

Infermieri di comunità e di pronto soccorso per un approccio integrato ai problemi dell'anziano

Gianfranco Sanson¹

Dalla conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ad Alma Alta (1978) in poi la letteratura internazionale afferma la centralità dell'assistenza primaria¹. Eppure da allora è difficile ri-orientare il sistema sanità. Più alla portata sono le strategie che sottraggono agli ospedali una quota di competenze cliniche e assistenziali, per creare risposte efficaci e alternative al ricovero. L'esperienza triestina in quest'ambito è decisamente un passo avanti rispetto ad altre realtà nazionali.

Da alcuni anni a Trieste si sta compiendo una rivoluzione culturale, si muovono opinioni e parte di risorse dai *luoghi di cura* ai servizi erogati in ogni luogo: sempre più sul territorio- ed in particolare a domicilio- e sempre meno in ospedale. Si stanno mettendo in gioco molteplici professionalità (nessuna delle quali in grado di rivendicare l'esclusività del sapere e delle competenze) che coinvolgono il cittadino e le risorse non istituzionali del territorio nei processi di sviluppo della salute e dei percorsi di cura.

Tutto ciò è ben lungi dall'essere giunto a compimento, ma comporta significative criticità, che si manifestano con meccanismi di difesa dello status quo. Sono in gioco vari interessi che tendono a rallentare o a rendere meno credibili gli sforzi di cambiamento.

Tra le resistenze ci sono anche quelle dei *tecnici della salute*. Il cambiamento costa fatica, la strada del rinnovamento a taluni sottrae potere e richiede un profondo ripensamento del proprio modo di essere e, non di rado, un aumento (almeno iniziale) del carico di lavoro. In sanità è difficile mettere in discussione la *filiere* che conduce impropriamente al pronto soccorso il cittadino con problemi palesemente cronici gestibili altrove. Inoltre, dobbiamo ammetterlo, la gente *ama* l'ospedale, in una sorta di sindrome di Stoccolma per cui nel rapimento dell'istituzione trova tangibile assicurazione e garanzia di buone cure. I servizi territoriali hanno ancora un carattere di incertezza, sono poco visibili e tangibili. L'ospedale è concreto con i suoi edifici ed il personale localizzato in un luogo preciso e fruibile a piacere: esiste forse qualche reale ostacolo alla possibilità di una visita in pronto soccorso?!

Invece, lo spostamento di risorse dall'ospedale verso l'assistenza territoriale consentirebbe, anche nel breve-medio termine, di migliorare l'assistenza. Ma non è un problema solo di risorse. Un reale spostamento potrà avvenire quando ci sarà una diffusa consapevolezza tra i cittadini sulla possibilità di prese in carico alternative al ricovero e qualitativamente apprezzabili.

Se si vuole che l'ospedale sia riservato alla cura delle forme acute e delle riacutizzazioni delle malattie croniche, il pronto soccorso deve realizzare un filtro, costante e non episodico, e attivare una presa in carico altrettanto certa e appropriata nei casi in cui non c'è necessità di ricovero. In tal

¹Gianfranco Sanson è responsabile infermieristico del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste".

senso è interessante valutare i primi risultati dell'integrazione degli infermieri di comunità e del pronto soccorso, iniziata a Trieste a giugno 2007 e finalizzata a prevenire i ricoveri degli anziani per disidratazione durante il periodo estivo.

Gli over65enni costituiscono a Trieste il 27% della popolazione, ma solo il 13% circa è seguito in regime di follow up o è in carico agli infermieri di comunità dei distretti. La metà di questi anziani dunque sfugge all'attività di prevenzione della disidratazione. La Regione Friuli Venezia Giulia da alcuni anni destina ogni estate un fondo ad un privato incaricato di contattare telefonicamente gli anziani per raccomandare loro di bere. Ciò nonostante, nel corso delle estati passate un buon numero di anziani in stato di disidratazione più o meno marcato è arrivato al pronto soccorso di Trieste. Molti di questi anziani sono stati ricoverati.

L'anziano ha difficoltà a comprendere un messaggio telefonico e spesso è sordo, l'iniziativa è abbastanza discutibile (anche *eticamente*) e in ogni caso non pare abbia realmente contrastato il fenomeno in questi anni. Ciò detto, la disidratazione, qualora non associata ad eventi morbosi maggiori, non costituisce una ragione di ricovero giacché può essere trattata e risolta efficacemente con una terapia reidratante. Quello che mancava gli scorsi anni, e che si è realizzato nel 2007, era appunto un raccordo efficace ed efficiente del pronto soccorso con i servizi territoriali.

Al pronto soccorso non è semplice modificare un *modus operandi* teso a far fronte a carichi di lavoro elevati, a ridurre la fila evitando di commettere errori. A volte il ricovero rappresenta una scorciatoia rapida per chiudere un caso soprattutto se interessa un anziano, la vecchietta con la sua fragilità spesso inconsciamente è trattata come una patologia che spinge al ricovero e ad eccedere con le prestazioni. Non deve dunque sorprendere se, a fronte di un protocollo d'intesa interaziendale sulla continuità assistenziale infermieristicaⁱⁱ che prevede anche il raccordo con il pronto soccorso, in passato i contatti siano stati episodici e legati esclusivamente all'invio in una residenza sanitaria assistenziale: nel tentativo non di offrire un'alternativa al ricovero, ma un ricovero alternativo!

Da alcune responsabili infermieristiche del territorio a maggio 2007 è venuta l'idea di provare a rafforzare il raccordo sfruttando l'oggettiva *emergenza caldo*. La previsione, basata su dati storici, era quella di una stagione estiva contraddistinta da reparti di medicina saturi.

Il progetto

Il raccordo ha avuto il sostegno dei direttori sanitari delle due aziende ed una base ampia di discussione e condivisione attraverso una serie di riunioni preparatorie e successive di monitoraggio del progetto.

L'obiettivo principale è l'azione di filtro mirata ad evitare il ricovero degli anziani che accedono al pronto soccorso, principalmente per disidratazione, ma non solo:

ⁱⁱ Il sistema della continuità assistenziale infermieristica è descritto nel capitolo 2.6.2.

- assicurando il raccordo tempestivo con gli infermieri di comunità ed i geriatri di distretto attivati con cellulari aziendali dedicati;
- la valutazione del caso e la presa in carico da parte dei servizi territoriali presso il pronto soccorso.

Il progetto è iniziato l'1 giugno, ma la procedura è andata a regime nell'ultima settimana di tale mese. Un vasto gruppo di infermieri e medici delle due aziende ha familiarizzato con la procedura che è monitorata dai coordinatori infermieristici a livello territoriale e al pronto soccorso.

Di estrema efficacia, per quanto concerne il pronto soccorso, è stata la formazione sul campo che, seppur non accreditata, ha visto la presenza del coordinatore in affiancamento all'infermiere capoturno sin dalle consegne del mattino, con l'obiettivo di valutare collegialmente i casi candidabili a una presa in carico dell'infermiere di comunità.

L'avvio di una sperimentazione interna al servizio, che prevede una ri-valutazione congiunta medico-infermieristica degli anziani in osservazione per il passaggio delle consegne fra turno notturno e diurno, ha consentito di affinare le valutazioni dei bisogni degli anziani in rapporto all'attivazione del geriatra distrettuale oppure dell'infermiere di comunità.

Anche i contatti telefonici con gli infermieri di comunità (competenti per distretto) sono stati monitorati allo scopo di individuare criticità e realizzare tempestivi feed-back tra servizi.

Queste nuove modalità di lavoro hanno cambiato la routine del pronto soccorso e aumentato il carico di lavoro. C'è infatti la necessità di escludere con sicurezza fatti acuti e adottare interventi terapeutici per rendere possibile la presa in carico territoriale. La valutazione clinica è piuttosto approfondita e prevede l'effettuazione di esami strumentali, di laboratorio e, a volte, indagini radiologiche. Questi interventi non possono essere più demandati al reparto di destinazione come accadeva in passato, ma devono essere garantiti al pronto soccorso. La parte più complessa tuttavia è quella successiva; relativa alla valutazione della candidabilità dell'anziano all'attivazione del geriatra o dell'infermiere di comunità.

La decisione è gravata:

- dai tempi anche lunghi di osservazione temporanea;
- dagli orari di reperibilità degli interlocutori territoriali (da lunedì a venerdì e solo nelle ore del mattino per il geriatra, viceversa dalle 7:30 alle 19:30 di ogni giorno dell'anno per l'infermiere);
- dai tempi necessari all'espletamento della consulenza che, gioco forza, non può essere immediata;
- dalla successiva serie di contatti e valutazioni.

A ciò si associa il tempo di latenza per rendere effettiva la risposta da parte del geriatra o dell'infermiere di comunità che a loro volta attivano i servizi che effettuano la presa in carico (servizio infermieristico domiciliare, servizio domiciliare di riabilitazione, residenza sanitaria

assistenziale, servizio di pronto intervento domiciliare del Comune, servizi sociali, volontariato eccetera).

Il campione

Nel periodo compreso fra il 1 giugno e il 3 settembre la procedura è stata attivata per 97 persone. La popolazione coinvolta è rappresentata da soggetti fragili (non solo anziani) di età compresa fra 45 e 101 anni (media 82,4, mediana 84,0). Si è assistito a una netta predominanza del sesso femminile (rapporto 3:1).

Il raccordo

In 60 casi è stato coinvolto in prima battuta il geriatra, in 35 casi l'infermiere di comunità, per un caso sono stati coinvolti i servizi di salute mentale ed per un altro caso gli infermieri di una residenza sanitaria assistenziale convenzionata dalla quale la persona proveniva. Quando il geriatra riteneva di non avere competenza per risolvere il caso, coinvolgeva l'infermiere di comunità e viceversa, ciò è capitato nel 20% dei casi per un totale di 140 contatti (tabella n. 4).

Tabella n. 4 - Contatti attivati dal pronto soccorso

	01.06.07 – 03.09.07		01.06.06 – 03.09.06		Δ 2007 - 2006	
	numero	media gg	numero	media gg	numero	%
Contatti geriatra di Distretto	100	1,1	12	0,1	+ 88	733,3%
Contatti Infermiere di comunità ⁱⁱⁱ	40	0,4	0	0,0	+ 40	N.V.
Totale contatti	140	1,5	12	0,1	+ 128	1066,7%

Risultati

Il 9% dei soggetti è stato ricoverato, il 4% è rientrato a domicilio in sicurezza e senza alcun supporto, vuoi per la sussistenza di un'efficace rete familiare, vuoi per l'inconsistenza della problematica.

Nell'87% dei casi si è trovata una soluzione alternativa al ricovero ospedaliero: il 30% dei soggetti è stato preso in carico dal servizio infermieristico domiciliare; il 2% dal Dipartimento di salute mentale territoriale; il 55% è stato ricoverato in una residenza sanitaria assistenziale (RSA), ciò è avvenuto spesso a proposito, giacché tali strutture realizzano programmi di riabilitazione propedeutici ad un rapido rientro a domicilio, ma in alcuni casi tale soluzione era la più rapida da offrire causa l'assenza di servizi sociali immediatamente fruibili a domicilio anche solo per

ⁱⁱⁱ Gli infermieri sono quelli del servizio domiciliare e dell'u.o. anziani.

l'assistenza domestico-alberghiera. Le sorprese maggiori sono venute dall'analisi dei motivi di accesso al pronto soccorso (tabella 5).

Tabella n. 5 - Motivo di accesso al Pronto Soccorso degli assistiti per i quali è stata attivata la procedura

Motivo di accesso	numero	%
Demenza o problematiche psichiatriche (morbo di Alzheimer, demenza senile, depressione, riacutizzazione di psicosi)	11	11,3%
Disidratazione (bilancio idrico negativo da cause diverse)	16	16,5%
Problemi internistici (es. diabetico o cardiopatia scompensata, broncopolmonite acuta, BPCO)	14	14,4%
Problematiche socio-assistenziali (mancanza di rete di supporto domiciliare o territoriale)	12	12,4%
Traumi (contusioni o fratture da cadute accidentali o violenza interpersonale)	31	32,0%
Esiti di traumi (dolore o impotenza funzionale conseguenti a traumi recenti)	10	10,3%
Altro (pazienti terminali, difficoltà gestionali per catetere vescicale sonde da nutrizione entrale)	3	3,1%
Totale	97	100,0%

Il problema della disidratazione negli anziani, è stato causa di accesso nel 17% dei casi, mentre la parte del leone l'hanno fatta le problematiche correlate ai traumi, in particolare alle cadute, (oltre il 42% dei casi) che spesso sono causa di inabilità permanente e incidono pesantemente sulla mortalità quando portano alla perdita dell'autosufficienza e all'allettamento prolungato.

Per tali persone il ricorso al ricovero ospedaliero era l'unica soluzione percorribile anche per problematiche legate a traumi di minore entità e alla temporanea parziale disabilità (es. dolore, difficoltà nella deambulazione, necessità di riposo a letto, immobilizzazione di un braccio).

Ricordo di aver letto in passato diagnosi, alle quali è seguito il ricovero, del tipo *contusione sacrale, vive da sola*, oppure *lombalgia in crolli vertebrali su base osteoporotica*. Proprio su questa fattispecie di problematiche il progetto ha mostrato la maggiore capacità di intervenire con soluzioni efficaci, comprendenti la riabilitazione in RSA, ma anche il supporto a domicilio per effettuare la terapia antidolorifica o la profilassi anti-tromboembolica, così come per l'aiuto nella preparazione e somministrazione dei pasti.

Durante il tempo necessario alle valutazioni in acuto e all'attivazione della presa in carico territoriale, i soggetti candidati sono stati degenti in pronto soccorso, assistiti dagli infermieri e dagli operatori socio sanitari. I tempi di osservazione, per quanto *temporanea*, sono risultati significativamente elevati (tempo medio di 24ore, mediano di 22 ore, range compreso fra 1 e 71 ore) e di gran lunga superiori, per lo più, alle ore normalmente previste per l'inquadramento e la dimissione dal servizio.

Particolarmente critiche si sono rivelate le giornate a cavallo del fine settimana, quando la candidatura avveniva nelle giornate di venerdì o sabato e la presa in carico era possibile solo a partire da lunedì. Va dunque sottolineato che, ancorché sussistano ampi margini di miglioramento, la riuscita del progetto era imprescindibilmente legata alla volontà delle équipes del pronto soccorso di farsi carico di un problema che finora ritenevano alieno, sobbarcandosi un carico di lavoro supplementare in termini assistenziali e organizzativi dei cui risultati a breve termine, si riteneva, avrebbe beneficiato il cittadino e l'Azienda ospedaliera, la quale indubbiamente non poteva che trarre giovamento dalla riduzione dei ricoveri impropri.

Il personale ha condiviso sempre più il progetto man mano che ne comprendeva l'utilità dal punto di vista organizzativo (disponibilità di posti letto in medicina per casi acuti, riduzione dei rientri immediati in pronto soccorso di persone dimesse senza opportuna presa in carico, eccetera). Ma anche perché si è compresa l'eticità del progetto ed è cresciuta la consapevolezza del danno potenziale derivante dal ricovero nella persona anziana. Ciò è stato possibile grazie alla disponibilità e professionalità degli infermieri di comunità e dei geriatri che, garantendo interventi solerti, hanno trasmesso ai colleghi del pronto soccorso un importante messaggio di fattibilità dei percorsi e permesso di accettare un rilevante incremento dell'impegno assistenziale in quanto correlato a un esito per lo più favorevole e gratificante, tanto per l'assistito e per la sua rete familiare, quanto per gli operatori dell'assistenza.

Strategico e vincente è stato il monitoraggio dell'attività basato sulla puntuale raccolta della documentazione di ogni caso attivato dal pronto soccorso, sulla produzione di un report sintetico e su sistematici incontri di audit clinico, nel corso dei quali sono stati discussi i casi in modo congiunto fra infermieri di pronto soccorso e di territorio. Da tali incontri, sempre schietti e basati sull'analisi puntuale di ogni criticità e dei punti di forza, è emerso uno spirito di collaborazione nuovo e mai sperimentato prima nell'ambito dei rapporti del pronto soccorso con le strutture territoriali.

Considerazioni

Sin dai primi giorni di avvio del progetto è emersa la consapevolezza dell'evitabilità di un numero rilevante di ricoveri prescindendo dall'*emergenza caldo*. Estremamente correlata a ciò, si è andata sviluppando la coscienza di come la segnalazione tempestiva e la presa in carico congiunta dei soggetti a rischio è in grado di avere un impatto ancora maggiore in termini di riduzione di un numero rilevante di accessi e ri-accessi al pronto soccorso per cause evitabili e risolvibili a domicilio.

In altre parole, si sta facendo prepotentemente largo una nuova mentalità, che porta con sé ottimi auspici unitamente a elementi di difficoltà legati alla consapevolezza che:

- non si evita il ricovero ospedaliero se manca la presa in carico alternativa;
- una presa in carico territoriale ha bisogno di una serie di indagini e interventi urgenti per filtrare adeguatamente i casi e consentire con sicurezza e tempi congrui la dimissione protetta.

Un aspetto molto curato è stato il rapporto tra gli infermieri del pronto soccorso e di comunità prima inesistente. La comprensione del reciproco lavoro, delle competenze possedute e la conoscenza personale è stata individuata dai coordinatori dei rispettivi servizi come elemento cardine su cui investire per la buona riuscita del progetto. I risultati ottenuti in tal senso hanno gettato le basi per la creazione di un buon clima tra servizi: di inevitabile ottimismo e di sano realismo. L'esperienza fin qui descritta e l'analisi preliminare dei dati, sollecita e legittima futuri auspici, che potrebbero essere estremamente ambiziosi:

- è possibile ipotizzare un'eliminazione completa del ricovero ospedaliero per gli ultranovantenni?
- è ragionevole prevedere una tale strutturazione della rete di servizi alternativi al ricovero ospedaliero, da ridurre ulteriormente il numero di posti letto nei reparti di medicina interna e recuperare risorse professionali da investire in ambiti diversi (es. potenziamento dell'osservazione temporanea per incrementare l'azione di filtro, potenziamento ed estensione del progetto nell'arco delle 24 ore dell'attività dei servizi distrettuali per migliorare l'opera di prevenzione e presa in carico)?
- è possibile strutturare diversamente l'organizzazione dei servizi distrettuali per ridurre il ricorso improprio alla RSA e incrementare le attività erogabili a domicilio (dalla fisioterapia, alla nutrizione entrale, al monitoraggio dell'idratazione, alla prevenzione delle cadute, ecc.)?
- è possibile pensare a un tempo nel quale la perdita totale o parziale dell'autosufficienza non coinciderà più con la fine della vita relazionale e con la reclusione in un casa di riposo, ma troverà alternative di supporto tali da consentire all'anziano, e alla persona fragile in senso lato, di vivere a casa propria e rimanere saldamente inserito nella propria rete di relazioni significative?

Riflessioni conclusive

La pratica quotidiana della continuità assistenziale unita al confronto dialettico interprofessionale, hanno portato alla stesura di un protocollo a contenuto misto di intelligenze, competenze e abilità specifiche. L'obiettivo è favorire l'erogazione di un processo assistenziale ottimale e perseguire i migliori risultati in termini di salute per la persona, garantendo la migliore razionalizzazione delle risorse.

In altre parole, una volta stabilito cosa fare attraverso l'analisi dell'evidenza, diviene fondamentale che il personale, accanto al malato, diventi un'équipe: un insieme di professionalità in grado di esprimere un complesso armonico di competenze che interagiscono per il raggiungimento di un obiettivo.

Proprio la mancata percezione dell'identità dell'obiettivo è il fattore che più d'ogni altro determina il fallimento di ogni iniziativa: non possono sussistere contrapposizioni né interferenze, quando

l'obiettivo è il miglioramento del livello assistenziale! Lo sforzo principale dev'essere teso a concretizzare le idee, soprattutto quelle di carattere organizzativo, e integrare le capacità dei singoli che, se rimangono isolate, hanno un impatto assai limitato in termini di efficacia ed efficienza.

Il ruolo infermieristico di coordinamento è senz'altro quello che meglio di altri si presta a spingere per l'introduzione di una mentalità che sostituisca alla centralità dei singoli professionisti la centralità dell'équipe attorno al malato, divenendo così un efficace strumento d'integrazione organizzativa.

La novità è iniziare a discutere di condivisione della responsabilità, concetto peraltro insito nella logica del Risk Management e della gestione per processi. Nell'ambito di una rete di processi non è ammissibile perseguire una politica nella quale il proprio ambito di responsabilità si ferma ai confini della propria ristretta area d'influenza. Non è difficile cogliere come l'area di effettiva influenza di ciascun risultato atteso, stante la stretta correlazione fra i diversi processi assistenziali e il ruolo di integrazione organizzativa, travalica necessariamente, per definizione, i confini delle singole unità organizzative, rendendo imprescindibile l'esistenza di una generale corresponsabilità di tutti i professionisti rispetto alla qualità del servizio finale, ossia la continuità assistenziale nel caso specifico.

Ma una reale condivisione della responsabilità è possibile solamente se ogni soggetto attribuito di un ruolo, a ogni livello della gerarchia aziendale, è capace di condividere anche un nuovo concetto di etica. È l'etica della decisione², insita in ogni processo nel momento in cui è necessario che le scelte siano fatte assieme. È una dimensione etica che fa saltare le divisioni interprofessionali e in funzione della quale ognuno conta come persona, prima ancora di avere un peso differente in base al ruolo che occupa nell'organigramma. È una dimensione etica trasversale, sia perché si avvale di un contributo paritetico da parte delle diverse componenti dell'organizzazione, professionali e gestionali, sia perché si pone l'ambizioso obiettivo di cancellare in ciascuno la schizofrenica coesistenza dell'essere professionale e dell'essere sociale, dell'essere a momenti uomo e a momenti espressione di un ruolo.

Responsabilità professionale e principi etici vanno altresì collegati al rischio derivante dagli effetti dell'azione erogata e non, come tradizionalmente si ritiene, a un generico potere/autonomia nei confronti dell'attività medesima, anche nei casi in cui la responsabilità è attribuita espressamente dalla legge. È ormai tempo di pensare al servizio sanitario come a un contenitore unico, nel quale ciascuno pone in maniera coordinata e competente il proprio contributo affinché ogni processo sia condiviso e pianificato in termini di globalità assistenziale.

Numerosi e diversificati sono i settori ove l'infermiere opera, ambiti nei quali, a differenza di quelli citati, le caratteristiche di patologia e l'intensità delle cure rendono necessaria la disponibilità di competenze professionali specifiche e diversificate.

Ancor oggi, anche in tali ambiti ove tradizionalmente prevale un modello medico-centrico, l'infermiere tende a spendersi come semplice e routinario erogatore di prestazioni, perdendo di vista il senso più profondo e peculiare della propria professione. Lo scollamento che si crea attraverso un approccio così settoriale, nel quale ogni professione lavora in comparti chiusi, nel quale non c'è condivisione sulla pianificazione clinico-assistenziale, nel quale regna sovrana la gerarchizzazione delle decisioni, genera un'intollerabile parcellizzazione del processo di cura e, di conseguenza, nessun processo.

È dunque nella collaborazione multiprofessionale che gli infermieri devono mostrarsi più interessati a cercare una nuova strada di crescita; superati antichi atteggiamenti di sudditanza e nuove posizioni di sdegnosa ostilità, gli infermieri devono essere i promotori e i fautori del dialogo con le altre professioni, giacché giammai sarebbe lecito attendersi l'iniziativa da sponde diverse.

È tempo di un profondo ripensamento, di una sostanziale e profonda riorganizzazione del lavoro. I piccoli correttivi e gli interventi cosmetici non sono più sufficienti. È probabilmente il caso di ribaltare la questione. Se l'autostima e la consapevolezza del proprio essere professionale non riesce a essere il pre-requisito per il cambiamento, allora ne sia la conseguenza! La sfida è solo cominciata.

¹ Fontana F. "Dall'ospedale al territorio", Punto Omega, 2001; 7: 14-19.

² Drigo E. I confini dell'assistenza infermieristica con particolare riferimento all'area critica. Relazione al XX Congresso Nazionale Aniarti. Rimini, 15-17/11/2001 (disponibile su www.aniarti.it).