

Presa in carico – assistenza infermieristica a domicilio e continuità assistenziale di Maila Mislej

Il documento dell' OMS del 1999 *Health21*¹ raccomanda di garantire all'anziano il diritto a rimanere al proprio domicilio ed evidenzia che questo diritto è il *prime goal* dell'infermiere da perseguire assicurando l'integrazione dei servizi e la continuità dell'assistenza. Il modello della presa in carico- praticato nella nostra azienda- comprende inevitabilmente la continuità assistenziale, non c'è l'una senza l'altra.

La continuità assistenziale spesso è proposta come un semplice passaggio (cartaceo o informatizzato) di informazioni sanitarie del tipo: *ti informo che il malato ha queste problematiche, ha effettuato le seguenti indagini diagnostiche, deve effettuare questa terapia eccetera*. Così di norma è pensata la lettera di dimissioni dagli ospedali. Nel caso di un soggetto autonomo va benissimo.

Altra cosa è quando la persona è fragile e la maggior parte dei nostri assistiti lo è. E' impensabile di realizzare la continuità assistenziale per una persona fragile senza prenderla in carico almeno temporaneamente. E' la presa in carico che *obbliga* concettualmente a considerare i suoi bisogni complessivi – e non solo quelli fisici-: è in grado di autogestire la sue problematiche complessive? C'è un care giver? Quali risorse si possono attivare? I bisogni primari sono garantiti? Eccetera.

In azienda la presa in carico, l'infermiere di famiglia e di comunità interessano tutte le strutture: lo storico Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, i Distretti ed i servizi interdistrettuali. Qui però interessa illustrarle attraverso il funzionamento del servizio infermieristico domiciliare e della continuità assistenziale.

Il servizio infermieristico domiciliare dei Distretti

La *finalità* del servizio infermieristico domiciliare (SID) è promuovere la salute, la qualità di vita e l'autonomia perseguendo i seguenti obiettivi:

- assicurare la presa in carico e contrastare l'istituzionalizzazione delle persone;
- prevenire la sindrome da immobilizzazione, l'incontinenza, le lesioni da decubito, il dolore cronico, le infezioni;
- evitare riacutizzazioni e ricoveri ospedalieri assicurando un'assistenza personalizzata e *specializzata* sulle patologie cronico degenerative tipiche della vecchiaia e il *follow up*;
- prevenire gli incidenti domestici rilevando i fattori di rischio, suggerendone la rimozione (fili elettrici volanti, tappeti non aderenti alla pavimentazione, vestaglie in acrilico facilmente infiammabili, ciabatte non idonee alla deambulazione sicura, bombole a gas, eccetera);
- assicurare la deospedalizzazione protetta dei soggetti fragili e a rischio di istituzionalizzazione;
- prevenire la solitudine e la depressione promuovendo le visite domiciliari di volontari, giovani del servizio civile e conoscenti;

- promuovere l'autonomia e l'uscita dal domicilio, anche l'abitazione può diventare una prigione. Appena possibile la presa in carico domiciliare passa il testimone a quella ambulatoriale infermieristica di Distretto.

Identikit del servizio: nato alla fine del 1995, il servizio raggiunge ormai ogni anno circa 10.000 cittadini, circa il 13% degli over65enni. E' attivo tutti i giorni dell'anno 24 ore su 24 attraverso il raccordo notturno del reperibile infermieristico con i medici della continuità assistenziale (ex guardia medica) ed i colleghi del Sistema 118.

Le équipes sono costituite anche da personale di supporto ed hanno ciascuna un responsabile infermieristico. Il personale utilizza le auto di servizio, si raccorda con gli assistiti, il medico di famiglia ed i nodi della rete assistenziale ed i servizi ospedalieri con cellulari aziendali, Personal Computer e telefax di sede.

Tipologia di servizio: per gli assistiti con bisogni complessi il servizio è "continuato", quando i bisogni sono semplici e richiedono pochi accessi è definito "occasionale".

A chi è rivolto: hanno diritto al servizio 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.

Come si attiva il servizio: la domanda di assistenza domiciliare può essere effettuata dagli interessati, dal medico di famiglia e da chiunque rilevi tale necessità senza vincoli di parentela o da altri servizi sanitari e sociali. La domanda può pervenire telefonicamente, via fax ed e-mail. Il raccordo con il medico di famiglia è in ogni caso assicurato.

Diritti dell'assistito: in caso di bisogni complessi all'assistito deve essere garantita la prima visita a domicilio entro 24 ore dalla richiesta; se i bisogni sono semplici entro 24 ore dalla richiesta gli deve essere assicurata la programmazione della prima visita. Ha diritto alla presa in carico, di avere un case manager e un progetto assistenziale individuale. Gli obiettivi del piano sono negoziati con l'assistito, il medico di famiglia e i care givers. Nel formularli ci si avvale di trattamenti, strumenti di valutazione e protocolli riconosciuti validi ed efficaci dalla comunità scientifica. Il ricorso alle cure ospedaliere avviene all'insorgere di fatti acuti non affrontabili a domicilio, in tal caso l'assistito, specie se over75enne, ha diritto alla continuità assistenziale al momento del ricovero e alla dimissione dall'ospedale. Deve essere informato in tutte le fasi del processo e addestrato alle tecniche di auto aiuto che ne favoriscono l'autonomia o che a tali tecniche siano addestrati i suoi familiari.

Qualità: dal 2003 il servizio è certificato UNI EN ISO 9001-2000. La certificazione permette ai responsabili infermieristici di migliorare le attività assistenziali tenendo sotto controllo i 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

Qualità percepita: nel 2002 e nel 2003 l'Azienda ha raccolto il giudizio dei cittadini sulle più importanti aree di servizio, tra le quali quella del servizio infermieristico domiciliare attraverso un'indagine dell'Istituto di Ricerca EURISKO. L'indice di gradimento lo colloca a livello di eccellenza, essendo risultato pari al 69% nel 2002 e all'84% nel 2003 risultando nettamente superiore a quello rilevato dallo stesso istituto nell'area del Nord/Est Italia.

L'indagine del 2003 dimostra che i cittadini apprezzano in particolare la velocità di accesso, la chiarezza delle informazioni fornite, la serietà dei professionisti, la disponibilità del personale, il rispetto della persona e la cortesia. L'indice di soddisfazione risulta sempre molto elevato anche dalle indagini telefoniche realizzate semestralmente dal Servizio infermieristico aziendale sin dal 2003. All'Ufficio Relazioni con il Pubblico non arrivano reclami ma segnalazioni di gradimento.

Caratteristiche degli assistiti: gli over65enni costituiscono l'88% degli assistiti e il 65% di questi è rappresentato dalle donne (i dati sono quasi costanti nel tempo). Nel 2006 si sono rilevati questi valori: età media 80 anni (DS \pm 17), moda 85 e mediana 83. La distribuzione del campione per età è normale, il range va da 6 a 101 anni. Tra gli over65enni, le femmine costituiscono il 65%. Si tratta dunque di grandi anziani con pluripatologie. I mestieri più rappresentati, prescindendo dal sesso, sono: operaio 24%, libera professione 15%, impiegato 8%. Le casalinghe sono circa il 30% delle femmine.

Circa il 40% degli assistiti vive da solo, tra gli over65enni il 74% delle femmine e il 18% dei maschi. Oltre al servizio, nel 70% di questi casi, i nodi della rete assistenziale sono i figli o altri familiari, per sostenerli è aumentata nel tempo la capacità di attivare e integrare altre risorse nel processo assistenziale come hanno evidenziato le storie di assistiti precedentemente narrate.

Preso in carico degli anziani nelle strutture: nel 2003 gli infermieri di comunità del servizio domiciliare (a sperimentazioni concluse) iniziarono a lavorare a pieno regime, con turni a rotazioneⁱ in:

- tre strutture protette per non autosufficienti dei Comuni della Provinciaⁱⁱ (credo sia l'unico caso italiano di internalizzazione dell'assistenza);
- una residenza sanitaria assistenzialeⁱⁱⁱ pubblica a degenza breve (in media un mese), realizzata a seguito della riconversione di un reparto ospedaliero di lungo degenza.

Al numero di assistiti a domicilio, in carico agli infermieri di comunità, dal 2003 al 2006, si devono aggiungere quelli delle strutture che negli anni variano di poco perché sono in rapporto ai posti letto e sono complessivamente circa 694 assistiti nelle strutture (314 nella residenza sanitaria e 380 nelle strutture protette).

Nelle strutture protette gli assistiti sono a maggioranza grandi vecchi: il 30% ha un'età compresa tra i 75 e 84 anni; il 52% tra 85 e 94 anni, il 7% supera i 95 anni. Il restante 11% ha un'età

ⁱ I turni degli infermieri di comunità tuttora prevedono circa 11 settimane di attività in struttura e 45 settimane al servizio domiciliare.

ⁱⁱ Le tre strutture sono: del Comune di Muggia, del Comune di Trieste e del Comune di Duino Aurisina.

ⁱⁱⁱ La residenza sanitaria assistenziale è la San Giusto del distretto n. 2.

inferiore a 75 anni. I dati relativi all'età degli assistiti della residenza sanitaria assistenziale non sono difformi da quelli degli assistiti a domicilio.

Gli infermieri di comunità, in queste strutture hanno esportato la cultura e l'armamentario della presa in carico domiciliare, hanno ridotto drasticamente il fenomeno dei ricoveri ripetuti, eliminato la contenzione meccanica e farmacologia e portato l'incidenza delle lesioni da decubito dal 10% del 2002 a meno dell'1% come vuole lo standard ISO 9001-2000.

La continuità assistenziale infermieristica

Destinatari e finalità: in media ogni giorno otto infermieri di comunità si recano nei reparti dell'azienda ospedaliera triestina per fare la presa in carico degli over75enni con bisogni complessi segnalati dai reparti.

Il protocollo interaziendale^{iv} indica gli over75enni come destinatari del sistema con l'obiettivo primario di ridurre i ricoveri ospedalieri. Esplicita la procedura e le istruzioni operative. La continuità assistenziale è assicurata anche in caso di ospedalizzazione di anziani in carico agli infermieri dei servizi distrettuali. Il processo è ormai routine e integra gli infermieri di 31 reparti e il pronto soccorso con quelli di quattro distretti^v. Dal 2003, con un ulteriore protocollo, si realizza la continuità assistenziale con il reparto di neurochirurgia e gli ambulatori infermieristici distrettuali per evitare al cittadino di recarsi all'ambulatorio ospedaliero ad effettuare le medicazioni post-chirurgiche.

Modalità: per ogni deospedalizzazione protetta un infermiere si reca in reparto, valuta complessivamente i bisogni, concorda con l'assistito, i suoi caregivers, il medico di famiglia e i colleghi di reparto, il rientro a domicilio o, quando necessario, il ricovero in residenza sanitaria assistenziale o la presa in carico da parte di altri servizi territoriali ed extraprovinciali. Se i bisogni sono particolarmente complessi attiva l'Unità di Valutazione Distrettuale. Viceversa, in caso di ospedalizzazione l'infermiere di comunità assicura la continuità e, se possibile, accompagna l'assistito in reparto.

Strumenti, raccordi e tempi: il passaggio di consegne si realizza su scheda; le segnalazioni scritte, effettuate dai responsabili infermieristici dei reparti o dei distretti sono trasmesse via mail o via fax e spesso prevedono accordi telefonici. Tra la segnalazione del reparto e la prima valutazione degli infermieri di comunità intercorrono in media due giorni (lo standard ISO 9000:2001, previsto dal protocollo interaziendale è di tre giorni).

^{iv}Il protocollo d'intesa è disponibile sul portale - cartella *Servizio Infermieristico*. E' stato sottoscritto nel 2003 dai Direttori Generali dell'A.S.S. n.1 Triestina e dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria *Ospedali Riuniti di Trieste* a seguito della sperimentazione realizzata nel 2002 dal Servizio infermieristico aziendale territoriale. Responsabile del sistema Maila Mislej, referente per il monitoraggio dei dati e delle istruzioni operative Rosolino Trabona per l'azienda territoriale, referente per le istruzioni operative dell'azienda ospedaliera Roberto Fratte. Da allora i reparti hanno come obiettivo di budget la continuità assistenziale il cui monitoraggio si realizza con indicatori di processo e di esito. Per attivare, monitorare e migliorare il sistema si realizzano riunioni di coordinamento interaziendali tra responsabili infermieristici.

^v Sono impegnati in particolare quelli del servizio domiciliare e delle unità operative anziani.

Patologie prevalenti dei deospedalizzati: le cardiopatie sono al primo posto seguite dalle broncopatie e dalle encefalopatie nell'area medica e dalle neoplasie e dal diabete nell'area chirurgica, le percentuali evidenziate nella tabella n. 1 sono relative al 2006, ma negli anni sono sostanzialmente invariate.

L'incremento delle deospedalizzazioni protette: in cinque anni il numero delle deospedalizzazioni protette è aumentato ben nove volte e nel 2006 il servizio è stato assicurato a 3559 anziani (il 41% era costituito dai maschi e il 59% dalle femmine). L'80.8% delle deospedalizzazioni interessano i reparti di area medica, il 17.3% quelli di area chirurgica e l'1.7% il raccordo del reparto di neurochirurgia e gli ambulatori infermieristici distrettuali.

tabella n. 1

Patologie prevalenti tra i deospedalizzati over75enni (esclusi gli assistiti del raccordo del reparto di neurochirurgia e gli ambulatori infermieristici)		
patologie	Medica (2.872 deospedalizzazioni)	Chirurgica (624 deospedalizzazioni)
cardiopatie	41%	29%
broncopatie	21%	6%
encefalopatie	21%	9%
diabete	21%	19%
neoplasie	11%	20%
flebopatie	4%	5%

Il tasso di ospedalizzazione dell'over75enni dell'A.O.U. *Ospedali Riuniti di Trieste* si è ridotto notevolmente passando da 470 su mille del 1998 a 373 su mille del 2006, a tale riduzione si accompagna l'incremento delle deospedalizzazioni protette che nel 2006 ha interessato il 29,6% dei anziani dimessi (tabella n. 2).

tabella n. 2^{vi}

numero >75enni dimessi e T.O. >75enni dall'AOU <i>Ospedali Riuniti di Trieste</i> numero e % di deospedalizzazioni protette in rapporto ai dimessi l'anno (esclusi gli assistiti del raccordo del reparto di neurochirurgia e gli ambulatori infermieristici)									
anni	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
dimessi	14.136	13.604	13.199	12.588	12.458	12.387	12.037	12.035	11.996
T.O.* mille	470	443	425	401	391	390	381	380	373
deosp. protette	348	372	431	299	391	1.239	2440	3.157	3.496
	2.4%	2.7%	3.2%	2.3%	3.1%	10%	20%	26.2%	29,6%

^{vi} I dati sui ricoveri ed i T.O. sono forniti dalla dr.ssa Maddalena Grella.

Ma cosa succede ai deospedalizzati? Nel 2006 il 47% degli over75enni è rientrato al proprio domicilio (il 32% in carico al medico di medicina generale e/o con *follow up* infermieristico e il 15% in carico al servizio infermieristico domiciliare *continuato*).

Il numero dei deospedalizzati presi in carico dal servizio infermieristico domiciliare continuato in cinque anni è aumentato del 400% arrivando a 617 casi nel 2006.

Il 27% è stato ricoverato in una delle quattro residenze sanitarie assistenziali a degenza breve. L'8% è rientrato in casa di riposo o è stato istituzionalizzato dopo il ricovero. Il 3% è stato preso in carico dai servizi sociali e il 2% dall'hospice. Le percentuali appena descritte variano poco negli anni.

Gli ospedalizzati: la continuità assistenziale infermieristica è a due vie. Nel 2006 sono stati ricoverati con la continuità assistenziale 123 anziani in carico agli infermieri di comunità. Il 70% è costituito dalle femmine. L'89.4 % è stato accolto dai reparti di medicina e il 10.6% dai reparti di chirurgia.

Risultati

I risultati delle ricerche sperimentali, illustrati nel capitolo 5, dimostrano che il modello della presa in carico riduce notevolmente il fenomeno dei ricoveri ripetuti e non solo negli anziani.

Ma qui preme evidenziare che nel 1996 il tasso di ospedalizzazione della popolazione triestina^{vii} era 255 per mille, quello degli over 75enni era 625 per mille.

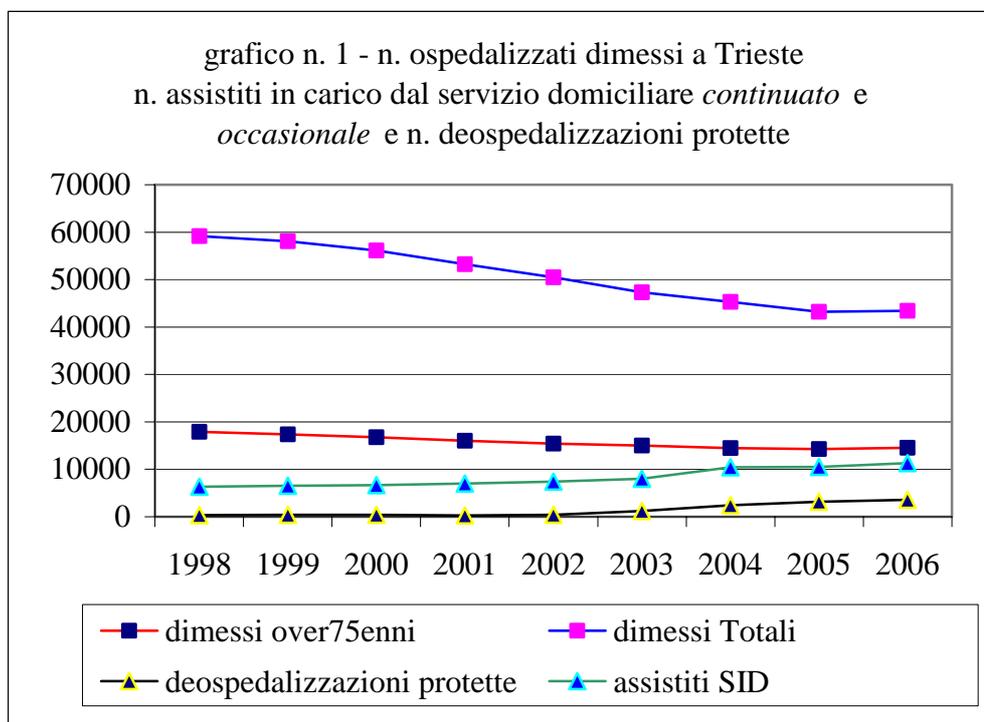
Nel 2006 il tasso della popolazione è 181 per mille, quello degli over75enni è sceso a 452 per mille.

Nel grafico n. 1 è evidente l'andamento del numero:

- dei dimessi di ogni età e degli over75enni della popolazione triestina;
- degli assistiti dagli infermieri di comunità in regime continuato e occasionale (compresi quelli delle strutture);
- delle deospedalizzazioni protette.

La prima più significativa riduzione dei ricoveri/dimissioni si realizza tra il 2001 e il 2002, quando la dotazione del servizio domiciliare raddoppia ed aumentano parallelamente gli assistiti a domicilio. A partire dal 2003 la linea degli over75enni dimessi dagli ospedali, quella degli assistiti degli infermieri di comunità e quella delle deospedalizzazioni protette tendano a convergere. Il 2003 e il 2004 sono infatti gli anni in cui aumentano nuovamente sia la dotazione che gli assistiti; vanno anche a regime l'attività nelle strutture e la continuità assistenziale.

^{vii} I tassi d'ospedalizzazione sono forniti dalla dr.ssa Maddalena Grella dell'A.S.S. n.1 Triestina.



Il sistema della continuità assistenziale ha avuto un notevole aiuto dal *pronto intervento domiciliare* del Comune di Trieste. Il servizio è nato nel 2004 su richiesta dei Distretti, consente immediati interventi sociali a domicilio (assistenza alla persona, pasti, pulizie domestiche ecc.) per un breve periodo e prescindendo dal reddito dell'assistito. E' molto utilizzato dagli infermieri che realizzano le deospedalizzazioni protette.

Per concludere, la letteratura è unanime nel ritenere che l'assistenza infermieristica domiciliare migliora la qualità di vita degli anziani. Controversi sono invece i dati sulla riduzione dei ricoveri. Dietro ai dati non si comprende se il modello assistenziale è prestazionale oppure olistico. Noi crediamo che quest'ultimo incida eccome sulla riduzione dei ricoveri, per dimostrarlo abbiamo voluto condurre le due ricerche sull'efficacia del servizio qui di seguito riportate nella medesima cartella del portale

¹ www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf , il sottocapitolo 3.5 health aging, pag. 33 (ultimo accesso 08/2007).