

## Sommario

1. INTRODUZIONE.....	3
2. MOTIVAZIONE .....	3
2.1 Motivazioni personali .....	3
2.2 Motivazioni ACD .....	3
2.3 Motivazioni CAT .....	4
3. DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI LAVORO.....	4
3.1 Politica sanitaria ed economica attuale in Ticino .....	4
3.2 Contesto lavorativo ACD del Mendrisiotto e basso Ceresio .....	5
3.3 Descrizione del ruolo dell'infermiere di legame. ....	7
3.4 Cure acute transitorie (CAT) presso la clinica S.Lucia di Arzo .....	7
3.5 Analisi del contesto territoriale in cui opero (Mendrisiotto) .....	8
3.6 Descrizione della rete sanitaria attuale nel Mendrisiotto (ACD/CAT).....	8
3.7 Analisi delle transizioni possibili.....	9
4. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA.....	10
4.1 Identificazione dei problemi principali .....	10
5. SCOPO ED OBIETTIVO DEL LAVORO .....	10
5.1 Scopo del progetto .....	10
5.2 Obiettivi primari (riferiti all'utenza e famiglia) .....	11
5.3 Obiettivi secondari (riferiti alle istituzioni).....	11
6. METOLOGIA DI LAVORO .....	11
6.1 Contatti tra istituzioni e costituzione di un gruppo di lavoro .....	11
6.2 Il vissuto dei pazienti: indagine qualitativa .....	12
6.3 Cronologia del progetto .....	13
6.4 Piano di comunicazione.....	14
7. LETTERATURA DI RIFERIMENTO.....	15
7.1 Dimissioni pianificate. ....	15
7.2 Transizioni. ....	17
7.3 L'infermiere di famiglia.....	17

7.4 Care manager.....	18
7.5 Empowerment dell'utenza e della famiglia.....	19
8. PROGETTO.....	20
8.1 Analisi delle transizioni durante la sperimentazione. ....	20
8.2 Risultanze degli incontri tra ACD e S.Lucia .....	21
8.3 Analisi della sperimentazione rispetto alla collaborazione tra enti. ....	24
8.4 Analisi della dimissione pianificata. ....	26
8.5 analisi di fattibilità .....	27
8.6 Valutazione del progetto da parte di utenza e famiglia (indagine qualitativa) .....	28
8.7 Outcomes inerenti le dimissioni pianificate.....	31
9. CONCLUSIONI.....	32
10. BIBLIOGRAFIA.....	33

## 1. INTRODUZIONE

TEMA: creazione di una rete tra strutture territoriali del Mendrisiotto, nello specifico tra l'Assistenza Cure a Domicilio del Mendrisiotto e basso Ceresio (ACD) e le Cure Acute Transitorie (CAT) offerte dalla clinica S.Lucia di Arzo.

## 2. MOTIVAZIONE

### 2.1 Motivazioni personali

La mia esperienza professionale infermieristica si è formata principalmente per otto anni nella clinica psichiatrica di Mendrisio, dunque in un presidio ospedaliero dove la presenza diretta di altri colleghi o medici garantiva un'immediata collaborazione e confronto.

Due anni fa ho deciso di cambiare ambito lavorativo, scegliendo le cure a domicilio come seconda esperienza professionale. L'inizio è stato molto difficile, non solo per la perdita di "senso di protezione" che un presidio ospedaliero offre, ma anche per la complessità che le cure a domicilio richiedono ad un professionista della salute.

Mi è stata data l'opportunità presso l'ACD del Mendrisiotto e basso Ceresio di svolgere il ruolo di infermiere di legame tra l'ACD stessa e l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio (OBV). Questa esperienza si è rivelata per me un'occasione importante di crescita professionale e mi ha offerto la possibilità di vivere una nuova concezione di cure nel territorio.

Ho avuto il privilegio di comprendere l'importanza di una presa a carico di qualità dell'utente in una ottica di reale e diretta continuità delle cure. Vivendo in prima persona l'utilità di una figura professionale sul territorio come quella dell'infermiere di legame, ho accettato con entusiasmo la proposta della direttrice sanitaria dell'ACD in cui lavoro, di un ampliamento di azione al CAT.

La formazione di infermiere di famiglia mi sta aiutando ad integrare l'esperienza maturata in questi anni come infermiere di legame alle evidenze scientifiche, sostenendomi in un processo di implementazione concettuale ed identificazione di ruolo sul territorio.

Vorrei sfruttare l'occasione della formazione di infermiere di famiglia non solo per un arricchimento personale professionale, ma soprattutto come offerta innovativa di cura sul territorio, efficace ed estremamente coerente con le esigenze di cura e le risorse economiche disponibili attualmente in Ticino.

### 2.2 Motivazioni ACD

L'ACD mostra una particolare motivazione alla creazione di una rete territoriale con le cure acute transitorie del Mendrisiotto, spinta da una volontà di potenziamento e coordinamento delle risorse di rete.

L'ACD si propone in un progetto di rete, consapevole che il domicilio è un luogo di cura privilegiato, luogo di vita dell'utente, dei propri affetti, dei disagi, ad cui attingere informazioni uniche e preziose. Anche la politica sanitaria tende a privilegiare il domicilio come luogo di cura, consapevole dei vantaggi che questo porta in un processo di cura.

Le cure a domicilio permettono più di ogni altro luogo, una visione allargata e globale sul sistema famiglia. Altro momento privilegiato per scoprire i legami e gli scenari allargati al nucleo familiare o comunitario.

Infine L'ACD è consapevole che le competenze specifiche dell'infermiere a domicilio autorizzano la proposta di un potenziamento di rete territoriale.

- Competenze sociali (negoiazione, relazione, mediazione)
- Competenze realizzative (anticipazione, osservazione, valutazione, proposte)
- Competenze gestionali (conduzione di un gruppo, lavoro di delega, feed back, sensibilità economica)
- Competenze di leadership (autorevolezza, credibilità, iniziativa, curiosità, proposte di strategie, motivazione, tenuta emotiva alle difficoltà)

## 2.3 Motivazioni CAT

Nel 2014 la clinica S.Lucia di Arzo, che offre il servizio di CAT nel territorio del Mendrisiotto con 15 posti letto, ha mostrato un interesse ad una collaborazione di rete tra enti. La partecipazione di un'infermiera del reparto CAT ad una formazione continua che implementasse la descrizione dell'infermiere di legame come realtà territoriale di care management, ha mostrato da parte della clinica stessa una motivazione a credere in progetti di collaborazione tra enti.

La collega infermiera del CAT riferiva della necessità di implementazione e scambio di informazioni riguardanti le cure dell'utente, come processo indispensabile per dare all'utenza e famiglia tempestività di risposta ai problemi, efficacia delle cure, ottimizzazione delle risorse territoriali.

Questo interscambio di esigenze dei vari servizi, mi ha portato a credere che vi era una motivazione anche presso la clinica S.Lucia per la creazione di una rete collaborativa con l'ACD del Mendrisiotto e basso Ceresio.

## 3. DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI LAVORO.

### 3.1 Politica sanitaria ed economica attuale in Ticino

Gran parte del mondo sta conoscendo degli anni di stagnazione o non crescita economica che costringe a rivalutare le varie politiche sanitarie e la gestione delle risorse economiche.

Per comprendere come rispondere alla domanda di assistenza a domicilio restando in armonia con le esigenze sanitarie ed economiche di oggi in Ticino, ho estrapolato alcuni punti significativi contenuti nella Legge sull'Assistenza e Cura a Domicilio (LACD)<sup>1</sup> che proprio nell'articolo 1 prevede che lo scopo di tale legge è di *“permettere ad ogni persona domiciliata o dimorante nel Cantone di ricevere cure e assistenza a domicilio, di coordinare le risorse disponibili sul territorio e che l'offerta di cure e assistenza a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari degli utenti”*.

---

<sup>1</sup> “Legge sull'Assistenza e Cura a Domicilio”, ultima modifica del 30 novembre 2010, [www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/pdf/idLegge/935](http://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/pdf/idLegge/935)

Sempre restando nella LACD, ritrovo un altro requisito interessante richiesto nell'articolo 11 che descrivono che *“b) garantisce prestazioni di qualità secondo parametri stabiliti dall'autorità competente; c) opera nel rispetto dei principi di economicità secondo criteri di adeguatezza definiti dall'autorità competente”*.

In questi articoli si evidenzia un richiamo importante a vari punti fondamentali per le cure al domicilio, tra i quali spiccano l'invito alla sussidiarietà di utenti e famiglia al progetto di cura, il principio di economicità ed il coordinamento delle risorse disponibili sul territorio.

La consultazione del Piano Strategico EOC 2013-2017<sup>2</sup>, permette di scoprire che il Canton Ticino è tra i cantoni Svizzeri con maggior numero di persone di età superiore ai 65 anni, arrivando ad una percentuale intorno al 21% sulla popolazione residente permanente, contro la media Svizzera che si attese intorno 17% (dato UST sulla crescita demografica 2010-2035 in Svizzera e Cantoni).

Altro dato importante che emerge da questo studio è l'evoluzione della degenza media in giorni negli ospedali regionali, che evidenzia come i tempi medi di ricovero nel 1984 erano pari a 11.5 giorni e che nel 2010 sono scesi a 7.5 giorni.

Sempre restando nello studio viene evidenziato un bisogno sempre più crescente di cure post acute e la necessità di ottimizzare la collaborazione con le altre strutture sanitarie.

Dal messaggio della pianificazione ospedaliera del dipartimento della sanità e socialità (26 maggio 2014)<sup>3</sup>, viene messo in evidenza la tendenza cantonale alla diminuzione dei posti letto acuti e una volontà di aumentare i posti letti sub-acuti (CAT). In particolar modo per quanto riguarda il territorio del Mendrisiotto che per ora prevede 15 posti letto CAT, nella pianificazione delle case di cura 2° fase (capitolo VII) al punto 1.1 si legge che *“...lo studio sul fabbisogno di cure in ambito somatico-acuto ha messo in evidenza una diminuzione delle giornate di cura previste per il 2020 del 18%, corrispondenti a circa 260 posti letto”*. Sempre nella pianificazione delle case di cura 2° fase (capitolo VII) al punto 1.6 si legge inoltre che *“In attesa che l'EOC costruisca un nuovo stabile a Mendrisio, adiacente all'Ospedale Beata Vergine, il reparto di 15 letti presso la Casa per anziani S. Lucia di Arzo potrebbe essere potenziato transitoriamente a 30 posti letto; successivamente se ne valuterà il mantenimento.”*

### 3.2 Contesto lavorativo ACD del Mendrisiotto e basso Ceresio

L'ACD del Mendrisiotto e basso Ceresio offre cure ed assistenza volte a favorire il mantenimento al domicilio di persone confrontate con una perdita di autonomia, convalescenza post-operatoria, disagio sociale e maternità. Offre una collaborazione, un coordinamento ed una consulenza con gli altri Enti sul territorio per garantire all'utenza una presa a carico completa dal punto di vista clinico, preventivo, territoriale, sociale ed umano.

Offre inoltre all'utenza la possibilità di soddisfare i propri bisogni, dall'economia domestica, passando per le cure di base, per arrivare alle cure infermieristiche, in un'ottica preventiva, riabilitativa e curativa. Dunque l'organigramma prevede diverse figure professionali sul territorio che spaziano dalle aiuto familiari alle ausiliarie di economia domestica, dalle operatrici socio sanitarie agli infermieri professionali.

---

<sup>2</sup> “Gli scenari della politica sanitaria in Ticino”, giornata di studio ASI-SUPSI, ultima modifica 2013.  
<http://www.asiticino.ch/uploads/media/Pellanda>

<sup>3</sup> “Pianificazione ospedaliera del dipartimento della sanità e socialità”, ultima modifica 26 maggio 2014.  
[http://www.ocst.com/images/stories/pdf/Messaggio\\_6945\\_Pianificazione...\(pag. 39\)](http://www.ocst.com/images/stories/pdf/Messaggio_6945_Pianificazione...(pag.39))

Nell'ambito di un'ottica collaborativa tra le varie figure professionali coinvolte nel processo di cura dell'utente, vengono discusse ed approvate decisioni che integrino le volontà della persona e della famiglia al fine di garantirgli un'adeguata relazione d'assistenza.

Revolon, "Infermiere di legame"<sup>4</sup>, cita che *"Per la verifica dei bisogni di cura ed assistenziali dell'utente il SACD ha adottato lo strumento di valutazione Rai Home Care che permette di evidenziare le necessità dell'utente e di verificare in seguito l'efficacia e la qualità degli interventi. Ogni operatore deve in oltre sviluppare la capacità di assumere le responsabilità ed i rischi poiché spesso, nonostante l'approccio sia di tipo interdisciplinare, si trova ad intervenire da solo al domicilio dell'utente"*.

L'ACD garantisce all'utenza una presa a carico 24/24 ore, grazie anche ad una collaborazione con Ticino Soccorso e SAM (Servizio ambulanza Mendrisiotto) Mendrisio. Ha stipulato delle convenzioni con una ergoterapista e una assistente sociale che partecipano attivamente nel processo di cure sul territorio dell'utenza e che vengono integrate durante le riunioni cliniche di equipe. Inoltre con Hospice e cure palliative partecipa alla cura di utenza affetta da malattie croniche, oncologiche, evolutive.

Collabora con Opera prima per il servizio di economia domestica, collocamento di personale "badante" per famiglie ed utenti, istruzione e formazione delle "badanti".

La successiva tabella 1 mostra il dato relativo al 2014 sul numero di casi trattati dall'ACD di Mendrisio rispetto alla popolazione di riferimento e come nel Mendrisiotto l'ACD abbia un tasso elevato di penetrazione nei confronti della popolazione di età superiore ai 65 anni, soprattutto rispetto alle prestazioni infermieristiche.

## DONNÉES DES 6 ASSOCIATION PUBLIQUE



Données 2014	ACD Mendrisio	SCUDO Lugano	MAGGIO Ved/Malcen	ABAD Bellinzona	ALVAD Locarno	TRE VALLI
Cas tot	2155	3319	1258	1780	2559	1156
Prest. Infirmières (A + B OPRé)	37'967	38'604	18'334	18'585	18'469	15'332
Soins de base	45'570	73'007	30'287	48'903	42'822	31'284
Menage	32'913	85'435	15'843	23'071	38'125	7'536
Population de référence	54'606	105'090	39'891	49'796	69'202	27'954
Tx de pénétration population + 65 ans	12.9 %	9.8 %	10.0 %	10.7 %	9.1 %	12.9 %

Tabella 1

<sup>4</sup> Revolon, Sabrina. "Infermiere di legame", lavoro di diploma SUPSI, Manno, 2009

### 3.3 Descrizione del ruolo dell'infermiere di legame.

La figura dell'infermiere di legame presso ACD del Mendrisiotto ha rappresentato in Ticino il primo tentativo concreto di proporre un modello di lavoro che potesse offrire una maggiore efficacia nella continuità delle cure per gli utenti seguiti dall'ACD e ricoverati in OBV.

Punti principali che caratterizzano l'operato dell'infermiere di legame:

- Tempestività di individuazione dei problemi dell'utente e famiglia
- Miglioramento della qualità e quantità di informazioni in uscita ed in entrata dall'ospedale
- Creazione di premesse per una presa a carico sicura ed efficace
- Attivazione della corretta figura professionale e contenimento dei ricoveri incongrui
- Continuità terapeutica tra la fase ospedaliera e la fase di reinserimento nel territorio

In pratica l'infermiere di legame trasmette all'OBV informazioni riguardo agli interventi forniti all'utenza sul territorio e sulle eventuali problematiche riscontrate in tale presa a carico. Il martedì e giovedì si reca fisicamente in OBV per passare direttamente nei reparti di medicina, chirurgia e geriatria, al fine di raccogliere informazioni sull'evoluzione delle cure degli utenti seguiti da ACD e registrare i nuovi casi segnalati da OBV.

Al momento della dimissione, l'infermiere di legame (care manager) trasmette ai colleghi infermieri (case manager) le informazioni sulla presa a carico dell'utente al domicilio e la lettera medica di dimissione, al fine di ottimizzare l'intervento sul territorio e dare una continuità di cura efficace.

In situazioni altamente complesse verifica la situazione dell'assistito, i suoi limiti e le sue risorse, collabora con altre figure professionali ed utente al processo di cura, organizza per il domicilio il materiale occorrente.

### 3.4 Cure acute transitorie (CAT) presso la clinica S.Lucia di Arzo

*"L'Assemblea federale<sup>5</sup>...ha approvato un nuovo concetto di cure, limitate nel tempo e consecutive ad un soggiorno ospedaliero, denominate prestazioni di "cure acute e transitorie (CAT)". È previsto che sia il medico ospedaliero che prescrive, alla dimissione di un paziente che era degente, le cosiddette prestazioni CAT.*

Queste terapie sono un insieme di cure infermieristiche (consigli e istruzioni, esami e cure, cure di base) erogate in base ad una valutazione del bisogno terapeutico e il cui obiettivo è ristabilire *"[...] le competenze di cura personali in modo che il paziente possa riappropriarsi delle capacità disponibili e delle possibilità presenti nel suo spazio usuale prima della degenza in ospedale".*

Tutti i pazienti dimessi da un ospedale o da una clinica del Cantone che soddisfano le condizioni enunciate nel modulo d'annuncio per cure acute e transitorie (CAT) potranno usufruire di queste cure presso quattro Istituti per anziani se in età AVS (64 anni per le donne e 65 per gli uomini) o al proprio domicilio (indipendentemente dall'età). Attualmente è possibile usufruire dei trattamenti di cure acute e transitorie solo presso alcuni istituti per anziani (quindi per il momento limitatamente a persone in età AVS), tra i quali anche la Casa per anziani Santa Lucia, 6864 Arzo con i suoi 15 posti letto.

---

<sup>5</sup> "Assemblea federale", ultima modifica 13 giugno 2008. [www.m4.ti.ch/.../umc/cosa-facciamo/vigilanza/cure-acute-e-transitorie-cat](http://www.m4.ti.ch/.../umc/cosa-facciamo/vigilanza/cure-acute-e-transitorie-cat)

### 3.5 Analisi del contesto territoriale in cui opero (Mendrisiotto)

L'ACD del Mendrisiotto e basso Ceresio è inserito in un contesto territoriale vasto che comprende zone di montagna e lacustri, cittadine e piccoli nuclei decentrati. Il presidio Ospedaliero a cui fa capo tale territorio è l'Ospedale Beata Vergine che è parte integrante dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), mentre gli unici 15 posti di CAT sono situati alla clinica S.Lucia di Arzo.

Dal messaggio della pianificazione ospedaliera del dipartimento della sanità e socialità del 26 maggio 2014, viene messo in luce che i 15 posti CAT presenti nel Mendrisiotto non riescono a coprire il fabbisogno del bacino di utenza che quel territorio presenta. Infatti si evidenzia il progetto di creazione di altri 15 posti letto, inizialmente attribuibili alla clinica S.Lucia di Arzo.

Carugati, "La nostra sanità va difesa"<sup>6</sup>, riporta alcune statistiche relative alla regione Medrisiotto e la carenza dei posti letto CAT. Cita che la popolazione del Mendrisiotto nel 2014 era pari a 50.357 unità, le persone dimesse da OBV nel 2014 sono state 6.613 di cui 85% sono rientrati al domicilio, con gli aiuti domiciliari il 20% e trasferiti per convalescenza il 13%.

Si mette in evidenza come con la prospettiva della nuova pianificazione dei letti post acuti nel Mendrisiotto sia di 30 posti (15 Arzo e 15 OBV) con una media letti ogni mille abitanti pari allo 0.6. Media che rispetto agli altri distretti ticinesi (media 0.8) risulta più bassa. Il monito del dott. Balestra (direttore sanitario OBV) è che servirebbero almeno 45 posti letto post acuti e questa proposta è sostenuta da molti comuni del territorio.

### 3.6 Descrizione della rete sanitaria attuale nel Mendrisiotto (ACD/CAT)

Le relazioni tra OBV ed ACD sono costituite da una collaborazione con le direzioni, con Momosan e dall'infermiere di legame ACD con le assistenti sociali e medici/infermieri dei vari reparti di medicina e chirurgia. Sempre in ambito ospedaliero l'ACD collabora con il reparto di Oncologia e l'Ambulatorio Cura Ferite, scambiandosi informazioni utili e specifiche dei relativi ambiti di cura.

L'ACD ha una stretta collaborazione con il servizio Hospice di Mendrisio. Collaborazione che avviene telefonicamente, tramite posta elettronica e una volta alla settimana attraverso una riunione in sede ACD, dove si discutono i casi seguiti da entrambe le istituzioni.

I rapporti con la clinica S.Lucia di Arzo sono costituiti principalmente da una lettera infermieristica di dimissione e nei casi più complessi da una telefonata in sede ACD per rendere più efficace la comunicazione.

Con la Clinica Psichiatrica Cantonale di Mendrisio, l'ACD sta da qualche anno provando a trovare la strada giusta per una collaborazione che per ora non ha trovato sbocco. Comunque l'ACD si trova pronta ad ampliare la presa a carico sul territorio dell'utenza con patologia psichiatrica, con la presenza nell'organico dei collaboratori, di due infermieri con specializzazione in salute mentale e psichiatria ed una infermiera in formazione.

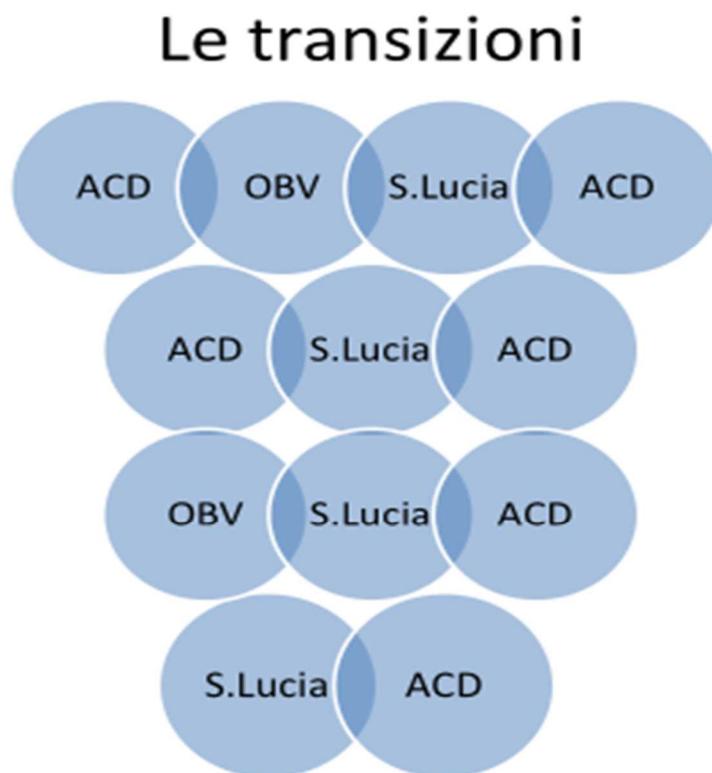
---

<sup>6</sup> Carugati D. "La nostra sanità va difesa". *La Regione*, 09 novembre 2015.

L'ACD ha trovato un accordo anche con il Servizio Ambulanze Mendrisio (SAM) e Ticino Soccorso. Collaborazione che permette di garantire all'utenza seguita dall'ACD un intervento 24/24 per sette giorni della settimana. Inoltre collabora con l'Associazione Mendrisiotto Anziani (AMA) per trasporti a tariffe agevolate di utenza seguita dall'ACD in visita medica o specialistica.

Infine i rapporti di rete con le Case per Anziani (CpA) del Mendrisiotto risultano scarse, con un passaggio di informazioni tra istituzioni legato esclusivamente a casistica complessa. Comunque l'attuale lavoro di potenziamento di rete territoriale che sto sviluppando, darà un possibile seguito ad una implementazione di collaborazione con le cinque CpA del comune di Mendrisio, con un progetto futuro di allargare i rapporti a tutte le CpA del Mendrisiotto.

### 3.7 Analisi delle transizioni possibili



Schema 1.

Nello schema 1 vengono rappresentate graficamente le possibilità di transizioni dell'utente seguito da ACD con la clinica S.Lucia e l'ospedale Beata Vergine di Mendrisio. Tutte le transizioni riportate qui sopra hanno come peculiarità quella di essere collegate tra loro dall'infermiere di legame. Il lavoro attuale sviluppa il progetto in tal senso, con l'intento di offrire una continuità delle cure. Inoltre offre la possibilità di elargire all'assistito e alla sua famiglia/comunità una migliore qualità degli interventi attraverso una dimissione pianificata e condivisa.

## **4. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA.**

### **4.1 Identificazione dei problemi principali**

Alla luce di quanto emerso nel capitolo 2 (legato alle motivazioni) e del capitolo 3 (sul contesto territoriale e le sue peculiarità), si evidenziano diversi punti critici del sistema rete nel comprensorio del Mendrisiotto.

In primis, emerge una scarsa presenza di sistema rete tra l'ACD e le istituzioni CAT e CpA che rischia di aumentare la possibilità che venga meno il principio di centralità dell'utente e della famiglia nel piano di cura.

Una sottile collaborazione tra CpA/CAT e ACD pone un importante rischio di alterazione della continuità delle cure e tempestività di individuazione di un piano di cura adeguato verso l'utenza e la sua famiglia. La scarsa esistenza di una rete tra le istituzioni sopracitate e l'esperienza vissuta direttamente sul campo tramite la figura dell'infermiere di legame con l'OBV, motivano l'ACD allo sviluppo di una rete territoriale che punta non solo a costituirsi con il CAT ma eventualmente anche con le varie Case per Anziani sparse nel Mendrisiotto.

In secondo luogo, il numero di posti letto CAT nel Mendrisiotto risulta essere minore rispetto alla media degli altri comprensori ticinesi. Sembra in previsione nei prossimi anni lo sviluppo di un progetto relativo al potenziamento di tali posti letto che andrà ad aumentare il flusso di utenza in sub-acuto, creando un relativo aumento di degenze e un crescente bisogno di scambio di informazioni tra le varie istituzioni.

## **5. SCOPO ED OBIETTIVO DEL LAVORO**

### **5.1 Scopo del progetto**

Favorire una efficace continuità delle cure dell'utenza attraverso un potenziamento del sistema rete nel Mendrisiotto tra l'ACD e le CAT presso la clinica S.Lucia di Arzo.

Il lavoro che ho sviluppato mira ad un consolidamento ed un'ottimizzazione delle risorse che il sistema rete potenzialmente può offrire, al fine di fornire una risposta concreta alle politiche economiche-sanitarie in Ticino ed alla richiesta di qualità di cure da parte di utenza e famiglia/comunità. Per ottenere questo risultato credo che sia fondamentale, individuare le priorità di presa a carico di un utente e la sua famiglia.

Solo attraverso una attenta analisi del sistema famiglia e/o comunità che ruotano intorno all'utenza, si può arrivare a determinare il problema prioritario e con esso sviluppare un progetto di cura evolutivo.

In questo lavoro ho voluto allargare il ruolo che attualmente occupo di infermiere di legame ai CAT del Mendrisiotto e non solo all'attuale OBV.

## 5.2 Obiettivi primari (riferiti all'utenza e famiglia)

- Garantire una comunicazione chiara e trasparente che mantenga costantemente al centro delle cure l'utenza e la sua famiglia
- Garantire una tempestività di individuazione dei problemi principali legati all'utenza e famiglia
- Offrire all'utenza e famiglia una qualità e una continuità delle cure, con un processo di cura che sia condiviso e implementato ad un concetto di sussidiarietà

## 5.3 Obiettivi secondari (riferiti alle istituzioni)

- Sviluppare un potenziamento di rete territoriale nel Mendrisiotto per offrire un aumento dell'efficacia dei servizi offerti all'utenza
- Migliorare lo scambio di informazioni relative all'utenza tra ACD di Mendrisio e CAT di S.Lucia Arzo
- Evitare sovrapposizioni di interventi di cura tra i vari servizi di rete

# 6. METOLOGIA DI LAVORO

## 6.1 Contatti tra istituzioni e costituzione di un gruppo di lavoro

La metodologia del mio lavoro inizialmente ha richiesto un'individuazione di potenziali stakeholder che potessero avere un'influenza positiva nei confronti del mio lavoro sul potenziamento di rete tra ACD e CAT.

Con il supporto fondamentale della direzione ACD, inizialmente ho individuato nel presidente dell'ACD del Mendrisiotto un importante stakeholder, in quanto personaggio noto e riconosciuto, impegnato su diversi fronti politico e sanitario del territorio.

Successivamente ho ipotizzato come possibili stakeholder 2 medici curanti facenti parte del comitato dell'ACD che collaborano attivamente con il CAT di Arzo, oltre al direttore medico del CAT di Arzo. Fondamentale è stato il coinvolgimento della direzione ACD nell'avviare i contatti con gli stakeholder sopracitati e favorire i contatti con la direzione sanitaria, medica e la responsabile infermieristica della clinica di Arzo.

La fase seguente ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro tra ACD e CAT, caratterizzato da varie figure con diverse competenze e motivazioni come un promotore, una figura critica al progetto, un soggetto con potere decisionale da entrambe le istituzioni ed il project manager che garantisca la sostenibilità e la continuità del progetto.

Obiettivi che sono posto per la costituzione del gruppo di lavoro S.Lucia/ACD:

- Conoscenza reciproca dei costituenti il gruppo
- Condivisione del progetto di rete territoriale
- Ricerca e condivisione di modalità di funzionamento e strategie
- Individuazione di diritti e doveri
- Riconoscimento di responsabilità e dei reciproci impegni assunti
- Creazione del gruppo di lavoro, definire il mandato di tale gruppo

## 6.2 Il vissuto dei pazienti: indagini qualitative

Per una raccolta dati sulla soddisfazione dell'utenza rispetto alla dimissione e rientro al domicilio, ho pensato di utilizzare un'indagine di tipo qualitativa, visto il numero basso di casi interessati. I campioni sono stati individuati nel periodo della sperimentazione, da inizio agosto a fine ottobre. Basandomi sulla media registrata nella banca dati dell'ACD il numero medio si aggira intorno a 8 casi al mese, quasi tutti interessati da diverse patologie croniche.

In seguito l'idea è di allestire degli outcomes da valutare in periodo di tempo tra i 10 e 15 giorni dalla dimissione dell'utente e di utilizzarli come strumento di misurazione dell'efficacia del lavoro.

Le domande poste agli utenti e familiari rispetto ai propri vissuti nella dimissione da S.Lucia e rientro al domicilio con interventi ACD le ho previste di tipo aperto, al fine di ottenere maggiori informazioni qualitative e particolari importanti nella transizione.

Inoltre ho previsto di applicarle anche ai familiari o caregiver principale al fine di implementare i loro vissuti in un discorso più ampio, inerente all'infermiere di famiglia. Le domande che ho previsto sono le seguenti:

1. Come avete vissuto il rientro al domicilio?
2. Che informazioni sulla vostra situazione di malattia avete ricevuto?
3. Che informazioni avete ricevuto in merito al vostro rientro al domicilio e alla presa a carico che vi attendeva a casa?
4. Cosa vi è mancato per un rientro al domicilio migliore?
5. Cosa ha funzionato secondo voi nella dimissione e rientro al domicilio?

Questa raccolta di dati ha lo scopo di valutare la qualità di prestazione offerta e laddove ve ne fosse la necessità, individuare i punti in cui l'assistenza non ha funzionato o richiede un cambiamento di intervento.

Lo sviluppo del lavoro prevede un momento di analisi e revisione della letteratura al fine di dare una evidenza scientifica al lavoro stesso e garantire una qualità dei contenuti.

Inoltre sono stati previsti diversi momenti dedicati alla valutazione del lavoro per poter restare coerenti con il tema e gli obiettivi da raggiungere, oltre che fornire dati importanti sulla riuscita del progetto. Il project manager è il responsabile e garante della parte di ricerca e sviluppo delle indagini qualitative relative a pazienti e famiglia.

### 6.3 Cronologia del progetto

	azioni	03.15	04.15	05.15	06.15	07.15	8.15	09.15	10.15	11.15	12.15
fase 1	Accordo condirezione										
fase 2	Individuazione stakeholder										
fase 3	Incontro acd/s.lucia e gruppo lavoro										
fase 4	Sviluppo proget.										
fase 5	Incontri gruppo di lavoro										
fase 6	Raccolta/analisi della letteratura										
fase 7	Elaborazione documenti										
Fase 8	Approvazione documento										
fase 9	Periodo sperimentazione										
fase 10	Valutazione e controllo										
Fase 11	Analisi dei dati										
Fase 12	Variazioni cambiamenti progetto										
Fase 13	Rivalutazione progetto e nuovi obiettivi										

## 6.4 Piano di comunicazione

L'aspetto della comunicazione riveste un ruolo fondamentale per una buona riuscita di ogni progetto.

<b>pubblico</b>	<b>obiettivo</b>	<b>chi comunica</b>	<b>Canale di comunicazione</b>	<b>frequenza</b>
Direzione ACD	Ideazione progetto e condivisione obiettivi	Project manager	Verbale, posta elettronica, cartaceo	Marzo 2015
Stakeholder	intermediazione e condivisione progetto ACD/CAT	Direzione ACD Project manager	verbale	Marzo, aprile, maggio
Comitato ACD	Presentazione del progetto	Direzione ACD	Seduta di comitato, orale	1 volta
Direzione ACD/CAT Infermiere CAT	Condivisione progetto e creazione gruppo lavoro	project manager	Orale, powerpoint	1 volta
Capi equipe ACD, Infermiera legame	Presentazione progetto	Project manager	Orale, verbale, scritto	3 volte
Gruppo di lavoro	Sviluppo del lavoro	Project manager	Orale, verbale scritto, posta elettronica	4 volte Luglio-agosto settembre-ottobre
Direzione sanitaria ACD	Avanzamento del progetto	project manager	Verbale, posta elettronica	5volte Giugno-luglio- agosto Settembre-ottobre
Direzione ACD Capi equipe ACD Infermiera legame	Avanzamento del progetto	Project manager	verbale	1 volta
Gruppo di lavoro	Termine sperimentazione	Project manager	Verbale scritto	Fine ottobre 2015
Direz. ACD/CAT Infermiere CAT/ACD	Valutazione finale sperimentazione	Project manager Infermiere CAT	Orale, powerpoint	Novembre 2015
Comitato ACD Direzione ACD Capi equipe ACD Infermiera legame	Termine della sperimentazione	Project manager	Seduta di comitato, oralmente, powerpoint	Novembre 2015
Popolazione	Fine progetto	Direzione ACD e direzione CAT	Mezzo stampa	Dicembre 2015

## 7. LETTERATURA DI RIFERIMENTO

### 7.1 Dimissioni pianificate.

Come indicato da Saiani et al. (2004)<sup>7</sup> i sistemi sanitari hanno visto negli ultimi decenni sviluppare una progressiva diminuzione dei giorni di degenza media che hanno spinto ad una maggiore assistenza clinica ospedaliera ma alla quale non ha fatto immediato eco un rafforzamento delle cure offerte su territorio. Attualmente la tendenza è di articolare maggiormente la catena ospedale, cure intermedie, cure territoriali. Si evidenzia come la dimissione sia la parte più delicata e fragile per un utente nelle sue transizioni. Solo da poco si è iniziato a riconoscere la dimissione come un aspetto fondamentale nella cura della persona che deve sentirsi coinvolto e guidato in tale esperienza.

Tre punti fondamentali sono necessari nella dimissione:

- la dimissione della persona deve essere preparata tempestivamente (precocità che permette ad utente e famiglia di partecipare in modo più efficace ad eventuali decisioni).
- creare un sistema che preveda piani assistenziali integrati e che continuino anche dopo la dimissione (multidisciplinarietà, dove ogni professionista interessato è coinvolto nella creazione di un piano di cura)
- valorizzare le risorse informali del paziente

La dimissione rappresenta un passaggio da un tipo di cura ad elevata intensità non continuativa ad un altro meno intenso ma spesso duraturo nel tempo, soprattutto per utenti con patologie croniche. Per persone con situazioni somatiche, psichiche o sociali che li rendono "fragili", la dimissione non deve essere improvvisata od organizzata da singole figure sanitarie. Essa deve essere preparata, cioè deve prevedere un programma condiviso da tutti gli enti interessati (ospedale, servizi territoriali, medici curanti, strutture di riabilitazione, ecc.) con piani di cura in cui ogni figura professionale coinvolta è in grado di operare con le proprie competenze e relative responsabilità.

I due tipi di dimissioni che creano maggiori ostacoli di solito sono le dimissioni ritardate e le dimissioni difficili. Nelle dimissioni ritardate spesso si osservano come cause principali:

- una inadeguata valutazione dell'assistito e della sua situazione sociale da parte di infermieri e medici,
- un'organizzazione non efficace nell'attivare una rete esterna al paziente
- una difficoltà di comunicazione tra ospedale e servizio territoriale o che si occuperà dell'utente una volta dimesso.

Nelle dimissioni difficili subentrano diversi fattori determinanti:

- nuovi bisogni assistenziali creati da un'imprevedibilità dell'evento occorso al paziente ed eventuali tempi corti possono mettere in difficoltà la famiglia (adattare la casa alla nuova situazione dell'assistito, aumento dei tempi di assistenza alla persona, ricerca di risorse esterne come ad esempio una badante, ecc.)
- situazioni di cura altamente complesse che richiedono l'attivazione di diverse figure professionali o risorse al domicilio (ossigenoterapia, nutrizione parenterale, ecc.).
- difficoltà di reperire nel breve periodo di un posto letto di convalescenza o riabilitazione.

---

<sup>7</sup>Saiani et al. *Guida di autoapprendimento. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*, 234-241

Spesso nelle dimissioni difficili si evidenziano variabili correlate a malattie croniche (insufficienza renale, diabete, scompenso cardiaco, peggioramento irreversibile delle condizioni cognitive e fisiche, età avanzata, dipendenza da ossigenoterapia, accompagnamenti alla fase terminale di vita).

La dimissione pianificata è un processo costituito da 5 fasi fondamentali:

1. indagine puntuale dell'assistito ed identificazione dei suoi bisogni
2. riconoscere possibile dimissione ritardata o difficile ed il suo grado di rischio
3. partecipazione di utente e famiglia al piano di dimissione
4. attivazione delle risorse essenziali per una dimissione, occupandosi dei problemi reali o potenziali
5. garantire una rivalutazione della situazione dell'utente (stabilendone i tempi e le modalità)

Naylor et al. (1999)<sup>8</sup> sostiene che la dimissione dovrebbe essere attivata già al ricovero dell'utente o dopo pochi giorni (massimo tre giorni), con costante rivalutazione della situazione. Dunque una valutazione iniziale permetterebbe di identificare il rischio di una potenziale dimissione difficile. L'indagine dovrebbe agire in diverse aree:

- valutazione abilità nelle attività di vita quotidiana.
- valutazione stato cognitivo e psicologico.
- valutazione delle risorse al domicilio (famiglia, relazioni sociali)
- valutazione dell'ubicazione e sue caratteristiche (limitanti o favorevoli)
- valutazione di mezzi ausiliari
- valutazione di desideri/propensioni dell'assistito
- valutazione delle necessità di interventi educativi

Questi dati dovrebbero aiutare i curanti nell'identificazione di potenziali problemi che si potrebbero verificare successivamente alla dimissione.

Saiani et al. (2004)<sup>9</sup> descrivono i vantaggi derivanti da una dimissione pianificata:

- aumento di aderenza terapeutica e soddisfazione dell'assistito, dei familiari e delle figure professionali coinvolte. Maggiore sensazione di fiducia nel sistema sanitario.
- potenziare la percezione dei qualità delle cure offerte e l'attitudine alla cooperazione di equipe.
- riduzione del rischio di riammissioni ospedaliere in periodi ravvicinati e incidenza di complicanze al rientro al domicilio.
- riduzione dei giorni di degenza (precoce pianificazione della dimissione).
- diminuzione di problemi clinici al rientro al domicilio e maggiore efficacia di cure da parte del caregiver con sensazione di maggiore sicurezza e serenità, minore percezione di sentirsi soli.
- maggiore possibilità di visite al domicilio da parte del medico curante.
- aumento della visibilità e collaborazione tra servizi, conoscenza delle rispettive caratteristiche e specificità o difficoltà dei vari ambiti lavorativi.

---

<sup>8</sup>Naylor et al. *Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trials*, 281:613-20

<sup>9</sup>Saiani et al. *Guida di autoapprendimento. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*, 240-241

## 7.2 Transizioni.

Il dizionario treccani, definisce la transizione come un “*passaggio da un modo di essere o di vita a un altro, da una condizione o situazione a una nuova e diversa*”.

La teoria delle transizioni di Meleis et al. (2000)<sup>10</sup> spiega come le transizioni posseggono delle proprietà legate all'esperienza di un individuo. Queste proprietà si evidenziano nella consapevolezza, nell'impegno, nel cambiamento e differenziazione nelle varie fasi, nella durata dell'esperienza e nei punti più difficili.

Caratteristiche importanti delle transizioni sono la loro complessità ed il coinvolgimento di molteplici dimensioni dell'assistito ed il suo entourage. Si sviluppano attraverso degli spostamenti e modificazioni nel tempo, causando trasformazioni di ruoli sociali, identità ed abilità personali, specificità individuali e comportamentali. Con le transizioni si assiste, nella persona che le subisce, un processo di modificazione negli schemi e modelli di vita.

Alcune strategie per sostenere l'assistito nel complesso vissuto di una transizione. Innanzitutto si deve dare importanza alla pianificazione delle cure e ad uno chiaro passaggio d'informazione al paziente ed alla sua famiglia. Il rispetto dei tempi che ogni individuo necessita per riuscire a comprendere ed accettare un evento, prepararsi ad un cambiamento. Spostare l'attenzione dalla sensazione di urgenza a trovare un significato del proprio vissuto.

Ecco che le transizioni si manifestano in diverse modalità nell'individuo, interessando i suoi luoghi di vita e di cura, i vissuti di separazione o allontanamento, la sfera psicosociale e spirituale.

## 7.3 L'infermiere di famiglia

Nel testo di Sasso et al (2005)<sup>11</sup> vengono evidenziate le competenze richieste all'infermiere di famiglia si fondano su abilità di tecniche di base, sapere scientifico e morale.

In altri termini si richiede:

- alta competenza tecnico-scientifica
- competenza di valutazione e decisione con seguente agito diretto o delega
- competenza di educazione all'autocura e auto assistenza, tenuto conto anche della famiglia (mettere al corrente l'assistito rispetto al suo stato di salute e renderlo edotto per aumentarne il grado di indipendenza attraverso scelte consapevoli)

Vengono in seguito descritte le funzioni infermieristiche fondamentali per dare continuità di cura:

- la prevenzione e il riconoscimento precoce della diagnosi, strettamente correlate con un progetto di educazione alla salute (basilare per aumentare la consapevolezza della comunità e dare loro la possibilità di cambiare comportamenti per evitare i rischi di malattia).

---

<sup>10</sup> Meleiset al. *The Midrange Transition Theory advances in Nursing Science*, 12-28.

<sup>11</sup> Sasso et al. *L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*.

- assistenza infermieristica che garantisce l'identificazione del bisogno, l'attività di pianificazione, attuazione e valutazione dell'agito infermieristico (dimensione della relazione, della tecnica, dell'etica)
- autogestione della malattia tramite l'educazione terapeutica, intesa come processo educativo volto come sostegno all'utenza, famiglia e comunità, per fornire la capacità di gestire in modo migliore la malattia e la propria vita. Questo processo richiede l'intervento di *“sensibilizzazione, informazione, apprendimento, aiuto psicologico e sociale in relazione alla malattia, ai trattamenti, alla prevenzione delle complicanze, agli stati d'animo”*.
- aspetto gestionale, cioè pianificazione e valutazione interventi. In questa funzione si richiede all'infermiere la competenza di definire la priorità, obiettivi, piano di lavoro personale e integrato al gruppo di lavoro, ottimizzare le risorse, integrare le altre figure professionali al progetto di cura (aspetto organizzativo per lo svolgimento dell'attività)
- consulenza, dove si richiede la capacità di identificare e facilitare le risorse a disposizione dell'assistito dopo un attento esame familiare e di equipe.
- formazione, con funzione di valutazione ed autovalutazione delle competenze e conoscenze personali e del gruppo di lavoro. Si definiscono le esigenze formative.
- ricerca, attivarsi in programmi di ricerca e saper trovare informazioni scientificamente valide.

## 7.4 Care manager.

Secondo Society of America (2009)<sup>12</sup>, il care manager è quella figura che garantisce *“un processo di sviluppo di assistenza sanitaria che aiuta a realizzare i più importanti outcome sanitari, per agire in anticipo e collegare più velocemente i clienti con i servizi di cui necessita”*.

Secondo Croso (2013)<sup>13</sup> il care manager è colui che esegue *“un'attenta analisi di criticità sul tema delle dimissioni dall'ospedale e dalla continuità di cure, oltre che al confronto tra chi assiste e chi organizza per assistere”*.

Il care manager, secondo A.S.L. di Biella<sup>14</sup>, interagisce con l'assistito al fine di sostenerlo nella gestione in autonomia dei suoi disagi e compiere un'azione educativa verso modalità di vita atte a conservare la salute.

Svolge un lavoro in affiancamento ad altre figure professionali e di facilitatore ed accompagnatore per il paziente ed i suoi familiari, attraverso la funzione di:

- indagine sugli utenti di cui occuparsi con una successiva ricerca di dati specifici
- obiettivi realizzabili e definiti attraverso una contrattazione con paziente e famiglia con successiva valutazione di conseguimento di tali obiettivi.
- dimissione pianificata

<sup>12</sup> Case Management Society of America (CMSA, 2009)

<sup>13</sup> “Dimissioni difficili: dalla rilevazione di criticità alla costruzione di un'opportunità, il Care manager”, ultima modifica 2013, <http://www.ipasvi.it>

<sup>14</sup> Manuale dimissioni ASL BI, Azienda Sanitaria Locale di Biella, (2008)

- individuazione, sviluppo e verifica di progetti educativi
- incontri con figure professionali coinvolti nel progetto.
- incontri con paziente e familiari, caregiver.
- responsabilità in dimissione della documentazione di cura

Il ruolo e la funzione del care manager si integra con una frase pubblicata da AA.VV., (2004)<sup>15</sup>, *“la persona con problemi di salute ha bisogno di professionisti che assicurino il governo dei processi assistenziali di cui tutti siamo stimolati a conoscere e sostenere una pratica basata sulle migliori evidenze e a perseguire standard ottimali attraverso la formulazione e la gestione dei rischi, la riflessione critica e lo sviluppo professionale”*

## 7.5 Empowerment dell'utenza e della famiglia

Sasso et al. (2005)<sup>16</sup> descrive come si sta assistendo ad un passaggio dal modello di cura paternalistico dove ci si sostituiva alla persona nel potere decisionale, ad un modello in cui il cittadino decide per il suo intervento sanitario. Per cui diventa fondamentale che il cittadino stesso abbia le informazioni adeguate e diritto all'informazione corretta. Si tratta di un cambiamento storico importante, *“Al vecchio paternalismo si va esplicitamente sostituendo il concetto di empowerment del cittadino”*.

Per gestire al meglio un problema di salute diventa basilare integrare e condividere il progetto di cura tutte le figure professionali interessate. Progetto che tiene conto dei bisogni e speranze della persona interessata che con le proprie competenze diventa il primo attore del progetto di cura. Il passaggio da *“potere sulla persona a un potere con la persona”*, non trova pronti tutti i cittadini a compiere questo cambiamento, per cui resta all'infermiere aumentare l'autostima della persona assistita al fine di traghettarla nel scegliere in modo consapevole il proprio destino. L'empowerment spinge il cittadino a scoprire le proprie risorse, valori, le strategie da utilizzare, pianificare nel tempo, valutare i costi e benefici, rinforzarsi dagli errori per migliorarsi.

Nella *“continuità assistenziale”*, la famiglia o la comunità risultano *“soggetti informali della comunità”*, identificandoli come una risorsa valida da esplorare per un sostegno almeno verso alcuni problemi della persona che necessita di assistenza. Interessante osservare come la continuità assistenziale si trasformi in un *“sistema socio-sanitario integrato”*, in un ottica di *“moderno e civile sistema sanitario”*.

Elementi fondamentali per garantire la continuità assistenziale sono:

- percorsi facilitati, non burocratici, nelle varie fasi di cura e transizioni
- organizzare il sistema di continuità (l'utente che deve spesso ricorrere ai servizi sanitari rimane maggiormente sottoposto a stress, con un rischio di mancanza di continuità di cura tra i vari elementi che compongono il sistema di cura, difficoltà di comprendere e collegare il percorso di cura nelle sue transizioni).
- dare continuità al percorso informativo (spesso la persona assistita si deve adattare alla comprensione del linguaggio clinico in base alle personali capacità cognitive e bagaglio di competenze ed esperienze)
- integrazione ospedale-territorio (le strutture agiscono coerentemente alla propria missione/mandato)

<sup>15</sup> AA.VV., *Una linea d'ombra: l'esigenza di definire confini tra le funzioni organizzative dei coordinatori e degli infermieri*, 20 e ss.

<sup>16</sup> Sasso et al. *L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*,

## 8. PROGETTO

### 8.1 Analisi delle transizioni durante la sperimentazione.

TRANSIZIONI	PERIODO DI SPERIMENTAZIONE		
	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE
ACD-OBV-S.LUCIA-ACD	6	3	9
ACD-S.LUCIA-ACD	5	6	4
OBV-S.LUCIA-ACD	1	2	3
S.LUCIA-ACD	0	1	0
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>16</b>

Da questa ricerca di tipo quantitativa emerge chiaramente un numero pressoché costante di utenti ACD che sono transitati presso la clinica S.Lucia, in media 12 persone al mese, tranne nel mese di ottobre che il numero è salito a 16, con un incremento di utenti ACD ricoverati in letti CAT o nuovi utenti CAT presentati al servizio territoriale. Questo potrebbe spiegarsi con una diminuzione di ricoveri per utenti ACD che dal domicilio sono stati ammessi direttamente alla clinica S.Lucia, come STT (soggiorno temporaneo transitorio) che di solito rappresentano un numero maggiore nel periodo estivo (famiglia o badante in vacanza).

Comunque la media degli utenti interessati dalle transizioni rappresentate nello schema 1 (pag. 8) risulta più elevata rispetto alle stime iniziali che si aggiravano intorno alle 8 unità. Inoltre si osserva che i casi più numerosi sono rappresentati dagli utenti ACD che hanno avuto necessità di ricovero in OBV e/o S.Lucia.

Il dato numerico basso di utenti CAT non ancora seguiti dal servizio territoriale (annunciati da OBV poi trasferiti alla clinica S.Lucia oppure annunciati direttamente da S.Lucia) me lo spiego con il fatto che il ruolo di infermiere di legame con l'OBV anticipa l'eventuale segnalazione di un utente che necessita del servizio territoriale.

Infatti durante la fase di sperimentazione ho potuto constatare che i pochi casi registrati erano rappresentati da pazienti trasferiti a S.Lucia da altre strutture ospedaliere extra Mendrisiotto (clinica Moncucco di Lugano in primis).

Sempre il ruolo di infermiere di legame presso l'OBV mi ha permesso inoltre di quantificare il numero mensile di utenti seguiti da ACD che, una volta ricoverati in OBV, necessitano di una convalescenza. Nella seguente tabella intendo mostrare il numero di utenti segnalati come nuovi o già seguiti dall'ACD ricoverati in OBV durante i tre mesi di sperimentazione (agosto, settembre, ottobre) e quanti di questi hanno necessitato di convalescenza come CAT. Di questi, ho indicato il numero di utenti inviati come CAT presso la clinica S.Lucia e quelli trasferiti in altre strutture con posti CAT situate fuori territorio (Luganese, Bellinzonese, Locarnese e Tre Valli).

Tipologia di utenza	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE
Utenti seguiti da ACD ricoverati in OBV (compreso nuove segnalazioni OBV)	108	98	95
Utenti seguiti da ACD che hanno necessitato di convalescenza da OBV (CAT)	18	14	16
Utenti ACD trasferiti per continuazione cure (CAT) da OBV presso la clinica S.Lucia	6	3	9
Utenti ACD trasferiti per continuazione cure (CAT) da OBV in strutture extra Mendrisiotto	12	11	7

Questa indagine evidenzia quanto già espresso nel paragrafo 3.5 in cui veniva citato il messaggio della pianificazione ospedaliera del dipartimento della sanità e socialità del 26 maggio 2014, che descriveva come i 15 posti CAT presenti nel Mendrisiotto non riescono a coprire il fabbisogno del bacino di utenza di questo territorio.

Infatti si nota che l'utenza seguita dall'ACD e ricoverata in OBV, necessitante di convalescenza, si aggira tra il 15% ed il 20% rispetto al numero di ricoveri totali.

Inoltre si osserva che mediamente il numero di trasferimenti fuori Mendrisiotto per convalescenze di CAT risulta superiore rispetto ai ricoveri CAT alla clinica S.Lucia. Solo in ottobre questo rapporto diventa quasi paritario, probabilmente per la minor richiesta di STT che consente di disporre di un numero maggiore di posti CAT nel Mendrisiotto.

Da sottolineare, come dato emergente dall'esperienza maturata come infermiere di legame con l'OBV, che mediamente sono circa una decina al mese gli utenti seguiti da ACD ricoverati in OBV che vengono dimessi per il domicilio a causa dei tempi lunghi d'attesa per un posto letto CAT nel Sottoceneri.

## 8.2 Risultanze degli incontri tra ACD e S.Lucia

### 1° incontro del 08 giugno 2015

	Direzione S.Lucia	Direzione ACD	Project manager
Temi da discutere	condivisione progetto SUPSI	condivisione progetto SUPSI	Presentazione progetto SUPSI
Obiettivi	-Collaborazione con ACD -Proposte organizzative -Evitare riospedalizzazioni	-Collaborazione con S.Lucia -Proposte organizzative -permanenza al domicilio dell'utente	-Presentazione ACD e inf. Legame(cartaceo, powerpoint, verbale) -Modalità di sviluppo del progetto
Risultanze utili	-Accettazione di collaborazione con ACD -condivisione date di incontri futuri (prossimo il 01 luglio 2015) -valutazione della proposta di incontri ogni due settimane -disponibilità di interazione tra le reti informatiche	-Accettazione collaborazione -condivisione date incontri futuri (prossimo il 01 luglio 2015) -disponibilità di interazione tra le reti informatiche	-accoglienza progetto SUPSI -condivisione date incontri futuri -definizione data e modalità d'incontro con equipe S.Lucia per presentare progetto SUPSI
Risultanze non fattibili	-attuazione a breve termine di una integrazione delle piattaforme informatiche (richiesta ACD)	-figura dell'OSS come Immagine professionale primaria da parte di S.Lucia per il progetto (richiesta S.Lucia)	

### 2° incontro del 01 luglio 2015

	Direzione e medico S.Lucia	Direzione ACD	Project manager	Infermieri S.Lucia
Temi da discutere	-modalità di comunicazione -responsabilità reciproche	-modalità di comunicazione -responsabilità reciproche	-tempi e modalità sperimentazione -modalità comunicative	-tempi e modalità sperimentazione -modalità comunicative
Obiettivi	-definizione della collaborazione -allargare la collaborazione con la CpA S.Lucia	-definizione della collaborazione -collaborazione con altre figure professionali (assistente sociale ACD, trasporti, ecc.)	-definire nel dettaglio la sperimentazione -continuità delle cure -piano di cura condiviso	-definire nel dettaglio la sperimentazione -continuità delle cure -piano cura condiviso

Risultanze utili	-incontri in sede S.Lucia, nell'infermeria del terzo piano. -presenza agli incontri del medico, della capo cure e infermiere della clinica S.Lucia -tempo di sperimentazione di tre mesi e rivalutazione dell'efficacia di collaborazione -impostazione di un progetto che integri un passaggio informativo anche per i posti letto della CpA S.Lucia con gli utenti seguiti da ACD	-incontri ogni due settimane, al mercoledì pomeriggio ore 16.00 -tempo di sperimentazione di tre mesi e rivalutazione della prosecuzione di collaborazione -ottimizzare il canale comunicativo informatico entro la fine del 2015 (tutte le informazioni passeranno via email e telefono) -disponibilità di offrire consulenza con assistente sociale ACD, condivisione AMA trasporti	-sperimentazione di tre mesi, da agosto a ottobre 2015 -informazioni da S.Lucia tramite email, telefono e durante gli incontri. -mappatura delle transizioni subite dal paziente -raccolta informazioni sulle condizioni del paziente ricoverato a S.Lucia -individuazione risorse e limiti del paziente e famiglia -condivisione di un piano di cura ed obiettivi -condivisione di una dimissione programmata e protetta	-presenza infermiere di legame negli incontri con il paziente e la famiglia in situazioni complesse. -durata degli incontri che non superi 1 ora -informazioni fornite da ACD tramite email e contenente dati sul paziente inerenti alle cure al domicilio (interventi ACD al domicilio, persone di riferimento, mezzi ausiliari, risorse, diagnosi infermieristiche, situazione familiare ed abitativa. -individuazione tempestiva del problema di cura
Risultanze non fattibili	-comunicazione informatizzata comune per la fine dell'anno 2015 (richiesta ACD) -condivisione trasporti AMA (richiesta ACD)	-espansione a breve del progetto di collaborazione anche con i posti letto CpA (richiesta S.Lucia)	-disponibilità in orari flessibili per incontri con pz e familiari in clinica S.Lucia (richiesta S.Lucia)	-durata incontri fissa, che non superi i 30 minuti (richiesta infermieri S.Lucia)

### 3° incontro del 02.10.15 (durante la fase di sperimentazione 01.agosto a 31ottobre)

	Direzione e medico S.Lucia	Direzione ACD	Project manager	Infermieri S.Lucia
Temi da discutere	-verifica intermedia rispetto alla collaborazione	-verifica intermedia rispetto alla collaborazione	-modalità comunicative ed organizzative	-modalità comunicative ed organizzative
Obiettivi	-dare continuità al progetto verificandone l'efficacia -nuova data di incontro per valutazione fine sperimentazione	-dare continuità al progetto verificandone l'efficacia -creazione di documenti ACD protocollati	-valutazione efficacia scambio informazioni, dei piani di cura e delle dimissioni programmate	-valutazione efficacia scambio informazioni, dei piani di cura e delle dimissioni programmate -ottimizzazione tempi incontri
Risultanze utili	-riconoscimento dell'utilità del progetto sia per pz/famiglia che per la clinica S.Lucia -luogo degli incontri confermato (terzo piano clinica S.Lucia) -validata l'efficacia della presenza agli incontri di medico, capo cure e infermiere S.Lucia -nuovo incontro a fine sperimentazione e valutazione se prosecuzione collaborazione tra enti -anticipazione di 30 minuti dell'incontro, alle 15.30 (sempre ogni 2 settimane al	-conferma incontri ogni 2 settimane, al mercoledì pomeriggio con disponibilità a cambio di orario o giorno se in precedenza stabilito. -riconoscimento dell'utilità del progetto sia per paziente e famiglia che per l'ACD -nuovo incontro a fine sperimentazione e valutazione se prosecuzione collaborazione tra enti -modalità di invio info attuale: lettera medica e rapporto infermieristico di	-confermata validità ed efficienza del modello comunicativo ed organizzativo in atto -soddisfazione rispetto allo sviluppo pratico del progetto e della sperimentazione con feed back positivo delle parti coinvolte  -ottimizzazione dei tempi degli incontri riconoscendo da entrambe le parti che il fattore tempo e l'esperienza che maturerà aiuterà nel raggiungimento di questo obiettivo	-soddisfazione del personale infermieristico e capo cure S.Lucia (misurato attraverso una raccolta scritta dei vissuti individuali degli infermieri di S.Lucia) -durata degli incontri che non superi 40 minuti -maggiore tempestività da parte dell'inf. legame nel far reperire le informazioni alla clinica S.Lucia -possibilità di comunicare con capo équipe di zona quando non disponibile inf.

	mercoledì) -durata incontro influenzata da numero casi di trattare e loro grado di complessità -data incontro di valutazione fine sperimentazione 25 novembre 2015	trasferimento inviati via fax da S.Lucia, in attesa di utilizzo email come metodo condiviso (al momento resterà il protocollo identico)	-l'ACD lavorerà per protocollare dei documenti riconosciuti e condivisi con S.Lucia -in caso di dimissioni nel fine settimana, la clinica S.Lucia fornirà l'utente della terapia fino al lunedì -follow up della collaborazione tra enti ogni 6 mesi	legame, al fine di agevolare e velocizzare il lavoro dell'infermiere nella fase di dimissione -prima della dimissione verrà consegnato ad utente o famiglia la ricetta per farmaci o materiale sanitario occorrente al domicilio
Risultanze non fattibili				

L'incontro di valutazione di fine sperimentazione non si è potuto organizzare prima di mercoledì 25 novembre per problemi organizzativi delle due direzioni. Per cui non sono riuscito ad inserirla per tempo nel lavoro.

In tale incontro si prevede di trattare i seguenti punti:

- presentazione di dati e risultati del progetto
- grado di soddisfazione di entrambe le parti interessate.
- proposta di continuazione del progetto
- individuazione di risultanze, utili e non fattibili
- follow up semestrale di valutazione progetto di collaborazione
- modalità di scambio informazioni interattive e nuovi protocolli condivisi.
- possibilità di allargamento del progetto alla casa anziani S.Lucia

Negli incontri tra enti ho riscontrato molti punti descritti da Altomare et al. (2008)<sup>17</sup>, in cui descrivono che la rete formale si deve basare sulla fiducia e lo scambio, dove ogni persona che ne fa parte non agisce individualmente ma rappresenta la sua organizzazione. Se l'infermiere vive un senso di appartenenza, presenterà con molta probabilità un'alta motivazione che lo stimolerà a realizzare gli obiettivi e instaurare relazioni basate sulla fiducia tra individui della rete.

La rete è costituita da diverse figure professionali, con differenti gradi di indipendenza ma legati da interscambi e non da relazioni di tipo gerarchico. L'intercambiabilità di decisioni ed azioni definiscono le condotte organizzative e le evoluzioni relazionali della rete stessa. Nel processo di assistenza si vuole mettere al centro delle cure il cittadino e la sua famiglia. Importante è considerare la persona assistita come parte della rete e dare forza a quelle personali risorse che potenzialmente concorrono alla diminuzione della dipendenza e valorizzano la capacità di negoziazione. La riduzione di progetti impropri passa attraverso la responsabilizzazione della persona al proprio processo di cura. Tutti i progetti di cura dovrebbero essere costituiti da un certo protagonismo del cittadino.

Nella collaborazione tra S.Lucia ed ACD si sono osservate in modo importante queste caratteristiche poc'anzi descritte, in cui un senso di condivisione del processo assistenziale e interscambio non di tipo gerarchico, una fiducia ed uno scambio di informazioni, hanno permesso di raggiungere in un tempo relativamente breve una efficace modalità di costruzione delle dimissioni pianificate. Non da meno il periodo di sperimentazione ha evidenziato come una buona risposta dalle dimissioni è passata anche attraverso l'adesione e negoziazione con utente e famiglia al processo di cura.

<sup>17</sup> Altomare et al. *Distretto e nursing in rete: dall'utopia alle pratiche*, 40-41

Mettere l'utente al centro delle sue cure, responsabilizzarlo, richiede un'attenzione da parte dei curanti nel valutare il grado di competenze e conoscenze dell'assistito e famigliari, al fine di sostenerli soprattutto nei loro punti piú deboli e di cui a volte ne sono meno consapevoli, critici. Richiede un'attivazione di competenze educative che si richiedono all'infermiere di famiglia, come il sostenere un'autogestione della malattia tramite l'educazione terapeutica, intesa come processo educativo volto come sostegno. Un processo di educazione alla salute, come citato da Sasso et al. (2005)<sup>18</sup>.

Come scrivono Altomare et al. (2008)<sup>19</sup>, un sistema a rete non deve avere funzione di prestazione (visto come esecutori di un tratto del progetto) ma di gestione dei flussi e processi. Due elementi sono fondamentali nel sistema rete:

- la fiducia (comportamenti affidabili, relazioni di reciprocità, senso di identità, obiettivi condivisi)
- la delega (aumentare la motivazione e crescita dell'equipe, basata su obiettivi condivisi, riconoscimento di responsabilità e autonomia, diritto all'errore)

### 8.3 Analisi della sperimentazione rispetto alla collaborazione tra enti.

In questo paragrafo descriverò le risultanze fattibili emerse degli incontri tra S.Lucia e ACD prima e durante la fase di sperimentazione.

Per questo ho voluto riprendere gli obiettivi che mi ero posto, riferiti alle istituzioni (denominati obiettivi secondari, paragrafo 5.3, pag 10). Intendo analizzare tali obiettivi singolarmente.

1. Sviluppare un potenziamento di rete territoriale nel Mendrisiotto per offrire un aumento di efficacia dei servizi offerti all'utenza.

Rispetto a questo obiettivo mi sento di confermarne il suo raggiungimento già in fase iniziale del lavoro, cioè dall'accettazione da parte di S.Lucia e ACD di intraprendere una prova di collaborazione. La condivisione di una filosofia di cura che inpiú punti coincideva ha facilitato la riuscita del progetto (la centralità dell'utente nelle cure, la volontà di dare una significativa ed efficace continuazione delle cure, diminuire le riospedalizzazioni, dimissioni programmate, individuazione tempestiva dei problemi, ecc.).

I problemi descritti nel capitolo 2 sulla "descrizione del contesto lavorativo" hanno permesso di centrare alcuni aspetti fondamentali che si integravano con pertinenza nel progetto, come l'invecchiamento della popolazione, miglioramento della qualità di vita dell'anziano, la riduzione dei giorni di degenza ospedaliera, la necessità di potenziare i posti letto CAT nel Mendrisiotto, ottimizzazione delle risorse economiche sanitarie, individuazione di risorse personali (famiglia/comunità).

Infine l'esperienza accumulata attraverso il ruolo dell'infermiere di legame con l'OBV ha permesso di contribuire a dare maggiori possibilità di riuscita al progetto di potenziamento della rete formale nel Mendrisiotto. Integrare nel progetto un modello già sperimentato da anni ha favorito una certa velocità nell'organizzare il sistema di collaborazione, soprattutto nello scambio di informazioni e tempestività di individuazione dei problemi principali con i relativi limiti e risorse.

---

<sup>18</sup> Sasso et al. *L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*

<sup>19</sup> Altomare et al. *Distretto e nursing in rete: dall'utopia alle pratiche*, 40-41

Pernigotti et al (2005)<sup>20</sup> scrivono che il sistema rete è un sistema organizzato *“nel quale ogni attore si fa veicolo discrezionale della strategia d’azione. In tali contesti la coerenza alle strategie d’azione non è infatti garantita da strutture di accentramento gerarchico né da procedure di controllo fiscale. Ciò che si richiede è la presenza di una forte appartenenza soggettiva all’organizzazione e di intima adesione alle sue finalità”*.

## 2. Migliorare lo scambio di informazioni relative all’utenza tra ACD di Mendrisio e CAT di S.Lucia Arzo.

Riguardando questo lavoro già nella sua fase di progettazione ho riscontrato la fondamentale utilità nel dare uno sguardo alla situazione territoriale sia in termini di utenza che dell’offerta di cura al fine di individuare maggiormente quelle caratteristiche che richiedono un potenziamento.

Dunque attuare un’indagine sugli utenti di cui occuparsi attraverso una ricerca di dati specifici del territorio in cui opero mi ha permesso di individuare obiettivi realizzabili e definiti attraverso una contrattazione con la clinica S.Lucia. Altrettanto importante per la riuscita del progetto è stato inserire una successiva valutazione attraverso un follow up a scadenza regolare (6 mesi per rivalutare la collaborazione ed ottimizzare l’efficienza degli stessi).

Altrettanto fondamentale è stato riconoscere da subito l’importanza d’incontri con figure professionali coinvolti nel progetto e condividere la responsabilità in dimissione della documentazione di cura. Altre due caratteristiche che si integrano nel ruolo di care manager e che sta al centro di questa collaborazione è *“un’attenta analisi di criticità sul tema delle dimissioni dall’ospedale e dalla continuità di cure, oltre che al confronto tra chi assiste e chi organizza per assistere”*.<sup>21</sup>

Trovo interessante una citazione di Greenhalgh (1994)<sup>22</sup> in cui espone una riflessione su come sia determinante e distintivo in un sistema integrato *“ la partecipazione congiunta o integrata dello Specialista, del Medico di Famiglia e dell’Infermiere, nella pianificazione delle cure offerte al singolo Paziente con malattia cronico-degenerativa con un sistema continuo di interscambio delle informazioni (Primary/Secondary interface) che preveda momenti di audit o verifica dei risultati ottenuti e degli obiettivi da raggiungere”*.

## 3. Evitare sovrapposizioni di interventi di cura tra i vari servizi di rete

Per questo obiettivo ho ritrovato dei punti importanti di valutazione e confronto nell’analisi della letteratura di Saiani et al. (2004)<sup>23</sup>. Ho riscontrato nelle caratteristiche fondamentali di una dimissione *“creare un sistema che preveda piani di assistenziali integrati e che continuino anche dopo la dimissione”* una base per evitare sovrapposizioni tra servizi di rete (processo che deve trovare avvio già dopo pochi giorni dall’ammissione del pz in ospedale clinica).

---

<sup>20</sup> Pernigotti, Simoncini, *I costi della vecchiaia: dove nascono obiettivi di ricerca in geriatria*, 53

<sup>21</sup> “Dimissioni difficili: dalla rilevazione di criticità alla costruzione di un’opportunità, il Care manager”, ultima modifica 2013, [http:// www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

<sup>22</sup> Greenhalgh, *Shared Care for Diabetes, A Systematic Review*, 1-35.

<sup>23</sup> Saiani et al. *Guida di autoapprendimento. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*, 234-235

Inoltre si evidenzia come la stessa *“...deve essere preparata, cioè deve prevedere un programma condiviso da tutti gli enti interessati (ospedale, servizi territoriali, medici curanti, strutture di riabilitazione, ecc.) con piani di cura in cui ogni figura professionale coinvolta è in grado di operare con le proprie competenze e relative responsabilità”*.

Nelle dimissioni difficili aumenta il rischio di sovrapposizioni o male organizzazioni degli interventi, soprattutto laddove aumenta il numero di figure professionali coinvolte e/o gli interventi da apportare nelle cure. In queste situazioni la pianificazione richiede una attenta valutazione che in diverse occasioni ho ritrovato con gran soddisfazione nella fase di sperimentazione del progetto. Infatti in diverse occasioni negli incontri ci siamo dovuti confrontare con rientri al domicilio da riorganizzare a causa di un importante cambiamento della situazione dell'utente o della sua famiglia. L'individuazione tempestiva di una dimissione difficile e l'esperienza dei vari professionisti hanno permesso di creare una rete territoriale efficace e funzionale, senza intralci o doppioni nei servizi.

Secondo Santullo (1999)<sup>24</sup> patologie cronico degenerative sono caratterizzate da specifici e complessi bisogni di cura e che per tali peculiarità non possono essere trattate con una procedura standard di assistenza. Un modello organizzativo che integra efficacia di percorso ed ottimizzazione dei costi, lo possiamo trovare nella figura del managed care, il professionista che garantisce la gestione dell'assistenza attraverso *“la continuità ed integrazione della risposta assistenziale e il controllo dell'utilizzazione delle risorse”*. Il sapere ai nostri giorni, sta vivendo una crescente settorializzazione. Si assiste allo *“sviluppo di specializzazioni differenziate come risposta alla crescente complessità dei bisogni di salute della popolazione”*.

Da qui, come spiega Sasso et al (2005)<sup>25</sup> l'importanza del ruolo dell'infermiere di famiglia che è quello non solo di assistenza infermieristica e prevenzione, ma anche di educatore all'autogestione della malattia, che gestisce anche l'aspetto gestionale e di consulenza ad utente, famiglia ed equipe.

#### **8.4 Analisi della dimissione pianificata.**

Nella pratica si è deciso di organizzare la dimissione pianificata nelle seguenti fasi, ispirate alle 5 fasi della dimissione pianificata descritta da Saiani et al. (2004)<sup>26</sup>:

- raccolta dei dati del paziente con identificazione tempestiva dei bisogni. Questa fase in pratica avviene immediatamente nella fase del ricovero in clinica S.Lucia, in cui l'infermiere di legame invia attraverso email le informazioni inerenti l'assistito e la sua condizione al domicilio (ambiente, famiglia, comunità, rete formale esistente, ecc.). A queste informazioni si aggiungono le eventuali di OBV o altri ospedali di provenienza.
- già entro i primi tre giorni dal ricovero in clinica si stabilisce tra enti la possibilità di una dimissione difficile, identificandone i punti critici, come descritto da Naylor et al. (1999)<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> Santullo, *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, 2/e

<sup>25</sup> Sasso et al. *L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*

<sup>26</sup> Saiani et al. *Guida di autoapprendimento. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*. 240-241

<sup>27</sup> Naylor et al. *Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trials*, 281:613-20

- condivisione durante gli incontri tra S.Lucia e ACD dei problemi di cura emersi e stesura di un piano d'azione volto a diminuire i rischi della dimissione difficile.
- coinvolgimento di paziente e famiglia al piano di cura che deve tenere conto in primis delle loro richieste e dubbi, esigenze e preoccupazioni. Questa fase viene svolta principalmente dal medico della clinica e gli infermieri durante la degenza. La presenza dell'infermiere di legame viene richiesta nelle situazioni più complesse laddove subentrano dubbi o ambivalenza da parte dell'assistito e/o famiglia rispetto a questioni che maggiormente si riferiscono alla sfera domiciliare (copertura assicurativa interventi al domicilio, tipologia di interventi e giorni/orari di intervento, conoscenza di chi entrerà nella sua casa, ecc.).
- condivisione durante gli incontri tra S.Lucia e ACD rispetto agli interventi da attivare al domicilio con eventuale inserimento di nuove figure professionali territoriali (fisioterapista, ergoterapista, assistente sociale, badante, ecc.). Interventi valutati rispetto alla situazione attuale dell'utente, l'individuazione dei problemi reali e potenziali, il grado di riabilitazione o di mantenimento delle condizioni del momento, le risorse ed i limiti ambientali e familiari/comunitari

## 8.5 analisi di fattibilità

Durante la fase di progettazione è già stata considerata un'analisi di fattibilità del lavoro e che ho elencato nella tabella successiva.

Elementi ostacolanti	Elementi favorenti	Azioni correttive	Soluzioni applicabili
Elementi di differenziazione tra struttura ospedaliera e lavoro sul territorio (diversa modalità di azione ed ambientazione delle cure)	Filosofia di cura condivisa (continuità delle cure, dimissioni programmate, centralità dell'utente/famiglia)	Individuazione nella pratica lavorativa di strategie tra le parti condivise (raccolta dati, individuazione del problema tempestiva, ecc.)	Modalità di collaborazione che integrino la filosofia di cura, rispetto reciproco delle caratteristiche e competenze
Non conoscenza delle due strutture, tempi di conoscenza ridotti	Incontri precedenti e durante la fase di sperimentazione	Ottimizzazione del tempo degli incontri, individuazione modalità funzionale di passaggio info	Costante follow up rispetto agli incontri (ogni 6 mesi), tempestiva individuazione di problemi per la consegna
Diversi mezzi comunicativi e di sistema informatico	Volontà di collaborazione al progetto e di accogliere le esigenze altrui	Discussione e condivisione tra le parti sul tipo di informazione utile da passare come informazione	Formazione di protocolli condivisi e riconosciuti Formazione del personale curante all'utilizzo dell'email
Turnistica del personale differente tra gli enti	Volontà di collaborazione al progetto e di accogliere le esigenze altrui	Eseguire diverse prove di orari nella fase di sperimentazione	Definizione dell'orario e/o cambiamenti a fine di ogni incontro per il successivo

## 8.6 Valutazione del progetto da parte di utenza e famiglia (indagine qualitativa)

Nello scritto di Saiani et al. (2004)<sup>28</sup>, *“si evidenzia come la dimissione sia la parte piú delicata e fragile per un utente nelle sue transizioni”*.

Ho voluto dunque implementare nel mio lavoro una parte per me importante, legata alla raccolta di informazioni dirette sulla dimissione vissuta come transizione da parte dell'utente e suoi familiari, laddove ci fosse la loro presenza. L'indagine è stata prevista di tipo qualitativa, visto il numero basso di partecipanti, tutti sopra i 75 anni e interessati da patologie croniche plurime. Tranne un caso, tutte le altre interviste vedevano interessata una risorsa familiare integrata nel progetto di cura.

Ho trovato molto interessante prendere spunto dalla letteratura rispetto alla teoria sulle transizioni di Meleis et al. (2000)<sup>29</sup>, non solo per comprendere maggiormente quanto queste possano incidere sul benessere dell'assistito ma anche per individuare delle strategie utili da inserire nel progetto di dimissione per sostenere meglio l'utente e la sua famiglia.

Dalle interviste è emerso in modo evidente come il disagio percepito dall'utente sia direttamente proporzionale al numero di transizioni che ha dovuto subire, non solo riferite all'ambiente di vita e ai cambiamenti del proprio stato di salute, ma anche alla separazione o allontanamenti da situazioni conosciute e consolidate.

Fraasi emerse dall'intervista 1 da parte dell'utente come *“Per me è stato difficile il rientro al domicilio. Pensi che due mesi fa, prima di rompermi il femore, guidavo ed ero totalmente indipendente. Ora mi trovo in carrozzina e sto lentamente riprendendo a camminare con il girello...mi sembra tutto diverso anche se sono a casa mia.”*, evidenziano come le transizioni sono state le cause che maggiormente hanno inciso nel loro benessere e stato di salute.

Lo stesso è emerso nell'intervista 2 in cui l'utente esprime rispetto al rientro al domicilio che *“mi hanno costretto ad accettare i vostri passaggi ACD se volevo rientrare a casa mia...proprio a me che ho sempre fatto da sola...siete tutti gentili ma fino ad ora ho sempre fatto da sola...certo che sono arrabbiata, vorrei vedere voi al mio posto...ora mi sono abituata ad avervi in casa...c'è anche qualcuno che mi sta simpatico...avevo in passato rifiutato il vostro intervento ACD...ma ora ho accettato...ho bisogno di tempo per accettare i cambiamenti...non è mica facile per me che ho sempre fatto da sola”*.

Anche dall'intervista 4 *“ero contenta di rientrare a casa ma preoccupata di come avrei potuto fare da sola ad arrangiarmi per fare da mangiare, vestirmi e fare spesa...mia figlia abita a Zurigo e deve lavorare...è stato un sollievo sapere che esisteva un servizio domiciliare che mi potesse aiutare anche per l'economia domestica...con la spalla bloccata e la mitella non riesco piú a fare nulla”*, si evidenzia come la transizione metta a rischio non solo l'aspetto somatico ma anche l'equilibrio psicologico/sociale dell'utente e famiglia.

---

<sup>28</sup>Saiani et al. *Guida di autoapprendimento. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*. 234-235

<sup>29</sup> Meleis et al. *The Midrange Transition Theory advances in Nursing Science*, 12-28.

La teoria delle transizioni di Meleis et al. (2000)<sup>30</sup> infatti ci spiega *“che le transizioni si manifestano in diverse modalità nell’individuo, interessando i suoi luoghi di vita e di cura, i vissuti di separazione o allontanamento, la sfera psicosociale e spirituale”*, come le transizioni posseggono delle proprietà di consapevolezza, di cambiamento, di durata dell’esperienza, di specificità dei punti più difficili, che ne caratterizzano il vissuto di ogni persona. Inoltre scrive che *“La complessità ed il coinvolgimento di molteplici dimensioni dell’assistito ed il suo entourage...causano trasformazioni di ruoli sociali, identità ed abilità personali, specificità individuali e comportamentali. Con le transizioni si assiste, nella persona che le subisce, un processo di modificazione negli schemi e modelli di vita”*.

Infatti si evidenziano diverse reazioni a diverse situazioni di vita di persone diverse con problemi diversi che avendo vissuto delle transizioni si sono viste costrette ad un cambiamento di modello di vita caratterizzato da tempi e comportamenti diversi dai precedenti. Emergono dalle interviste svariate reazioni, mostrate da chi ha reagito in modo aggressivo e chi con sconforto ad una nuova condizione che non ha concesso loro del tempo utile per accettare l’evento. La rapidità e la frequenza con cui una transizione si manifesta mette in evidenza la difficoltà nel ricercare un nuovo equilibrio.

Entra in gioco un altro aspetto fondamentale nel ruolo dell’infermiere e cioè quello di assistere l’utente e la famiglia ad un processo che li porti a vivere in modo meno traumatico possibile il cambiamento individuando insieme strategie di adattamento, come scritto da Meleis et al. (2002)<sup>31</sup>, nel *“rispetto dei tempi che ogni individuo necessita per riuscire a comprendere ed accettare un evento, prepararsi ad un cambiamento. Spostare l’attenzione dalla sensazione di urgenza a trovare un significato del proprio vissuto”*.

Mi ha colpito inoltre come un certo *“istinto di sopravvivenza”* intervenga nelle situazioni critiche e sostenga l’utente nelle transizioni, aiutandolo *“forzatamente”* ad un cambiamento che non sempre dona equilibrio emotivo all’assistito e che dunque merita di essere analizzato dai curanti.

Importante è inoltre l’analisi che si può effettuare da quanto emerso anche dalle famiglie coinvolte nelle dimissioni degli utenti intervistati. Elencherò una serie di citazioni dalle interviste svolte ai familiari:

Nell’intervista 1 frasi espresse dalla figlia: *“Per me pensare come organizzare il rientro di mio padre al domicilio era un vero incubo...mio padre è sempre stato indipendente e con bel caratterino...pensare di ritrovarlo a casa in quelle condizioni di dipendenza...ero disperata”*.

Intervista 2 la nipote dell’utente verbalizza che *“ho sempre avuto difficoltà nel gestire mia zia...sono l’unica parente che ha e non me la sento di abbandonarla...è sempre stata poco critica verso di sé e il suo modo di fare un po’ duro...ma è una brava persona”*.

Intervista 3 il marito: *“mi mancava mia moglie...ha sempre espresso il desiderio di morire casa sua. A me fa male vederla così...che non sempre mi risponde o risponde altre cose...per me è difficile vederla così...allora a volte spero che vada...così magari soffre meno”*.

---

<sup>30</sup> Meleis et al. *The Midrange Transition Theory advances in Nursing Science*, 12-28.

<sup>31</sup> Ibid.

Queste testimonianze mettono in risalto come in una situazione di criticità, le proprie radici, la famiglia, le credenze, la casa, i propri oggetti di vita, diventano elementi indispensabili non solo per l'assistito ma anche per i familiari o conoscenti. Infatti si nota come le transizioni consentendo all'utente il rientro al domicilio, risultano motivo di preoccupazione anche per la famiglia.

Dalle interviste emerge come l'utente e la famiglia vivano una sensazione di ambivalenza in cui gioca in modo dominante la voglia di rientrare al proprio domicilio ma anche una sorta di preoccupazione di ristabilire il più presto possibile una situazione di vita simile a quella di prima. Le situazioni conosciute offrono sicurezza e riconoscimento di un ruolo ed un'identità che le transizioni minano e in certe occasioni costringono utente e famiglia a dover accettare una nuova presenza domiciliare di supporto (un parente, una badante, un servizio assistenziale territoriale, ecc.).

Si evidenzia nelle interviste che le transizioni hanno creato in tutti gli intervistati un disagio che ha minato il loro benessere, chi in misura minore e chi modo determinate ai fini della propria salute. Sempre più spesso la nostra utenza è caratterizzata da questo vissuto di perdita di autonomia correlata alla patologia e/o all'invecchiamento.

Da queste considerazioni emerge l'importanza della pianificazione delle cure e della dimissione, che devono passare obbligatoriamente attraverso un chiaro passaggio d'informazione al paziente ed alla sua famiglia. Si devono rispettare i tempi che ogni individuo necessita per riuscire a integrare ed accettare un evento, comprendere cosa significa per la persona assistita prepararsi ad un cambiamento.

Come citano Sasso et al. (2005)<sup>32</sup> *“Al vecchio paternalismo si va esplicitamente sostituendo il concetto di empowerment del cittadino”*. Il processo di cura non può non tenere conto dei bisogni e delle speranze dell'assistito e famiglia. Assistito che con le proprie competenze deve diventare il protagonista del suo progetto di cura. Il concetto nuovo *“potere sulla persona a un potere con la persona”*, trova impreparata molta parte della comunità. Aumentare l'autostima dell'utente diventa una strategia per sostenerlo nella scelta consapevole di decidere del proprio futuro. *“L'empowerment spinge il cittadino a scoprire le proprie risorse, valori, le strategie da utilizzare, pianificare nel tempo, valutare i costi e benefici, rinforzarsi dagli errori per migliorarsi”*.

Il concetto di *“continuità assistenziale”*, costituita dalla famiglia o dalla comunità (amici, vicini di casa), cioè *“soggetti informali della comunità”*, cerca di individuare la risorsa valida che possa diventare un sostegno almeno verso alcuni problemi del proprio caro.

Si evince dalle interviste, come un elemento favorente e vincente che ha contribuito al successo di una dimissione programmata, sia stato proprio l'empowerment stimolato all'assistito e spesso acceso grazie alle informazioni, conoscenze e diretta partecipazione della rete informale.

Sasso et al. (2005)<sup>33</sup> descrivono come il piano di dimissione può svilupparsi attraverso un intervento educativo atto ad aumentare l'indipendenza dell'utente o attraverso una continuità assistenziale atta a prendersi in carico l'assistito. Entra in gioco la competenza educativa dell'infermiere di famiglia che viene chiamato a svolgere l'importante compito di informare l'utente in modo chiaro sulla propria condizione di salute ed erudirlo rispetto alle possibili strategie atte ad aumentarne l'indipendenza in modo consapevole e condiviso.

---

<sup>32</sup> Sasso et al. *L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*

<sup>33</sup> Idib.

Con un processo di educazione terapeutica può sostenere l'assistito all'autogestione della sua malattia e fornirgli delle nuove competenze di gestione della propria salute. Importante l'organizzazione di un follow up che segua l'utente e famiglia nel mantenimento e/o affinamento delle competenze acquisite.

Tale processo passa attraverso *“sensibilizzazione, informazione, apprendimento, aiuto psicologico e sociale in relazione alla malattia, ai trattamenti, alla prevenzione delle complicanze, agli stati d'animo”*.

L'infermiere di famiglia se vuole attivarsi in un processo educativo, deve assolutamente prendere in considerazione dell'aspetto cognitivo, somatico, sociale, scolastico, culturale, ambientale, familiare dell'assistito, al fine di individuare il canale comunicativo più adeguato alla situazione di cura e aumentare la possibilità di efficacia dell'insegnamento. Inoltre dovrà comprendere a fondo come utente e familiari vivono la malattia, capire la loro visione di priorità dei problemi da affrontare. Con questa modalità d'indagine si potrà capire se la priorità di cura dell'infermiere corrisponde o meno a quella del paziente o del familiare. Questo passaggio risulta fondamentale nel processo educativo, perché solo se l'assistito si sentirà ascoltato e valorizzato dal curante potrà mostrargli una possibile apertura alle proposte d'insegnamento sanitario.

### **8.7 Outcomes inerenti le dimissioni pianificate.**

Dalle interviste svolte agli utenti dimessi da S.Lucia al domicilio sono emersi alcuni criteri misurabili che identificano degli outcomes di riuscita delle dimissioni programmate:

- Permanenza al domicilio dopo la dimissione (nel primo mese dopo la dimissione)
- Variazione di terapia dovute ad un peggioramento del quadro clinico
- Aderenza al progetto concordato con utente:
  - stabilità dell'assunzione di terapia (assunzione regolare)
  - accettazione degli interventi al domicilio concordati prima della dimissione
  - adesione al programma educativo (es. glicemia, cura stomia, terapie sottocute...)
  - adesione al programma di mobilitazione
  - adesione al programma alimentare
  - .....
- Aderenza al progetto concordato con i familiari o caregiver principale:
  - stabilità emotiva nella presa a carico dell'utente
  - accettazione degli interventi al domicilio concordati prima della dimissione
  - adesione al programma educativo (es. glicemia, cura stomia, terapie sottocute...)
  - adesione al programma di sostegno nelle BADL e IADL dell'utente
  - adesione al programma alimentare
  - .....
- Grado di soddisfazione espresso da utente e famiglia.
- Grado di sicurezza percepita da utente e famiglia.

Questi outcomes potranno essere utilizzati nella fase successiva alla sperimentazione del progetto, su un più ampio numero di utenti. Si potrà così valutare la pertinenza, la tempistica degli outcomes e la qualità dell'accompagnamento alla transizione.

## 9. CONCLUSIONI

Se ripenso all'inizio del progetto ed alla mia scarsa esperienza nel campo della ricerca, provo un senso di soddisfazione personale per averci inizialmente provato, in seguito creduto. Mi sono stati di importante stimolo i docenti della formazione di infermiere di famiglia SUPSI e la direzione ACD che fin dall'inizio mi hanno mostrato piena fiducia, collaborazione e sostegno per questo progetto.

Una personale sfida con la quale mi sono confrontato è stata la gestione dello stress vissuto dal confronto con una nuova situazione professionale. Dagli iniziali momenti di scetticismo o dubbiosità di alcuni colleghi rispetto al mio progetto, all'imparare a parlare davanti a diversi professionisti, mi hanno permesso di crescere come persona e professionista.

Durante la costruzione di questo lavoro è stato interessante scoprire come tante importanti teorie apprese durante la formazione di infermiere di famiglia sono andate ad amalgamarsi alle situazioni di cura reali, permettendomi non solo di cercare di svolgere lo studio in modo più pertinente possibile ma soprattutto di allargare i miei orizzonti di cura e di visione di un nuovo modello di sanità.

Ho potuto confermare nuovamente la personale convinzione dell'importanza della formazione continua soprattutto nell'ambito sanitario, di costruire progetti su basi scientificamente validate, anche se mi rendo conto che il mio limite di conoscenza della lingua inglese mi priva di una grande fetta di conoscenza rispetto alle più avanzate ricerche e studi proposti in ambito infermieristico.

Resto affascinato ed incuriosito da tutti quei criteri di risultato che ho iniziato ad apprezzare con la formazione dell'infermiere di famiglia ma che non sono riuscito particolarmente ad approfondire perché spesso trattati da testi canadesi o inglesi. Anche nel lavoro che ho svolto ho provato a trattare questo argomento ed è mia intenzione proseguire questa ricerca, soprattutto quando avrò più elementi che potranno aiutarmi a svilupparli in modo più approfondito.

Infine, mentre analizzavo le interviste ad utenti e familiari mi sono venute alla mente le lezioni SUPSI sulla multiculturalità sanitaria, in cui venivano presi in considerazione diversi modi di "curare" nel mondo. La famiglia indiana che cucina i propri cibi in camera con l'utente, la possibilità di dormire a fianco di un familiare durante il ricovero, portarsi da casa oggetti cari, sono tutti elementi che a mio giudizio impreziosirebbero la medicina occidentale permettendo all'assistito di sentirsi meno isolato nella malattia e con una maggiore probabilità di recupero del benessere.

Credo fermamente che il processo di cura debba fare in modo che l'utente diventi l'attore principale del proprio progetto di cura ed il professionista sanitario si evolva in un ruolo di fornitore di competenza da integrare all'esperienza di chi è assistito e dei suoi familiari.

## 10. BIBLIOGRAFIA

### Testi:

- Altomare Ofelia, B. Landerca, L.Lattanzio, C. Stanic. *Distretto e nursing in rete: dall'utopia alle pratiche*, casa editrice Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2008
- Greenhalgh P.M., *Shared Care for Diabetes, A Systematic Review Occasional Paper 67*, Royal College of General Practitioners, London, 1994.
- Naylor MD, D.Brooten, R.Campbell, et al. *Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trials*. JAMA, 1999
- Santullo A., *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, McGraw-Hill, Milano, 1999, 2/e, 2004
- Sasso Loredana, L.Gamberon, A.Ferraresi, L.Tibaldi. *L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*, casa editrice Mc Graw-Hill, Milano 2005

### Riviste scientifiche:

- AA.VV., "Una linea d'ombra: l'esigenza di definire confini tra le funzioni organizzative dei coordinatori e degli infermieri", in *Essere Infermieri oggi. Alcuni nodi problematici di una professione che cresce*, Coll. "I Quaderni", suppl. de *L'infermiere*, 5, 2004, pp. 20 e ss.
- Meleis AI, LM.Sawyer, EO.Im, DKH.Messias, & Schumacher K. *The Midrange Transition Theory advances in Nursing Science*, 2000.
- Pernigotti L.M, M.Simoncini, *I costi della vecchiaia: dove nascono obiettivi di ricerca in geriatria*", "SIGG, Gerontologia", 2005
- Saiani L., A. Palese, A. Brugnolli, C. Benaglio. *Guida di autoapprendimento. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*. Assistenza infermieristica e ricerca, 2004

### Materiale internet:

- "Legge sull'Assistenza e Cura a Domicilio", ultima modifica del 30 novembre 2010, <http://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/pdf/idLegge/935>
- "Gli scenari della politica sanitaria in Ticino", giornata di studio ASI-SUPSI, ultima modifica 2013.<http://www.asiticino.ch/uploads/media/Pellanda>
- "Pianificazione ospedaliera del dipartimento della sanità e socialità", ultima modifica 26 maggio 2014.[http://www.ocst.com/images/stories/pdf/Messaggio\\_6945Pianificazione](http://www.ocst.com/images/stories/pdf/Messaggio_6945Pianificazione)
- "Assemblea federale", ultima modifica 13 giugno 2008, <http://www.m4.ti.ch/.../umc/cosa-facciamo/vigilanza/cure-acute-e-transitorie-cat>

- “Dimissioni difficili: dalla rilevazione di criticità alla costruzione di un’opportunità, il Care manager, A.Crosio, IPASVI-ESPERIENZE, <http://www.ipasvi.it>, 2013

### **lavori di diploma:**

- Revolon, Sabrina. “Infermiere di legame”, lavoro di diploma SUPSI, Manno, 2009

### **Manuali:**

- Manuale dimissioni ASL BI, Azienda Sanitaria Locale di Biella, (2008)
- Case Management Society of America (CMSA, 2009)

### **Quotidiani:**

- Carugati D. “La nostra sanità va difesa”. *La regione*, 09 novembre 2015.

### **ALLEGATI:**

- interviste utenti e familiari
- fotocopia articolo di Carugati D. “La nostra sanità va difesa”. *La regione*, 09 novembre 2015