

Sommario

Rivista
per
le Medical Humanities

Numero 12
Anno 3

Ottobre-Dicembre
2009

Portfolio	Fotografie e testi di Werner Bischof	
Editoriale	La cura dell'intimità	7
Dossier	La cura: una questione intima	
	Intimità e distanza nell'esame clinico Jane Macnaughton, Martyn Evans	11
	L'intimo o dell'inafferrabile ritorno a «casa» Graziano Martignoni	24
	Il futuro dell'interfaccia cervello-macchina Michael Bess	52
	L'intimità tra due mondi vissuti Nadia Tortola	59
	Nudità e intimità Giorgio Abraham	45
Intervista	Luoghi della cura e cura dei luoghi A colloquio con Franco La Cecla a cura di Guenda Bernegger	51
Casi clinici	Terapia intensiva e intimità Valentina Di Bernardo	61

ca clinica teriali Comec	Contenere e accogliere	
	La contenzione nelle istituzioni sanitarie: aspetti clinici ed etici Pierluigia Verga	69
	Dall'accettazione all'accoglienza Silvano Testa	74
aso aperto	Dubbi alla 22esima settimana	81
pliche ppfondimenti	Progetto «infermiera di legame», tra proposta qualitativa e questione economica Brian Frischknecht, Sabrina Revolon, Graziano Selmoni	85
servatorio	La notizia	95
	Cronache	96
	Film	97
	Libri	98
	DVD	100
	Abstracts and keywords Autori	104 106

Per far fronte ai problemi che si pongono al momento della dimissione dall'ospedale e del ritorno a casa, l'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio, in collaborazione con l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio e con il Circolo dei Medici del comprensorio, ha creato la nuova figura professionale dell'infermiera di legame. Nell'articolo qui presentato, gli autori, coinvolti direttamente in tale innovazione, analizzano attentamente i vantaggi, i limiti e le potenzialità di tale progetto.

Brian Frischknecht
Sabrina Revolon
Graziano Selmoni

Progetto «infermiera di legame», tra proposta qualitativa e questione economica

Buone pratiche cliniche

Perché un'infermiera di legame?

Il passaggio dalle cure acute alle cure a domicilio è una tappa molto delicata del processo di cura. In primis, semplicemente poiché non è lo stesso personale medico e curante che prende a carico la situazione di cura. Di conseguenza, questo impone un sistema di comunicazione solido ed efficace tra i diversi attori coinvolti per non incorrere in errori che potrebbero avere sia delle serie ripercussioni sullo stato di salute del paziente che delle importanti ricadute finanziarie, provocando delle continue riammissioni, oppure ancora causare delle giornate improprie di soggiorno in strutture clinicamente non adeguate per lo status clinico del paziente. Il passaggio da una struttura stazionaria alla realtà territoriale impone quindi una specifica organizzazione e, nel limite del possibile, degli standard comunicativi comunemente accettati.

Secondariamente, con il passaggio dall'ospedale al domicilio, il paziente progredisce identitariamente, passando da uno statuto di paziente a uno statuto di utente con la conseguenza che una buona parte del suo «destino sanitario» è assicurata dalla sua capacità di accettare i protocolli e le indicazioni cliniche proposte in ospedale (*active coping*). È infatti comprovato che i pazienti informati in modo anticipato e completo, nonché seguiti in modo accurato sin dall'inizio dell'ospedalizzazione, dimostrano un importante grado d'accettazione e di reazione alla malattia¹. A giudizio del personale infermieristico²: «*ideally data collection should begin before admission (the preadmission clinic becomes the vehicle) or immediately following admission, to maximize efficiency and early detection of potential barriers to discharge*».

Non da ultimo, la necessità di una gestione parsimoniosa e oculata delle risorse ospedaliere, molto onerose dal punto di vista dei costi, e i nuovi sistemi prospettici di finanziamento dell'attività, hanno come potenziale effetto secondario una dimissione «*quicker and sicker*», ovvero il rischio di dimis-

¹ K. Theobald, A. McMurray, «Successful recovery after CABG surgery: lessons for discharge planning», *Journal of Advances Nursing*, 47, 2004, pp. 485-91.

² R. Watts, H. Gardner, «Nurses'

perceptions of discharge planning», *Nursing and Health Science*, 2005, n. 7, pp. 175-85.

sioni rapide e di un abbassamento della qualità³. Di conseguenza si impone una diversa progettualità nelle strutture sanitarie nonché l'introduzione di un nuovo concetto di gestione integrata delle dimissioni (*discharge plans*) e di gestione del rischio (*risk management*): da un metodo tipicamente reattivo (ad avvenimento di cura si risponde) si dovrà passare a un metodo proattivo o sistemico, dove si possano anticipare il più possibile gli scenari di cura e dove la rete socio-sanitaria funziona in modo sistemico e coordinato.

Per esempio⁴, per riuscire in una dimissione di pazienti ospedalizzati in chirurgia, è essenziale una gestione ottimale del transfert d'informazione, ovvero: evitare il più possibile di fornire al paziente delle indicazioni mediche e infermieristiche contraddittorie e delle informazioni elusive sull'intervento ma offrire il massimo d'informazioni sul pre- e post-intervento, integrare nella valutazione finale le informazioni sulle condizioni di vita e dei bisogni del paziente al domicilio e, infine, un *follow-up* continuo dopo l'ospedalizzazione (con un'adeguata presa a carico) garantito dai servizi di assistenza e di cura a domicilio.

Di fronte a questo delicato passaggio tra la struttura acuta e il territorio e considerando l'evoluzione della gestione ospedaliera, l'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio, in collaborazione con l'Ospedale Beata Vergine e il Circolo dei Medici del comprensorio, ha costruito il progetto dell'*infermiera di legame* (*transition nurse* o *nurse case management* nella tradizione anglosassone oppure *infirmière de liaison* nella tradizione francofona). Questa figura dovrà occuparsi di traghettare i pazienti tra le due realtà. In particolar modo dovrà⁵:

- diminuire la frammentazione delle cure e permettere una migliore pianificazione degli interventi integrando i vari professionisti della salute
- ottimizzare la capacità del paziente di far fronte alla propria malattia o riabilitazione e migliorare i risultati clinici
- promuovere l'utilizzo corretto e appropriato delle strutture di cura
- verificare le risorse esterne all'ospedale, in particolare la presenza e l'affidabilità dei famigliari e la loro possibile integrazione nel processo di cura
- migliorare la soddisfazione dell'utenza e del personale di cura.

Per le questioni di tecnica infermieristica e per la valutazione precoce delle condizioni domiciliari del paziente, l'infermiera di legame si affiancherà al pool delle assistenti sociali già presenti in ospedale. I bisogni biologici, psichici, sociali, culturali e spirituali del paziente, il contesto familiare e le strutture offerte dal territorio sono parte integrante della complessità di una dimissione, dunque solo un team interdisciplinare che associ l'aspetto infermieristico e sociale può permettere un'integrazione efficace di questa dimensione complessa⁶.

Il progetto nella sua dimensione qualitativa

Attualmente, il modello giuridico-filosofico dominante in salute pubblica vuole il paziente responsabile dell'informazione clinica che produce e, dunque, anche responsabile nel trasmetterla e fornirla a terzi.

Se da un lato questo tipo di modello responsabilizza a giusta ragione il paziente nell'informarsi e nell'organizzare la propria cura e, al contempo, mette l'istituzione di cura in misura di proteggersi giuridicamente dall'accusa di lesioni della sfera privata del paziente, dall'altro introduce dei rischi nella presa a carico del personale domiciliare. In effetti, se il paziente è detentore della propria documentazione medica ed è responsabile della sua trasmissione ai servizi sul territorio, si pone un problema qualora questo passaggio non avvenga oppure quando il paziente non sia sufficientemente cosciente o autonomo nel trasmetterla. In questi casi, i servizi di assistenza e cura a domicilio, così come i medici generalisti, si trovano in grosse difficoltà nell'organiz-

Modalità, contenuti dell'informazione clinica e sicurezza per il personale

zare il progetto di cura. In uno specifico articolo⁷ che ha analizzato una trentina di dimissioni e ha messo a confronto tutti gli attori intervenuti, si mette in evidenza che «[...] *General Practitioners noted the difficulties they experienced in identifying who was responsible for taking action in relation to any particular patient, and the resultant postponement of decision-making*».

Con la presenza di un'*infermiera di legame* si raggiungono due obiettivi: canalizzare le situazioni cliniche sensibili in uscita dall'ospedale, fornire ai servizi sul territorio un referente professionale unico a cui far capo. Sarà l'*infermiera di legame* ad assumersi la responsabilità di gestire l'informazione sensibile verso i terzi. Al contempo, il paziente non è totalmente deresponsabilizzato dal trasmettere le proprie informazioni ai vari attori sanitari, anzi, al contrario, si sentirà comunque valorizzato e stimolato.

Condizione base affinché questo scambio informativo sia efficace è il non disgiungere la dimensione medica da quella infermieristica nel dossier del paziente⁸: «*communication is the core task of coordinating patient care, and occurs interorganizationally when patients are referred to other settings [...] Communication between providers in the health care delivery systems is sometimes inefficient and often inadequate, particularly communication between referring and receiving agencies [...] Hospital staff nurses resist recording information on patient medical records, thus beginning a cycle of communication difficulties. Often relevant patient care problems are not included on an aftercare referral or the quality of the referral is so poor that supplementary information has to be obtained [...] Needed clinical information, if in fact previously documented, may be "locked" into the medical record at the previous level of care*». Diventa dunque fondamentale che anche il personale medico e infermieristico ospedaliero siano sensibilizzati e collaborino al progetto.

Qualità percepita dal paziente

La questione dei flussi inerenti all'informazione clinica non è la sola dimensione promossa dal progetto. In effetti, la domanda principale che ci si pone è che conseguenze possa avere una dimissione dall'ospedale mal preparata. Essa può dar adito a un'insoddisfazione del paziente, che oggi diventa sempre più un cliente che può scegliere dove e da chi farsi curare, oppure, con conseguenze ben più gravi, può dar adito a una riammissione forzata.

La concreta inosservanza dei desideri espressi dal paziente rappresenta una grossa parte dell'insoddisfazione di un ricovero, tanto da costituire

³ Cfr. l'inserto *Original Contributions in Journal of American Medicine Association (JAMA)* dell'ottobre del 1990, vol. 264, n. 15; K. L. Kahn and Co., «The effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patients»; D. D. Draper and Co., «Studying the Effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care»; L. V. Rubenstein and Co., «Changes in Quality of Care for Five Disease Measured by implicit Review, 1981 to 1986»; K. L. Kahn and Co., «Measuring Quality of Care with Explicit Process Criteria Before and After implementation of the DRG-Based Prospective Payment System»; J. Kosecoff and Co., «Prospective Payment System and Impairment at Discharge»; L. K. Kahn and Co., «Comparing Outcomes of Care Before and After imple-

mentation of the DRG-Based Prospective Payment System»; W. H. Rogers and Co., «Quality of care before and after implementation of the DRG-Based Prospective Payment System».
⁴ A. Mc Murray, P. Johnson, M. Wallis, E. Patterson, S. Griffith, «General surgical patient's perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home», *Journal of Clinical Nursing*, 2007, pp. 1602-9.
⁵ J. U. Davidson, «Blending Case Management and Quality Outcomes Management into the family Nurse Proactionner Role», *Nursing Administration Quarterly*, vol. 24 (1), 1999, pp. 66-74.
⁶ D. B. Bristow, C. A. Herrick, «Emergency Department Case Management: The Dyad Team of Nurse Case Manager and Social Worker improve Discharge Planning and Patient and Staff

Satisfaction While Decreasing Inappropriate Admission and Costs», *Lippincott's Case Management*, vol. 7, n. 6, 2002, pp. 245-49; K. Zander, «Nursing Case Management in the 21st Century: Intervening Where Margin meets mission», *Nursing Administration Quarterly*, 2002, pp. 58-67; J. Byers, «Holistic Acute Care Units: Partnerships to meet the Needs of the Chronically Ill and their Families», *AACN Clinical Issues*, vol. 8, no. 2, pp. 271-79.
⁷ P. Pearson, S. Procter, J. Wilcockson, V. Allgar, «The Process of Hospital Discharge for medical patients: a model», *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), pp. 496-505.
⁸ M. A. Anderson, L. B. Helm, «Extended Care Referral after Hospital Discharge», *Research in Nursing and Health*, 1998, 21, pp. 385-94.

rMH	12	Ottobre-Dicembre	2009	Brian Frischknecht, Sabrina Revolon, Graziano Selmoni Progetto «infermiera di legame», tra proposta qualitativa e questione economica
-----	----	------------------	------	--

circa il 20% della varianza totale dell'insoddisfazione generale⁹. Si stima che nel 18-42% delle volte in cui vi è un'interazione medico-paziente, il primo non riesca a soddisfare a pieno le aspettative del secondo¹⁰. È dunque fortemente probabile che la nuova figura infermieristica possa migliorare la percezione del ricovero da parte del paziente garantendo una visione olistica della presa a carico. In effetti, in collaborazione con gli assistenti sociali, nel corso del soggiorno ospedaliero, ella dovrà affiatarsi con la famiglia, il paziente e il team di cura. Si sottolinea spesso che questo ruolo di coordinamento debba essere piuttosto assunto dal personale infermieristico che medico, tendenzialmente occupato in relazioni più puntuali con il proprio paziente.

Anche se la funzione di collante e coordinatore tra i vari attori non deve essere attribuita necessariamente a un medico, l'assimilazione al progetto del corpo medico ospedaliero e territoriale rimane essenziale per la sua riuscita¹¹: le informazioni fornite al paziente dalle diverse figure devono essere il più possibile omogenee per non destabilizzarlo; secondariamente, il paziente stesso si aspetta che il medico avalli le decisioni prese.

La possibilità di non frammentare il referente in uscita dall'ospedale e di canalizzarlo verso un'unica persona, dovrebbe anche permettere di ridurre il processo di anonimizzazione che si crea nel passaggio da un'istituzione all'altra, fenomeno tipico di strutture fortemente istituzionalizzate¹², umanizzando la consegna, riducendo i fattori di stress del paziente e dei famigliari e riducendo eventuali frammentazioni amministrative. Per esempio Taylor *et al.*¹³ hanno dimostrato che i pazienti affetti da problemi cardiovascolari e seguiti da delle *nurse case manager* riducono sensibilmente il loro livello di stress e di ansietà. Gli autori ipotizzano che la presenza dell'*infermiera di legame* e, in generale, una migliore pianificazione delle dimissioni producano uno stimolo psicologico nel prendersi cura di se stessi e nel responsabilizzarsi di fronte ai risultati della cura. Katz *et al.* hanno prodotto uno studio simile per pazienti affetti da HIV¹⁴ confermando che la presenza di un'*infermiera di legame* produce un sentimento di benessere e sicurezza nelle persone affette da tale patologia. Avendo a disposizione un «*counselling*» emozionale, il paziente ha la percezione di essere assistito nelle sue relazioni con la struttura domiciliare, con le assicurazioni, gli assistenti sociali. Un ricovero ospedaliero (o una malattia in generale) oppure una degenza che si prolunga nel tempo non sono esclusivamente il puro risultato di un sintomo o di una lesione organica, ma possono essere anche il frutto di strategie identitarie dello stesso paziente: il sentimento di solitudine auto-percepito, un ruolo attivo del paziente nella cura frustrato dal personale oppure un mancato accordo sul concetto di qualità futura della vita tra paziente e personale curante possono produrre delle vie di fuga attraverso la riaffermazione di una sorta di «sintomo-rifugio». Quest'ultimo sarà poi la causa di tante riammissioni o dell'intasamento dei vari pronto soccorso degli ospedali.

Di conseguenza, la proposta di un'*infermiera di legame* formalizza l'intento di valorizzare gli aspetti psicologici della presa a carico, a volte negletti, come parte integrante della riuscita e dell'accettazione della presa a carico ospedaliera e domiciliare. Più sono forniti sia un'informazione che un supporto tecnico al paziente e alla famiglia, più è conosciuta la dinamica sociale e psicologica familiare, più gli utenti si sentiranno al centro del sistema di cura, integrati nelle decisioni da prendere e protetti quando saranno a domicilio.

L'*infermiera di legame* dovrà proiettarsi nel comportamento futuro del paziente al suo domicilio, anticipando dunque la progressione identitaria, la valutazione del grado di responsabilizzazione potenziale e interpretando le situazioni, le circostanze e i modi di vita del paziente. Per procedere a questo, dovrà poter beneficiare degli strumenti decisionali di valutazione (detti *assessment*). Da queste valutazioni e dalle capacità professionali, deriveranno sia i compiti da assegnare ai supporti informali (o «*caregivers*») che le indicazioni

da attribuire al personale delle équipes d'intervento dell'Associazione di Assistenza e Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio. Aspettare il rientro al domicilio per una valutazione generale di questi elementi rischia di essere un'azione tardiva o controproducente.

Qualità oggettiva
o professionale)
per il paziente

L'informazione oggettiva (dati clinici oggettivi come ad esempio le informazioni sulle terapie da assumere), la capacità di comprendere il quadro generale dei rapporti familiari e in particolare l'affidabilità del supporto informale, ovvero come si comporterà il paziente e quale sarà il supporto informale al domicilio, sono essenziali non solo per migliorare la soddisfazione del paziente (qualità percepita) ma anche per un risultato di cura efficace (qualità oggettiva o professionale).

Rispetto alla realtà istituzionale, quella domiciliare si caratterizza per la solitudine del paziente e dei famigliari rispetto alla propria malattia e/o sofferenza. Ogni collasso di questo supporto al paziente rischia, soprattutto nelle situazioni complesse, di essere pagato a caro prezzo in termini di costi del sistema sanitario. Per esempio può dar adito a delle continue riammissioni in ospedale oppure può degenerare in una malattia o in un burn-out dello stesso supporto oppure ancora essere vissuta con insoddisfazione dal paziente con la conseguente scelta di farsi curare da un altro fornitore di prestazioni sanitarie. È fondamentale quindi avere delle basi solide nella valutazione del supporto informale e fare in modo che l'infermiera di legame abbia uno stretto contatto con la famiglia e il paziente affinché siano valutate le dinamiche di gruppo e l'attribuzione dei compiti una volta pianificata l'uscita.

Per esempio, la nozione di «caso complesso» è stata al centro di differenti visioni nel gruppo di lavoro che ha anticipato la creazione della figura. Le capo-reparto ospedaliere avevano tendenza a considerare il «caso complesso» dal punto di vista clinico mentre i responsabili dell'aiuto domiciliare per «caso complesso» considerano anche quello di «situazionalmente complesso»: il valore intrinseco di complessità di una semplice somministrazione al domicilio di un anti-coagulante per un paziente dimesso in settimana non è comparabile all'intervento per un paziente dimesso nel week-end, quando le risorse sul territorio sono più scarse (le farmacie fanno fatica a reperire i medicinali richiesti oppure semplicemente i medici curanti sul territorio sono meno rintracciabili).

Un vero e proprio potenziale pericolo per il paziente dimesso consiste nella somministrazione della terapia. Un importante studio¹⁵ ha monitorato gli errori nella somministrazione delle terapie per 256 pazienti dimessi dall'ospedale e curati attraverso i servizi di aiuto domiciliare e ha dimostrato che il 20% dei pazienti presenta un errore (detto *drug adverse event*). Se si considera la specifica popolazione anziana, questo rischio si eleva al 35%¹⁶. Come

Buone pratiche cliniche

⁹ R. Like, S. J. Zyzanski, «Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants», *Social Science and Medicine*, 16, 24, pp. 551-57.

¹⁰ J. L. Jackson, J. Chamberlin, K. Kroenke, «Predictors of patient satisfaction», *Social Science and Medicine*, 52, pp. 609-20.

¹¹ J. L. Schore, R. S. Brown, V. A. Cheh, «Case Management for High-Cost Medicare Beneficiaries», *Health Care Financing Review*, Summer 1999, n. 20, 4, pp. 87-101; S. L. Aliotta, «Components to a Successful Case Management Program», *Managed Care Quarterly*, 1996, 4(2),

pp. 58-45.

¹² E. Efraimsson, B. H. Rasmussen, F. Gilje, S. Po, «Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home», *Journal of Clinical Nursing*, 2005, 12, 707-16.

¹⁵ C. B. Taylor, N. H. Miller, P. M. Smith, R. F. DeBusk, «The Effect of a Home-Based, Case-Managed, Multifactorial Risk-Reduction Program on Reducing Psychological Distress in Patients With Cardiovascular Disease», *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 17(5), 1997, pp. 157-62.

¹⁴ M. H. Katz, W. Cunningham, J. A. Fleishman, R. M. Anderson, T. Kellogg, S. A. Bozzette, M. F. Shapiro, «Effect of Case Management on Unmet Needs and Utilisation of Medical Care and Medications among HIV-Infected Persons», *Annals of Internal Medicine*, 135(8), 2001, pp. 557-65.

¹⁵ S. L. Gray, J. E. Mahoney, D. K. Blough, «Adverse drug events in elderly patients receiving home health services following hospital discharge», *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 33, n. 11, pp. 1147-55.

rMH	12	Ottobre-Dicembre	2009	Brian Frischknecht, Sabrina Revolon, Graziano Selmoni Progetto «infermiera di legame», tra proposta qualitativa e questione economica
-----	----	------------------	------	--

si può supporre, il rischio di errore aumenta in relazione al numero di medicinali da assumere alla dimissione (soprattutto per nuovi medicinali), secondo la capacità cognitiva del paziente ed è particolarmente insidioso per tutti i medicinali anticoagulanti.

Queste situazioni a rischio inducono poi una significativa tendenza¹⁷ alla riospedalizzazione del paziente. Di conseguenza, «[...] *care transitions, or handoffs, among care providers may represent a time of heightened vulnerability to error owing to a lack of oversight by health care professionals and an associated lack of accountability. Identifying transitions-related medication problems creates an opportunity to consider implementing a variety of evidence-based interventions to improve quality, such as medication reconciliation, enhanced interprofessional communication, pharmacist-led interventions, and electronic health records*». L'*infermiera di legame* è senz'altro un'opportunità per migliorare la comunicazione interprofessionale tra i vari ambienti di cura e garantire uno stadio ulteriore nella sicurezza del paziente. Inoltre, all'*infermiera di legame* saranno attribuiti dei compiti di gestione della farmacia interna del Servizio di Assistenza e Cura a Domicilio possibilmente sotto le istruzioni di una farmacista ospedaliera con l'evidente vantaggio di una garanzia di continuità della prescrizione terapeutica subito dopo il rientro al domicilio del paziente¹⁸. Non da ultimo, l'esperienza maturata dalla stessa *infermiera di legame* sarà poi messa a disposizione degli informatici per introdurre degli standard comunicativi e rendere la comunicazione più rapida tra i due settori della presa a carico.

Con il progetto anche la tematica dei mezzi ausiliari sarà valorizzata. Più rapidamente l'*infermiera di legame* procede a una valutazione del fabbisogno in mezzi ausiliari necessari per l'intervento al domicilio, più il paziente viene dimesso in sicurezza, evitando eventuali riospedalizzazioni dovute a cadute. Di queste migliorie beneficerà anche il personale curante in termini di qualità del lavoro.

Non da ultimo, la continuità nei protocolli di presa a carico, per esempio per quanto riguarda le medicazioni, è essenziale per raggiungere gli obiettivi di cura. Un corretto e approfondito passaggio di consegne esclude discontinuità ed eventuali errori, nonché tensioni tra personale infermieristico ospedaliero e domiciliare.

Il progetto nella sua dimensione economica

L'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio assiste a una forte mutazione del quadro professionale nelle relazioni con l'ospedale acuto. Le dimissioni diventano sempre più rapide, con casistica clinicamente instabile e con pazienti mediamente sempre più anziani. Molte pubblicazioni (sia in ambito medico¹⁹ che in quello infermieristico²⁰) hanno messo in evidenza che un dato sistema di finanziamento o dei processi di razionalizzazione possono essere una leva inconscia per delle mutazioni sia dei processi di cura che dei risultati.

Negli Stati Uniti, verso gli anni Ottanta, il finanziamento delle prestazioni per pazienti indigenti, beneficiari di una copertura sanitaria gratuita detta *Medicare*, risultava essere troppo oneroso. Di conseguenza, progressivamente sono stati introdotti i concetti di budget assegnati prospettivamente, le nuove forme di finanziamento per forfait alla patologia (sistemi *Diagnosis Related Groups*) e le nuove figure dei *case manager*²¹.

Questi ultimi con il chiaro compito di gestire due situazioni:

- Il rapporto tra il livello dei bisogni del paziente e le risorse economiche da offrirgli per il suo stato di salute, evitando così le giornate d'ospedalizzazione improprie. Si stima che circa il 50% delle dimissioni siano posticipate non per delle ragioni mediche: questo a causa di una valutazione inadeguata

delle risorse del paziente da parte dei professionisti della salute oppure a causa di una comunicazione lacunosa tra i servizi comunitari e l'ospedale²².

– Secondariamente, ci si è accorti che una piccola parte della paziente-la di ogni ospedale rivela un fattore di rischio di riammissione molto grande che necessita di una gestione accurata. Lo studio Cochrane citato identifica che le riammissioni rappresentano circa un quarto di tutto il budget annuale allocato dallo Stato per i pazienti *Medicare*.

L'obiettivo dunque dell'*infermiera di legame* è identificare quelle situazioni potenzialmente a rischio di riammissione e gestirle attraverso un'attitudine proattiva (assemblando il massimo dell'informazione clinica e sociale del paziente tramite un importante lavoro di équipe) e attraverso la preparazione meticolosa della dimissione dal punto di vista operativo (informazioni sulle terapie, sui mezzi ausiliari e i protocolli di medicazione).

Alcuni studi²³ hanno tentato di valutare il rapporto costo-efficacia di una *nurse case manager* (valutando il lasso di tempo tra una dimissione e la riammissione, l'effetto sui tassi di riammissione, il tempo di «vita indipendente» trascorso al domicilio oppure ancora le risorse risparmiate) oppure l'introduzione di un concetto integrato di *Discharge plans*²⁴. Purtroppo la multifattorialità statistica degli elementi che possono condizionare in negativo o in positivo il successo di una dimissione, impedisce un risultato chiaro e lampante nell'affermare che l'introduzione di un'*infermiera di legame* conduce a un risparmio. Sono invece molto evidenti i riscontri in termini di qualità di vita del paziente e le testimonianze professionali che un'organizzazione del lavoro di questo tipo introduce.

Dopo attenta valutazione delle esperienze nazionali e internazionali e della letteratura, l'Associazione ha conferito al ruolo dell'*infermiera di legame* una forte autonomia operativa e organizzativa rispetto alla direzione. In effetti, l'indipendenza nella presa di decisione, soprattutto per la casistica complessa che spesso sfugge agli standard o ai percorsi clinici pre-definiti, è un requisito essenziale di questa figura. Questo implica che l'*infermiera di legame* debba sia possedere un importante bagaglio di esperienza professionale nell'ambito della clinica²⁵, della salute pubblica e della salute comunitaria, sia delle importanti capacità comunicative, di leadership e organizzative,

- ¹⁶ J. T. Hanlon, C. F. Pieper, E. R. Hajjar, R. J. Sloane, C. I. Lindblad, C. M. Ruby, K. E. Schmadler, «Incidence and predictors of all and preventable adverse drug reactions in frail elderly persons after hospital stay», *Journal of Gerontology*, 2006, vol. 61A, n. 5, pp. 511-15.
- ¹⁷ E. A. Coleman, J. D. Smith, R. Devbani, S. J. Min, «Posthospital Medication Discrepancies: Prevalence and Contributing Factors», *Arch Intern Med*, sept. 2005, vol. 165, pp. 1842-47.
- ¹⁸ Per esempio, nel cantone Ginevra è attiva l'associazione SOS Pharmaciens: un'unità mobile accorpata ai Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio riconosciuti d'interesse pubblico raggiungibile 24 ore al giorno, capace di reagire in tempi brevissimi alle necessità sia del medico curante che vuole evitare un'ospedalizzazione oppure dell'ospedale che ritiene possibile una dimissione rapida.
- ¹⁹ *Idem*, *Original Contributions in JAMA*, October 1990, vol. 264, n. 15.
- ²⁰ M. Schubert, T. R. Glass, S. P. Clarke, L. H. Aiken, B. Schaffert-Witvliet, D. M. Sloane, S. De Geest, «Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study», *Int. Journal for Quality in Health Care*, 2008, vol. 20, n. 4, pp. 227-37.
- ²¹ J. L. Schore, R. S. Brown, V. A. Cheh, «Case Management for High-Cost Medicare Beneficiaries», *op. cit.*
- ²² S. Shepperd, J. Parkes, J. J. M. McClaran, C. Phillips, «Discharge planning from hospital to home (Review)», *The Cochrane Collaboration*, 2009.
- ²³ C. H. M. Latour, J. E. Bosmans, M. W. Van Tulder, R. Del Vos, F. J. Huyse, P. De Jonge, L. A. M. Van Genert, W. A. B. Stalman, «Cost-effectiveness of a nurse-led case management intervention in general medical outpatients compared with usual care: An economic evaluation alongside a randomized controlled trial», *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 2007, pp. 565-70; J. L. Schore, R. S. Brown, V. A. Cheh, *op. cit.*
- ²⁴ S. Shepperd, J. Parkes, J. J. M. McClaran, C. Phillips, *The Cochrane Collaboration*, *op. cit.*
- ²⁵ M. L. Zerull, «Community Nurse Case Management: Evolving over time to meet new Demands», *Community Nurse Case Management*, 22 (5), 1999, pp. 12-29.
- ²⁶ Nel mansionario dell'Associazione si sottolinea come il minimo richiesto d'esperienza lavorativa per essere investito della carica d'*infermiera di legame* deve essere di cinque anni.

rMH	12	Ottobre-Dicembre	2009	Brian Frischknecht, Sabrina Revolon, Graziano Selmoni Progetto «infermiera di legame», tra proposta qualitativa e questione economica
-----	----	------------------	------	--

con una particolare predisposizione alla metodologia per obiettivi, nonché un curriculum formativo che integri importanti conoscenze nel funzionamento del sistema sanitario²⁷.

Conclusioni

Il progetto dell'*infermiera di legame* istituito in collaborazione tra l'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio e l'Ospedale Beata Vergine è un tentativo di edificare una rete socio-sanitaria funzionale e affidabile soprattutto in un settore dove le disfunzioni e gli errori possono avere delle conseguenze importanti. Un'informazione esaustiva inerente ai dati del paziente e una comunicazione efficace tra i molteplici settori della presa a carico, una valutazione focalizzata sul paziente attraverso un team di cura multidisciplinare soprattutto per casi complessi, sono essenziali per garantire sia la qualità verso i pazienti e il personale di cura che una gestione ottimale delle risorse.

Questa figura migliorerà sia l'operatività di una dimissione ospedaliera che la soddisfazione percepita del paziente in uscita dall'ospedale. Un paziente soddisfatto si identifica maggiormente nella guarigione, si disciplina più facilmente alle indicazioni del personale sanitario e ricorre meno all'offerta sanitaria.

Condizione base affinché questo progetto possa riuscire è l'affiatamento e la fiducia che si devono creare tra le due strutture, nonché l'integrazione del corpo medico. La riuscita della dimissione e il benessere fisico e mentale del paziente devono orientare la pratica del team che integra gli assistenti sociali, l'*infermiera di legame* e i medici.

Non da ultimo, una gestione ottimale delle risorse comporta una valutazione costante del quadro completo in cui si trova il paziente. Situazioni troppo medicalizzate per un bisogno non necessario oppure continue riammissioni per pazienti complessi per i quali non si investe sufficientemente nel comprendere le ragioni di queste continue richieste di ospedalizzazione, comportano costi importanti.

²⁷ J. U. Davidson, «Blending Case Management and Quality Outcomes Management into the family Nurse Practitioner Role», *op. cit.*

Autori

- Werner Bischof È unanimemente considerato uno dei maggiori fotografi del Novecento. Nato a Zurigo nel 1916, esordì sul mensile *Du* nel 1942 ed entrò a far parte dell'agenzia Magnum Photo nel 1944. Nel 1953 intraprese un viaggio attraverso il continente americano, conclusosi tragicamente con un incidente automobilistico nelle Ande peruviane, dove morì il 16 maggio 1954.
- Giorgio Abraham Già professore di psichiatria all'università di Ginevra, ha pubblicato numerosi libri e saggi, tra i quali: *Ammalarsi fa bene* (1990), *Le età della vita* (1995), *Un amore tutto nuovo* (1995), *Sogni del giorno e sogni della notte* (1996), *I segreti del nostro corpo* (1998), *Il sogno del secolo* (1999) e *I mille volti del piacere* (2002).
- Guenda Bernegger Laureata in filosofia. Master in Medical Humanities dell'Università dell'Insubria. È collaboratrice scientifica dell'Osservatorio per le Medical Humanities della SUPSI. guendabernegger@yahoo.it
- Michael Bess Chancellor's Professor of History alla Università Vanderbilt di Nashville, Tenn. È specialista della storia europea del ventesimo secolo con un interesse particolare verso l'impatto sociale e culturale dei cambiamenti tecnologici.
- Antonella Cattorini Cattaneo Laureata in filosofia e specializzata in storia dell'arte, è docente di filosofia e storia presso un Liceo Scientifico e Classico statale in area milanese.
- Valentina Di Bernardo Infermiera specializzata in cure intensive, lavora presso l'Ospedale Regionale di Lugano. Membro della Comec. valentina.dibernardo@eoc.ch
- Martyn Evans Professor of Humanities in Medicine e co-direttore del Centro per le Medical Humanities, presso la School of Medicine and Health. È entrato all'Università di Durham nel luglio 2002 con il titolo di direttore dello John Snow College.
- Brian Frischknecht Direttore dell'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio. brian.frischknecht@acdmendrisiotto.ch
- Franco La Cecla Antropologo e architetto, ha insegnato antropologia all'IUAV Venezia, al San Raffaele di Milano e all'EPFL di Losanna. Consulente di Renzo Piano e di Barcelona Regional, ha scritto vari libri tra cui *Il malinteso* (Laterza), *Perdersi* (Laterza), *Surrogati di presenza* (Bruno Mondadori) e *Mente Locale* (Eleuthera).
- Jane Macnaughton Director of the Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine (CAHHM) presso la Durham University dal 2000. È attualmente responsabile del Personal and Professional Development Strand of the Phase 1 Medical Course a Durham.
- Graziano Martignoni Medico e psicoanalista. È professore alla SUPSI e responsabile dell'Osservatorio per le Medical Humanities. Insegna alle Università dell'Insubria e di Friburgo. gra.mart@bluewin.ch
- Sabrina Revolon Capo-équipe e infermiera di legame presso l'Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio. sabrina.revolon@acdmendrisiotto.ch