

Caso clinico



Chi è l'utente



- Sig.ra X.X. è nata il 10.09.1936
- Vedova da ca. undici anni, suo marito deceduto per tumore (seguito da noi per alimentazione tramite peg)
- Ha due figli: un figlio abita in val di Muggio e l'altro figlio abita nelle vicinanze di Mendrisio, entrambi sposati
- Vive sola in un appartamento in una palazzina
- Una sorella e una cognata vivono nello stesso paese, mentre un'altra sorella vive nel luganese



- Amante vecchi film che raccoglie e che riguarda durante la giornata
- Legge giornale
- Appassionata di ricamo con il punto croce: appesi in casa molti quadri ricamati da lei ma ora fatica a causa di sopravvenuta scarsa manualità
- Anni fa ha fatto parte di un coro, ha molte fotografie in casa

Quadro diagnostico



- **Sindrome ansiosa-depressiva**
- **Dispepsia e disfagia selettiva ai farmaci**
- **Cisti ovariche bilaterali**
- **Sindrome fibromialgica**
- **Cardiopatía ipertensivo-aritmogena**
- **Ernioplatica ombelicale (2001)**
- **Gonartrosi bilaterale**
- **Morbo di Paget**
- **Carcinoma papillare della tiroide (10.2004)**

Grado di autonomia



Autonoma nelle funzioni BADL:

- Orientata nei tre parametri luogo, spazio, tempo
- Autonoma per igiene quotidiana e vestirsi
- Non compromessa la mobilitazione in casa e fuori, non fa uso di ausili (07.14. valutazione equilibrio e cammino: equilibrio 11/16, andatura 11/12)
- Autonoma nella preparazione dei pasti



- Il riposo notturno è a volte disturbato, fa uso di farmaci per agevolare il sonno. Abituata ad alzarsi in tarda mattinata
- Th viene gestita da lei. Utente in maniera anarchica non accetta intrusioni da parte di operatori che la invitano ad aderire alla farmacologia prescritta
- Tendenza a gestire in autonomia il rapporto con il medico con scarsa condivisione con operatori
- Usa teleallarm (dopo ultima degenza in obv)

Supporti informali



- Figlio l'accompagna a fare la spesa una volta alla settimana e moglie si occupa del bucato
- Ogni sera figlio le telefona mentre con l'altro figlio c'è poco contatto, solo in caso di necessità (utente riferisce che ora lavora solo tre volte alla settimana, ha problemi di salute, viene seguito da psicologo)
- Privata per ec dom una volta alla settimana
- Trasporto privato per accompagnamento da visite medici, fisioterapia, pedicure
- Visite saltuarie della sorella e della cognata
- Ha pochi contatti con il vicinato



Th per os attuale:

- Eltroxine 0.1 mg 1 - 0 - 0 - 0
- Beloc ZOK 50 1 - 0 - 0 - 0
- Pantozol 40 1 - 0 - 0 - 0
- Sintrom sec schema 0 - 0 - * - 0
- Nozinan 25 mg 0 - 0 - 0 - 1
- Lexotanil 3 mg 0 - 0 - 0 1/2
- Tramal gtt 10 in riserva per dolori
- Motilium s/l in riserva se nausea

Supporti formali



Interventi ACD:

- due docce alla settimana (lunedì e venerdì)
- controllo salute e glicemia al lunedì (intervento da fine luglio, dopo rientro da ricovero in ospedale)
- prelievo venoso per quick su om

Medici:

- mc di Chiasso
- Reumatologo
- Oculista a Mendrisio
- Dermatologo a Lugano
- Otorinolaringoiatra a Mendrisio
- Geriatra obv durante ultimo ricovero, utente poi non si è più recata per visita per sua decisione (su invito del geriatra)



Servizi esterni:

- Fisioterapia che interviene a domicilio
- Pedicure ogni mese ca
- Centro sociale: al martedì pom per tombola (dal 16 settembre 2014 e su invito del geriatra dopo ricovero in ospedale luglio 2014)

Percorso diagnostico 2014



- Gennaio 2014 rx anca e bacino per disturbi al rachide lombare per interventi di decompressione: non si evidenziano alterazioni osteostrutturali ,
- Febbraio 2014 visita otorinolaringoiatrica nella norma
- Febbraio 2014 tac addome: non neoformazioni tumorali, non liquido libero in addome, esiti di colecistectomia
- Febbraio 2014 consulto ginecologico, non riferite alterazioni patologiche
- Marzo 2014 rx bacino per dolori inguinali e noto Paget: iniziali segni di coxartrosi a livello del bacino, restanti reperti invariati rispetto al Gennaio 2014
- Aprile 2014 Controllo radiologico con tac dopo operazione di stabilizzazione L4-s1 12 mesi prima. Livello L4-L5 non segni compressivi. Livello L5-S1 segni di effetto vacuum del disco senza segni compressivi di rilievo
- Luglio 2014: minima ernia iatale
- Luglio 2014 ricovero in ospedale obv per astenia, nausea recidivante. Si evidenzia una sindrome ansiosa-depressiva con inappetenza e calo ponderale di circa 5 kg in 15 dì, sintomi negativi (tristezza, apatia, angoscia, insonnia), ritiro sociale

Valutazione del dolore e vissuti



- Durante gli interventi per doccia utente manifesta sempre disturbi legati alle sue patologie: ansia, angoscia, paure, pensieri negativi, dolori fisici. I dolori manifestati cambiano intensità e luogo (schiena, braccia, caviglia,..). Dopo ultimo ricovero in ospedale umore migliorato, più stabile, presenta preoccupazioni ma in maniera meno intensa.
- Il 28.04.14 presenti dolori 2/10 sulla scala NRS con 15 gtt di tramal tre volte al giorno (dolori lombare, cervicale, gamba sin), il 02.02.15 presenti dolori 5/10 sulla scala NRS senza assumere tramal gtt ma impacchi freddi una volta al giorno (braccio sin)
- In passato siamo intervenuti giornalmente per cambio cerotti flector sulla schiena e caviglia (dal 12.12.13 al 17.12.13, dal 22.01.14 al 06.02.14, dal 10.03.14 al 17.03.14). Il 09.9.14 medico ha ordinato cavigliera con nostro intervento quotidiano per applicarla ma utente dopo due giorni ha rifiutato.
- In passato è stato provato a mettere in th antidepressivi (saroten, remeron e deroxate) per togliere neurolettico ma utente dopo alcuni giorni è sempre tornata al neurolettico autonomamente. Nell'ultimo ricovero è stato somministrato distraneurine alla sera associato al lexotanil ma a casa utente è ritornata al neurolettico



- Dopo ricovero in ospedale del luglio 2014 dolori sono più controllati. Assume sporadicamente gtt di tramal dalla riserva (non tutti i dì).
- Nel 2014 ha effettuato un ciclo di fisioterapia a domicilio in ottobre con beneficio, il fisioterapista ci informa che avrebbe diritto dalla cassa malati ad altri cicli di fisioterapia ma utente contraria, non l'ha più richiesto. In passato ha fatto capo a più studi di fisioterapia
- Proposto più volte pasti a domicilio ma utente ha sempre rifiutato
- Non accetta di aumentare frequenza centro sociale, si reca solo a tombola e non si ferma neanche a merenda
- Vorrebbe andare a tombola a Chiasso alla domenica pom ma è priva di trasporto

Criticità



- Iniziale presa a carico solo per cure di base, auspicabile un controllo infermieristico anticipato
- Sottovalutazione del problema: dolore/malessere psi e scarsa condivisione in equipe
- Rete migliorabile
- Inserimento figura specialistica (geriatra o neuropsicologo) ante ricovero

Difficoltà equipe



- Difficoltà ad abbracciare problematica complessa
- Messa in comune non costante
- Mancata estensione del caso a tutti gli attori esterni per garantire presa a carico multidisciplinare
- Difficoltà a stabilire alleanza terapeutica su resistenze dell'utente: non collaborante e refrattaria ad aiuti esterni (formali ed informali)

Spunti di riflessione



- Migliorare circolazione informazioni in equipe e in Rete per obiettivi e strategie condivisibili
- Migliorare monitoraggio su dolore (dove spesso si tende a trascurare aspetti psi, sociali)
- Stimolare periodica supervisione Geriatrica
- Cicli di fisio o ergo su ricomparsa dolore (e altri evt trattamenti)
- Migliorare monitoraggio su dolore e assunzione farmaci (documentazione)
- Maggior investimento per un maggior reintegro sociale (stimolare ad uscite su rischio isolamento sociale) e ricerca attività nel quotidiano decentranti rispetto alla sofferenza
- Finalizzare interventi per creare senso di appartenenza (atteggiamenti o argomentazioni gradite, aumentare fiducia e partecipazione per ridurre resistenze a farsi accompagnare nel percorso di cura e modalità di conduzione anarchiche)
- Verificare nel tempo se entourage familiare puo' essere risorsa
- Approccio empatico ma consapevole(essere in grado di individuare i limiti dell'utente e non creare forzature, nel rispetto delle sue scelte)



- *“Vivere il dolore degli altri, dei pazienti, significa prenderne coscienza nella sua entità fisica e psicologica. S’impara a distinguere il dolore dalla sofferenza, mentre spesso ci concentriamo sul dolore fisico e trascuriamo la sofferenza e qui sta la differenza fra curare la malattia e curare il malato” (Veronesi,2001).*