere nella cura della stomia e nella somministrazione della nutrizione enterale.

La gestione domiciliare della PEG non è particolarmente complessa, ma richiede alcune abilità pratiche che l'infermiere deve saper eseguire in modo appropriato, al fine di evitare complicanze anche gravi. La prima è senza dubbio l'igiene della stomia, la quale deve essere effettuata rispettando le più scrupolose norme igieniche per prevenire l'insorgenza di infezioni. Un'altra competenza importante riguarda la somministrazione della Nutrizione Enterale Domiciliare: l'infermiere deve essere in grado di preparare la miscela nutritiva, di somministrarla tramite pompa ad infusione e di lavare la sonda gastrostomica prima e dopo il pasto, per evitare di occluderla.

Infine, in ambito domiciliare ricopre un ruolo centrale la funzione educativa dell'infermiere in quanto, istruendo a una corretta gestione della PEG, si rende il paziente autonomo e in grado di svolgere una vita il più possibile normale.

CAPITOLO 1 – L’ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

1.1 L’ADI: che cos’è, a chi è rivolta e come si attiva

Come ormai sappiamo bene, l’Italia è un Paese “vecchio”, anzi il più vecchio d’Europa. Nel nostro Paese la popolazione di età superiore ai 65 anni rappresenta il 22,3% del totale, secondo quanto riportato dai dati Istat aggiornati al 1° gennaio 2017. Di questo passo, tra meno di trent’anni la popolazione del nostro paese sarà composta per un terzo da ultrasessantacinquenni, ben 20 milioni di persone. Di questi, 4 milioni saranno ultraottantacinquenni¹. Si prevede che anche la sopravvivenza aumenterà. Di conseguenza entro il 2065 la vita media si aggirerà attorno agli 86,1 anni per gli uomini e ai 90,2 per le donne. L’aumento dell’aspettativa di vita dei cittadini italiani è la testimonianza del continuo miglioramento delle condizioni socio-sanitarie del nostro paese. Tuttavia il progressivo invecchiamento della popolazione è inevitabilmente legato all’insorgenza di multiple malattie croniche, prima causa di mortalità e morbosità (il rapporto tra il numero di ammalati e la popolazione) nonché di ospedalizzazione in Italia. Ciò che preoccupa è l’incremento del carico di disabilità e cronicità atteso per la popolazione: tra dieci anni, nel 2030, circa 8 milioni di italiani saranno affetti da 3 o più malattie croniche e altrettanti 8 milioni saranno affetti da almeno una malattia cronica grave. Nel 2030 inoltre 5 milioni di italiani saranno portatori di una disabilità grave richiedente assistenza ed una presa in carico da parte del sistema sanitario nazionale².

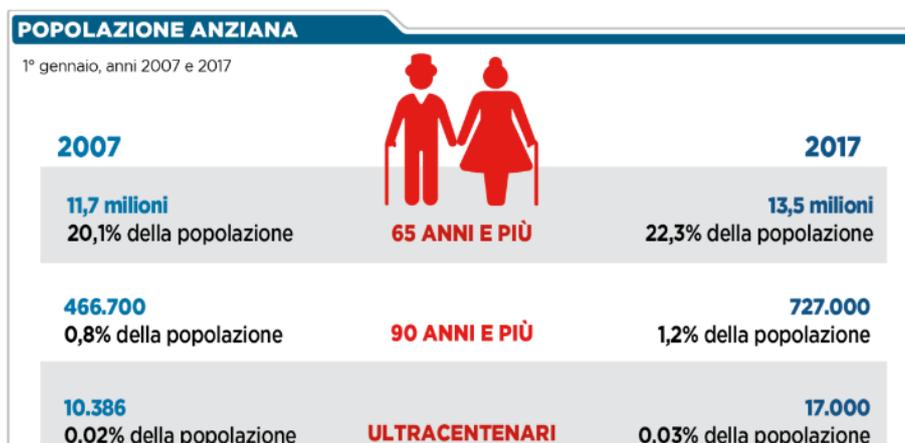


Figura 1.1. Indagine Istat sull’invecchiamento della popolazione italiana, aggiornato al 2017

¹ Dall’indagine ADI 2017 di Italia Longeva

² Da fonte: Istat, Indagine sull’incremento della disabilità e della cronicità in Italia

Di fronte a queste stime, ci si pone sempre più il problema di come migliorare la qualità della vita dei soggetti disabili o non autosufficienti. Fin dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stata considerata uno dei servizi fondamentali della rete di assistenza per il soggetto fragile. Alcuni studi hanno dimostrato che l'assistenza domiciliare riduce il consumo di risorse in termini di ospedalizzazione/istituzionalizzazione, migliora la qualità della vita degli assistiti e, confrontata con altri setting assistenziali, viene preferita dal cittadino.

Cosa si intende per ADI? L'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** è una forma di assistenza che eroga servizi e interventi socio-sanitari al fine di curare, riabilitare e assistere la persona malata all'interno della propria abitazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'assistenza domiciliare come "la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".

L'ADI avviene attraverso la presa in carico del paziente da parte di diversi professionisti, come il Medico di Medicina Generale, l'infermiere, l'assistente sociale, l'operatore socio-sanitario, il fisioterapista, lo psicologo, e così via. Da ciò possiamo capire come sia fondamentale l'integrazione tra la componente sanitaria e quella socio-assistenziale: il paziente viene seguito da un'équipe multiprofessionale con un approccio olistico, ossia con una visione globale e completa. Gli obiettivi che gli operatori sanitari componenti dell'équipe si prefiggono di raggiungere, quindi, non saranno centrati solo sulla malattia, ma dovranno comprendere anche i molteplici aspetti della vita dell'utente e della sua famiglia.

I destinatari dell'ADI sono:

- pazienti impossibilitati a raggiungere lo studio del proprio medico di Medicina Generale (MMG) per non-autosufficienza e/o barriere architettoniche;
- pazienti affetti da malattie non invalidanti, malattie invalidanti (stabilizzate o non stabilizzate) o in fase terminale che necessitano di interventi sanitari diagnostici e/o terapeutici e/o riabilitativi erogabili a domicilio.

Generalmente, la gran parte delle richieste di attivazione di questa tipologia di assistenza si riferiscono a malati terminali, soggetti che hanno avuto patologie vascolari acute o

forme psicotiche acute, anziani con gravi fratture o con malattie acute temporaneamente invalidanti e pazienti che hanno ricevuto dimissioni protette da strutture ospedaliere.

I principali obiettivi dell'ADI sono:

- la cura della persona presso il proprio domicilio, al fine di evitare il ricovero inappropriato in ospedale o in altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.



Questo schema vuole rappresentare come l'assistenza domiciliare possa avere una duplice funzione: di continuità assistenziale con l'ospedale, quindi una funzione post-ospedaliera, per esempio una riabilitazione dopo un ricovero (linea rossa), ma anche una funzione pro-attiva, di prevenzione ad un ricovero ospedaliero, di promozione della salute per evitare il manifestarsi di una malattia da trattare in ospedale (linea blu).

Affinché si realizzi un programma di ADI sono necessarie le seguenti condizioni:

1. il Piano Assistenziale Individuale (PAI) deve mostrare una reale integrazione degli interventi attuati dai diversi professionisti coinvolti;
2. essere consenzienti e supportati dalla famiglia;

3. avere una condizione abitativa adeguata allo svolgimento del PAI (le condizioni critiche vanno immediatamente segnalate).

La necessità di ricevere il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata può essere segnalata al Distretto Sanitario da:

- Medico di Medicina Generale
- medico ospedaliero
- il paziente stesso o un familiare
- l'assistente sociale.

Il distretto, quindi, raccoglie le richieste di ADI e le integra, coinvolgendo il Medico di Medicina Generale, se non già coinvolto in precedenza. Successivamente, viene realizzata una valutazione multidimensionale del paziente da parte di un'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) - formata da un'équipe medica - che ha il compito di esaminare in modo approfondito la situazione clinica del paziente in questione, tenendo in conto diversi aspetti, tra cui la sua salute psichica e i fattori socio-ambientali. Al termine della valutazione da parte dell'UVM, viene stilato un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) o un Piano Riabilitativo Individuale (PRI), che identifica gli obiettivi di cura e di assistenza, definendo un programma coordinato di interventi da parte di molteplici figure professionali (medici, infermieri, fisioterapisti, ecc.), volto a migliorare la qualità di vita del paziente. Una volta individuati tali obiettivi, vengono erogate gratuitamente all'assistito le cure a domicilio previste dal PAI o dal PRI. Le prestazioni sanitarie erogate in ADI, infatti, sono completamente gratuite per il paziente, essendo finanziate dal Servizio Sanitario Nazionale.

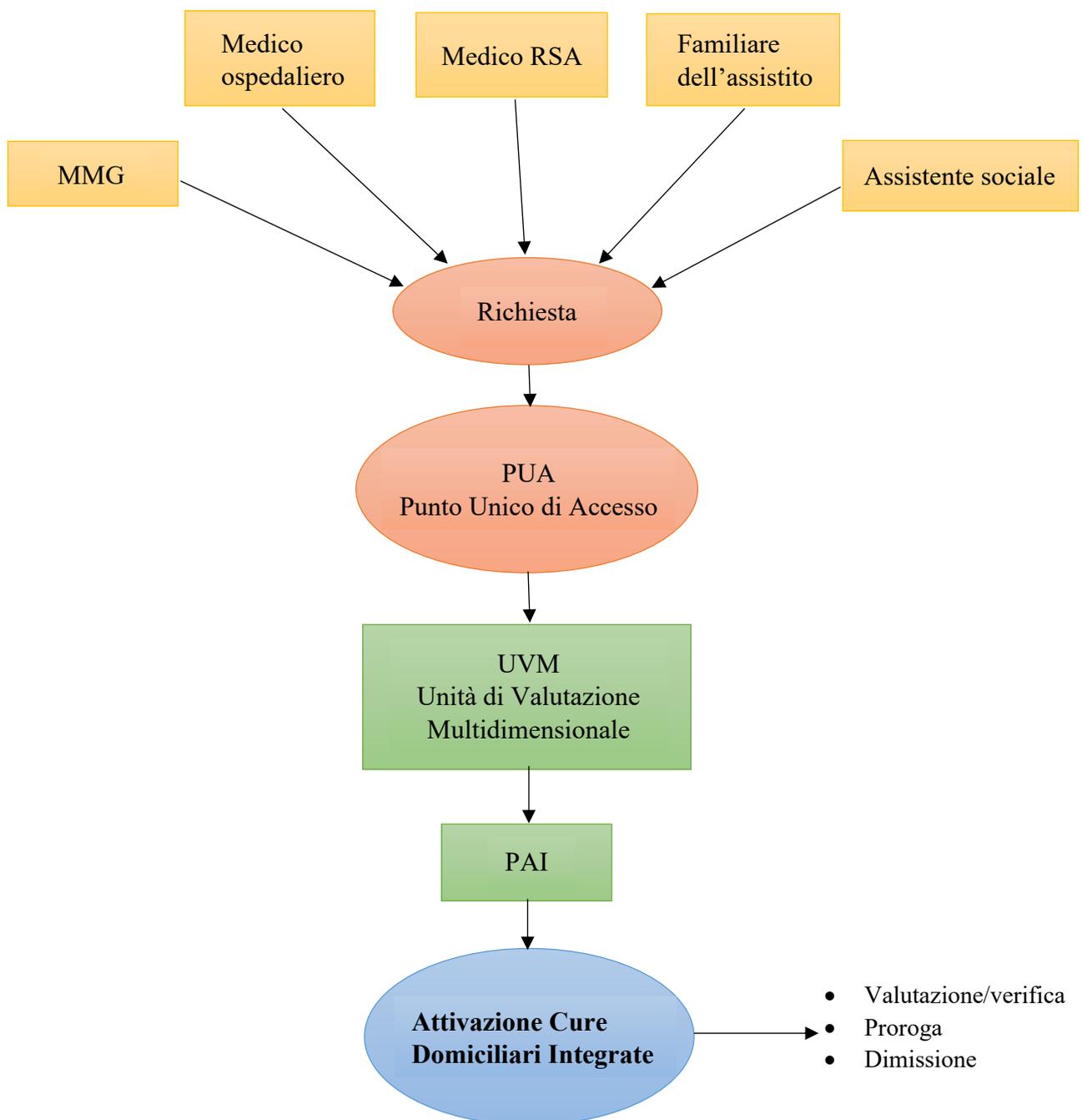
L'Assistenza Domiciliare Integrata, inoltre, prevede per tutti i pazienti la fornitura diretta dei farmaci da utilizzare al domicilio da parte degli infermieri. La fornitura dovrà essere effettuata dai servizi di farmacia delle Zone Territoriali in conformità con le normative vigenti e con oneri a totale carico della Zona Territoriale.

Il PAI ha una durata complessiva definita, con momenti di verifica a cadenza periodica. Al momento della scadenza del PAI, o in caso di oggettive modifiche dello status clinico-funzionale dell'assistito, e comunque periodicamente, andranno effettuate nuovamente le procedure di valutazione/verifica così da poter ridefinire eventualmente i Piani

Assistenziali Individuali. Queste verifiche avvengono tramite riunioni e incontri tra il medico, il personale di coordinamento del Centro di assistenza domiciliare e quello del servizio di assistenza domiciliare.

Le modalità di dimissione dall'ADI non differiscono da quelle di altri tipi di assistenza sanitaria. Il paziente può terminare il percorso per completamento dell'iter terapeutico e miglioramento delle sue condizioni, per trasferimento ad altro setting assistenziale (per acuti o RSA) o per avvenuto decesso.

Grafico 1 – Il percorso di attivazione dell'ADI



1.2 I livelli di complessità assistenziale

Una volta individuato il bisogno sanitario, il paziente viene assegnato a uno dei tre livelli di complessità assistenziale:

- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di I livello:** è costituita da prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici, a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati, articolati in **5 giorni** per più di un anno. Rientrano in questo tipo di assistenza tutti i pazienti, impossibilitati ad accedere allo studio del proprio medico per non autosufficienza e/o barriere architettoniche, che presentano: malattie croniche non invalidanti che necessitano di assistenza sanitaria (ad esempio ipertensione arteriosa, diabete, malattie cardiovascolari in terapia anticoagulante...) e malattie croniche invalidanti che necessitano di assistenza sanitaria (ad esempio esiti di ictus cerebrale con catetere vescicale a permanenza, cirrosi epatica, scompenso cardiaco, anemia refrattaria...). Nell'ADI di I livello la necessità di integrazione è bassa, qualora siano necessarie si richiedono le consulenze specialistiche e l'attivazione dell'assistenza sociale. Il responsabile terapeutico è il medico di Medicina Generale, mentre il responsabile organizzativo è l'infermiere o l'assistente sociale. L'Indice di Complessità Assistenziale (CIA) è compreso tra 0,14 e 0,30.
- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di II livello:** le prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo devono essere articolate in **6 giorni** fino a un anno, in relazione alle criticità e complessità del caso. Vi rientrano tutti quei pazienti impossibilitati (anche temporaneamente) ad accedere allo studio del proprio medico per non autosufficienza, che presentano: malattie croniche invalidanti riacutizzate o complicate (ad esempio anemia refrattaria riacutizzata che necessita di trasfusione, cirrosi epatica complicata da ascite, demenza complicata da malnutrizione o disidratazione...) e malattie post-acute invalidanti (ad esempio esiti di interventi chirurgici, tumori in terapia specifica invalidante, tumori in fase preterminale...). In questo tipo di assistenza la necessità di integrazione è maggiore rispetto all'assistenza del I livello, tant'è vero che il caso

viene attivato in maniera congiunta tra medico di Medicina Generale e infermiere. Il responsabile organizzativo è l'infermiere, mentre quello terapeutico è il medico di Medicina Generale. L'Indice di Complessità Assistenziale (CIA) è compreso tra 0,31 e 0,50.

- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di III livello:** è costituita da prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo a favore di persone con patologie che, presentando un elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati, articolati in **7 giorni** fino a 6 mesi (prolungabile). I pazienti assistiti in regime di terzo livello sono quelli impossibilitati ad accedere allo studio del proprio medico per non autosufficienza, o che presentano una malattia terminale o malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (Sclerosi Laterale Amiotrofica - SLA, distrofia muscolare); e ancora, chi necessita di nutrizione artificiale parenterale o di supporto ventilatorio invasivo. Con questo tipo di ADI vengono assistiti anche pazienti in stato vegetativo. Nell'ADI di III livello la necessità di integrazione è elevata: l'attivazione del caso avviene in maniera congiunta tra medico e infermiere che costantemente si tengono in contatto per monitorare le condizioni del paziente. Anche in questo caso il responsabile organizzativo è l'infermiere, mentre quello terapeutico è il medico di Medicina Generale. L'Indice di Complessità Assistenziale (CIA) è superiore a 0,50.

In aggiunta alle tipologie di assistenza precedentemente spiegate, abbiamo anche:

- **Cure Domiciliari Prestazionali:** prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità, ad esempio prelievo ematico, rimozione punti di sutura, consulenza infermieristica per addestramento all' auto-cura, etc. Rientrano in questa tipologia di assistenza i pazienti impossibilitati a raggiungere lo studio medico o la struttura sanitaria, ma non in condizioni di criticità o complessità gestionale. L'Indice di Complessità Assistenziale (CIA) è inferiore a 0,14.
- **Cure Palliative:** prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo in risposta a bisogni sanitari di elevata complessità. Rientrano in questo tipo di assistenza i malati oncologici terminali, i quali necessitano di un'équipe altamente

specializzata. Sono previsti interventi infermieristici continuativi con più accessi settimanali per prestazioni complesse e molteplici (infusioni farmaci, trasfusioni, nutrizione parenterale, gestione CVC, SNG, PEG,), medico-specialistici, fisioterapici. L'Indice di Complessità Assistenziale (CIA) è superiore a 0,60.

Per rendere il tutto ancora più chiaro, riporto qui sotto una tabella che mette a confronto i diversi tipi di assistenza domiciliare e permette così di cogliere le differenze più significative.

Profilo di cura	PAI	Intensità (CIA = GEA/GDC) *	Durata media	Operatività del servizio
Cure Domiciliari Prestazionali	no	< 0,14		5 giorni su 7
Assistenza Domiciliare Integrata di I livello	sì	Fino a 0,30	180 giorni	5 giorni su 7
Assistenza Domiciliare Integrata di II livello	sì	Fino a 0,50	180 giorni	6 giorni su 7
Assistenza Domiciliare Integrata di III livello	sì	> 0,50	90 giorni	7 giorni su 7 di cui 6 in servizio attivo
Cure Palliative	sì	> 0,60	60 giorni	7 giorni su 7 di cui 6 in servizio attivo

*L'Indice di Complessità Assistenziale (CIA) è dato dal rapporto tra le giornate effettive di assistenza (GEA), intese come giornate di accesso, e le giornate di cura (GDC), ossia la durata del trattamento prevista dal PAI.

1.3 La Cartella Domiciliare Integrata e il PAI

A questo punto, ritengo necessario dedicare un sotto capitolo a quelli che sono gli strumenti principali a disposizione degli operatori sanitari che operano in ADI: la Cartella Domiciliare Integrata e il PAI.

In particolare, la **Cartella Domiciliare Integrata** è il principale strumento di comunicazione e di lavoro comune alle varie figure professionali che accedono al domicilio e si avvicendano nell'assistenza al paziente. In essa, infatti, vengono registrate tutte le attività assistenziali, sanitarie e sociali, al pari di quanto avviene nel ricovero ospedaliero.

La Cartella Domiciliare viene custodita a casa del paziente durante tutto il periodo assistenziale, così da poter essere a disposizione anche della famiglia dell'assistito.

Nella prima parte della Cartella troviamo i dati relativi al paziente: non solo i dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita, residenza), ma anche le informazioni necessarie alla sua presa in carico (indicare le generalità del caregiver e il suo recapito telefonico). In questa parte viene riportato anche il motivo principale che determina l'attivazione dell'ADI e il livello di assistenza a cui viene assegnato il paziente.

Dopodiché troviamo la scheda di accertamento infermieristico secondo gli 11 modelli funzionali della Gordon e la scheda di rilevazione dei bisogni sanitari (respirazione, alimentazione, eliminazione urinaria/fecale, deambulazione/mobilizzazione, sicurezza psicofisica).

All'interno della Cartella troviamo anche: il Diario Integrato, utile per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori, la scheda di valutazione delle lesioni cutanee e la scheda di gestione dei vari presidi (catetere vescicale, SNG, CVP, CVC, PICC, ecc.).

Infine, nella Cartella Domiciliare è contenuto il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), relativo allo stato di salute e specifiche necessità del paziente. In esso sono indicate le figure professionali coinvolte nel piano, con descrizione del tipo di intervento richiesto e della frequenza settimanale con cui dovrà essere eseguito. Inoltre, in esso i professionisti sanitari segnalano sinteticamente le problematiche assistenziali rilevanti, nonché gli obiettivi da perseguire attraverso gli interventi domiciliari (es: problema assistenziale= disidratazione – obiettivo = idratazione).

Lo sviluppo tecnologico degli ultimi decenni ha inevitabilmente coinvolto anche il settore ospedaliero: l'utilizzo delle tecnologie è in grado di garantire standard più elevati di qualità ed efficienza delle cure. Tuttavia, nell'ambito dell'ADI, raramente la tecnologia raggiunge il domicilio dell'assistito. Per quanto concerne la cartella clinica, essa è nella maggior parte dei casi esclusivamente cartacea. Solo in una minoranza dei casi si ha la compilazione di una cartella clinica digitale direttamente al domicilio, tramite l'utilizzo di devices collegati in rete. In altri casi la registrazione è postuma rispetto all'accesso e viene effettuata in centrale operativa.

I ritardi nella digitalizzazione dei documenti clinici vengono talvolta attribuiti a normative che impongono la presenza di informazioni su supporto cartaceo al domicilio dell'assistito. Nonostante ciò, le ultime ricerche hanno dimostrato che il processo di digitalizzazione della cartella domiciliare sta interessando sempre più aziende sanitarie³.

In allegato è riportata la Cartella Domiciliare Integrata, cartacea e digitale, usata presso l'ASUR Marche Area Vasta 2 (ALLEGATO 1).



Figura 1.2. Esempio di cartella clinica digitale

Per avere le idee ancora più chiare, spieghiamo nel dettaglio che cos'è il PAI.

Il **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)** è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno, con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente. All'interno del PAI trovano spazio elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale,

³ Dall'indagine ADI 2017 di Italia Longeva

psicologica e linguistico-comunicativa, tutti integrati e condivisi con il nucleo familiare e/o con i caregivers del paziente, in modo da garantirne quanto più possibile l'empowerment. Il PAI, in sostanza, è il risultato del coordinamento di tutte le figure che si occupano del paziente (medici, infermieri, OSS, assistenti sociali, fisioterapisti, psicologi, logopedisti).

Il Piano viene applicato per un periodo di durata prestabilita (1 mese, 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi), che tuttavia può subire delle variazioni nel caso si riscontrino sostanziali modifiche nello stato di salute del soggetto.

Il PAI individua gli obiettivi di cura e di assistenza che l'équipe multiprofessionale che si prende in carico il soggetto intende perseguire. Tuttavia, esistono problemi con priorità diverse, motivo per il quale deve essere prestata maggiore attenzione e pronto intervento ai problemi più urgenti. Questi obiettivi sono soggetti a verifica ed adeguamento periodico e perciò è di fondamentale importanza la scelta di indicatori misurabili e quantificabili che possano garantire un costante monitoraggio degli interventi che sono stati attuati (scale di valutazione).

Dopo aver individuato gli obiettivi assistenziali, gli operatori sanitari passano alla pianificazione ed erogazione degli interventi. Quest'ultimi possono assumere varie forme, ecco perché all'interno del percorso è importante che ciascun membro dell'équipe assistenziale sia ben preparato e pronto all'intervento.

Il Piano Assistenziale Individualizzato non dovrebbe mai essere solo un atto burocratico per adempiere a richieste medico-legali, anche se la sua presenza è generalmente richiesta come requisito essenziale all'accreditamento delle RSA. Dovrebbe essere, invece, il perno centrale a cui tutti i professionisti sanitari si affidano per far raggiungere al paziente i propri obiettivi socio-sanitari.

Al centro del PAI c'è l'assistito con tutti i suoi bisogni ed è proprio la sua personalizzazione che permette di conseguire la migliore assistenza possibile.

1.4 L'evoluzione dell'ADI in Italia

L'assistenza domiciliare si sta diffondendo sempre più in questi anni, complice l'aumento dell'aspettativa di vita e delle patologie cronico-degenerative. Di conseguenza, i servizi domiciliari sono più che raddoppiati: trent'anni fa erano garantiti al 2% degli anziani, oggi quasi al 5%. Ma come si è giunti a questo esito? Vediamo quindi come è nata l'ADI e soprattutto la sua evoluzione in Italia.

L'assistenza domiciliare così come è intesa in epoca moderna nasce in Gran Bretagna. Una delle figure più importanti è **Florence Nightingale** che già nel 1869 assisteva gli ammalati a domicilio.

La Nightingale è nota come “La signora con la lanterna”, poiché andava a domicilio, anche di notte, ad assistere i pazienti. Inoltre è la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica.



Figura 1.3. Florence Nightingale

Fu in Gran Bretagna quindi che si sviluppò per prima l'assistenza a domicilio, mentre in Italia dobbiamo aspettare più di un secolo per vedere una cosa simile. Esordì infatti nel 1970, ma in un modo molto lontano dal concetto odierno, dal momento che i servizi offerti allora non comprendevano il lato sanitario: il personale veniva impiegato a domicilio per espletare faccende domestiche o burocratiche e per accudire la persona.

Con l'istituzione del SSN, il 23 dicembre 1978, si gettarono le basi per la nascita di una vera assistenza al di fuori delle mura ospedaliere.

Negli anni '80, la misura assistenziale più diffusa a parte quella residenziale consisteva nell'indennità di accompagnamento, che raggiungeva addirittura il 5% degli anziani. Ciononostante, anche in mancanza di una disciplina nazionale specifica, diverse regioni incominciarono a proporre delle prime forme di assistenza domiciliare gratuita, come integrazione o sostituzione delle indennità.

Con l'attenzione sulle problematiche legate all'AIDS e l'aumento demografico della popolazione senile, tra gli anni '80 e '90 il Governo dovette stanziare fondi e legiferare a

favore degli assistiti a domicilio e delle persone non autosufficienti, attuando così un'oculata politica riguardante l'assistenza domiciliare integrata e l'ospedalizzazione domiciliare.

L'ADI per come la conosciamo oggi è stata definita per la prima volta nei primi anni '90, nel contesto del progetto "Tutela della Salute degli Anziani 1991-1995", su iniziativa del governo italiano. L'obiettivo, che seguiva i principi della legge 833/78 (relativa all'istituzione del SSN), era quello di aumentare poco a poco il numero dei pazienti assistiti a domicilio, facendo in modo di rispondere alle esigenze di cura ma anche a quelle sociali e personali.

Nello stesso periodo vengono approvate diverse riforme sanitarie nazionali (come la legge 502/1992, la 517/1993 o la 328/2000), che toccano da vicino anche l'assistenza continuativa, contribuendo a suscitare l'attenzione intorno a essa. Nel contesto del progetto a tutela degli anziani, vengono formulate delle indicazioni sulla necessità di introdurre una unità di valutazione geriatrica apposita per le richieste di assistenza domiciliare e un piano individuale per ogni richiedente.

Sul finire degli anni '90 si dibatte sulla realizzazione di una legge nazionale sull'ADI e le discussioni culminano nello sviluppo del DPCM del 2001 (oggi sostituito integralmente da quello del 2017 sullo stesso tema). Il decreto istituisce i tre Livelli Essenziali di Assistenza, o LEA. L'ADI, rivolta ora non più soltanto agli anziani ma anche ai disabili e in generale ai pazienti non autosufficienti, rientra nel livello dell'assistenza distrettuale. Inoltre, il DPCM del 2001 individua le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e quelle socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, precisandone i criteri di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni.

In seguito, nonostante l'assenza di riforme importanti a livello nazionale (fino a quella del 2017), sull'ADI si sono mosse le regioni, che in vario modo hanno potenziato e sviluppato l'assistenza domiciliare, creando appositi fondi, progetti a lungo termine e campagne informative.

L'obiettivo per il futuro è quello di aumentare ancora di più il numero dei pazienti assistiti a domicilio, al fine di ridurre i ricoveri in ospedale e "snellire" così un sistema che, altrimenti, rischia di andare in collasso.

1.5 Le norme nazionali e regionali che regolano l'ADI

Una ricca legislazione a carattere nazionale ha tracciato, negli ultimi venticinque anni, le linee per la nascita e lo sviluppo del servizio ADI, delineandone in modo dettagliato le caratteristiche fondamentali descritte. Una sintesi della normativa a carattere nazionale relativa all'ADI è riportata nel seguente box.

Legge n. 833/1978	Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN); l'art. 25 prevede che le prestazioni specialistiche possano essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.
Progetto Obiettivo "Tutela Della Salute degli Anziani 1991-1995"	Definisce le caratteristiche funzionali ed organizzative essenziali per garantire gli standard assistenziali minimi per gli assistiti in ADI.
D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.	L'ADI è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari (art. 3-quinquies) e le prestazioni domiciliari fra quelle possibile oggetto dei fondi integrativi del SSN, ovvero i fondi volti a favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN attraverso i LEA (art. 9).
Piano Sanitario Nazionale 1998-2000	Prevede la necessità di garantire, fin quando possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non autosufficienti fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie, assistenza domiciliare integrata che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente. L'ADI è considerata una delle forme assistenziali alternative al ricovero in quanto rispondente ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione ed è in grado di assicurare la riduzione degli sprechi derivanti dalle cronicità evitabili.
DPR 28 luglio 2000, n. 270	Il DPR, evidenziando il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative, sottolinea l'importanza che gli accordi

	regionali siano prioritariamente indirizzati a dare impulso allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare, in particolare dell'ADI e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.
Legge n. 328/2000	Prevede che il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti.
DPCM 14.2.2001	Definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, precisandone i criteri di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni.
DPCM 29.11.2001	Nel definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il DPCM inserisce l'ADI nell'ambito dell'assistenza distrettuale, in particolare all'interno dell'assistenza territoriale programmata a domicilio.
Piano Sanitario Nazionale 2001-2003; 2003-2005; 2006-2008	I Piani successivi alla definizione dei LEA confermano al distretto il ruolo di coordinamento di tutte le attività extra-ospedaliere (di assistenza sanitaria di base e specialistiche, di assistenza sanitaria a rilevanza sociale ed a elevata integrazione sociosanitaria), esplicitando che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» in quanto «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione».
Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei LEA 18.10.2006	L'elevata disomogeneità delle prestazioni domiciliari (sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento) ha portato alla necessità di effettuare una nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio al fine di specificare:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. La caratterizzazione dei profili di cura domiciliari per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, della complessità, della durata media e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari; 2. L'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale; 3. La definizione di criteri omogenei di eleggibilità; 4. L'individuazione di un set minimo di indicatori di verifica; 5. La valorizzazione economica dei profili di cura (Costo Medio Mensile) e la stima del costo pro capite per residente.
DM 17.12.2008	Disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).
Patto per la Salute 2014/2016	Prevede il rafforzamento dell'ADI in vari contesti, in primis quello relativo all'umanizzazione delle cure (art. 4). Inoltre, l'art. 5 richiede alle Regioni di provvedere a definire per le persone in condizione di stato vegetativo e di minima coscienza soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali unità di accoglienza permanente. Infine, il patto prevede all'art. 6 che le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottino/aggiornino progetti di attuazione del "punto unico di accesso", della valutazione multidimensionale e del piano delle prestazioni personalizzato.
DPCM 12 gennaio 2017	All'art. 22 definisce le cure domiciliari integrate di I, II e III livello, esplicitando la loro integrazione con prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (comma 4) e da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

A livello regionale, le principali norme che hanno segnato la nascita e lo sviluppo dell'ADI nelle Marche sono riportate nella tabella sottostante.

<p>Deliberazione amministrativa 3 dicembre 1996, n. 105</p>	<p>Detta le linee di indirizzo e organizzative delle aziende USL per tutto il territorio regionale. Prevede un servizio rivolto non a una sola categoria di persone, ma a tutti quelli che sono in una situazione di non autosufficienza, a prescindere dall'età.</p>
<p>Deliberazione Giunta Regionale 9 settembre 1997, n. 273</p>	<p>Si ricorda soltanto che l'Unità Valutativa Distrettuale è composta da medico di distretto, MMG, infermiere e assistente sociale.</p>
<p>Piano Sanitario Regionale 1998-2000</p>	<p>Riafferma il Distretto nel ruolo di "governo della salute" e nella gestione di tutto il complesso di attività sanitarie extraospedaliere. Nel Piano, l'Assistenza Domiciliare Integrata viene connotata come un regime assistenziale (e non una tipologia di prestazioni), al quale partecipano tutti i medici e i professionisti sanitari, tecnici e quelli dei servizi sociali assegnati al Distretto. In particolare, in questo contesto un ruolo nuovo e rilevante viene assunto dall'infermiere come cerniera fra i bisogni dell'assistito e il responsabile clinico dell'assistenza. Il Piano sottolinea la necessità, nell'ambito territoriale, di sviluppare e diffondere un modello di erogazione delle cure a domicilio modulato sui bisogni socio-sanitari dei cittadini, organizzato sui principi di efficacia degli interventi e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, integrato funzionalmente nella rete dei servizi territoriali a livello distrettuale.</p>

<p>Deliberazione Giunta Regionale 23 marzo 2001, n. 606</p>	<p>“Linee guida regionali per le Cure Domiciliari”. Vengono definiti i livelli delle prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A bassa intensità assistenziale, quelle che costituiscono funzioni/attività proprie dei distretti sanitari, tra cui l’assistenza infermieristica domiciliare (AID) quando non fa parte dell’ADI; - A elevata intensità assistenziale e che impongono una modalità di lavoro integrato: ADI e Ospedalizzazione Domiciliare (OD). <p>Inoltre, la Delibera descrive gli elementi caratterizzanti dell’ADI, i criteri per l’ammissione e il “Pacchetto Assistenziale Minimo”.</p>
<p>Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13</p>	<p>“Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”. Con questa riforma si procede alla costituzione dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e delle 13 Zone Territoriali; l’assetto distrettuale viene modificato attraverso una riduzione del numero dei Distretti da 36 a 24.</p>
<p>Piano Sanitario Regionale 2003-2005</p>	<p>Le priorità di questo Piano sono essenzialmente quelle di sviluppare “criteri di appropriatezza” dell’assistenza domiciliare attraverso: la piena applicazione delle linee guida regionali (DGR 606/2001) per una uniforme interpretazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti in ADI e per dare un significato omogeneo alle caratteristiche di questo tipo di assistenza; lo sviluppo di percorsi assistenziali per alcune tipologie di pazienti; il progressivo ampliamento delle cure nel domicilio familiare degli assistiti; una valutazione dell’efficacia e dell’efficienza attraverso la lettura degli esiti raggiunti; l’integrazione con le reti sociali di solidarietà.</p>

<p>Piano Sanitario Regionale 2007-2009</p>	<p>Procede nel dare attuazione e strumenti ai principi ispiratori del piano precedente, individuando il Distretto come il luogo dove interpretare la domanda di salute e tradurla in risposte complessive ai bisogni attraverso la funzione di programmazione, produzione, integrazione e cooperazione. L'obiettivo principale del Distretto è la tutela della salute dei cittadini garantendo la continuità delle cure, l'accessibilità dei servizi e l'integrazione dei percorsi.</p>
<p>Piano Sanitario Regionale 2012-2014</p>	<p>Oltre a ribadire l'importanza del Distretto come luogo privilegiato dell'integrazione sociale e sanitaria, pone l'attenzione sull'ampliamento degli ambiti territoriali dei Distretti realizzato dalla L.R. 17/2011 che identifica la regione Marche in cinque Aree Vaste. Per quanto riguarda l'ADI, viene fatta una rivisitazione in un'ottica che tiene conto del Punto Unico di Accesso e modula l'accesso ai servizi attraverso l'Unità Valutativa Integrata e il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).</p>



Figura 1.4. La suddivisione della regione Marche nelle cinque Aree Vaste

CAPITOLO 2 – L’INFERMIERE IN ADI E LA RELAZIONE TERAPEUTICA

2.1 Ruolo e competenze dell’infermiere in ADI

A questo punto ci chiediamo, chi è l’infermiere in ADI? Che ruolo ricopre e quali sono le sue competenze all’interno dell’assistenza domiciliare?

L’**infermiere delle cure domiciliari** è un professionista responsabile dell’assistenza infermieristica a domicilio del paziente. Solo dopo la compilazione del PAI da parte dell’Unità di Valutazione Territoriale (UVT) e del Medico di Medicina Generale (MMG), l’infermiere può attivarsi per prestare il suo intervento attenendosi alla prescrizione.

Il domicilio del paziente diventa così un vero e proprio reparto ospedaliero con la differenza che si mantiene integro il nucleo familiare, fattore d’importanza fondamentale durante il processo di guarigione o di stabilizzazione della malattia. In questo gioca un ruolo indispensabile l’infermiere (più presente rispetto al medico), il quale è coinvolto in un’assistenza non solamente fisica (terapie, medicazioni, ecc.), ma contemporaneamente anche psicologico-emozionale. Ogni paziente mostra le sue debolezze di persona umana, ma prestare assistenza domiciliare a persone coscienti di avere una patologia non guaribile o di dover vivere “attaccati” ad una macchina è qualcosa di estremamente delicato.

Gli strumenti utilizzati durante la quotidianità lavorativa non sono così diversi da quelli utilizzati nei reparti ospedalieri (deflussori e aghi per le terapie infusive o prelievi ematici, medicazioni semplici o complesse per il trattamento delle lesioni, ecc.) e perciò i problemi di competenza infermieristica in ambito domiciliare sono simili:

- Interventi terapeutici complessi: terapia infusiva, terapia antalgica, nutrizione artificiale, terapia iniettiva.
- Situazioni assistenziali connesse alla gestione di stomie: urostomie, tracheostomie, PEG, stomie del tratto digerente.
- Situazioni di rischio di infezioni: presenza di presidi intravascolari (cateteri venosi centrali e periferici), cateteri vescicali a permanenza, lesioni cutanee (ferite chirurgiche, lesioni vascolari e neuropatiche, ustioni, lesioni da decubito).
- Situazioni di incontinenza (urinaria e/o fecale) e irregolarità dell'alvo.

- Situazioni di medio e alto rischio per l'insorgenza delle lesioni da pressione. Situazioni di rischio di sindrome da immobilizzazione.
- Interventi educativi: educazione per la gestione burocratica delle pratiche assistenziali affidate alla famiglia; educazione all'uso di presidi, ausili e altri dispositivi in dotazione alla famiglia; educazione alla corretta applicazione delle indicazioni terapeutiche e/o farmacologiche affidate alla famiglia.



Figura 2.1. La terapia infusiva a domicilio

Come i colleghi nei reparti ospedalieri, l'infermiere domiciliare ha la responsabilità generale dell'Assistenza Infermieristica, nel rispetto di quanto definito nel Profilo Professionale (DM 739/'94):

“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”.

Di conseguenza, anche l'infermiere domiciliare ha le seguenti aree di intervento: **prevenzione, cura, riabilitazione ed educazione.**

Egli inoltre assicura la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche e interviene nella:

- **Valutazione** tecnico professionale dei bisogni di assistenza infermieristica della persona.
- **Pianificazione** dell'assistenza infermieristica con definizione quantitativa, qualitativa e frequenza degli interventi infermieristici.

- **Esecuzione e valutazione** degli interventi infermieristici domiciliari sia diretti (assistenza, educazione, relazione), che indiretti (gestione organizzativa).

Per quanto riguarda l'autonomia, nell'assistenza domiciliare l'infermiere è più indipendente nella gestione del paziente e ha piena autonomia tecnico funzionale per le attività comprese nella sua sfera di azione. La programmazione di tutte le terapie farmacologiche spetta, comunque, alla figura del medico.



Figura 2.2. L'infermiere in ADI

Al domicilio dell'assistito l'infermiere si trova da solo, si espone in prima persona affidandosi al proprio bagaglio formativo, a volte con la consapevolezza di contare solo su sé stesso per ciò che riguarda le proprie azioni e le relative responsabilità. Un ambiente, quello domiciliare, in cui conta non solo la professionalità di chi opera, ma anche il rapporto che si instaura tra operatore sanitario e paziente/nucleo familiare.

Come abbiamo visto, gli interventi di supporto che l'infermiere attua a domicilio sono molteplici e per far sì che questi interventi siano efficaci, l'esperienza e l'individualità del paziente devono essere centrali e la comunicazione e l'integrazione fra gli operatori e i vari servizi deve essere continua.

2.2 L'infermiere come parte di un'équipe multidisciplinare

Nell'Assistenza Domiciliare Integrata l'infermiere opera in continuo confronto con altre figure professionali che si integrano nei vari aspetti della vita della persona, al fine di raggiungere il massimo livello di benessere fisico, psichico e sociale.

Il lavoro in équipe è la modalità operativa più adeguata a rispondere alle esigenze del malato e della sua famiglia: il gruppo di lavoro si definisce “**multidisciplinare**” e “**multiprofessionale**” perché al suo interno lavorano professionisti di ambiti differenti e con diverse modalità di lavoro, come il Medico di Medicina Generale, l'infermiere, l'OSS, l'assistente sociale, il fisioterapista, lo psicologo, e così via.

L'approccio multidisciplinare è essenziale per migliorare la qualità della vita delle persone e per soddisfare, oltre ai bisogni sanitari, anche quelli legati alla sfera psicologica, sociale e spirituale. Per questo è indispensabile che gli operatori abbiano competenze non solo tecniche, ma anche relazionali, per promuovere un dialogo aperto durante il quale possano emergere i bisogni di cura del malato e della sua famiglia, che spesso deve essere supportata anche nella fase dell'elaborazione del lutto. Requisito fondamentale è dunque la capacità di lavorare all'interno di un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale, per cui è fondamentale anche una formazione adeguata e continua.

Un ottimo lavoro che l'équipe può svolgere è quello di non selezionare un modello operativo unico per tutte le esigenze, ma di modellarne uno di volta in volta conforme con le esigenze delle singole persone, promuovendo anche l'integrazione tra ospedale e territorio.

La collaborazione tra i diversi operatori sanitari risulterà proficua e porterà al raggiungimento di un modello assistenziale funzionale ed efficiente, solo se gli operatori sono abituati a un buono scambio di informazioni. Da ciò capiamo anche quanto sia importante per ciascun professionista mantenere una comunicazione rispettosa del proprio e dell'altrui ruolo.

Lavorare in équipe non significa annullare la specificità dei compiti, essendo le differenze tecniche contributo fondamentale alla qualità del servizio da offrire. Pur mantenendo distinte le attività relative alle specifiche competenze, è necessaria una flessibilità che garantisca che alcuni compiti (come accoglienza e formazione) possano essere svolti da tutti, indipendentemente dalle diverse professionalità. Nel lavoro multidisciplinare, ogni

figura professionale, pur integrandosi con le altre, mantiene un ruolo centrale e pari dignità, per potenziare l'intervento mirato al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

I vantaggi del lavoro multidisciplinare sono numerosi e tutti a favore del paziente:

- Assistenza migliorata;
- Processi clinico-assistenziali integrati;
- Errori e tempi di consultazione ridotti;
- Strumenti di comunicazione uniformati;
- Documento unico che raccoglie tutte le informazioni del paziente;
- Possibilità per tutti gli operatori coinvolti di accedere alle valutazioni ed evoluzioni del processo clinico;
- Interventi terapeutici ed assistenziali ottimizzati.



Figura 2.3. L'équipe multidisciplinare

Vediamo ora più nel dettaglio quali sono i ruoli dei principali professionisti sanitari membri dell'équipe che operano in ADI:

- **Medico di Medicina Generale:** poiché conosce più profondamente la situazione fisica e sociale del paziente, la sua collaborazione è indispensabile per ottenere la migliore assistenza possibile. Il MMG è il responsabile sanitario del processo assistenziale, formula il PAI, richiede la collaborazione delle altre figure professionali, prescrive la terapia e gli accertamenti specialistici necessari,

informa i familiari sullo stato di salute del malato e sulle prestazioni assistenziali richieste, effettua le visite domiciliari programmate ed è disponibile per le urgenze diurne.

- **Infermiere:** è la figura chiave dell'assistenza domiciliare. Collabora con l'équipe alla formulazione del PAI, effettua le visite domiciliari programmate svolgendo le attività infermieristiche previste dal PAI, favorisce il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione del paziente ed informa i familiari sulle tecniche di assistenza richieste.
- **Operatore Socio-Sanitario:** aiuta la famiglia nelle attività domestiche (preparazione pasti, piccole pulizie, disbrigo commissioni) e assiste il paziente durante le attività legate alla quotidianità (alimentazione, igiene e mobilità).
- **Assistente Sociale:** svolge un ruolo fondamentale all'interno dell'équipe perché effettua il colloquio di accoglienza che è la premessa di ogni percorso di cura. Effettua la valutazione dei bisogni socio-assistenziali del paziente, esegue tutti gli interventi e le procedure socio-assistenziali previsti dal PAI, monitora e verifica la situazione per gli aspetti socio-assistenziali di competenza.
- **Fisioterapista:** offre a domicilio il servizio di riattivazione motoria/respiratoria, di terapie fisiche, antalgiche ed antinfiammatorie, di rieducazione dei disturbi neuropsicologici, al fine di garantire il recupero della massima autonomia del paziente.
- **Psicologo:** offre un valido sostegno psicologico sia al malato durante il percorso di cure, sia ai familiari e caregiver.
- **Volontario:** è l'elemento più innovativo dell'équipe. Ha il compito di fare compagnia al malato, di aiutare i familiari nell'assistenza (mobilizzazione e alimentazione del malato) e nel disbrigo di commissioni pratiche.

2.3 Il ruolo centrale del caregiver in ADI

Oltre ai professionisti sanitari membri dell'équipe, nell'ADI svolge un ruolo di primaria importanza la famiglia del paziente, in quanto anch'essa vive la malattia.

All'interno della famiglia viene individuata una figura di riferimento che ha il ruolo di assistere e supportare la persona malata non auto-sufficiente, occupandosi anche delle attivit ordinarie di cura della persona: il **caregiver**, che letteralmente significa "donatore di cura". Per gli operatori sanitari  essenziale individuarlo immediatamente, perch  la persona con cui dovranno interfacciarsi per l'intero percorso di assistenza e che potr descrivere loro cosa accade in ambito domestico al di fuori delle visite dell'équipe. Il caregiver  quindi un supporto indispensabile per il paziente, non solo per la gestione della sua vita quotidiana, ma anche per aiutarlo a definire con i curanti un piano di assistenza individuale che risponda ai suoi bisogni e desideri.

 difficile definire in maniera univoca quali siano i compiti del caregiver, perch dipendono da una serie di fattori: familiari, sanitari e caratteriali di chi assiste e di chi viene assistito. Tuttavia, si possono definire delle linee guida generali che tutti coloro che ricoprono questo delicato compito devono rispettare. Al caregiver non viene richiesto di avere particolari competenze in ambito sanitario, quanto piuttosto di stare accanto alla persona malata nella soddisfazione dei suoi bisogni quotidiani, di carattere sia fisico sia psicologico. Pu essere necessario imparare piccole manovre di assistenza, interventi specifici per somministrare i farmaci o per far funzionare particolari apparecchiature: in tal senso gli operatori sanitari si rendono disponibili ad effettuare una formazione dedicata per rendere i caregiver autonomi nella gestione di queste attivit di routine.

Al contempo, il caregiver deve offrire un supporto psicologico e morale al proprio caro malato. Per fare ci, egli deve essere prima di tutto un "buon ascoltatore": deve invitare il paziente a parlare dei propri sentimenti e stati d'animo senza timore e deve ascoltare in maniera attiva ci che riferisce, in modo che il malato si senta empaticamente compreso e non giudicato. Solo lasciando il paziente libero di esprimersi, si pu mantenere l'equilibrio necessario per affrontare l'esperienza di malattia e di cura.



Figura 2.4. Il caregiver familiare

I compiti che il caregiver deve svolgere sono spesso numerosissimi e questo porta a delle ripercussioni psicologiche importanti, quali ansia e depressione con sintomi che possono variare dall'insonnia all'irritabilità e alla demotivazione. Il caregiver si sente sopraffatto da un carico di responsabilità superiore alle sue capacità, a cui si aggiungono la preoccupazione per lo stato di salute del proprio caro, il senso di frustrazione e impotenza nel vederlo in difficoltà e l'impossibilità di prendersi una pausa da questa situazione.

Lo stato che deriva dal carico assistenziale prestato in maniera prolungata e continuativa dal caregiver prende il nome di Burden. Questa condizione può essere superata seguendo alcuni consigli di carattere generale, quali ad esempio:

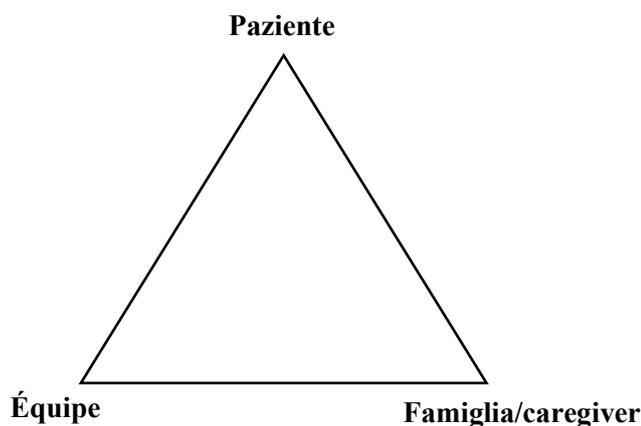
- Prendersi dei momenti di pausa
- Vigilare sulla comparsa dei sintomi di Burden
- Esprimere le proprie emozioni e i propri bisogni
- Delegare ad altre persone lo svolgimento di alcuni compiti specifici.

L'équipe assistenziale può essere in questo un valido supporto: i volontari, per esempio, possono aiutare garantendo dei momenti di pausa al caregiver.

In conclusione, possiamo affermare che il caregiver ricopre un ruolo centrale nella gestione del paziente a domicilio, alla pari degli altri professionisti sanitari. La sua presenza è dunque altrettanto indispensabile al fine di soddisfare i bisogni assistenziali del paziente e permettergli di raggiungere il migliore benessere possibile.

2.4 La relazione terapeutica infermiere-paziente

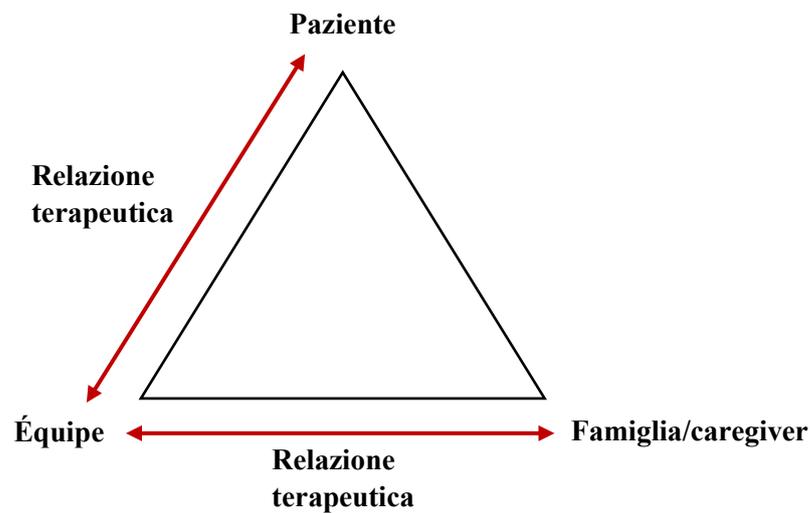
Il **triangolo paziente-équipe-famiglia/caregiver** è la regia dell'unità di lavoro. Al vertice di questo triangolo è collocato il paziente, con i suoi bisogni di cura. Alla base invece troviamo l'équipe, con tutti gli operatori sanitari previsti per quel paziente, e la famiglia/caregiver. Questi ultimi li collochiamo alla base del triangolo in quanto, grazie al loro intervento e alla loro collaborazione, si possono soddisfare i bisogni assistenziali del paziente.



Ciò che collega l'équipe al paziente e alla sua famiglia è la **relazione terapeutica**.

Prima ancora che con il paziente, l'infermiere e gli altri operatori sanitari devono instaurare una relazione con la famiglia. A loro, infatti, spetta il delicato compito di analizzare il clima familiare, comprendere il significato che la malattia ha per tutti coloro che ne sono coinvolti e il peso delle forze familiari prima e durante la malattia. Dovranno porre attenzione all'atteggiamento dei familiari tra di loro e osservare il loro comportamento con il malato per giungere a valutare come sono veramente i rapporti. Per far sì che questa relazione sia efficace, l'infermiere deve favorire una comunicazione chiara e aperta all'interno della famiglia e deve incoraggiare il caregiver a riferire tutto ciò che accade durante la giornata.

La relazione che si instaura tra infermiere e paziente si presenta come **relazione d'aiuto**: il malato si trova in uno stato di bisogno e si rivolge al professionista sanitario per ricevere aiuto. Questa relazione assume un **aspetto terapeutico** perché consente, attraverso la comunicazione, di scambiare e condividere informazioni indispensabili per poter elaborare piani di assistenza personalizzati al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia porta con sé.



Alla base di una buona relazione terapeutica tra infermiere e paziente ci sono i seguenti punti cardine:

- **Comunicazione efficace:** una comunicazione positiva e soddisfacente dà alla persona un senso di sicurezza rinforzando la sua percezione di non essere sola e di avere qualcuno che l'ascolti. Una comunicazione inadeguata, d'altro canto, può provocare frustrazione, collera, depressione e senso di isolamento. La metodologia comunicativa più adeguata da parte dei curanti dovrebbe essere quella del "double bind", ossia uguale per i familiari e per il paziente, per evitare l'isolamento del malato e la totale delega gestionale al caregiver.
- **Saper ascoltare:** l'infermiere non deve presumere di sapere cosa sta dicendo l'assistito, ma deve ascoltare e deve essere disposto a rivedere l'idea che si è fatto del paziente continuamente cercando di instaurare con lui una relazione di fiducia.
- **Comprensione empatica:** l'infermiere deve essere in grado di sentire i sentimenti del paziente come se fossero suoi senza dimenticare che si tratta di una situazione analoga.
- **Autenticità dell'infermiere:** questo non significa dire sempre ciò che si pensa, ma significa cercare di mostrare congruenza e accordo tra le parole e ciò che si sente davvero. La congruenza è comunicata all'altro in particolare attraverso il tono della voce, la postura, la mimica facciale ovvero tutte le manifestazioni del non verbale.

CAPITOLO 3 – ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE PORTATORE DI PEG

3.1 La PEG: definizione e indicazioni

La **Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)** è una procedura che consiste nel posizionare una sonda nello stomaco attraverso la parete addominale, in modo da collegare la cavità gastrica all'esterno. Questa procedura permette di somministrare cibi, liquidi e farmaci direttamente nello stomaco in soggetti che hanno difficoltà a deglutire (per malattie organiche o funzionali).

Il termine *gastrostomia* deriva dall'unione di due parole: "gastro", che deriva dal greco "gaster" e significa stomaco, e "stomia", che deriva dal greco "stoma" e significa bocca/apertura. *Endoscopica* fa riferimento al fatto che, durante la procedura, viene fatto uso di un endoscopio. Questo particolare strumento, dotato di una telecamera e una sorgente di luce, viene infilato nello stomaco a partire dalla bocca e serve a individuare l'esatto punto per l'inserimento del tubo. *Percutanea* significa "che avviene attraverso la pelle". Nel caso specifico, si riferisce alla perforazione di addome e stomaco, attraverso cui viene fatto uscire il tubo per la nutrizione artificiale.



Figura 3.1. La PEG

La PEG è una modalità di **nutrizione enterale** che si realizza quando un individuo non riesce ad alimentarsi per via orale. Questa nutrizione è da preferire rispetto a quella parenterale (cioè per via venosa) perché rispetta la normale fisiologia digestiva e

l'integrità della mucosa gastrointestinale assicurando un maggiore assorbimento dei nutrienti e permette una più facile gestione del paziente a domicilio. La PEG viene posizionata nei pazienti che necessitano di una nutrizione enterale per un periodo di tempo superiore ad un mese.

Gli obiettivi principali sono: evitare la perdita eccessiva di peso nelle persone con un apporto metabolico non sufficiente, correggere le carenze nutritive gravi e favorire lo sviluppo dei bambini con gravi ritardi di crescita.

La PEG costituisce la tecnica di scelta in pazienti con:

- **malattie neurologiche acute** (traumi della testa e dell'encefalo, danni cerebrovascolari, ictus);
- **malattie neurologiche croniche** (sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer, Sindrome pseudo-bulbare, miastenia, demenza multifattoriale);
- **tumori del cervello;**
- **tumori delle prime vie dell'apparato digerente** (tumori della bocca, faringe, laringe, esofago e stomaco prossimale);
- **Severa malnutrizione** (pazienti che devono effettuare cicli di radiochemioterapia, condizioni di anoressia grave);
- **Volvolo gastrico**, ovvero quando lo stomaco si attorciglia su stesso;
- **Occlusione intestinale**. In questo caso, la PEG ha scopo decompressivo, quindi serve a svuotare lo stomaco anziché a rifornirlo di nutrienti;
- Interventi chirurgici praticati per la correzione di difetti anatomici come il **labbro leporino**. In questo caso è una soluzione temporanea.

Rispetto ad altre tecniche di nutrizione enterale, la PEG risulta maggiormente tollerata e presenta minori rischi chirurgici e anestesiológicos. Per questo motivo, è una procedura raccomandata anche per i bambini con malattie neurologiche (asfissia perinatale, paralisi cerebrale, idrocefalia, disordini cromosomici, meningoencefaliti, traumi cranici) e tumori.

3.2 Il posizionamento della PEG e l'assistenza infermieristica nel post-confezionamento

Prima di procedere al confezionamento della PEG, occorre fare una valutazione complessiva delle condizioni della persona e una valutazione etica sull'utilità della procedura, prendendo in esame l'aspettativa di vita complessiva e la qualità di vita. Si devono inoltre valutare possibili controindicazioni, quali stenosi dell'esofago, gravi coagulopatie, impossibilità di contatto tra parete gastrica ed addominale, ascite massiva, reflusso gastroesofageo importante, ipertensione portale con varici esofagee, cancro gastrico, ulcera gastrica, carcinosi peritoneale e grave obesità.

Una volta stabilita la necessità di posizionare la PEG, il medico e l'infermiere devono informare il paziente riguardo la procedura, chiarire tutti i suoi dubbi e fargli firmare il consenso informato.

La PEG deve essere eseguita dopo un periodo di digiuno di almeno 8 ore, perché la presenza di alimenti nello stomaco interferirebbe con una adeguata esplorazione delle pareti ed esporrebbe al rischio di rigurgito dei cibi nei polmoni. Sempre nelle 8 ore che precedono l'intervento va evitata l'assunzione di sciroppi.

La procedura si esegue in Day Hospital o con un ricovero breve di uno o due giorni e viene eseguita in sedazione cosciente o in sedo-analgesia in modo da provocare il minimo disagio al paziente. In casi particolari si può far ricorso alla sedazione profonda con l'assistenza del medico anestesista. Immediatamente prima dell'inizio della procedura viene generalmente effettuata una profilassi antibiotica, per ridurre il rischio di complicanze infettive del tramite gastrostomico.

La fase preliminare è rappresentata da una Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) per escludere patologie e/o lesioni della parete gastrica. Successivamente viene insufflato lo stomaco così da far aderire la parete anteriore dello stomaco con la parete addominale. Per mezzo della digito-pressione e della trans-illuminazione si sceglie e si verifica il punto in cui posizionare la PEG. Una volta scelto il punto adatto per il posizionamento della PEG, viene effettuata una anestesia locale e una piccola incisione cutanea che permette all'operatore di inserire un ago-cannula che dalla parete addominale penetra nel lume gastrico. Dentro la cannula viene quindi inserito un filo guida che viene afferrato endoscopicamente e portato all'esterno attraverso il tratto digestivo superiore mediante l'estrazione del gastroscopio.

A questo punto, l'operatore ha a disposizione due tecniche per l'inserimento del sondino:

- nella **tecnica Pull**, il sondino viene trainato dal filo, precedentemente portato all'esterno dal gastroscopio, nel tratto digestivo superiore fino alla parete addominale che viene attraversata a livello del tramite precedentemente creato;
- nella **tecnica Push**, il sondino per la nutrizione, che presenta un dilatatore alla sua estremità, viene fatto scorrere sul filo guida partendo dal tramite cutaneo addominale e quindi spinto verso la bocca tenendo il filo guida teso.

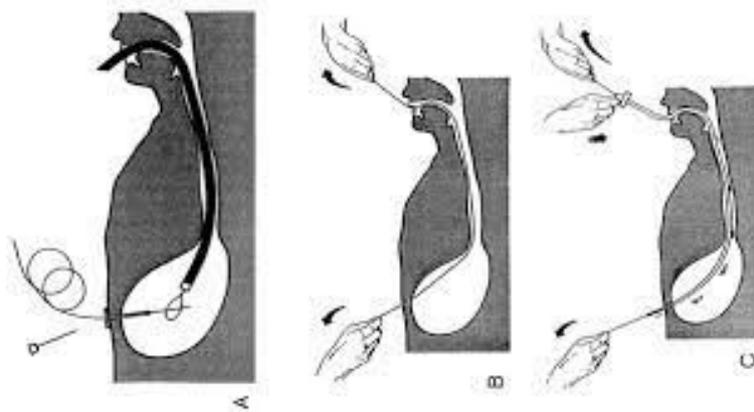


Figura 3.2. Tecnica Pull

In entrambi i casi, al termine della procedura la sonda viene mantenuta in sede mediante un bumper (placca o bottone) interno ed una placca esterna. Il tutto è libero di ruotare. Il tubo della sonda esce dal ventre di alcuni centimetri (15-30 cm) e può essere in poliuretano o silicone. In alternativa, esistono sistemi a basso profilo chiamati “bottoni”, che fuoriescono solo di pochi millimetri e hanno una chiusura a tappo, simile a un bottone.



Figura 3.3. Sonda di gastrostomia

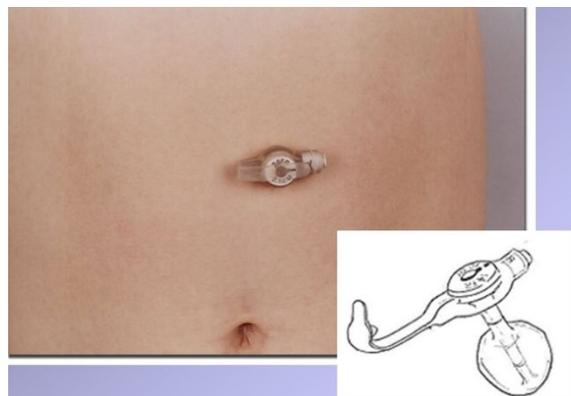


Figura 3.4. “Bottone” gastrostomico

Già dopo 12 ore dal confezionamento della PEG, si può iniziare con l'idratazione. La nutrizione vera e propria, invece, deve iniziare dopo 24 ore dall'intervento.

La cute peristomale va controllata quotidianamente, verificando l'assenza di segni di infezione (arrossamento, gonfiore, irritazione, pus e perdita di succo gastrico), così come è necessario controllare che la posizione e la distanza della flangia cutanea sulla sonda corrisponda a quella registrata sulla documentazione clinica. La medicazione va cambiata tutti i giorni per la prima settimana, poi a giorni alterni per circa 10 giorni, fino a quando la ferita non si sia normalizzata e non vi sia più fuoriuscita di secrezioni. Quando la stomia è stabile, la medicazione si effettua 1 volta alla settimana.

La medicazione viene eseguita nei primi giorni con clorexidina in soluzione acquosa (o comunque soluzioni non corrosive) per rimuovere eventuali incrostazioni sotto la flangia con l'ausilio di una garza, effettuando movimenti circolari dal centro verso l'esterno. Dopodiché, si applica una garza parzialmente tagliata intorno alla sonda e si copre con una seconda garza intera, fissando la medicazione con cerotto anallergico e avendo cura di non angolare la sonda.



Figura 3.5. La medicazione della PEG

Nei primi giorni successivi al confezionamento, le secrezioni possono essere abbondanti e impregnare le garze a tal punto che la cute può macerarsi. Questo ambiente può favorire l'insorgenza di infezioni cutanee che complicano la ferita e ne ritardano la guarigione, richiedendo in alcuni casi un trattamento antibiotico. Se le garze si macchiano e restano bagnate, devono essere sostituite anche più volte al giorno, almeno nel primo periodo. Quando la stomia è stabile, si può evitare l'utilizzo delle garze e del cerotto: è sufficiente lavare quotidianamente la cute peristomale con acqua e sapone neutro e asciugare bene con una garza.

3.3 La cura della PEG a domicilio

Una volta a casa, è importante che il paziente e la famiglia non si sentano mai soli e che possano contare sul supporto costante dell'**infermiere domiciliare**, sia dal punto di vista della gestione pratica della PEG, sia dal punto di vista psicologico.

Il primo intervento dell'infermiere a domicilio, consiste nell'istruire il paziente e i familiari che lo assistono a una corretta **cura della stomia**, al fine di prevenire le infezioni nel punto di inserzione della sonda. La gestione domiciliare della PEG, infatti, non è difficile, ma richiede alcune attenzioni quotidiane. Se non vi sono problemi particolari o indicazioni mediche, la stomia può essere controllata e medicata 2–3 volte alla settimana. Prima di effettuare qualsiasi manovra sulla sonda è necessario: lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone, indossare i guanti, pulire i piani di appoggio e preparare il materiale necessario.

Innanzitutto, si deve controllare la cute peristomale per verificare la presenza di arrossamenti, irritazioni, gonfiore, fuoriuscite di materiale purulento o di succhi gastrici dal punto di emergenza della sonda.

Dopodiché, si deve detergere delicatamente la cute intorno alla stomia con movimenti circolari verso l'esterno, utilizzando garze morbide o bastoncini ovattati imbevuti di acqua ossigenata o lavare con acqua tiepida e sapone liquido, rimuovendo le secrezioni essiccate o incrostate. Poi asciugare delicatamente con una garza. L'uso dei disinfettanti va evitato, salvo nei casi in cui sia prescritto dal medico, così come i saponi profumati perché tendono a screpolare la pelle.

La cute attorno alla stomia deve 'respirare': la distanza ottimale tra cute e sistema di bloccaggio esterno (anello) deve essere di circa 3mm.

Ogni giorno, il paziente o chi lo assiste deve far ruotare dolcemente la sonda di 360 gradi e deve spingerla leggermente verso l'interno e verso l'esterno della fistola, verificando che si muova liberamente.

La copertura con garza al di sopra del sistema di bloccaggio e il fissaggio con cerotti anallergici è necessario solo se il paziente non è collaborante o vi è il rischio di rimozione.

Per quanto riguarda la **cura della sonda**, questa deve essere lavata all'esterno con acqua e sapone neutro. Mai utilizzare sostanze alcoliche che ne diminuiscono la durata o clamparla.



Figura 3.6. La PEG

Inoltre, di fondamentale importanza è l'**igiene del cavo orale** perché con la PEG viene a mancare la pulizia meccanica naturale ottenuta con la masticazione. Il paziente quindi deve lavarsi la bocca e i denti almeno due volte al giorno e deve ammorbidire le labbra con burro di cacao o creme lubrificanti.

Una volta che la ferita è ben rimarginata, il paziente portatore di PEG può fare la doccia e anche il bagno. Prima di immergersi nell'acqua è importante: scollegare la pompa e chiudere la porta intestinale. Al termine del bagno si può ricollegare la pompa e riavviare l'infusione.

3.4 La Nutrizione Enterale Domiciliare tramite PEG

Un altro compito fondamentale dell'infermiere domiciliare, è quello di erogare tutto il materiale necessario per la nutrizione ed educare il paziente e i familiari alla **gestione domiciliare della nutrizione enterale**.

Esistono tre tipi di miscele nutritive che si possono somministrare tramite PEG:

1. **Diete naturali:** costituite dalla miscelazione di sostanze naturali, la cui preparazione può essere:
 - artigianale, nella quale gli alimenti sono frullati od omogenizzati, in forma liquida o semiliquida;
 - industriale, in cui i preparati sono già disponibili in commercio, hanno una composizione nota, equilibrata, garantiscono un apporto completo dei vari elementi nutritivi, sono più sicuri per quanto riguarda possibili contaminazioni;
2. **Diete chimicamente definite:**
 - polimeriche o semielementari, che richiedono processi digestivi parziali;
 - monomeriche o elementari, già pronte per essere assorbite;
3. **Diete modulari o specifiche,** utilizzate per soddisfare esigenze nutrizionali legate a particolari patologie, come l'insufficienza epatica, l'insufficienza renale, l'insufficienza respiratoria e il diabete.

Le soluzioni da somministrare vengono comunque stabilite dal dietologo e dal dietista dopo valutazione degli indici nutrizionali del paziente (proteine, glicemia, funzionalità renale, ecc.).

La tecnica di somministrazione dipende dalla funzionalità dell'intestino e dalle condizioni cliniche del paziente. La miscela nutritiva può essere somministrata:

- in **maniera continua (24 ore su 24)**, utilizzando una **pompa ad infusione**. Questo è il metodo maggiormente consigliato, poiché l'infusione costante allunga il tempo disponibile all'assorbimento. Tuttavia limita molto l'autonomia del paziente;
- in **infusione intermittente**, durante la quale la miscela viene suddivisa in porzioni uguali e somministrata **3-6 volte** nell'arco della giornata. L'infusione avviene per gravità, in 30-90 minuti. Questo tipo di infusione simula un'alimentazione normale;

- attraverso un **bolo unico** (circa 200-400 cc ogni 2-3 ore) con l'ausilio di una siringa, mediante la **tecnica di “gavage”**. È la metodica più rapida, ma è associata a maggiori effetti collaterali quali rigurgito, distensione della parete addominale, iperstimolazione della peristalsi e diarrea.

Prima di iniziare la preparazione della nutrizione è necessario lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone e preparare su un piano pulito tutto il materiale necessario: miscela nutritiva, set di infusione (deflussore), sacca, siringone da 60 cc, nutri-pompa e asta per il fissaggio della pompa e della sacca.

Successivamente, si passa a preparare la miscela nutritiva: se gli alimenti sono già disponibili sotto forma liquida, in flacone o in sacca, agitare bene la confezione e collegarla al deflussore. Se il preparato è in polvere, comporre la soluzione come indicato nella confezione aggiungendo la quantità di acqua richiesta. Le miscele nutritive devono essere somministrate a temperatura ambiente.

Terminata la preparazione degli alimenti, si deve far assumere al paziente la posizione semi-seduta, sollevando la testiera del letto o utilizzando alcuni cuscini, per facilitare la somministrazione del preparato. Questa posizione deve essere mantenuta per almeno un'ora dopo la fine del pasto, per evitare il reflusso dei nutrienti.

Inoltre, si dovrà controllare:

- l'esatta posizione della PEG, verificando la sede della tacca di riferimento presente sulla superficie esterna;
- la pervietà della sonda iniettando 30 cc di acqua tiepida;
- la quantità di residuo gastrico: prima di ogni pasto se la somministrazione è intermittente, ogni 3-5 ore se continua. Se il residuo è superiore a 100 cc, rimandare la somministrazione di 1-2 ore se questa avviene per bolo, rallentare la velocità, se continua.

Tenere sempre sotto osservazione il paziente durante il pasto, segnalando la comparsa di sintomi quali: tosse, difficoltà respiratoria, cianosi (causati da aspirazione o reflusso alimentare nelle vie aeree), nausea, vomito, diarrea, alterazione della coscienza.

Al termine della nutrizione, lavare la sonda con 30-60 cc di acqua tiepida. In caso di somministrazione continua, lavare la sonda almeno quattro volte al giorno e ad ogni sospensione della nutrizione.

Sostituire il deflussore ogni 24 ore, sia questo per caduta che per nutri-pompa.

Se la nutrizione enterale viene somministrata tramite nutri-pompa, è fondamentale che il paziente e i familiari vengano istruiti all'uso di quel particolare tipo di pompa. Quasi tutte le pompe sono dotate di sistemi di allarme che segnalano quando la sacca è vuota, quando le batterie sono scariche o un'eventuale occlusione. Di conseguenza, il paziente e i familiari devono conoscere i relativi segnali di allarme e sapere come risolvere eventuali problemi. Infine, il paziente o chi lo assiste vengono incoraggiati a tenere un diario in cui registrare gli orari, il quantitativo di cibo assunto e qualsiasi sintomo si sia manifestato. L'infermiere può esaminare il diario con loro durante le sue visite domiciliari.

Il percorso di presa in carico del paziente con Nutrizione Artificiale Domiciliare è riportato in **ALLEGATO 2**; in **ALLEGATO 3** è riportato il protocollo sull'alimentazione tramite PEG attualmente in uso presso l'ASUR Marche Zona Territoriale 4 Senigallia.



Figura 3.7. La Nutrizione Enterale Domiciliare

Attraverso la PEG si possono somministrare anche i **farmaci**, seguendo alcuni accorgimenti, ovvero:

- prima di somministrare i farmaci occorre sospendere momentaneamente la nutrizione per evitare il rischio di precipitazione degli alimenti o dei farmaci stessi;
- se possibile preferire forme farmaceutiche liquide. Nel caso in cui si necessita la somministrazione di compresse, queste andranno frantumate finemente e somministrate dopo diluizione in 20 ml di acqua;
- tritare i farmaci uno alla volta, evitando contaminazioni tra più farmaci e lavare l'apparecchio dopo ogni uso se si utilizza un tritatore;
- somministrare un farmaco alla volta, lavando la sonda fra uno e l'altro;
- non mescolare mai i farmaci alla soluzione nutrizionale.

3.5 Le complicanze più frequenti della PEG

La PEG è una procedura sicura con una bassa incidenza di complicanze; le complicanze più gravi si verificano solo nell'1-4% dei casi. Possono aversi complicanze associate all'intervento stesso o all'uso della gastrostomia.

L'**infezione della stomia** è una delle complicanze più frequenti (fino al 30% dei casi). L'infezione può essere superficiale, intorno al sito di uscita o progredire in profondità. La stomia deve essere sempre valutata e devono essere segnalati eventuali cambiamenti tipo arrossamento, gonfiore o perdita di pus. Questo problema si risolve con una buona medicazione, l'impiego di antisettici locali e, talvolta, la somministrazione di antibiotici sistemici.

Un'altra complicanza frequente è l'**allargamento della stomia**, che si può manifestare con perdita di succo gastrico e relativa dermatite chimica. In questo caso occorre pulire la cute peristomale con acqua e sapone e applicare una medicazione da sostituirsi ogni volta che appare umida. Inoltre, può essere utile applicare sulla cute una pasta all'ossido di zinco o preparati specifici che formano una barriera.

Uno dei problemi più frequenti sul lungo periodo è l'**irritazione** e il **deterioramento della cute peristomale**. La fuoriuscita di materiale gastrico è la causa più frequente. In alcuni casi però potrebbe trattarsi di una reazione allergica (per esempio ai saponi o alle creme utilizzate). La zona arrossata va pulita con acqua tiepida, cambiando il detergente. Può essere utile proteggere la cute applicando una crema o una pasta all'ossido di zinco.



Figura 3.8. e 3.9. Irritazione della cute peristomale

L'**ostruzione della sonda** è un problema relativamente frequente nei soggetti alimentati con le soluzioni. La causa è spesso individuabile in un lavaggio non accurato della sonda dopo aver staccato la nutrizione. Anche i farmaci sono responsabili dell'ostruzione della PEG. L'ostruzione della sonda può essere risolta con lavaggi a pressione di acqua tiepida, effettuati con delicatezza; l'utilizzo di bicarbonato di sodio può contribuire alla disostruzione. La coca cola, il succo di ananas o di mirtillo non sono consigliabili.

La **rimozione accidentale della sonda** è un evento abbastanza raro che si verifica soprattutto nei pazienti con deficit cognitivi. Questa circostanza richiede l'intervento del medico il prima possibile perché, entro 2 ore dalla rimozione, il foro tende già a chiudersi.

La **Buried Bumper Syndrome (BBS)**, letteralmente "sindrome da intrappolamento del disco interno dello stomaco", è causata dall'eccessiva crescita della mucosa gastrica che intrappola il sistema di ancoraggio della PEG. Per evitare il rischio di insorgenza di questa sindrome, almeno ogni 7 giorni è necessario far roteare su se stessa la PEG; in caso di immobilità si deve sospettare che vi sia tale problema. La BBS richiede l'intervento del medico il prima possibile e può causare un'infezione della parete addominale (peritonite) con complicanze anche gravi.

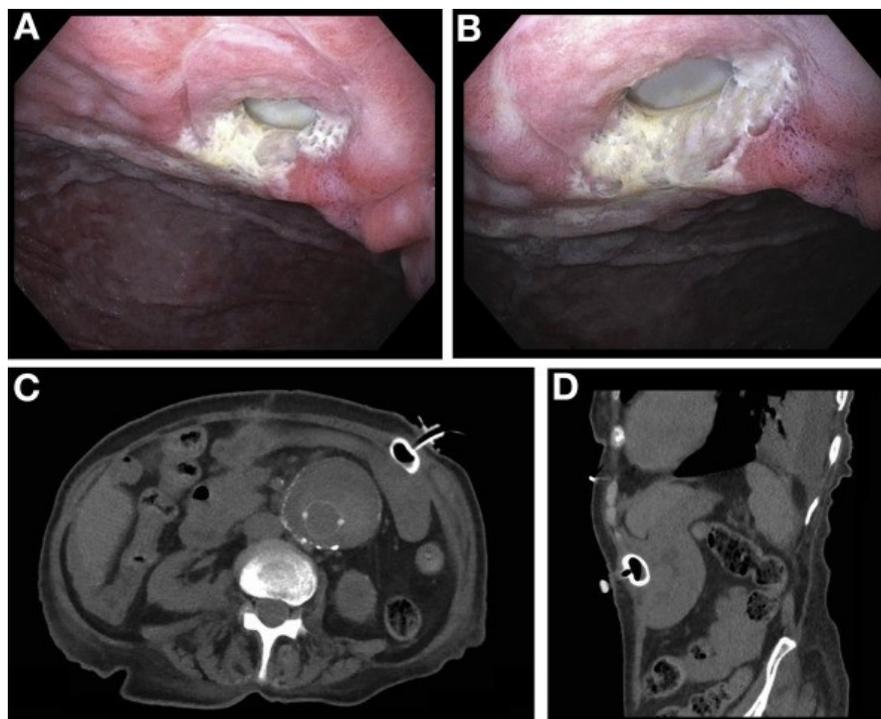


Figura 3.10. La Buried Bumper Syndrome

Alle complicanze locali vanno poi aggiunte le complicanze generali della PEG legate alla somministrazione della nutrizione enterale.

Nausea e vomito: si presentano nel 10-20% dei casi. Possono essere causate da un'infusione troppo veloce e da una posizione scorretta del paziente. In caso di nausea non forzare l'alimentazione ma sospenderla momentaneamente; se questa persiste ridurre la quantità del preparato da somministrare ed aumentare la frequenza dei pasti. Se compare vomito, interrompere l'alimentazione e riprenderla gradualmente dopo un'ora.

Diarrea: è la complicanza più frequente. La diarrea riduce l'assorbimento favorendo la malnutrizione, la facilità a contrarre infezioni, il rischio di sviluppare lesioni da decubito, la perdita di elettroliti e liquidi con conseguente disidratazione. Può essere causata da intolleranza al lattosio contenuto nei preparati (usare preparazioni prive di tale sostanza), dalla contaminazione degli alimenti (rispettare la corretta igiene nella preparazione e conservazione degli alimenti), dall'elevata osmolarità delle miscele nutritive (usare preparazioni iso-osmotiche), dalla velocità di somministrazione troppo elevata (controllare la velocità e rallentarla), dalla temperatura fredda della miscela (portarla a temperatura ambiente prima dell'uso). La persistenza di diarrea per più di 1-2 giorni necessita una valutazione clinica da parte del medico.

3.6 La sostituzione della sonda gastrostomica a domicilio

La durata media del dispositivo utilizzato per la PEG è di circa 1 anno, ma può variare in base al materiale utilizzato ed alla manutenzione del dispositivo stesso. In effetti varie linee guida sostengono che la durata di una sonda dipende soprattutto da come viene gestita.

Trascorso tale periodo è necessario procedere alla sostituzione del tubicino. La sostituzione è più agevole del posizionamento iniziale poiché non sono necessarie le manovre terapeutiche di creazione del tramite tra stomaco e cute.

Prima della sostituzione programmata della sonda, tenere a digiuno il paziente per 2 ore per i liquidi, per 4 ore per la NE. Somministrare i farmaci essenziali secondo la prescrizione del medico tenendo presente che alcuni di questi (inibitori della pompa protonica) possono modificare il pH gastrico.

La prima sostituzione programmata, quella successiva al primo impianto, deve essere condotta in ambiente protetto (ospedale) in modo che la sonda venga rimossa nel modo corretto, nel caso il bumper interno non fosse collassabile, e posizionata nella cavità corretta e non ci sia la possibilità di creare false vie che potrebbero portare al passaggio delle secrezioni gastriche o della nutrizione nella cavità peritoneale con gravi complicanze infettive.

Se la fistola gastrostomica è ben consolidata, dopo 1 mese dal primo impianto, la **sostituzione** è una manovra sicura che può essere eseguita anche **a domicilio** da **infermieri** che hanno compiuto un percorso di **addestramento apposito**. La sonda che può essere sostituita a domicilio è quella con un palloncino interno. La sonda gastrostomica che si posiziona per via endoscopica e che ha un fermo interno in silicone, invece, deve essere sostituita in ospedale con una nuova EGDS perché può essere gravata da alcune complicanze.

La manovra di sostituzione deve essere condotta avendo un buon controllo sull'inserimento della nuova sonda all'interno del tratto fistoloso gastro-cutaneo, forzando il meno possibile e soprattutto confermando la presenza della sonda nello stomaco. Il gold standard per confermare la corretta posizione della sonda dopo la sostituzione è la radiografia con mezzo di contrasto idrosolubile o l'endoscopia. Non sempre è possibile ricorrere ai due metodi riportati precedentemente, soprattutto a

domicilio del paziente, quindi ci si deve affidare ad altri sistemi per accertare la posizione della sonda. Questi metodi sono:

- aspirazione del contenuto gastrico (potrebbe essere impossibile ottenerlo ma questo non sta a indicare che la sonda non sia correttamente posizionata);
- misurazione del pH gastrico che dovrebbe essere ≤ 5 ;
- irrigazione della sonda con 30-50 ml di acqua sterile senza incontrare resistenze, provocare dolore o perdite peristomali;
- controllo della lunghezza della parte esterna della sonda;
- rotazione della sonda e movimento dentro-fuori per assicurarsi che si muova liberamente;

Non utilizzare il test dell'aria insufflata attraverso la sonda e l'ascolto dei borborigmi prodotti poiché è inaffidabile dato che risulta difficile distinguere se i borborigmi provengano dallo stomaco o dall'intestino.

Documentare la procedura di sostituzione della sonda enterale riportando il tipo di sonda e il diametro, la grandezza del palloncino cuffiato, il pH dell'aspirato (se lo si è misurato), la lunghezza della sonda esterna allo stoma e qualsiasi problema riscontrato durante la manovra.

Fornire al paziente o al caregiver una guida scritta sottolineando le possibili complicanze (dolore, distensione addominale, resistenza alla somministrazione della soluzione nutritiva, difficoltà nel ruotare o compiere il movimento dentrofuori della sonda) e indicando chiaramente le azioni da intraprendere nel caso insorgessero, soprattutto se si trattasse della prima sostituzione. Fornire inoltre un contatto telefonico e istruzioni su come comportarsi se la sonda dovesse dislocarsi.

3.7 L'infermiere domiciliare e il supporto psicologico al paziente portatore di PEG

Il paziente portatore di gastrostomia viene provato psicologicamente da un intervento invasivo che modifica significativamente il suo aspetto fisico. L'atto di mangiare, che riveste un ruolo importante, sia sociale che fisiologico, non viene più considerato un piacere. Il paziente sa che la gastrostomia è un intervento terapeutico che viene praticato solo in presenza di gravi patologie, croniche e spesso terminali.

Parlare con una persona già sottoposta a gastrostomia può aiutare il paziente ad accettare più facilmente i cambiamenti attesi. L'adattamento al cambiamento dell'immagine corporea richiede tempo, supporto da parte della famiglia e soprattutto un atteggiamento di accettazione. La valutazione della presenza di un adeguato supporto da parte della famiglia è di fondamentale importanza.

L'infermiere domiciliare deve rendere meno traumatica possibile l'esperienza legata al non potersi più alimentare per bocca e alla perdita di quel "momento di convivialità" fortemente legato al mangiare in maniera naturale. I pazienti che desiderano avere la sensazione di mangiare normalmente vengono invitati ad annusare, assaggiare e masticare piccoli quantitativi di cibo prima del pasto enterale. Ciò stimola il flusso di secrezioni salivari e gastriche e può dare la sensazione di una normale modalità di assunzione del cibo.

Il fine ultimo è quello di aiutare il paziente e i familiari a ristabilire, per quanto possibile, il normale ritmo di vita.

CONCLUSIONE

Il lavoro di tesi svolto ha messo in evidenza il ruolo e le competenze dell'infermiere domiciliare nell'assistenza al paziente portatore di PEG.

L'Assistenza Domiciliare Integrata consiste in un insieme di servizi e interventi socio-sanitari erogati alla persona all'interno della propria abitazione. Tra i destinatari dell'ADI rientrano anche i pazienti portatori di gastrostomia. La domiciliazione di questa tipologia di paziente è un mezzo per salvaguardare la sua autonomia, garantendo la propria permanenza all'interno del nucleo familiare e della propria residenza durante il processo di cure. Così facendo, si riducono gli ingressi periodici in ospedale e si "snellisce" un sistema che altrimenti rischia di collassare.

Un altro punto di forza dell'ADI è quello di coinvolgere la famiglia nel processo assistenziale del paziente. All'interno della famiglia viene individuata una figura di riferimento, il caregiver, che assiste la persona malata nelle attività di vita quotidiana e che si interfaccia con gli operatori sanitari per l'intero percorso di cura, descrivendo loro cosa accade in ambito domestico al di fuori delle visite dell'équipe. Il caregiver è quindi un supporto indispensabile per il paziente in quanto lo aiuta a definire con i curanti un piano di assistenza individuale che risponda ai suoi bisogni e desideri.

D'altro canto, una criticità che può emergere in un paziente portatore di PEG assistito a domicilio consiste nella difficoltà a rispettare le norme igieniche durante la cura della stomia. Prima di effettuare qualsiasi manovra sulla sonda, infatti, è necessario: lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone, indossare i guanti, pulire i piani di appoggio e preparare il materiale necessario. L'infermiere domiciliare deve istruire il paziente o chi lo assiste ad eseguire queste semplici norme igieniche e deve illustrare le possibili complicanze in caso di non osservanza, quali per esempio le infezioni.

Un altro problema può riguardare la somministrazione della Nutrizione Enterale Domiciliare. In molti casi, il paziente non sa come preparare la miscela nutritiva e come impostare la pompa ad infusione per l'alimentazione; perciò è responsabilità dell'infermiere istruirlo all'uso di quel particolare tipo di pompa. Inoltre, l'assistito deve essere informato sulle complicanze legate alla somministrazione della nutrizione enterale e su come comportarsi in caso comparissero nausea, vomito o diarrea.

Il paziente portatore di PEG non necessita di visite quotidiane da parte dell'infermiere domiciliare, è sufficiente il controllo settimanale per valutare lo stato della stomia.

Ciò può generare paura e preoccupazione, soprattutto nei primi giorni in cui il paziente deve prendere ancora dimestichezza con la PEG. All'assistito vengono quindi lasciati dépliant o opuscoli informativi che spiegano come eseguire in modo corretto le diverse procedure. Inoltre, viene lasciato un numero di telefono con cui contattare l'infermiere in caso di necessità.

Dagli articoli analizzati sono emerse poche informazioni riguardo la sostituzione della sonda gastrostomica a domicilio. L'infermiere domiciliare deve compiere un percorso di addestramento apposito ed acquisire abilità specifiche prima di procedere alla sua sostituzione. A tal proposito, sarebbe interessante analizzare nel dettaglio questi corsi di formazione, spiegando in cosa consistono e quali abilità vengono insegnate all'infermiere.



DISTRETTO – U. O. TUTELA SALUTE ANZIANI
DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
“CURE DOMICILIARI”

Io sottoscritto/a _____ in qualità di:

- paziente che necessita di cure Domiciliari
- familiare del paziente _____
- legale rappresentante del paziente (amm.re di sostegno)

Ai sensi dell'articolo 22 della Legge n° 675 del 31.12.1996 e s.m.i., Reg UE 679/2016 e D. Lgs 51 del 18/05/2018 e s.m.i.

ESPRIMO LIBERAMENTE IL MIO CONSENSO

Affinché l'Azienda Sanitaria Unica Regionale Zona Territoriale n°4 proceda al trattamento dei miei dati personali sullo stato di salute psicofisica, esclusivamente ai fini di prevenzione, di diagnosi, di cura, nonché per la compilazione della cartella clinica, di certificati, di relazioni e di altri atti connessi all'esercizio delle attività istituzionali ed, inoltre, per documenti relativi alla gestione amministrativa concernente l'attività professionale.

Autorizzo inoltre all'ASUR AV2 "Senigallia" ad accedere con il suo personale sanitario e/o d'assistenza al mio domicilio e comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comuni, Province, Regioni, Aziende Sanitarie) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito a domicilio.

DICHIARO INOLTRE

che gli operatori del servizio mi hanno fornito le prescritte informazioni in modo specifico sui miei diritti e sui limiti dell'esercizio di tali diritti.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In ottemperanza alla normativa vigente esprimo il consenso al trattamento dei dati personali forniti al fine esclusivo dell'attività assistenziale svolta nel mio domicilio

Firma _____

LA FAMIGLIA S'IMPEGNA

alla collaborazione nella gestione complessa delle cure e al rispetto delle istruzioni comportamentali relative alla custodia del materiale, attrezzature e documentazioni sanitarie in uso temporaneo.

Data _____

Firma _____



- [AsTer](#)
- [Trasporti](#)
- [Trasporti per operatori AOR e AV2 \(link attivo dal 27 giugno\)](#)
- [Cartella specialistica \(accessibile solo da rete interna\)](#)
- [Salute Mentale \(necessaria autenticazione cohesion\)](#)
- [Continuità Assistenziale](#)
- [Cruscotti](#)
- [Richiesta abilitazione operatori strutture convenzionate](#)
- [Gestione Posti Strutture Residenziali/Semiresidenziali](#)



Numeri per contattare l'assistenza

Si informano gli utenti che per qualsiasi malfunzionamento relativo ai sistemi SIRTE è necessario rivolgersi ai seguenti numeri: **Numero verde: 800083153**
Mail: hd@sanita.marche.it

Avviso agli utenti

14/10/2021 - Gestione in isolamento delle persone Contagiate da SARS-COV2 presso le strutture alberghiere Come da comunicazione della Direzione Sanitaria si informano gli operatori che come previsto dal Decreto del Dirigente del Servizio protezione Civile n. 313 del 24 settembre 2021 il contratto di locazione della struttura alberghiera "La Residenza del Grand Hotel" di Gabicce si concluderà in data 26/10/2021. Si dispone pertanto la sospensione degli accessi a partire dalla data odierna e si dà mandato al Dipartimento di prevenzione dell'Area Vasta 1 e al Distretto di Pesaro di pianificare in tempo utile i percorsi di guarigione dei pazienti ospitati.

12/10/2021 - Interruzione programmata rete dati per lavori di straordinaria manutenzione si comunica che a causa di lavori di straordinaria manutenzione sulle reti dati ubicate presso il Data Center della Regione Marche, il giorno mercoledì 13 Ottobre 2021, dalle ore 19:30 alle ore 23:45 la rete dati potrebbe non funzionare oppure subire forti rallentamenti, con conseguente impossibilità di accedere a servizi informativi amministrativi, tecnici e sanitari quali ad esempio AREAS, Paleo, Posta Elettronica, CUP, Laboratorio di Analisi, Dossier Sanitario, Pronto Soccorso, PACS, Immagini Sanitarie, Fascicolo Sanitario Elettronico, Videokonferenze, ecc. solo a titolo di esempio.

20/09/2021 - AVVIO PROCEDURA SIRTE-SALUTE MENTALE su DSM AV3 e AV4 - STOP a inserimenti sul vecchio sistema SISP si ricorda agli operatori delle Aree Vaste 3 e 4 che da oggi, lunedì 20 Settembre, il sistema informatizzato da utilizzare per la Salute Mentale è il SIRTE e non più il SISP: tutti i dati relativi ad apertura cartelle e percorsi, prestazioni, ricoveri e accessi relativi a AV2,3 e 4 inseriti su SISP NON VERRANNO riportati su SIRTE. Si consiglia quindi di utilizzare solo ed esclusivamente SIRTE per registrare le attività. Per qualsiasi dubbio o richiesta di chiarimento contattare l'assistenza

23/06/2021 - AVVIO NUOVA RELEASE MODULO SOFTWARE PER LA GESTIONE DEI TRASPORTI PROGRAMMATI CCT Ancona Si informa che da domenica 27 giugno p.v. verrà avviato, in fase sperimentale presso la

The screenshot shows the SIRTE web application interface. At the top, there is a navigation bar with the ASUR Marche logo and the text "AMBIENTE DI PRODUZIONE SANZIO". Below this, there is a sidebar menu with options like "Assistito", "Lista attività", "Lista casi COVID", "Lista assistiti", "Ricerca assistito", "Scheda assistito", "Generale", "Operazioni", "Agenda", "Stampe e Estrazioni", and "Tabelle". The main content area is titled "Lista attività" and contains a grid of activity categories with checkboxes. The categories include: "Richieste MMG/PLS elaborate (70)", "Schede SIAD da reinviare(204)", "Richieste di chiusura(1)", "Scheda SO ADI in scadenza(3)", "Schede chiuse(18105)", "Richiesta Dimissione Protetta(4)", "Mancata attivazione(16)", "Segnalazioni(1)", "Scheda SO CP scadute(107)", "Dimissione da residenzialità(28)", "Dimissione casi Covid(23)", "Da prendere in carico ADI(382)", "Rivalutazione UVM(81)", "Scheda SO CP in scadenza(15)", "Nuova autorizzazione(9222)", "Zona accessi infermeria (CCT)(81)", "Zona accessi infermeria (CCT) da inviare (194)", "Da prendere in carico CP(220)", "Rivalutazione bisogni(109)", "Schede prive di Scheda SO(222)", "Sospensioni concluse(1)", "Scheda SIAD da inviare (194)", "Prima visita(8)", "Scheda SO ADI scadute(12)", and "Schede con scadenza ricovero(2)". There are also filters for "Scelta per" (Distretto, Sede) and "Filtro di ricerca". At the bottom, there is a pagination bar showing "Righe per pagina: 18".

Area di lavoro: SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

asur
marche
azienda sanitaria unica regionale

AMBIENTE DI PRODUZIONE SANZIO

Assistito

Lista attività

Lista casi COVID

Lista assistiti

Ricerca assistito

Scheda assistito

Scheda corrente

Storico schede

Diario

Richieste MMQ/PLS

Intolleranze allergie

Piano interventi

Segnalazioni

Gestione eventi

Riepilogo Accessi

Consultazione Auxili

Richiesta proroga resid.

Fascicolo

Adesiview

Documenti

Ricoveri socio-sanitari

Generale

Operazioni

Agenda

Stampe e Estrazioni

Tabella

Id assistito: _____

Scheda SO inserimento: 0

Scheda segreteria Organizzativa

Presca carico | AnamnesiPatologie | Sanitario | Sociale

Data accettazione: ddMM/yyyy | Num. prot.: _____ | Data prot.: ddMM/yyyy

INSERIMENTO

Segnalante: _____ | Motivo: _____

Ubicazione presa carico: _____ | Distretto: DISTR. SENIGALLIA | Sede: ZT04 POLIAMBULATORIO DI ARCEVIA

Dimissioni protette

Id segnalazione: _____ | Data segnalazione: ddMM/yyyy

Tamponi COVID-19

Misure contumaciai alle quali è sottoposto il paziente

Patologie respiratorie: Sì No | Evento nel decorso del ricovero: Sì No

Stato della patologia

Definizione eziologica

Avvenuta effettuazione dei tamponi per COVID-19: Sì No | Esito dei tamponi: positivo negativo

Esito del I tamponi: positivo negativo non effettuato | Data esito I tamponi: ddMM/yyyy

Esito del II tamponi: positivo negativo non effettuato | Data esito II tamponi: ddMM/yyyy

Esito del III tamponi: positivo negativo non effettuato | Data esito III tamponi: ddMM/yyyy

Motivazioni

Paziente stabilmente asintomatico (da almeno 24-48 ore)

Emodinamicamente stabile e con co-morbosità in compenso

Frequenza respiratoria <22 atti/minuto e la saturazione in aria ambiente a riposo >94% (90% in caso di malattia respiratoria cronica); nei casi dubbi, emogas normale con pO2/FiO2>200 senza necessità di ossigeno

Rx torace migliorato, se clinicamente indicato

Il medico dichiara:

Che il paziente è autosufficiente (presenta 6/6 alle ADL)

Che le condizioni cliniche del paziente sono compatibili con la permanenza in una struttura non sanitaria.

Che è stata acquisita l'autodichiarazione e la richiesta del paziente di inserimento in struttura alberghiera.

Invio hotel Covid: | Istituto di destinazione: _____

Lista tamponi

ATTESTAZIONE MMQ/PLS

Data richiesta: ddMM/yyyy | Medico: _____ | Tel. ambulatorio: _____ | Cellulare: _____

Area di lavoro: SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

asur
marche
azienda sanitaria unica regionale

AMBIENTE DI PRODUZIONE SANZIO

Assistito

Lista attività

Lista casi COVID

Lista assistiti

Ricerca assistito

Scheda assistito

Scheda corrente

Storico schede

Diario

Richieste MMQ/PLS

Intolleranze allergie

Piano interventi

Segnalazioni

Gestione eventi

Riepilogo Accessi

Consultazione Auxili

Fascicolo

Adesiview

Documenti

Ricoveri socio-sanitari

Generale

Operazioni

Agenda

Stampe e Estrazioni

Tabella

Id assistito: _____

Scheda SO: 3 Data apertura: 04/05/2020

Scheda segreteria Organizzativa

Presca carico | AnamnesiPatologie | Sanitario | Sociale | **Valutazione** | Commissione UVI | PAI - Obiettivi | PAI | Figure coinvolte | Proroghe | Sospensione | Conclusione

Descrizione	Data	Valutazione	Commissione UVI	PAI - Obiettivi	PAI	Figure coinvolte	Proroghe	Sospensione	Conclusione
A - VALUTAZIONE BISOGNI	19/07/2021								Nome
B - SIAD	19/07/2021								Nome
Barthel Index Modificato (BIM)	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
BRASS	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
C - RUG III - HC	19/07/2021								Nome
D - ADL	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
DISABILITA' COMUNICATIVA	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
E - IADL	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
F - BRADEN	10/08/2021	Punteggio 13							Nome
G - KARNOFSKY	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
H - SPMSQ	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
I - WOUND BED SCORE	10/08/2021								Nome
I - WOUND BED SCORE RSA	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
L - RILEVAZIONE DEL DOLORE	10/08/2021	Punteggio 1							Nome
M - BARTHEL INDEX	10/08/2021	Punteggio 20							Nome
N - CONLEY	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
PRESIDI SANITARI	17/12/2020								Nome
SCALA FIM	ddMM/yyyy								Nome
Scala NEWS	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome
SCP_CIRS	ddMM/yyyy	Punteggio							Nome

Area di lavoro: SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Id assistito: _____

Scheda SO: 3 Data apertura: 04/05/2020

Scheda segreteria Organizzativa

Presca carico | Anamnesi/Patologie | Sanitario | Sociale | Valutazione | Commissione UVI | PAI - Obiettivi | PAI | Figure coinvolte | Proroghe | Sospensione | Conclusione

Livello Obiettivo

OBIETTIVI GENERALI

- Mantenere un'adeguata igiene personale e ambientale
- Mantenere un adeguato caregiving
- La p.a. non presenta segni e sintomi di dolore
- La p.a. dimostra di riconoscere segni e sintomi di alterazioni patologiche e di assumere/comministrare in modo adeguato i farmaci prescritti per la gestione degli stessi
- La p.a. dimostra di aver compreso e di applicare in modo corretto le azioni di prevenzione delle infezioni correlate a device: CVC, PICC, PORT A CATH, ELASTOMERI
- La p.a. partecipa ai programmi finalizzati a potenziare e valorizzare le capacità residue

Case manager: _____ Telefono: _____ Ricalcola obiettivi

Livello attivazione: CDI SECONDO LIVELLO Data sottoscrizione: ddMM/yyyy

Obiettivi: _____

Richiesta ausili: _____

Dettaglio valutazione

Necessita di valutazione successiva: No

Ultima rivalutazione: ddMM/yyyy

Data prevista per nuova valutazione: ddMM/yyyy

Esito valutazione

Area di lavoro: SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Id assistito: _____

Scheda SO: 3 Data apertura: 04/05/2020

Scheda segreteria Organizzativa

Presca carico | Anamnesi/Patologie | Sanitario | Sociale | Valutazione | Commissione UVI | PAI - Obiettivi | PAI | Figure coinvolte | Proroghe | Sospensione | Conclusione

Traffimento dipendente: Cura della ferita

Altri trattamenti: Incontinenza fecale

Cateterismo vescicale: Riabilitazione Ortopedica

Ulcere cutanee 1°-2° grado: Incontinenza urinaria

Prelievo venoso non occasionale

Calcola Prestazioni dai bisogni

<input checked="" type="checkbox"/>	Cod	Prestazione	Figura professionale	Data inizio	Data fine	Frequenza	Quantità	Operatore
<input checked="" type="checkbox"/>	INF138	MOBILIZZAZIONE PASSIVA LETTO	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	settimanale	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	INF15	EDUC CG USO AUSILI PER MOBILIZ	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	settimanale	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	INF16	EDUC CG CORRETTA MOB/POST	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	settimanale	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	INF18	EDUC CG GEST DERIVAZ URINAR	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	occasionale	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	INF5	COMPILAZIONE DIARIO CLINICO	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	settimanale	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	INF78	POSIZIONIST/GEST CATET VESICIC	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	settimanale	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	INF86	MEDICAZIONI SEMPLICI	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	settimanale	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	INF87	MEDICAZIONI COMPLESSE	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	settimanale	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	INF90	TOILETTE LESIONE/FERITA SUPERF	Infermiere	04/05/2020	03/05/2021	settimanale	1	

ALLEGATO 2



PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Servizio di Dietetica Clinica Ospedaliera

U.O.C. TUTELA SALUTE ANZIANI
SERVIZIO CURE DOMICILIARI
071.79092742 – martedì e venerdì

Il **MMG** prescrive gli esami ematici utili alla valutazione dello stato nutrizionale e di salute del suo assistito (cfr. allegato) e informa il caregiver del servizio Nutrizione ADI a cui possono rivolgersi il martedì e venerdì mattina presso il Distretto in via Campo Boario 4

Il **MMG** si impegna a prescrivere gli esami ematici dei presi in carico ogni 4 mesi fatta eccezione per situazioni particolari o gravi.

La **DIETISTA** monitora periodicamente lo stato nutrizionale del paziente preso in carico interfacciandosi con MMG e caregiver

Il **MMG** richiede al servizio Nutrizione ADI di Senigallia di effettuare una valutazione o consulenza nutrizionale

Anche gli infermieri dell'ADI possono richiedere al MMG di fare la richiesta se lo ritengono necessario

La **RICHIESTA DI CONSULENZA NUTRIZIONALE** può essere effettuata:

- su foglio prestampato di richiesta in triplice copia da consegnare in sede ADI
- su ricetta rossa da consegnare in sede ADI (senza passare al CUP)
- telefonicamente prendendo appuntamento con le dietiste della Dietetica Clinica Ospedaliera martedì e venerdì mattina 071.79092742

MARTEDI per la presa in carico dei **degenti delle RSA**

VENERDI per la presa in carico dei pazienti a domicilio (presso **ADI Senigallia** e ogni 2°venerdì del mese presso **ADI Arcevia** e **ADI Corinaldo**)



NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE ESAMI EMATICI PER VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

U.O.C. TUTELA SALUTE ANZIANI
SERVIZIO CURE DOMICILIARI
071.79092742 – martedì e venerdì

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

ESAMI PER CONSULENZA NUTRIZIONALE

Gli esami devono essere disponibili al momento della richiesta di consulenza nutrizionale

- Peso e altezza**
- Emocromo
- Glicemia
- Emoglobina glicosilata
- Azotemia
- Creatininemia
- Transaminasi
- Fosfatasi alcalina
- Bilirubinemia totale e frazionata
- Colesterolo totale
- Trigliceridemia
- Elettroliti sierici (Na, K, Ca, Mg, P, Cl)
- Sideremia
- Ferritina
- Transferrina
- Elettroforesi proteica
- Albumina
- Pre-albumina
- Esami urine

ATTIVAZIONE CONSULENZA NUTRIZIONALE DA PARTE DEL MMG

- *Prescrizione esami ematici* Per effettuare il prelievo domiciliare contattare telefonicamente il servizio Cure Domiciliari alla Sede Distrettuale – **071 7909 2346 / 2342**
- *Richiesta di CONSULENZA NUTRIZIONALE fatta pervenire alla Sede ADI di Senigallia*
MARTEDI per la presa in carico dei degenti delle RSA
VENERDI per la presa in carico dei pazienti a domicilio di ADI Senigallia
2° VENERDI DEL MESE per la presa in carico dei pazienti di ADI Arcevia e Corinaldo

LE DIETISTE
Area Vasta 2 – Ospedale di Senigallia

ALLEGATO 3

ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 4 SENIGALLIA U.O. ANZIANI CURE DOMICILIARI	ALIMENTAZIONE TRAMITE P.E.G./SNG	C.D. n°46 REV. 01/2011 Pagina 1 di 2
--	---	---

OGGETTO: alimentazione tramite PEG

SCOPO: fornire nutrienti a pazienti in stato di coma o semincoscienza
Fornire nutrienti per particolari patologie (anoressia, alterazioni funzionali del tratto gastroenterico, incapacità ad inghiottire, ostruzione del tratto superiore del canale alimentare) per un periodo superiore ad un mese

RISORSE UMANE: infermiere n.1

RESPONSABILITA':

DIFFUSIONE: Servizio Infermieristico, U.O. Anziani, Caposala
Servizio di Prevenzione e Protezione.

ATTUAZIONE: Medico U.O. Anziani -. Coordinatore Infermieristico

PROCESSO DI LAVORO

PREPARAZIONE DEL MATERIALE:

- Traversa monouso
- Guanti lattice
- Arcella
- Siringa 60 cc
- Pompa
- Set da somministrazione
- Flacone con nutrizione
- Sacchetto porta rifiuti

TECNICA D'ESECUZIONE:

L'infermiere:

1. Informa il paziente sulle manovre che saranno eseguite
2. Assicura la privacy.
3. Istruisce la famiglia per una corretta gestione della peg/sng
4. posizionare il paziente in decubito ortopnoico nel letto o seduto su una sedia, nella posizione più idonea: se la posizione seduta è controindicata è consigliata una posizione supina leggermente sollevata sul lato dx
5. Porta il materiale occorrente vicino al letto
6. Eseguo il lavaggio delle mani
7. indossa i guanti in lattice monouso.
8. Controlla la medicazione :
che non vi sia fuoriuscita di materiale
lo stato della cute
ancoraggio cutaneo
9. Pinza il sondino per evitare che l'aria possa entrare nello stomaco
10. Collega il deflussore da somministrazione con il flacone e la pompa
11. regola la velocità di gocciolamento
12. Rimuove la pinza dal sondino
13. Avvia la pompa
14. Riordina il letto del paziente
15. Rimette il paziente in posizione confortevole
16. Toglie i guanti e li getta nel sacchetto portarifiuti.
17. Effettua il lavaggio delle mani.
18. Riordina il materiale usato e lo smaltisce correttamente
19. Segnala l'avvenuta esecuzione della procedura nel diario e tutte le informazioni utili
20. Eseguo la medicazione a piatto (2 volte la settimana)

ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE 4 SENIGALLIA U.O. ANZIANI CURE DOMICILIARI	ALIMENTAZIONE TRAMITE P.E.G./SNG	C.D. n°46 REV. 01/2011 Pagina 2 di 2
--	---	---

PRECAUZIONI GENERALI:

1. Rispettare tutte le regole per evitare di venire a contatto con materiali potenzialmente infetti.
2. Eseguire un corretto smaltimento dei rifiuti

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

- > "L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA principi e tecniche"
Autori: S.Smith-D.Duell- e Sorbona
- > "TECNICHE INFERMIERISTICHE"
Autori: C.Sironi, s.d. Mauro, A.Galantino, E.Malinvereno, A.Colombo, M.Bianchi, A.Giudici; ed. Masson.
- > "QUADERNO DEL NURSING DI BASE"
Autori: Agnelli, Chiari, Dall'Ovo, Canossa, Corazza, A.M.pongolini; ed. Nenno.

Gruppo di lavoro	Verifica del contenuto	Validazione	Autorizzazione Data emissione
S. Filonzi	A.G. Lentini	M. Silvestrini	A. Marini
A. Frezotti	A.C. Frulla	L. Bellocchi	DATA / /
A. Sartini	A. Zhdan		
B. Ciarrocchi	E. Draghi		
R. Baioni	B. Tofani		
K. Trionfetti			

BIBLIOGRAFIA

AIOSS e ANOTE/ANIGEA, *Linea guida sulla gestione infermieristica della PEG/PEJ in pazienti adulti. Giugno 2016*, Castellalto (TE), Editpress, 2016.

Andreoni B., *Assistenza domiciliare integrata*, Milano, Masson, 2000.

Bergamasco R., *Assistenza domiciliare*, Milano, McGraw-Hill, 2000.

Carru G., Chiaretti A., Chiaretti M., Santiloni A., *Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG). Manuale teorico-pratico*, Roma, Università La Sapienza, 2014.

Casale G., Mastroianni C., *Assistere a casa. Suggerimenti e indicazioni per prendersi cura di una persona malata*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2011.

Casati M., Maricchio R., *La nutrizione artificiale. I Quaderni dell'Infermiere*, 2008.

Cheever K., Hinkle J., *Brunner & Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica (Vol. 1)*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2017, Quinta edizione.

Comitato di etica per la pratica clinica, *Nutrizione artificiale tramite PEG. Raccomandazioni per un uso corretto*, Vicenza, 2015.

Del Piano M., Ballarè M., *La gastrostomia endoscopica percutanea. Raccomandazioni SIED*, Novara, 2008.

Delfino V., *La comunicazione paziente infermiere*, Torino, Centro Scientifico Editore, 2001.

Figueiredo F.A., da Costa M.C., Pelosi A.D., et al. *Predicting outcomes and complications of percutaneous endoscopic gastrostomy*, Rio de Janeiro (Brasile), 2007.

Italia Longeva, *La Babele dell'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, in Vetrano D. (a cura di), Roma, Puntografico printing sas, 2017.

Italia Longeva, *L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche. Indagine 2018*, in Vetrano D. (a cura di), Roma, Puntografico printing sas, 2018.

Ministero della Salute, *Commissione LEA. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, 2006.

National Health Service (NHS) Quality Improvement Scotland, *Gastrostomy Tube Insertion and Aftercare: for adults being cared for in hospital or in the community*, Scozia, 2008.

Zanolla M., *La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie. Dalla Valutazione Multi Dimensionale al PAI (Piano Assistenziale Individuale)*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2009.

SITOGRAFIA

<https://www.coopincontro.it/adi-assistenza-domiciliare-integrata/>

https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2424/Indagine%20ADI%202018.pdf

<https://www.doveecomemicuro.it/enciclopedia/sanita/assistenza-domiciliare-integrata>

<https://www.medicasa.it/i-nostri-servizi/assistenza-domiciliare-integrata-adi>

<https://www.nurse24.it/studenti/standard/pai-piano-assistenziale-individualizzato.html>

<https://www.assocarenews.it/infermieri/cose-il-pai-ovvero-il-piano-di-assistenza-individualizzato>

<http://www.dolcevita24h.it/livelli-di-complessita-assistenziale.html>

<https://www.ceteco.it/evoluzione-dei-modelli-di-assistenza-domiciliare-efficienze-e-criticita/#>

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/assistenza-infermieristica-domiciliare-integrata.html>

<https://www.vidas.it/storie-e-news/cose-da-sapere-equipe-multidisciplinare-adulti-bambini/>

<http://www.mdc-net.org/it/convegni/congresso-internazionale-2007/199-equipe-multiprofessionale-e-qualita-dellassistenza-in-ospedale.html>

<https://www.area-c54.it/public/protocollo%20operativo%20assistenza%20domiciliare%20integrata.pdf>

<https://www.vidas.it/storie-e-news/cose-da-sapere-caregiver/>

<https://www.dimensioneinfermiere.it/relazione-infermiere-paziente-ascolto-tempo-nella-comunicazione-con-assistito/>

<https://www.humanitas-sanpiox.it/visite-esami/gastrostomia-endoscopica-percutanea-peg/>

<https://www.nurse24.it/studenti/procedure/gastrostomia-endoscopica-percutanea-gestione-infermieristica.html>

<http://www.endoscopia.altervista.org/assistenza-al-paziente-con--p.e.g..html>

