

L'infermiere di comunità, il raggiungimento degli obiettivi assistenziali e l'attivazione dei nodi della rete assistenziale: anno 2007.

Flavio Paoletti¹ e Diego Canderlic²

Il continuo e veloce invecchiamento della popolazione, i diritti di salute delle persone e delle comunità, il costante aumento annuo della spesa sanitaria del 5-7% rispetto ad una crescita della ricchezza di circa il 2% hanno determinato criticità importanti nel sistema di *welfare*. Le risorse non sono più sufficienti a rispondere in modo efficiente ai bisogni e diritti dei cittadini.

Il *welfare* assistenziale deve trasformarsi in un “*sistema di governance allargata, in cui la progettualità dei soggetti, del terzo settore, dell'associazionismo e della cooperazione sociale, l'auto-aiuto e le risorse delle famiglie, vengano sostenuti e resi elemento centrale nel progetto di welfare locale, municipale, comunitario, delle autonomie e delle responsabilità*”¹.

Da questa analisi si evidenzia che le politiche sanitarie non riguardano più solo gli aspetti clinici ma devono integrarsi con quelli dell'inclusione sociale e con le politiche attive del lavoro e della casa. Se da una parte ci sono queste azioni di sistema, dall'altra, ma sullo stesso *continuum*, ci sono le azioni locali, quelle fatte dai professionisti con e nella comunità di riferimento: la *microarea*.

Con il termine *microarea* si intende uno specifico territorio fisicamente aggregato sul quale stanziano dai mille ai duemilacinquecento abitanti. Solitamente tale territorio è caratterizzato da una forte presenza di case popolari, da una popolazione con reddito medio-basso e dalla presenza di altri determinanti di salute sociale compromessi.

In questo contesto l'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste ha aderito al progetto del sistema integrato per la cittadinanza sociale “*Welfare INovations per un mondo di persone*”. Lo scopo principale è

1 Flavio Paoletti, Dirigente del Servizio Infermieristico Distretto 4 dell'ASS n.1 “Triestina”.

2 Diego Canderlic Responsabile Infermieristico S.C. Servizio Infermieristico Aziendale dell'ASS n.1 Triestina.

di meglio orientare la domanda sanitaria agendo su vari fattori e dando risposte innovative con nuove risorse e strumenti come il *budget di salute*ⁱⁱ, un elemento essenziale nel modello del case management.

Obiettivi

Lo studio vuole descrivere il grado di raggiungimento degli obiettivi assistenziali programmati al momento della presa in carico attraverso il progetto assistenziale personalizzato (PAI) e valutare l'efficacia dell'infermiere di comunità nell'attivare i *nodi* della rete essenziali in base al modello del case management.

Materiali e metodi

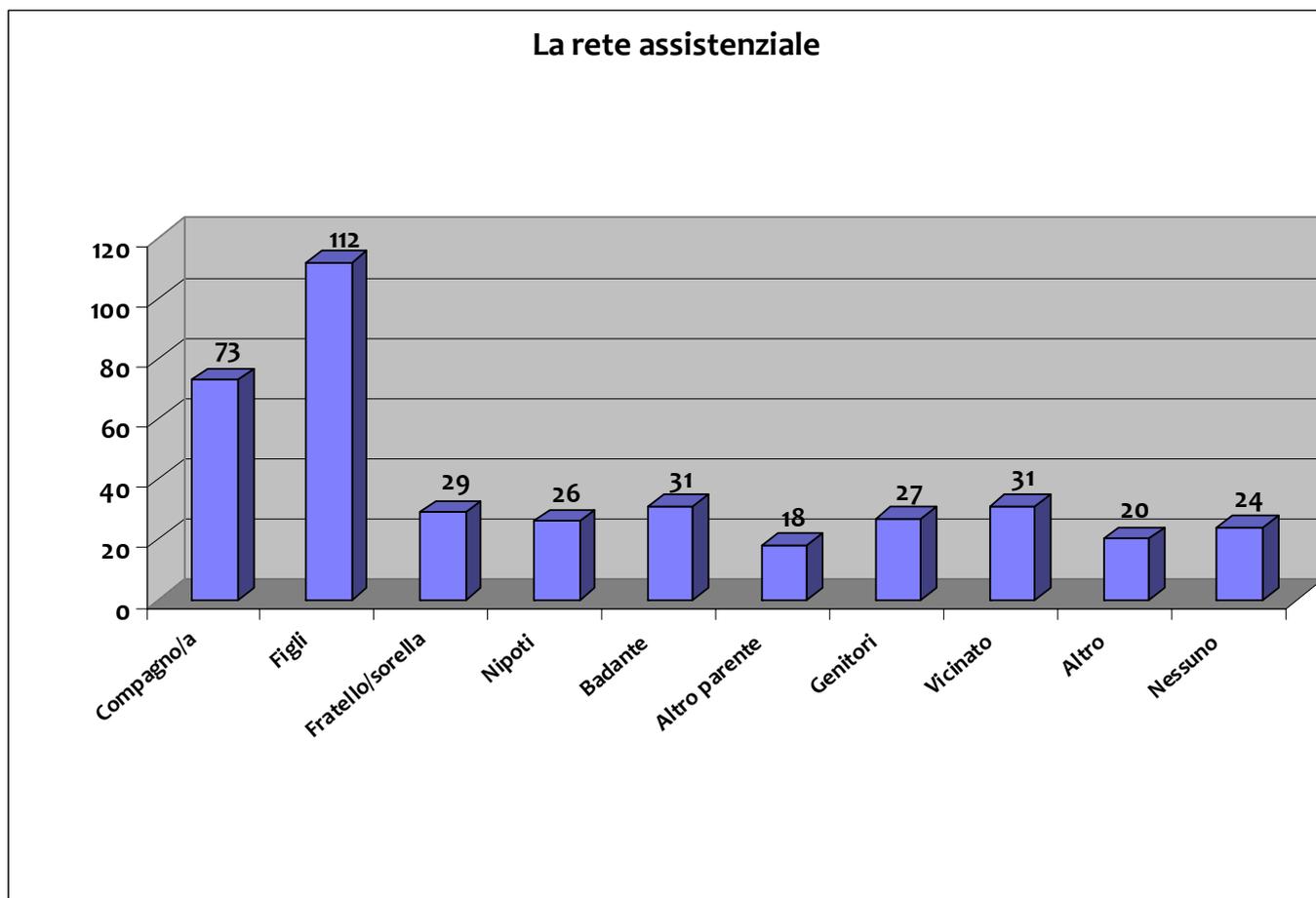
Si tratta di una ricerca descrittiva sull'attività che l'infermiere di comunità eroga all'interno della *microarea*.

Innumerevoli sono i progetti che si realizzano nelle dieci comunità *microaree* e sono molteplici gli abitanti delle *microaree* in carico ai servizi aziendali. Il campione di studio è composto da 391 abitanti che nel 2007 (per la complessità notevole dei loro diritti-bisogni) hanno ciascuno un progetto assistenziale individuale documentato in cartella al momento della raccolta dati (dicembre 2007-gennaio-2008). Sono esclusi dallo studio tutti coloro che non avevano un progetto assistenziale individuale documentato in cartella.

Complessivamente il campione è composto da 234 femmine (60%) e 157 maschi (40%), la percentuale è distribuita in modo omogeneo all'interno di tutte le dieci microaree dell'Azienda. Il range di età va dai 4 ai 101 anni, con una media di 67 anni, una moda di 81 ed una mediana di 73.

La raccolta dati è stata effettuata attraverso le cartelle completate e le interviste agli operatori. Una delle funzioni primarie del referente di microarea (su 10 referenti 8 sono infermieri) è stato proprio quello di rafforzare il sostegno e l'integrazione della persona con la comunità. 225 persone potevano contare su una rete di tipo familiare, 31 persone avevano una badante privata, 51 da una rete sociale costituita dal vicinato o altre figure di supporto. Il volontariato, da solo o in integrazione con altri care-givers interveniva in 152 casi, il 28% (110 persone) erano già in carico ai servizi sociali.

Distribuzione e composizione dei *nod*i della rete



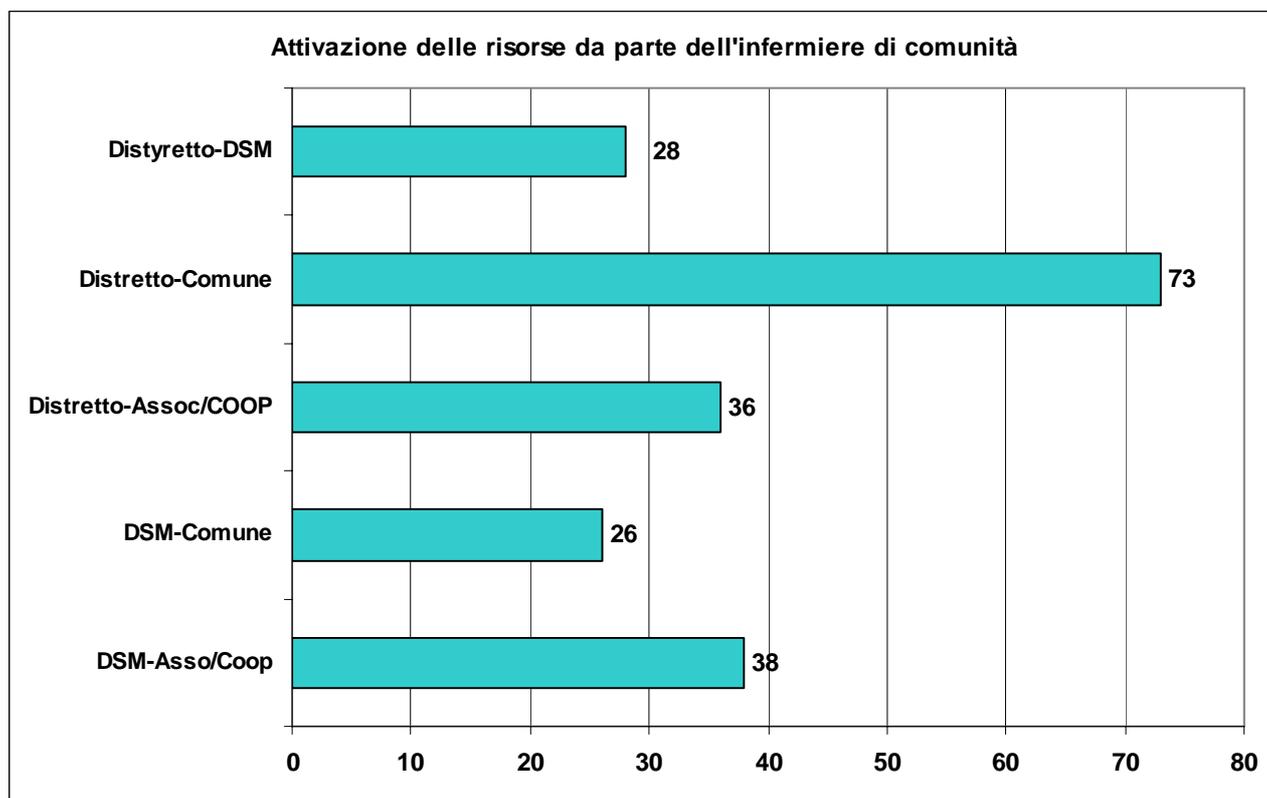
Le 391 persone sono distribuite in modo eterogeneo all'interno dei quattro Distretti aziendali.

Risultati

Una delle funzioni del case manager è quello di facilitare l'integrazione tra i servizi in modo da rispondere con maggior efficacia (presa in carico e risoluzione del problema) ed efficienza (miglior utilizzo delle risorse disponibili e non "disponibili") ai bisogni del singolo e della comunità.

Ci sono state 201 integrazioni tra i diversi servizi, attivati dal case manager, che hanno dato risposte congiunte e coordinate. I due servizi, come accade abbastanza frequentemente anche nella prassi quotidiana, che si sono integrati maggiormente sono Distretto – Comune (73 integrazioni) Dipartimento Salute Mentale – Associazioni/Cooperative (38 integrazioni) e Distretto- Associazioni/Cooperative (36 integrazioni).

Nel grafico sottostante si evidenzia la distribuzione dell'integrazione dei servizi in base all'attivazione delle risorse (*nod*i) da parte dell'infermiere di comunità.



Per quanto riguarda la figura professionale con funzione di case manager, si evidenzia che in 320 casi si trattava di un infermiere, in 28 casi di un fisioterapista, in 8 casi di un assistente sociale e in 35 casi una consulente esterna.

I servizi distrettuali maggiormente coinvolti nella presa in carico sono stati: il servizio infermieristico domiciliare nel 28,5%, l'unità operativa anziani nel 25%, il servizio domiciliare di riabilitazione nel 20,5%, la medicina specialistica nel 19,5%, le U.O.B.A. nel 7,5 % e il consultorio familiare nel 7%. Inoltre, il Dipartimento di salute mentale nel 7,5% dei casi

L'altra analisi ha riguardato il grado di raggiungimento dei dieci obiettivi generali del laboratorio *microarea*:

1. realizzare il massimo delle conoscenze sui problemi di salute;
2. ottimizzare gli interventi per la permanenza nel proprio domicilio ove ottenere tutta l'assistenza necessaria;
3. elevare l'appropriatezza nell'uso dei farmaci;
4. elevare l'appropriatezza per prestazioni diagnostiche;
5. elevare l'appropriatezza per le prestazioni terapeutiche (curative e riabilitative);
6. promuovere iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto da parte dei non professional (costruire comunità);

7. promuovere la collaborazione di enti, associazione e organismi profit e no profit;
8. realizzare un ottimale coordinamento fra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia;
9. promuovere equità nell'accesso alle prestazioni (più qualità per i cittadini vulnerabili);
10. elevare la qualità della vita quotidiana di persone a più alta fragilità (per una vita attiva ed indipendente).

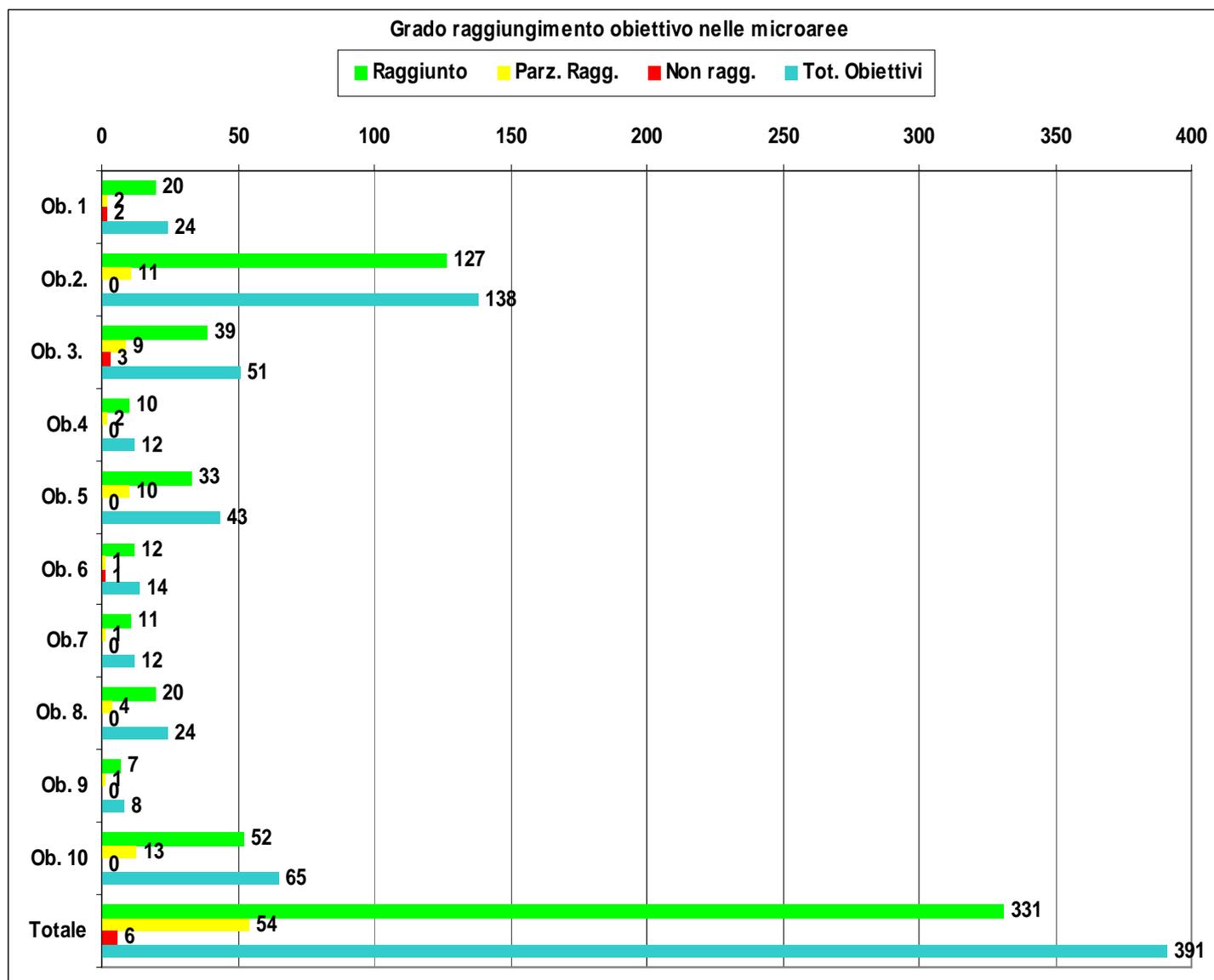
In 138 casi l'obiettivo principale è stato quello di *“ottimizzare gli interventi per la permanenza nel proprio domicilio ove ottenere tutta l'assistenza necessaria”*. Sono stati, quindi, valutati gli esiti e solo in 11 casi ci sono stati ricoveri in ospedale o residenze sanitarie durante il periodo di presa in carico, determinando un grado di raggiungimento del 93%. In tutti i casi il ricovero è stato temporaneo ed alla fine dell'anno tutti avevano fatto ritorno al proprio domicilio.

Il secondo obiettivo, in termini di frequenza, è *“elevare la qualità della vita quotidiana di persone a più alta fragilità per una vita attiva ed indipendente”*. Il grado di raggiungimento è stato di 52 su un totale di 65 e in 13 casi il raggiungimento è stato parziale.

L' *“elevare l'appropriatezza per le prestazioni terapeutiche, curative e riabilitative”* ha riguardato 43 persone, con un grado di raggiungimento totale in 33 casi. Nei restanti 10 casi il raggiungimento è stato parziale.

La tabella e il grafico sottostanti evidenziano il grado di raggiungimento di tutti gli obiettivi

Obiettivi microarea	Raggiunto	Parz. Ragg.	Non ragg.	Tot. Obiettivi	Obiettivi generali di microarea
Ob. 1	20	2	2	24	1. Realizzare il massimo di conoscenza sui problemi di salute ...
Ob.2.	127	11	0	138	2. Ottimizzare gli interventi per la permanenza nel proprio domicilio...
Ob. 3.	39	9	3	51	3. Elevare l'appropriatezza nell'uso di farmaci
Ob.4	10	2	0	12	4. Elevare l'appropriatezza per prestazioni diagnostiche
Ob. 5	33	10	0	43	5. Elevare l'appropriatezza per prestazioni terapeutiche...
Ob. 6	12	1	1	14	6. Promuovere iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto ...
Ob.7	11	1	0	12	7. Promuovere la collaborazione di enti, associazioni e organismi ...
Ob. 8.	20	4	0	24	8. Realizzare un ottimale coordinamento fra servizi
Ob. 9	7	1	0	8	9. Promuovere equità nell'accesso alle prestazioni
Ob. 10	52	13	0	65	10. Elevare il livello di qualità della vita quotidiana di persone....
Totale	331	54	6	391	



Discussione

Gli obiettivi completamente raggiunti sono stati 331 (84,6%), quelli parzialmente raggiunti 54 (14%) e quelli non raggiunti 6 (1,4%).

Molte sono state le azioni messe in atto con la persona presa in carico. Spesso si è attivata l'azienda per l'edilizia popolare con richiesta di cambio alloggio senza barriere architettoniche, in modo da permettere una maggior autonomia ed integrazione delle persone. Altri interventi hanno riguardato l'inserimento delle persone in specifiche reti affettive e sociali e anche socio-assistenziali (ad esempio nel gruppo di sostegno ai familiari di persone affette da Alzheimer).

Una grande attenzione viene posta all'aspetto socializzante, coinvolgendo gli assistiti nelle attività sociali di microarea, attivando periodi di "soggiorno abilitativi" prevalentemente in ambiente montano, oppure gite ed attività ludiche di vari genere.

In alcuni casi il problema era il reddito, e si è intervenuti attraverso aiuti economici e/o inserendo le persone in un contesto lavorativo adatto.

Dal punto di vista strettamente sanitario le azioni più frequenti hanno riguardato la riabilitazione dei deficit motori, il follow-up in caso di broncopatia e cardiopatia con conseguente prevenzione dell'istituzionalizzazione e dei ricoveri ospedalieriⁱⁱⁱ. Si è agito anche sul recupero della continenza sfinterica e la prevenzione delle lesioni da decubito, oltre a 50 assistiti inseriti nel programma sulla prevenzione e la cura del piede diabetico, attraverso piani preventivi e riabilitativi in integrazione tra servizi aziendali.

Proprio per favorire l'integrazione è fondamentale la presenza dell'infermiere di comunità come *case manager* ed attivatore dei *nodi* formali ed informali della rete assistenziale.

Conclusioni

Lo studio, se pur limitato ad un campione di 391 persone, già dimostra la forza di un approccio integrato, centrato sulla persona e non sull'organizzazione. Questo modello di presa in carico, più simile al *case management* inglese, è già diffuso e consolidato in azienda anche se non sempre ben documentato. Una documentazione carente rende difficile ricostruire i percorsi assistenziali, giustificare l'incremento delle risorse ed anche valutare nel tempo se diritti/domande e bisogni si modificano e se le correlate risposte siano congrue.

In futuro si dovrà implementare l'uso del *budget di salute* con nuove risorse messe a disposizione dalla legge regionale del Friuli Venezia Giulia sul Fondo per l'Autonomia Possibile^{iv}. Tale risorsa economica si articola in un assegno per l'autonomia, un contributo per l'aiuto familiare e in un sostegno alla vita indipendente, finalizzati a favorire la permanenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio e per sostenere i *care givers* nella loro attività assistenziale.

ⁱ Rotelli F., *Nodi*, ASS 1 Triestina, Trieste 2004

ⁱⁱ Bifulco L (a cura di), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Editore Carocci, Roma 2005.

ⁱⁱⁱ Boxall AM., Barclay L., Sayers A, Caplan GA., "Managing chronic obstructive pulmonary disease in the community. A randomized controlled trial of home-based pulmonary rehabilitation for elderly housebound patients", in *Journal Cardiopulmonary Rehabilitation*, 2005; 25(6) p.378-385

Rea H. McAuley S, Stewart A, e al., "A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with COPD", in *Internal Medicine Journal* 2004; 34(11), p.608-614

Poole PJ, Chase B, Frankel A, Black PN, "Case management may reduce length of hospital stay in patients with recurrent admissions for chronic obstructive pulmonary disease", in *Respirology*, 2001 Mar;6(1), p.37-42

^{iv} Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 e successivo regolamento con Decreto del Presidente della Regione del 21 febbraio 2007, n. 35