

**Università Gabriele d'Annunzio  
Chieti – Pescara  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Corso di Laurea in**

**INFERMIERISTICA**

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'UNITA' DI  
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE  
TERRITORIALE**

*“C'è una verità elementare la cui ignoranza uccide  
innumerevoli idee e splendidi piani.*

*Nel momento in cui uno si impegna a fondo, anche la  
provvidenza allora si muove.*

*Infinite cose accadono per aiutarlo, cose che altrimenti  
mai sarebbero avvenute.*

*Qualunque cosa tu possa fare o sognare di poter fare,  
cominciala; l'audacia ha in sé genio, potere e magia.*

*Comincia adesso”.*

*W. Goethe*

## **INDICE**

<b>PREMESSA</b>	pag. 3
<b>1° CAPITOLO</b>	
1.1 La storia delle cure domiciliari: origine e sviluppo	pag. 5
1.2 La storia recente delle cure domiciliari	pag. 8
<b>2° CAPITOLO</b>	
2.1 L'Unità di Valutazione Multidimensionale Territoriale	pag. 11
2.2. Il ruolo dell'Infermiere Coordinatore nell'Unità di Valutazione Multidimensionale Territoriale	pag. 14
2.3. Gli strumenti di lavoro	pag. 18
<b>3° CAPITOLO</b>	
Quale evoluzione per l'infermieristica	pag. 19
<b>4° CAPITOLO</b>	
La mia esperienza nel Sistema delle Cure Domiciliare dell'ASL FG/1 di San Severo	pag. 28
<b>CONCLUSIONI</b>	pag. 30
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	pag. 32

## **PREMESSA**

Gli Infermieri sono ormai consapevoli che dallo "Specifico Infermieristico", professionale e scientifico, dipendono: la qualità del servizio assistenziale, la loro identità professionale, l'immagine sociale, il ruolo. Tutto ciò, mentre la Medicina attraversa una fase di criticità in un contesto dove la malattia assume una connotazione per lo più relativa, si spoglia del carattere meramente organico e legato esclusivamente ai trattamenti farmacologici, per assumere altre caratteristiche che coinvolgono anche la sfera psichica e sociale.

Le patologie croniche prendono il sopravvento interessando un numero sempre più elevato di persone, alcune, come il Diabete, le malattie cerebrovascolari e quelle cardiocircolatorie, costituiscono addirittura la causa di oltre il 70% dei decessi, oppure, nella migliore delle ipotesi, riducono ad una condizione di non autosufficienza e di estrema fragilità tutti coloro che ne sono colpiti, creando effetti disastrosi sul tessuto sociale, familiare e nell'economia sanitaria.

In questo scenario, dove i cittadini vagano da un ospedale all'altro, senza ricevere risposte assistenziali appropriate, è d'obbligo organizzare percorsi di cura globali, caratterizzati da interventi continuativi e personalizzati che enfatizzino il ruolo dei pazienti e delle loro famiglie nel gestire il proprio bisogno di salute.

La possibilità di migliorare l'assistenza a questi pazienti è una realtà: essa dipende non tanto dalla somministrazione di specifici

farmaci o dalla erogazione di singole e specifiche prestazioni, quanto dall' applicazione di nuovi modelli assistenziali, da una più attenta organizzazione dei processi assistenziali, nonché da una gestione integrata e multidisciplinare degli interventi all'interno delle attività distrettuali e, più precisamente, nell'ambito delle Cure Primarie.

In quest'ottica l'Infermiere, assieme al Medico di Medicina Generale, assume un ruolo chiave per il cambiamento.

Non più solo un Infermiere "dispensatore di farmaci", ma un Infermiere "agente di cambiamento", che vede nella relazione infermiere/cliente/ambiente/azienda:

- un rapporto terapeutico finalizzato alla tutela/recupero del massimo potenziale di salute, con una riduzione dei costi umani;
- un rapporto con l'azienda basato sulla ricerca sistematica di modalità per garantire prestazioni efficaci a costi sostenibili:

Il problema è, anche per gli Infermieri, come erogare assistenza appropriata, di qualità e con un buon rapporto costi/benefici, tenuto conto che il vecchio modello di assistenza infermieristica si è già dimostrato del tutto inadeguato e genera, ancora oggi, diffidenza negli operatori e nelle stesse Direzioni.

## **CAPITOLO 1**

### **1.1 La storia delle cure domiciliari: origine e sviluppo**

È facile comprendere che fare una ricerca storica sulle origini delle cure domiciliari è molto difficile: fin dai tempi dei Babilonesi ed Egiziani la medicina non era considerata una scienza. Mentre i medici erano confusi con i maghi ed i guaritori.

Solo grazie all'opera dei Greci, la medicina comincia ad acquistare valore scientifico, ed il medico, come lo stesso Ippocrate scrive, fornisce assistenza al malato solo con lo scopo di "liberare gli infermi dalle loro sofferenze".

Con l'affermarsi dell'epoca Romana abbiamo un accenno all'assistenza al domicilio, infatti i medici del tempo si recavano al domicilio a fare visita agli ammalati insieme ad uno stuolo di allievi. Essi così riuscivano a svolgere al meglio la professione facendo anche scuola, poiché nella Roma del tempo non esistevano vere e proprie scuole dedite alla formazione degli studenti. Sempre in epoca Romana abbiamo la nascita dei primi grandi ospedali, questi erano di tipo militare, ma accoglievano anche i malati più poveri. Dobbiamo quindi concludere che l'attività domiciliare era prerogativa dei più abbienti e non di tutti.

Con la nascita e lo sviluppo del Medioevo, la medicina come tutte le altre "scienze" fa pochi progressi, a causa delle invasioni barbariche venivano a mancare i medici ed i pazienti ricorrevano

all'aiuto di monaci e sacerdoti, che soprattutto nei casi più gravi potevano fornire solo un supporto morale. Nonostante tutto, in questo periodo grigio, un po' per l'opera di questi sacerdoti, un po' per necessità, causa il diffondersi di numerose epidemie (prima fra tutte la peste), si svilupparono numerosi ospedali che accoglievano persone con patologie per lo più terminali e dove, la **presenza accanto al malato** svolgeva "..... *opera di misericordia maggiore nell'aiutare spiritualmente e terapeutamente l'uomo malato nelle sue ultime pene*". Anche in questo caso non si hanno notizie di nessun genere su attività di cure domiciliari.

Solo nel XV secolo sono riportati sui libri le prime notizie di un particolare tipo di "assistenza domiciliare": l'Istituto Santa Corona, che svolge la propria opera a Milano annesso all'Ospedale Maggiore, aveva il compito di fornire ".....*assistenza sanitaria e somministrare gli opportuni sussidi medico – chirurgici per quei poveri che soffrono di ripugnanza a farsi curare nell'Ospitale, o che non vi possono essere ricoverati perché già provvisti di vitto, di abitazione, di letto e di assistenza domestica*". Come si può ben capire però il concetto di assistenza a domicilio è ancora legato fisicamente alla presenza dell'Ospedale che, soprattutto in Italia e proprio in questo periodo, vede lo sviluppo di strutture organizzate anche su più piani atte al ricovero di persone con patologie terminali.

Nella seconda metà dell'Ottocento in paesi come la Francia ed il Belgio accanto alle strutture ospedaliere, anche qui destinate

al ricovero di persone con malattie a prognosi infausta, si vengono ad organizzare piccole strutture a carattere domiciliare dove le prestazioni erano fornite, sotto la responsabilità del medico, da persone volontarie che avevano seguito un periodo di tirocinio pratico di un anno. Queste strutture assumono un ruolo nuovo nel panorama sanitario di questi paesi e sono indice di un primo cambiamento storico del concetto di assistenza; grazie a loro oggi il trattamento e la cura della persona a domicilio è affrontato in maniera differente secondo le circostanze culturali, sociali, politiche ed economiche dei paesi che hanno progressivamente adottato e sviluppato queste misure. In stati come Italia e Francia nel corso degli ultimi anni si è sviluppata l'idea dell'*Ospedale a domicilio*; questi vengono come un qualcosa di complementare all'assistenza ospedaliera, con il vantaggio di seguire in modo più articolato e continuato la persona malata, ma rivolgendo anche l'attenzione all'ambiente familiare che lo circonda. Forse il primo vero e proprio esempio di assistenza domiciliare li si deve a William Rathbone che nel 1859 iniziò a lavorare per organizzare l'assistenza infermieristica a domicilio nella città di Liverpool; nel 1862 finanziò ed aprì una scuola con l'intento di formare personale specializzato in grado di assistere a domicilio i poveri della città. Questo tipo di assistenza allora venne definita di tipo rionale ed il suo impegno diede ottimi risultati che portarono Rathbone ad essere ricordato come il fondatore dell'**assistenza domiciliare sociale moderna**.



## **1.2 La storia recente delle cure domiciliari**

In Italia poco più di un secolo fa, grazie ad una legge del 1885 che affidava al Ministero dell'Interno a livello amministrativo centrale, ai Prefetti ed ai Sindaci a livello periferico la tutela della salute pubblica, il concetto di assistenza domiciliare si viene ad inserire nel panorama della sanità italiana. Le esigenze da garantire infatti, erano di due tipi:

- L'ordine pubblico per proteggere la società dal diffondersi di prospettive come contagi ed epidemie;
- La beneficenza ai bisognosi ed agli indigenti per lo più malati.

Per questo sono stati istituiti gli uffici sanitari comunali e provinciali, mentre le istituzioni accoglievano poveri e malati che così trovavano un letto ed assistenza, ma nello stesso tempo venivano isolati dal resto della comunità. Successivamente con lo sviluppo della medicina scientifica si sviluppavano gli ospedali basati sulla centralità dell'intervento sanitario, mentre l'assistenza viene ancora fornita dalle istituzioni di beneficenza (religiosi e volontari).

Nel periodo fascista si sviluppano sul territorio attività di vigilanza sulla salute pubblica; nascono i laboratori provinciali, gli uffici comunali di igiene e profilassi, viene creata la condotta medica che rappresenta una sorta di soccorso medico minimo, generico ed episodico.

Negli anni '60 la competenza a livello comunale in fatto di vigilanza sulla salute pubblica aumenta, per completarsi con la nascita degli istituti delle condotte mediche ed ostetriche. Negli anni '70 vedono la luce una serie di leggi volte al recupero sanitario e sociali e di una determinata fascia di persone: disabili, portatori di handicap, tossicodipendenti e malati psichiatrici.

Il 1978 è forse l'anno più importante per la sanità italiana con la Legge n. 833 non solo nasce il S.S.N., ma vede la luce anche il Distretto Sanitario di Base che ha il compito di erogare i servizi di primo livello e di pronto intervento, favorendo quel collegamento e coordinamento tra le attività sanitarie e sociali.

Dal 1998 L'ASL FG 1 dispone del servizio di assistenza domiciliare (SAD) che rappresenta un sistema assistenziale che eroga a domicilio dell'utente, ove non deambulante e non autosufficiente, **cure sanitarie e socio sanitarie specifiche**, cioè cure diverse da quelle che servono per la fase acuta della malattia, perché diversi sono gli obiettivi di salute.

Il principio generale è che il domicilio del paziente (casa, residenze protette, ospedale di comunità, comunità alloggio, ecc...), quando possibile, resta il migliore luogo di prevenzione, cura e riabilitazione.

Le cure sono rivolte a persone di tutte le età in condizione di temporanea o permanente impossibilità ad accedere agli ambulatori dei presidi distrettuali o allo studio del medico (ad es. : anziani,

portatori di protesi, donne in gravidanza e con minacce di aborto  
ecc.)

## **CAPITOLO 2**

### **2.1 L'Unità di Valutazione Multidimensionale Territoriale.**

Il lavoro sul territorio per le cure domiciliari, si basa su una **Rete** che assicuri le comunicazioni tra vari servizi, in generale, tra servizi sociali e sanitari, tra servizi di base e specialistici, tra servizi territoriali ed ospedalieri. Ciò consente alla rete di operare come sistema coniugando gli aspetti della specializzazione e della settorializzazione con la globalità degli interventi. Il lavoro di rete è il risultato non solo di un adeguato assetto organizzativo, ma anche di una nuova ottica e di una diversa modalità di approccio.

Il modello organizzativo prevede la valorizzazione dei livelli assistenziali di base con una forte diffusione sul territorio. Privilegia il lavoro per obiettivi e per progetti, anziché l'impostazione gerarchica ed il lavoro esecutivo per compiti.

Per adempiere alla propria funzione, il Servizio di Assistenza Domiciliare si avvale di un'organizzazione complessa che deve garantire flessibilità, integrazione ed interdisciplinarietà, continuità assistenziale ad ogni livello e settore della Rete ricercando, di volta in volta, soluzioni univoche, complementari e complessive. Esso si articola in diversi soggetti tecnici tra cui l'Unità di Valutazione Multidimensionale Territoriale (U.V.M.T.).

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Territoriale costituisce nella rete, delle cure domiciliari, il soggetto tecnico della

valutazione multidimensionale e della programmazione multidisciplinare cui è affidata l'organizzazione e la gestione dei programmi domiciliari di ogni singolo utente. Espleta il proprio lavoro sulla base di tre dimensioni integrate ed irrinunciabili:

- Medica, con presidio degli aspetti clinici;
- Infermieristica, con presidio di attività di Nursing (ivi comprese le attività di valutazione iniziale e di verifica);
- Sociale (ove previsto), con presidio degli aspetti ambientali ed economici.

Le funzioni:

- Acquisisce le domande dell'utenza;
- Compie la valutazione tecnica domiciliare sulla scorta delle richieste;
- Accerta le condizioni di eleggibilità per la presa in carico;
- Predispone il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);
- Acquisisce il consenso informato/contratto;
- Si relaziona costantemente con tutti i servizi territoriali, con i presidi ospedalieri e con gli Uffici di promozione sociale dei comuni.

Fanno parte dell'UVMT:

- Il MMG/PLS dell'assistito;
- L'Infermiere Coordinatore;
- Il Medico Specialista (quando necessario, previa richiesta del MMG);
- L'Assistente Sociale per l'ADI;

- Il Fisioterapista (attivato dall'Infermiere Coordinatore quando necessario);
- Integrazione di altri professionisti, secondo le necessità.

## **2.2 Il ruolo dell'Infermiere Coordinatore nell'Unità di Valutazione Multidimensionale Territoriale**

L'Infermiere Coordinatore della U.V.M.T. opera nell'ambito territoriale. Coordina le attività di tutta la U.V.M.T. finalizzandole all'integrazione, alla continuità assistenziale ed all'erogazione di un servizio globale per l'assistito. Gestisce le attività assistenziali non mediche degli operatori domiciliari, assumendo la responsabilità della puntuale attuazione di tutti gli interventi previsti nei PAI. E' responsabile della tenuta di tutta la documentazione clinica e della raccolta dei dati utili al monitoraggio delle cure domiciliari. Partecipa ai gruppi di miglioramento per l'elaborazione delle linee guida e delle procedure assistenziali ed organizzative.

In caso di prescrizione di programmi riabilitativi, predispone la valutazione domiciliare da parte dei Fisioterapisti.

Nello specifico le funzioni principali dell'Infermiere Coordinatore sono così elencate:

### **1. COORDINAMENTO**

- Raccolta della domanda di assistenza domiciliare con una prima valutazione cartacea al front-office;
- Predisposizione della valutazione multidimensionale domiciliare;
- Coordinamento delle prestazioni assistenziali infermieri/medici/fisioterapista;

- Valutazione di nuovi pazienti;
- Assegnazione infermieri ai nuovi pazienti;
- Contatti con il MMG del paziente;
- Contatti con i referenti familiari dei pazienti;
- Prenotazione visite specialistiche ed esami diagnostici vari.

## 2. GESTIONE

- Gestione ed aggiornamento delle cartelle infermieristiche dei pazienti in carico;
- Gestione ed aggiornamento del database dei pazienti in carico;
- Rifornimento e gestione di materiale di farmacia;
- Organizzazione di riunione settimanale d'equipe;
- Aggiornamento delle schede in cui sono elencati i diversi pazienti con l'indirizzo ed i recapiti telefonici;
- Aggiornamento giornaliero del movimento dei vari pazienti (entrati, dimessi, deceduti o sospesi dal servizio);
- Gestione della modulistica necessaria per i ricoveri dei pazienti in strutture protette;
- Elaborazione mensile di dati statistici finalizzati alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi;
- Gestione archivio informatizzato e cartaceo.



### 3. INFORMATIVO

- Spiegazione finalità del servizio alle famiglie, ai MMG/PLS, agli specialisti, alle strutture territoriali;
- Spiegazione modalità di intervento dell'equipe;
- Invio in struttura territoriale più idonea ai bisogni del paziente.

### 4. SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA

- Rassicurare i familiari che l'assistenza al loro caro sarà decisa ed effettuata insieme a loro e che l'equipe li aiuterà e li istruirà su come affrontare i momenti di crisi di emergenza che si potrebbero verificare durante il periodo di assistenza;
- Rassicurare i familiari nei momenti difficili (l'infermiere coordinatore diviene così un punto di riferimento importante per i familiari);
- In caso di bisogno di tipo economico/sociale, l'Infermiere Coordinatore si preoccupa di segnalare il caso agli organi competenti.

### 5. FORMAZIONE

- Pianificazione di piani di formazione per gli operatori sanitari dell'equipe assistenziale;
- Funzione di tutoraggio per gli studenti tirocinanti;

- Informazione su eventuali corsi di aggiornamento per gli operatori dell'equipe.

## 2.3 Gli strumenti di lavoro

Lo strumento fondamentale della UVMT è la **valutazione multidimensionale** che permette di esplorare i settori in cui si può verificare la non autosufficienza fisica e psichica, dalle problematiche di ordine ambientale, ai problemi delle interazioni sociali, al tono dell'umore e all'entità del supporto informale (famiglia, vicini, volontariato). Pertanto per espletare in maniera oggettiva e scientifica la valutazione multidimensionale, la UVMT si avvale di strumenti come:

- La cartella multidimensionale;
- La cartella domiciliare;
- Le scale di valutazione dell'autosufficienza e del bisogno di nursing;
- La scala della deambulabilità;
- Le procedure e le linee guida;
- Quant'altro faciliti la comunicazione con la rete dei servizi.

## **CAPITOLO 3**

### **3.1 Quale evoluzione per l' infermieristica**

#### II CASE MANAGEMENT

Esso rappresenta una metodologia di organizzazione dei servizi sanitari basati sulla centralità dell'utente, avente l'obiettivo della massima integrazione degli interventi richiesti, erogati a livello della maggiore appropriatezza possibile, perseguendo molti aspetti della qualità dell'accettabilità delle cure. Da questa teoria nasce la figura del Case Manager.

#### II CASE MANAGER

È la figura professionale che svolge una serie di funzioni che possono essere classificate in due tipi principali:

- Generali, comprendono la fase di accoglienza, presa in carico dell'utente, stesura e condivisione con la persona del piano di assistenza;
- Specifiche, identificabili durante la valutazione dell'esito del piano assistenziale; queste sono vere e proprie variabili che rientrano nel dettaglio operativo caso per caso.

La professione infermieristica, in questi ultimi anni, trova i suoi punti di forza e sviluppo nella presenza di una serie di fattori concomitanti tra i quali:

- La nascita di una nuova **"figura professionale"** che coinvolge in prima persona gli infermieri: il case manager, che per

primo, è in grado di accogliere in modo adeguato la persona all'interno di ogni servizio sia esso territoriale che ospedaliero.

- La capacità di elaborare un piano assistenziale fatto di obiettivi specifici, raggiungibili e valutabili a scadenze fisse previa applicazione corretta di metodi e strumenti necessari all'elaborazione ed alla stesura dello stesso.
- Anche qui, come sopra elencato, la giusta integrazione fra i professionisti è il mattone principale, necessario e fondamentale, per permettere il buon funzionamento dell'equipe professionale che lavora sulla persona.

Il Case Manager è colui che, all'interno dell'organizzazione, segue specifici casi curandone l'andamento, lo possiamo definire come uno **"strumento"** di integrazione e personalizzazione degli interventi sanitari.

Il Case Manager prevede l'adeguamento del ruolo infermieristico a figura dotata di nuove responsabilità, capace di valutare i bisogni, di pianificare gli interventi e di mantenere livelli di alta ed efficiente cooperazione tra gli operatori. Esso accompagna la persona durante l'intero ricovero, collaborando con i medici sulle decisioni operative, pianificando gli interventi in modo da evitare attese, con l'obiettivo di controllare l'andamento del percorso assistenziale. In questo modo la continua ricerca dell'integrazione sulla base della centralità dei bisogni dell'utente, lascia l'ospedale e si sposta in maniera adeguata all'assistenza a domicilio, anche se la persona necessita di percorsi assistenziali lunghi.

Il Case Manager è un professionista ed opera secondo un insieme di competenze e pratiche specializzate che attingono dal bagaglio formativo alle esperienze professionali. Sarà il case manager a decidere, a seconda del caso clinico – assistenziale che prende in carico, se dovrà prevalere l'aspetto tecnico sanitario o quello socio – relazionale. Questa attività di tipo relazionale deve portare ad una comunicazione operatore – utente – famiglia che sia nello stesso tempo efficace ed efficiente, garantendo una giusta comprensione dei messaggi. Occorre però andare oltre, affinché nelle fasi più significative della relazione, si possa realizzare una condivisione di significati, esperienze e conoscenze comuni, arrivando allo sviluppo ed alla trasmissione di informazioni. I primi sviluppi delle attività del case manager si possono osservare in ambiti sociali e sul territorio a livello psichiatrico, per poi trovare una valida applicazione anche a livello delle cure domiciliari; essa al suo interno, raccoglie una serie di atti assistenziali non inseriti nel complesso delle cure e dell'attività terapeutica.

La crescente complessità delle cure, infatti, ha delle ripercussioni anche sul sistema non professionale delle stesse; questo, infatti, tende a raggruppare "un'attività terapeutica" fatta da parenti, amici, vicini di casa che, nel modello assistenziale anglosassone, prende il nome di ***family care***.

Possiamo affermare che il trasferimento a domicilio della persona porta non solo a una razionalizzazione delle risorse, ma anche alla riduzione di alcuni rischi ed al miglioramento tendenziale

del benessere soggettivo della persona. Non bisogna dimenticare che, sebbene il passaggio al domicilio sia gestito da personale professionale, questo induce necessariamente lo sviluppo di una nuova rete sociale definita primaria che si deve rielaborare in funzione del bisogno di nursing. Queste **reti sociali primarie** differenti da persona a persona, diventano nuovi alleati all'interno del processo di cura e riabilitazione dell'utente, permettendo di unire standard di cura elevati e tecnologicamente complessi, associando un uso oculato delle risorse disponibili a umanizzazione e personalizzazione delle cure stesse.

Per cui possiamo affermare che si è andati oltre la palese constatazione che la persona ha la famiglia, tentando di individuare gli ambiti, i settori, i modi attraverso i quali realizzare l'alleanza tra ambiente formale ed informale nell'ambito della cura della salute. Qui possiamo distinguere quindi:

- Gli interventi tecnici, peculiari del sistema professionale delle cure;
- Gli interventi di supporto psicologico, di sostegno affettivo, di assicurazione della persona che non coincidono con la sfera tecnico – professionale dell'assistenza in senso stretto, ma che ne fanno da contorno e sono tipici delle reti sociali primarie.

Risulta quindi evidente da quanto scritto, che la famiglia ha un ruolo di mediatore e di collegamento tra utente e sistema professionale delle cure, i quali insieme affrontano una malattia, un

bisogno che è sede di processi multidimensionali formati da fasi e cicli, che hanno le loro modalità di apparizione e superamento, associate e livelli di diversa gravità.

Per cui l'intervento finale del case manager sarà quello di ricondurre le family care all'interno di un modello coerente, omogeneo ed onnicomprensivo.

Il luogo fisico in cui il case manager svolge la sua professione non solo è il domicilio dell'utente, ma anche il distretto che esplica un ruolo di interconnessione socio – sanitario a più livelli:

- Assistenza diretta al paziente al domicilio, facendosi carico degli interventi di tipo infermieristico e/o riabilitativo;
- Di educazione/informazione sanitaria, rendendo la persona e la sua rete primaria di riferimento consapevoli delle implicazioni connesse alle condizioni del malato;
- Di supporto tecnico teso a mettere la famiglia in condizione di accudire la persona, investendola progressivamente di quei compiti assistenziali delegabili che essa è in grado di assolvere a seconda del grado di dipendenza/indipendenza.

Questa serie di interventi domiciliari saranno più ampi e sistematici a seconda che:



- La persona attraversi la fase acuta o terminale della malattia;
- Le condizioni risultino irrimediabilmente compromesse quando conseguentemente ad una riduzione progressiva del grado di autosufficienza;
- La rete di supporto alla persona sia stretta al numero dei componenti, limitata nelle risorse o scarsamente di supporto per incapacità di gestire la malattia o altro.

Appare opportuno delineare un modello di cure domiciliari che sia flessibile per le risorse attivate, il più possibile omogeneo per l'organizzazione ispirata ai principi della integrazione e del coordinamento. L'integrazione presuppone l'unificazione attraverso la definizione di protocolli, mentre il coordinamento rappresenta il momento unificante delle procedure sanitarie e socio – assistenziali erogate dai soggetti stessi attraverso un sistema organizzato e predefinito, a garanzia della continuità assistenziale al paziente. Il coordinamento e l'integrazione rappresentano il **"valore aggiunto"** fornito dalla presa in carico globale della persona portando innovazioni positive a livello di:

- Metodologia del lavoro;
- Organizzazione del servizio;
- Percorso assistenziale.

Il sistema delle cure domiciliari deve essere orientato ad erogare prestazioni sanitarie e socio – assistenziali fra loro integrate, finalizzate a soddisfare i bisogni di salute che portano alla

non autosufficienza. Questo modello prevede il coinvolgimento di risorse aggiuntive attivabili quali le famiglie e le associazioni di volontariato, capaci di svolgere funzioni prevalentemente assistenziali. Prevede inoltre prestazioni mediche generali ed infermieristiche, erogate al domicilio dell'utente attraverso un prevalente impiego di risorse primarie integrate fra loro. Al bisogno vengono coinvolte anche le risorse ospedaliere. Possiamo quindi affermare che il sistema delle cure domiciliari deve, ed è in grado di rispondere alle aspettative ed alle esigenze dei tre soggetti interessati all'assistenza:

- Utente e famiglia;
- Azienda U.S.L.;
- Operatori professionali delle cure domiciliari MMG, Infermieri, Fisioterapisti, Assistenti Sociali per l'ADI ed OSS.

Questo apre lo spazio ai termini di valutazione dello stesso servizio di assistenza domiciliare integrato e deve essere valutato con:

- Benefici per gli utenti e le famiglie; questo è un modello che è in grado di evitare alla persona malata periodi molto lunghi di degenza ospedaliera che lo portano lontano dal proprio ambiente di vita e dagli affetti, portando allo sviluppo di aspetti benefici come la qualità della vita per la persona stessa e la famiglia;

- Rischi per gli utenti e le famiglie che si potrebbero manifestare qualora il familiare di riferimento che fornisce il supporto assistenziale sia un coniuge anziano portando uno sviluppo di eccessivi carichi di lavoro per la famiglia;
- Costi per gli utenti e le rispettive famiglie, che potrebbero incorrere in spese eccessive per fornire il giusto supporto assistenziale alla persona rimasta al domicilio.

Questo nuovo modello assistenziale intende rispondere ai complessi bisogni delle persone, attraverso un'assistenza alternativa all'istituzionalizzazione in ambiente protetto, in ottemperanza a quanto previsto dalle vigenti normative nazionali e regionali. A tale fine intende assicurare l'erogazione di cure domiciliari secondo principi di qualità e si ispira ai principi dell'assistenza sanitaria primaria per garantire al domicilio delle persone interventi sanitari e sociali fra loro integrati, con la partecipazione della famiglia e coordinate dal case manager.

Le prestazioni assistenziali erogate devono risultare appropriate e proporzionali ai complessi bisogni legati alla non autosufficienza, eque per tutti coloro che ne hanno necessità, accessibili per attivazione e costo, adeguate in numero di risorse umane e materiali, erogate da operatori competenti, affidabili e sicure, accettabili per i pazienti e le famiglie, efficaci per la salute e la qualità della vita, efficienti dal punto di vista operativo ed

economico. Per ottenere tutto questo, il distretto che eroga prestazioni per le cure domiciliari, come qualsiasi servizio fornito da un' ASL deve essere in grado con i suoi operatori a partire dall'infermiere coordinatore individuato come case manager, a fornire qualità, per fare questo richiede la definizione di obiettivi di qualità ( che cosa fare) e delle modalità del loro raggiungimento (come fare). Questi obiettivi vengono definiti con:

- Rispondere ai bisogni degli utenti;
- Tutelare i loro diritti e richiedere la partecipazione;
- Erogare un servizio di buon livello organizzativo;
- Erogare un servizio di buon livello tecnico – operativo;
- Ricercare efficacia ed efficienza dell'assistenza.

Le modalità di raggiungimento di questi obiettivi vengono identificati secondo i principi dell'assistenza primaria: appropriatezza di livello, equità, accessibilità, fruibilità, tempestività, adeguatezza e competenza delle risorse umane, adeguatezza delle risorse materiali, sicurezza, appropriatezza di programma, integrazione, coordinamento, comunicazione, adesione e partecipazione, efficacia ed efficienza. Per fornire qualità, il sistema delle cure domiciliari deve definire un sistema che comprenda: organizzazione, risorse e procedure necessarie contemporaneamente per garantire una buona assistenza permettendo di raggiungere i risultati in termini di obiettività e di qualità.

## **CAPITOLO 4**

### **La mia esperienza nel Sistema delle Cure Domiciliari dell'ASL FG/1 di San Severo**

La mia esperienza di circa otto anni di lavoro nel sistema delle cure domiciliari dell'ASL FG/1, mi ha portato a lavorare a stretto contatto con gli operatori sanitari quali infermieri, fisioterapisti, OSS, mettendo in pratica tutto quello che in questo elaborato ho espresso in modo teorico. Prima di tutto l'evoluzione normativa di questi ultimi anni ha portato ad una naturale evoluzione dell'immagine dell'infermiere che si reca al domicilio dell'utente; libero da vincoli, quali ad esempio il mansionario, ma fedele ad una serie di procedure, protocolli e linee guida elaborate direttamente dal Gruppo di Ricerca e Miglioramento del Servizio; il professionista cerca di instaurare già dai primi momenti una relazione interpersonale proficua, che evidenzia:

- Competenza;
- Preparazione;
- Serietà;
- Correttezza;

per poi mettere in pratica, con una serie di azioni, tutte quelle conoscenze che gli permettono di svolgere al meglio la sua professione.

Si può quindi affermare, che per erogare assistenza infermieristica deve intervenire un **professionista** che abbia un

bagaglio di conoscenze teorico – pratiche elevate, che siano in grado di soddisfare nella sua globalità i bisogni non solo dell'individuo, ma anche della rete sociale che lo circonda. Per questo, ci si è resi conto dell'elevata quantità di spazio operativo di cui gode l'infermiere all'interno di una realtà operativa domiciliare, che va di pari passo ai rischi connessi alle responsabilità direttamente sulla persona/utente.

Nasce necessariamente, la figura ***dell'infermiere case - manager***, che non solo è il responsabile del caso, ma è anche l'unico referente per l'utente, i suoi familiari e per tutti gli altri operatori professionali che collaborano allo sviluppo del percorso assistenziale. Tutto questo, porta la professione infermieristica in una condizione particolare e stimolante, che riesce ad unire in una sola persona il ***"saper essere"*** ed il ***"saper fare"***.

Il ***"saper essere"*** non solo influenza in maniera rilevante la fattibilità degli interventi assistenziali rispetto al ***"saper fare"***, ma va a coinvolgere in modo preponderante l'etica professionale che deve portare allo sviluppo di comportamenti positivi nei confronti della persona/utente.

## **CONCLUSIONI**

Le trasformazioni in atto nella "società complessa" attuale, la rivoluzione socio culturale ed economica, stimolano il ripensamento della sanità nella sua globalità. A tale arduo impegno sono chiamati, oltre ai politici, tutti gli operatori della sanità.

Non va mai dimenticato che la persona, la famiglia, la comunità, sono i fruitori dei servizi, la ragione fondante dell'esistenza stessa dei servizi e lo scopo ultimo dei servizi stessi. Inoltre se si "ascolta" la richiesta degli utenti si può sentire forte e chiara la necessità di un'assistenza integrata e coerente come risposta ai problemi di salute.

Le innovazioni dei servizi sanitari alle persone possono funzionare e dare esiti positivi se si fondano su alcune opzioni operative che hanno un sostanziale fondamento etico come l'auto-aiuto, l'umanizzazione delle pratiche cliniche e organizzative, l'ascolto dei bisogni, la ricerca della collaborazione con le famiglie e la comunità.

Partendo da queste riflessioni, l'Infermieristica, connotata come Scienza e come Professione, ha l'obbligo di specificare rigorosamente e chiaramente la sua vera essenza e la diversità dalle altre professioni sanitarie: la propria logica interna, il proprio ambito specifico di attività, i metodi e le strategie di intervento, coniugando così, teoria e prassi con l'originalità degli interventi assistenziali che da sempre la caratterizzano.

La creatività storica degli Infermieri deve evolversi in "*creatività scientifica*" nella consapevolezza che ogni azione concreta non può che essere supportata da contenuti teorici e dalla ricerca, specifici dell'Infermieristica, nonché dalla propensione continua all'interazione professionale ed ambientale, allo scambio, alla condivisione e da continua riflessione critica dello status quo.

In queste prospettive il contributo della scienza infermieristica e dell'Infermiere può essere significativo e decisivo per il potenziamento di servizi, realmente fruibili dalle persone e dalle loro famiglie.

*"Il difficile non è sapere, ma saper far uso di ciò che si sa".*

*Han Fei, antico maestro cinese*



## **Bibliografia:**

- ❖ Artioli G. Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Milano: area Qualità, 2000
- ❖ Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Milano: Mc Graww-Hill, 1996 e 2000
- ❖ Schiavardi O. Professionisti e Lavoratori Autonomi. Roma: Buffetti Editore, XXXIII ed. 2000
- ❖ R. Dilani, A. Semenzato, "Nursing practitioner: l'infermiere del futuro" ed. M.D. Medicinae Doctro 2000
- ❖ AA.VV. con il coordinamento di Bottari C.: il Nuovo Servizio Sanitario Nazionale ed Maggioli
- ❖ Bottari C. Nuovi Modelli Organizzativi per la Tutela della Salute ed G. Giappichelli Torino
- ❖ D.P.R. 23/7/1998, Piano Sanitario Nazionale 1998/2000
- ❖ D.P.R. 1/3/1994, Piano Sanitario Nazionale 1994/1996
- ❖ Ministero della Sanità – Relazione sullo stato sanitario del Paese – 2000
- ❖ Vendramini E., Modelli Organizzativi per il Territorio, CeRGAS – Bocconi, Milano, s.d.
- ❖ Crafen R.F., Hirnle C.J., Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica: promuovere la salute, CEA Milano 1998
- ❖ D.M. 739/1994 Il Profilo Professionale dell'Infermiere
- ❖ Legge 42/1999
- ❖ Legge 341/1990
- ❖ D.Lgs 502/1992 e 517/1993
- ❖ D.M. 503/1999

- ❖ Norme di riorganizzazione della funzione infermieristica con relativa proposta di legge elaborata dal consigliere della Regione Piemonte dott. G. Caracciolo
- ❖ Il professionista infermiere e l'autonomia infermieristica – [www.infermierionline.net](http://www.infermierionline.net)

