

Il dolore: quanto è valutato nel mondo del Wound Care sul territorio e in RSA

Alessandra Vernacchia



Il dolore: quanto è valutato nel mondo del Wound Care

Valutazione del dolore in assistenza domiciliare (territorio)

Quanto?

Valutazione del Dolore in RSA.

Quanto?

**Quali sono gli strumenti che vengono
utilizzati**



Quanto è valutato il dolore in assistenza domiciliare



Luglio 2017

Forme strutturate di ADI sono presenti in Italia fin dagli anni 90, ma non esistono dati ufficiali circa i modelli organizzativi ed i processi assistenziali presenti oggi sul territorio nazionale.

Quanto è valutato il dolore in assistenza domiciliare

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono quindi:

- a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c) il supporto alla famiglia;
- d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e) il miglioramento della qualità della vita anche nella fase terminale

Tabella 2. Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura - Anno 2016

Regioni	GdC 0*		CIA 0-0,13** (base)		CIA 0,14-0,30 (I livello)		CIA 0,31-0,50 (II livello)		CIA 0,51-0,60 (III livello)		CIA >60 (IV livello)		Totale casi trattati
	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	Casi trattati	Tasso di casi trattati (per 1000 ab.)	
Piemonte	5.187	1,2	43.934	10,0	20.203	4,6	9.030	2,1	1.687	0,4	8.823	2,0	88.864
Valle D'aosta	5	0,1	16	0,1	54	0,4	33	0,3	10	0,1	23	0,2	141
Lombardia	38.231	3,8	33.016	3,3	24.202	2,4	35.211	3,52	4.984	0,5	11.419	1,1	147.063
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Trento	423	0,8	4.584	8,5	2.810	5,2	1.243	2,3	268	0,5	713	1,3	10.041
Veneto	2.172	0,4	65.828	13,4	29.992	6,1	11.493	2,3	2.001	0,4	7.873	1,6	119.359
Friuli V. Giulia	902	0,7	7.003	5,7	6.383	5,2	2.199	1,8	280	0,2	815	0,7	17.582
Liguria	620	0,4	1.047	0,7	7.789	5,0	6.311	4,0	723	0,5	1.767	1,1	18.257
E. Romagna	11.541	2,6	70.526	15,9	29.075	6,5	11.093	2,5	1.915	0,4	7.331	1,7	131.481
Toscana	18.312	4,9	44.609	11,9	19.633	5,2	9.040	2,4	1.505	0,4	6.971	1,9	100.070
Umbria	257	0,3	1.591	1,8	2.829	3,2	1.460	1,6	225	0,3	993	1,1	7.355
Marche	378	0,3	2.083	1,4	4.467	2,9	2.880	1,9	262	0,2	1.191	0,8	11.261
Lazio	251	0,1	2.162	0,4	2.196	0,4	1.576	0,3	217	0,1	621	0,1	7.023
Abruzzo	1.051	0,	1.671	1,3	3.489	2,6	5.275	4,0	1.164	0,9	2.301	1,7	14.951
Molise	225	0,7	935	3,0	1.632	5,2	1.565	5,0	233	0,8	856	2,7	5.446
Campania	1.737	0,3	2.807	0,5	5.415	0,9	9.551	1,6	1.918	0,3	5.551	1,0	26.979
Puglia	1.814	0,4	9.214	2,3	12.042	3,0	11.597	2,8	1.651	0,4	5.380	1,3	41.698
Basilicata	78	0,1	933	1,6	521	0,9	449	0,8	93	0,1	473	0,8	2.547
Calabria	930	0,5	2.427	1,2	2.833	1,4	2.701	1,4	279	0,1	598	0,3	9.768
Sicilia	1.298	0,3	2.395	0,5	7.009	1,4	22.419	4,42	3.502	0,7	8.357	1,7	44.980
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	85.412	1,4	296.781	5,0	182.574	3,0	145.126	2,4	22.917	0,4	72.056	1,2	804.866

Il distretto garantisce l'intera gamma di servizi sanitari previsti dal PAI: medici specialisti del distretto e altri professionisti sanitari si interfacciano quindi con il MMG per erogare le prestazioni programmate. È questo, ad esempio, il caso dell'ASL dell'Alto Adige e dell'AUSL di Reggio Emilia, dove il MMG coordina e supervisiona il del paziente in collaborazione con ecialisti, infermieri, fisioterapisti e tutte le altre figure professionali coinvolte.



- Alternativamente, l'erogazione delle attività viene garantita a mezzo di terzi: enti gestori profit e no profit che recepiscono il PAI formulato dal distretto (tranne in alcuni casi in cui PAI viene stilato dall'ente gestore stesso sulla base dei bisogni individuati dall'unità di valutazione multidimensionale) e, per incarico diretto o attraverso l'utilizzo di voucher socio-sanitari, erogano i servizi al cittadino, come ad esempio nel caso dell'ASP di Catania o delle ATS lombarde qui prese in esame.

Tabella 3. Numero e tipologia di erogatori privati per azienda sanitaria

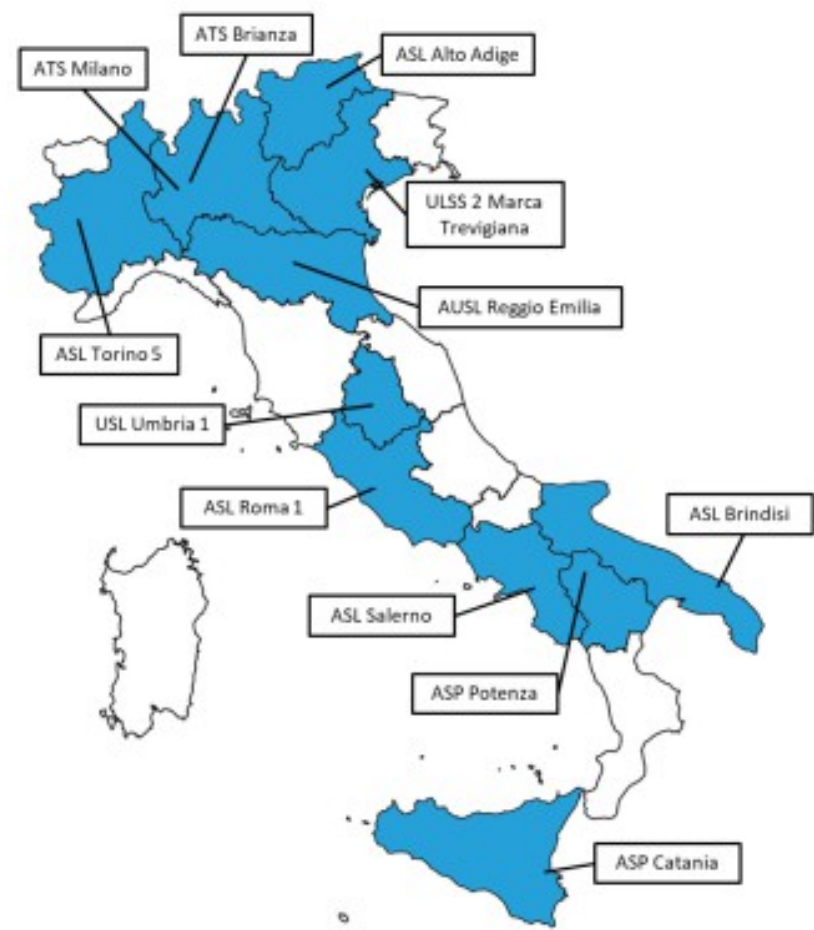
	Erogatori Privati	
	Profit	No profit
Alto Adige	0	0
M. Trevigiana	2	1
Torino 5	0	5
Milano	25	55
Brianza	11	31
R. Emilia	0	0
Umbria 1	3	2
Roma 1	1	0
Salerno	1	0
Brindisi	1	0
Potenza	1	0
Catania	1	3

Tabella 5. Numero di casi trattati per ciascuna figura professionale nel 2016

	 CASI/ Medico	 CASI/ Infermiere	 CASI/ Fisioterapista
Alto Adige	-	-	-
Marca Trevigiana	51	298	-
Torino 5	24	125	1.795
Milano	-	-	-
Brianza	-	-	-
Reggio Emilia	8	29	-
Umbria 1	20	17	738
Roma 1	14	57	165
Salerno	-	-	-
Brindisi	42	350	490
Potenza	65	35	58
Catania	14	70	207

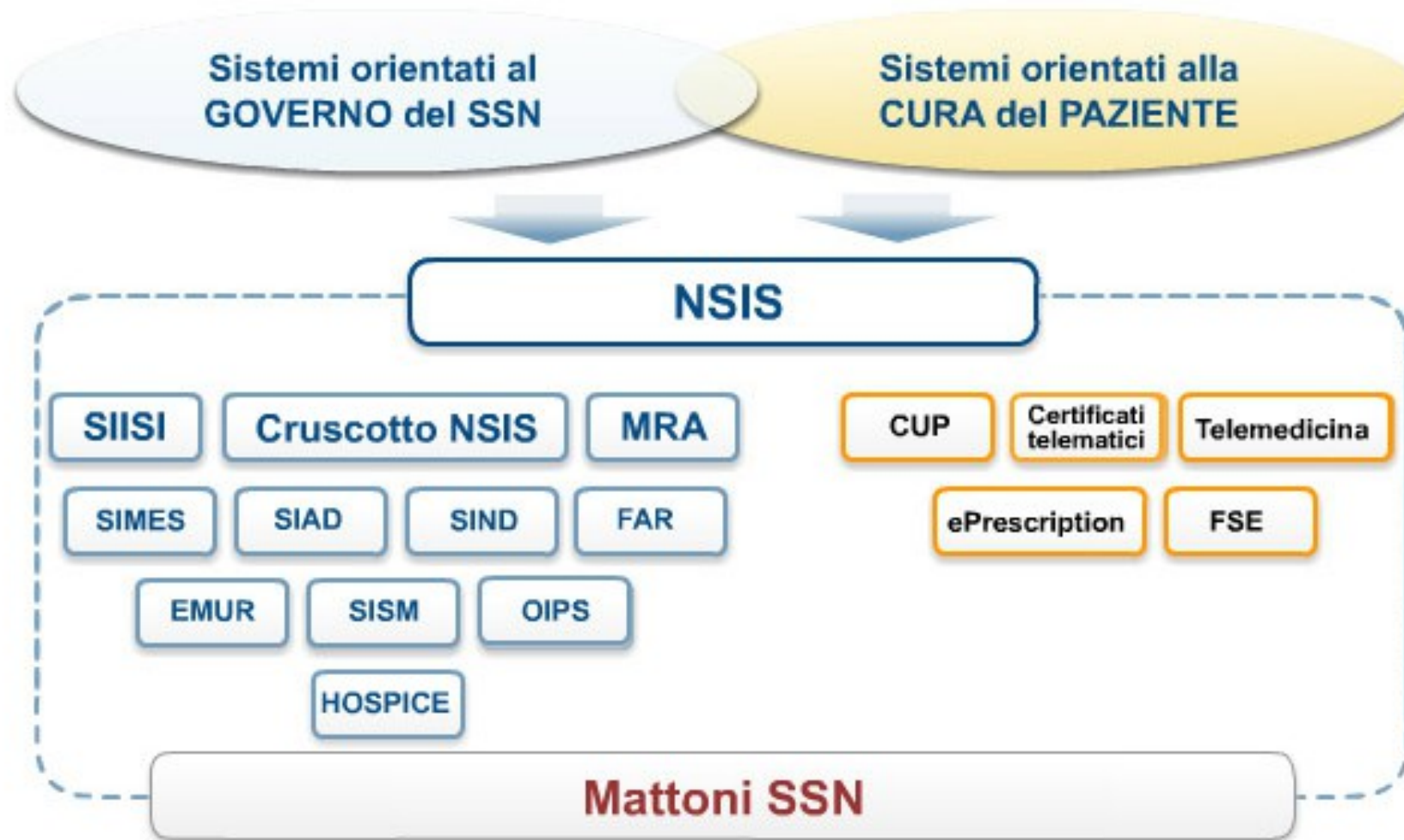
Il rapporto tra il numero dei casi trattati e il numero di medici tiene conto dei medici preposti all'ADI più i MMG operanti nell'azienda sanitaria d'interesse.

Figura 2. Aziende sanitarie coinvolte nell'indagine



Interconnessione dei sistemi informativi del SSN, in gazzetta il Regolamento

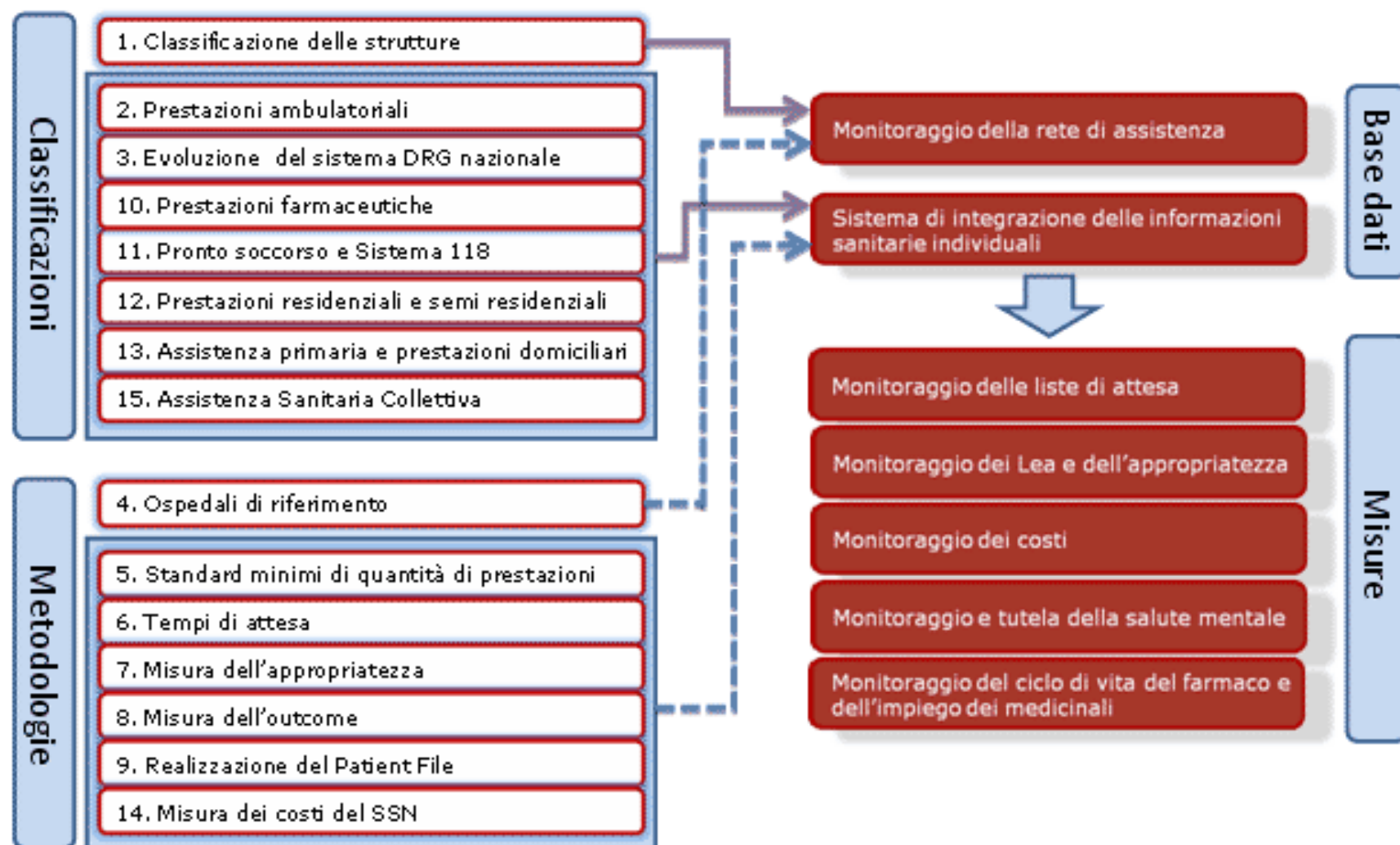
22 febbraio 2017 - Il decreto definisce le procedure per l'interconnessione a livello nazionale, nell'ambito del NSIS, dei sistemi informativi su base individuale del SSN, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato.



Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, attraverso la realizzazione del progetto Monitoraggio della rete di assistenza (MRA), si prefigge l'obiettivo di realizzare un sistema che, disponendo delle informazioni sulle strutture che operano a tutti i livelli d'assistenza, sulle prestazioni erogate e sulle risorse utilizzate, permetta il monitoraggio dell'intera rete di assistenza sanitaria al fine di gestire un patrimonio informativo che possa agevolare il raggiungimento degli obiettivi di governo da parte dei diversi livelli (ministeriale, regionale e aziendale), e gli obiettivi di comunicazione ed informazione verso il cittadino.

MATTONI SSN

NSIS





NON PIÙ SOLI NEL DOLORE

Cure palliative, un riparo sicuro
di calore umano e scienza medica

La legge 38/2010 tutela l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

- Abbiamo a disposizione strumenti di misurazione e Linee Guida validate per la gestione e il trattamento
- Viene misurato in maniera sistematica in tutti i pazienti?
- Gli interventi terapeutici sono standardizzati?



Ministero della Salute

Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli
interventi ospedalieri a domicilio

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO:

1. Redazione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);
2. Valutazione Multidimensionale (VMD)
3. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali);
4. Visita programmata di controllo (esame obiettivo + **rilevazione parametri vitali** + monitoraggio segni e sintomi);
5. Visita in urgenza;
6. Prelievo ematico;
7. Elettrocardiogramma (ECG);
8. Consulenze specialistiche.

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE:

9. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito;
10. Supporto psicologico per il paziente e la famiglia;
11. Educazione sanitaria all'utilizzo dell'ossigenoterapia.

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO:

12. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-acath;
13. Emotrasfusione;
14. Impostazione dialisi peritoneale;
15. Paracentesi/Toracentesi;
16. Gestione tracheostomia;
17. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare;
18. Formulazione dieta personalizzata;
19. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale;
20. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale;
21. Gestione sondino naso-gastrico;
22. Gestione PEG;
23. Gestione Enterostomie;
24. Gestione alvo;
25. Gestione cateterismo vescicale;
26. Terapia iniettiva infusionale;
27. **Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post-chirurgiche, post-attiniche, ecc.);**
28. Trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato, ecc.);
29. Rieducazione respiratoria;
30. Rieducazione del linguaggio;
31. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane.

RSA, DEFINIZIONE

- L'acronimo RSA significa Residenze Sanitarie Assistenziali.
- Sono state introdotte in Italia a metà degli anni novanta, e si tratta di strutture non ospedaliere, a carattere sanitario, che ospitano per un periodo o a tempo indeterminato persone non autosufficienti, che possono essere assistite in casa e che hanno bisogno di specifiche cure da parte di più medici specialisti e di una articolata assistenza sanitaria.
- Si distinguono dagli ospedali e dalle case di cura, rivolti ai pazienti sofferenti di una patologia acuta, e dalle case di riposo, che sono destinate agli anziani almeno parzialmente autosufficienti.

Processi di erogazione dei servizi sociosanitari e riabilitativi	Gestione e correzione degli stati patologici	Assenza di ricoveri per carenze od omissioni imputabili alla struttura	Percentuale di ricoveri per carenze od omissioni imputabili alla struttura sul totale dei ricoveri effettuati, sulla base delle diagnosi ospedaliere
	Prevenzione delle complicanze	Assenza di lesioni da Decubito	*Percentuale di casi in cui si manifestano lesioni da decubito sul totale degli ospiti

Struttura appartenente ad un Gruppo Romano

Struttura appartenente ad un gruppo torinese

È necessario verificare che l'ospite, dopo il dovuto periodo di osservazione, sia oggetto di una valutazione da parte dei medici della struttura e venga **predisposto il Piano di Assistenza Individuale**. Il personale se ne prenderà quindi cura seguendo le indicazioni contenute nel P.A.I., che deve riportare tutte le informazioni per garantire un'assistenza appropriata, secondo le esigenze del singolo

l'AGED(2), su modello francese in Regione Liguria

Il paziente necessita inoltre delle seguenti prestazioni:

- ☐ Terapia iniettiva
- ☐ Prelievi ematici
- ☐ controlli glicemici
- ☐ Mobilizzazione antidecubito
- ☐ Cambio catetere
- ☐ Lavaggio vescicale
- ☐ Misurazioni ripetute pressione arteriosa
- ☐ Clisteri ripetuti con eventuale estrazione manuale feci
- ☐ Altro (specificare)

Medicazioni per:

- ☐ Stomie
- ☐ Decubiti
- ☐ Ulcere varicose/distrofiche
- ☐ Altra medicazione

DIAGNOSI (barrare la casella che interessa)

- | | |
|--|--|
| ☐ Arteriopatia degli arti inferiori in stadio avanzato | ☐ Insufficienza cardiaca in stadio avanzato |
| ☐ Grave artropatia arti inferiori con grave limitazione | ☐ Insufficienza respiratoria grave con limitazione funzionale |
| ☐ Protesi arti inferiori | ☐ Cerebropatia o lesione cerebrale di grado severo |
| ☐ Neoplasia in stadio avanzato | ☐ Tetraplegia |
| ☐ Altro (specificare) | |

CUTE E ANNESSI

P	C	A	
☐	☐	☐	S14 Bruciatura/ustione
☐	☐	☐	S18 Lacerazione/taglio
☐	☐	☐	S19 Altra lesione traumatica della pelle
☐	☐	☐	S70 Herpes zoster
☐	☐	☐	S72 Scabbia/altre acariasi
☐	☐	☐	S73 Pediculosi/altre infestazioni cutanee
☐	☐	☐	S74 Dermatofitosi
☐	☐	☐	S75 Moniliasi/candidosi della pelle
☐	☐	☐	S76 Altra malattia infettiva della pelle
☐	☐	☐	S77 Neoplasia maligna della pelle
☐	☐	☐	S80 Cheratosi attinica/eritema solare

P	C	A	
☐	☐	☐	S84 Impetigine
☐	☐	☐	S85 Cisti/fistola pilonidale
☐	☐	☐	S87 Dermatite atopica/eczema
☐	☐	☐	S88 Dermatite da contatto/allergia
☐	☐	☐	S89 Eritema da pannolino
☐	☐	☐	S91 Psoriasi
☐	☐	☐	S92 Malattia delle ghiandole sudoripare
☐	☐	☐	S94 Unghia incarnita
☐	☐	☐	S97 Ulcera cutanea cronica
☐	☐	☐	S98 Orticaria
☐	☐	☐	S99 Altra malattia della pelle

S.V.A.M.A.
VALUTAZIONE SANITARIA

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

	no	si
Diabete insulinodipendente	0	5
Prelievi Venosi Non Occ	0	5
ECG	0	5
Telemetria	0	5
Terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva	0	5
Gestione catetere centrale	0	5
Trasfusioni	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al di)	0	5
Ventiloterapia	0	5
Broncoaspirazione/Drenaggio posturale	0	5
Sondino naso-gastrico	0	5
Alimentazione assistita	0	10
Gastrostomia PEG	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	5
Catetere vescicale/ Eliminazione intestinale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	10
nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	5
Ulcere distrofiche agli arti		
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

Scheda di valutazione multidimensionale [B.I.N.A]

MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO

non necessarie

per ulcerazioni e distrofie cutanee

per catetere a permanenza

per piaghe da decubito

punti
10
30
40
100

☐ **BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza)**

in Emilia-Romagna è stata introdotta per valutare la “non autosufficienza” negli anziani istituzionalizzati (D. R. n. 1177/1987)

☐ **BINA-Home (BINA-H)**

- item 10 modificato per valutare il “contesto domestico”
- utilizzo concentrato nelle Unità di Valutazione Geriatriche (UVG) (L. R. 5-4-1994)

☐ **BINA-FAR (D. M. 17-12-2008 e circolare regionale 3/2010)**

- strumento di sintesi per la “Valutazione della persona non autosufficiente” utile ai fini della pianificazione assistenziale
- orientato alla valorizzazione del lavoro di cura che viene svolto all'interno dei servizi

Il sistema **VAOR viene assunto a partire dal 2014**, quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno e con gradualità per le diverse unità d'offerta per persone non autosufficienti. **Il processo di adeguamento al sistema VAOR riguarda le persone che accedono al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata e della misura della RSA APERTA 2942**

Dominio	Funzioni esaminate	Accessi / settimana							
		Lieve (punteggio =0)		Moderato (punteggio=1)		Grave (punteggio=2)		Molto Grave (punteggio=3)	
		sociale	sanitario	sociale	sanitario	sociale	sanitario	sociale	sanitario
Respirazione		0	0	0	0	0,5	0,5	3	3
Nutrizione	Deglutizione	0	0	0	0	1	1	7	7
	Alimentarsi	0	0	0	0	0	0	0	0
Comunicazione	Parola	0	0	0	0	0	1	0	0
	Scrittura	0	0	0	0	0	1	0	0
Motricità	Deambulazione/spostamenti	0	0	0	0,5	1,5	1,5	1,5	1,5
	Passaggi posturali	0	0	0	0,5	1,5	1,5	1,5	1,5
	Lavarsi/cura di se/toilette	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vestirsi	0	0	0	0	0	0	0	0
Controllo sfinterico	Minzione	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5
	Defecazione	0	0	1	1	1	1	1	1
Sensoriale	Vista	0	0	0	0	0	0	0	0
	Udito	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sensibilità superficiale	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vestibolare	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dolore	0	0	0	0	0	0,5	0	1
Cognitività e/o comportamento	Memoria	0	0	0	0	0	0	0	0
	Comportamento	0	0	0	0	0	0	0	0
Tono dell'umore		0	0	0	0	0	0	0	0

Viene introdotto un **indice di complessità assistenziale (I.C.A.)**, basato sulla rilevazione di alcune condizioni funzionali di particolare impegno assistenziale, così da definire la corretta “pesatura” delle risorse professionali ed economiche a parità di livello di bisogno e la necessaria flessibilità delle risposte in rapporto dell’evoluzione del bisogno stesso.

L’indice di complessità assistenziale offre la possibilità di introdurre un “fattore correttivo” ai diversi profili di assistenza e di riconoscere il carico assistenziale aggiuntivo anche in termini economici.

Indice di Complessità Assistenziale (I.C.A.)

Bisogno rilevato	SI	NO	Tempo standard prestazione	Frequenza della prestazione	Durata prevista della presa in carico	Mix figure professionali
LDD e lesioni vascolari/diabetiche complicate (es. da infezione o da condizioni generali paziente), che richiedono intervento complesso			≥ 30'	accessi quotidiani o trisettimanali	definita dalla tipologia di lesione, generalmente a medio-lungo termine	INFERMIERE/MEDICO
Dolore terapeutamente non controllato o mal controllato			≤ 30	accessi quotidiani	a breve termine (pz terminali oncologici e non)	MEDICO/INFERMIERE
Instabilità clinica e/o prestazioni di particolare impegno			≥ 30'	accessi quotidiani	a breve termine (l'instabilità clinica esita in un ulteriore peggioramento delle condizioni o in una stabilizzazione delle stesse)	MEDICO/INFERMIERE
Compliance			≥ 30'	accessi quotidiani	a lungo termine	INFERMIERE/ASA-OSS

- Negli Stati Uniti esiste oggi un programma governativo dedicato alle nursing home certificate da Medicare e Medicaid, il programma Nursing Homes COMPARE16: le strutture vengono valutate secondo un insieme di criteri espliciti e il livello di qualità complessivo raggiunto da ogni singola struttura (espresso da un numero di “stelle” no a 5) viene pubblicato on line. Le macro-aree di valutazione sono tre: stato di salute dei pazienti (valutato su visite ispettive ripetute), staffing e misure di qualità, queste ultime rappresentate da indicatori per l’assistenza a lungo termine e per quella a breve termine.

I criteri per la misura **dell’assistenza a lungo termine** sono sette: a) il cambio di ADL (Activities of Daily Living) e di mobilità;

b) l’elevato rischio di sviluppare una lesione da pressione;

c) l’essere portatore di un catetere a lungo termine;

d) la contenzione fisica;

e) l’infezione del tratto urinario

f) **il dolore.**

I criteri per misurare **l’assistenza a breve termine** sono tre:

a) il delirium;

b) **il dolore;**

c) **le lesioni da pressione.**

