

Il progetto assistenziale personalizzato e gli outcomes del servizio

di Flavio Paoletti

Il *case manager* agisce in una serie di ambiti disciplinari che riguardano la sfera biologica, psichica e sociale della persona e della comunità. Deve avere competenze antropologiche, assistenziali, funzionali, gestionali e di politica socio-sanitaria. Per applicare il modello di *case management* e indirizzare gli attori ad agire coralmemente in base ai bisogni-diritti della persona, il *case manager* svolge una funzione di intermediazione tra i servizi e la persona che è parte attiva del suo processo assistenziale. Il *case manager* è il regista delle funzioni e delle azioni di coloro che, a vario titolo, concorrono a realizzare il progetto assistenziale individuale in un approccio multiprofessionale .

Le capacità richieste comprendono tecniche di *counselling*, conoscenza e valutazione dei servizi esistenti, gestione di un budget di salute individuale o di comunità, progettazione, coordinamento di servizi e gruppi di lavoro, negoziazione, applicazione del metodo di *problem solving*, monitoraggio delle attività e degli output con un atteggiamento proattivo.

Alcune ricerche dimostrano che un approccio di questo tipo, fondato sulle visite domiciliari, permette di ridurre l'istituzionalizzazione nelle case di riposo e di prevenire il declino funzionale nelle persone anziane.¹

Il progetto assistenziale individuale (PAI), redatto in base ad una valutazione multidimensionale, è lo strumento formale che afferma la centralità della persona e dei suoi diritti, documenta la presa in carico, garantisce la continuità assistenziale, lo sviluppo dell'autonomia possibile ma anche la morte senza dolore. Esso rappresenta altresì l'articolazione di una serie di interventi integrati, formulati a seguito della progettazione condivisa con la persona, i suoi famigliari ed i *care givers*, in cui si condividono obiettivi, responsabilità e risorse centrate sulla persona.

“La realizzazione del progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto più possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. Deve inoltre assumere una funzione proattiva nel senso di porsi anche come strumento di attivazione e di costruzione di contesti favorevoli al ripristino del funzionamento sociale di soggetti promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi”².

Nell'Azienda per i Servizi sanitari n.1 Triestina il progetto assistenziale individuale è descritto nella cartella infermieristica integrata che ha valenza legale ed è certificata dalla TUV ISO 9001:2000.

La cartella è strutturata al fine di realizzare un sistema di monitoraggio accurato della qualità dell'assistenza, della reale presa in carico offrendo la possibilità di condurre ricerche infermieristiche per evidenziare se il *nursing* praticato è abilitante e sino a che livello (valutazione degli esiti) e quali siano i costi sostenuti dall'Azienda.

La cartella consente di evidenziare:

- i diritti/bisogni esplicitati in obiettivi assistenziali e le loro priorità;
- le risorse disponibili;
- gli interventi (azioni disciplinari, interdisciplinari e intersettoriali integrate, nonché azioni di auto-aiuto e/o etero-aiuto);
- le responsabilità professionali e di servizio;
- i tempi delle verifiche del raggiungimento degli obiettivi.

Il sistema di finanziamento dei progetti assistenziali individuali del Friuli Venezia Giulia è sostenuto dal *budget di salute* che integra le risorse del Fondo Sanitario Regionale con quelle del Fondo per l'Autonomia Possibile.

Di seguito si propone come esempio un progetto realizzato con il metodo del *case management*.

Il signor Giulio, ha 78 anni, vive da solo in un appartamento di edilizia popolare al secondo piano e senza ascensore. Ha una figlia sposata che lo va a trovare circa due volte a settimana per pochi minuti e gli porta un po' di generi alimentari. E' cardiopatico, si alimenta male e non sempre assume in modo corretto i farmaci, va incontro a riacutizzazioni e ripetuti ricoveri presso un reparto di medicina (i ricoveri sono da due a tre nel corso di ogni anno).

Continuità assistenziale (case finding): i colleghi di reparto segnalano l'anziano per la continuità assistenziale al servizio infermieristico domiciliare, che entro 72 ore garantisce la prima visita a letto dell'assistito in ospedale. Lo scompenso cardiaco, con l'assunzione di una terapia corretta, regredisce e si progetta il rientro a domicilio. La figlia, molto presa da impegni familiari e lavorativi, ritiene di non poter aiutare il padre e propone il ricovero di un mese in una residenza sanitaria assistenziale prima del rientro a domicilio del padre.

Pronto intervento domiciliare: l'infermiera che va a conoscerlo in reparto, dopo un colloquio con il signor Giulio e la collega ospedaliera, valuta i bisogni utilizzando la scheda Val.graf¹, non individua validi motivi per un ulteriore ricovero in un residenza sanitaria assistenziale e di un tanto convince la figlia con la quale condivide il rientro del padre a domicilio. Valutato che i bisogni sanitari e socio-sanitari sono più impegnativi durante il primo mese e poi dovrebbero diventare meno intensi, attiva il Pronto Intervento Domiciliare del Comune (PID) che garantisce l'erogazione del servizio sociale in tempi brevi e su un target di persone prescindendo dal reddito.

Bisogni rilevati (assessment)

- scarsa e scorretta alimentazione;
- scarsa mobilizzazione;
- scarsa interazione.

Obiettivi (care planning)

- alimentazione: garantire una corretta alimentazione ed idratazione in base alla patologia cardiaca;

¹ E' la scheda adottata dall'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia

- mobilitazione: far uscire di casa il Signor Giulio, rafforzando il suo tono muscolare;
- interazione: coinvolgerlo nella vita sociale del quartiere.

Interventi (attuazione del PAI)

- alimentazione: per un mese i pasti gli sono assicurati a domicilio, poi solo la spesa in modo da stimolarlo a cucinare da solo;
- mobilitazione: il fisioterapista lo consiglia e lo addestra su alcuni esercizi;
- interazione: presenza programmata a casa di operatori, volontari e della figlia per dare continuità e sicurezza ed un volontario lo accompagna almeno due volte la settimana fuori casa.

Indicatori (outcomes)

- alimentazione: non perde peso, non presenta segni di ristagno di liquidi;
- mobilitazione: si muove con maggiore sicurezza ed esce da casa;
- interazione: coltiva relazioni fuori di casa.

Tempi delle valutazioni (outcomes)

- alimentazione: peso e ristagno settimanale;
- mobilitazione: settimanale;
- interazione: almeno ogni due settimane.

Nodi della rete e specifica delle responsabilità

- infermiere case manager responsabile del progetto;
- fisioterapista *counseling* sulla mobilitazione;
- servizio di pronto intervento del comune per la consegna dei pasti a domicilio;
- operatore di supporto del comune per l'acquisto della spesa e per i piccoli interventi di pulizia;
- volontario per l'accompagnamento e la socializzazione.

La figlia – *care givers* non è in affanno e meglio si relaziona affettivamente con il padre. I diversi attori ricordano al signor Giulio di prendere regolarmente i farmaci.

Revisione critica (cambiamenti ottenuti) dopo circa 3 mesi

Il signor Giulio è entrato in *follow up* per valutare periodicamente i tre indicatori da parte dell'infermiere *case manager*. E' ben compensato dal punto di vista clinico, esce ogni giorno e va al bar a bere il caffè e a leggere il giornale, prima con l'aiuto del volontario e ora con quello di un amico di gioventù che ha incontrato al bar dopo tanti anni e che ogni giorno lo aiuta a fare le scale. Ogni domenica va a pranzo dalla figlia. L'intervento ha evitato ulteriori ricoveri, il signor Giulio ha sempre a portata di mano il numero di cellulare del suo *case manager* ed ha rifiutato la richiesta di cambio alloggio in un palazzo con ascensore perché lì dove si trova ha una rete sociale e affettiva che vale più dell'ascensore.

Gli outcomes del modello e del servizio domiciliare

Ma quali sono gli *outcomes* del modello? Gli elementi da considerare nella realizzazione della qualità dei servizi sanitari sono riconducibili a quattro categorie fondamentali:

- l'organizzazione della struttura, la gestione dei processi primari e accessori, identificazione d'indicatori atti a misurare le attività;
- la definizione del contenuto tecnico dei servizi erogati, dove particolare rilevanza assumono la documentazione scientifica ed i protocolli diagnostici e terapeutici;
- la qualificazione del personale attraverso la formazione di base, le conoscenze applicative, le doti intellettive ed umane, l'etica;
- l'esecuzione delle attività d'indagine (analisi e diagnostica) che costituisce il presupposto per la validità delle terapie adottate.

Gli indicatori possono essere considerati come prove dei progressi degli obiettivi assistenziali specifici. Possono essere analizzati da un sistema i seguenti indicatori di:

- prodotto - misurano quali prodotti e servizi sono erogati-;
- efficienza - misurano i costi di struttura dei servizi/attività-;
- attività - misurano gli effetti e i risultati delle specifiche attività-;
- soddisfazione - misurano se i servizi soddisfano i bisogni e le aspettative-.

Ci soffermeremo in modo particolare sugli indicatori di attività dell'assistenza infermieristica domiciliare, che partendo dal *disease management* sfoceranno sugli *outcomes* di presa in carico indipendentemente dalla patologia d'attivazione del servizio.

Passare da una gestione della patologia ad una gestione e verifica dell'esito assistenziale, significa cambiare paradigma di riferimento e ricercare sempre nuovi elementi di miglioramento dell'intero processo assistenziale.

Sostenere che la gestione degli esiti è un approccio multidisciplinare per promuovere la qualità dei servizi e controllare i costi significa che “...i dati sono raccolti e analizzati nel corso del tempo, vengono identificati ed analizzati trend di comportamento e vengono prese delle decisioni con la finalità di introdurre i cambiamenti necessari a migliorare gli esiti delle cure e l'efficacia dell'assistenza erogata”³. Ciò comporta una valutazione delle attività erogate al singolo cittadino o alla comunità anche in termini di grado di; miglioramento della qualità di vita, salute aggiunta, patologia evitata, riduzione dell'istituzionalizzazione, dei ricoveri e delle giornate di degenza, nonché dei costi.

Tale valutazione può essere fatta confrontando la situazione di salute e di rischio in una persona o in una comunità prima di uno specifico trattamento, nel nostro caso l'attivazione del servizio infermieristico domiciliare, con quella osservata dopo tale trattamento in un periodo temporale definito. Se il trattamento risulta efficace il rapporto esistente tra le attività erogate (*outputs* assistenziali) e i risultati ottenuti (*outcomes* di esito) saranno buoni, con conseguente miglioramento di salute e di qualità di vita dell'assistito.

Il servizio infermieristico domiciliare, risponde ai requisiti previsti della norma UNI EN ISO 9000:2000 e del documento Sincert RT-04; si è dato una serie di indicatori e standard per verificare l'attività erogata ed i risultati in un'ottica di miglioramento continuo. Gli indicatori individuati sono di processo, esito e qualità percepita.

La tabella n. 1 riporta gli indicatori, lo standard e il grado di raggiungimento nel 2006 in cui si evidenzia che grazie al modello assistenziale di presa in carico, nonostante alcune criticità legate alle risorse, gli obiettivi sono raggiunti e l'erogazione del servizio è sotto controllo.

Oltre alla valutazione continua dei processi e degli esiti, si sono condotte due ricerche sull'efficacia della presa in carico del servizio *continuato*.

tabella n. 1

Indicatore	Standard	Grado di raggiungimento nel 2006
SID continuato % di prima visita a domicilio entro le prime 24 ore	80%	80,6%
SID occasionale % programmazione dell'intervento entro le 24 ore	80%	100%
% di persone valutate entro 3 giorni da parte del SID nel reparto ospedaliero con continuità assistenziale ospedale-territorio	80%	82,94%
% di persone con piano assistenziale completo tra gli assistiti in SID continuato	90%	90,58%
% di persone con monitoraggio del dolore in caso patologia neoplastica	90%	100%
% di persone con lesioni da decubito generate tra gli assistiti in SID continuato	1%	0,26%
% di persone con infezione del catetere venoso centrale in carico SID secondo protocollo	10%	0%
% di persone portatrici di catetere vescicale a permanenza con infezione urinaria sintomatica	10%	5,38%
% di persone contattate a random ogni sei mesi, che giudicano la qualità erogata dal SID continuato come efficace/molto efficace	80%	100%

¹ Centre for Reviews and Dissemination. University of York U.K, “Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta_regression analysis”, in *Jama*, 2002;287(8), p.1022-28.

² Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2006-2008 Friuli Venezia Giulia (ex articolo 7 L.R. 23 del 29 luglio 2004), dicembre 2005.

³ Panella M., “I percorsi assistenziali”, in *Care* 2004; 6,: p.21-22.