

## L'assistenza domiciliare a Trieste: nascita e sviluppo

Maila Dr.ssa Mislej Dirigente Infermieristica, Responsabile del Servizio Infermieristico, A.S.S. n.1 Triestina

### Premessa

In cinquant'anni di storia la speranza di vita delle popolazioni "ricche" si è quasi raddoppiata. Le malattie croniche degenerative, legate a fattori comportamentali e ambientali, hanno rubato il palcoscenico a quelle infettive. In questo quadro, gli anziani rappresentano la parte di utenza che utilizza, anche impropriamente, la maggior parte dei servizi sanitari. Quanti sono ad esempio gli anziani che si rivolgono al medico di famiglia per problemi di solitudine e abbandono? La richiesta di controllo del colesterolo e dei trigliceridi quante volte maschera la voglia di relazione? Quanti sono in fila davanti ai nostri sportelli per falsi bisogni sanitari indotti da una vita che ha perso significato? Quanti spazi di ritrovo e socializzazione, che stimolavano gli anziani ad uscire di casa per una partita di bocce o di tresse, sono andati perduti? Quante volte l'anziano ricoverato *guarisce* ma sta peggio di prima perché abbiamo aumentato la sua dipendenza dagli altri? Quante lesioni da decubito, infezioni ospedaliere e incontinenze sono indotte perché non è supportato nella ricerca della perdita autonomia? E quali sono i costi di questo mancato supporto in termini di qualità di vita ed economici?

Mettere il cittadino al centro delle attività assistenziali significa avere ben chiaro che l'obiettivo è sostenerlo nel ritrovare l'autonomia: diagnosi, indagini diagnostiche, terapia e quant'altro sono solo strumenti per raggiungerlo. Ma dev'essere altrettanto chiaro che sul terreno della promozione della salute e del miglioramento della qualità di vita incidono più della sanità le scuole e i servizi Comunali: pianificazione urbana, ambiente e traffico, cultura e tempo libero, ricreatori e condizione giovanile, asili nido e scuole materne, servizi primari e alla persona, servizi sociali, strutture residenziali, bagni e piscine.

La sanità però è l'unica istituzione che attraverso la rete ospedaliera è aperta ventiquattro ore al giorno tutto l'anno e se si vuole evitare che al suo interno si riversino domande improprie è fondamentale sviluppare i servizi territoriali sanitari e sociali integrati e in rete con il resto delle risorse *del sociale*. Si tratta anche di promuovere una cultura del benessere e della qualità di vita che comprenda l'anziano come una risorsa e non come un problema.

Dal punto di vista della sanità è essenziale sviluppare servizi alternativi al ricovero più adatti a rispondere alla cronicità delle malattie e agli aspetti relazionali ed affettivi che hanno un ruolo rilevante sul mantenimento dell'autonomia. Per prevenire la malattia e l'invalidità e migliorare la qualità di vita dell'anziano è necessario aiutarlo a mantenere una buona vita di relazione per evitare la depressione e l'isolamento, evitargli ospedalizzazioni ingiustificate perché lo disorientano e lo sottopongono al rischio di contrarre un'infezione ospedaliera; evitargli l'allettamento prolungato perché provoca lesioni da decubito, incontinenza urinaria e infezioni respiratorie. Queste premesse per dire che cultura e pratica geriatria si fanno soprattutto fuori dall'ospedale e si esprimono con l'assistenza domiciliare, le residenze sanitarie assistenziali, i centri diurni, le residenze collettive (sul modello Francese o Inglese), le attività culturali e ricreative, un'adeguata rete di trasporti pubblici ed una politica di redistribuzione delle risorse dall'ospedale ai distretti.

Furono queste le premesse *ideologiche* che videro nascere nel 1996 il Distretto a Trieste e l'assistenza infermieristica domiciliare.

## La situazione triestina dal 1996 ad oggi

Dal 1996 a tutt'oggi un quinto della popolazione triestina è costituito da anziani. Sono circa 55.000 gli over64enni (37% maschi e 63% femmine). Di questi 53.000 vivono al loro domicilio e sono a rischio di ricovero o istituzionalizzazione (lo sono in particolare i 17.000 over80enni).

Sono ospiti di case di riposo o strutture protette circa 2.500 over64enni.

Sino al 1996 le corsie ospedaliere triestine, come le piste dei nomadi ai cui margini gli anziani venivano lasciati perire, erano utilizzate come unica risposta ai problemi di salute dell'anziano. Infatti il tasso di ospedalizzazione della popolazione era elevato, 260 per mille, quello degli over75enni era abnorme, 625 per mille. L'integrazione dei servizi sanitari e sociali era ancora un'*araba fenice*.

L'obiettivo generale del Servizio infermieristico domiciliare (SID) sin dal 1996 è migliorare la qualità di vita dell'anziano, ma anche del bambino e dell'adulto, evitando, quand'è possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero.

Gli obiettivi specifici sono:

1. offrire un servizio nell'arco delle 12 ore sette giorni su sette e garantire la presa in carico entro le 24 ore dalla segnalazione;
2. garantire un modello assistenziale olistico in *rete* con i medici di medicina generale, i servizi sanitari, sociali, le residenze sanitarie assistenziali, l'hospice, il 118, le risorse del volontariato, la teleassistenza e il telesoccorso, le parrocchie, i vicini di case e quant'altro;
3. assistere anche soggetti che vivono da soli proprio grazie alla *rete di supporto*;
4. sviluppare la cultura della presa in carico, il ruolo dell'infermiere di famiglia e il modello assistenziale del self care (della D.Orem) inteso a tutto tondo (non solo come esecuzione di una tecnica) e contrastare la cultura prestazionistica;
5. promuovere il recupero dell'autonomia, ponendo attenzione alle abilità residue, e sviluppare un sistema di follow up che consenta di evitare o ridurre il fenomeno delle riacutizzazioni;
6. attivare un sistema informativo tra responsabili infermieristici dell'azienda ospedaliera e dell'azienda territoriale per garantire la continuità dell'assistenza infermieristica;
7. evitare le lesioni da decubito agli assistiti (definendo standard di qualità);
8. valutare l'adeguatezza del modello organizzativo interdisciplinare e integrato attraverso un'indagine sulla qualità percepita dagli assistiti;
9. utilizzare strumenti validati ed idonei a valutare i bisogni assistenziali e il grado di autonomia degli assistiti (ne sperimentammo molti nel corso degli anni);
10. utilizzare strumenti integrati (come la cartella integrata AD) frutto di elaborazioni di gruppo;
11. utilizzare tecnologia innovativa;
12. valorizzare la risorsa personale e il ruolo dei responsabili infermieristici (che vado di seguito ad approfondire nella relazione).

## La risorsa personale e il responsabile infermieristico

Nella nostra Azienda massima attenzione è dedicata al personale sin dal 1996, senza questa attenzione non c'è futuro per la qualità e l'efficienza dei servizi. Si attivò già allora il sistema di sviluppo continuo della qualità dell'assistenza infermieristica articolato in sette macro obiettivi chiave che vado a descrivere e che coinvolsero ovviamente tutto il personale non solo quello della domiciliarità. Voglio soffermarmi su questo aspetto perché troppo spesso nei convegni si descrivono gli output di eccellenza o meno dei servizi ma nulla o poco si dice sul funzionamento del *motore interno*

**1. Garantire un buon clima organizzativo**, è il primo macro obiettivo, è la pietra miliare di un sistema di qualità, nel 1996 lo definimmo *friendly nursing work places*. Il clima è stato valutato più volte con indagini interne che hanno consentito di affrontare e risolvere fattori di criticità quali la necessità di integrazione intra ed extraaziendale. Da allora l'integrazione interna è garantita da gruppi di lavoro, riunioni di coordinamento settimanali o mensili e da linee guida e protocolli operativi.

**2. Conoscere il patrimonio risorse umane.** Il Servizio Infermieristico dispone di una "banca dati" sul personale e le attività assistenziali che consente di valutare il fabbisogno di personale e di formazione, governare meglio il turn over, programmare le attività di aggiornamento, soddisfare le richieste di mobilità ponendo particolare attenzione alle esigenze delle donne, condurre ricerche e sperimentazioni.

**3. Migliorare l'assistenza sostenendo la motivazione al lavoro e valorizzando la risorsa umana.** Questo macro obiettivo implica molteplici sotto obiettivi e azioni che vado a descrivere.

a) **La riqualificazione della dotazione e l'utilizzo razionale degli infermieri** furono i primi nodi affrontati. Nel 1996 si acquisirono i primi operatori tecnici dell'assistenza. La loro graduale introduzione nei servizi consente di "liberare" gli infermieri di attività di cui rispondono ed hanno la regia ma che non devono svolgere in prima persona.

b) **Evitare dotazioni ingabbiate e orari di lavoro rigidi e promuovere turni sostenibili**, questi sotto obiettivi sembrarono subito elementi qualificanti l'intero processo. Pensare a una dotazione unica di Distretto e di Dipartimento estesa a più servizi, consente immediate sostituzioni in casi urgenti, permette di modulare la forza (le presenze) in rapporto ai carichi di lavoro delle unità operative, evita che il personale si appiattisca sulle medesime attività e tipologia d'utenti, stimola l'apprendimento continuo è un'appartenenza comune al distretto o al dipartimento, favorisce l'integrazione dei servizi e l'utilizzo omogeneo di procedure e protocolli. L'orario di servizio è rigido ma l'orario di lavoro del personale è flessibile e calibrato in rapporto ai carichi di lavoro ma anche alle necessità del personale per questa ragione le richieste di part time coinvolgono solo il 5% della dotazione. I turni di lavoro sono *in nona e in settima*.

c) **La rete delle responsabilità infermieristiche è articolata e con ampia delega.** Le direzioni dei Distretti e dei Dipartimenti hanno in staff un Responsabile infermieristico<sup>1</sup> (DS con posizione organizzativa), i Distretti hanno anche un Responsabile infermieristico (DS) dell'unità operativa "cure primarie". Al Servizio Infermieristico afferiscono undici DS infermieristici delle strutture operative ed uno del Servizio, collegialmente pianificano e controllano le attività assistenziali, promuovono *modelli personalizzati dell'assistenza e l'infermiere di famiglia*, lo sviluppo del

---

<sup>1</sup> Referenti di struttura ,D.G.R. n. 6619 del 19 dicembre 1995)

sistema di miglioramento continuo della qualità, il raggiungimento degli obiettivi aziendali, le ricerche e sperimentazioni.

d) **La ricerca sul campo** consente di professionalizzare il personale e migliorare la qualità del servizio. Sono state condotte in sette anni **26 ricerche**: sulla qualità percepita, sulla qualità dell'assistenza infermieristica erogata nelle strutture protette convenzionate, sull'incidenza e sulla prevalenza delle lesioni da decubito, sull'efficacia dell'assistenza domiciliare e delle medicazioni avanzate nel trattamento delle lesioni da decubito, sulla prevenzione dell'incontinenza, sulla continuità assistenziale tra reparti ospedalieri e assistenza domiciliare e sul clima aziendale.

e) **La promozione di metodiche innovative** e sostenuta dall'Azienda, nel 1998, per un ristretto numero di pazienti con gravi problemi di prelievo ematico dalla vena, si è introdotta e sperimentata la metodologia del "prelievo capillare per la misurazione dell'I.N.R." (*PC-INR*), composta di un'apparecchiatura portatile che esamina e offre la risposta immediata di un campione di sangue capillare mediante la puntura di un polpastrello. Dal 2002 la metodica è estesa a tutta l'utenza ed ovviamente a domicilio.

f) **La pubblicazione delle ricerche degli infermieri** è uno *strumento incentivante*. Dal 1996 ad oggi sono state realizzate **24 pubblicazioni** (22 articoli, un *libro su "nursing e psichiatria"* ed un *opuscolo* in 40.000 copie su "prevenire la sindrome da immobilizzazione").

g) **L'aggiornamento del personale infermieristico**: è un obiettivo strategico, dal 1996 ad 2002 il Servizio Infermieristico ha realizzato 29 corsi di aggiornamento per complessive 85 edizioni, i partecipanti sono stati 1290<sup>2</sup>.

Negli ultimi due anni gli infermieri del Sistema 188, istruttori AHA BLS-D, hanno realizzato:

64 edizioni del corso BLS, partecipanti 371;

30 edizioni del corso Early defibrillation, partecipanti 173;

35 edizioni del corso BLS-D, accreditate ECM, partecipanti 137.

**A questi dati si devono aggiungere quelli del 2003.**

h) **Il portale dell'Azienda già da un anno ha attiva una cartella del Servizio infermieristico aziendale** che valorizza l'area assistenziale dando visibilità a ricerche, sperimentazioni, pubblicazioni, corsi di aggiornamento, protocolli e linee guida sinora adottati.

**4. Tutelare la salute degli infermieri**: il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, in collaborazione con il Servizio Infermieristico e con la partecipazione del personale e dei fornitori ha individuato negli anni 1996 e 1997 i **solleva persone portatili** più idonei a domicilio ed altra strumentazione utile ad evitare sollecitazioni alla colonna vertebrale. Hanno introdotto sperimentalmente nel 1998 **aghi e siringhe di nuova generazione** per evitare l'infortunio da puntura d'ago, dal 2001 sono in dotazione in tutti i servizi dell'Azienda. L'u.o. Approvvigionamenti e il Servizio Infermieristico nel 2000, hanno elaborato con le OO.SS. il nuovo regolamento aziendale su **divise e presidi** e costituito gruppi di lavoro di infermieri e fisioterapisti ai quali è stata affidata la scelta delle nuove divise e dei presidi da adottare rispettando criteri di funzionalità, sicurezza ed estetica.

**5. Provvedere all'accoglienza e alla formazione dei neoassunti e del personale in mobilità.** L'accoglienza e l'assegnazione del neoassunto si realizza con un **protocollo** finalizzato a: valutare

---

<sup>2</sup> Argomenti maggiormente trattati: funzioni gestionali, qualità dell'assistenza infermieristica, accresciute responsabilità derivanti dalla L.42/99, nursing alle persone cardiopatiche e broncopatiche, gestione a domicilio dei malati in nutrizione parenterale o enterale, applicazione di nuove metodiche, prevenzione delle lesioni da decubito, gestione delle stomie uro, colon e ileo, la presa in carico (approccio olistico).

competenze, aspettative e vicinanza o meno della sede lavorativa al domicilio del neoassunto; presentare l'Azienda e la struttura cui è assegnato e consegnare materiale informativo; illustrare i rischi professionali generali cui può andare incontro e i dispositivi di sicurezza messi a disposizione dall'Azienda (addestramento all'uso di aghi e siringhe di nuova generazione). Presso il servizio cui è assegnato, il neoassunto è accolto dal responsabile infermieristico che gli illustra le attività e lo affianca nelle prime settimane di lavoro con un infermiere esperto. Annualmente i neoassunti partecipano ad un corso di aggiornamento ad hoc finalizzato a introdurli nella vita dell'Azienda.

#### **6. Far incontrare le capacità del personale con le attività e le caratteristiche dell'utenza.**

Accogliere le richieste di *mobilità* del personale (su base volontaria per rilanciare la motivazione al lavoro ed evitare il rischio di burn out) consente di professionalizzare e valorizzare la risorsa umana. Dal 1996 ad oggi, su una dotazione annuale media di 450 unità, si sono realizzati più di **250 trasferimenti**. Il tempo medio di attesa del trasferimento annualmente è di circa 50 giorni. Nessun trasferimento si è realizzato con ordine di servizio.

#### **7. Promuovere le sperimentazioni che danno valore aggiunto all'Azienda ne descrivo solo alcune.**

##### **a) Servizio Unificato di Risposta (SUR).**

La prima sperimentazione è del 1996. Il Distretto n.3 attivò il Servizio Unificato di Risposta oggi esteso a tutti i distretti. E' gestito da infermieri in stretto raccordo con i medici di medicina generale e ha l'obiettivo di organizzare efficientemente, per il cittadino con problematiche complesse, i percorsi diagnostico- terapeutici raccordando i servizi territoriali, ospedalieri ed extra provinciali.

##### **b) Ambulatori infermieristici distrettuali**

Nel 1997 i distretti, con gli infermieri prima impiegati impropriamente a "supporto" degli specialisti nell'attività ambulatoriale, attivarono gli **ambulatori infermieristici in rete con il servizio infermieristico domiciliare, da allora gestiscono ogni anno circa 100.000 utenti e 180.000 prestazioni, comprese le terapie endovenose e le emotrasfusioni (2.637 nel 2001) che precedentemente erano erogate in regime di day hospital.**

**c) Assistenza infermieristica diretta nelle strutture protette convenzionate.** L'Azienda, in accordo con i Comuni, avviò nel 2000 il progetto sperimentale di presa in carico degli ospiti da parte degli infermieri dell'assistenza domiciliare dei Distretti. In tal senso le **strutture protette sono viste come estensione della domiciliarità**. La sperimentazione nel 2000 coinvolse la casa di riposo del Comune di Muggia del Distretto 3 e Casa Bartoli del Comune di Trieste del Distretto n. 4 e nel 2001 la Casa di riposo Stupartich del Comune di Duino Aurisina e afferente al Distretto 1. I risultati ottenuti sono ottimi, tra gli indicatori di incremento di qualità sono da considerare in modo particolare la riduzione di soggetti sottoposti a ricoveri ripetuti e la drastica riduzione delle fratture da caduta. E' migliorata la gestione della terapia in stretto raccordo con i medici di medicina generale e grazie alla fornitura diretta dei farmaci. In caso di ricovero è garantita la continuità terapeutica, assistenziale e la deospedalizzazione tempestiva e protetta.

**d) Continuità assistenziale infermieristica.** Dal 1996 a tutt'oggi è garantita al 100% dei deospedalizzati segnalati dai reparti ospedalieri con documentazione infermieristica (argomento approfondito nella successiva relazione).

#### **Il Responsabile infermieristico**

I responsabili infermieristici sono cruciali per realizzare un servizio innovativo e complesso come quello domiciliare. Sono i sensori dei bisogni degli assistiti e delle aspirazioni del personale. Lo stile di gestione che hanno adottato è (e deve essere) flessibile in rapporto alle richieste dell'utenza

e del personale, per promuovere un buon clima organizzativo, influenzare positivamente l'efficacia delle cure e assicurare il buon funzionamento di una *macchina organizzativa* i cui confini non sono le pareti di un reparto ma interi quartieri di una città. Una *macchina organizzativa* che si estende in molteplici abitazioni ed invade reali storie di vita. Un buon indicatore sia del clima di lavoro sia della funzione di responsabile di un servizio è l'indice d'assenza per malattia: quello del SID è attestato da anni sul 4 - 5 per cento (a fronte di un indice fisiologico di norma valutato attorno al 6-7 per cento), il dato si commenta da se.

### **I risultati più significativi di sette anni di attività**

Oggi i cittadini sono sempre molto severi nel giudicare la sanità ma nel caso dell'assistenza domiciliare a Trieste fanno eccezione. In questi anni le segnalazioni di elogio sul SID effettuate dagli utenti sulla stampa locale sono state numerose. Il servizio è giudicato globalmente efficiente, efficace e personalizzato, tale valutazione è confermata anche da indagini sulla qualità percepita effettuate con cadenza annuale e da quest'anno con cadenza semestrale. E' indicativo che il giudizio positivo è espresso nella stessa misura nei confronti dell'assistenza medica e di quella infermieristica, molto apprezzata è anche l'integrazione tra ospedale e territorio.

Dal 1996 al 2002 il tasso di ospedalizzazione della popolazione triestina è sceso da 260 a 197 per mille, e quello degli ultra75enni da 625 a 485 per mille. Alla riduzione dei tassi di ospedalizzazione hanno senz'altro concorso anche le quattro Residenze sanitarie assistenziali e l'hospice (strutture nate successivamente alla domiciliarità), ma in questa impresa il ruolo rilevante della domiciliarità è innegabile.

Alcune ricerche sull'efficacia dell'home care condotte dal Servizio infermieristico aziendale hanno dimostrato che il SID riduce notevolmente il fenomeno dei ricoveri ripetuti, il dato è confermato anche da una recente indagine sulla continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Dal 1996 ad oggi il Servizio infermieristico domiciliare è cresciuto notevolmente e a seguire anche il Servizio di riabilitazione domiciliare: da 38 unità di personale nel 1996 oggi i due servizi ne contano 108. Nello stesso periodo l'utenza servita è passata da 4.259 a 15.994 unità.

La domiciliarità è tuttora in espansione soprattutto nella formula continuata, dal 1 gennaio al 15 agosto 2003 abbiamo registrato un incremento del 27% del Servizio infermieristico domiciliare continuato e del 13% del Servizio di riabilitazione domiciliare continuato.

Negli ultimi due anni sono aumentate l'efficienza e l'efficacia delle cure domiciliari anche attraverso la rete dei **cellulari aziendali** che hanno in dotazione i medici di medicina generale, gli infermieri ed i fisioterapisti e in generale gran parte del personale dell'azienda.

La continuità assistenziale infermieristica tra reparti ospedalieri e servizio infermieristico domiciliare garantisce ormai più di 700 dimissioni protette l'anno e consente di ridurre significativamente il fenomeno dei ricoveri ripetuti. Recentemente l'A.S.S. n.1 Triestina e l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti di Trieste" ha formalizzato il protocollo di intesa sulla predetta continuità assistenziale a seguito di un lavoro sperimentale e interaziendale durato più di un anno.

Un altro aspetto che voglio evidenziare è che la normativa prevede che l'assistenza domiciliare sia erogata a soggetti che hanno il supporto di familiari. Per la nostra provincia ciò significherebbe escludere dal servizio circa 22.000 anziani. L'esperienza maturata negli anni ci dice invece che è possibile evitare l'istituzionalizzazione dell'anziano che vive solo (ma anche del giovane) offrendo

un *servizio in rete*, i cui nodi sono costituiti dai servizi distrettuali e ospedalieri, dai servizi sociali dei Comuni, dal sistema 118, dalle RSA e l'hospice, dalle risorse del vicinato e delle parrocchie, dalle organizzazioni di volontariato e dal servizio di teleassistenza e telesoccorso attivo 24 ore. **Gli utenti che vivono soli rappresentano, infatti, il 38 per cento degli assistiti a domicilio**, prevalentemente sono femmine (74 per cento), riteniamo che questo sia il risultato più significativo ottenuto dalla domiciliarità triestina.

**Ma non tutto va per il verso giusto.** Ci sono alcuni fattori di criticità. L'aumento del volume di attività a ritmi notevoli di anno in anno rischia di mettere in crisi il buon livello di qualità del servizio proprio perché il modello organizzativo è altamente complesso. Si avverte sempre più la necessità di abbandonare la strumentazione cartacea e dotare il servizio di PC palmari per ridurre il carico di lavoro derivante dalla registrazione informatizzata dei dati di attività, la sperimentazione è imminente. Aumentano notevolmente anche le auto di servizio che gli infermieri spesso sono costretti a parcheggiare in zone vietate per garantire l'assistenza a domicilio. C'è un "conto aperto" con i vigili urbani del Comune di Trieste proprio causa le multe per divieto di sosta. L'integrazione con i servizi sociali dei Comuni è attiva da lungo tempo ma ci "scontriamo" ancora sui tempi d'intervento, veloci i nostri e lenti i loro.

## **Conclusioni**

Un pregiudizio duro a morire giudica *complessa* l'assistenza al malato acuto in ospedale e *semplice* l'assistenza domiciliare al malato cronico e terminale. Fattori culturali, assistenziali e organizzativi rendono invece l'assistenza a domicilio un servizio ad elevata complessità.

**In situazioni di ricovero ospedaliero gli ammalati si adattano a logistica e organizzazione del lavoro. A domicilio è vero il contrario**, il personale deve adattare il modello assistenziale e organizzativo ad innumerevoli soggetti, nuclei familiari e abitazioni, quasi 16.000 lo scorso anno. Il servizio è necessariamente personalizzato.

Prendersi cura di soggetti a domicilio significa disporre di una rete organizzativa distrettuale capace di dare risposte integrate e interdisciplinari a molteplici bisogni. Gestire una rete assistenziale articolata e capillarmente diffusa su tutto il territorio provinciale richiede capacità organizzative non comuni ma anche doti comunicative, di creatività e flessibilità. Ma non basta, sono richieste anche capacità di lavorare *senza rete*, a domicilio spesso si decide in solitudine, non ci si può avvalere dell'aiuto o della consulenza del collega di reparto;

**Inoltre, prendersi cura del malato cronico (anziano, adulto o giovane che sia) significa essere capaci di lavorare privandosi della gratificazione che viene dal guarire.** L'obiettivo dell'assistenza è aiutarlo a *ritrovare un equilibrio*, rallentare il decadimento, recuperare funzioni residue. Si tratta di lavorare accettando i tempi dilatati e non stressati che richiedono le cure primarie e la riabilitazione.

L'impresa di chiedere ed ottenere in breve tempo (un anno) la certificazione **ISO 9001- 2000 con l'ente certificatore tedesco TUV** è stata un po' una sfida del personale infermieristico del SID dettata dall'orgoglio e la consapevolezza di offrire un servizio di qualità. Il processo di certificazione ISO 9000, iniziato nel 2002 e gestito dalla Responsabile aziendale della qualità, la dr.ssa Vanda Forcella, ha coinvolto in particolar modo proprio il personale infermieristico e non solo del servizio domiciliare dei distretti ma anche del sistema 118 e del Centro sociale oncologico. **Questi servizi hanno ottenuto la certificazione a settembre di quest'anno.**

**(In allegato scheda riassuntiva su alcuni dati SID del 2002)**

## Tipologia di servizio erogato e caratteristiche dell'utenza - 2002

Il servizio assicura anche la presa in carico degli ospiti delle residenze polifunzionali (intese come il domicilio dell'anziano istituzionalizzato) a seguito di un accordo tra Azienda e FISA. L'erogazione dell'assistenza infermieristica in forma diretta è attiva in tre strutture protette del distretto n. 1, del distretto n. 3 e del distretto n. 4. Ciò premesso, gli utenti dell'assistenza domiciliare distrettuale sono complessivamente 15.616 a questi si aggiungono i 378 ospiti delle strutture protette per un totale complessivo di 15.994 utenti.

In rapporto alla tipologia di servizio, gli assistiti sono così suddivisi (tab. 1):

Tabella 1

tipologia	Servizio AD (SRD + SID)	SRD (riabilitazione)	SID (infermieristico)
Servizio continuato	3.437	902	2.611
Servizio occasionale o follow up	12.179	1.158	11.021
<b>Totale utenti a domicilio</b>	<b>15.616</b>	<b>2.060</b>	<b>13.632</b>
Utenti serviti nelle strutture protette	378	378	378
<b>Totale utenti serviti</b>	<b>15.994</b>	<b>2.438</b>	<b>14.010</b>

**Il 73 % dell'intera utenza domiciliare è costituito da over 75enni e il 67% da femmine.** Gli over75enni e le femmine sono maggiormente presenti nel formula del servizio occasionale. Il Servizio di riabilitazione rispetto a quello infermieristico serve un'utenza nettamente più giovane.

**A ciascun utente del SID continuato sono stati garantiti in media 27 accessi. Il SRD continuato ha assicurato ad ogni utente mediamente 10.3 accessi** (tab. n. 2).

Tabella 2

Tipologia di servizio	< 74 anni	> 75 anni	Maschi	Femmine	Media accessi pro capite
SID continuato	32%	68%	35%	65%	27
SID occasionale o follow up	24%	<b>76%</b>	39%	<b>71%</b>	1.3
SRD continuato	48%	52%	37%	63%	10.3
SRD occasionale o follow up	27%	<b>73%</b>	28%	<b>72%</b>	1.5
<b>Totale utenti a domicilio</b>	<b>27%</b> (4.139)	<b>73%</b> (11.477)	<b>33%</b> (5153)	<b>67%</b> (10.463)	