

La comunicazione efficace: quando le informazioni diventano salute.

Bruna Dott.ssa Zanetti – Responsabile Infermieristico S.C. 1 Medica – Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti” di Trieste (AOTS).

Negli ultimi cento anni il miglioramento generale delle condizioni di vita ha determinato un forte aumento della popolazione anziana, un incremento della incidenza e prevalenza delle malattie cronico-degenerative con aumento della morbosità generale, e di conseguenza l'incremento del numero di persone parzialmente o completamente non autosufficienti. Oltre a ciò, le fondamentali trasformazioni che il nostro paese ha attraversato, hanno modificato nel profondo la struttura sociale, rendendo sempre meno probabili ed affidabili le risposte che la rete spontanea di supporto, la famiglia in primo luogo, ha storicamente offerto ai problemi dell'invecchiamento e delle malattie di lunga durata. Oggi, infatti, i problemi sanitari degli anziani si accompagnano molto spesso a bisogni di carattere socio-assistenziale che ricadono, totalmente o in parte, sui servizi sanitari. La molteplicità delle strutture sanitarie e le necessità sociali che spesso si associano a queste persone costituiscono fattori che rendono di per sé complessi i percorsi di cura e di assistenza e che agiscono da moltiplicatori delle problematiche d'accesso.

In questo specifico contesto si colloca l'attivazione di forme organizzative territoriali dei percorsi diagnostico-terapeutici e della continuità assistenziale affinché, dalla collaborazione tra professionisti afferenti ad aree diverse, si avvii quel processo teso alla valutazione, pianificazione, implementazione, coordinamento, monitoraggio e selezione delle opzioni e dei servizi che possono soddisfare i bisogni individuali di un target predefinito, e più specificamente:

1. Valutare la situazione della persona da cui parte la domanda, considerando sia la diagnosi, sia l'insieme delle dimensioni che possono incidere sull'accettabilità delle cure proposte;
2. Assicurare la razionalità del percorso, presidiando le problematiche dell'accesso, tendendo a semplificare le procedure;
3. Migliorare l'adesione al progetto di cura e l'incisività delle prescrizioni informando ed assistendo da vicino la persona alla quale sono dirette.

Da queste premesse si evince quindi la complessità del progetto di continuità assistenziale, che va affrontato su più livelli (istituzionale, professionale ed organizzativo). A livello istituzionale vi è la necessità di un accordo tra aziende; a livello professionale è fondamentale un rapporto di stretta collaborazione tra medici e specialisti, tra medici ed infermieri e tra infermieri afferenti alle diverse strutture; infine, a livello organizzativo è indispensabile un'efficace ed efficiente relazione tra distretti e reparti ospedalieri attraverso strumenti quali il disease management e l'individuazione di percorsi assistenziali, la costruzione di obiettivi condivisi e l'interpretazione dei bisogni. La condivisione ed il perseguimento di tali obiettivi, di cui l'infermiere è garante sia nel rispetto del proprio codice deontologico che del “patto infermiere – cittadino”, deve portare necessariamente all'adozione di un linguaggio comune (codice), all'utilizzo di canali di trasmissione dell'informazione adeguati, e alla predisposizione di strumenti informativi efficaci. Tuttavia, come vedremo, l'utilizzo di linguaggi e strumenti comuni di lavoro non sono sufficienti a garantire efficacia ed efficienza se non impiegati in tempi e modalità di intervento ben definiti.

L'esperienza di Trieste

Il progetto continuità assistenziale inizia nel 1996, ma nel 2002 i Servizi Infermieristici delle Aziende Sanitaria ed Ospedaliera sperimentano nuove istruzioni operative finalizzate ad aumentarne la qualità ed il numero degli interventi. Vengono coinvolti inizialmente tutti i reparti di medicina e geriatria dell'Azienda Ospedaliera e tutti i distretti dell'Azienda Sanitaria. Il target è costituito dai pazienti ultrasessantacinquenni con patologie cronico – degenerative quali bronchite cronica, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco/cardiopatie, diabete mellito e flebopatie. Gli obiettivi del progetto vengono così definiti:

1. Sviluppare nel tempo il sistema ovvero aumentare il numero di assistiti in dimissione protetta soprattutto se anziani con storia di ricoveri ripetuti;
2. garantire un'efficace e tempestiva assistenza in raccordo con i medici di medicina generale a domicilio, o presso le RSA, l'hospice, le strutture protette o case di riposo attivando, quando necessario, i servizi sociali dei Comuni;
3. documentare la continuità assistenziale con apposita scheda.

Riguardo quest'ultimo punto, infatti, emerge immediatamente l'esigenza di predisporre uno strumento informativo comune che consenta il passaggio delle principali informazioni cliniche ed assistenziali al fine di facilitare la presa in carico del soggetto. Vengono così create, a cura del gruppo di lavoro interaziendale costituito dai referenti del progetto, due schede, una per il soggetto da de-ospedalizzare, ad uso dei referenti dei reparti, ed una per il soggetto in carico al SID che necessita di ospedalizzazione per riacutizzazione della patologia di base. (Le schede, originariamente cartacee, sono state revisionate come parte della sperimentazione nel contenuto e nella forma grafica, quindi trasformate in foglio elettronico facilmente trasmissibile ed archiviabile dagli operatori.)

Contemporaneamente, vengono definiti tempi e modalità di intervento: i pazienti devono essere segnalati dai referenti dei reparti di provenienza entro 48 ore dal ricovero; nel caso di ricovero di pazienti in carico al SID, il responsabile infermieristico del Distretto sanitario di appartenenza o il case manager compila la scheda di continuità assistenziale che accompagna l'assistito al momento del ricovero, oppure, in caso di ricovero non programmato, trasmette la scheda entro 24 ore al responsabile infermieristico di reparto e al Servizio infermieristico dell'A.S.S. n.1. Quindi, l'infermiere case manager SID effettua un accesso in reparto e discute il caso e la data di dimissione dell'assistito (coinvolgendo l'assistito, i suoi familiari ed il medico di medicina generale).

Per l'inoltro delle schede si propone l'utilizzo del fax o della posta elettronica, sistemi già in dotazione alla maggior parte delle strutture coinvolte, che consentono di ottimizzare i tempi di intervento.

Entro 72 ore dalla segnalazione, i referenti del SID del Distretto di appartenenza devono recarsi al reparto segnalante per predisporre, assieme al paziente e al collega referente, un percorso personalizzato di continuità assistenziale e/o una proposta alternativa di intervento.

Dal 2003 il progetto è pienamente operativo; e dal 1° maggio è stato esteso a tutti gli altri reparti di degenza (chirurgie e reparti specialistici) ad esclusione delle SS.CC. Ortopedia, Riabilitazione e Stroke-Unit che dispongono di uno specifico protocollo sulla continuità assistenziale interaziendale. Al coinvolgimento di nuovi reparti ha fatto seguito un'ulteriore revisione della scheda informatizzata esistente per consentirne l'efficace utilizzo da parte di tutti.

Il 30 ottobre 2003, infine, le Aziende Sanitaria ed Ospedaliera hanno siglato il protocollo d'intesa denominato "Il sistema della continuità assistenziale infermieristica interaziendale", formalizzando in via definitiva modalità e strumenti operativi sperimentati.

Conclusioni

Il rispetto dei tempi stabiliti per ogni intervento si è dimostrato fondamentale per garantire l'efficienza del progetto e ridurre quindi, ove possibile, i tempi di ricovero e i rischi d'insorgenza di nuove patologie legate all'ospedalizzazione. Inoltre, il coinvolgimento del paziente e/o dei suoi familiari nella predisposizione di un progetto assistenziale dedicato a domicilio costituisce un indicatore d'efficacia: questa modalità d'intervento favorisce l'identificazione dei problemi in modo preventivo piuttosto che retrospettivo e riduce al minimo, nel paziente e nella sua famiglia, quel vissuto di criticità spesso sperimentato in previsione della dimissione.

Bibliografia

Protocollo d'intesa su "Il sistema della continuità assistenziale infermieristica interaziendale", A.S.S. 1 – A.O. "OO.RR." - Trieste, 30/10/2003

L'infermiere case manager, P Chiari; A. Santullo - Ed. McGraw-Hill, 2001

L'infermiere e le innovazioni in sanità, A. Santullo – Ed. Mc Graw – Hill, 1999

Assistenza Domiciliare, R.Rice, - Ed. Utet 1999

Teoria della comunicazione, P.C. Rivoltella – Ed. La Scuola, 1998