



Il servizio di assistenza infermieristica domiciliare e ambulatoriale dei Distretti

Report delle attività 2011

Introduzione

Nei Paesi scandinavi il servizio domiciliare raggiunge ben oltre il 20% degli over65enni, nei paesi che costituiscono il cuore della Comunità Europea il servizio raggiunge quote consistenti di anziani (attorno al 16%), in Italia solo il 2,9% degli over65enni secondo le stime del Ministero della salute.

A Trieste i Distretti hanno attivi:

- dal 1996 il servizio infermieristico domiciliare e quello ambulatoriale;
- dal 2002 il servizio della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

La sinergia tra questi servizi contribuisce a ridurre notevolmente il tasso di ospedalizzazione della popolazione che dal 1998 al 2011 è passato da 236 a 155 su mille abitanti. Nello stesso periodo il tasso di ospedalizzazione degli over 75enni è passato da 595 a 390 su mille¹.

L'efficacia del modello triestino è stata documentata da tre ricerche svolte nel 2007 e nel 2008². Nonostante a Trieste i servizi territoriali siano ormai rilevanti ed efficaci nel ri-orientare la domanda, nell'immaginario collettivo la malattia si associa ancora prevalentemente al ricovero ospedaliero.

Le tempistiche di inserimento dati nel Sistema Informativo Sanitario Regionale come criticità

I dati dei servizi infermieristici domiciliari (SID) e ambulatoriali (AMB) delle sei Aziende per i Servizi Sanitari del Friuli Venezia Giulia sono inseriti nel Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale (SISSR); per molteplici problemi ciò non accade sempre in maniera tempestiva, pertanto la Direzione Centrale della Salute e Protezione Sociale³ (che effettua il monitoraggio del numero degli "utenti trattati" e degli "accessi") prevede che i dati siano inseriti entro 45 giorni dalla fine di ogni mese.

Ciò premesso, eventuali difformità riferite al numero di "utenti trattati" e degli "accessi", tra il Report della Direzione Centrale della Salute e Protezione Sociale e questo report⁴ possono essere riconducibili al ritardo nell'inserimento dei dati da parte dei servizi e/o al momento in cui viene eseguito lo scarico dei dati. Per il presente report i dati sono stati estratti dal SISSR dal 5 al 16 marzo 2012.

Il Servizio Infermieristico Domiciliare e Ambulatoriale

Il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e quello Ambulatoriale (AMB) dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina" (ASS1) operano nel rispetto della legislazione di settore e utilizzano strumenti di valutazione e protocolli riconosciuti dalla comunità scientifica come validi ed efficaci.

¹ La letteratura è unanime nel ritenere che l'assistenza infermieristica domiciliare migliori la qualità della vita degli anziani riducendo significativamente il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

² M. Mislej F. Paoletti *L'infermiere di famiglia e di comunità*. Ed. Maggioli, Rimini 2008; 231; L. Penzo Tesi di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche *Organizzazione dell'assistenza nello scompenso cardiaco: presa in carico ed impatto sulle riospedalizzazioni*, relatore G. Sinagra, Università degli Studi di Trieste, A.A. 2007 – 08.

³ Servizio Area pianificazione, programmazione attuativa, controllo di gestione e qualità.

⁴ In azienda i dati dei due servizi sono monitorati dalla direzione infermieristica tramite l'accesso alla linea di lavoro "SID" del SIASI gestita da Insiel SPA.

I servizi SID e AMB sono in rete con i servizi sanitari intra ed extra aziendali, con i servizi sociali e le risorse eterodosse del territorio e assicurano la continuità terapeutica e assistenziale in raccordo con i medici di medicina generale ed in coerenza con i diritti-bisogni della persona.

Le attività assistenziali domiciliari e ambulatoriali si distinguono in:

1. presa in carico di persone in condizioni critiche e/o complesse per le quali gli infermieri di comunità realizzano il Progetto Assistenziale Individuale (**PAI**) articolato in obiettivi clinico assistenziali ed interventi in rete con il medico di famiglia, i familiari (quando presenti), il personale di altri servizi specialistici o sociali, conoscenti, vicini di casa, volontari e giovani del servizio civile. La predisposizione di un PAI implica l'utilizzo di almeno uno strumento di valutazione assistenziale.

2. occasionale: interessa persone che necessitano solo di prestazioni senza presa in carico e PAI. Si tratta per lo più di prelievi biologici soggetti a partecipazione della spesa da parte dell'assistito e quelli ripetitivi nel tempo per garantire il monitoraggio clinico e farmacologico in raccordo con il medico di famiglia, viceversa gli stessi sono effettuati in outsourcing quando sono gratuiti ed una tantum.

L'infermiere assicura l'inserimento dei dati nel SISR e documenta in agenda la programmazione delle attività.

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2011 gli infermieri di comunità dei quattro distretti dell'ASS1 hanno assistito 8747 persone nei servizi domiciliari, 7635 in quelli ambulatoriali.

Il SID

Il servizio è erogato a favore di persone non autosufficienti con impossibilità ad essere trasportate nei luoghi di cura a causa di gravi deficit cognitivi, sensoriali o motori, tali da rendere problematico ogni spostamento, oppure di persone con gravi oggettivi problemi logistici di difficile soluzione (es. abitazione con molte scale, trasporto difficile ed oneroso, ecc.). Oltre agli obiettivi in comune con l'AMB, per questa tipologia di persone, il SID previene:

- la solitudine e la depressione (promuovendo le visite a domicilio dell'assistito di conoscenti e/o volontari);
- gli incidenti domestici (rilevando i fattori di rischio).

La domanda di assistenza infermieristica domiciliare può essere effettuata dagli interessati, dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o da altri servizi sanitari e sociali e da chiunque rilevi tale necessità senza vincoli di parentela. La domanda può pervenire telefonicamente, via fax ed e-mail. Il raccordo con il medico di famiglia è in ogni caso assicurato.

L'infermiere realizza la prima visita a domicilio, per le persone più gravi, entro 24 ore dalla presentazione della richiesta. Per le situazioni meno complesse le attività vengono programmata entro 24 ore. Hanno diritto al servizio domiciliare tutti i cittadini, senza limiti di età, che non siano in grado di raggiungere i servizi sanitari causa deficit cognitivi, sensoriali o motori, o barriere architettoniche.

Il servizio dal 2003 rispetta i principi del Sistema di certificazione della Qualità secondo le norme UNI EN ISO 9001:2000, utilizza strumenti di valutazione e protocolli riconosciuti dalla comunità scientifica come validi ed efficaci.

I metodi ufficiali di erogazione del SID sono caratterizzati da tre processi fondamentali, ciascuno di essi ha la sua procedura che è il risultato dell'esperienza maturata dal personale negli ultimi anni:

- accoglienza della domanda di assistenza;
- presa in carico assistiti (include il follow up post conclusione temporanea del ciclo di interventi);
- chiusura della presa in carico.

L'infermiere case manager esegue la prima visita a domicilio e prende in carico l'assistito entro 24 ore dalla richiesta di intervento o assicura la dimissione protetta degli anziani entro 72 ore dalla segnalazione dei reparti⁵.

L'infermiere si raccorda con il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, elabora il PAI, individua i care givers quale punto di riferimento per la gestione delle attività assistenziali di supporto (l'igiene della persona e dell'ambiente, la dieta, ecc.).

La *chiusura* della presa in carico avviene quando l'assistito:

- ha raggiunto il massimo grado di autonomia possibile, è stabilizzato e non necessita di follow up, in questo caso l'infermiere case manager, previa valutazione, propone la chiusura del SID continuato al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta;
- è deceduto;
- è trasferito ad altro servizio o fuori provincia.

La certificazione permette ai responsabili infermieristici di monitorare costantemente le attività e migliorarle nel tempo. Dal 2006 si è implementato il monitoraggio dei seguenti indicatori di qualità riferiti all'esito del processo assistenziale:

- insorgenza di lesioni da decubito;
- valutazione del dolore nelle persone affette da patologia neoplastica;
- insorgenza di infezioni tra i portatori di catetere venoso centrale;
- insorgenza di infezioni delle vie urinarie tra i portatori di catetere a permanenza.

Sono in uso i seguenti documenti ufficiali a finalità organizzativo-gestionale: planning settimanale, planning giornaliero, registro utilizzo automezzi, schedario manutenzione elettromedicali, registro non conformità, report del SID sulla qualità percepita da parte dei cittadini, report dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico sulle segnalazioni dei cittadini

Gli infermieri del SID sono impegnati nella sperimentazione delle più efficaci modalità di intervento nei confronti degli anziani "fragili" (per età avanzata, instabilità e compromissione dello stato di salute, per condizioni economicamente modeste e di isolamento sociale).

⁵ Le dimissioni protette sono assicurate sin dal 2002 e formalizzate con un protocollo d'intesa tra ASS n. 1 e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste. Tale protocollo prevede che l'infermiere si rechi in reparto per conoscere l'anziano ed i suoi bisogni, si raccordi con i suoi familiari, il medico di medicina generale, le Residenze Sanitarie Assistenziali, i servizi sociali dei Comuni. Nel 2010 gli infermieri dei Distretti hanno realizzato 5107 dimissioni protette.

Un esempio di tale impegno è il servizio che assicura le deospedalizzazioni protette a più di 5.000 persone l'anno. L'attività domiciliare è assicurata anche alle persone in residenze polifunzionali, centri diurni, case albergo (escluse le strutture protette ove l'assistenza è garantita h 24 direttamente o in appalto).

L'AMB

L'attività dell'AMB, erogata presso gli ambulatori del distretto, assicura prestazioni estemporanee, ma anche la presa in carico di persone fragili o che erano precedentemente in carico al servizio domiciliare. E' obiettivo infatti del nursing quello di emancipare l'assistito per favore l'uscita da casa prima possibile: l'uscita dalla propria "tana" restituisce fiducia e sicurezza e implementa l'autonomia agendo favorevolmente anche sugli aspetti di socializzazione.

La più frequente tipologia sanitaria delle persone che accedono ai servizi ambulatoriali è costituita dall'ulcera cutanea agli arti inferiori. Questa patologia colpisce malati che (come tutti i portatori di malattie croniche degenerative) appaiono, vengono curati ed escono dallo schermo. Rafael Bengoa - esperto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità- dice che la sanità deve guarire da questa *sindrome radar*. Poiché i malati affetti da ulcera cutanea agli arti inferiori, scomparendo dallo schermo, tendono a riacutizzarsi e a volte sono intercettati da più radar senza che noi, dietro lo schermo, lo si sappia, l'esperto ci esorta a trasformare la sanità *d'attesa* in una sanità *d'iniziativa proattiva*.

Una testimonianza che si può essere *d'iniziativa* e migliorare gli esiti di salute dei cittadini secondo l'evidenza scientifica è quella relativa agli ottimi risultati del servizio interaziendale e interdisciplinare per il trattamento dell'ulcera cutanea agli arti inferiori, di cui l'AMB è il servizio maggiormente rappresentativo.

Gli infermieri dell'AMB hanno studiato il fenomeno e creato un sistema a rete di rapporti con i medici territoriali ed ospedalieri per assicurare all'assistito la presa in carico, un percorso clinico assistenziale efficace ed efficiente tale da assicurargli una *diagnosi certa* del tipo di ulcera e il correlato trattamento di evidenza scientifica, cosicché i vari schermi radar sono in rete e l'assistito non è perso di vista. Il raccordo è tenuto dall'infermiere dell'AMB e si articola a matrice con i medici del *Centro di riferimento regionale per le ferite difficili* del reparto di Chirurgia Plastica, della clinica dermatologica e del reparto di chirurgia vascolare dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste, i dermatologi dei Distretti, i medici di famiglia ed i care givers a domicilio. Sono stati formati secondo l'evidenza scientifica tutti gli infermieri *case manager* dell'AMB, che realizzano il reclutamento, la valutazione e il trattamento delle ulcere agli arti inferiori. Sono sette le sedi in cui è attivo il servizio ambulatoriale (oltre che domiciliare).

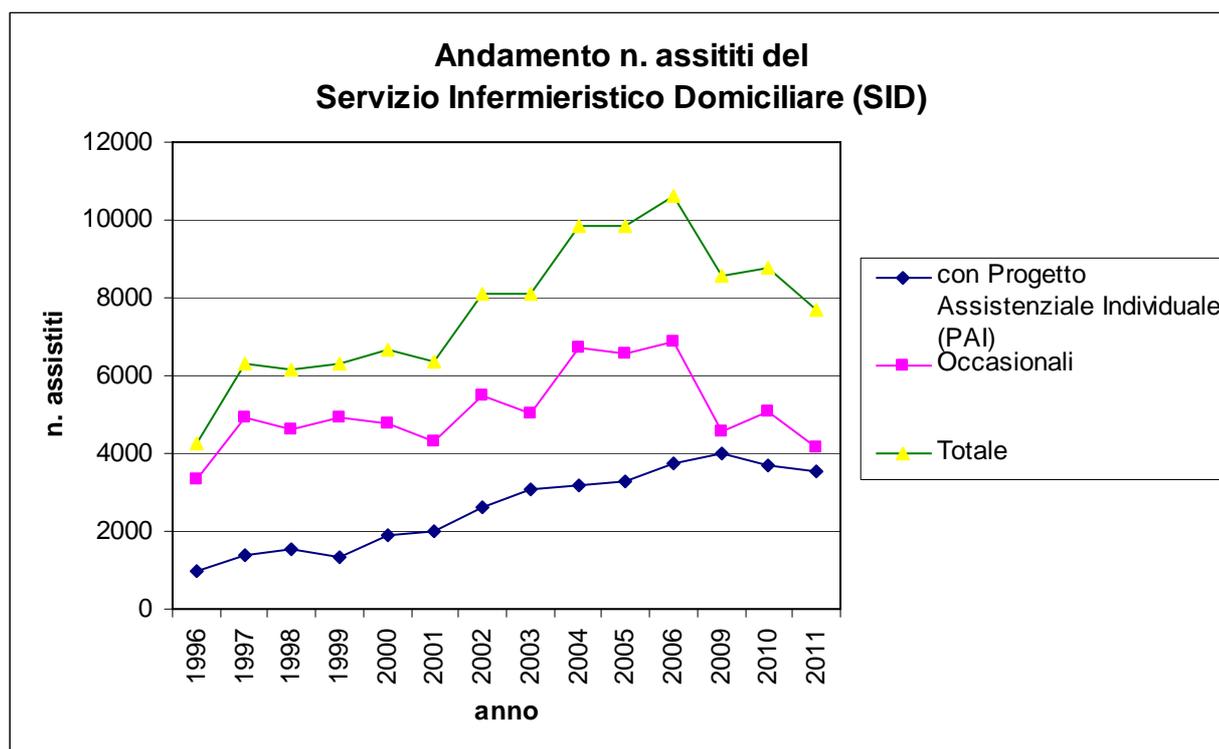
L'infermiere *dedicato* utilizza la scheda di 1^ segnalazione-valutazione in raccordo con il medico di famiglia e il dermatologo di distretto. Quando necessario, il raccordo si estende ai medici dei citati reparti ospedalieri con l'obiettivo di avere in prima istanza una diagnosi "del tipo" d'ulcera per poi procedere con l'adeguato trattamento di comprovata efficacia. Tale raccordo è reso efficiente dai PC degli ambulatori infermieristici e dai cellulari aziendali di cui è fornita la quasi totalità degli infermieri dell'Azienda.

Il ruolo dell'infermiere dell'AMB è stato quello di contribuire a dar voce alla critica sulle pratiche e sull'organizzazione dei servizi, formarsi alla ricerca e all'EBN, promuovere le sperimentazioni che sono maturate a seguito della critica, realizzare e divulgare i risultati in un processo in itinere che permetta di realizzare un nursing *d'iniziativa*, per tal motivo abilitante.

Assistiti SID ad elevata complessità assistenziale

La presa in carico si realizza per le persone con bisogni complessi o molteplici, richiede il sostegno della cittadinanza e degli erogatori dei servizi, risponde a logiche di promozione del benessere e a valori etici professionali, si presenta come efficace e può generare ricadute positive sul costo complessivo del sistema sanitario.

L'andamento delle prese in carico con PAI è rappresentato nel successivo grafico. Mancano i dati 2007 e 2008 perché all'epoca non si tennero suddivisi, comunque nel 2007 tutti gli assistiti erano 7730 e nel 2008 erano 7677. Una leggera flessione del numero dei PAI c'è stata tra il 2010 e il 2011 (135 PAI in meno).



La presenza o meno del PAI permette di distinguere una persona in carico rispetto ad una occasionale. Le prese in carico dal SID con PAI, nel 2011 sono state 3556, hanno ricevuto invece il servizio in forma occasionale 4125 assistiti (tabella 2).

Tab. 2 - n. assistiti SID con PAI e occasionali - anno 2011		
assistiti	PAI	occasionali
7681	3556	4125

L'età degli assistiti SID ad elevata complessità assistenziale è rappresentata nella successiva tabella 3.

Tab. 3 - Età degli assistiti SID con PAI	
78	media
0-107	range
14	deviazione standard
85	moda

Risorse umane, clima lavorativo e strategie comunicative

Nell'ambito del Servizio infermieristico domiciliare e ambulatoriale sono presenti per lo più comportamenti di tipo pro attivo, a conferma dell'elevato senso di appartenenza esistente fra gli operatori e dell'ottimo livello di flessibilità nei confronti dei cambiamenti organizzativi determinati dai processi di miglioramento continuo dell'assistenza.

Gli attuali responsabili infermieristici, da un punto di vista dello stile di comando, fanno prevalere una leadership ad impronta partecipativa; garantiscono le necessarie condizioni organizzative e operative affinché le risorse umane possano esprimere al meglio le proprie competenze e capacità professionali; si focalizzano su strumenti e strategie atte a sostanziare la sfera dei processi sociali e delle relazioni affettive, responsabilizzando gli operatori ed offrendo loro sostegno.

Il clima di lavoro all'interno delle strutture è in linea con il progetto della direzione infermieristica "friendly workplaces" che mosse i primi passi nel 1998. La credibilità e la fiducia del servizio si è sviluppata attraverso atteggiamenti e atti coerenti, rispettosi degli interlocutori, mantenuti nel tempo.

Il Servizio si sta adoperando per progredire nel settore della comunicazione, attribuendo ad essa importanza e valore. Gestire efficacemente strategie comunicative e valorizzarle con l'utilizzo di valori reali, tangibili e veritieri, rappresenterà un indispensabile fattore per affrontare il futuro degli scenari assistenziali.

Trieste, 14 maggio 2012