



A.O. "D. Cotugno" - Napoli

Servizio di Ospedalizzazione Domiciliare (SOD) e

Screening in anonimato HIV

Direttore R. Gnarini

***L' Ospedale a domicilio:
l'esperienza del gruppo SOD di Napoli***

***Gnarini R, Cafaro L, Maddaloni A, Manzo N, Mariniello A,
Massa A, Mauriello S, Menna A, Pizzo P, Sardo M,
Scognamiglio P.***



Ospedalizzazione Domiciliare

Complesso coordinato di attività sanitarie di tipo medico, infermieristico e riabilitativo per il trattamento della persona a casa. Esse sono integrate da interventi psicologici e socio-assistenziali e garantiscono la continuità delle cure, in collaborazione con il nucleo familiare, la Medicina di Base e i Servizi Territoriali



Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania

(18 Aprile 1994 n°3914)

Comma 17

Delibera A.O. “Cotugno – Monaldi” n° 244 del 05-06-95

*Istituzione di un Servizio per l’Assistenza Domiciliare rivolto ai pazienti affetti da infezioni da HIV, **unico** per le tre Divisioni a prevalente ricovero AIDS*

La scelta effettuata dall’A.O. D. Cotugno è stata quella della Ospedalizzazione Domiciliare utilizzando un proprio nucleo di medici ed infermieri



A.O. "D. Cotugno" – Progetto "IRIS" **(D.D. 860/02 del 09/06/2003)**

Potenziamento del Servizio di ospedalizzazione domiciliare esteso a pazienti infettivi cronici, oncologici, con patologie degenerative non-AIDS e a pazienti affetti da AIDS ospitati presso la casa alloggio "Riario Sforza" di Napoli

- Criteri di immissione in assistenza domiciliare e/ o casa alloggio*
- Metodologia organizzativa*
- Acquisto di risorse professionali e tecnico strumentali*



**A.O. "D. Cotugno"
SOD**

21-06-1995(D.P.G.R. 3914/94)

**Ospedalizzazione
Domiciliare AIDS - 14 pl**

09-06-2003 (D.D.860/02)

Progetto Iris

Piano Sanitario Regionale

**Ospedalizzazione
presso Casa
Alloggio - 10 pl**

**Ospedalizzazione
Domiciliare non
AIDS - 10 pl**



Servizio Ospedalizzazione a Domicilio

S.O.D.

Equipe fissa

Direttore

1 Sociologo

*Coordinatore
infermieristico*

1 Amministrativo

Equipe mobile

2 Medici infettivologi

3 Psicologi

2 Infermieri professionali

1 Assistente sociale

Autista



SOD

Supporto alle tre Div. AIDS

• **Inserimento** del paziente
nel programma di
Ospedalizzazione
Domiciliare o casa alloggio

• **Rientro in famiglia** di
soggetti spesso da tempo
espulsi

Supporto alle cinque Div. non AIDS

• **Inserimento** nel programma di pazienti
con patologie croniche e/o degenerative
e/o oncologiche

- **Snellimento** dei ricoveri
- **Decongestione** dei reparti
- **Lotta** ai ricoveri impropri



SOD

• *Aspetto clinico – terapeutico – assistenziale*

*Rete con i Servizi territoriali (Ser. T., FKT, Materno infantile, Psichiatria)
e con gli specialisti ospedalieri*



• *Aspetto sociologico*

Costo – beneficio

Qualità della vita

**Impatto delle problematiche
nel contesto familiare -
lavorativo**



• *Aspetto psicologico*

*Supporto individuale e / o
familiare*

Coppie discordanti

Desiderio del figlio

Aderenza terapeutica



Servizio di Ospedalizzazione Domiciliare

Criteri di ammissibilità dei pazienti

- *Pazienti ospedalizzati affetti da patologie acute curabili a domicilio*
- *Pazienti ospedalizzati, in fase di remissione, ancora in trattamento terapeutico, non autosufficienti*
- *Pazienti terminali*
- *Pazienti con ADC*
- *Pazienti che richiedono terapia nutrizionale e/o palliativa e/o antalgica*
- *Pazienti con patologie infettive croniche e /o cronico – degenerative del fegato, cuore, rene, polmone, SNC ;*
- *Pazienti con patologie oncologiche*

Servizio Ospedalizzazione a Domicilio

Divisioni di provenienza dei pazienti AIDS

Giugno 1995 - Aprile 2004

85 Pazienti AIDS



III Divisione AIDS
n° 39 pazienti

IV Divisione AIDS
n° 27 pazienti

VIII Divisione AIDS
n° 29 pazienti

Servizio Ospedalizzazione a Domicilio

Divisioni di provenienza dei pazienti non AIDS

Giugno 2003 - Aprile 2004

*II Divisione
n° 1 paziente*

*VII Divisione
n° 3 paziente*

**n ° 25 Pazienti
non AIDS**



*III Divisione
n° 10 pazienti*

*V Divisione
n° 10 pazienti*

*Nefrologia –
Dialisi n° 1
paziente*

Servizio Ospedalizzazione a Domicilio

Pazienti attualmente in carico - Progetto IRIS

Giugno 2003 - Aprile 2004

n° 15 pazienti AIDS

*n° 10 pazienti
non AIDS*

*n° 2 paziente AIDS
Casa alloggio*



*n° 3 epatopatici
cronici*

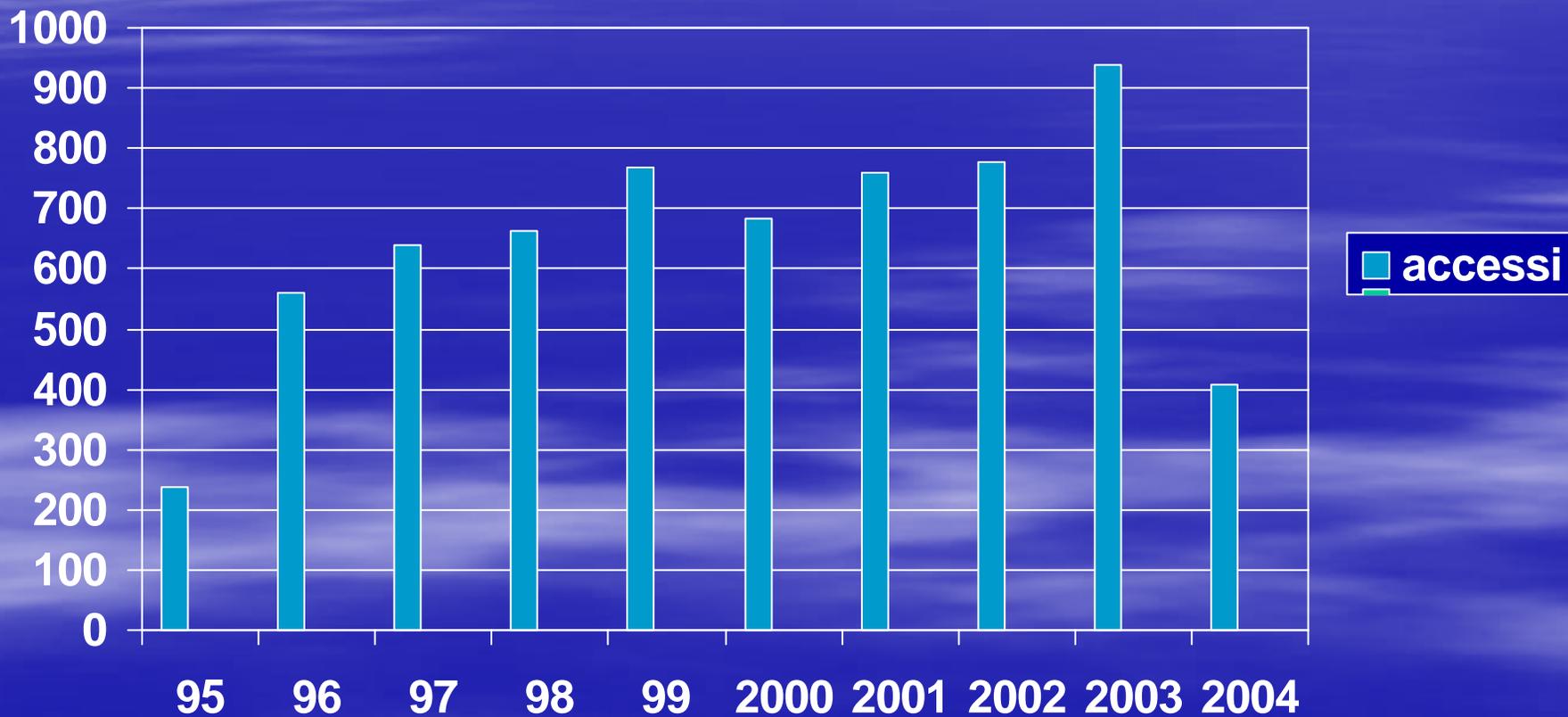


n° 5 oncologici

*n° 1 osteomielite
n° 1 polmonare*

Servizio Ospedalizzazione a Domicilio

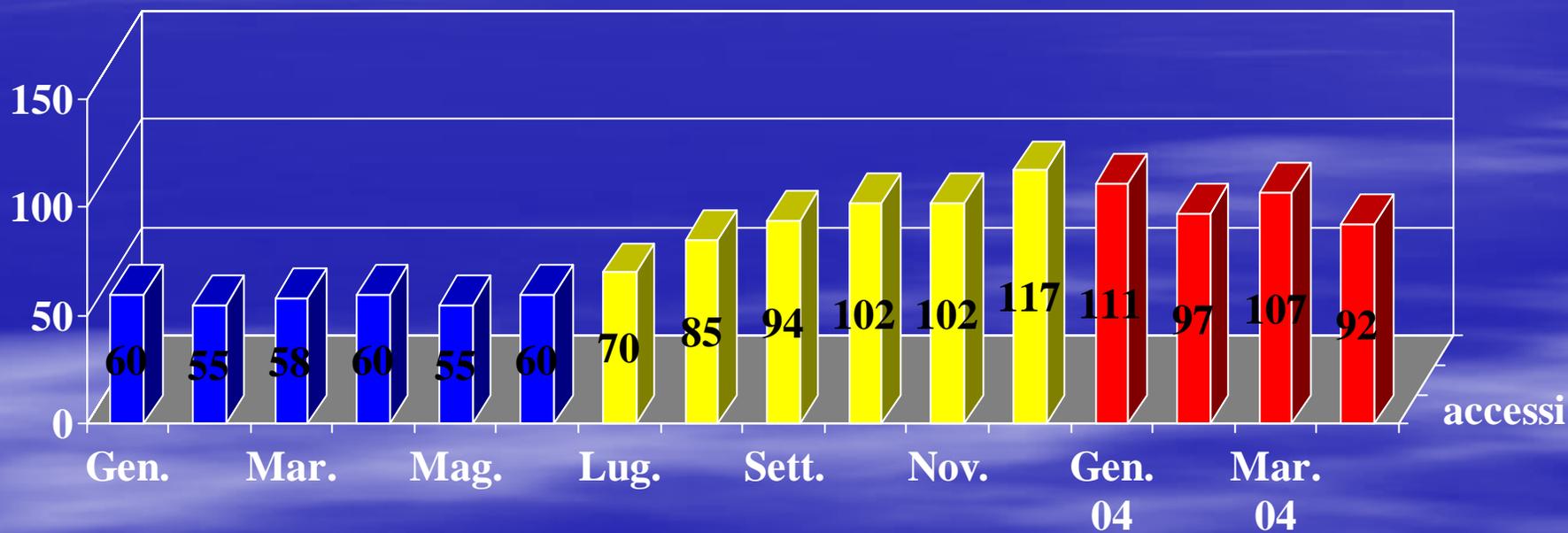
Accessi Domiciliari Giugno 1995 - Aprile 2004





Accessi Domiciliari Gennaio 2003 – Aprile

2004

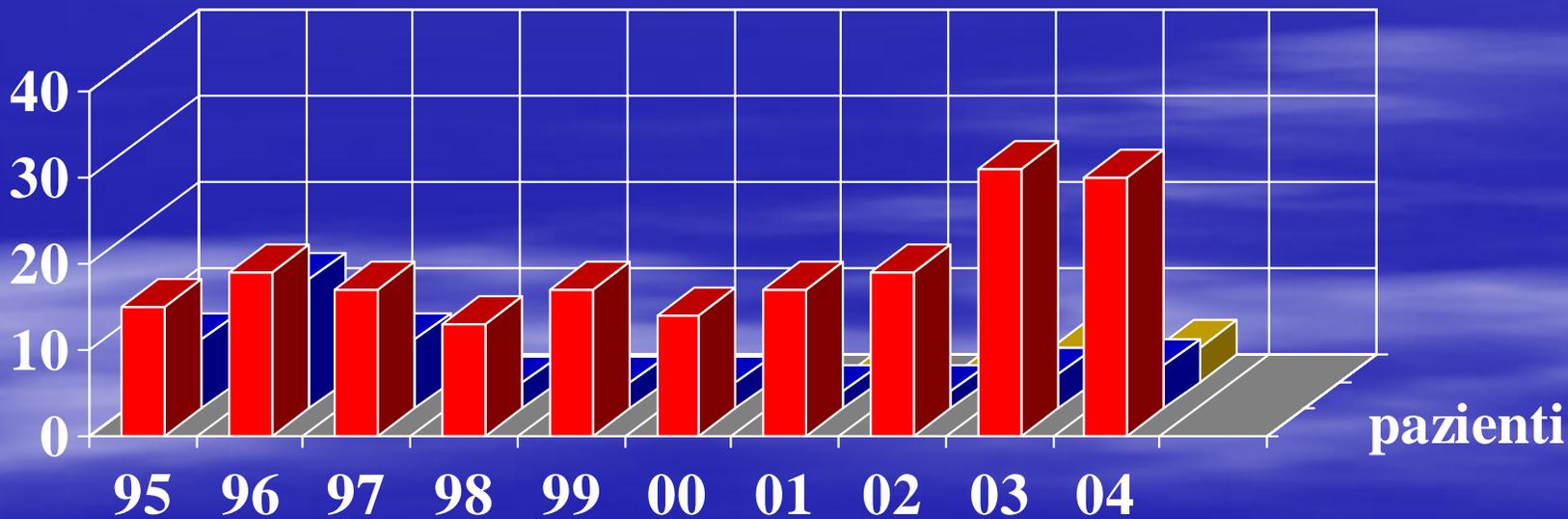


Iris



SOD

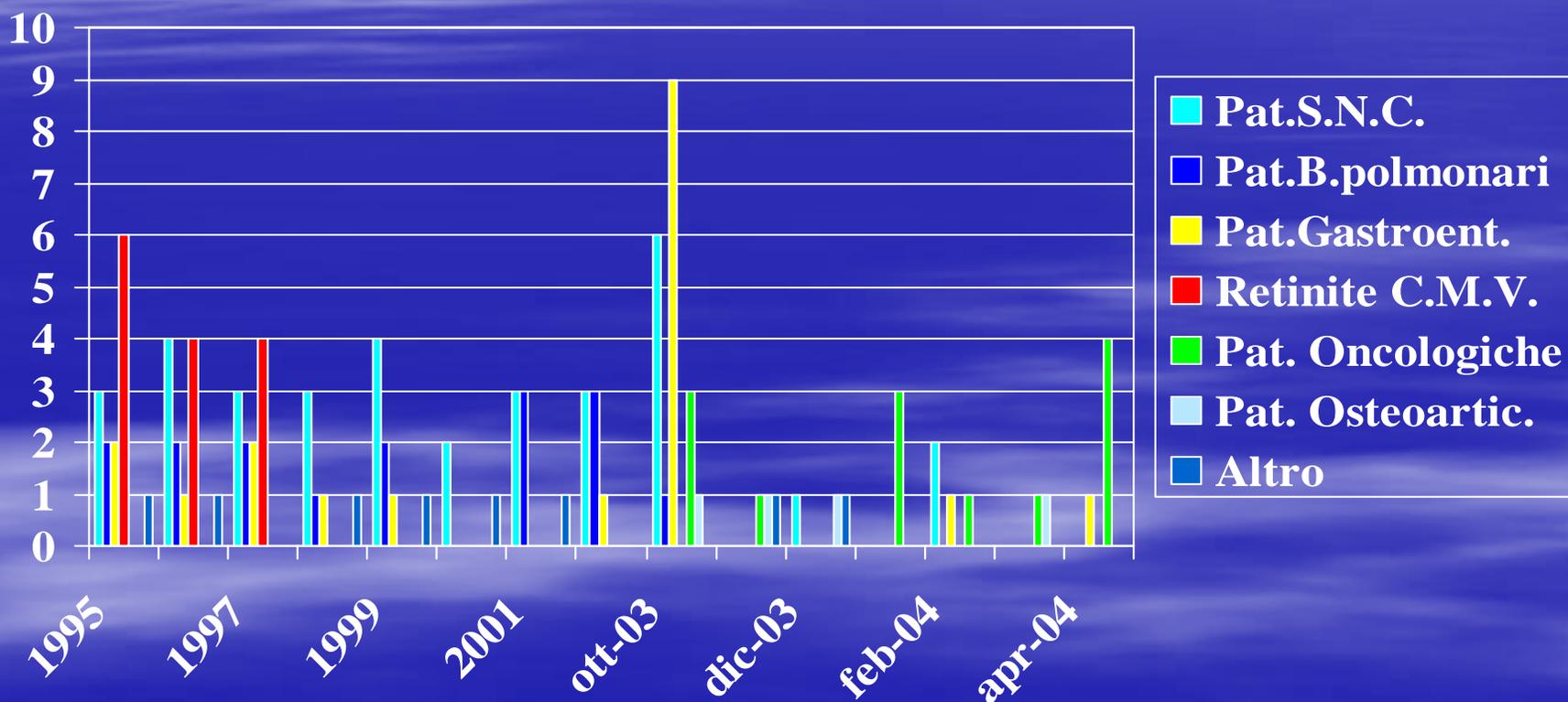
Pazienti in carico e Decessi Giugno 1995 - Aprile 2004





SOD

Diagnosi di immissione Giugno 1995 - Aprile 2004





S.O.D.

Dati operativi

Giugno 1995 – Aprile 2004

- **110 pazienti, in totale, in carico (85 AIDS / 25 non AIDS)**
- **23 pazienti, in media, in controllo settimanale**
- **6090 accessi domiciliari (controllo diagnostico, clinico, terapeutico, infermieristico, sociale, plurispecialistico, telecardiologia)**
- **4400 prelievi di materiale biologico pari a 31.500 indagini (ematochimiche, batteriologiche, parassitologiche)**
- **347 consulti specialistici**
- **420 esami “per immagini” (Rx, eco, TC, RMN)**
- **circa 8.200 telefonate in entrata e/o in uscita con pazienti e/o loro familiari**
- **circa 180.000 Km percorsi**



Obiettivi

- *Miglioramento della qualità della vita del paziente e aumento della sopravvivenza media domiciliare*
- *Supporto al paziente e alla famiglia*
- *Recupero-reintegrazione psico-sociale*
- *Counselling educativo/preventivo*
- *Miglioramento della compliance terapeutica*
- *Attivazione di sistemi per il monitoraggio della spesa farmaceutica*
- *Decongestione dei reparti*
- *Creazione di una rete ospedale-domicilio-volontariato*



Prospettive

- ***Potenziamento degli strumenti di monitoraggio clinico - terapeutico e di valutazione di variabili psico - sociali***
- ***Scambio di esperienze con altri gruppi S.O.D. (nursing, educazione, terapia, reinserimento sociale e recupero identità) , Associazioni di volontariato ed Enti no - profit***



Conclusioni

- Dall'integrazione delle diverse competenze professionali scaturisce un modello operativo finalizzato alla presa in carico soprattutto della "persona" e non soltanto della "malattia"





Conclusioni

- Umanizzazione dell'assistenza
- Miglioramento della qualità della vita anche nelle ultime fasi
- Esigenza di calibrare gli interventi, siano essi di tipo clinico, psicologico e sociale, sulle necessità del paziente
- Continuità tra assistenza ospedaliera e a domicilio con la conseguente restituzione della centralità della famiglia



IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEL S.O.D.

L'assistenza domiciliare costituisce una importante area di intervento che non può essere slegata da quella psicologica: l'affiancamento di uno psicologo contribuisce, infatti, a garantire una maggiore completezza ed efficacia dell'assistenza erogata.



IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEL S.O.D.

L'assistenza psicologica al paziente deve essere offerta sin dal momento in cui si configura la possibilità di un accesso in assistenza domiciliare, cioè quando il paziente è ancora ricoverato nella struttura ospedaliera:

- in modo che si instauri l'alleanza terapeutica prima che egli venga seguito presso il domicilio
- per evitare che l'intervento psicologico si configuri come un intervento di emergenza



L'APPROCCIO PSICOLOGICO IN ASSISTENZA DOMICILIARE

- L'approccio psicologico domiciliare si configura come un intervento di tipo relazionale, rivolto non solo al paziente ma anche al nucleo familiare nella sua globalità (che, spesso, continua dopo il decesso) e all'équipe medico-infermieristica.
- Il supporto psicologico alla famiglia non deve essere inteso solo nell'accezione di sostegno nella cura del paziente ma anche e, soprattutto, nel recupero di rapporti interpersonali spesso compromessi (sovente presenti in famiglie con pz AIDS) e nell'elaborazione dei repentini e sostanziali cambiamenti dello stato di salute (nei pazienti oncologici).



IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEL S.O.D.

- Sostegno al paziente
- Sostegno alla famiglia
- Sostegno all'équipe medico-infermieristica
- Miglioramento delle relazioni intrafamiliari ed extrafamiliari
- Miglioramento della comunicazione medico-paziente



SOSTEGNO AL PAZIENTE

- Elaborazione della malattia e delle condizioni cliniche del momento
- Elaborazione dei limiti derivanti dalla malattia e dalle cure
- Contenimento dello stato di sofferenza soggettiva
- Individuazione, attivazione e potenziamento delle risorse
- Recupero di una dimensione progettuale a breve e medio termine
- Attivazione di funzionali modalità di fronteggiamento della malattia
- Elaborazione della morte



SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA

- Valutazione della disponibilità e/o dei bisogni
- Valutazione e integrazione delle risorse
- Elaborazione della malattia
- Contenimento dell'ansia e dello stato di sofferenza familiare (vergogna, sensi di colpa, ecc.)
- Fronteggiamento dei cambiamenti derivanti dalla malattia
- Elaborazione del lutto



SOSTEGNO ALL'EQUIPE MEDICO- INFERMIERISTICA

- Briefing quotidiano
- Offrire uno spazio di ascolto, di accoglienza e di condivisione per l'elaborazione delle emozioni, delle difficoltà, della rabbia e dei bisogni che emergono dal lavoro sul campo
- Aiutare gli operatori a prendere contatto con i meccanismi di difesa che possono ostacolare non solo il lavoro clinico-terapeutico ma anche la costruzione di valide relazioni interpersonali con il paziente e la sua famiglia
- Individuare, potenziare ed integrare le risorse per la gestione non solo del paziente ma anche dei familiari che spesso instaurano con gli operatori una relazione di dipendenza



MIGLIORAMENTO DELLE RELAZIONI INTRAFAMILIARI ED EXTRAFAMILIARI

- Elaborazione di antiche e nuove problematiche relative ai rapporti familiari
- Miglioramento della comunicazione familiare e con l'esterno
- “Ristrutturazione” dei ruoli e delle relazioni



MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA

- L'aderenza rappresenta un fenomeno multidimensionale, legato al paziente, alla malattia, al tipo di terapia e al sistema curante.
- Lo psicologo favorisce la pianificazione di uno schema terapeutico individualizzato modellandolo, da un lato, sullo stile e sulle abitudini di vita del pz e, dall'altro, sulle esigenze dello staff medico-infermieristico.



MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

- Lo psicologo aiuta il paziente ad esprimere il proprio bisogno informativo rispetto alla malattia e alla cura.
- Lo psicologo aiuta a chiarire e a ridefinire i concetti trasmessi dall'équipe curante:
 - sopra-sottovalutazione delle proprie condizioni cliniche;
 - inadeguata interpretazione delle prescrizioni mediche.



CONCLUSIONI

- L'obiettivo generale è quello di aiutare il paziente e la sua famiglia ad adattarsi ai cambiamenti di vita che la malattia comporta con la minore sofferenza possibile.
- Non esiste un modello di intervento unico perché non esiste un'unica tipologia di paziente. Ogni individuo ha bisogni e reazioni diverse che influenzano il proprio modo di rispondere alla malattia e alle sue conseguenze.