



Assistenza infermieristica di comunità e domiciliare

(Lauren Valk Lawson)

Scenario clinico

Lavori come infermiere al Servizio Sanitario Indiano (una struttura che serve una popolazione di 4300 membri di una riserva di nativi americani). Noti che l'incidenza e la gravità dei problemi correlati al diabete sono aumentati in maniera notevole per i membri della comunità.

Hai anche notato che è difficile raggiungere le persone, perché molte non hanno il telefono. Gli assistiti ti dicono che hanno avuto difficoltà a raggiungere la clinica a causa della mancanza di trasporti affidabili e della notevole distanza. Alcuni dicono che quando vengono in clinica non si sentono rispettati. Inoltre, sai che gli anziani potrebbero non essere in grado di lasciare la casa perché impegnati nella cura dei bambini. L'ospedale e centro per la dialisi più vicino si trova a circa 150 chilometri, in un altro servizio. Decidi di consultarti con gli infermieri di sanità pubblica che lavorano nel Dipartimento di Salute preposto, perché ti aiutino a sviluppare un programma che porti a soddisfare più efficacemente i bisogni di salute delle persone che assisti con le risorse disponibili a livello regionale.

Dopo aver completato lo studio di questo capitolo e aver acquisito le conoscenze relative al sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria nelle comunità e a domicilio nelle tue conoscenze di base, rivedi il caso presentato e rifletti sui seguenti aspetti di pensiero critico.

1. Descrivi le capacità operative e le conoscenze di base di cui hai bisogno per erogare un'efficace assistenza infermieristica di comunità.
2. Spiega l'importanza della continuità dell'assistenza e del piano di dimissione nel sistema sanitario emergente.
3. Proponi come potrebbero lavorare gli infermieri con i vari settori della comunità e i professionisti sanitari.
4. Prospetta le eventuali opportunità della professione infermieristica di modificare il sistema sanitario.
5. Immagina che cosa succederà agli ospedali in futuro.

paRole chiave

Advocacy
Assistenza domiciliare
Assistenza infermieristica di comunità
Assistenza sanitaria di comunità
Case management
Competenze infermieristiche per assistenza di comunità
Comunità sane/città sane
Continuità assistenziale
Coordinamento
Determinanti della salute
Educazione dell' assistito
Estetico-spirituale
Facilitatore
Hospice
Livelli di assistenza
Piano di dimissione
Risorse della comunità
Sostegno

obiettivi di apprendimento

Completando lo studio di questo capitolo lo studente sarà in grado di:

1. Discutere il significato di assistenza sanitaria di comunità.
2. Identificare tre livelli di assistenza sanitaria e i servizi relativi a ogni livello.
3. Identificare il ruolo di vari contesti per l'assistenza sanitaria di comunità.
4. Spiegare come le considerazioni sociali, professionali e finanziarie hanno influenzato la crescita dell'assistenza sanitaria di comunità.

(segue)

5. Determinare il principale obiettivo dell'assistenza infermieristica in tutti i contesti e situazioni.
6. Discutere le forme di pratica infermieristica di comunità, sia nella forma tradizionale sia nella versione più recente.
7. Identificare l'importanza della continuità dell'assistenza e della pianificazione della dimissione.
8. Descrivere la gestione dei bisogni di salute al domicilio, da un punto di vista sistemico.
9. Identificare i fattori che influenzano le competenze dell'assistito per la gestione della sua salute al domicilio.
10. Spiegare le principali aree che richiedono una valutazione da un infermiere domiciliare.
11. Descrivere il ruolo e le responsabilità infermieristiche al domicilio.
12. Identificare l'importanza delle risorse della comunità nell'assistere il malato che riceve assistenza domiciliare.

Il *Patient Protection and Affordable Health Care Act* (ACA), approvato nel 2010, ha lo scopo di rendere più accessibile il sistema sanitario, creare piani di assicurazione competitivi, essere maggiormente responsabile, porre fine alle discriminazioni e favorire la stabilità del budget e dell'economia (Casa Bianca, 2014). Con la progressiva introduzione dei numerosi provvedimenti dell'ACA (si veda il Box 3.1), nuove opportunità emergeranno per gli infermieri che eserciteranno un ruolo importante nell'implementare la nuova politica sanitaria. Per esempio, nello spostare il focus dell'assistenza sanitaria dalle strutture che prestano assistenza acuta ai servizi di comunità, gli infermieri possiedono la giusta prospettiva per gestire in maniera ideale le cure intermedie (Vincent e Reed, 2014).

Molte proposte di legge attualmente in discussione riguardano l'assistenza sanitaria nazionale condividono due strategie chiave: le misure di assistenza primaria e i principi di salute pubblica di promozione della salute e prevenzione della malattia. L'assistenza primaria consiste nella fornitura di servizi sanitari a individui nel contesto comunitario nel quale vivono.

Essendo le degenze ospedaliere sempre più brevi, si è affermata e diffusa l'assistenza erogata a livello di comunità. L'assistenza di comunità diventa allora più significativa rispetto all'assistenza sanitaria ospedaliera, con un'attenzione particolare all'assistenza sanitaria primaria. Con l'integrazione dei principi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie, l'assistenza primaria può collaborare con gli individui per aiutarli a raggiungere un livello di salute ottimale (Institute of Medicine, 2012).

Tra i ruoli essenziali dell'infermiere vi è anche la collaborazione con le persone nella gestione dei loro bisogni di salute nei setting domiciliari, attraverso l'uso delle risorse della comunità a sostegno delle persone assistite. La gestione dei bisogni di salute a domicilio non coinvolge solo la persona assistita, ma anche

la famiglia, gli amici e le altre risorse di sostegno. Gli obiettivi sono: permettere alle persone di riconquistare o mantenere il miglior livello di salute compatibilmente con le loro difficoltà, e restare al domicilio. Una chiave per il successo dell'assistenza è la qualità della relazione infermiere-assistito, nel contesto della famiglia e della comunità dell'assistito. In accordo con la persona, l'infermiere favorisce le capacità di raggiungere risultati individuali di salute e di autocura.

Le persone percepiscono loro stesse in relazione al mondo esterno e alla loro possibilità di mantenere la propria indipendenza. L'indipendenza è in genere associata alla capacità di gestirsi e curarsi da soli a casa, nel proprio nucleo familiare e nella comunità. Tutto ciò permette di sviluppare la capacità di rispondere ai bisogni di base e alla gestione delle complesse azioni necessarie per l'autocura e il mantenimento dell'autonomia. Così come l'assistito si sposta da un ambiente all'altro, gli infermieri devono valutare le sue capacità di svolgere le attività di vita quotidiana (ADL). Capire la persona assistita in rapporto all'ambiente di vita, la sua casa, la sua famiglia e la sua comunità è importante nello sviluppo dei piani di cura che potenziano le capacità della persona di mantenere la propria autonomia.

LiveLLi di assistenza sanitaria

La *Division of Nursing del Department of Health and Human Services* ha analizzato la formazione infermieristica attuale in relazione ai bisogni sanitari della popolazione. I **livelli di assistenza sanitaria** sono stati suddivisi in assistenza primaria, secondaria e terziaria (Figura 3.1). La maggior parte delle risorse attuali, dei servizi, dell'assistenza e della formazione infermieristica riguarda l'assistenza

BOX 3.1

Disposizioni principali dell'affordable Care act

- Rende obbligatoria l'assistenza sanitaria per tutti i cittadini e i residenti in modo legale negli Stati Uniti; coloro che ne sono sprovvisti sono soggetti al pagamento di ammende.
- Crea mercati sanitari a base statale ai quali le persone possono rivolgersi per stipulare polizze assicurative.
- Prescrive ai datori di lavoro con 50 o più dipendenti l'obbligo di fornire copertura assicurativa ai propri impiegati.
- Estende il Medicaid a tutti gli individui il cui reddito familiare ammonta fino al 133% della soglia di povertà federale.
- Prevede la copertura sanitaria per giovani fino a 26 anni.
- Proibisce alle compagnie assicurative di porre un limite alla copertura annuale o per l'intera durata della vita.
- Proibisce l'esclusione dalla copertura assicurativa di bambini affetti da patologie preesistenti.
- Dà vita a un programma meritario all'interno di Medicare che finanzia gli ospedali tenendo conto delle loro performance.
- Elimina il pagamento condiviso dei servizi di prevenzione raccomandati dalla U.S. Preventive Services Task Force.
- Fornisce la copertura Medicaid alle donne incinte per aiutarle a smettere di fumare.
- Riduce il divario nella copertura dei farmaci con prescrizione medica nella sezione D del Medicare.
- Aumenta i posti riservati ai medici di base.
- Rafforza il sostegno e la formazione per i professionisti del sistema sanitario nell'assistenza primaria e nelle zone scarsamente servite.

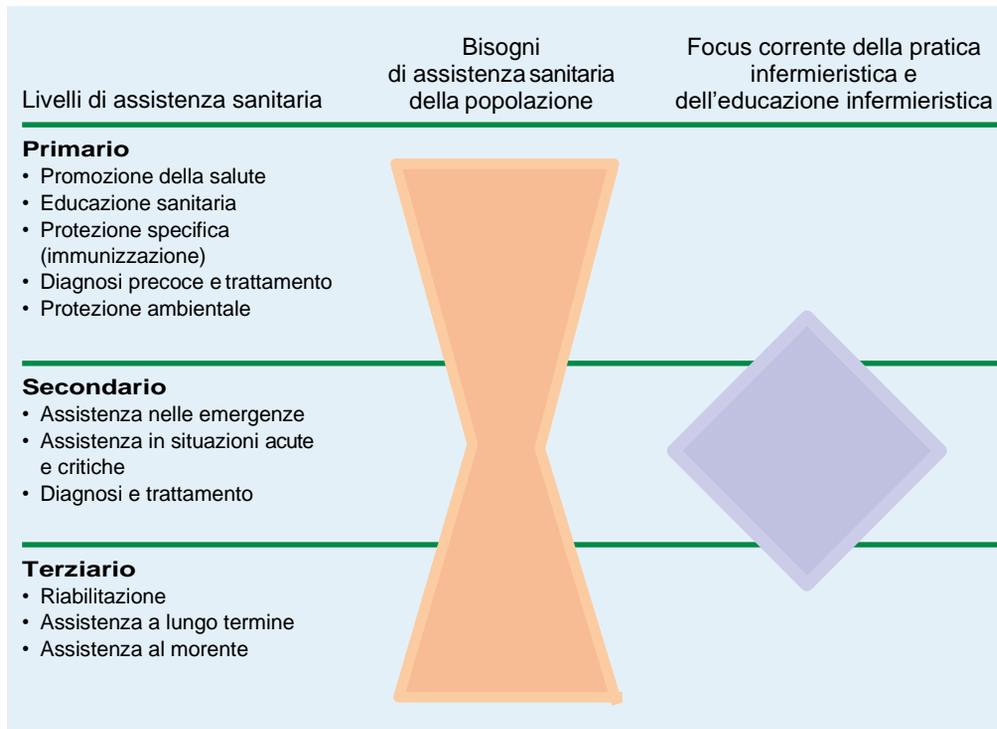


Figura 3.1 Livelli di assistenza sanitaria necessari. Mentre i bisogni della popolazione sono raggruppati a livello primario e terziario, la pratica infermieristica e l'educazione si concentrano a livello secondario. (Elaborato dal *Nursing Practice Branch, Department of Health and Human Services.*)

sanitaria secondaria: assistenza nelle emergenze, in situazioni acute e critiche, diagnosi e trattamento. I bisogni della popolazione, comunque, si vanno modificando e interessano soprattutto l'assistenza sanitaria primaria (promozione della salute, educazione, protezione, screening) e l'assistenza sanitaria terziaria (riabilitazione, assistenza a lungodegenti e servizi di sostegno, assistenza in hospice). La maggior parte dei servizi di assistenza sanitaria primaria e terziaria è appropriatamente erogata in ambiti comunitari. All'inizio del XXI secolo le strutture sanitarie devono tendere a far combaciare questi livelli di bisogno con le risposte fornite.

tendenze nell'assistenza sanitaria di comunità e determinanti della salute

In media si crede che "qualità della vita" sia sinonimo di "comunità sana". C'è un crescente riconoscimento del fatto che per raggiungere gli obiettivi di *Healthy people 2020: Understanding and Improving health* serve un modello che comprenda diversi **determinanti della salute**.

L'assistenza clinica si è sempre tipicamente focalizzata sulla diagnosi e sul trattamento dei sintomi. Comprendere lo stato di salute in relazione al comportamento, ai fattori sociali e altri determinanti della salute fornisce un contesto olistico. Per esempio, è importante considerare la facilità di accesso di un individuo a un negozio di frutta e verdura per comprenderne i bisogni nutrizionali (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Per agire sui determinanti sociali, economici, politici ed educativi, le iniziative sanitarie sono più efficaci se si svolgono all'interno della comunità e ne sfruttano la collaborazione.

assistenza sanitaria di comunità

L'**assistenza sanitaria di comunità** è il progetto, l'erogazione e la valutazione dei servizi di assistenza sviluppati in collaborazione

con le comunità. La "comunità" definita in modo generico può essere un luogo di lavoro o un'area di frequenza scolastica, gli assistiti di una compagnia assicurativa che eroga assistenza sanitaria agli assicurati, come accade nella realtà statunitense, un'area geografica definita o un gruppo di sedi identificate da categorie o bisogni di assistenza. L'assistenza di comunità è erogata nel luogo in cui si trovano le persone (dove lavorano, si divertono, vanno a scuola e in chiesa ecc.) e si sviluppa in un determinato contesto comunitario, con i suoi bisogni unici e i suoi punti di forza. La partnership assume equità nei contributi, nella partecipazione, nell'impegno per interessi comuni e nell'associazione stretta. Il rispetto, l'apprezzamento e la cooperazione caratterizzano una relazione di successo. Nell'assistenza di comunità la natura della relazione assistente-assistito rappresenta una delle partnership.

I principali fornitori di assistenza, gli ospedali, le case di cura per anziani, le farmacie, i centri di riabilitazione e altri tipi di erogatori presenti in un'ampia area geografica saranno formalmente collegati tra loro. Per esempio, l'ACA ha stabilito l'istituzione di organizzazioni assistenziali responsabili (ACO). Tali organizzazioni consistono in una rete di ospedali e assistenti responsabili di collaborare tra loro per assicurare un'assistenza efficace e di qualità agli individui che vengono loro assegnati. Per l'erogazione di tali servizi è fondamentale che tali organizzazioni dimostrino di saper gestire adeguatamente le patologie croniche e prevenire costosi ricoveri ospedalieri (National Council of State Boards of Nursing, 2014).

La *Nursing's Agenda for Health Care Reform* dell'Associazione Americana degli Infermieri (ANA, 2008) è la posizione proattiva dell'infermieristica di comunità americana su come, dove e chi eroga assistenza sanitaria. Promuove un approccio in cui è erogata assistenza sanitaria ai consumatori, i quali saranno sempre più partecipanti informati nelle decisioni sulla loro assistenza. Gli ospedali e le altre istituzioni rimarranno componenti significative del sistema sanitario, ma non saranno più a lungo il focus centrale o l'elemento dominante. Tale posizione sarà assunta dal consumatore. L'ACA fa progressi verso l'affermarsi di una visione dell'assistenza infermieristica focalizzata sulla promozione della

salute, prestata secondo i bisogni dell'individuo e incentrata sul benessere anziché sulla gestione della malattia, ma il percorso è ancora lungo, e va di pari passo con la diffusione dei risultati dell'ACA stesso.

assistenza infermieristica di comunità

L'assistenza infermieristica di comunità può essere definita come l'assistenza infermieristica diretta a individui di un gruppo specifico della popolazione, all'interno della comunità in cui esso vive.

Esempi di assistenza infermieristica di comunità sono la medicina scolastica e l'assistenza domiciliare. Il livello dell'assistenza può essere secondario o terziario, rivolgendosi ai problemi acuti e cronici comunemente osservati nella popolazione.

Il case management è uno strumento importante dell'assistenza infermieristica di comunità; comprende competenze quali il coordinamento delle cure, l'educazione sanitaria e l'advocacy (Stanhope e Lancaster, 2012).

L'assistenza infermieristica di comunità rappresenta un'opportunità speciale per gli infermieri di applicare il processo infermieristico e le conoscenze in accordo con gli utenti.

Ci sono tre setting definiti nei quali gli infermieri lavorano nell'ambito delle comunità: l'assistenza infermieristica di comunità; l'assistenza sanitaria di comunità e l'assistenza nell'igiene e sanità pubblica. Dal momento che le riforme sanitarie tendono a portare i servizi lontano dalle cure terziarie potenziando i servizi nelle comunità, questi tre diversi ruoli si possono sovrapporre e le differenze possono essere confuse. Rispetto a questi ruoli, la differenza chiave rimane nella relazione.

L'assistenza infermieristica di comunità fornisce servizi a persone con problemi acuti e cronici nel contesto di vita stesso delle persone; l'assistenza sanitaria di comunità fornisce assistenza agli individui, alle famiglie e ai gruppi che abbiano i fattori di rischio identificati all'interno della comunità; tali servizi focalizzano l'attenzione sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Nell'assistenza nell'ambito dell'igiene e della sanità pubblica, la comunità è assistita e il focus è sulla prevenzione primaria (Stanhope e Lancaster, 2012; ANA 2013, 2014).

La Tabella 3.1 fornisce un esempio sui differenti obiettivi in caso di asma. Lo spettro delle cure tra assistenza di comunità, as-

sistenza sanitaria di comunità e sanità pubblica ne dimostrano la versatilità e le opportunità.

Focus dell'assistenza infermieristica

Sebbene il contesto dell'assistenza e il tipo di interventi possano cambiare, il focus infermieristico è sempre lo stesso: la cura olistica della persona. Dovunque si eroghi assistenza, l'obiettivo infermieristico è fornire assistenza che non si concentri solo sui bisogni fisiologici, ma che sia attenta anche ai bisogni psicologici e spirituali della persona in relazione al suo ambiente.

Nell'assistenza infermieristica erogata in ospedale, la stabilizzazione fisica e mentale è lo scopo primario che molti assistiti devono raggiungere. I bisogni delle persone assistite possono essere il monitoraggio dei parametri, l'igiene completa o parziale, il supporto nutrizionale, la gestione del dolore, la somministrazione di farmaci, il counseling e l'educazione sanitaria. I bisogni di assistenza sono complessi. Vista la tendenza a degenze sempre più brevi, le persone assistite possono essere dimesse prima che gli aspetti educativi siano stati trasmessi completamente.

In contesti extraospedalieri, le attività infermieristiche cambiano. Se l'assistenza infermieristica è diretta verso un individuo, per esempio nel caso dell'assistenza domiciliare, i problemi fisiologici si risolvono, ma possono permanere dei bisogni di assistenza nella sfera sociale. La valutazione dell'ambiente domestico e il coinvolgimento della famiglia o di altre persone significative nell'assistenza diretta sono essenziali. La pianificazione e gli interventi sono centrati sull'utilizzo delle risorse individuali, familiari e di comunità per ripristinare la salute della persona, al fine di raggiungere il più alto livello di autonomia funzionale possibile, mentre si continuano a monitorare gli eventuali effetti collaterali dei trattamenti o la comparsa delle complicanze.

Se l'assistenza infermieristica di salute pubblica è diretta verso una popolazione, i bisogni della popolazione, determinati dai dati epidemiologici, demografici o espressi dalla popolazione stessa, aiutano a stabilire le priorità. Per esempio, i servizi erogati nei luoghi di lavoro sono specifici a seconda dell'attività esercitata (dagli operai del reparto di produzione, a chi svolge attività amministrativa).

Evoluzione della pratica dell'assistenza infermieristica di comunità

Molti dipartimenti di salute pubblica focalizzano l'attenzione sul contatto con il malato per l'assistenza materno-infantile, per le malattie infettive e per le cure primarie.

taBeLLa 3.1 NELLA VOSTRA COMUNITÀ È PRESENTE UN RISCHIO PER LA SALUTE*

Infermieristica di comunità	Identifica le persone ricoverate nella clinica della comunità, i cui figli hanno un'età a rischio per l'esordio di asma. L'infermiere dovrebbe rivalutare la terapia con la famiglia, accertarsi che essi conoscano i segni e i sintomi che richiedono attenzione medica e partecipino agli studi clinici.
Infermieristica di salute	Dovrebbe garantire i follow-up attraverso visite domiciliari. L'infermiere dovrebbe educare i genitori sui metodi per la prevenzione, valutare se ci sono condizioni che ostacolano l'accesso alle cure, per esempio il tipo di assicurazione, e riferire alla famiglia di altre risorse di cui potrebbero aver bisogno, come la valutazione strumentale. Le informazioni della visita domiciliare dovrebbero comprendere anche altre risorse quali, per esempio, gruppi di sostegno per i genitori di bambini affetti da asma o scrivere protocolli che indichino la modalità per ridurre i più comuni allergeni domestici.
Infermieristica di sanità pubblica	L'infermiere dovrebbe monitorare le statistiche relative alle visite in pronto soccorso per asma. Da questi dati può identificare la maggior parte dei bambini ricoverati in ospedale con complicanze secondarie che hanno una inadeguata assicurazione sanitaria. L'intervento successivo sarà quello di adoperarsi per l'accesso alle cure a basso costo per i bambini a rischio oppure sviluppare un programma di prevenzione rivolto ai bambini della scuola elementare.

* Un incremento documentato di accessi in pronto soccorso dovuti a problemi correlati all'asma tra i bambini di una scuola elementare locale.

Altri ambiti tradizionali di erogazione dell'assistenza infermieristica di comunità sono le scuole (assistenza infermieristica scolastica), i luoghi di lavoro (assistenza infermieristica occupazionale) e le case (hospice e assistenza infermieristica domiciliare). Gli infermieri che lavorano negli ambiti scolastici dedicano il loro lavoro ai bambini che frequentano la scuola. Gli screening sanitari, l'educazione alla salute, l'assistenza in caso di situazioni acute o di pronto soccorso sono alcune delle prestazioni erogate nell'assistenza infermieristica scolastica. Gli infermieri nei luoghi di lavoro esercitano la loro attività su una popolazione di lavoratori; sottolineano la promozione, la protezione e il ripristino della salute dei lavoratori nel contesto di un ambiente di lavoro sano e sicuro. Gli infermieri degli hospice lavorano per una popolazione di malati terminali. L'assistenza palliativa con un team multidisciplinare e il sostegno della famiglia sono elementi essenziali della pratica negli hospice.

Attualmente, nell'assistenza sanitaria domiciliare il focus dell'assistenza infermieristica (Figura 3.2) è su persone affette da malattie croniche e complesse (per esempio, medicazioni, persone in stato confusionale o con scarso sostegno sociale) o assistenza per acuti (per esempio, monitoraggio fetale o terapia antibiotica endovenosa).

Tutti gli infermieri che lavorano nei contesti di comunità forniscono servizi a domicilio attraverso una visita domiciliare. Essa rivela informazioni che gli infermieri non possono raccogliere in nessun altro modo.

L'ambiente sicuro e i rischi domestici sono esempi di informazioni raccolte attraverso l'osservazione durante le visite domiciliari.

Concentrandosi sull'intera persona nel suo ambiente, l'infermiere può essere in grado di determinare interventi ottimali, impossibili da definire al di fuori dell'ambiente domestico.

assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è caratterizzata da una serie di problematiche relative alla salute e ai servizi collegati. Tali servizi sono erogati alle persone in ripresa da una malattia, a disabili o a persone affette da una malattia cronica o terminale che richiedono assistenza per migliorare o mantenere la funzionalità o svolgere le attività di vita quotidiane (ADL). I servizi per gestire a domicilio i bisogni di assistenza sanitaria possono coinvolgere un team in-



Figura 3.2 Gli infermieri domiciliari forniscono assistenza olistica a persone con complesse situazioni di salute croniche o bisogni di assistenza acuti.

terdisciplinare di professionisti, che può comprendere assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti e aiuti sanitari domestici.

L'assistenza domiciliare è l'erogazione di assistenza ai malati acuti, cronici e alle persone sane di tutte le età presso il loro domicilio.

tendenza dell'assistenza domiciliare

Un aspetto del cambiamento del sistema assistenziale è il ruolo crescente della gestione domiciliare. Una delle ragioni principali di tale crescita risiede nella dimissione precoce degli assistiti dagli ospedali e nella richiesta crescente di servizi domiciliari da parte degli assistiti e delle loro famiglie. Questa tendenza è stata ulteriormente incoraggiata dall'aumento dei finanziamenti destinati ai servizi comunitari e domiciliari previsto dall'ACA (Harrington, Ng, La Plante e Kaye, 2012).

Inoltre, nell'assistenza domiciliare è stato introdotto il pagamento dilazionato. Le agenzie di assistenza domiciliare hanno chiesto a Medicare di raccogliere e segnalare informazioni standardizzate: l'*Outcome and Assessment Information Set* (OASIS) fornisce linee guida standardizzate per l'ammissione e l'assistenza, e un database nazionale per la valutazione, il rimborso e la qualità del miglioramento (Marrelli, 2012).

La casa come luogo di cura

L'ambiente di vita della persona comprende i suoi ambiti fisici, psicologici e sociali. Un aspetto importante di quest'ambiente è che costituisce il luogo in cui la persona torna per avere sostegno, intimità, relazione, supporto e protezione dal mondo esterno. Per la maggior parte delle persone questo posto si chiama 'casa'. Vivere da soli nella propria casa significa in genere essere capaci di gestire la casa e prendersi cura di sé.

La gestione ottimale a casa si ha quando una persona è in grado di mantenere autonomamente un ambiente che promuove il benessere (Figura 3.3). La casa è confortevole e sicura, e la persona è in grado di provvedere alla cura di sé e alla propria igiene, interagisce con gli altri, adempie agli obblighi economici e intraprende attività soddisfacenti e proficue. Anche se alcune persone presentano dei deficit, possono comunque adattarsi alla loro situazione attraverso le proprie stesse risorse o l'assistenza di altre persone.

assistenza domiciliare versus assistenza per acuti

Una differenza essenziale tra l'assistenza domiciliare e quella per acuti sta nel fatto che nella prima l'infermiere è un «ospite» a casa dell'assistito e gioca sul suo terreno. A casa, l'assistito e i suoi familiari detengono il potere, che, in altri scenari, passa a chi presta loro le cure. Gli infermieri a domicilio di solito lavorano come componenti di un team terapeutico; inoltre, seguono più assistiti di età diverse e interessati da problemi di salute differenti, quindi è utile che possano contare su un background generale. La gestione a domicilio di molti bisogni assistenziali richiede grandi capacità di valutazione e una conoscenza di base per sostenere l'assistito con spiegazioni appropriate per aiutarlo a rimanere il più indipendente possibile. Data la crescente indipendenza dell'infermiere nella gestione dell'assistenza a domicilio, egli deve conoscere quali sono le risorse disponibili nel presidio e nella comunità per sostenere l'assistenza domiciliare e le informazioni tecniche sui pagamenti e i regolamenti. Il sostegno e l'educazione degli assistiti non professionali, come i familiari



Figura 3.3 Attrezzature di sicurezza, come spondine, e presidi utili, come una comoda sedia da doccia, possono aiutare l'assistito a gestire in maniera indipendente i suoi bisogni sanitari.

o gli amici, richiede che l' infermiere a domicilio collabori strettamente con loro (Green, 1998).

ruolo della famiglia e della comunità: una visione sistemica

La gestione a domicilio dei bisogni assistenziali, di solito, avviene all' interno della famiglia, degli amici e della comunità. Una visione sistemica prevede che individuo, famiglia e comunità interagiscano scambiandosi informazioni ed energia. Questa interazione deve avvenire all' interno di tutti gli ambiti: fisico, sociale, comportamentale, economico e politico. Ciò che riguarda una persona può influenzare la sua famiglia e la comunità in cui vive. Per esempio, se una persona è affetta da una malattia trasmissibile, la trasmissione può avvenire ai familiari così come agli amici e ai vicini. Le risorse di comunità, come il presidio sanitario locale, possono fornire servizi all' individuo e alla famiglia.

Fattori che incidono sulla gestione domiciliare dell'assistenza

Un' alterazione della capacità di gestire autonomamente i bisogni di salute può dipendere da una diminuzione delle abilità fisiologiche, da un insufficiente sostegno familiare o sociale, o da scarse risorse di comunità. I deficit fisici e le malattie croniche debilitanti che diminuiscono le capacità dell' assistito di svolgere le ADL possono portare a difficoltà nel conservare l' indipendenza. La capacità di svolgere le ADL in maniera indipendente può venire meno in caso di diagnosi medica di una condizione

debilitante o limitante cronica, di prognosi medica per la condizione stessa e di regimi terapeutici complessi (Carpenito-Moyet, 2013). Inoltre, le capacità di svolgere le ADL in maniera indipendente possono essere compromesse da carenze nel sostegno sociale o indisponibilità di risorse della comunità. Il Braylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) aiuta a identificare gli assistiti che potrebbero avere bisogno di assistenza una volta dimessi dall' ospedale. Lo strumento di screening, basato su prove scientifiche, si è anche dimostrato utile nel prevedere l' estensione temporale dei ricoveri ospedalieri (Cunic, Lacombe, Mohajer, Grant e Wood, 2014).

Capacità funzionali

LIVELLI DI SVILUPPO

A seconda del livello di sviluppo, la persona assistita presenta specifici bisogni di assistenza domiciliare. La persona richiede assistenza fisica, ma l' infermiere deve pensare anche ai bisogni legati allo stadio dello sviluppo. Una conoscenza approfondita dei cambiamenti legati ai diversi stadi di sviluppo è fondamentale quindi per permettere all' infermiere di soddisfare i bisogni sia fisici sia di sviluppo.

Un bambino ad alto rischio può richiedere l' impiego di strumenti come un monitor per apnea o un ventilatore, che potrebbero intimorire i genitori. Tuttavia, questo bambino ha anche bisogno di stare con i propri genitori e creare un legame con loro. L' infermiere aiuta i genitori a soddisfare i bisogni fisici ed emotivi del piccolo e li incoraggia a rafforzare il legame affettivo. Un bambino in età scolare che ha bisogno di assistenza domiciliare per una condizione acuta o cronica ha bisogno di sostegno per dar vita a una socializzazione e una relazione con i suoi coetanei, e per avere una continuità educativa. I bisogni che l' infermiere di assistenza domiciliare può soddisfare nell' immediato sono solo una parte dell' insieme dei bisogni dei ragazzi.

L' adolescente che richiede un' assistenza domiciliare a lungo termine presenta una combinazione unica di bisogni. Oltre ai bisogni fisici per i quali necessita di assistenza domiciliare, l' adolescente può essere in lotta con problematiche legate all' indipendenza, al mantenimento di relazioni con i suoi pari in un momento in cui non è in grado di partecipare alle attività e alle richieste educative. L' infermiere di assistenza domiciliare può aiutare a coordinare i bisogni e incoraggiare i familiari, gli insegnanti, i compagni di scuola e gli amici a capire il conflitto del ragazzo e a fornire sostegno per i suoi bisogni. Il sostegno agli assistiti in fase terminale non si limita al soddisfacimento dei loro bisogni fisiologici. L' incoraggiamento a ripercorrere la propria storia personale, la spiegazione a familiari e amici di quello che li attende nel processo della morte, l' assistenza nelle fasi di organizzazione delle esequie possono rientrare a pieno titolo nel ruolo dell' infermiere a domicilio.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEFICIT DI SICUREZZA

I danni potenziali, un alterato mantenimento della salute e lacune nella conoscenza delle procedure di cura di sé sono elementi importanti nell' assistenza a domicilio. I danni potenziali sono un problema se minacciano la sicurezza di qualcuno; un esempio è un balcone senza ringhiera dal quale i bambini possono cadere e farsi male. Rischi per la salute possono dipendere da errate convinzioni su come mantenere la salute e da cambiamenti della situazione economica; anche la mancanza di supervisione può compromettere le capacità della persona di vivere autonomamente o in piena sicurezza a casa propria. Se un assistito non è in grado di imparare a gestire la dieta o le terapie, la sua abilità di promuovere la salute a casa è compromessa. Le persone che vivono da sole e che presentano una diminuzione delle capacità fisiologiche possono manifestare:

- una diminuzione della capacità di prendersi cura di sé o degli altri familiari;
- una diminuzione del mantenimento della sicurezza e della pulizia negli ambienti domestici;
- una diminuzione dell'adempimento degli obblighi economici;
- una diminuzione della funzione cognitiva e della capacità di rispondere in maniera appropriata agli stimoli ambientali.

DEFICIT COGNITIVI E SENSORIALI

Le perdite sensoriali, specie la cecità, possono ostacolare l'indipendenza. La perdita della vista riduce l'autonomia nelle funzioni quotidiane e aumenta il rischio di lesioni. Anche un dolore importante può far diminuire la capacità della persona di condurre le attività di vita quotidiana, e così pure un'alterazione dei processi di pensiero che non risponda al trattamento. La demenza è una condizione progressiva nella quale la perdita della memoria e la confusione influenzano pesantemente le capacità della persona. La persona interessata da una confusione importante non può vivere in maniera indipendente e può non essere in grado di condurre una vita sicura all'interno della famiglia. Anche altri problemi come la schizofrenia e l'abuso di sostanze possono compromettere la capacità della persona di gestire la vita domestica, con o senza un sostegno significativo da parte della famiglia o delle risorse di comunità.

DIMINUZIONE DELLA MOBILITÀ

Molte malattie (come l'artrite, i danni neurologici, le fratture, i problemi respiratori e quelli cardiovascolari, il cancro) possono compromettere la mobilità della persona e alterare le capacità di prendersi cura di sé. I problemi legati a una mobilità ridotta possono rendere difficoltosi i lavori domestici; inoltre, possono ostacolare la capacità della persona di mettersi in salvo in caso di incendio o di altre emergenze. L'impossibilità di pettinarsi, lavarsi e curare l'igiene personale possono compromettere la capacità della persona di vivere in maniera indipendente, e così pure le difficoltà nella cura dell'igiene e della pulizia domestiche possono creare rischi per la salute e la sicurezza.

ELIMINAZIONE ALTERATA

L'impossibilità di controllare gli sfinteri compromette la capacità di gestire in maniera indipendente l'ambiente domestico. Spesso questo tipo di problema si presenta insieme ad altri, come la compromissione della mobilità dopo un ictus, un danno neurologico o una diminuzione della funzione cognitiva.

NUTRIZIONE ALTERATA

L'impossibilità di provvedere a una nutrizione adeguata compromette la capacità di gestione indipendente a domicilio. Comprare il cibo, cucinarlo e riordinare richiede energia. La depressione può ridurre il desiderio di mangiare in modo e in misura appropriati, soprattutto quando la persona vive da sola o ha necessità di seguire una dieta particolare. Anche una scarsa disponibilità finanziaria può costituire un ostacolo a una nutrizione adeguata. I cambiamenti fisici che interessano la masticazione e la deglutizione possono anch'essi compromettere la gestione domiciliare.

Sostegno familiare e sociale

Il sostegno familiare e sociale può compensare i deficit funzionali e l'estensione del sostegno che i familiari e gli amici possono fornire rappresenta un fattore cruciale nella decisione di curare a casa un assistito con determinate esigenze sanitarie. Le capacità di adattamento, l'impegno e la capacità di famiglia e amici di prestare assistenza, oltre alla loro salute personale, sono fattori che incidono sul livello di sostegno che essi possono fornire. Adulti

particolarmente impegnati nella loro vita possono aver bisogno di tutte le loro energie per la gestione della propria casa e della propria famiglia; possono non avere tempo per soddisfare i bisogni di una persona anziana o di una persona con particolari necessità. I familiari di una persona con deficit funzionali possono affermare di non essere in grado di tenere la persona a casa con sé o di essere presenti a casa della persona. La persona responsabile a tempo pieno dell'assistenza e della supervisione all'assistito può mostrare segni di stress, una ridotta capacità di adattamento, alterazioni nelle capacità funzionali e perdite a livello finanziario. Un abuso fisico o verbale può segnalare un importante stress familiare. La generazione dei "baby boomers" (che normalmente identifica le persone nate tra il 1946 e il 1964) si trova spesso a doversi prendere cura dei propri genitori mentre ancora sta crescendo i propri figli. Questa generazione è stata, per questa ragione, definita "generazione sandwich", perché si trova a dover far fronte contemporaneamente alle esigenze dei più anziani e dei più giovani membri della famiglia, che dipendono da loro.

Le persone che risentono di una diminuzione delle risorse familiari, sociali o di comunità e che presentano una diminuzione delle risorse interne possono manifestare una gestione domestica alterata o compromessa in questi termini:

- una diminuzione della capacità o della possibilità di assistere o di attuare le attività di cura di sé;
- una diminuzione della capacità di soddisfare gli obblighi finanziari;
- l'incapacità di avere risorse disponibili;
- l'indisponibilità di risorse finanziarie;
- l'indisponibilità di risorse di comunità o di servizi specifici per i bisogni della persona.

Risorse di comunità

Le carenze di servizi disponibili a livello di comunità (mancanza di presidi comunitari che forniscono supporto per quanto riguarda la salute e servizi per assistere le persone) influiscono sulla capacità dell'assistito di gestire la vita a domicilio. Alcune persone con malattie mentali croniche o con danni dello sviluppo senza supporti assistenziali non sono in grado di gestire le loro risorse economiche o di mantenere condizioni di vita igieniche. Le loro condizioni possono essere stabili, ma, senza la supervisione quotidiana di professionisti o familiari, potrebbero andare incontro a uno sfratto e rischiare di diventare senzatetto.

Condizioni di vita non salutari indicano incapacità di gestire la vita a domicilio. La presenza di roditori, infestazioni o pericoli ambientali sono segnali visibili di un ambiente non salutare. Nelle situazioni di povertà si riscontrano mancanza di acqua corrente, di elettricità, di riscaldamento o di strutture adatte per la conservazione del cibo.

Molti siti web sottolineano le risorse di comunità disponibili negli Stati Uniti (Tabella 3.2).

Problemi dell'assistenza sanitaria di comunità

Frammentazione dei servizi

La crescita esplosiva delle conoscenze in ambito sanitario ha portato alla specializzazione del sistema sanitario. Prezzo di questa specializzazione è la frammentazione dell'assistenza sanitaria. Per esempio, un assistito chirurgico che soffre di diabete riceve assistenza dal chirurgo e dall'endocrinologo o dall'internista. Se la stessa persona ha un problema cardiaco durante l'intervento, viene

taBeLLa 3.2 SITI Web di RISORSE TERRITORIALI STATUNITENSIS

Indirizzo del sito Web	Nome/descrizione del sito Web
http://www.ncl.org http://www.healthycommunities.org http://www.hmhb.org http://www.sustainable.org http://www.paho.org http://www.globalhealthaction.org http://www.nursemanifest.com/manifesto.htm http://www.compact.org	National Civic League, Healthy Communities program Association for Community Health Improvement National Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition Sustainable Communities Online Pan American Health Organization Global Health Action NurseManifest: A Call to Conscience and Action Coalition of campuses to support students and faculty in community partnership effort White House Office of Faith and Community-Based initiatives
http://www.faithbasedcommunityinitiatives.org	

chiamato un cardiologo. Il malato può trascorrere tempo in chirurgia, in sala risveglio, in unità di cure intensive coronariche, in un'unità operativa di monitoraggio e in un reparto medico o chirurgico. Dopo la dimissione, questa frammentazione può continuare, quando differenti specialisti prescrivono farmaci diversi e richiedono visite di follow-up. Questo può confondere e turbare sia l'assistito sia la sua famiglia, e a volte può complicare i problemi di salute.

Di uguale importanza è la frammentazione che spesso determina il passaggio dell'assistito da un sistema di assistenza all'altro, quando un'agenzia governativa non è in grado di soddisfare i bisogni della comunità perché troppo complessi. Per esempio, per risolvere problemi come la violenza domestica può essere necessaria la collaborazione delle forze dell'ordine, del sistema giudiziario, dei servizi sociali e dei servizi sanitari. Senza una sistematica partnership che costruisce e coordina i servizi e le comunicazioni, gli individui, le famiglie e le comunità continueranno a soffrire per problemi irrisolti. La frammentazione dei servizi non produce solamente risultati carenti, ma anche costi sanitari eccessivi, quantificabili nell'ordine di miliardi (Center for Health Research & Transformation, 2014).

servizi di medicina complementare e alternativa

L'assistenza complementare e alternativa è costituita da trattamenti estranei alla medicina occidentale. Questi trattamenti possono comprendere l'agopuntura, la digitopressione, il tocco terapeutico, i trattamenti erboristici, l'ipnosi, l'immaginazione, l'omeopatia e la chiropratica.

L'*Office of Alternative Medicine* è una parte del *National Institute of Health* (NIH) il cui ruolo è esaminare questi trattamenti e i loro effetti.

Riflettendo sulla crescente importanza e sull'impatto di queste pratiche, l'ufficio è stato recentemente promosso a "Centro" NIH con un conseguente cambiamento del nome in *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (www.nccam.nih.gov).

autocura

L'autocura è un concetto di attualità crescente, come evidenziato da diverse tendenze. Prima del 2014 erano più di 41 milioni gli statunitensi non anziani sprovvisti di assicurazione sanitaria (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2013). Quindi, per necessità, l'autocura sta diventando importante e deve essere tenuta in seria considerazione. I consumatori non sono più passivi rispetto

alla propria salute; comprendono quali sono le relazioni fra stili di vita diversi, attitudini e comportamenti da una parte, e salute e benessere dall'altra. Inoltre, molti sanitari promuovono l'autocura come strategia per ridurre l'erogazione di servizi medici costosi. L'autocura è poi un valore fortemente considerato presso alcune popolazioni, in particolare quella rurale (Lee, 1998).

Herbert Benson, medico, presidente del Mind/Body Institute associato alla Harvard Medical School, ha valutato che l'autocura è una delle tre principali influenze del sistema sanitario del XXI secolo (1996). Ha un forte valore disciplinare infermieristico ed è una conoscenza di base. Gli infermieri si trovano in una posizione significativa per incoraggiare gli individui, le famiglie, le comunità e le organizzazioni a costruire abilità di autocura, e capacità e punti di forza relativi.

Pianificazione della dimissione

Con **continuità dell'assistenza** si intende l'erogazione di servizi sanitari senza interruzione, in modo che l'assistenza non risenta degli eventuali trasferimenti di un assistito da un servizio all'altro. La continuità dell'assistenza è una preoccupazione primaria nell'ambito dell'organizzazione sanitaria. Tutti i modelli di assistenza infermieristica di comunità la enfatizzano. Vi devono essere strutture organizzative che assicurino la continuità dell'assistenza da un servizio all'altro, fra i diversi professionisti e con il sistema presente nella comunità. L'*Affordable Care Act* prevede penali per gli ospedali che riammettono assistiti con determinate diagnosi entro 30 giorni dalla dimissione. Per migliorare i risultati ed evitare ammende si stanno introducendo cure di transizione per una migliore continuità dei servizi tra l'ospedale e il domicilio e ridurre le riammissioni (Center for Health Research & Transformation, 2014). Un piano di dimissione collaborativo che comprende sia i servizi di assistenza primaria sia i servizi domiciliari è essenziale per garantire la buona riuscita delle cure transitorie.

La **pianificazione della dimissione** prepara l'assistito a passare da un livello di assistenza all'altro, dentro o fuori da una struttura sanitaria. Tradizionalmente, questo si realizzava essenzialmente nella dimissione dall'ospedale al domicilio; nell'attuale sistema sanitario la dimissione può verificarsi da qualunque servizio sanitario, come centri chirurgici ambulatoriali, unità di riabilitazione, cliniche per il trattamento delle dipendenze, centri ostetrici. La dimissione può anche verificarsi all'interno di una stessa struttura, quando l'assistito viene trasferito da un'unità operativa all'altra (per esempio, quando una persona affetta da ictus viene trasferita dall'unità operativa medico-chirurgica a quella riabilitativa). La pianificazione della dimissione è importante anche per gli assistiti che ritornano a casa con disposizioni particolari. La pianificazione

della dimissione è più efficace quando c'è la collaborazione con l'assistito e con la sua famiglia, non senza di loro.

Come funzione collaborativa, la pianificazione della dimissione è attuata con, non per, l'assistito e la sua famiglia. È responsabilità dei professionisti dei servizi sanitari o sociali, che hanno anche il compito di coordinare il passaggio dalla struttura che dimette alla comunità. Spesso chi pianifica la dimissione è un infermiere che assiste la persona. A volte invece si occupa della pianificazione della dimissione una figura a parte, che può essere un infermiere o un assistente sociale che lavora in collaborazione con il team sanitario, gli assistiti e la famiglia per fornire assistenza per i bisogni più complessi. La pianificazione della dimissione non risolve tutti i problemi, ma può limitare il numero delle riammissioni, riducendo al minimo gli effetti residui della condizione patologica attraverso la continuità dell'assistenza e migliorando la soddisfazione dell'assistito e della sua famiglia nei confronti del sistema sanitario.

ELEMENTI PER LA PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE RELATIVI ALLA PERSONA ASSISTITA

obiettivi. L'infermiere dovrebbe sviluppare un insieme di obiettivi nell'area dell'educazione e della tutela, e il case management in collaborazione con l'assistito e la famiglia/caregiver. I risultati di ciascuno degli obiettivi identificati dovrebbero essere formulati in modo realistico, chiaro e misurabile, ed espressi in termini di tempi e durata. I fattori da considerare nella definizione dei risultati attesi dovrebbero comprendere:

- i livelli di autonomia dell'assistito per poterlo raggiungere o mantenere;
- l'estensione del coinvolgimento alla famiglia/caregiver;
- la disponibilità di risorse comunitarie e la motivazione dell'assistito e della famiglia a farne uso.

Un esempio di risultato atteso è: "Entro 7 giorni dalla dimissione dall'ospedale il signor Ginelli sarà in grado di camminare per 20 passi con il suo deambulatore".

transizione. Quando una persona affronta una fase di transizione, le sue assunzioni su di sé cambiano e se ne sviluppano di nuove, che permettono alla persona di adattarsi. I problemi relativi alla transizione sono noti ed evidenti quando si parla di trasferimento da un contesto all'altro, come dall'ospedale a casa o a una struttura per lungodegenti. Ma il trasferimento fisico è solo un tipo delle possibili transizioni in cui l'assistito può essere coinvolto; altri cambiamenti possono riguardare il concetto di sé, le performance di ruolo, la mobilità, la cura di sé o la comunicazione con i familiari. Per esempio, una madre affetta da cancro terminale può sperimentare la transizione dal ruolo di caregiver nei confronti dei figli al ruolo di persona assistita.

continuità assistenziale. La continuità assistenziale è sia un ideale, sia una necessità. La continuità assistenziale è la disponibilità di servizi sanitari senza interruzioni, indipendentemente dai movimenti dell'assistito fra i diversi contesti. Dalla prospettiva della persona assistita, questo significa per esempio ricevere la visita sanitaria domiciliare di un infermiere entro 24 ore dalla dimissione dall'ospedale, o che il medico ospedaliero contatti la farmacia locale per comunicare quali sono i farmaci prescritti all'assistito. Quando i servizi sanitari si interrompono, l'assistito può andare incontro a una ricaduta e richiedere ulteriore assistenza sanitaria o un'ospedalizzazione: quindi, la continuità dell'assistenza sanitaria, oltre ad aiutare l'assistito a mantenere lo stato di salute, può significare anche un contenimento dei costi.

Le politiche organizzative e le realtà finanziarie possono influire negativamente sulla continuità. La comunicazione tra i professionisti sanitari sui bisogni dell'assistito può non avvenire. Iniziare i piani per la dimissione già al momento del ricovero può aiutare a garantire la continuità assistenziale, e a identificare da subito i bisogni; la pianificazione anticipata permette da subito di scoprire quali sono i servizi di comunità e le strutture che dovranno essere coinvolti nell'assistenza.

ELEMENTI PER LA PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE RELATIVI ALL'INFERMIERE

L'infermiere deve assicurare che l'assistito sia preparato per la dimissione e che la famiglia o il caregiver abbiano ricevuto le informazioni necessarie per l'assistenza. La sicurezza è un fattore chiave nella pianificazione per un assistito che torna a casa. Per l'infermiere, gli elementi chiave della pianificazione della dimissione sono il coordinamento, la facilitazione e la negoziazione.

coordinamento. Il coordinamento è l'atto di programmare e dirigere le attività per provvedere ai servizi nel modo migliore. Il risultato del coordinamento è un team che lavora insieme con un unico scopo (Figura 3.4). Il pagamento basato sui gruppi diagnostici omogenei (DRG) ha portato a una diminuzione della degenza ospedaliera negli USA; come risultato, gli infermieri devono coordinare i servizi sanitari e sociali per i bisogni dell'assistito dopo la dimissione. I *clinical pathway* (o percorsi clinici-assistenziali) basati sulle migliori prove di efficacia sono stati considerati efficaci in Canada sia per la riduzione della durata media dei ricoveri, sia per la tempestività e appropriatezza degli interventi. Un modo di coordinare i servizi è iniziare e condurre gli incontri del team e della famiglia, preferibilmente prima della dimissione dell'assistito. Diversamente, i problemi dell'assistito possono diventare complicanze evitabili. All'incontro dell'équipe, la discussione dovrebbe concentrarsi sulla personalizzazione dell'assistenza per l'individuo. Per esempio, l'infermiere può portare nel team qualsiasi informazione sul contesto domiciliare dell'assistito o su altre circostanze. All'incontro con la famiglia, i professionisti e i familiari discuteranno i problemi relativi all'assistito. Per esempio, potrebbero esistere preoccupazioni sulla disponibilità dei familiari nell'assistenza, sulla loro comprensione del tipo di assistenza richiesta o su altri problemi. Entrambi i tipi di riunione offrono opportunità per pianificare l'assistenza e stabilire obiettivi. Se l'assistito richiede apparecchiature speciali al proprio domicilio (per esempio, ossigeno, attrezzature per la ventilazione, aiuti per la deambulazione), l'infermiere può assumersi la responsabilità di assicurare prescrizioni o autorizzazioni appropriate, contattare i fornitori delle attrezzature e organizzare la loro consegna al domicilio dell'assistito.

Facilitazioni. Per "facilitazioni" si intende rendere qualcosa più facile e agevole, eliminando problemi o barriere. Per facilitare la transizione dell'assistito, il pianificatore della dimissione deve anticipare i bisogni e pianificare ulteriormente. Per esempio, l'assistito, se lasciato solo a pianificare i trasporti dall'ospedale a casa, potrebbe essere preoccupato dal pensiero del ritorno a casa. L'infermiere può essere in grado di ridurre l'ansia dell'assistito anticipando e pianificando il trasporto. L'anticipazione dei bisogni di dimissione inizia al ricovero e continua durante la permanenza dell'assistito. L'infermiere deve considerare i diversi contesti, i bisogni della persona e le risorse disponibili.

Una riunione di famiglia aiuta a determinare il servizio di erogazione più completo. Il coordinamento dell'assistenza con la famiglia comprende la valutazione delle capacità della famiglia di provvedere ai servizi necessari e di organizzarli con altri erogatori di assistenza sanitaria (per esempio, fisioterapia, terapia occupa-

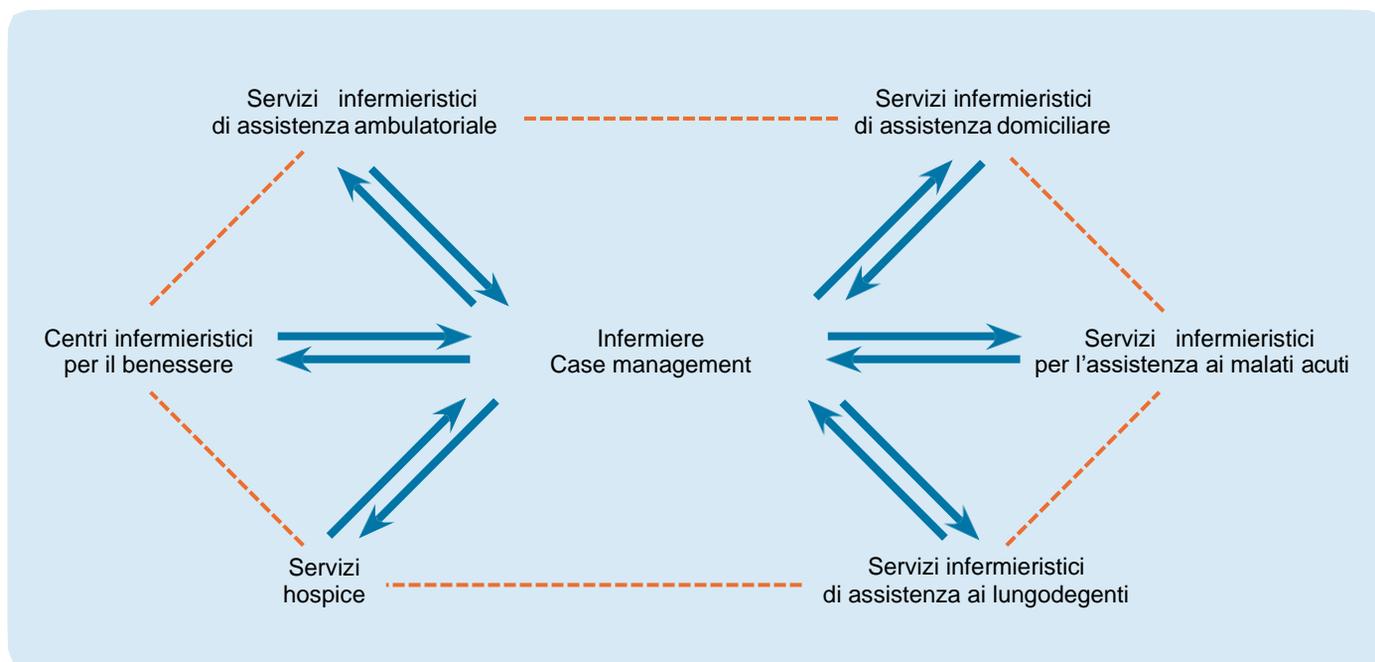


Figura 3.4 Il coordinamento fra i componenti del team sanitario è fondamentale per il successo della pianificazione della dimissione.

zionale, aiuti domiciliari) e volontari. Per esempio, se una persona ha bisogno di assistenza sanitaria e il coniuge lavora a tempo pieno fuori casa, vanno formulati piani perché la persona abbia l' aiuto e l' assistenza di cui ha bisogno durante il tempo in cui rimane sola. L' ambiente domestico (per esempio, la presenza di scale o la posizione del bagno) può dover essere modificato per soddisfare i bisogni della persona.

negoziazione. La negoziazione è il processo attraverso cui l' assistito, l' infermiere e la famiglia fissano i risultati attesi. Anche il piano più elaborato di assistenza è destinato a fallire se l' assistito, la famiglia o i professionisti della salute impediscono i tentativi di raggiungere i risultati. La negoziazione può essere formale o informale; deve avvenire attraverso il dialogo con l' assistito e la sua famiglia, e agevolare l' espressione dei desideri, dei valori e dei sentimenti sulla loro idea di piano di assistenza. Per esempio, le priorità di assistenza domiciliare di una giovane madre con un neonato dipendente da un respiratore possono differire da quelle dell' infermiere. La negoziazione con la madre su quali scopi e risultati si assumono come priorità ha due effetti: la madre sarà più disposta a lavorare con l' infermiere per raggiungere i risultati attesi e sentirà di avere un maggiore controllo sulla situazione.

A volte la chiarificazione costituisce una priorità per la quale è necessario un processo più formale di contrattazione. Un contratto è un accordo scritto tra l' infermiere e l' assistito che delinea con chiarezza i ruoli e le responsabilità. Un contratto assistenziale chiarisce le aspettative dell' infermiere, dell' assistito e dei familiari. Rappresenta un riferimento concreto per tutte le parti interessate. I contratti aiutano a limitare lo stress e il senso di impotenza che l' assistito e la sua famiglia possono provare. La sensazione di controllo raggiunto attraverso il contratto migliora le risorse interne dell' assistito; in particolare, la motivazione e l' impegno. L' infermiere e l' assistito o il caregiver discutono chi è responsabile di cosa, fino a che tutti i partecipanti raggiungono il consenso. Il consenso sulle responsabilità è scritto e sottoscritto, poi ogni persona coinvolta ne riceve una copia, in modo che ognuno possa vedere chiaramente di chi sono le responsabilità.

LIVELLI DI PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE

I piani di dimissione variano in base ai bisogni delle persone e agli interventi infermieristici richiesti per assisterle dopo la dimissione. Tutti i risultati dell' assistito e gli interventi infermieristici dovrebbero svilupparsi tenendo presente che la risposta di una persona alla salute o alla malattia non dipende dal contesto. La pianificazione della dimissione è necessaria, per esempio, quando un bambino è dimesso da un centro di day surgery dopo una tonsillectomia, quando una donna anziana lascia una clinica dopo una serie di esami diagnostici aggiuntivi per escludere una diagnosi di cancro o quando un giovane con una lunga storia di abuso di sostanze è dimesso da un centro di riabilitazione farmacologica. Il livello di pianificazione della dimissione aumenta in base alla complessità dell' assistenza sanitaria richiesta e alla transizione dell' assistito. I tre livelli di pianificazione della dimissione sono sintetizzati nella Tabella 3.3.

Piano di dimissione di base. Il piano di dimissione più comune e meno complicato consiste nell' educare l' assistito all' au-

taBeLLa 3.3 LIVELLI di PIANIFICAZIONE dELLA dIMISSIONE		
Livello di pianificazione della dimissione	Interventi infermieristici	Persone coinvolte
Di base, universale	Autocura ed educazione sulla malattia	Infermiere, assistito, caregiver
Consulenza semplice	Inviare a risorse di comunità	Infermiere, assistito, caregiver
Consulenza complessa	Inviare al pianificatore della dimissione	Infermiere, pianificatore della dimissione, famiglia

tocura per la malattia specifica. L'educazione dell'assistito può comprendere spiegazioni sui farmaci, sui trattamenti, sulle risorse comunitarie o sulle tecniche di conservazione dell'energia fisica. L'educatore dovrebbe anticipare i problemi che l'assistito può sperimentare a domicilio. Per esempio, quando si dimette un neonato con un monitor per l'apnea in una casa con altri bambini piccoli, l'infermiere dovrebbe educare i genitori a controllare spesso il monitor per assicurarsi che gli altri bambini non cambino inavvertitamente i parametri impostati.

riferimento semplice. Il secondo tipo di piano di dimissione riguarda l'invio della persona assistita a strutture ambulatoriali (per esempio, un fumatore a una clinica per smettere di fumare, una madre ad alto rischio al dipartimento di salute locale, o a un caregiver, per un servizio di sostegno). Questa forma di riferimento è la richiesta di un servizio professionale che esula dalle competenze di chi lo richiede. L'infermiere agisce come un pianificatore della dimissione e deve conoscere sia le risorse del territorio, sia le possibilità dell'assistito di sfruttare queste risorse. La conoscenza delle risorse del territorio si basa sulla valutazione della comunità e sulle conoscenze personali.

riferimento complesso. Il terzo e più complesso tipo di piano della dimissione consiste nell'invio dell'assistito a una équipe multiprofessionale. L'infermiere può scegliere di coinvolgere l'équipe perché la situazione dell'assistito è complessa, e la pianificazione e l'invio ad appropriate risorse territoriali può richiedere molto tempo e competenze superiori a quelle possedute dall'infermiere. Questo tipo di pianificazione è richiesto soprattutto per persone considerate ad alto rischio.

Questo livello di piano per la dimissione coinvolge la collaborazione interdisciplinare e il coordinamento. Il pianificatore si assume la responsabilità di coordinare le attività necessarie per trasferire l'assistito da un contesto a un altro. L'affidamento dell'assistito al pianificatore alla dimissione, tuttavia, non scarica l'infermiere dalle responsabilità. L'infermiere deve seguire il follow-up per assicurarsi che il pianificatore della dimissione abbia agito in modo appropriato e deve valutare l'apprendimento e il grado di soddisfazione che l'assistito trae dal piano di dimissione. L'infermiere può aver bisogno di rinforzare i piani.

Il riferimento al pianificatore della dimissione è appropriato per coordinare il trasferimento dell'assistito in una struttura infermieristica specializzata o in una struttura per lungodegenti. Il pianificatore della dimissione può anche coordinare i servizi di cui

l'assistito avrà bisogno se dimesso a domicilio (per esempio, un infermiere visitatore). La Tabella 3.4 offre un elenco di erogatori di assistenza sanitaria spesso usati come riferimento durante la pianificazione della dimissione.



APPLICA IL Pensiero critico

La signora Bianchi è stata ricoverata per tre giorni a causa di una polmonite. Si sta riprendendo, ma ha ancora bisogno di ricevere ossigeno attraverso una cannula nasale per mantenere stabile il livello di saturazione dell'ossigeno. Prima di questo ricovero, la signora Bianchi abitava da sola. Ha un forte sostegno da parte della chiesa, e sua figlia e suo genero non vivono molto lontano, sebbene lavorino entrambi 40-50 ore a settimana. Nella casa della signora Bianchi non ci sono scale ed è provvista di corrimano in bagno. La signora Bianchi è vigile e presente, ma talvolta smemorata. Ha un buon appetito e sta facendo progressi con la fisioterapia. Ha disponibilità finanziarie limitate ed è preoccupata per la spesa richiesta dai farmaci prescritti.

Quali risorse offre l'ospedale per il piano di dimissione? Quali risorse potrebbe mettere a disposizione la comunità? Quali sono i punti di forza della signora Bianchi in questa situazione? Quali elementi della sua situazione potrebbero risultare problematici? Quale potrebbe essere un probabile piano di dimissione per la signora Bianchi?

Verifica le tue risposte nell'Appendice B.

Standard della pratica di assistenza domiciliare

L'American Nurses Association (2014) ha descritto gli standard per la pratica dell'assistenza domiciliare, che risultano suddivisi in due gruppi: gli Standard di assistenza (i passi da seguire nel processo di assistenza infermieristica) e gli Standard di prestazione professionale, illustrati nel Box 3.2. Questi standard possono guidare l'infermiere di assistenza domiciliare nel suo ruolo collaborativo con l'assistito e i familiari (chi gli presta assistenza) per identificare i bisogni di assistenza per la gestione a livello domiciliare.

Fasi della visita a domicilio dell'infermiere

Stanhope e Lancaster (2012) indicano cinque fasi per la visita a domicilio. Primo, la *fase iniziale* comprende l'identificazione delle fonti di riferimento, lo scopo della visita e il contatto iniziale con la famiglia. La *fase di pre-visita* prevede di stabilire con la famiglia

taBeLLa 3.4 EROGATORI di ASSISTENZA SANITARIA USATI COME REFERENTI PER LA DIMISSIONE

Erogatori di assistenza sanitaria	Ruolo
Infermiere domiciliare	Garantisce la valutazione; dirige l'assistenza, educa e sostiene l'assistito; coordina i servizi; valuta i risultati
Aiuto domiciliare	Offre assistenza nell'igiene e nel cucinare, supervisiona e garantisce compagnia
Assistente sociale	Assiste nel trovare e collegare risorse comunitarie o finanziarie, offre counseling e sostegno
Fisioterapista	Assiste nel ripristino delle mobilità, nel rafforzamento dei gruppi muscolari, educa alla deambulazione con nuovi presidi
Terapista occupazionale	Aiuta le persone ad adattarsi alle limitazioni, educandole a nuove abilità lavorative e a modi migliori per effettuare le attività di vita quotidiana
Logopedista	Assiste le persone a comunicare meglio e lavora con assistiti che hanno problemi di deglutizione
Terapista respiratorio	Offre controlli domiciliari alle persone con problemi respiratori, includendo la valutazione, la somministrazione di ossigeno e l'assistenza nell'uso del ventilatore a domicilio

BOX 3.2

Standard di assistenza infermieristica domiciliare e di prestazione professionale

Standard di assistenza per l'infermiere di assistenza domiciliare**Standard 1: Valutazione**

Raccoglie informazioni esaurienti sulla salute e/o la situazione dell'assistito.

Standard 2: Diagnosi

Analizza i dati di valutazione per determinare la diagnosi, le esigenze o i problemi.

Standard 3: Identificazione dei risultati

Identifica i risultati auspicati nel piano individuale per l'assistito, la famiglia, l'assistente e la situazione assistenziale specifica.

Standard 4: Pianificazione

Svilupa un piano di assistenza che prescrive strategie e alternative per raggiungere i risultati previsti.

Standard 5: Implementazione

Implementa gli interventi identificati nel piano d'assistenza.

Standard 6: Rivalutazione

Valuta il progresso compiuto dall'assistito verso il raggiungimento dei risultati.

Standard di prestazione professionale**Standard 7: Etica**

Svolge eticamente le proprie funzioni.

Standard 8: Educazione

Acquisisce una conoscenza e una competenza conformi alle pratiche infermieristiche correnti.

Standard 9: Pratica e ricerca basate su prove di efficacia

Integra nella pratica le prove e i risultati della ricerca.

Standard 10: Qualità dell'assistenza

Contribuisce a un'assistenza di qualità.

Standard 11: Comunicazione

Comunica efficacemente utilizzando registri differenti in tutte le aree della sua professione.

Standard 12: Leadership

Dimostra di esercitare *leadership* nell'ambiente in cui opera e nelle proprie funzioni.

Standard 13: Collaborazione

Collabora con l'assistito, la famiglia, gli assistenti, il team sanitario interdisciplinare e altri professionisti della salute nel fornire assistenza alla persona.

Standard 14: Valutazione della prestazione professionale

Valuta la propria prestazione in relazione agli standard di prestazione professionale, relative linee guida, statuti e regolamenti rilevanti.

Standard 15: Utilizzo delle risorse

Utilizza le risorse in modo appropriato per pianificare e fornire servizi di assistenza sicuri, efficaci ed economicamente responsabili.

Standard 16: Salute ambientale

Esercita la propria professione nel rispetto dell'ambiente.

Fonte: American Nurses Association (2014). *Home health nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: NursesBooks.org

lo scopo della visita, la programmazione della stessa e rivedere argomenti e informazioni pertinenti. La *fase a domicilio* consiste nello stabilire la relazione professionale terapeutica e nella preparazione del processo di assistenza infermieristica. Le interazioni sociali aiutano a stabilire un rapporto in questa fase di visita a domicilio. Nella *fase conclusiva* della visita a domicilio, l'infermiere e i familiari fanno una sintesi dei motivi della visita e pianificano le visite future. Infine, la *fase di post-visita* prevede la registrazione delle conclusioni e lo sviluppo delle attività necessarie da pianificare per la prossima visita.

Valutazione

La valutazione dovrebbe comprendere le capacità funzionali, le forze e le risorse dell'assistito, la famiglia, la casa e la comunità. L'infermiere raccoglie informazioni soggettive per valutare come la persona normalmente gestisce la propria vita domestica, com'è la casa e quali sostegni familiari o di comunità sono disponibili. Deve considerare le convinzioni dell'assistito, la sua cultura, le competenze, le capacità, gli affari, i deficit e le limitazioni, per capire come l'assistito si gestisce a domicilio e di che cosa ha bisogno. Il Box 3.3 fornisce domande chiave che possono essere usate per ottenere queste informazioni.

valutazione dell'individuo. L'intervista all'assistito fornisce informazioni valutabili sulla sua capacità di gestire la vita domestica, sui fattori di rischio che contribuiscono a ridurre questa capacità e sugli effettivi problemi. La valutazione inizia chiedendo all'assistito di descrivere la propria capacità di gestire compiti di cura di sé come farsi il bagno, vestirsi, pettinarsi e nutrirsi. La capacità di compiere le faccende domestiche in modo indipendente deve essere documen-

BOX 3.3

Domande chiave per la valutazione della gestione domiciliare

Persona assistita

- Quali obiettivi si propone?
- Cosa la aiuterà a raggiungere questi obiettivi?
- Come gestirà la situazione a domicilio giorno dopo giorno?
- Quali trattamenti farà a domicilio?
- Quali farmaci dovrà assumere a domicilio?
- C'è qualcosa di lei o della sua casa che vorrebbe cambiare?
- Di cosa ha bisogno per fare questi cambiamenti?
- Come vorrebbe trovarsi a casa?
- Che tipo di problemi pensa di avere a casa?
- Come ha affrontato le sfide in passato?

Sostegno familiare e sociale

- Ha mai avuto bisogno di aiuto e sostegno in passato?
- Quanto può contare su amici e parenti?
- Di che tipo di aiuto e sostegno ha bisogno ora?
- Che aiuto avrà a casa?
- Quanto pensa che amici e parenti comprendano i suoi problemi di salute e medici?
- Con chi vorrebbe che parlasse dei suoi problemi di salute?
- Come pensa che il coniuge e gli amici gestiranno la situazione e si adatteranno a lei una volta a casa?

tata. L'assistito può descrivere come gestisce le proprie limitazioni funzionali a domicilio e se la gestione è soddisfacente. Bisogna determinare se sono necessari ausili come deambulatori, ossigeno o un letto attrezzato. Vanno poi valutati i farmaci e il trattamento, e la capacità dell'assistito di gestirli (Figura 3.5).



Figura 3.5 L'assistenza durante i pasti fornisce occasioni per la valutazione.

raccolta dati sulla famiglia. La valutazione del sostegno familiare serve a determinare l'efficacia della gestione a domicilio di una persona. Può essere effettuata con l'ausilio di un questionario, che copre diversi argomenti. I fattori più importanti da valutare sono le risorse e le barriere per l'assistenza a domicilio, e le capacità dei familiari di fornire assistenza.

Nella valutazione della famiglia ci si deve concentrare sulle caratteristiche che denotano una diminuzione del coinvolgimento familiare nel sostenere l'assistito. Per effettuare la valutazione familiare del coinvolgimento nei confronti dell'assistito, bisogna chiedere direttamente ai familiari in che misura vogliono e possono fornire sostegno. Per verificare l'attendibilità delle risposte si osserveranno le visite familiari, per rilevare manifestazioni affettive come biglietti e regali, modelli di comunicazione e dinamiche familiari. Le famiglie reagiscono in modi diversi alla malattia. La prognosi e la gravità della malattia possono influire sulle interazioni familiari, e quindi sul coinvolgimento nei confronti dell'assistito. Le malattie croniche possono portare a un rifiuto dell'assistito e possono compromettere le dinamiche familiari.

Si valutano la capacità e la volontà del caregiver di compiere la prestazione, o di aiutare l'assistito a compierla, e qualsiasi trattamento terapeutico. L'assistenza consiste spesso nel lavare, vestire, accompagnare al bagno, trasferire, nutrire, rigovernare, fare la spesa, preparare i pasti, gestire le finanze e provvedere al trasporto. Perciò, si deve valutare l'effettiva capacità e la volontà del caregiver di compiere queste attività e di assumersi tutto il carico fisico ed emotivo di questo tipo di assistenza. Il cambio delle medicazioni, la cura di una stomia, la terapia parenterale a domicilio e la fisioterapia richiedono tempo ed energia aggiuntivi (si vedano anche i Capitoli 21 e 30).

valutazione dei rischi. Attualmente, le condizioni per poter contare maggiormente sul rimborso per i servizi di assistenza domiciliare sono le malattie acute o l'esacerbarsi di un problema cronico che richieda assistenza specifica. Solo di rado un singolo fattore basta a garantire l'assistenza domiciliare. La relazione tra danni funzionali e disponibilità di sostegno interno o esterno determina il rischio di compromessa capacità di gestione domiciliare: maggiore è la compromissione funzionale, maggiore è il rischio; minori sono le possibilità di sostegno, maggiore è il rischio. Fattori di rischio comuni associati al bisogno di assistenza domiciliare sono:

- malattie multiple o molto gravi;
- una limitazione della funzionalità sociale, mentale o fisica;
- ripetuti ricoveri ospedalieri negli ultimi 6 mesi;
- età maggiore di 80 anni, soprattutto per le donne;

- età maggiore di 70 anni con una disabilità;
- mancanza di sostegno sociale o familiare e vivere da soli;
- un regime di trattamento medico complesso e più farmaci da assumere.

La presenza di questi fattori di rischio non indica automaticamente un problema; l'importanza dei fattori di rischio deve essere valutata a seconda dei casi. Nel corso della valutazione bisogna saper cogliere qualunque segnale che potrebbe indicare problemi cognitivi, come le ripetizioni, o risposte vaghe e non coerenti. Le persone con compromissioni cognitive spesso non sono in grado di gestire la vita domestica, ma di rado sono in grado di identificare in maniera realistica le proprie limitazioni.

Deficit a livello di comunità possono contribuire alla riduzione della capacità di gestire la vita a casa propria. L'incidenza di una gestione inefficace è più alta in queste situazioni:

- pericolosità del quartiere;
- casa non adatta alla persona disabile;
- rifiuto delle istituzioni di accettare assistiti a elevata complessità;
- servizi di assistenza domiciliare inadeguati;
- mancanza di programmi condotti da volontari;
- lunghe liste d'attesa per i servizi (specie per le strutture di lungodegenza);
- mancanza di case a prezzi abbordabili.

Un modello disfunzionale può essere identificato quando l'assistito o la famiglia dichiarano l'incapacità di svolgere i compiti quotidiani e di gestire la vita domestica. Le persone hanno un deficit quando non sono in grado di ottemperare ai propri bisogni di cura di sé e di igiene, non intraprendono attività e interazioni con gli altri e non fanno nulla per ricavare gioia e soddisfazione.

valutazione della casa. Questo tipo di valutazione ha spesso luogo contemporaneamente a quella dell'assistito e della famiglia, ma è talmente importante da essere considerato un elemento da valutare separatamente. Una valutazione generale della casa deve comprendere il livello di sicurezza, la salubrità, la temperatura e lo spazio personale. Il Box 3.4 sintetizza i criteri di valutazione della casa (si veda anche il Capitolo 23). Prima di dimettere un assistito

BOX 3.4

Valutazione delle condizioni della casa

Attraverso la persona assistita

- Possesso: una stanza in un hotel; un appartamento o una casa in affitto; di proprietà; vive con altri.
- Accesso: piano terra, scale.
- Condizioni
- Servizi: riscaldamento, acqua, telefono, elettricità.
- Igiene: abitudini di governo della casa.
- Salubrità: roditori, fognature, infestazioni.
- Sicurezza: corrimano.

Attraverso la visita alla casa

- Quartiere: crimini potenziali, collocazione in località soggetta a rischio ambientale.
- Accesso: piano terra, condizioni delle scale e del marciapiede, vicinanza ai trasporti pubblici.
- Servizi: tipi di servizi presenti e funzionanti; sistemazione della cucina.
- Igiene: odori, dispositivi per la pulizia, modalità appropriate di conservazione del cibo.
- Salubrità: presenza o evidenza di parassiti o roditori.
- Sicurezza: fili elettrici scoperti, corrimano, allarmi antincendio, tappeti stabili.
- Telefono: telefono privato, accessibilità, segreteria telefonica.

to e farlo tornare nell' ambiente familiare bisogna assicurarsi che si tratti di un ambiente sicuro:

- chiedere se la casa è in affitto o di proprietà, perché questo determina la possibilità di apportare modifiche;
- controllare se ci sono rivelatori di fumo o incendio, un'illuminazione adeguata, entrate senza gradini e una sicurezza adeguata;
- determinare se la casa è pulita e non vi sono infestazioni di roditori o insetti;
- chiedere delle fognature e del servizio per le immondizie;
- determinare da dove proviene l'acqua e informarsi sulle condizioni delle tubature;
- verificare che la possibilità di cucinare sia adeguata e sicura, così come la conservazione del cibo, che vi sia acqua corrente ed elettricità. La strutturazione della rete fognaria, spesso diversa nelle zone rurali da quella delle città, non deve costituire una fonte di disagio;
- verificare che ogni parte della casa sia facilmente accessibile;
- verificare che ci siano maniglie in bagno e ringhiere sulle scale, pedane per l' accesso alla sedia a rotelle e pavimenti piani che favoriscano la mobilitazione; non ci devono essere tappeti e tutto deve risultare non ingombrante;
- valutare se il sistema di riscaldamento e di condizionamento sono adatti agli ambienti: un controllo inadeguato della temperatura può portare a ipotermia o ipertermia.

Non sono da sottovalutare gli aspetti personali. La presenza di ricordi, foto o soggetti religiosi in una casa riflette l' immagine di chi vi abita. Un' attrezzatura per il giardinaggio, per cucinare o un' officina forniscono ulteriori informazioni sui valori e gli interessi della persona. A seguito dei cambiamenti di salute, la persona può non essere in grado di continuare queste attività. Conoscere il passato della persona dà all' infermiere un' idea più completa dell' assistito e di come le attuali condizioni di salute abbiano modificato il suo modo di vivere. Per esempio, un uomo di 80 anni attivo, che si dedica tutti i giorni al giardinaggio, può interpretare una frattura dell' anca come devastante, mentre un uomo sedentario, che passa il tempo guardando la televisione e risolvendo i cruciverba, può trovare la stessa situazione meno disperata.

L' infermiere può raccomandare cambiamenti domestici basati sulla valutazione della casa. Per esempio, l' installazione di maniglie e ringhiere, lo spostamento dei mobili per preparare la stanza ad accogliere un letto attrezzato o fare spazio per attrezzature come quelle necessarie per la somministrazione di ossigeno e per la broncoaspirazione. Se una persona con disabilità importanti deve tornare a casa, prima della dimissione bisognerebbe provvedere a una visita dell' abitazione.

valutazione delle risorse di comunità. Lo scopo della valutazione delle risorse di comunità è identificare le risorse che le persone bisognose di assistenza domiciliare possono utilizzare. Una valutazione generale delle risorse di comunità non è svolta per diagnosticare eventuali mancanze: conoscere la disponibilità di **risorse di comunità** permette all' infermiere di sviluppare un piano assistenziale più realistico e personalizzato per l' assistito. L' infermiere deve disporre delle informazioni relative alla stabilità economica della comunità, ai vicini dell' assistito, alle risorse sociali e sanitarie disponibili e alle norme culturali della comunità. Una visione d'insieme sulla valutazione della comunità è presentata nel Capitolo 20. La presenza di servizi, come segnalato nell' elenco dei servizi, è un modo per validare obiettivamente quello che l' assistito descrive. Gli infermieri dovrebbero avere familiarità con l' assistenza disponibile per l' emergenza, i presidi che possono essere affittati, i servizi che offrono lo svolgimento delle faccende domestiche, la consegna dei pasti a domicilio, i servizi di infermieri visitatori, e dovrebbero sapere dove sono collocati gli uffici assistenziali e quelli delle aziende sanitarie.



questioni etico-Legali

Processo decisionale Per i Familiari

Ti è stato assegnato il signor Marchi, un anziano di 82 anni affetto da diabete e da un disturbo cardiaco cronico. I suoi tempi di reazione sono lenti e la vista, soddisfacente durante il giorno, è carente in condizioni di scarsa luce o di maltempo. Ha avuto diversi incidenti stradali di lieve entità, ma continua a voler guidare. La signora Marchi è molto preoccupata e i loro due figli adulti fanno pressione affinché gli sottragga le chiavi dell'auto. La signora Marchi ti chiama chiedendoti di comunicare a suo marito che non può più guidare.

Pensiero critico

- Da dove potrebbe derivare l'insistenza del signor Marchi a voler guidare?
- Quali preoccupazioni hai rispetto a questa situazione?
- Qual è il ruolo dell'infermiere in questa situazione?
- A quali risorse si potrebbe ricorrere per agevolare il processo decisionale?
- Identifica gli approcci che potrebbero essere usati per assistere la famiglia in questa situazione.

GESTIONE DELL'ASSISTENZA E RESPONSABILITÀ NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Sebbene la gestione dell' assistenza sia sempre una responsabilità infermieristica in qualsiasi settore venga praticata, diventa essenziale nel caso dell' assistenza domiciliare. Nel modello di Rice di Autodeterminazione dinamica per l' autoassistenza (2006), l' infermiere di assistenza domiciliare agisce come **facilitatore** del sistema assistito/caregiver attraverso l' educazione, la comunicazione e la gestione del caso. Lo sviluppo di un obiettivo comune con l' assistito gioca un ruolo fondamentale per il facilitatore.

educazione dell'assistito. L'educazione dell' assistito è un processo interattivo e collaborativo tra l' infermiere e la persona assistita per progredire verso il risultato dell' assistito di assumersi la responsabilità della propria salute e la cura di sé (Figura 3.6). Il processo educativo comprende diversi passaggi. Primo, l' infermiere valuta. Si raccolgono informazioni sulla disponibilità dell' assistito e della famiglia a imparare e si individuano i loro bisogni di apprendimento e le priorità. Si interpretano le conclusioni per arrivare a una diagnosi infermieristica per i bisogni educativi.



Figura 3.6 L'educazione dell'assistito è un aspetto importante dell'assistenza domiciliare.

Secondo, l' infermiere negozia gli obiettivi di apprendimento e anticipa i risultati con l' assistito e la famiglia. Obiettivi di comportamento ben scritti sono caratterizzati dall' essere misurabili, collegati ai dati della valutazione, sviluppati in maniera collaborativa e orientati all' apprendimento. Contengono gli elementi di prestazione, condizioni e criteri. I risultati possono essere classificati come cognitivi (basati sulla conoscenza), affettivi (valori, sentimenti) o psicomotori (capacità di movimento) (Stanhope e Lancaster, 2012) (si veda anche il Capitolo 14).

Terzo, l' infermiere, l' assistito e la famiglia sviluppano e implementano un processo educativo. Il processo educativo prevede obiettivi e risultati, il contenuto a grandi linee, la tipologia d' insegnamento (per esempio, discussione di gruppo con l' assistito e la famiglia), gli strumenti educativi (per esempio, opuscoli, video, dimostrazioni di ritorno, giochi di ruolo) e l' uso di un contratto d' insegnamento-apprendimento nel quale vengono mutualmente sviluppati gli obiettivi per giungere a dei risultati.

Infine, l' infermiere valuta l' educazione dell' assistito. La valutazione deve essere fatta in maniera continuativa durante le visite a domicilio. Nella valutazione l' infermiere inserisce una misura del raggiungimento dei risultati, analizza le barriere e i facilitatori per l' apprendimento, sintetizza i risultati con l' assistito e la famiglia, fornisce e riceve un feedback positivo e rafforza continuamente l' apprendimento dell' assistito e della famiglia (Kraus, 1995).

Aree generali d' insegnamento per gestire i bisogni d' assistenza sanitaria a domicilio includono le informazioni specifiche per una diagnosi di alterazione dello stato di salute (per esempio, segni e sintomi, dieta, riposo, attività, spiritualità, immagine di sé, compiti di sviluppo, ruoli di transizione, farmaci, presidi, procedure tecniche), misure di adattamento ai limiti e alle restrizioni che derivano dal problema di salute, risorse comunitarie rilevanti per sostenere l' assistito e la famiglia, e risorse per il pagamento dell' assistenza domiciliare. L' infermiere di assistenza domiciliare viene messo alla prova dalla mole delle informazioni necessarie per l' educazione dell' assistito e dei suoi familiari.

advocacy (sostegno, tutela). L' Associazione Americana degli Infermieri (ANA, 2010) definisce l' advocacy come "la protezione, la promozione e l' ottimizzazione della salute e delle capacità, la prevenzione delle malattie, la gestione del dolore attraverso la diagnosi e il trattamento di risposte umane e di sostegno nella cura degli individui, delle famiglie, delle comunità e della popolazione" (p. 8).

Un modello di advocacy per il malato suggerisce che l' infermiere è responsabile della promozione dell' autonomia dell' assistito e della sua attuazione. L' infermiere prende decisioni con l' assistito e il caregiver per raggiungere i migliori risultati possibili e per accedere ai servizi sanitari più appropriati. L' advocacy si sviluppa da una relazione di assistenza in corso con l' assistito e i familiari. In un processo di advocacy a tre tappe, l' infermiere inizialmente esplora i valori personali e le convinzioni e poi inizia il processo di informazione (Stanhope e Lancaster, 2012). Per informare, l' infermiere rende consapevoli assistito e familiari della natura, del contenuto e delle conseguenze delle loro scelte. Informare non è un mero scambio di informazioni, ma una visione dell' informazione alla luce dei valori e della capacità di comprensione dell' assistito. Il secondo passo consiste nel sostenere l' advocacy: cioè l' infermiere approva il diritto dell' assistito di compiere e attuare una scelta, e aiuta lui e la sua famiglia ad accedere a una serie di risorse e a comunicare con altre figure. Nella terza tappa dell' advocacy, l' infermiere convalida con l' assistito e i familiari che le scelte sono in linea con i loro valori e obiettivi. L' infermiere di assistenza domiciliare riconosce che i bisogni degli assistiti e delle loro famiglie sono dinamici e possono mutare; perciò è necessaria una rivalutazione continua delle scelte per promuovere l' autodeterminazione.

Nei diversi stadi di indipendenza funzionale dell' assistito, il ruolo dell' infermiere come sostegno può mutare. Le aree nelle quali l' infermiere può agire come sostegno sono l' affiancamento dell' assistito e della famiglia nel chiarire le loro scelte e ad assegnare loro una priorità, a promuovere la migliore funzionalità a domicilio, a comunicare con altri familiari, amici o professionisti (per esempio, chi fornisce assistenza sanitaria) per ottenere informazioni e servizi in ambito domiciliare.

cure olistiche. Per conoscere i bisogni spirituali degli assistiti (e del caregiver), un aspetto importante della gestione dell' assistenza all' interno del ruolo dell' infermiere come facilitatore è quello che Rice (2006) ha chiamato **comunione estetico-spirituale**. L' infermiere lavora con la famiglia per:

- conoscere la salute attraverso le arti;
- esplorare terapie alternative e complementari;
- fare esperienza di autoconsapevolezza, fede, speranza e amore.

Per rendere l' assistenza equilibrata, l' approccio dell' infermiere deve comprendere strategie orientate all' intera persona: corpo, mente e spirito. Questo permette di soddisfare i bisogni più ampi dell' assistito e può portare a una maggiore autoconoscenza, autoconsolidazione, autoguarigione e autocura. Spesso questo tipo di assistenza è facilitato da un' espressione artistica (per esempio, disegni, storie, musica, poesia) e dall' uso di medicine alternative o complementari.

case management e assistenza. *Case management* è un' espressione con numerose definizioni (Stanhope e Lancaster, 2012).

Il case management considera l' intera persona e non solo le problematiche relative alla salute. L' approccio olistico richiede al case manager una conoscenza generale di una serie di competenze: dovrebbe avere esperienza assistenziale ma anche abilità come counsellor, una conoscenza delle risorse di comunità, essere un professionista esperto nell' ambito della salute mentale, mostrarsi sensibile alle problematiche multiculturali, competente nella ricerca e nell' uso del problem-solving. Le componenti del processo di case management sono:

- valutare;
- pianificare;
- coordinare;
- demandare;
- monitorare i progressi medici;
- riempire e completare i fogli di lavoro;
- monitorare i risultati e l' efficacia del piano;
- determinare la chiusura del caso;
- chiudere il caso.

Questi passaggi non avvengono necessariamente in sequenza; talvolta possono anche essere simultanei.

Per gli infermieri di assistenza domiciliare, che possono costituire per l' assistito e i suoi familiari il contatto più diretto con il sistema sanitario, queste capacità sono necessarie per promuovere la salute e la funzionalità dell' assistito. In questo modo, la gestione dell' assistenza infermieristica è completamente collegata al case management. Il complesso insieme di competenze è stato paragonato al processo di assistenza infermieristica (Stanhope e Lancaster, 2012). (Si vedano anche le abilità per il piano di dimissione descritte nel Capitolo 2.)

Il **coordinamento** dell' assistenza per la persona e la famiglia richiede lo sviluppo di piani di assistenza che massimizzino la capacità della persona di rimanere in un ambiente sicuro, che spesso coincide con il suo domicilio. L' infermiere lavora in modo collaborativo con diversi professionisti sanitari nella pianificazione, nella messa in opera e nella valutazione dell' assistenza alla persona,

compresi medici, assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti e aiuti sanitari a domicilio. L' infermiere integra la sua comprensione dell' assistenza infermieristica di comunità con la capacità di collaborare, coordinare, sostenere e valutare l' assistenza in molti settori.

Se la persona assistita richiede presidi specifici, l' infermiere di assistenza domiciliare deve sapere come procurarli e a chi attribuire le spese. Una volta che tali presidi si trovano a casa dell' assistito, l' infermiere deve sapere come usarli, come riparare i guasti più comuni e come educare la persona e la famiglia a usarli.

Nel ruolo di coordinatore dei servizi, l' infermiere di assistenza domiciliare può lavorare con un case manager per la gestione di un sistema di assistenza o con terze parti. Anche se tutte le persone forniscono assistenza allo stesso individuo, ciascuna di esse ha compiti lievemente diversi. Il case manager si può concentrare sugli aspetti di assistenza rimborsabile, per limitare la responsabilità economica dell' assicurazione. L' infermiere di assistenza domiciliare si può dedicare alla documentazione obiettiva dei bisogni di assistenza della persona, per rendere consapevole chi presta assistenza e l' assicurazione della necessità di continuare i servizi di assistenza domiciliare. In questa funzione l' infermiere di assistenza domiciliare agisce come avvocato dell' assistito.

accesso alle risorse comunitarie. Come già detto, l' infermiere di assistenza domiciliare può avere necessità di affrontare e coordinare le formalità per procurare i presidi necessari all' assistito. Quest' attività può essere semplice, come ottenere la prescrizione da una farmacia locale, o complessa, come dover trattare il rimborso e la spedizione di una grande attrezzatura da una ditta che produce tali presidi.

Nel sistema sanitario attuale, il cambiamento dei fondi per i servizi a domicilio e la regolamentazione della gestione dell' assistenza interferiscono con la disponibilità dell' assistenza stessa. La sfida per l' infermiere di assistenza domiciliare è pianificare in maniera creativa con l' individuo e la famiglia l' assistenza per soddisfare al meglio i bisogni. Ciò comporta che l' infermiere di assistenza domiciliare debba sempre conoscere le risorse di comunità disponibili per assistere l' individuo e la famiglia a domicilio.

Le strutture sanitarie possono fornire servizi gratuiti o a pagamento. Le chiese e i servizi sociali possono sostenere o fornire servizi diretti all' individuo o alla famiglia. Spesso la comunità dispone di un'agenzia 'generale' che sostiene e organizza numerosi servizi per gruppi particolari, come gli anziani, le famiglie a basso reddito o alcuni gruppi etnici o razziali. Anche le strutture di governo locale (città, Provincia, Regione) possono essere una fonte d' informazioni. Alcune strutture dispongono di un numero verde. Inoltre, possono fornire informazioni anche le organizzazioni che si occupano di problematiche relative alla salute; le sedi locali delle associazioni nazionali per il cuore, i polmoni, il diabete o l' Alzheimer spesso forniscono gruppi di sostegno e materiale informativo. I colleghi sono spesso risorse eccellenti. Con il diffondersi della tecnologia, le risorse online sono più accessibili all' assistito e alle famiglie.

hospice

Gli hospice gestiti da strutture pubbliche o private sono destinati all' assistenza dei malati terminali e delle loro famiglie, fornendo servizi di sostegno e di palliazione.

L' obiettivo degli hospice è che per ogni malato sia fatto quanto di meglio per la gestione del dolore e per la dignità, e che i suoi familiari e amici ricevano tutto il sostegno necessario (Matzo e Sherman, 2014).

Nella maggior parte dei casi gli assistiti che ricevono questo tipo di servizio sono affetti da cancro, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), sclerosi multipla, scompenso cardiaco

congestizio, insufficienza renale cronica in fase terminale. L' infermiere ha un ruolo fondamentale nell' assistenza all' interno dell' hospice; il team curativo, di solito, comprende medici, terapisti, volontari e religiosi. L' infermiere si dedica alla gestione del dolore, al trattamento dei sintomi e a garantire alla persona la miglior qualità di vita possibile sino alla morte. Si lavora con i familiari per assisterli nel lutto e nella riorganizzazione della loro vita. L' assistenza dell' hospice inizialmente era fornita a domicilio e lo è ancora. Più di recente, anche unità ospedaliere e di comunità hanno sviluppato programmi di hospice di questo tipo.

concetti chiave

- L'obiettivo dell'assistenza infermieristica è permettere alla persona di raggiungere o mantenere lo stato di salute ottimale e avere una buona qualità di vita nell'ambiente domestico, pur con le proprie limitazioni.
- La gestione domiciliare dei bisogni di assistenza sanitaria di una persona, normalmente, ha luogo all' interno del contesto della famiglia, degli amici e della comunità.
- Un'alterata capacità di gestire in maniera indipendente i bisogni di assistenza sanitaria può derivare da una diminuzione delle capacità funzionali, da un'insufficiente sostegno familiare o sociale, o da scarse risorse di comunità.
- Le componenti chiave del modello di Rice per l'assistenza domiciliare includono fattori motivazionali dell' assistito e della famiglia e l' infermiere come facilitatore dell' indipendenza a livello domestico, nel ruolo di educatore, sostegno, comunicatore spirituale e gestore del caso.
- Il principale problema dei sistemi sanitari attuali è erogare assistenza sanitaria di qualità con un buon rapporto costo-efficacia, che sia accessibile a tutti e che porti a esiti di salute positivi.
- I livelli di assistenza sanitaria sono classificati come primari, secondari e terziari. La maggior parte delle attuali risorse e servizi sono di assistenza secondaria, mentre i bisogni della popolazione riguardano essenzialmente l' assistenza primaria e terziaria.
- Un'assistenza che in passato era considerata sicura solo in ospedale è ora erogata routinariamente in contesti di comunità.
- L'elemento comune a tutti i programmi di comunità è il bisogno per l' infermiere di una maggiore autorità, responsabilità e fedeltà individuali nei confronti dell' assistito, con minore dipendenza dall' autorità e dalle politiche istituzionali. Contemporaneamente, gli infermieri hanno necessità di collaborare come componenti di un team interdisciplinare.
- Sebbene il luogo e le circostanze dell'assistenza infermieristica possano cambiare, l' obiettivo rimane lo stesso: l' infermiere si preoccupa della persona nella sua globalità in relazione all' ambiente in cui vive.
- I centri di assistenza infermieristica di comunità erogano assistenza primaria a popolazioni specifiche, sono gestiti da infermieri e, se necessario, hanno medici e consulenti.
- Per assicurare la continuità dell'assistenza da un setting all'altro e fra i professionisti sanitari deve essere predisposta una struttura organizzativa di collegamento.

Bibliografia

- American Nurses Association. (2008). *ANA Health Systems Reform Agenda*. Silver Springs, MD: ANA. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/content/healthcareandpolicyissues/agenda/anashealthsystemreformagenda.pdf>.
- American Nurses Association. (2010). *Nursing's Social Policy Statement* (2nd ed.). Silver Spring, MD: NursesBooks.org.
- American Nurses Association. (2013). *Public Health Nursing: Scope and Standards of Practice*. (2nd ed.). Silver Springs, MD: ANA. NursesBooks.org.
- American Nurses Association. (2014). *Home Health Nursing: Scope and Standards of Practice*. (2nd ed.). Silver Springs, MD: ANA. NursesBooks.org.
- Carpenito, L.J. (2015). *Diagnosi infermieristiche, applicazione alla pratica clinica*. Sesta edizione italiana, sulla quattordicesima edizione originale del 2013. Milano: CEA, Casa Editrice Ambrosiana.
- Center for Healthcare Research & Transformation. (2014). Care transitions: Best practices and evidence-based programs. *Home Health Nurse*, 32(5), 309-316.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). The medically uninsured. Retrieved from <http://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/entertainmented/tips/medicallyuninsured.html>.
- Cunic, D., Lacombe, S., Mohajer, K., Grant, H., & Wood, G. (2014). Can the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) predict length of hospital stay and need for comprehensive discharge planning for patients following hip and knee replacement surgery? Predicting arthroplasty planning and stay using the BRASS. *Canadian Journal of Surgery*, 57(6), 391-397.
- Harrington, C., Ng, T., La Plante, M., & Kaye, H. S. (2012). Medicare home and community-based services: Impact of the Affordable Care Act. *Journal of Aging & Social Policy*, 24, 169-187.
- Institute of Medicine. (2012). *Primary care and public health: Exploring integration to improve population health*. Retrieved from http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2012/Primary-Care-and-Public-Health/Primary%20Care%20and%20Public%20Health_Revised%20RB_FINAL.pdf.
- Marrelli, T. M. (2012). *Handbook of home health standards and documentation guidelines for reimbursement*. St. Louis, MO: Mosby.
- Matzo, M., & Sherman, D. W. (2014). *Palliative care in nursing: Quality care to the end of life* (4th ed.). New York, NY: Springer.
- National Council of State Boards of Nursing. (2014). Implications of the Affordable Care Act on nursing regulation and practice. *Journal of Nursing Regulation*, 5(1), 26-34.
- Rice, R. (2006). *Home health nursing practice: Concepts and application* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2012). *Community and public health nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2020*. Washington, DC, Available at www.healthypeople.gov/2020/default.aspx.
- Vincent, D., & Reed, P. G. (2014). Affordable Care Act: Overview and implications for advancing nursing. *Nursing Science Quarterly*, 27(3), 254-259.
- White House. (2014). *Health reform*. Retrieved from <http://www.whitehouse.gov/healthreform/healthcare-overview>.