

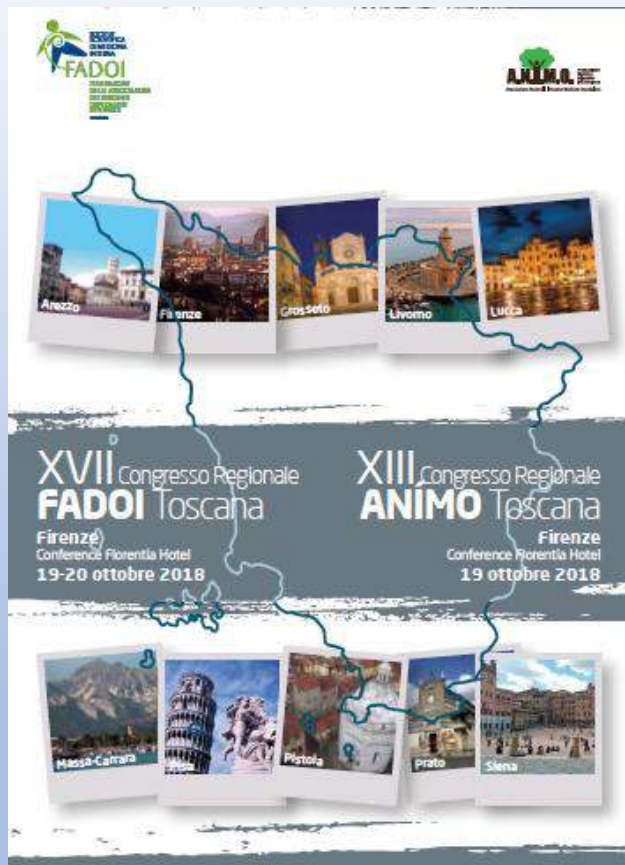


Corso FADOI – ANIMO
Firenze 19 Ottobre 2018

Delirium - strategie in area medica
Ricerca dei fattori di rischio, prevenzione,
riconoscimento e gestione

Scopo dell'approccio Gentlecare

Dr.ssa Angela Tufi
U.O.C. Geriatria – Osp. S.Donato Arezzo
Azienda USL Toscana SudEst



la sottoscritta Dr.ssa Angela Tufi

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009,

dichiara

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario



MOYRA JONES

Nata 28-09-1936 Deceduta 05-01-2015

Nata Terapista Occupazionale - Ideatrice del modello GentleCare negli anni 90 in Canada

Nato come modello positivo di assistenza per l'Alzheimer

Nel corso degli anni le linee guida GENTLE CARE sono state applicate nei diversi contesti assistenziali.

RSA, NUCLEI ALZHEIMER residenziali o semiresidenziali, assistenza domiciliare ed infine anche in ospedale

Il GENTLE CARE è un approccio clinico protesico e sistemico che si sviluppa a partire dalla comprensione della malattia e del tipo di disabilità provocata, per arrivare a valorizzare le capacità residue del malati con la sua storia e i suoi desideri così da accrescere e sostenere il suo benessere.

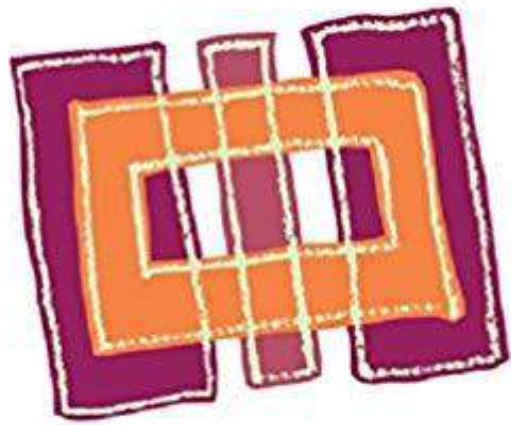
Approccio protesico -> protesi -> rivolta a migliorare la funzione senza sostituirsi ad essa (vocabolario Treccani)

Gentlecare

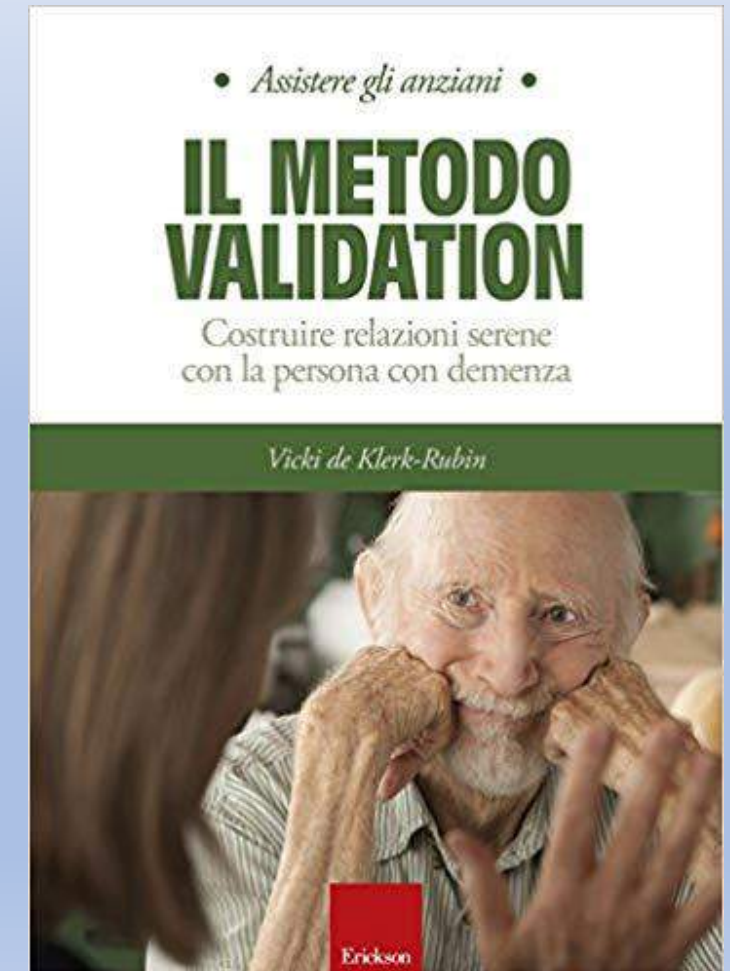
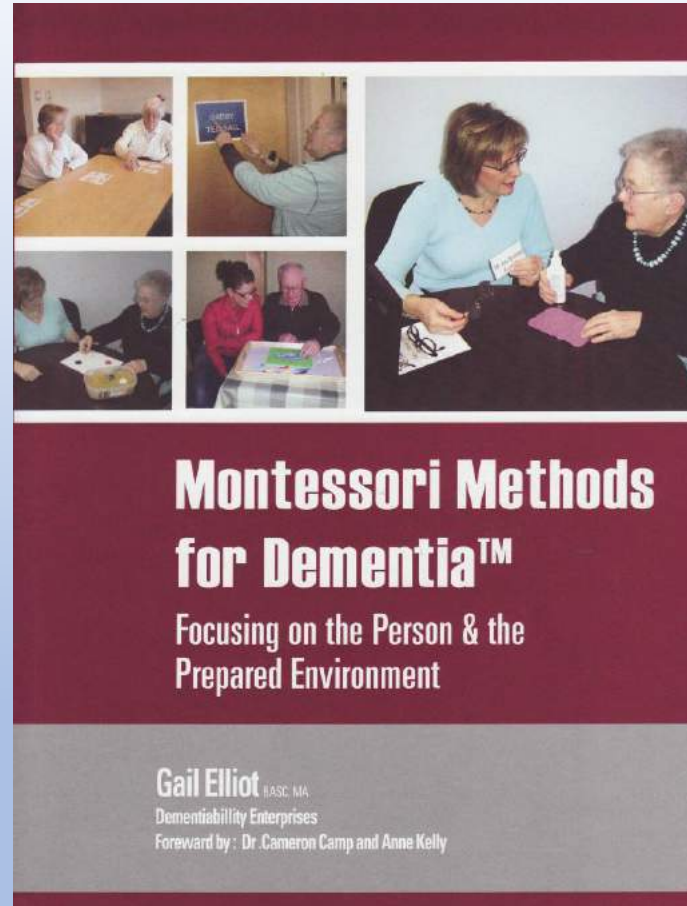
Un modello positivo di assistenza
per l'Alzheimer

Moyra Jones

Edizione italiana a cura di Luisa Bartorelli



Carocci Faber



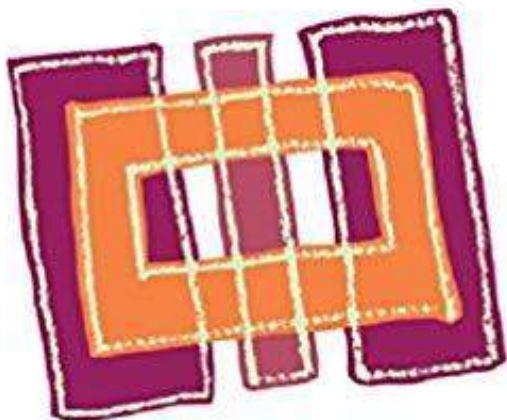
.... Aiutami a fare da solo ...

Gentlecare

Un modello positivo di assistenza
per l'Alzheimer

Moyra Jones

Edizione italiana a cura di Luisa Bartorelli



Carocci Faber



Il Gentlecare è quello che si è dimostrato più appropriato nella gestione del delirium del paziente in ospedale

Filosofia del GENTLECARE

La persona anziana con delirium

o con disturbi psichici e comportamentali della demenza (BPSD) ricoverata in ospedale, **subisce un profonda modificazione nelle sue capacità di interazione con la realtà.**

E' necessario quindi costruire intorno a lei un aiuto – una protesi per ridurre al minimo le situazioni di stress, fonte di agitazione, ansia e aggressività e mantenere il più possibile l'autonomia.

Oggi il GENTLECARE è diventato un modello ben definito da specifici requisiti organizzativi, strutturali e gestionali. Linee Guida GENTLECARE, certificate UNI ISO

**Obiettivi
Gentlecare**

Promozione del benessere della persona ..
Ottenere il miglior livello funzionale possibile
in assenza o in presenza di condizioni di stress

risoluzione o riduzione della gravità dei
principali disturbi comportamentali

riduzione dello stress di chi assiste sia esso
caregiver formale o informale

riduzione dell'utilizzo di mezzi di contenzione
fisica e farmacologica

MODELLO DI VALUTAZIONE DI GENTLECARE

Stadio 1

Forze e deficit

- Mentali
- Fisici
- Socio-culturali
- Spirituali

Stadio 2

Ambiente

- Fisico
- Sociale
- Culturale

Stadio 3

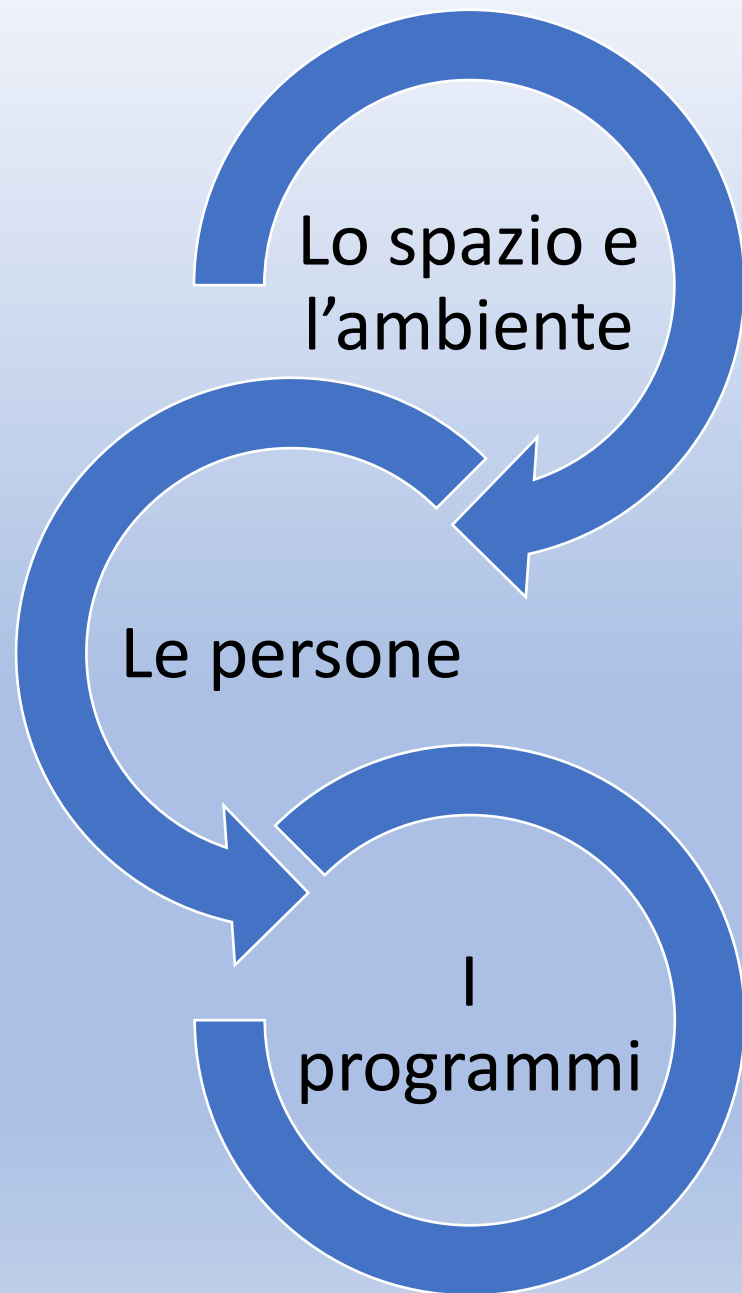
Capacità di svolgere attività di vita quotidiana

- Cura di sé
- Gestione dell'ambiente
- Attività di svago

PROTESI DI VITA GENTLECARE

Spazio fisico
Persone
Programmi

PROTESI DI VITA GENTLECARE



GENTLECARE è un modello assistenziale che si sviluppa su tre elementi in continua relazione dinamica fra loro

Lo spazio protesico come base strutturale di assistenza

Le persone come
agente terapeutico

I programmi

Un luogo concepito per essere
vissuto in libertà dal paziente e dal
caregiver

Specifica progettazione
dello spazio, degli
arredi, della luce e dei
colori

Camera accogliente, domestica con
qualche oggetto personale e
familiare

Disponibilità di approccio
multisensoriale

Lo spazio protesico
come base strutturale
di assistenza

Le persone come
agente terapeutico

I programmi

Medici, infermieri, oss,
caregiver formale o
informale, educatori, servizio
civile, service

Le loro convinzioni, i loro
atteggiamenti e il loro linguaggio
devono essere competenti e
orientati alla storia di vita del
paziente

Tutti coloro che vengono a
contatto con il paziente
partecipano al team di
assistenza e di terapia

Il team viene vissuto e percepito dal
malato come una componente
familiare che si prende cura di lui

Lo spazio protesico
come base strutturale
di assistenza

Le persone come
agente terapeutico

I programmi



- Risponde a un modello di assistenza sanitaria CIRCOLARE e NON GERARCHICO
- Interdipendenza fra malato e persone che lo vogliono AIUTARE
- FORMAZIONE specialistica multi professionale* → scelta del personale
- Creazione di un' EQUIPE : entusiasmo nel collaborare, condividere, trasmettere
- ALLENZA TERAPEUTICA con la famiglia

Lo spazio protesico
come base strutturale
di assistenza

Le persone come
agente terapeutico

I programmi

Tutte le attività che si
sviluppano nelle 24 ore
in modo personalizzato
e prive di stress

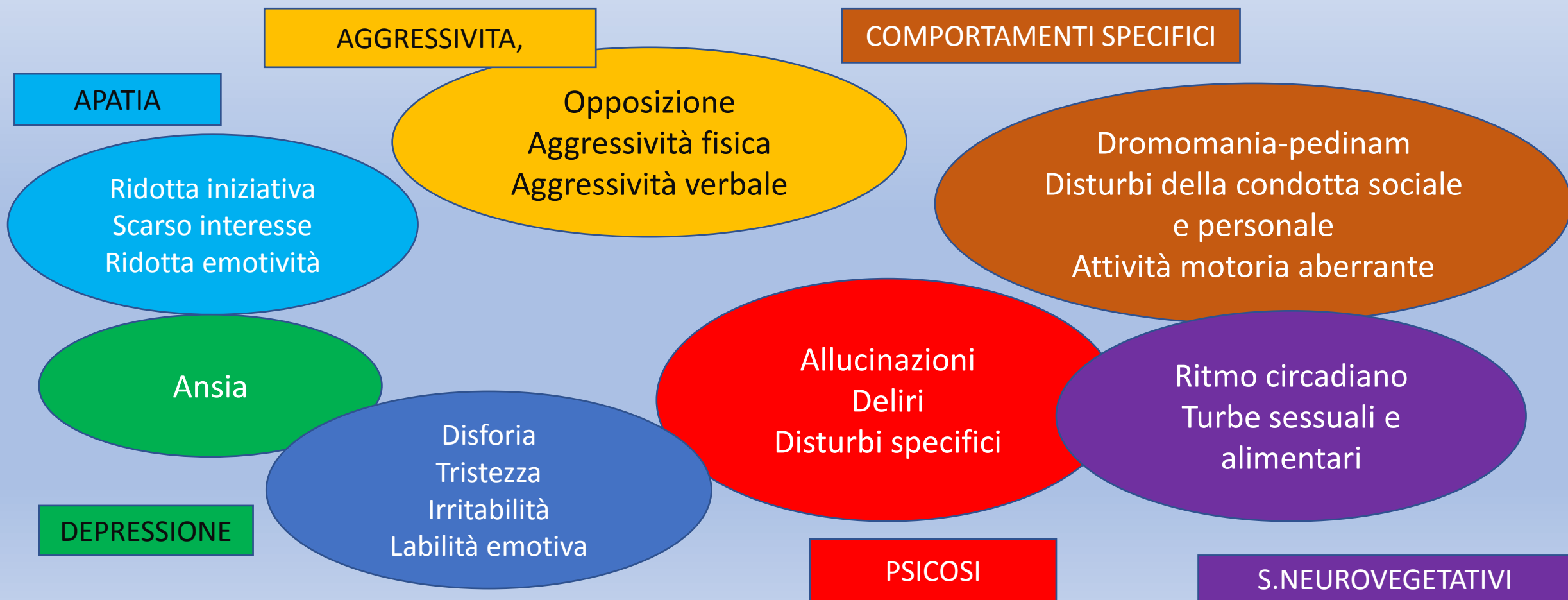
PLST (riduzione progressiva della
soglia dello stress)
Es. orario farmaci, orario
diagnostica ..

I programmi vanno a
sostituire l'impostazione
rigida delle attività, con
tempi artificiali di veglia-
sonno e alimentazione

I programmi di
intrattenimento sono
programmati nel
riempire le ore diurne.
Specifici programmi
notturni possono ridurre
l'uso dei farmaci

Programma di trattamento farmacologico non empirico ma orientato ai cluster dei BPSD

FARMACI UTILIZZATI NEL TRATTAMENTO DEI BPSD



Programma di trattamento farmacologico non empirico ma orientato ai cluster dei BPSD

FARMACI UTILIZZATI NEL TRATTAMENTO DEI BPSD

AGGRESSIVITA,

AGITAZIONE PSICOMOTORIA

APATIA

AChE-Inibitori
Antidepressivi

Antipsicotici
Antiepilettici
Antidepressivi

Antipsicotici
Antiepilettici
Benzodiazepine
Antidepressivi

Antidepressivi

Antipsicotici
Ache-inibitori

PSICOSI

DEPRESSIONE

Programma di prevenzione e trattamento della disidratazione frequente causa di delirium



Ghiaccioli al succo di frutta
Budino gelato
Gelatine
Gelati
Frutta (meloni, pere, lamponi)
frullata o grattata
Acqua calda con latte e zucchero
Limonate
Sorbetti

PROGRAMMA approccio T.A.D.A. al DELIRIUM

TOLLERATE

ANTICIPATE

DON'T AGITATE

Tollerare

- Prima cercare di **riorientare** il paziente (S/T- grandi orologi-calendario-foto di famiglia). Se non è efficace **non continuare**, ma utilizzare tecniche di distrazione o **entrare insieme** nel disorientamento (evitare pericoli per il paziente)
- Permettere al paziente di **agire naturalmente** sotto stretta osservazione (no situazioni dannose)
- Osservare il comportamento per ottenere **indizi** sui **bisogni** del paziente (o su ciò che potrebbe disturbarlo)

Anticipare

- “Liberare” il paziente da **device non necessari** (CVP, CV).
“Nascondere” quelli necessari ed utilizzarli per breve tempo in determinate fasce orarie
- Anticipare i **comportamenti** del paziente in modo che l’infermiere possa prepararsi a ciò che il paziente potrebbe fare (i **bisogni** che non sono in grado di comunicare)

Non agitare

- Evitare domande di **memoria a breve** termine
- Affermare il disorientamento invece di “imporre” il riorientamento
- Coinvolgimento del medico e dell’infermiere nella valutazione delle **cause reversibili** del delirium
- Non usare **mai** contenzioni fisiche
- L’intervento farmacologico deve essere **l’ultima risorsa**

Risultati di un modello assistenziale Gentlecare

- **Migliore performance del paziente**
- **Riduzione dei disturbi comportamentali e dell'aggressività**
- **Riduzione dei cateterismi vescicali**
- **Riduzione utilizzo improprio degli antipsicotici**
- **Migliore senso di autoefficacia caregiver**
- **Migliore benessere familiare**
- **Riduzione dei conflitti familiari**
- **Maggiore partecipazione nelle attività di cura**

*.....Non possiamo arrestare l'implacabile
progredire della malattia di Alzheimer, ma possiamo
FARE MOLTO per aver CURA delle parti della persona
che non sono ancora colpite dalla malattia.....*

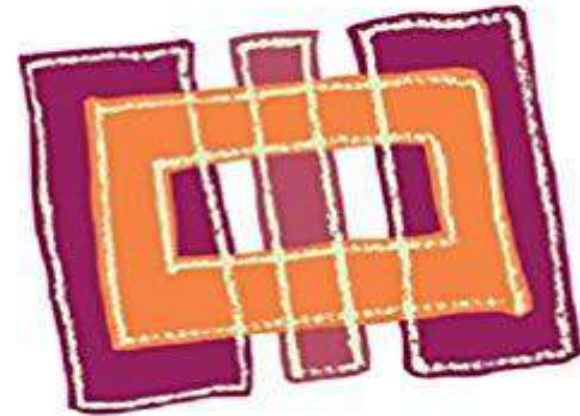


Gentlecare

Un modello positivo di assistenza
per l'Alzheimer

Moyra Jones

Edizione italiana a cura di Luisa Bartorelli



Carocci Faber