

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

(Abilitante alla professione sanitaria in Infermiere) (classe snt/1)

***ANALISI COMPARATIVA DELLA MODALITÀ
DI PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA
FRA IL LIVELLO OSPEDALIERO E DOMICILIARE
DELLA ZONA MUGELLO***

**Relatore:
Prof. Albero De Paola**

**Tesi di laurea di:
Francesca Banchi**

A.A. 2008/2009

INDICE

Premessa	<i>Pag. 1</i>
I. Il Mugello	<i>Pag. 2</i>
I.1 - Caratteristiche territoriali e della popolazione	<i>Pag. 2</i>
I.2 - Uno sguardo al Comune di Barberino di Mugello	<i>Pag. 4</i>
II. Rete dei servizi socio-sanitari del Mugello	<i>Pag. 6</i>
II.1 – La suddivisione in presidi	<i>Pag. 6</i>
II.2 - La Società della Salute	<i>Pag. 6</i>
II.3 - Il Punto unico di Accesso	<i>Pag. 7</i>
II.4 - I Punti Insieme	<i>Pag. 25</i>
III. L'assistenza domiciliare	<i>Pag. 27</i>
III.1 - Definizione	<i>Pag. 27</i>
III.2 - Origine e storia	<i>Pag. 29</i>
III.3 - Riferimenti legislativi	<i>Pag. 31</i>
III.4 - Assistenza infermieristica nel Mugello	<i>Pag. 34</i>
III.5 - Modello concettuale di D.OREM	<i>Pag. 36</i>
III.6 - La presa in carico e la ricerca di un'alleanza assistenziale	<i>Pag. 39</i>
IV. Progetto di ricerca	<i>Pag. 46</i>
IV.1- Analisi del problema	<i>Pag. 46</i>
IV.2- Revisione della letteratura	<i>Pag. 46</i>
IV.3- Ipotesi della ricerca	<i>Pag. 47</i>
IV.4- Obiettivo dello studio	<i>Pag. 47</i>
IV.5- Caratteristiche del campione	<i>Pag. 48</i>
IV.6- Metodi di raccolta dati	<i>Pag. 48</i>
IV.7- Elaborazione dati e analisi dei risultati	<i>Pag. 50</i>
IV.8- Discussione dei risultati	<i>Pag. 64</i>
VI. Conclusioni	<i>Pag. 66</i>
Bibliografia	<i>Pag. 68</i>
Allegati	<i>Pag. 71</i>

PREMESSA

Nel corso degli anni tramite esperienze personali ed esperienze effettuate durante i miei studi, ho visto prendere corpo sempre di più, per le persone in difficoltà, l'assistenza domiciliare. In contemporanea sono comparsi tempi di degenza ospedaliera sempre più brevi e questo ha comportato l'insorgenza di maggior

disagio per le persone sole e le famiglie che presentano difficoltà assistenziali e bisogno di risposte alle loro domande, sempre più frequenti.

Questo ha scaturito la curiosità che l'infermiere nelle due realtà, ospedaliera e domiciliare, si possa interfacciare diversamente, tralasciando la sua natura, ovvero la visione della persona non come un malato da curare e assistere, ma come una persona alla quale far valorizzare le proprie risorse favorendone lo sviluppo nel percorso di assistenza, permettendo il raggiungimento della miglior qualità di vita in quel momento.

Con questa tesi vorrei provare a capire se quelle esperienze vissute tramite i tirocini, che mi hanno portato a pensare che l'infermiere, pur essendo infermiere in tutte le realtà, possa avere comportamenti assistenziali diversi a seconda dell'ambito in cui si trova ad operare.

CAPITOLO I

IL MUGELLO

I.1 - Caratteristiche territoriali e della popolazione

Il Mugello è un'area della Toscana settentrionale in provincia di Firenze che si estende per 570Km², che corrisponde all'alto e medio bacino del fiume Sieve, affluente dell'Arno. Si presenta con un'ampia e pittoresca conca aperta sul versante occidentale dell'Appennino Tosco-Emiliano. Il territorio del Mugello è caratterizzato da un'alta cintura di monti e colline che degradano fino all'area pianeggiante adiacente al corso Sieve. Quest'ultima è un'aria molto abitata, ma sono presenti anche numerosi centri abitati minori e casali isolati, sparsi su tutto il territorio. Tuttavia l'esatta delimitazione geografica del Mugello è storicamente problematica, sia in rapporto alla contigua Val di Sieve, sia rispetto alle altre aree limitrofe, in particolare nelle zone più montuose. Vi è infatti la tendenza a identificare il Mugello con le zone di fondo valle del bacino, in cui sono situati principali centri abitati.

La tradizione vuole che sia stata la tribù dei Magelli ad abitare per prima la zona dando origine al termine Mugello, nome che risulta già presente dal VI secolo d.C. per identificare la regione.

Il Mugello, per la caratteristica del suo territorio che presenta molti rilievi, presenta una difficoltà di accesso ai servizi sanitari e sociali, con necessità di rispondere a esigenze diverse legate all'ambiente e all'ampia disseminazione di

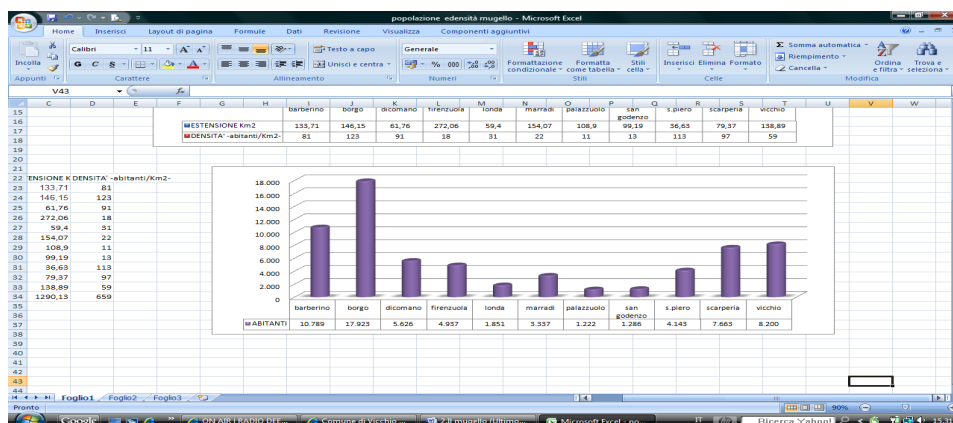
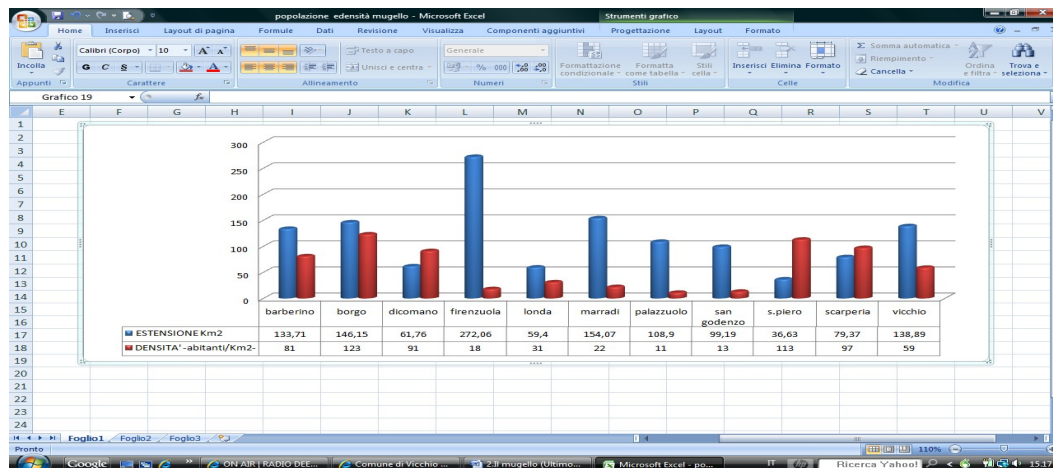
famiglie sul territorio. Le richieste di servizi risultano diverse da zone montuose con famiglie isolate rispetto a centri abitati con numerosi nuclei familiari.

I comuni che fanno parte dell'area socio-sanitaria del Mugello sono: Barberino di Mugello, Borgo San Lorenzo, Dicomano, Firenzuola, Londa, Marradi, Palazzuolo sul Senio, San Godenzo, San Piero a Sieve, Scarperia e Vicchio.



I principali servizi socio-sanitari sono concentrati soprattutto nel comune di Borgo San Lorenzo che ospita anche un piccolo Ospedale per rispondere alle necessità dell'ampia popolazione.

Estensione, densità e numero abitanti nel territorio del Mugello

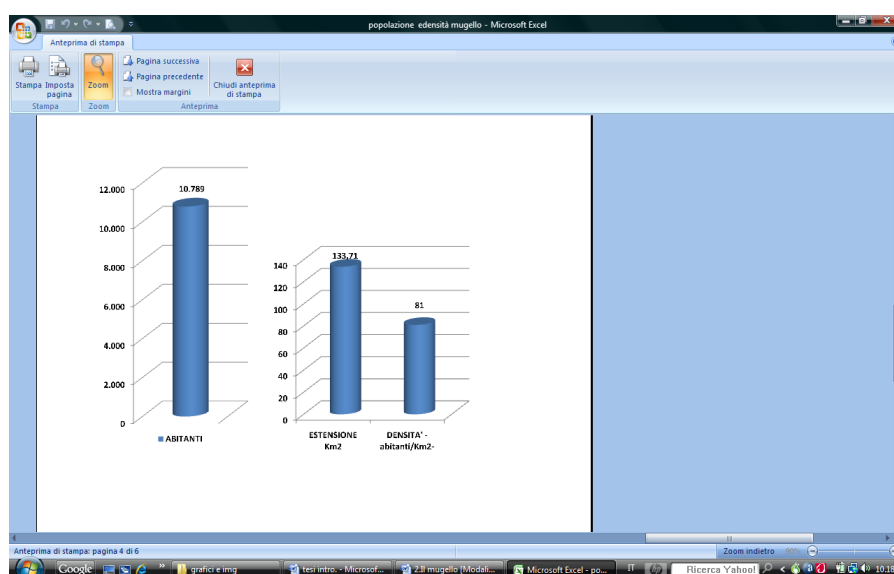


Fonte dati Istat aggiornati in data 01/01/2009

I.2 - Uno sguardo al Comune di Barberino di Mugello

Barberino di Mugello è uno dei più grandi comuni del Mugello con 10.789 abitanti¹, suddivisi anche nelle varie frazioni di Cavallina, Galliano, Latera, Santa Lucia, Le Maschere, Bilancino e Montecarelli.

Presso questo comune sono presenti vari servizi sanitari e sociali in risposta ai bisogni della popolazione e ad un bacino di utenza che si estende su 133,71 km².



La Casa Comunale si trova ad un altitudine di 203 metri sul livello del mare ma l'intero comune si estende tra un altitudine minima di 149 metri s.l.m., fino ad una massima di 1.137metri s.l.m. Questo dislivello del territorio può rendere complesso la soddisfazione dei bisogni della propria popolazione.

¹ Dati Istat facenti riferimento a 01/01/2009

CAPITOLO II

RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI DEL MUGELLO

II.1 - La suddivisione in presidi

Il Mugello presenta una conformità territoriale tale da richiedere la presenza di più strutture territoriali in grado di soddisfare i diversi bisogni della popolazione e di essere accessibile a gran parte di essi. Per questo motivo nascono i presidi distrettuali, che offrono assistenza e servizi, dislocati tra i comuni del Mugello. Ogni presidio distrettuale è presente nei comuni più ampi e fa da riferimento anche per le frazioni del Comune stesso quindi spesso si vede a ricoprire anche vaste aree.

II.2 - La Società della Salute

La Società della Salute è un consorzio nato nel Mugello nel 2004 in forma sperimentale, ed è costituito da:

-Comunità Montana Mugello

-Undici comuni della zona sociosanitaria Mugello e dell'Asl 10 di Firenze, che

sono: ~~Barberino di Mugello~~ , ~~Borgo San Lorenzo~~, ~~Dicomane~~, ~~Firenzuola~~,
~~Marradi~~, ~~Londa~~, ~~Palazzuolo sul Senio~~, ~~San Godenzo~~, ~~San Piero a Sieve~~,
~~Scarperia~~, Vicchio.

Il suo fine è quello di favorire la salute ed il benessere sociale tramite l'offerta di prestazioni, garantendone qualità e appropriatezza, secondo i bisogni espressi dalla popolazione, ricercando un'omogenea continuità assistenziale tra i servizi.

Lo strumento di programmazione è il Piano Integrato di Salute -PIS- deliberato ogni tre anni. Nel attuale PIS 2008-2010, la Società della Salute si impegna a:

- Favorire la domiciliarità dell'assistenza rivolta alle persone anziane, tramite il progetto “anziano in famiglia” e “Anziano Fragile”
- Abbattere le liste d'attesa per l'ingresso in RSA
- Promuovere l'integrazione sociale e lavorativa di persone con problematiche riguardanti la Salute mentale
- Migliorare la qualità della vita e lo stato di salute della popolazione del territorio del Mugello, tramite progetti che prevedono l'inserimento lavorativo e incentivi sulla sicurezza stradale
- Tutelare la centralità del cittadino nelle politiche e nei servizi attraverso il consolidamento del governo unitario del sistema, tramite la gestione del Punto Unico di Accesso
- Favorire la massima continuità assistenziale tra Società Della Salute, Ospedale e Cittadino, tramite il progetto di dimissioni ospedaliere programmate, percorsi integrati tra ospedale e territorio.

II.3 - Il Punto Unico di Accesso

Il Punto Unico di Accesso è un servizio che, nel Mugello, nasce nel 2005, ed è situato all'interno del Polivalente di Borgo San Lorenzo dove convogliano più professionisti. È stato tra i primi ad avere, fin dalla sua apertura, l'integrazione tra infermieri, assistenti sociali e medici di medicina generale e specialistica (importante è la figura del Geriatra).

Sorge per rispondere alla crescente incidenza dei problemi assistenziali della popolazione, in particolare della fascia anziana, e della conseguente necessità di porre un'ulteriore attenzione ai problemi di salute.

L'istituzione dei punti unici di accesso è in elaborazione in normativa ma tuttora in progettazione. Il Punto Unico di Accesso si introduce tra i servizi in seguito ad una proposta regionale, in risposta alla delibera della giunta regionale n.45 del 17/12/2007 che tratta la *“continuità assistenziale tra ospedale e territorio”*, e in base alla delibera n. 214 del 02/07/1991 che tratta la *“Valutazione della condizione di non autosufficienza dell'anziano”*.

Il Punto Unico di Accesso ha come scopo principale il poter fornire risposte tempestive ed efficaci ai bisogni dei cittadini, promuovendo una continuità assistenziale tramite l'integrazione dei servizi. L'obiettivo è di garantire nel modo più appropriato l'assistenza alla persona, assicurando la personalizzazione dell'intervento e la continuità del percorso assistenziale.

Il P.U.A. non si sovrappone ai servizi sociali e sanitari esistenti ma si configura come una cabina di regia. I vari punti di accesso periferico del P.U.A., i “Punti Insieme” (sportelli sociali dei Comuni, presidi distrettuali, Ospedale), si configurano come il luogo fisico dove l'utente o chi lo rappresenta può rivolgersi per segnalare il bisogno.

L'obiettivo generale del P.U.A. è quello di creare la possibilità concreta che la persona in condizioni di bisogno possa ottenere la risposta più adeguata senza doversi muovere direttamente nella rete dei servizi e chiedere ripetutamente

informazioni, in maniera che non sia più il cittadino che trova da solo la soluzione nella rete dei servizi, ma la rete dei servizi che si attiva in risposta ad un bisogno rilevato e decodificato.

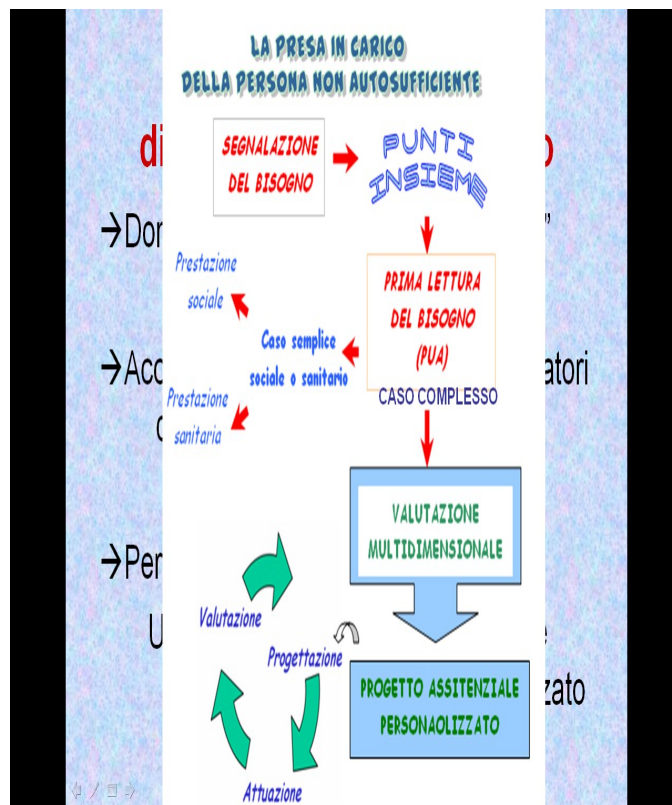
L'organizzazione del Punto Unico di Accesso verte ad orientare le modalità di approccio all'assistenza della persona affrontando aspetti cruciali, quali:

- l'accesso ai servizi,
- il momento valutativo multidimensionale del bisogno di assistenza e la definizione del piano personalizzato d'intervento,
- l'attivazione della risposta socio-sanitaria individuata tramite il piano personalizzato di intervento, e nell'urgenza l'attivazione immediata da parte del gruppo di valutazione (infermiere, assistente sociale, medico di medicina generale).
- la continuità del percorso assistenziale;

tutto questo cercando di assicurare un percorso di accesso unificato ai servizi, in particolar modo da evitare per l'utente difficoltà nella richiesta di assistenza.

Il P.U.A. analizza in particolar modo questioni inerenti “bisogni complessi”, derivanti da una condizione socio-sanitaria multiproblematica della persona, che richiede competenze professionali integrate, per i quali l'accoglienza della domanda deve essere assicurata dall'unità multiprofessionale che attua la valutazione multidimensionale della persona.

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il punto centrale di raccolta di tutte le segnalazioni di bisogno complesso e le richieste di intervento e di conseguenza rappresenta il punto di coordinamento della presa in carico.



Per bisogni complessi si intendono quei bisogni derivanti da una condizione di non autosufficienza della persona anziana o a rischio di perdita dell'autosufficienza, che richiedono competenze professionali integrate, per i quali l'accoglienza della domanda deve essere assicurata dall'unità multiprofessionale che attua la valutazione multidimensionale della persona. Casi complessi sociosanitari sono quelli in cui i bisogni espressi dalla persona presentano componenti sociali e componenti sanitarie e che richiedono per la loro valutazione l'elaborazione di un progetto personalizzato di elevata intensità assistenziale.

Invece il bisogno semplice riguarda problemi esclusivamente sociali o sanitari, risolvibili con il solo intervento di MMg, assistente sociale o infermiere.

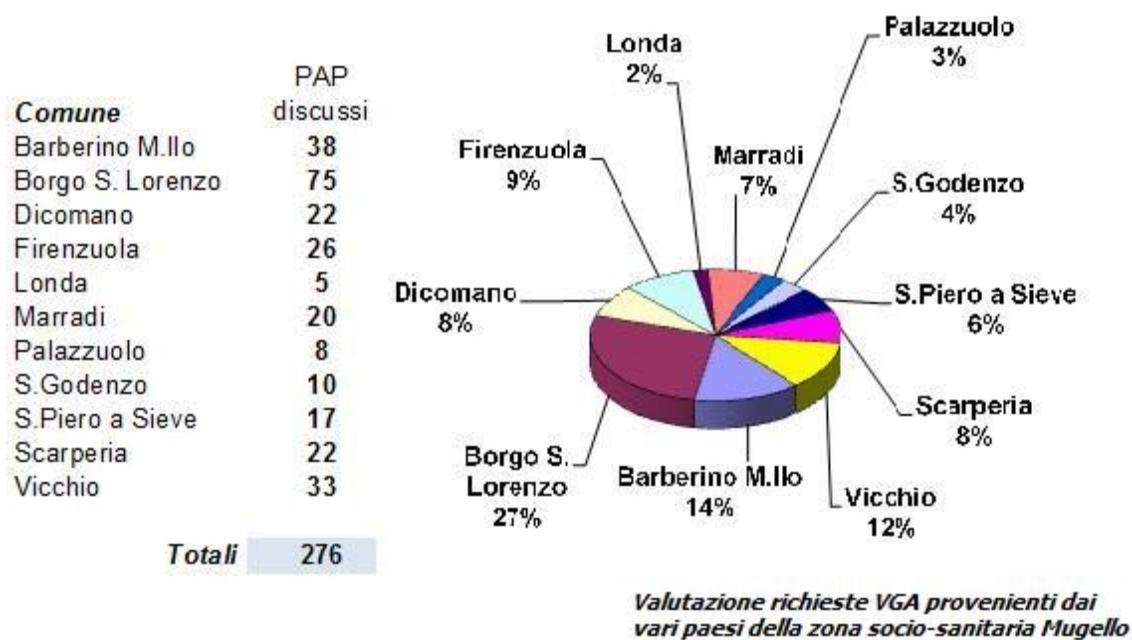
Il Punto Unico di Accesso svolge le seguenti funzioni:

- Ricevere ed accogliere tutte le segnalazioni di bisogni complessi, sia quelle che arrivano direttamente al Punto Unico di Accesso, sia quelle provenienti dai PUNTI INSIEME (*rappresentati dai presidi distrettuali infermieristici, dai servizi sociali e dall'ospedale*), orientandole poi verso il percorso assistenziale adeguato;
- Osservare e monitorizzare i bisogni e le risorse;
- Predispone report periodici sugli accessi;
- Supportare la procedura delle dimissioni protette accogliendo le segnalazioni ospedaliere, assicurando la continuità assistenziale;
- Convocare la seduta della UVM invitando le professionalità necessarie per la stipulazione di un progetto assistenziale e successiva attivazione.

GLI OPERATORI DEL PUA: Presso il Punto unico di Accesso, che è il punto di accoglienza di segnalazioni di bisogni socio-sanitario, è presente, come operatore individuato come più idoneo per l'accoglienza di queste segnalazioni, un infermiere. Questo operatore è supportato dalla presenza di un assistente sociale all'interno della struttura, con il quale forma una piccola equipe in grado di effettuare un prima lettura del bisogno, indirizzando la domanda nella direzione più opportuna, verso un servizio sanitario o sociale (per soddisfare bisogni semplici tramite prestazioni direttamente attivabili), oppure provvedono all'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale in caso di presentazione di un bisogno complesso, non immediatamente risolvibile, che necessita di un piano di assistenza integrato.

L'UTENZA: Dalla nascita del PUA è stata identificata un'affluenza al servizio che riguarda per l'85% segnalazioni di utenti anziani, con età superiore ai 65 anni.

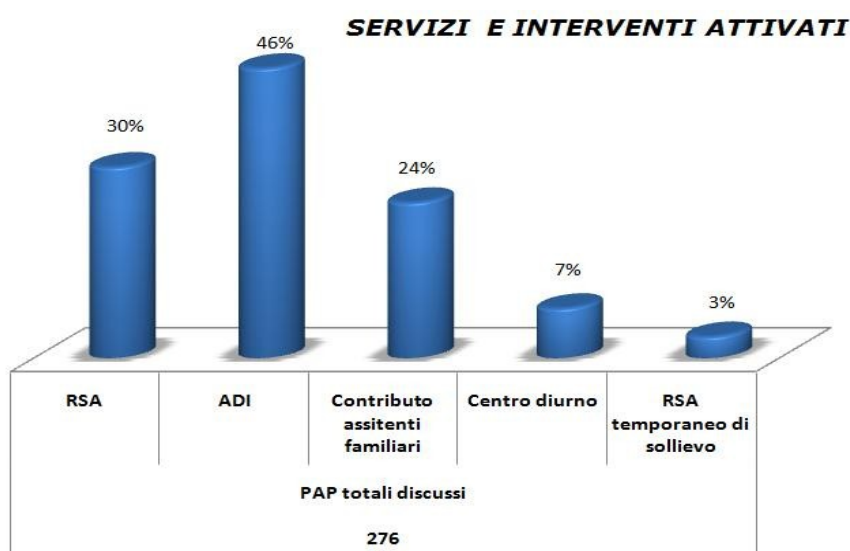
Le richieste di effettuazione di valutazione della non autosufficienza provengono da tutti i paesi del Mugello.



Come possiamo vedere dal grafico sovrastante, i Comuni da cui arriva un maggior numero di richieste valutative sono in definitiva i paesi più popolati come Borgo San Lorenzo con 75 Piani Assistenziali discussi nell'arco di 9 mesi, segue Barberino del Mugello con 38 e Vicchio con 33 PAP, su un totale di 276 casi presi in carico con formulazione di un Piano Assistenziale Personalizzato e attivazione di vari servizi.²

² I dati riportati fanno riferimento al seguente periodo: 23.Dicembre.2008 – 23.Settembre.2009

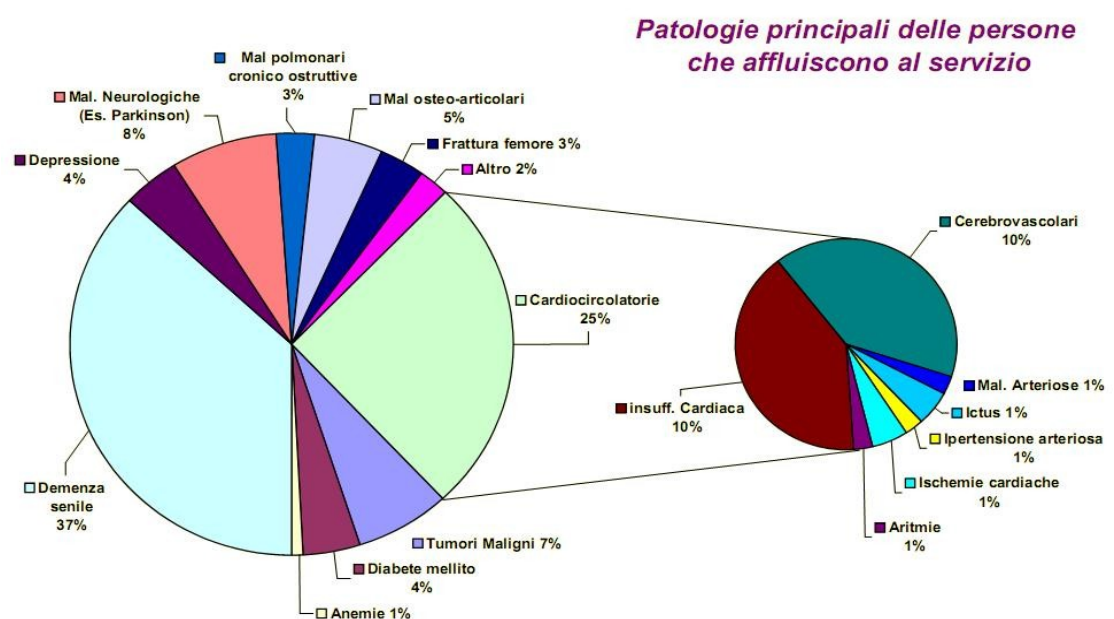
I servizi di supporto maggiormente richiesti ed attivati presso il PUA tramite la valutazione multidisciplinare con la stipulazione del PAI sono in particolare l'assistenza domiciliare integrata e in gran parte anche il contributo per assistenti familiari privati certificati e l'inserimento in RSA, oltre a ricoveri temporanei di sollievo in RSA e inserimenti presso i centri diurni presenti nel Mugello.³



Tramite l'utilizzo di un programma di raccolta dati informatizzato, in uso presso il punto unico di accesso da Febbraio 2008, è stato possibile individuare le principali problematiche sanitarie degli utenti presentanti la segnalazione di bisogno socio sanitario.

³ I dati riportati fanno riferimento al seguente periodo: 23.Dicembre.2008 – 23.Settembre.2009

Il grafico sottostante è basato su un campione di circa 160 casi, in cui è evidenziata un'alta percentuale di richiesta di supporto per persone presentanti demenza senile (37% degli accessi), un'altra grande percentuale è rappresentata da persone con patologie cardiocircolatorie (25%), in particolare con problematiche cerebrovascolari e con insufficienza cardiaca.



4

La valutazione della condizione di non autosufficienza, secondo il DRG 214/91 avviene tramite la valutazione multidimensionale dello stato psico-fisico e sociale della persona, tramite l'utilizzo di scale di valutazione.

Sono state individuate alcune scale valutative di accertamento per la valutazione progettuale multidimensionale:

- Settore clinico-funzionale:

4 I seguenti dati fanno riferimento al primo semestre del 2008

BADL→ (Basic Activities of Daily *Living*)

IADL→ (Instrumental Activities of Daily Living), ha lo scopo di valutare le capacità funzionali a differenti livelli di competenza, autonomia fisica e strumentale dell'attività di vita; si considerano autonomi i soggetti che riportano un punteggio di 5.

Scheda Clinica→ fornita dal Medico di Medicina generale

Scheda Infermieristica

- Settore cognitivo-comportamentale:

PFEIFFER→ che valuta la presenza e l'intensità di disordini intellettivi di origine organica in persone anziane; si avvale di 10 domande delle quali devono essere registrati gli errori.

Disturbi del comportamento

Disturbi dell'umore

- Settore Socio-Ambientale:

Schede Sociali→ la *situazione economica* e la *situazione familiare e di integrazione sociale*, fornite dall'assistente sociale del distretto di residenza del soggetto, individuando se le situazioni familiare e sociale sono idonee, parzialmente idonee o non idonee per mantenere la persona in stato di non autosufficienza presso il proprio domicilio.

CBI→ (Caregiver Burden Inventory) per individuare gli effetti del carico assistenziale dell'assistito sul caregiver familiare.

La CBI e la BADL sono state introdotte tramite il decreto della giunta regionale n°2197/2008: *Progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente*:

approvazione procedure valutative e progettuali multidimensionale” per una valutazione dell'autosufficienza più completa.

La valutazione complessiva dei dati raccolti con le schede di valutazione è effettuata tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare, cioè quella equipe che si occupa dell'analisi multiprofessionale del bisogno espresso dalla persona e che ha presentato richiesta al PUA o ai PUNTI INSIEME; si compone di:

- Infermiere del territorio di riferimento,
- Medico di Medicina Generale che ha già in carico la persona,
- Geriatra,
- Assistente Sociale del territorio di riferimento,
- Operatore del PUA
- Può comprendere altre figure professionali, richieste o individuate come necessarie nell'analisi del caso e nell'attivazione di interventi adeguati, ad esempio: terapeuta della riabilitazione, specialista, ecc.

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare assicura:

- 1- La valutazione multidimensionale dello stato di salute e delle condizioni di bisogno della persona, integrando i risultati delle singole scale già somministrate dai diversi professionisti; riesce ad effettuare un'analisi globale del caso, valutando lo stato funzionale e organico, le condizioni cognitive-comportamentali, la situazione socio-ambientale e la situazione socio-familiare.
- 2- La definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), tenendo conto della natura e complessità del bisogno rilevato, dell'intensità e

durata dell'intervento assistenziale necessario, e del complesso delle risorse territoriali sia finanziarie che professionali a disposizione;

- 3- L'attivazione delle risorse professionali e finanziarie (effettuando un governo dell'offerta dei servizi);
- 4- Monitoraggio e valutazione dei risultati dell'intervento, aggiornando la valutazione del piano assistenziale, valutando l'appropriatezza in coerenza con i mutamenti delle condizioni sanitarie e sociali della persona e del contesto familiare di riferimento. L'aggiornamento deve avvenire non solo nei tempi stabiliti ma ogni qual volta insorga un nuovo bisogno da affrontare;
- 6- La nomina del responsabile della presa in carico (case manager) che seguirà l'attuazione del progetto personalizzato in ogni fase, divenendo il referente dell'assistito e/o dei suoi familiari.
- 7- La trasmissione del PAP all'interessato attraverso il case manager per la condivisione con l'assistito o con i suoi familiari.

Il Progetto Assistenziale Personalizzato, condiviso da tutti i componenti dell'UVM, dovrà essere comunicato formalmente all'interessato o a chi lo rappresenta e lo assiste (care giver), e con esso approvato e firmato.

La tipologia di interventi attivabili in risposta ai vari bisogni tramite l'unità di valutazione multidisciplinare, in base alle risorse fornite dalle ASL. Gli interventi a disposizione mirano a mantenere la persona non autosufficiente al proprio domicilio, quando possibile.

Questi interventi riguardano:

-Assistenza Domiciliare Integrata: è l'intervento d'elezione per consentire la permanenza al proprio domicilio, favorendo il mantenimento dell'abituale e familiare qualità della vita della persona in condizione di non autosufficienza.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è una forma di assistenza globale rivolta a soddisfare le esigenze di persone, spesso anziani, che possono manifestare caratteri di non autosufficienza di tipo parziale o totale, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che richiedono interventi sanitari (quali attività riabilitative, assistenza infermieristica – educazione sanitaria, monitoraggio, medicazioni, gestione catetere vescicale, etc) e sociali (igiene ambientale, preparazione e somministrazione dei pasti, abbattimento barriere architettoniche, ecc.).

Si accede all'ADI attraverso una segnalazione del bisogno assistenziale al PUA che può essere effettuato da parte: dell'utente stesso, di un suo familiare, dall'infermiere del Punto Insieme, dell'assistente sociale, del Medico di Medicina Generale o del reparto ospedaliero in caso di dimissione del paziente bisognoso di continuità assistenziale.

-Inserimento in centro diurno: il centro diurno offre un servizio semiresidenziale per rispondere ai bisogni assistenziali, rivolto a persone per cui è possibile definire ed attivare un programma di cura con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell'assistito e dei suoi familiari.

-Fornire contributo per assistenti familiari privati certificati: tramite il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza sono previsti non solo interventi che

prevedono l'erogazione di prestazioni sociosanitarie e assistenziali a domicilio, ma anche sostegno economico a rimborso di spese di assistenza svolte mediante assistenti familiari (Badanti) regolarmente assunte. Questo contributo viene erogato in base al reddito della persona richiedente e rapportato al contratto lavorativo stipulato.

- Inserimento in degenza breve presso letto sanitario: il Piano Regionale Sanitario individua l'esigenza di sviluppare la disponibilità di posti dedicati a ricoveri temporanei e per le funzioni di "sollievo", in un sistema di interscambio tra servizi domiciliari e residenziali. Chi volesse usufruire di una degenza breve per problematiche sanitarie sono disponibili n°3 "letti Sanitari" presso una RSA di Marrani e n°2 "letti sanitari" presso una RSA di Firenzuola.

- Accesso in RSA: attualmente tramite il PIS 2008-2010 si è puntato all'abbattimento delle liste di attesa per l'ingresso in RSA. Questo è reso possibile evitando gli inserimenti nella lista di attesa effettuati in modo preventivo e non per necessità, proponendo l'inserimento in RSA per un mese per il sollievo della famiglia, e fornendo aiuto alla famiglia nell'assistenza domiciliare.

Il Punto unico di accesso può anche fungere da tramite tra ospedale e territorio, tramite il percorso integrato di dimissioni ospedaliere programmate, dove tramite una segnalazione proveniente dall'ospedale di un bisogno complesso di una persona ricoverata, viene richiesta una valutazione socio-assistenziale e familiare oppure la richiesta di un inserimento in struttura di degenza breve o lungo

degenza per riabilitazione. Successivamente a questa richiesta vengono fatte le valutazioni e attivati i vari servizi e forniti i vari ausili necessari per rendere possibile la dimissione della persona dall'ospedale e un ottimale ritorno a domicilio con supporto socio-sanitario per i bisogni della persona e sostegno della famiglia. La dimissione programmata permette un ottimale gestione del bisogno complesso, non creando disagi alla famiglia che altrimenti dovrebbe dislocarsi nella rete dei servizi per attivare personalmente questi servizi.

ITER DELLA DOMANDA:

→1. La domanda del cittadino: La segnalazione/richiesta di assistenza può essere presentata ai “Punti insieme” da qualsiasi familiare dell'interessato o altra persona che ne fa le veci.

Gli operatori del punto insieme, nel caso in cui riscontrino l'esistenza di un bisogno complesso, effettuano una prima valutazione del bisogno, valutandone l'eventuale urgenza; informano il cittadino sui servizi e sulle relative risorse territoriali accessibili ed invitano il cittadino a recarsi presso il Medico di Medicina Generale per la compilazione della documentazione clinica; effettuano poi la segnalazione della prima valutazione effettuata al PUA.

La documentazione riguardante questa prima fase riguarda: scheda segnalazione domanda, scheda clinica compilata dal medico curante.

Da qui parte la presa in carico da parte del PUA, dal quale viene accompagnata la persona nell'iter valutativo e mantiene un monitoraggio del caso nel tempo, tenendo in considerazione miglioramenti od aggravamenti che comportano un

nuovo adattamento organizzativo degli interventi e dei servizi disponibili per la persona interessata.

→ 2. Istruttoria della domanda –Accettazione e Valutazione–: Uno degli operatori presso il PUA protocolla le domande arrivate via fax dai Punti Insieme utilizzando il protocollo informatico dell'azienda sanitaria.

Il gruppo di valutazione esamina le segnalazioni provenienti dal MMG e/o dagli operatori dei Punti Insieme per valutarne l'urgenza. Nel caso di segnalazioni urgenti il dirigente sanitario del gruppo di progetto può mettersi in contatto con il MMG allo scopo di concordare l'opportunità di attivare il percorso valutativo. Contemporaneamente il gruppo di progetto si attiverà sulle azioni da effettuare per rispondere ai bisogni urgenti.

La modulistica relativa a questa fase riguarda le schede relative alla valutazione del bisogno complesso.

→ 3. Percorso decisionale dell'Unità di Valutazione Multidimensionale: L'UVM redige il “piano assistenziale personalizzato” (PAP).

La fotocopia della scheda progetto completa delle firme verrà consegnata al referente familiare al termine della UVM, insieme a:

- Regolamento per le badanti in caso di relativa attivazione,
- Diario assistenziale,
- Recapito del professionista Case Manager del caso a cui fare riferimento

In casi eccezionali definiti dall'UVM, (per esempio, familiari che comunicano una impossibilità a partecipare alla seduta UVM ma che comunque condividono verbalmente la soluzione proposta dall'UVM stesso), il PAP potrà essere inviato

per posta con raccomandata A.R. L'atto si intende accettato dall'utente salvo che non risponda entro 10 giorni dalla raccomandata stessa.

Nomina anche il responsabile del caso (denominato "*case manager*") e il responsabile familiare ("*care giver*");

Il responsabile del caso ("*case manager*") svolge i seguenti compiti:

- Segue le diverse fasi attuative del PAP, ne cura l'efficacia ed è garante della continuità dei rapporti con la persona e con la famiglia che svolge un ruolo di cura, coincide con un professionista individuato contestualmente alla predisposizione del progetto personalizzato, può essere, quindi, una figura sanitaria o sociale, individuata in base ai bisogni prevalenti del soggetto;
- Rappresenta il professionista di riferimento per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'equipe assistenziale; è una figura di raccordo all'interno dell'equipe assistenziale che deve garantire l'integrazione ed assicurare che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata senza sovrapposizione, intralci e/o vuoti di assistenza utilizzando come strumento il diario assistenziale (lasciato presso il domicilio della persona e su cui devono essere riportati tutti gli interventi effettuati da ogni professionista che si reca presso l'utente, annotando il proprio operato); in caso contrario informa il responsabile dell'UVM e chiede una verifica anticipata del PAP.

Il referente familiare ("*care giver*") svolge i seguenti compiti:

-è colui che si prende cura, in corso di assistenza domiciliare integrata, per più tempo dell'assistito, stando più frequentemente in contatto con lui ed è individuato dall'utente e dalla famiglia come riferimento per l'organizzazione dell'assistenza. E' importante che l'UVM individui precocemente la persona che svolge questo ruolo e ne valuti capacità, competenze ed esigenze di supporto in quanto costituisce risorsa operativa preziosa contribuendo alla realizzazione del PAP. E' un ruolo centrale ed in genere è assunto da un familiare o comunque un convivente con l'assistito stesso.

Al termine della UVM dovranno essere trasmesse agli uffici competenti le schede amministrative relative al monitoraggio della spesa per l'avvio dei progetti concordati.

La modulistica relativa a questa terza fase riguarda appunto il PAP, il Diario Assistenziale e il verbale UVM in caso di mancato accordo con la famiglia.

Il PAP stipulato in sede di UVM è come un contratto fatto tra la rete dei servizi e la persona referente presente all'incontro, con il quale i professionisti si impegnano ad attivare i servizi di supporto alla persona nel più breve tempo possibile e di fornire interventi e servizi ottimali; la persona e la famiglia possono accettare o rifiutare il supporto che viene loro fornito. In questo momento si ha uno scambio di informazioni riguardante il piano assistenziale personalizzato con particolare presentazione dei servizi e interventi assistenziali proposti per il supporto alla persona e alla sua famiglia per mantenere la persona che presenta dei

bisogni al proprio domicilio, cercando di mantenere una buona qualità della vita percepita dalla persona e dai suoi familiari.

Di seguito è riportato un esempio di PAP:

PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO

T₀ Data seduta UVM...24/06/2009.....

T₁ Data seduta UVM.....

DEFINIZIONE sintetica del PROBLEMA (GLOBALE - SOCIO SANITARIO): *Anziano con recente ICTUS cerebrale, presenta emiplegia destra con afasia. È evidenziato un alto carico assistenziale*

Responsabile del caso (case manager): Infermiere

Referente familiare (care giver): Figlia

OBIETTIVI, INDIVIDUAZIONE E MISURAZIONE DEI RISULTATI

Obiettivi / Risultati attesi	Fattori osservabili	Valore misurato T ₀	Valore misurato T ₁
(Miglioramento) BADL Stato dell'umore	→ BADL 28→23 → Punti 12→9	28 punti 12 punti	
(Mantenimento) Integrità cutanea – BRADEN	Cute integra senza arrossamenti o lesioni BRADEN 9→ 13	9 punti	

<p>DEFINIZIONE sintetica del PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO T₀: Data l'individuazione di un alto carico assistenziale, si propone l'attivazione di assistenza domiciliare per il supporto nell'assistenza di base, assistenza infermieristica e visite domiciliari programmate da parte di MMG.</p>

<p>DATA VERIFICA T₁ PROGRAMMATA: 24/09/2008</p>

PRESTAZIONI DOMICILIARI

Assistenza servizio pubblico	Prestazione	Accessi
Operatore socio sanitario per igiene e posizionamento	Settimanale	4h su 6 giorni

Infermieri per educazione e monitoraggio	Giornaliera	Più volte al giorno se necessaria
Assistenza domiciliare programmata del MMG	Mensile	2 accessi
Fisioterapista	Settimanale	2 accessi

Firma dell'interessato e/o del familiare per condivisione del progetto

II.4 – I Punti insieme

I punti insieme sono sportelli per informare, accogliere, accompagnare i cittadini che richiedono servizi socio sanitari e socio assistenziali (es. medicazioni domiciliari, protesi o ausili, semplice collaborazione domestica, ingresso in RSA ecc.). In particolare sono i punti di accesso per **la presa in carico della persona non autosufficiente**.

All'interno dei Punti Insieme opera personale appositamente preparato capace di garantire l'avvio della raccolta di tutte le informazioni utili ad orientare la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno.

I punti insieme individuati all'interno del territorio del Mugello sono i presidi distrettuali socio sanitari con la presenza al suo interno di servizi infermieristici e sociali, e l'ospedale, un grande punto insieme.

Vengono articolati sempre di più i servizi a livello territoriale, operando per raggiungere preferibilmente le persone nelle loro case e sostenerle prima nella loro autonomia poi nelle condizioni di maggiore difficoltà. Solo così sarà possibile assicurare agli anziani e alle famiglie risposte rapide e certe, secondo livelli essenziali di assistenza.

Si parla di “punto insieme” in quanto è costituito da un luogo dove sanitario e sociale sono finalmente insieme per rispondere al bisogno delle persone anziane ed è un segno di continuità di assistenza e di integrazione degli operatori sociali e sanitari. Un familiare, una persona che si prende cura, un conoscente, una associazione di volontariato, il medico di medicina generale, un operatore del territorio, possono segnalare al punto insieme una situazione di bisogno di un anziano.

Se il bisogno è semplice, cioè o sanitario o sociale, viene attivata direttamente la prestazione. Se, invece, il bisogno è più complesso, cioè sia sociale che sanitario, il Punto Insieme contatta il punto unico di accesso (Pua), che si raccorda con i punti insieme di tutto il Mugello.

CAPITOLO III

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

*L'esistenza di un individuo
ha senso soltanto finché il suo obiettivo
è di rendere la vita di ogni essere vivente
più nobile e più bella*

-Albert Einstein-

III.1 - Definizione

L'assistenza domiciliare è definita come un servizio di sostegno finalizzato a fornire assistenza a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti affetti da patologie croniche o post acute, trattabili a domicilio e inserite in un contesto familiare o sociale capace di collaborare e di integrarsi con il servizio stesso.

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'assistenza domiciliare come *“la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”*.

Possiamo affermare che l'assistenza domiciliare, oltre ad offrire un'ottima alternativa a una lungodegenza ospedaliera, permette alla persona e alla famiglia che la circonda e supporta di partecipare in maniera attiva al raggiungimento degli obiettivi pianificati con i professionisti durante il percorso assistenziale, offrendo agli operatori una buona opportunità di sviluppo professionale.

La parola cura, anche nel senso comune del termine, è legata all'arte di guidare il più possibile una persona verso la guarigione, tramite diversi rimedi terapeutici. Prendersi cura, assistere, è invece un verbo che richiama alla mente una madre che

coccola il proprio bambino; assistere può quindi essere definito come assicurare il sollievo a una persona sofferente tramite un aiuto fisico e psichico.

L'assistenza tende ad aiutare il malato a trovare nel tempo il miglior adattamento possibile alle mutate condizioni dell'individuo.

Sempre più persone si rendono conto che la salute non è un bene diffuso ed eterno e che le migliorate condizioni di vita (alimentari, abitative, lavorative e così via) e la scoperta di cure mediche efficaci nei confronti di numerose patologie acute (come malattie infettive, traumi o patologie chirurgiche) hanno comportato sia l'allungamento dell'età sia la prevalenza di malattie ad andamento cronico, situazioni che, entrambe, influenzano la vita delle persone, talora pesantemente.

A fronte di maggiori prospettive di benessere, c'è stato un proporzionale aumento dei livelli di dipendenza di una parte sempre maggiore di popolazione; pertanto, oggi è necessario spostare l'attenzione dai concetti di guarigione e ripristino dell'efficienza fisica e mentale (spesso irraggiungibile) al concetto di mantenimento di un maggiore livello di autosufficienza e di qualità della vita. Per questo è importante promuovere l'infermiere di comunità che si prenda cura, nella sua globalità, della famiglia, vista come soggetto fondante in una alleanza. L'Infermiere dell'assistenza domiciliare è sempre più visto come infermiere di famiglia, inteso come professionista preparato nelle cure primarie di comunità, che lavora in collaborazione con le persone, le famiglie e altri operatori, attivandosi in un contesto di cure olistiche, non solo intese come unione di corpo e mente, ma integrazione della persona che presenta un bisogno unito al proprio contesto familiare e nel proprio contesto di vita, vedendo la persona a 360°.

III.2 – Origine e storia

Il prendersi cura degli altri è una pulsione innata dell'uomo: è evidente nella cura materna, nell'assistenza ai genitori anziani, nel sostegno tra fratelli quando qualcuno è in difficoltà e in moltissime altre situazioni.

Quando si guarda al passato si scopre una società diversa da quella attuale, riguardo all'assistenza ai bisognosi. Forse ieri i malati erano emarginati quanto oggi, allora perché erano peccatori (ad esempio, i lebbrosi), indemoniati (gli epilettici) e altro, ora perché hanno comportamenti riprovevoli (i malati di AIDS o quelli psichiatrici) o appaiono inutili alla società (gli anziani e i diversamente abili); l'allontanamento del malato potrebbe essere una pulsione innata dell'uomo per esorcizzare la paura della malattia, della vecchiaia e della morte.

I familiari, però, erano meno isolati di oggi e la solidarietà era più presente: non quella istituzionalizzata della sanità pubblica e privata o delle associazioni di volontariato, ma quella diffusa di familiari e conoscenti che ospitavano i propri congiunti malati, dei vicini che domandavano se potevano essere utili, del quartiere dove tutti si conoscevano e chiedevano notizia, della comunità parrocchiale che pensava ai “fratelli” più bisognosi. Adesso con la presenza di centri abitati molto vasti si è perso un po' questo modo di essere, mentre è ancora conservato nei piccoli quartieri isolati.

Nell'antichità era presente l'associazione di Buon Vicinato che nacque come codice o sistema di supporto non scritto e non istituzionalizzato o gestito da servizi pubblici. Il Buon Vicinato era intrinseco delle persone, e derivava dal buon senso e dalla solidarietà soprattutto di anziani, che in momenti di difficoltà si

supportano e aiutano. Il buon vicinato consisteva in un gruppo di persone, per lo più anziani autosufficienti, amiche o conoscenti che nel momento in cui, una di esse, era in difficoltà o per malattia o per altri motivi, si organizzavano per poter fornire il supporto all'anziano non più autosufficiente, bisognoso di cure ed assistenza. L'anziano autonomo aiuta colui che necessita di sostegno nel disbrigo di commissioni, nell'acquisto di generi di prima necessità (esempio: latte, pane, ecc), della pulizia igienica della casa, nell'igiene personale, ecc.. Attualmente questa cultura del buon vicinato sta andando perdendosi.

Nel tempo, molte famiglie si sono ritrovate impreparate ad affrontare un malato in casa perché la prevalenza di nuclei composti da poche persone ha interrotto la trasmissione di conoscenze assistenziali tramandate tra le generazioni (da come comportarsi nelle più comuni malattie dell'infanzia fino all'accudire il genitore anziano).

Solo nella metà dell'800 in paesi come Francia e Belgio accanto alle strutture ospedaliere, appaiono piccole strutture a carattere domiciliare dove le prestazioni erano fornite, sotto responsabilità del medico, da persone volontarie dopo un periodo di tirocinio pratico di un anno. Il primo esempio di assistenza domiciliare vera e propria lo si deve a William Rathbone che nel 1859 iniziò a lavorare per organizzare l'assistenza infermieristica a domicilio nella città di Liverpool e nel 1862 finanziò e aprì una scuola con l'intento di formare personale specializzato in grado di assistere a domicilio i poveri della città. Ultimamente, nei paesi anglosassoni e anche in Italia si è sviluppata l'assistenza domiciliare insieme allo sviluppo della Sanità e delle attività sanitarie correlate. Infatti nel 1978 con la

nascita del S.S.N. si vede anche la nascita del Distretto Sanitario di Base che ha il compito di erogare i servizi di primo livello, favorendo un collegamento tra le attività sanitarie e sociali.

L'assistenza domiciliare è un settore dell'assistenza in rapida espansione nel mondo dovuta anche all'esplosione del numero degli anziani che sempre maggiormente necessita di una rete di servizi a sviluppo territoriale.

III.3 – Riferimenti Legislativi

Le normative che regolano e descrivono gli obiettivi e l'organizzazione dell'attività infermieristica domiciliare si disloca tra leggi nazionali e regionali.

A livello statale troviamo in primis la legge 833/1978, legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che prevede la possibilità di articolare l'unità sanitaria locale in distretti, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue: il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese. La costituzione dei distretti è affidata ai Comuni.

Nello stesso anno fu sancita la Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, in cui si prospetta di affrontare i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione; l'assistenza primaria deve comprendere l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli.

Troviamo anche il Decreto Legislativo 502/1992, modificato con il D.Lgs 517/93, che disciplina l'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali; il distretto si

configura come articolazione organizzativa dell'azienda unità sanitaria locale, insieme ai presidi ospedalieri e al nascente dipartimento di prevenzione. Il distretto dovrà essere un centro di governo e non solo di erogazione di servizi, portando i servizi vicino ai luoghi di vita delle persone, e dare risposta ad un bisogno di integrazione sociosanitaria. Ad ulteriore modifica troviamo la legge 419/98 che ribadisce l'integrazione tra sociale e sanitario a livello distrettuale, cercando anche di mantenere un costante rapporto con i medici di famiglia, al fine di garantire un'offerta di prestazioni a misura del cittadino, ed anche per consentire una sensibile riduzione della domanda di istituzionalizzazione o ospedalizzazione.

La Legge Quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, mette in rilievo la coincidenza tra l'ambito territoriale del distretto e quella della zona sociale, e quindi la costruzione di programmi integrati di tutela della salute e di assistenza alla persona a fronte dei bisogni complessi.

Il PSN 2008-2010 reputa fondamentale l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata in tutto il territorio nazionale, per assicurare alla persona fragile e non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio con l'applicazione di un progetto di cure e assistenza multiprofessionale.

A livello della regione Toscana si presenta, tramite il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, l'organizzazione delle unità operative extra-ospedaliere in zona-distretto a cui fa riferimento una specifica popolazione, con l'attivazione di una struttura organizzativa multi professionale a livello di ciascuna zona-distretto.

La regione Toscana nel “*progetto-obiettivo tutela della salute degli anziani*”, approvato con la Delibera 168/92 definisce come obiettivi prioritari il mantenere l’anziano nel proprio ambiente, salvaguardando anche la famiglia; attivazione dei servizi distrettuali per ridurre il ricovero ospedaliero di persone anziane; avviare, attraverso programmi territoriali articolati, azioni per facilitare il rientro degli anziani istituzionalizzati nell’ambiente di provenienza. Per il raggiungimento di tali obiettivi, la Regione Toscana individua il Servizio d’Assistenza Domiciliare come servizio integrato tra intervento sociale e sanitario, assicurato a livello distrettuale mediante articolazioni di rete di servizi.

Un'altra norma di riferimento è la L.R. 72/1997 riguardante “*Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e sociosanitari integrati*” che prevede lo sviluppo dell’assistenza domiciliare tramite valutazione da parte dell’ Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) per definire un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), a favore di interventi per la prevenzione della non autosufficienza, mantenendo l’anziano nella propria famiglia e assicurando il rispetto dei diritti della persona.

Inoltre troviamo il DRG 402/2004 per la “*riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti e rideterminazione della quota capitarla sanitaria nelle RSA*”, riorganizza l’accesso ai servizi, l’attivazione immediata della risposta socio-sanitaria, favorendo la continuità del percorso d’intervento; un percorso di accesso unificato ai servizi in

modo da evitare per l'utente, o chi lo rappresenta, difficoltà nella richiesta d'assistenza.

La Legge Regionale 40/2005 a “*disciplina del servizio sanitario regionale*”, con successiva modifica con la L.R. 39/2008, prevede un'integrazione con la Società della Salute da parte della zona-distretto, indicando che i direttori generali delle AUSL devono delegare ai direttori delle neo-istituite società della salute le funzioni di responsabile di zona. Prevede l'unificazione del piano sanitario regionale (PSR) e del piano integrato sociale regionale (PIRS) a favore della creazione di una programmazione socio-sanitaria. Si esplica che i principi costitutivi del servizio sanitario regionale si basano sulla centralità e partecipazione del cittadino, universalità e parità di accesso ai servizi. Definisce che lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di zona distretto deve essere il piano integrato di salute (PIS).

III.4 – Assistenza infermieristica nel Mugello

L'assistenza infermieristica nel Mugello nasce negli anni '70 come assistenza domiciliare non convenzionata con l'USL ma tramite il consorzio socio sanitario n°38, comunale, che comprendeva i paesi di alto e basso Mugello. Questi consorzi comprendevano sia personale dipendente che personale convenzionato ad esempio fisioterapisti. Nei primi anni '80 questi consorzi vengono assorbiti dalla USL 11, poi confluita in ASL 10.

L'assistenza infermieristica domiciliare nel Mugello si sviluppa soprattutto dopo la Delibera 1437/1999 che ha come oggetto lo "sviluppo dei servizi territoriali" e ha come obiettivo il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e delle cure palliative. Questo prevede l'aumento della fascia oraria, con l'estensione del servizio al pomeriggio e festivi; aumento degli assistiti presi in carico; estensione dell'assistenza alla persona in fase terminale o in cure palliative; predisposizione di corsi di formazione inerenti la riorganizzazione del processo di integrazione dell'assistenza; predisposizione di protocolli operativi per garantire una maggiore integrazione dei servizi tra ospedale e territorio. L'obiettivo principale consiste nel migliorare la continuità delle cure assistenziali estendendo in tutta la zona l'orario di copertura del servizio, migliorare la qualità e la tipologia delle prestazioni in maniera da contenere le richieste di ospedalizzazione e favorire dimissioni precoci o protette. È previsto un nuovo modello organizzativo che prevede per ogni assistito un responsabile del caso, scelto tra gli operatori del servizio maggiormente impegnato nell'assistenza, che deve costituire un riferimento per la persona e la famiglia. Il responsabile del caso ha il compito di predisporre e aggiornare la cartella infermieristica, monitorarne l'andamento, pianificare e coordinare le prestazioni di tutti gli operatori, mantenersi in rapporto con il medico di medicina generale. Nella suddetta delibera rimane comunque prioritaria la necessità di gestire il personale infermieristico come team unico operante su tutta la zona per una ottimizzazione del servizio di assistenza.

Attualmente in Mugello è presente un distretto costituito da presidi distrettuali del distretto zona Mugello che sono attualmente 9 (Barberino di Mugello, Borgo San

Lorenzo, Scarperia, Dicomano, Firenzuola, Marradi, Palazzuolo, San Piero a Sieve, Vicchio), distribuiti nei vari Comuni, con una popolazione di riferimento di circa 67.000 abitanti. Successivamente alla delibera del 1999, si ha lo sviluppo dell'assistenza domiciliare in modo da permettere la copertura assistenziale delle 12 ore diurne, 7 giorni su 7. L'attività dell'assistenza infermieristica domiciliare è incentrata soprattutto nella mattina, mentre nel pomeriggio non essendo attivi tutti i presidi, gli infermieri della mattina si adoperano per garantire comunque l'assistenza pomeridiana come nei giorni festivi, mettendosi in contatto con i presidi attivi a turnazione nel pomeriggio, solitamente ne rimangono attivi due che gestiscono tutta la zona Mugello nell'arco del pomeriggio.

III.5 – Modello concettuale di D.Orem

La disciplina infermieristica è fondata su modelli teorici di riferimento che presentano concetti e relazioni riguardanti la professione. Tra i vari modelli emerge Dorothea Orem, teorica americana, che sviluppò i suoi concetti di nursing intorno agli anni 50.

Il modello teorico di D.Orem può essere preso come riferimento nell'assistenza domiciliare in quanto le poche risorse a disposizione richiedono uno sviluppo massimo della capacità di autoassistenza da parte del paziente e da chi gli è vicino.

Il modello Concettuale di D.Orem, prende in considerazione l'individuo nella sua globalità, tenendo conto delle sue capacità di autocura, sia in condizioni di salute

che in momenti particolari della vita cui necessita di cure specifiche anche ad opera di altri.

La domanda di assistenza nasce dallo squilibrio fra il bisogno di cure e la capacità dell'individuo di soddisfarle autonomamente o con l'aiuto dei familiari, dei servizi sociali e sanitari a disposizione.

L'obiettivo è quello di raggiungere il massimo benessere possibile per quell'individuo, e per questo l'infermiere si deve avvalere, oltre che delle proprie capacità, anche delle risorse disponibili che gli provengono dalla famiglia e dalla società. Si deve tener conto della possibilità di aumentare la capacità di self-care della persona e della famiglia, della possibilità di modificare l'ambiente per renderlo più idoneo e favorevole allo sviluppo dell'autonomia personale. Il sistema di nursing pianificato dovrà essere di natura dinamica, quindi valutato e riadattato via via che cambiano le richieste e le capacità di self-care della persona. I suoi concetti di nursing si basano su “inadeguata cura di sé” che viene suddivisa in:

- teoria dell'auto assistenza: la cura di sé è la pratica dell'attività che gli individui intraprendono ed eseguono per raggiungere un ottimale equilibrio di salute psicofisica;
- teoria della mancanza dell'auto assistenza: viene sperimentata quando l'individuo non è in grado di curare se stesso, le persone possono trarre beneficio dal nursing quando sono soggette a limitazioni collegate allo stato di salute che li rendono incapaci di una continua auto assistenza o di un'assistenza dipendente o l'assistente mettere in atto ed efficacia incompleta. I deficit di self – care sono

definiti completi o parziali: completo, significa non avere nessuna capacità di soddisfare una richiesta terapeutica di cura di sé; un deficit parziale può essere esteso o limitarsi all'incapacità di soddisfare uno o più requisiti della cura di sé nell'ambito di una richiesta terapeutica di cura.

-teoria dei sistemi infermieristici: il termine sistema si riferisce a persone, azioni o cose in rapporti reciproci. Nel corso dell'assistenza – secondo la Orem – l'infermiere può: agire in vece del cliente, orientarlo e guidarlo, sostenerlo sul piano fisico e psicologico, promuovere la creazione di un ambiente favorevole allo sviluppo dell'individuo, e fornirgli un'educazione continua.

Nella teoria dei sistemi infermieristica, a seconda della maggiore o minore autosufficienza di colui che richiede l'aiuto, sono distinti tre diversi sistemi d'assistenza infermieristica:

1. Sistema totalmente compensatorio: quando la persona non può avere cura di sé e l'infermiere compensa la sua totale incapacità, per esempio una persona in stato di coma.
2. Sistema parzialmente compensatorio: dove l'infermiere compensa le carenze del cliente e regola lo svolgimento d'alcune cure di sé, per esempio una persona con emiplegia capace di partecipare alla cura di sé purché opportunamente aiutata ed istruita.

3. Sistema educativo e di sostegno: quando il cliente è in grado di compiere e di apprendere i vari aspetti della cura di sé, per esempio l'educazione all'igiene e sostituzione della colostomia in una persona autosufficiente.

Anche all'interno del nuovo codice deontologico, si evince che “l'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia la disabilità, svantaggio, fragilità”⁵

III.6 – La presa in carico e la ricerca di una alleanza assistenziale

*“Se si cura una patologia o si vince o si perde.
Se si cura una persona vi garantisco che si vince,
qualunque esito abbia la terapia”*

-da Patch Adams-

Si definisce presa in carico l'assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere nei confronti di una persona che ha bisogno di una risposta in termini di sostegno e trattamento; tramite la formulazione di un progetto terapeutico riabilitativo è l'espressione concreta della presa in carico da parte del servizio.

La presa in carico inizia nel momento in cui la persona fa la richiesta di un intervento, e si rivolge ad un professionista per risolvere un bisogno assistenziale.

La presa in carico è la fase in cui si conosce direttamente la persona e l'ambiente fisico e socio familiare in cui vive; si mettono le basi per costruire un rapporto di

⁵ Codice deontologico infermieristico 2009, art.7

fiducia fra infermiere e assistito, fra l'equipe, la persona e la sua famiglia. La presa in carico della persona è globale, si prendono in considerazione non soltanto i problemi fisici ma anche quelli psicologici, sociali, familiari e ambientali.

La presa in carico necessita di un'interazione tra professionista e assistito, attuazione di una pianificazione dell'assistenza, educazione della persona e dei suoi familiari, individuazione e attivazione delle risorse familiari e non. Per tutto questo è anche necessario l'integrazione fra gli operatori dei vari servizi.

La presa in carico non comprende solo aspetti prettamente assistenziali, ma comprende anche tutto ciò che riguarda l'educazione della persona e della sua famiglia, soprattutto nel momento della dimissione ospedaliera e a livello dell'assistenza domiciliare.

L'educazione sanitaria consiste in una varietà di esperienze di apprendimento progettati per promuovere comportamenti che facilitano la salute. L'educazione sanitaria è importante nell'assistenza infermieristica, in quanto può influenzare la capacità di individui e famiglie di attuare comportamenti che conducono a una cura di sé ottimale.

Le persone affette da malattie croniche sono coloro che oggi maggiormente necessitano di educazione sanitaria. L'educazione sanitaria può aiutare questi individui ad adattarsi alla malattia, a prevenire le complicanze, a eseguire la terapia prescritta e a risolvere problemi che derivano dal misurarsi con nuove situazioni. Può anche prevenire situazioni critiche e ridurre la riospedalizzazione derivante da inadeguate informazioni sulla cura di sé. Lo scopo dell'educazione

sanitaria è quello di insegnare alle persone a vivere al meglio con i loro problemi di salute, raggiungendo comunque il loro massimo potenziale di salute.

Nella moderna accezione di assistenza infermieristica, la funzione assistenziale e la funzione educativa sono strettamente collegati e indipendenti l'una dall'altra, in quanto la persona ha diritto a ricevere, accanto alle prestazioni assistenziali, anche un'educazione alla conoscenza e alla modalità di soluzione dei problemi di salute, in modo da arrivare quanto prima ad una autonoma gestione degli stessi.

Educare l'assistito quindi vuol dire renderlo autonomo, aiutarlo a trasformare la realtà in cui vive, aiutarlo ad adattarsi ad un nuovo stile di vita necessario per convivere con la malattia che spesso ha un andamento cronico.

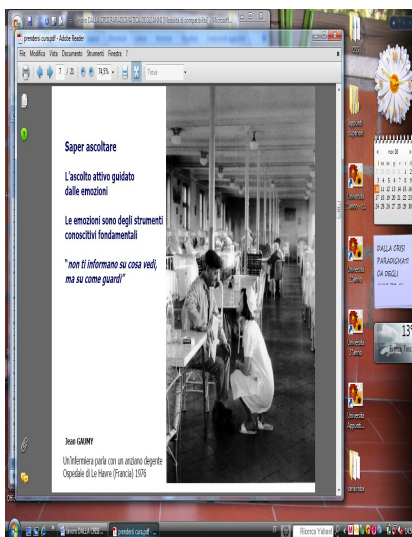
Facendo un esempio, osservazioni recenti, hanno riconosciuto due diversi modi con cui, solitamente, il caregiver apprende le tecniche assistenziali:

- da solo, con un'esperienza progressiva nel tempo, assistendo un familiare;
- tramite osservazione diretta durante il periodo di degenza ospedaliera e successiva sperimentazione a casa.

Entrambi questi approcci possono aiutare comportamenti errati, sia per l'assistente che per l'assistito; in particolare, nell'auto-apprendimento è facile faticare molto più del necessario per acquisire le migliori modalità assistenziali, mentre per l'apprendimento tramite osservazione le tecniche ospedaliere spesso non sono perfettamente trasmissibili a domicilio.

Importante, quindi, da parte dell'infermiere promuovere un'assistenza adeguata e un'educazione mirata a carico dei familiari per promuovere comportamenti

adeguati e che limitano anche l'affaticamento della persona che si fa carico dell'assistenza (caregiver).



L'educazione assistenziale non è solo comunicazione pura e semplice delle informazioni necessarie per la comprensione della malattia e l'esecuzione di azioni preventive e delle prescrizioni, ma è un difficile processo formativo che deve saper indurre nell'assistito un atteggiamento collaborativo e motivato, che deve incitare la persona ad usare le sue conoscenze e le sue abilità per riuscire ad autogestirsi. La non accettazione della patologia e la mancata ricerca da parte del sanitario di una relazione di fiducia, influisce sul rifiuto da parte dell'assistito di collaborare ed apprendere le indicazioni che l'infermiere elargisce per l'autocura della persona.

Le aziende sanitarie privilegiano spesso la cura per patologie acute (tipicamente in ambito ospedaliero) a discapito dei servizi di assistenza / sostegno domiciliare e di educazione sanitaria alla popolazione, ma la riduzione delle giornate di degenza e la dimissione precoce, ha caricato le famiglie di ulteriori compiti assistenziali, e le

aziende hanno iniziato a valorizzare anche l'aspetto dei servizi di sostegno alla persona a domicilio e alla famiglia. Di fatto si richiede che diverse tecniche assistenziali siano effettuate a domicilio dai familiari ma, spesso, senza valutare le loro conoscenze o abilità d'esecuzione, tanto che molte famiglie si trovano nella situazione di voler assistere i propri congiunti a domicilio ma non se ne sentono pienamente capaci. Anche se le competenze per assistere un malato si sono diluite nel tempo, il desiderio di prendersi cura di un congiunto è rimasto sempre forte nelle persone. Questa dissonanza tra desiderio di partecipare alla gestione della malattia del proprio congiunto e l'incapacità di poterlo realmente fare, per mancanza di conoscenze e abilità di base, è la maggior fonte di stress per il familiare che si prende cura di un'altra persona. Purtroppo, di solito, si prende atto di queste carenze assistenziali davanti al fatto compiuto, cioè quando un familiare si ammala (spesso con rapido declino delle capacità fisiche e psichiche); al contrario, quando tutti i componenti di una famiglia sono in salute, si pensa erroneamente che alcuni comportamenti assistenziali, quali muovere, lavare, imboccare, siano quasi innati.

Importante risulta per la presa in carico, la ricerca di un'alleanza assistenziale rivolta non solo alla persona assistita, ma soprattutto per la ricerca di una cooperazione con i familiari. Chi sta vicino alla persona, chi svolge il ruolo di caregiver, può costituire una risorsa terapeutica molto utile in tutte le fasi dell'intervento assistenziale. Questo è molto importante in quanto la malattia dell'assistito, non riguarda solo lui ma anche quella rete sociale che lo circonda e coinvolge inevitabilmente anche la famiglia. Questo può provocare

sconvolgimento delle relazioni, nell'organizzazione e nei ruoli. Questo è un momento delicato in cui il personale sanitario deve attivarsi e interessarsi alla relazione con la famiglia dell'assistito e creando soprattutto una complicità diretta con l'assistito, allo scopo di creare una relazione di fiducia e conoscenza valida sia sul piano umano che educativo.

A livello territoriale, per ogni assistito viene individuato un case manager, solitamente individuato tra gli infermieri, che all'interno dell'UVM stila il piano assistenziale condiviso con l'assistito e la sua famiglia.

Lo scopo principale della ricerca di un'alleanza assistenziale con la persona e la famiglia è:

- Sostenere e mantenere l'autonomia: per mantenere l'indipendenza funzionale, non sostituendosi alla persona ma educandola ed aiutandola a sviluppare le proprie risorse
- Evitare conflitti ma favorire il confronto e l'elaborazione di esperienze
- Costituzione di un ambiente protesico: creando un ambiente adatto alle esigenze e bisogni dell'assistito
- Proporre compiti semplici e reali
- Mantenere un contatto con i familiari e fornirgli sostegno in modo da favorire l'aumento dell'autostima e la diminuzione del senso di impotenza, evitando risposte inefficaci dei familiari verso il proprio caro, e ambiente inefficace, migliorando la qualità di vita.

L'assistenza infermieristica consiste essenzialmente nell'assumere come problema non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze fisiologiche, psicologiche e sociali sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata, considerata secondo una chiave di lettura olistica. In tale ottica assume rilevanza la qualità della relazione e della comunicazione; l'infermiere svolge una funzione di supporto e terapeutica attraverso la relazione, efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia ed all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé.

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, deve favorirne i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza.⁶

Il raggiungimento di un'alleanza assistenziale permette l'attuazione di un “total care” della persona. L'alleanza rappresenta un rapporto collaborativo e si stabilisce tra assistito e infermiere, ovvero si crea una dimensione interattiva, riferita alla capacità di entrambi di sviluppare una relazione basata su fiducia, rispetto, collaborazione al lavoro comune. In definitiva questo permette anche di effettuare una miglior educazione dell'assistito, guidandolo anche nello sviluppo delle proprie potenzialità, e delle capacità residue (capacità rimaste integre successivamente all'esito di una malattia).

Il paziente è il miglior collega che abbiamo

⁶ Codice deontologico infermieristico 2009, Art.21

-W. Bion-

CAPITOLO IV

PROGETTO DI RICERCA

IV.1 – Analisi del problema

La presa in carico è una parte delicata della relazione tra infermiere e assistito, è necessario effettuare una presa in carico personalizzata in relazione ai bisogni rilevati attraverso la progettazione che garantisca continuità durante tutto il percorso assistenziale, dall'ospedalizzazione al rientro a domicilio presso la propria famiglia o in struttura. Questo permette di fornire una miglior assistenza rafforzata dalla continuità e miglioramento della qualità di vita della persona.

La presa in carico infermieristica deve essere uniformata tra i vari servizi, sia ospedalieri che domiciliari, in quanto l'infermiere deve effettuare in egual misura una presa in carico globale della persona assistita, ma la domanda che sorge è se questo accade veramente.

IV.2 – Revisione della letteratura

Effettuando un controllo della letteratura tramite ricerca bibliografica e tramite l'utilizzo di Internet non è stata rilevata una ricerca simile.

IV.3 – Ipotesi della ricerca

Ipotesi è una parola che deriva dal greco ed intende indicare un dato iniziale ammesso come base provvisoria di un ragionamento, da questa base si possono sviluppare delle ricerche che confermano o no l'esattezza della tesi iniziale formulata.

IPOTESI: La presa in carico infermieristica ospedaliera e domiciliare è appropriata

IV.4 – Obiettivo dello studio

Questa tesi si prefigge di valutare la presa in carico infermieristica comparando quella ospedaliera a quella domiciliare. Entrambe le prese in carico dovrebbero mirare all'instaurazione di un'alleanza assistenziale tra infermiere e assistito in modo da poter raggiungere la miglior qualità della vita della persona che presenta dei bisogni che necessitano di supporto per il loro soddisfacimento. Questi bisogni possono nascere dal normale decadimento psico-fisico dovuto all'invecchiamento o possono essere dati da eventi quali: patologie acute o croniche, e l'infermiere dovrebbe effettuare una presa in carico in grado di volgere l'assistenza anche verso lo sviluppo di una maggior autonomia della persona e della sua famiglia nella gestione dei bisogni presentati, favorendo la permanenza della persona presso il proprio ambiente familiare e quindi a domicilio.

IV.5- Caratteristiche del campione

La selezione del campione, ovvero dei soggetti rappresentativi, è stata effettuata tramite l'individuazione dei seguenti criteri di inclusione di persone:

- Residenti presso il proprio domicilio nel Comune di Barberino di Mugello
- In carico all'assistenza domiciliare infermieristica di Barberino di Mugello
- Ricoverate presso strutture Ospedaliere nel periodo che intercorre tra Gennaio e Giugno 2009
- In grado di rispondere alle domande oppure in presenza di un familiare che può farlo per lui

Questo campione è stato rintracciato tramite l'analisi delle persone in carico presso il presidio distrettuale di Barberino valutando il riscontro dei criteri di eleggibilità all'interno dell'utenza.

IV.6 – Metodo di raccolta dati

Il metodo utilizzato per la raccolta dei dati è stato tramite l'utilizzo di un'intervista diretta e registrata (per non omettere alcun dato), effettuata con la persona rispecchiante le caratteristiche del campione oppure ai suoi familiari. Questa ricerca è di tipo qualitativo, riportando le esperienze vissute da persone che hanno vissuto e vivono queste due diverse realtà assistenziali, ospedaliera e domiciliare.

Le interviste sono state effettuate al domicilio della persona; a causa dell'anzianità e dell'influenza di alcune patologie presentate dalla persona, è stato possibile somministrare l'intervista direttamente soltanto a tre persone, per altre tre l'intervista è stata effettuata alla persona insieme ad un familiare, mentre per le

rimanenti quattro interviste è stato possibile effettuarle soltanto recependo le informazioni necessarie da un familiare a causa dell'impossibilità della persona interessata a rispondere. Solo due delle 10 interviste effettuate non sono state registrate per rifiuto da parte della persona alla registrazione e quindi direttamente trascritte durante l'intervista.

Le interviste sono state effettuate successivamente ad aver ottenuto un consenso informato, ovvero l'assenso volontario e consapevole del soggetto a partecipare allo studio, con consegna di una scheda informativa presentante lo scopo della ricerca e la procedura, con una correlata spiegazione verbale e, una volta recepite e comprese tali informazioni e dato il consenso verbale, è stato fatto firmare il modulo di consenso informato. La durata media delle singole interviste è stata di circa 45 minuti.

L'intervista è stata effettuata tramite un questionario guida creato precedentemente alle interviste, suddiviso in due principali parti, una riguardante la parte relativa alla degenza in ospedale, mentre l'altra relativa all'assistenza infermieristica domiciliare. Il questionario guida è stato elaborato in modo tale da poter dare libero spazio alla persona di parlare della sua esperienza, in particolare per quanto riguarda l'aspetto relazionale, l'educazione sulla effettuazione dell'igiene personale, mobilitazione, alimentazione, cura di ferite chirurgiche, gestione delle prescrizioni infusionali, e coinvolgimento della persona e della sua famiglia da parte del personale infermieristico.

IV.7 - Elaborazione dati e analisi dei risultati

Tramite le interviste effettuate sono stati rilevati dati relativi a più aspetti della relazione e della presa in carico tra infermiere e assistito nelle due diverse realtà assistenziali: quella ospedaliera e quella domiciliare.

PARTE RELATIVA ALLA DEGENZA IN OSPEDALE

La prima domanda posta alla persona riguarda il tempo di degenza in ospedale nel suo ultimo ricovero; è stato rilevato che il tempo medio di degenza ospedaliera è stato di 11,7 giorni. I principali reparti di degenza sono stati ortopedia, medicina e chirurgia.

Relazione. Dalle interviste emerge che gli infermieri del reparto si sono presentati alla persona assistita solo secondo 3 intervistati, gli infermieri si sono presentati indicando il loro nome e il loro ruolo; gli altri intervistati affermano che si sono presentati solo alcuni infermieri su tutto il personale, oppure affermano che non si sono presentati o non ricordano.

Alcuni degli intervistati affermano che non conoscono il nome degli infermieri ma alcuni gli avevano già visti in precedenti ricoveri.

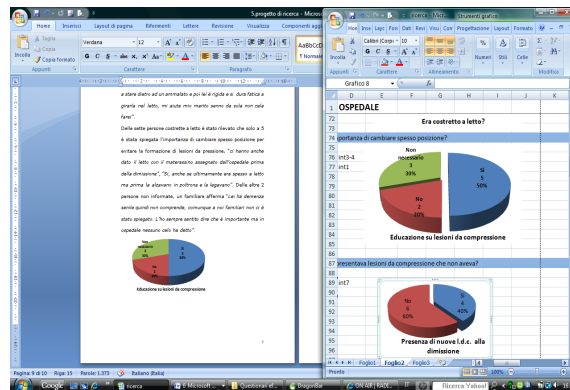
Poiché la presa in carico è importante, da parte dell'infermiere deve esserci la ricerca di momenti appositi per dialogare con la famiglia e con la persona ma questo è avvenuto solo con 4 dei 10 intervistati.

Alcuni degli intervistati affermano che secondo loro non sono stati creati momenti di dialogo con l'assistito dovuti al gran carico di lavoro che l'infermiere del reparto presenta e per motivi di fretta.

Un intervistato, alla domanda se l'infermiere ha creato dei momenti di dialogo, afferma *“No, perché probabilmente son sempre tutti di fretta e sembra che non abbiamo nemmeno il tempo di parlare con i familiari... Per motivi organizzativi. Magari vengono lì e ci dicono uscite un attimo, hanno da fare qualcosa al malato poi ci dicono potete rientrare ma senza dire che cosa gli è stato fatto”*.

Movimento. In ospedale si sono ritrovati costretti a letto più della metà degli assistiti nel campione osservato, anche se alcuni affermano che potevano essere alzati dato che a casa camminavano ma con aiuto, e invece sono stati posizionati in carrozzina o poltrona addirittura soltanto una volta prima della dimissione.

Delle sette persone costrette a letto è stato rilevato che solo a 5 è stata spiegata l'importanza di cambiare spesso posizione per evitare la formazione di lesioni da pressione, *“ci hanno anche dato il letto con il materassino assegnato dall'ospedale prima della dimissione”, “Sì, anche se ultimamente era spesso a letto ma prima la alzavano in poltrona e la legavano”*. Delle altre 2 persone non informate, un familiare afferma *“Lei ha demenza senile quindi non comprende, comunque a noi familiari non ci è stato spiegato. L'ho sempre sentito dire che è importante ma in ospedale nessuno ce lo ha detto”*.



È stato rilevato anche che al rientro a domicilio quattro persone presentavano lesioni da compressione che non avevano all'ingresso in ospedale.

È stato anche chiesto agli intervistati se è stata effettuata un educazione riguardante alla mobilitazione della persona allettata, delle sette persone costrette a letto in ospedale hanno risposto sì a questa domanda solo 2 intervistati mentre quattro hanno risposto di no, mentre uno era già pratico di queste manovre. Per quanto riguarda l'educazione sull'effettuazione di spostamenti e trasferimenti letto/carrozzina o carrozzina/wc, 6 su 7 affermano di non aver ricevuto nessuna informazione e 1 afferma che è stata effettuata ma non dall'infermiere.

Per quanto riguarda l'educazione sulla prevenzione e cura delle lesioni da decubito 4 persone affermano di essere state educate in modo soddisfacente e le altre 3 no. *“Lesioni non ne aveva e non mi hanno spiegato niente”*.

Igiene. La maggior parte degli intervistati (6 su 10) afferma che non provvedeva autonomamente ad effettuare le pratiche di igiene personale, *“mi portavano la catinella e mi lavavo mani e viso, ma per l'igiene intima avevo bisogno di aiuto”*.

Data l'incapacità di queste persone ad effettuare l'igiene personale è stato chiesto agli intervistati se al momento della dimissione sono stati educati (assistito e familiari) nell'esecuzione dell'igiene personale, e 4 persone hanno risposto di sì, altre 5 non sono state educate e una di essi afferma *“No, addirittura i primi giorni sono andata in crisi (dice la figlia) perché non mi è stato detto niente e anche quando era in ospedale, il fisioterapista mi diceva che son cose grosse e ci vuole attenzione... non mi ero mai ritrovata a stare dietro ad un ammalato e poi lei è rigida e si dura fatica a girarla nel letto, mi aiuta mio marito senno da sola non cela farei”, e un'altra “mi è venuta la candida e non mi hanno nemmeno medicato per quella, poi io non ho sensibilità e non mi rendevo conto, mi hanno detto che avevo la candida l'ultimo giorno prima di andare via... mi dissero ‘guarda, dici alle infermiere del domicilio che c'è questa piccola candida...’ e invece le infermiere del domicilio videro che ero messa male e venivano tutti giorni anche la domenica a lavarmi”*. Dei cinque che non hanno ricevuto alcuna informazione, 2 effettuavano già precedentemente al domicilio le pratiche di igiene del familiare.

Alimentazione. 4 delle 10 persone intervistate sono autonome nell'alimentarsi mentre 6 necessitano di aiuto. 3 presentavano difficoltà nella deglutizione, e di queste persone tutte e 3 hanno ricevuto l'educazione sulla tipologia di alimentazione indicata per la persona con disfagia ma una persona afferma *“sì, c'è stato dato un foglio... per il diabete evitare lo zucchero e per la deglutizione mangiare cose morbide tipo yogurt, frullati...”*.

Soltanto 1 di queste persone ha avuto l'introduzione sondino naso-gastrico per l'alimentazione, "Gli è stato messo perché lei non voleva mangiare, dopo che l'hanno messo gli tenevano il braccio funzionante legato perché tentava di togliersi il sondino" (persona con ictus), alla dimissione è stato mantenuto il sondino naso-gastrico e l'educazione è stata effettuata alla badante; ad un'altra persona è stato introdotto il sondino naso-gastrico per lo svuotamento gastrico e affermano di non essere stati informati dell'effettuazione di tale pratica, ma al momento della dimissione la persona non aveva più il SNG.

Bisogno di eliminazione. Dei 10 intervistati, solo quattro affermano che prima del ricovero soffrivano già di incontinenza, poi è stato rilevato che durante l'esperienza di degenza ospedaliera, 8 delle 10 persone intervistate hanno avuto l'introduzione catetere vescicale e cinque anche l'uso del pannolone invece di prospettargli modalità diverse per l'evacuazione.

Alle persone che hanno avuto l'introduzione del catetere vescicale è stato chiesto se è stato spiegato il motivo e il consenso alla procedura, solo 3 hanno risposto che ciò è stato effettuato mentre alle altre 5 no. A questa domanda alcuni hanno risposto: *"Non mi hanno chiesto nulla, io arrivavo e la trovavo messa così"*, *"no, probabilmente perché non c'era alternativa"*, *"No, il motivo era perché aveva il blocco dell'urina l'ultima volta che è stato ricoverato ma sennò vedo che glielo mettono sempre al pronto soccorso"*.

Delle 8 persone che avevano il catetere vescicale in ospedale, 6 sono state dimesse con il catetere, di queste solo 3 sono state educate nella sua gestione, 2 non sono state educate, mentre 1 era già pratico nella sua gestione. *“Ci hanno dato qualche sacca e spiegato come fare con la borsettimana, come si fa a svuotarla e per sganciarla.. poi non si sapeva quanto lo doveva tenere”, “Non ci è stato spiegato nulla di questo catetere e quando è tornata a casa io avevo paura che venisse via nel lavarla e muoverla e anche per le sacche non sapevamo nulla”.*

Cura di ferite chirurgiche. sono state sottoposte ad intervento chirurgico 6 persone, alle quali è stato spiegato ed illustrato le manovre per la riduzione o la limitazione dell'insorgenza del dolore solo a tre; al momento della dimissione soltanto due presentavano già la cute rimarginata, mentre le altre necessitavano di educazione sulla cura della ferita, di queste due hanno ricevuto l'educazione mentre altre due no; *“No, ce l’hanno rimandata a casa con la ferita e i punti, e alla dimissione ci misero un foglio in mano e ci dissero di andare al CUP per prendere l’appuntamento per tornare a togliere i punti e per rifare le lastre”.*

Somministrazioni. Delle 10 persone intervistate, a tutte sono state effettuate somministrazioni intramuscolari o sottocutanee, solo quattro affermano di sapere quale farmaco e dove le sarebbe stato somministrato, mentre le altre sei affermano di non sapere cosa le è stato dato. *“Non saprei dirti che farmaco era, ho visto che le facevano queste punture nella pancia ma se si aspetta che vengano loro (riferito agli infermieri) a spiegarti qualcosa, non vengono, ma se gli chiedevamo qualcosa noi erano sempre gentili”; “No, una volta ho detto (il fratello) ‘non sarà mica insulina?’ e ci è stato risposto ‘no no non è insulina’ ma senza dirci*

cos'era, poi a casa ci hanno dato il fragmin da fare ed abbiamo visto che erano le punture che gli facevano in ospedale”.

Al momento della dimissione a nessuno dei 10 intervistati è stata prescritta una terapia endovenosa da effettuare a domicilio.

A quattro persone sono stati effettuati prelievi capillari ma nessuno afferma di essere stato al corrente dei valori rilevati, anzi *“no no no, all'ospedale non ti dicono niente, quando arrivano loro devi uscire fuori, e anche se chiedi dicono che devi parlare con la dottoressa per sapere le condizioni dell'ammalata”, “in ospedale quando gli misuravano la glicemia, dovevamo chiederlo noi per sapere i risultati, non so se sono obbligati a dirlo o no...”*

Coinvolgimento. Agli intervistati è stato chiesto se si sono sentiti in grado di poter comunicare l'infermiere le sue emozioni e paure e hanno risposto sì in 5 su 10. È stato anche chiesto se le persone si sono sentite coinvolte nelle scelte nelle attività assistenziali durante il periodo di degenza ospedaliera e solo 3 si sono sentiti coinvolti. *“Non mi sono sentito coinvolto, dato che quando andavo a trovare mia moglie (afasica in seguito ad un ictus), l'ho trovata direttamente con il sondino e il catetere senza che mi sia stato chiesto niente”*

PARTE RELATIVA ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Relazione. È stato rilevato che in tutti i casi l'infermiere si è presentato indicando il proprio nome e il proprio ruolo. Solo quattro persone indicano che conoscevano già le infermiere dell'assistenza domiciliare, due non le conoscevano, e altre quattro non le conoscevano personalmente ma abitando all'interno del paese, affermano di averle viste precedentemente.

In quasi tutti i casi gli intervistati affermano che l'infermiere crea dei momenti di dialogo con la persona e la famiglia mentre uno afferma *“no, vengono e fanno il suo lavoro, ma parliamo anche”*.

Movimento. 3 persone dichiarano di essere costrette a letto, 4 di effettuare solo spostamenti letto/poltrona e viceversa, mentre 3 camminano.

Delle 7 persone che non sono autonome negli spostamenti, 5 sono state informate sull'importanza di cambiare spesso posizione mentre 2 dichiarano di esserne già a conoscenza anche per precedenti esperienze. Di queste 7 persone, 5 sono state educate su come effettuare la mobilizzazione della persona allettata e su come effettuare spostamenti letto/carrozzina, 2 non hanno ricevuto questa educazione ma 1 afferma che era già pratico e un'altra persona è stata educata dal fisioterapista.

È stato inoltre rilevato che nel periodo da cui la persona usufruisce dell'assistenza domiciliare infermieristica, non sono insorte lesioni da compressione su 7 persone, mentre le altre 3 presentavano delle lesioni da compressione da precedenti ricoveri ospedalieri. 4 degli intervistati affermano di essere stati educati sulla prevenzione e cura delle lesioni da compressione, mentre 1 persona afferma di non essere stato educato mentre le altre 3 ne erano già a conoscenza.

Igiene. Al rientro al proprio domicilio solo 2 persone riuscivano a provvedere autonomamente all'igiene personale, mentre le altre 8 avevano bisogno di supporto da parte dei familiari; di quest'ultimi solo 5 hanno rilevato delle

difficoltà nell'eseguire l'igiene personale del proprio caro, ma non tutti hanno chiesto aiuto all'infermiere del domicilio.

“Non mi sono mai provata a chiedere perché mi aiuta mio marito e ci si arrangia. Comunque mi hanno sempre detto che se avevo bisogno potevo chiamarle per qualsiasi cosa”; “Sì, un po’ mi è stato detto ma queste penso siano cose che bisogna fare da noi, poi magari io sono anche un tipo che non chiedo molto... forse è un male”; “Ce lo hanno spiegato le infermiere veramente bene come fare”, “Per più di un mese sono venute loro a lavarmi, a farmi l'igiene personale dato che tornata dall'ospedale avevo una gran candida”.

Alimentazione. Risultano autonome nell'alimentarsi 6 persone, mentre 4 necessitano di aiuto, di quest'ultime la metà presenta disfagia ed entrambe sono state educate sulla necessità di una dieta diversa e appropriata.

Nessuno degli intervistati ha avuto l'introduzione di sondino naso-gastrico, solo 1 era stato dimesso con il SNG ma il marito riferisce che in meno di 24 ore la moglie si era sfilata il sondino e senza tanti problemi afferma *“prima che potessero venire le infermiere del territorio, mia moglie si era già sfilata il sondino, è stato un bene perché sennò era veramente un pasticcio... abbiamo iniziato a darle da mangiare per bocca è ora mangia anche minestra e pane”.*

Bisogno di eliminazione. Dichiarano di non avere difficoltà nel recarsi in bagno nel momento del bisogno solo 2 persone, mentre altre 2 necessitano di aiuto e devono essere accompagnati, e le altre 6 utilizzano il pannolone. Inoltre è stato

evidenziato che presentano incontinenza urinaria 7 persone su 10. Di quest'ultime solo 1 persona non utilizza un catetere vescicale, mentre 2 hanno avuto l'introduzione dello stesso al proprio domicilio, e le restanti 4 lo avevano dall'ultima dimissione ospedaliera e le infermiere dell'assistenza domiciliare provvedono alla sostituzione. A tutte e sei le persone portatici di catetere vescicale è stato spiegato la procedura e chiesto il consenso.

L'infermiere ha provveduto ad effettuare l'educazione per la gestione del catetere a 5 persone, *“Sì, sono state proprio loro a spiegarmi tutto, come fare con le sacche e che a lavarla non dovevo avere paura di poterlo sfilare accidentalmente, mi hanno spiegato come funziona e anche io sono più tranquilla”*; mentre una ne era già pratica ed è stata proprio lei a richiedere l'introduzione del catetere vescicale al rientro a domicilio perché *“per i primi giorni ho voluto tenere il catetere a permanenza in quanto non potevo alzarmi dal letto da sola quindi per me era difficile farmi il cateterismo a intermittenza”*.

Cura di ferite chirurgiche. È stato evidenziato delle sei persone dimesse dall'ospedale in seguito ad intervento chirurgico, solo 3 presentavano una ferita ancora da rimarginare e quindi che necessitava di attenzioni, ma, come riferito dagli intervistati, non sono state indicate tecniche di mobilizzazione e cura da attuare, perché *“la ferita non ha dato problemi e qualche giorno dopo la dimissione avevamo appuntamento per togliere punti”*, *“le infermiere venivano a fare la medicazione ma poi mi affidavo al mio medico”*, *“Vengono sempre loro a medicarmi, ma io non so come si fa”*.

Somministrazioni. Dei 10 intervistati, la metà ha avuto necessità di effettuare somministrazioni intramuscolari o sottocutaneo ma ognuno di essi ha provveduto da solo o tramite familiare o conoscente.

Una sola persona ha avuto la prescrizione da parte del proprio medico di effettuare una terapia endovenosa con flebo, più volte alla settimana, ed è stata effettuata l'educazione per quanto riguarda la gestione della flebo, *“Ho chiamato le infermiere per sentire come fare quando la dottoressa mi ha detto che lei doveva fare le flebo. Sono venute e mi hanno spiegato tutto, come fare con il deflussore se ci sono problemi, come chiuderlo e toglierlo a fine flebo e come sostituire la flebo. Mi hanno spiegato tutto , ora sono diventata pratica”*.

A Due persone vengono effettuati a domicilio dei prelievi capillari ed entrambi dichiarano di essere tenuti al corrente valori, *“Ci hanno dato il librettino dove ci annotano sempre i valori”*

Coinvolgimento. Agli intervistati è stato chiesto se si sono sentiti in grado di poter comunicare all'infermiere le proprie emozioni e paure e hanno risposto sì in 9 su 10, e uno invece afferma *“sì, sì, sono disponibili, ma io non gli ho mai detto niente, sono tranquillo”*. È stato anche chiesto se le persone si sono sentite coinvolte nelle scelte nelle attività assistenziali e 7 si sentono coinvolti, 2 dichiarano semplicemente *“Fanno il loro lavoro”* e un altro *“Le infermiere vengono per ora solo per lo stick della glicemia e prima anche per qualche medicazione. Son sempre state disponibili”*. Un intervistato che si sente coinvolto nelle attività svolte dall'infermiere dell'assistenza domiciliare afferma anche *“una pecca che sicuramente non dipende da loro è che una volta ci viene*

un'infermiera, una volta ci viene un'altra, ci vorrebbe che questo paziente fosse seguito da una sola... sicuramente questo crea uno sbilanciamento, una volta la medicazione viene fatta in un modo e la stessa medicazione poi viene fatta in un altro modo però sicuramente questo non dipende da loro...”

IV.8 - Discussione dei risultati

I dati raccolti vanno a dare voce all’iniziale ipotesi:

- La presa in carico infermieristica ospedaliera e domiciliare è appropriata

I dati raccolti vanno ad evidenziare che per quanto riguarda la relazione dell’infermiere con l'assistito, partendo dalla presentazione, è inadeguata per quanto riguarda la degenza ospedaliera in quanto solo 3 su 10 affermano che l'infermiere si è presentato, non conoscendo né il nome e né il ruolo della persona che vi si è posta di fronte; inoltre l'infermiere ha provveduto a creare momenti di dialogo solo per meno della metà del campione intervistato. Invece risulta idonea per quanto riguarda l'assistenza infermieristica domiciliare, dove l'infermiere si è relazionato tramite una presentazione e ha creato in quasi tutti i casi, dei momenti dedicati alla persona la famiglia.

Per quanto riguarda l'educazione della persona e dei familiari/caregiver rispetto all'esecuzione dell'igiene personale riguardante le persone non autonome di tale pratica, risulta appropriata la presa in carico sia ospedaliera che domiciliare, in quanto sono state educate tutte le persone indicate per l'attuazione di tale attività a livello domiciliare e quasi tutte a livello ospedaliero.

Risulta idonea per entrambe le realtà assistenziali anche l'educazione riguardante la prevenzione delle lesioni da compressione; ma la presa in carico a livello ospedaliero non è stata sufficientemente adeguata in quanto quasi la metà del campione osservato (4 su 10) al rientro domicilio ha riportato delle lesioni da compressione che all'ingresso in ospedale non aveva. Inoltre, a livello ospedaliero le persone non sono state sufficientemente educate nell'effettuazione della mobilizzazione della persona allettata e per i trasferimenti, mentre questo è avvenuto in modo soddisfacente a livello domiciliare.

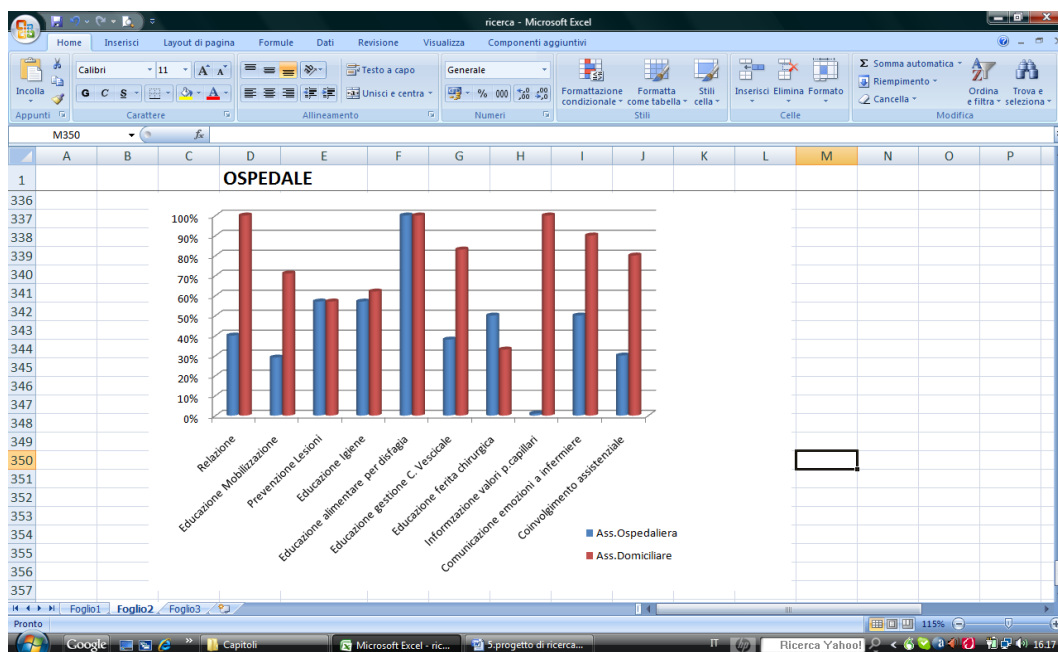
Per quanto riguarda l'alimentazione e l'educazione delle persone con difficoltà nella deglutizione, rispetto alle diverse diete, risultano adeguate entrambe le realtà.

Per quanto riguarda i bisogni di eliminazione, le persone che presentava incontinenza all'ingresso in ospedale, si sono raddoppiate facendo il confronto alla dimissione con il rientro a domicilio, e come affermato da un intervistato *“vedo che il catetere glielo mettono sempre al pronto soccorso anche senza motivo dato che a casa non è incontinente, basta accompagnarlo in bagno”*; alla maggior parte delle persone a cui è stato inserito il catetere vescicale non è stato spiegato il motivo né chiesto il consenso alla persona o ai familiari; sono state anche educate nella gestione solo tre delle cinque persone dimesse con catetere vescicale e che non erano pratici nel farlo. Mentre per quanto riguarda la procedura effettuata a domicilio, è stata spiegata la procedura e chiesto il consenso anche per la sostituzione del catetere inserito precedentemente in ospedale, inoltre sono stati educati tutti nella gestione del catetere e di eventuali complicanze.

Per quanto concerne l'eventuale somministrazioni effettuate non è possibile un confronto appropriato in quanto a livello domiciliare le persone hanno provveduto autonomamente ad effettuare delle somministrazioni intramuscolari o sottocutanee. Comunque sia tutte le persone nel periodo di ricovero ospedaliero hanno avuto l'effettuazione di somministrazioni intramuscolari, di cui soltanto quattro sono a conoscenza del farmaco che è stato somministrato.

Infine le persone dichiarano di non essersi sentite sufficientemente coinvolte nei trattamenti assistenziali a livello ospedaliero e solo la metà degli intervistati si è sentito in grado di poter comunicare all'infermiere le proprie emozioni e le proprie paure. Invece a livello dell'assistenza domiciliare, tutti si sono sentiti in grado di poter comunicare all'infermieri le loro emozioni e paure e quasi tutti si sentono coinvolti nelle attività assistenziali.

Pertanto, in seguito all'analisi dei dati raccolti si può affermare che: la presa in carico domiciliare è appropriata; mentre quella ospedaliera presenta delle lacune.



CAPITOLO VI

CONCLUSIONI

Questa tesi ha portato in rilievo le differenze tra due realtà assistenziali che dovrebbero eguagliarsi nella presa in carico assistenziale, ovvero, l'infermiere deve svolgere il suo compito di presa in carico globale sia che operi in ambito ospedaliero che territoriale, per riuscire a dare risposte esaurienti in entrambi gli ambiti alle persone assistite in ogni momento, per ogni bisogno espresso; anche se l'infermiere non dovesse riuscire da solo può sempre contare sul team che gli sta attorno, per dare delle soluzioni inerenti alle necessità della persona.

A livello distrettuale questo approccio è favorito dall'organizzazione legata alla creazione di un piano assistenziale personalizzato con l'approvazione di più figure professionali, mentre a livello ospedaliero si vede sempre di più il prospettarsi di un'assistenza standardizzata e non propriamente personalizzata, ma indistinta per ogni persona. Si sta attualmente sviluppando una riorganizzazione assistenziale a livello ospedaliero, che è *“l'assistenza per piccoli gruppi”* per favorire una visione più completa dei bisogni degli assistiti e una presa in carico specifica e personalizzata. È importante mantenere come fulcro dell'assistenza la centralità della persona vista nell'ambito familiare anche a livello ospedaliero.

Come risulta dalla ricerca effettuata, a livello domiciliare avviene una reale presa in carico globale, non come semplice assistenza ma come relazione empatica che si crea non solo con la persona ma anche con la famiglia.

L'assistenza domiciliare ha un ruolo importante all'interno del percorso sanitario della persona malata, legato al fatto che c'è sempre una maggior incidenza di malattie soprattutto croniche che, sempre più, vengono seguite soprattutto a domicilio quindi ci sarà sempre più necessità di un maggior sviluppo e organizzazione a livello territoriale.

Prende sempre più campo l'infermiere di famiglia che operando all'interno della comunità, riesce ad entrare all'interno delle dinamiche familiari e comprendere al meglio i bisogni della persona, riuscendo a formulare un piano assistenziale personalizzato.

Bibliografia

AA.VV., ***“Il manuale Merck per la salute -La più autorevole guida medica per la famiglia-”***, Raffaello Cortina editore, Milano, 2005

AA.VV., ***“Indagine sulla salute degli anziani”***, Dicomano, 1988

ASL 10 Firenze, ***“Attività infermieristica domiciliare della città di Firenze”***, Firenze, 1996

Becchi M.A. e Carri E.B., ***“Qualità ed efficienza nell’assistenza domiciliare. Linee guida in conformità alle Norme ISO 9000”***, Franco Angeli, Milano, 1998.

Cascioli S., ***“L’assistenza agli anziani. Il processo di programmazione e gli strumenti manageriali a supporto”***, Franco Angeli, Milano, 2001

Comune Barberino di Mugello, ***“Gli anziani a Barberino di Mugello, risultati di un indagine conoscitiva”***, Barberino di Mugello, 1996

D’Alesio L, Vellone E, Rega M.L., Galletti C, ***“La ricerca infermieristica –Manuale introduttivo-”***, Carocci Faber, Torino, 2007

Eco Umberto, ***“Come si fa una tesi di laurea”***, Bompiani, Milano, 1977

Fabris F., Pernigotti L., ***“Ospedalizzazione a domicilio. Curare a casa malati acuti e cronici: come e perché”***, Quaderni di promozione sociale, Rosenberg & Sellier, Torino, 1987

Fain A.J., ***“La ricerca infermieristica: Leggerla, comprenderla e applicarla”***, McGraw-Hill, Milano, 2004

Giancaterina F, ***“Come evitare il giro dell’oca dell’assistenza. Riflessioni in forma di glossario sugli interventi per le persone disabili”***, Franco Angeli, Torino, 2006

Lingiardi V., ***“L’alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca”***, Cortina Raffaello, Milano, 2002

Mario Degan, ***“Piccolo manuale di assistenza domiciliare –Guida per i familiari e operatori-”***, Carocci Faber, Urbino, 2003

Regione Toscana, ***“Assistenza domiciliare in Toscana”***, Firenze, 2005

Roberto Cipriani, ***“L’analisi qualitativa: teorie, metodi, applicazioni”***, Armando Editore, Roma, 2008

Sacomani R., ***“Le reti della solidarietà. L’assistenza domiciliare nella terza età”***, Hoepli, Milano, 2001

U.S.S.L 77 Pavia, Collegio I.P.A.S.V.I, ***“Assistenza infermieristica domiciliare: confronto di pensieri ed esperienze”***, Pavia, 1995

Villa Francesco, ***“Percorsi di integrazione tra sociale e sanitario”***, Vita e pensiero, Milano, 1999

ARTICOLI:

Salute Europa, ***“Assistenza domiciliare integrata in Italia e in Europa”***, n°28, 1998

Salute e Territorio, ***“La sfida alla longevità”, “Interventi territoriali”, “La programmazione distrettuale”, “La crisi dell’assistenza ospedaliera”.***

Psichiatria di comunità ***“Il lavoro clinico in un day hospital psichiatrico territoriale e la costruzione dell'alleanza”***, volume 4 giugno 2005

TESI:

Bologna Maria Enrica, ***“Il infermiere e l'anziano fragile. Indagine sulle esperienze di vitae sull'assistenza a domicilio nel mugello”***, Firenze, 2008

De Paola Alberto, ***“Nuovi orizzonti per l'assistenza infermieristica domiciliare: esperienza e prospettiva nella Società della Salute Mugello”***, Roma, 2005

Graziani Gabriele, ***“L'invecchiamento nei comuni dell'Appennino Tosco-Emiliano: il caso dei comuni del Mugello”***, Firenze, 2007

Della Valle Donella, ***“I carichi di lavoro nelle unità operative: assistenza infermieristica territoriale dell'azienda sanitaria di Firenze e loro rilevazione in unità organizzative campione”***, Roma, 1996

SITOGRAFIA:

~~www.tuttitalia.it~~ con rapporto dati Istat della popolazione del Mugello, ultimo accesso in data 28 Settembre 2009

ALLEGATI

SCHEDA INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Gentile signore/a,

io sottoscritta Francesca Banchi, laureanda in Scienze Infermieristiche presso la sede di Borgo San Lorenzo, sto raccogliendo del materiale per l'elaborazione della Tesi di Laurea.

La tesi che intendo fare è un elaborato di ricerca, proprio per questo ho bisogno della collaborazione e disponibilità di persone che, come lei, soddisfino i requisiti scientifici idonei alla valutazione che verrà eseguita. Per questo le propongo di partecipare alla predente ricerca.

Prima di decidere, qualora lo desiderasse, può chiedere parere ai suoi familiari.

SCOPO DELLA RICERCA:

Questa ricerca si pone come obiettivo la comparazione del modello di presa in carico assistenziale da parte dell'infermiere a livello ospedaliero e domiciliare.

PROCEDURA DELLO STUDIO:

Nel caso lei acconsentisse a partecipare a questa ricerca, le sarà chiesto di firmare questo modulo di consenso Informato.

Il disegno sperimentale di questa ricerca prevede: un'intervista – dialogo con registrazione, orientata su quesiti che riguardano il suo coinvolgimento nelle attività assistenziali da parte dell'infermiere di reparto e dell'assistenza domiciliare.

RISCHI PREVEDIBILI DALLA RICERCA:

La partecipazione a questa ricerca non comporta nessun tipo di esposizione a rischio.

Ai sensi del decreto legge 196/03, relativo alla tutela delle persone per il trattamento dei dati personali, la informiamo che i suoi dati verranno raccolti ed archiviati in modo adeguato e saranno utilizzati solo ed esclusivamente per gli scopi della ricerca.

Nei risultati della ricerca, inoltre, la sua identità rimarrà sempre segreta.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io Sottoscritto _____

Dichiaro di aver ricevuto dalla studente Francesca Banchi esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta della mia partecipazione allo studio sopra descritto.

Mi è stata consegnata copia della presente scheda informativa.

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.

Accetto quindi liberamente di partecipare alla ricerca, avendo compreso tutte le informazioni riportate.

Sono consapevole che secondo la normativa vigente i miei dati personali sono utilizzati solo per scopi di ricerca.

Data _____

Firma _____

QUESTIONARIO:

PARTE RELATIVA ALLA DEGENZA IN OSPEDALE

Giorni di ricovero in ospedale: ____ circa

In che periodo _____ (indicare mese)

Medicina

Oncologia

Chirurgia

Neurologia

Ortopedia

Psichiatria – SPDC

Reparto di degenza:

1- Gli infermieri che si sono relazionati con lei durante il periodo di ricovero si sono presentati?

Conosceva già il loro nome ed il loro ruolo?

2- L'infermiere ha creato dei momenti per dialogare con la famiglia/caregiver?

3- Provvedeva autonomamente all'igiene personale?

Al momento della dimissione è stata educata la famiglia nell'esecuzione dell'igiene personale?

4- Era costretta a letto in ospedale?

Le è stata spiegata l'importanza di cambiare spesso posizione?

Al rientro a domicilio presentava lesioni da compressione che non aveva?

Al momento della dimissione:

È stata educata la famiglia/caregiver su come effettuare la mobilizzazione della persona allettata?

L'infermiere ha provveduto a far vedere come effettuare: la mobilizzazione nel letto, per trasferimenti letto/carrozzina, per trasferimenti carrozzina/wc?

È stata educata la famiglia/caregiver sulla prevenzione e cura delle lesioni da compressione?

5- Provvedeva autonomamente ad alimentarsi o necessitava di aiuto?

Presenta difficoltà nella deglutizione?

Le sono state prospettate tipologie di alimenti diversi? Necessitava di una dieta diversa (es. semiliquida) ?

Al momento della dimissione l'infermiere ha provveduto ad educarla ed educare la sua famiglia sulla tipologia di alimentazione indicata per lei e le modalità di somministrazione?

6- Ha avuto l'introduzione di sondino naso gastrico?

Le è stato spiegato il motivo e la procedura? Le è stato chiesto se era d'accordo alla procedura?

Al momento della dimissione: l'infermiere ha provveduto ad educarla ed educare la famiglia/caregiver per la gestione e cura del sondino naso gastrico?

7-Nei bisogni di eliminazione, soffre di incontinenza?

- È stato sottoposto ad introduzione di catetere vescicale?

Le è stato spiegato il motivo e la procedura?

Le è stato chiesto se era d'accordo alla procedura?

Al momento della dimissione: l'infermiere ha provveduto ad educarla e ad educare la famiglia/caregiver per la gestione del catetere vescicale?

-Tutte le volte che ha avuto bisogno di andare in bagno, le sono state proposte modalità diverse?

8- È stato sottoposto a intervento chirurgico/ortopedico?

Prima dell'intervento le sono state spiegate ed illustrate le manovre per ridurre/limitare l'insorgenza di dolore? (es. premere sulla ferita quando tossisce o si muove, ...)

Al momento della dimissione le è stato spiegato come prendersi cura della ferita chirurgica e limitare il rischio infettivo?

9- Le sono state effettuate somministrazioni intramuscolari?

È stata informata, prima della somm.ne, di che farmaco e dove le sarebbe stato somm.to?

-Le sono stati effettuati prelievi capillari (es.per il controllo della glicemia o per PTT)?

È tenuto al corrente dei valori?

10- Al momento della dimissione doveva effettuare terapia endovenosa (flebo)?

È stata educata lei e la sua famiglia alla gestione della flebo (sostituzione e smontaggio)?

11-Si è sentito in grado di poter comunicare all'infermiere le sue emozioni e paure?

Si è sentito ascoltato?

12-Si è sentito coinvolto nelle scelte e nelle attività assistenziali giornaliere?

PARTE RELATIVA ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Da quanto tempo usufruisce dell'assistenza infermieristica domiciliare?
_____ circa

Come ha attivato il servizio: _____

1-Gli infermieri che si sono relazionate con lei e con la sua famiglia si sono presentati?

Conosceva già il loro nome ed il loro ruolo?

2-L'infermiere ha creato dei momenti per dialogare con la famiglia/caregiver?

3-Provedeva autonomamente all'igiene personale al rientro a domicilio?

Sono state rilevate difficoltà nell'eseguire l'igiene personale della persona dimessa da parte della famiglia/caregiver?

si è sentito in grado di poter chiedere aiuto all'infermiere?

4-La persona è costretta a letto?

Le è stata spiegata l'importanza di cambiare spesso posizione?

Sono comparse lesioni da compressione, a causa della mancanza di informazione ed educazione del familiare/caregiver?

Al momento della presa in carico domiciliare:

È stata educata la famiglia/caregiver su come effettuare la mobilizzazione della persona allettata?

l'infermiere ha provveduto a far vedere come effettuare: la mobilizzazione nel letto, la mobilizzazione per trasferimenti Letto/carrozzina, la mobilizzazione per trasferimenti carrozzina/wc?

È stata educata la famiglia/caregiver sulla prevenzione e cura delle lesioni da compressione?

5- Provvede autonomamente ad alimentarsi o necessitava di aiuto?

Presenta difficoltà nella deglutizione?

L'infermiere ha provveduto ad educarla, ed educare la sua famiglia per l'eventuale necessitava di una dieta diversa (es. semiliquida) e sulle modalità di somministrazione?

6- Ha avuto l'introduzione di sondino naso gastrico?

Le è stato spiegato il motivo e la procedura? Le è stato chiesto se era d'accordo alla procedura?

L'infermiere ha provveduto ad educare la famiglia/caregiver per la gestione e cura del sondino naso gastrico?

7-Nei bisogni di eliminazione, soffre di incontinenza?

-È stato sottoposto ad introduzione di catetere vescicale?

Le è stato spiegato il motivo e la procedura?

Le è stato chiesto se era d'accordo alla procedura?

L'infermiere ha provveduto ad educarla e ad educare la famiglia/caregiver per la gestione del catetere vescicale?

-Ha difficoltà a recarsi in bagno nel momento in cui ne sente il bisogno? le sono state proposte modalità diverse ed eventuali ausili?

8-Dopo dimissione in seguito ad intervento chirurgico/ortopedico è stato seguito a domicilio per la cura della ferita ancora non rimarginata?

Le sono state indicate tecniche di mobilizzazione e cura da attuare?

9- Le sono state effettuate somministrazioni intramuscolari?

È stata informata, prima della somm.ne, di che farmaco e dove le sarebbe stato somm.to?

-Le vengono effettuati prelievi capillari (es. per il controllo della glicemia o per PTT)?

È tenuto al corrente dei valori?

10-Ha avuto necessità di effettuare una terapia endovenosa?

Lei e la sua famiglia siete stati educati nella gestione della flebo?

11- Si è sentito in grado di comunicare all'infermiere le sue emozioni e paure?

Si è sentito ascoltato?

12- Si è sentito coinvolto nelle scelte e nelle attività assistenziali giornaliere?

A chi è stato somministrato il questionario:

persona assistita

familiare e assistito

familiare