

Cosa pensano i medici e gli infermieri coinvolti nell'ADI

Secondo i dati dell'indagine effettuata dagli autori dell'articolo, il potenziale dell'ADI ed i benefici in termine di salute e risparmio sono indiscutibili. Tuttavia questi potranno essere esplorati e sfruttati solo quando le procedure che ne regolano l'attivazione ed il mantenimento saranno sostanzialmente semplificate, con la possibilità di un'interfaccia gestionale più diretta tra i medici e gli infermieri coinvolti, che per ora sembrano patire di un eccessivo filtro comunicativo indotto dalla figura intermediatrice dell'Asl

Carmelo Barolo¹, Marco Cagnin², Piero Antonio Marcato¹, Giuseppe Maso³, Rosita Mignini⁴

Gli obiettivi primari di questo studio erano di: valutare la qualità percepita del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ed il livello di collaborazione inter-professionale; valutare il ruolo intermediatore delle Aziende Sanitarie Locali; far emergere gli eventuali punti di criticità del Servizio e proporre possibili migliorie. Per l'indagine è stato utilizzato un questionario chiuso a scelta multipla rivolto agli infermieri e ai medici di vari distretti socio-sanitari veneti. L'analisi dei dati e le conclusioni sono basate sul raffronto delle risposte fornite da medici e infermieri a domande affini. In sintesi dai dati emerge che gli infermieri sembrano apprezzare più dei medici la struttura attuale del Servizio, ma lamentano la scarsa collaborazione con i medici, che risultano una figura "limitante"; d'altro canto i medici considerano soddisfacente il livello di collaborazione raggiunto, sebbene ammettano di non conoscere appieno le potenzialità del servizio, che si prefigura però come una "imposizione" con alto cari-

co burocratico da parte delle Aziende Sanitarie, anziché un elemento dall'autonoma gestione. Emerge infine un quadro legislativo non chiaro ai professionisti, qualora chiamati in causa per lesioni personali provocate in ambito di Assistenza Domiciliare.

► Introduzione

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata è un sistema di servizi sanitari offerti a domicilio del paziente e caratterizzato, idealmente, da una armoniosa integrazione delle prestazioni erogate dalle plurime figure professionali coinvolte. La continuità assistenziale si prefigura quindi nella condivisa progettazione e realizzazione di interventi individualizzati, più o meno intensivi, mirati al raggiungimento degli obiettivi di salute, tipicamente espletati con il recupero dell'autonomia del paziente (ovviamente entro i limiti consentiti dal razocinio). Una assistenza sanitaria extra-ospedaliera efficace e di qualità si pone quindi come importante indicatore del "Welfare" loco-regionale, e deve ambire all'ottimizzazione delle risorse. Una delle opportunità per il miglioramento di questa risorsa consiste indubbiamente nell'instaurare un confronto produttivo fra i protagonisti, nell'ottica

di raggiungere un armonioso lavoro di squadra, che di base è reso difficoltoso dalla mancanza di occasioni in cui preconfigurare gli obiettivi di salute per un dato paziente ed in cui correggere le eventuali aberranze in corso d'opera. Questo deficit di comunicazione si riflette negativamente sull'efficacia - anche sul versante economico - del Servizio di ADI, che potrebbe essere, nella propria ideale propagazione, il *primum movens* nell'evitare una gravosa e innecessaria ospedalizzazione. Il nostro lavoro si è proposto di ricercare gli elementi basilari di confronto tra i professionisti coinvolti nell'ambito delle cure primarie "domiciliari", con lo scopo di individuare le aree critiche e gli spazi di miglioramento nel rapporto di collaborazione fra medici e infermieri.

► Materiali e metodi

La scelta di considerare soltanto due delle principali figure professionali coinvolte nel servizio (infermieri e medici), si è resa necessaria per la difficoltà di contatto e di arruolamento degli altri partecipanti a questo micro-mondo sanitario extra-ospedaliero. Il punto di vista degli infermieri è stato analizzato mediante un questionario a risposta multipla "chiusa", in formato

1 Medico di famiglia, Venezia
2 Medico in formazione specialistica
Università degli Studi di Padova

3 Medico di famiglia, Insegnamento
di Medicina di Famiglia Università di Udine

4 Infermiere del Servizio di Assistenza Domiciliare
Asl 6 Veneto

cartaceo, recapitato a 99 infermieri dei distretti socio-sanitari di Dolo (VE), Camposampiero (PD) e Cittadella (PD). Il questionario, totalmente anonimo, è stato somministrato e raccolto in date prefissate; ciò è stato possibile grazie alle riunioni periodiche, incentrate sul tema "Assistenza Domiciliare" che hanno lo scopo di favorire il lavoro di squadra degli infermieri che devono realizzare le prestazioni a domicilio. Della distribuzione e della raccolta si è occupato un referente per ciascuna congregazione: con tale tecnica si è ottenuta una buona percentuale di risposta da parte dei soggetti contattati (77%).

Per i medici si è provveduto alla creazione di un questionario informatizzato, a risposta multipla "chiusa" con domande affini a quelle formulate per il personale infermieristico; si è utilizzata una piattaforma digitale che offre anche l'analisi statistica dei dati; tale *multiple-choice quiz* è stato recapitato all'indirizzo e-mail di oltre 400 Mmg delle varie Asl della Regione Veneto, ottenendo però risposta solamente dal 13.4% dei contattati.

Il questionario per gli infermieri era composto di 10 domande rivolte ad analizzare la qualità percepita del Servizio di ADI, il livello di collaborazione con i medici e la valutazione delle conoscenze dei Mmg in tale ambito e le eventuali richieste particolari da presentare ai curanti nella gestione quotidiana dei pazienti a domicilio; inoltre si sono volute sondare le conoscenze in ambito di responsabilità per le lesioni personali.

Il questionario per i medici era anch'esso composto da 10 domande volte ad analizzare la qualità percepita dell'ADI, il livello di collaborazione con gli infermieri del Servizio e gli eventuali fattori limitanti nella gestione dei propri assistiti a domicilio. È stato somministrato un test di autovalutazione sulle competenze mediche necessarie in ambito di ADI e sono state sondate le conoscenze in ambito legale circa la responsabi-

lità civile e penale per eventuali lesioni personali dei propri assistiti.

► Risultati

È stato chiesto quale sia l'opinione personale sulla struttura attuale del Siad (Servizio Integrato di Assistenza Domiciliare) nella Asl di pertinenza, ottenendo un giudizio chiaramente positivo solo da parte dell'11% dei medici intervistati, a fronte di un 41% di approvazione da parte del personale infermieristico; di converso, il Servizio è reputato inadeguato alle esigenze del territorio per il 16% degli infermieri, mentre appare tale ad oltre un terzo (34%) dei Mmg (figura 1).

Per quanto riguarda il livello percepito di collaborazione tra medico ed infermiere è emersa discordanza di pareri: tra gli infermieri solo un quarto (25%) reputa buoni gli attuali rapporti lavorativi, un quarto (26%) li ritiene scarsi, il restante 49% considera sufficiente il livello di collaborazione, mentre per la maggioranza dei medici (48%) sussi-

ste già un buon livello di collaborazione inter-professionale, mentre uno scarso livello è percepito da solo il 12% dei Mmg intervistati (figura 2).

È stato chiesto agli infermieri se fosse ritenuta necessaria la presenza anche del Mmg già nella fase di presa in carico dei pazienti "complessi": anche qui si è assistito ad una certa differenza d'impressioni, in quanto per ben il 52% degli infermieri la figura del medico in questo contesto è sempre opportuna, mentre per la maggioranza dei medici (73%) questa situazione si dovrebbe verificare su specifica richiesta dell'infermiere; il 27% dei medici di famiglia invece tende a proporsi volontariamente nella presa in carico dei pazienti più complessi (figura 3).

Abbiamo quindi chiesto ai medici quale fosse la metodologia preferita di attivazione di una prestazione infermieristica a domicilio, ottenendo una chiara preferenza (68%) per i software applicativi "diretti" - ossia integrati con la cartella clinica del paziente - anziché dover ricorrere a software applicativi di enti terzi, usualmente interlacciati al sito

Figura 1

Adeguatezza del Siad secondo gli infermieri e i medici



Figura 2

Rapporto inter-professionale secondo gli infermieri e i medici

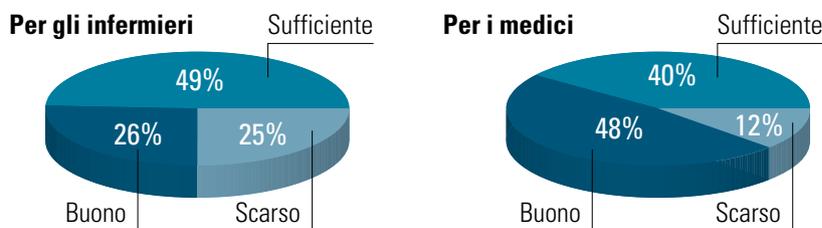
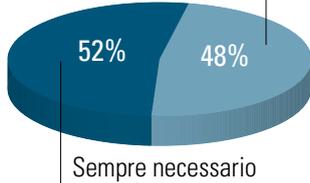


Figura 3

Presa in carico dei casi complessi secondo gli infermieri e i medici

Secondo gli infermieri

Non sempre necessario



Autonoma presa in carica per i Mmg

Sempre necessario

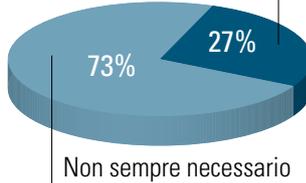


Figura 4

Adeguatezza percepita delle richieste dei Mmg

Raramente adeguate

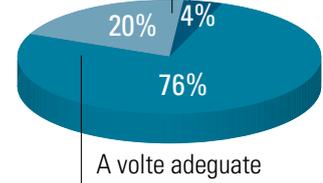


Figura 5

Istruzioni inviate dai Mmg agli infermieri

Insufficienti

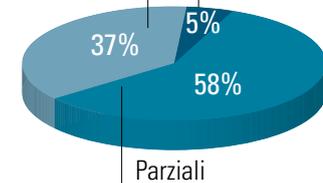
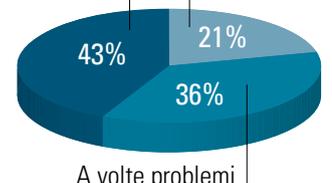


Figura 6

Attivazione di una prestazione ADI da parte dei Mmg

Mai problemi



dell'Asl di competenza, ma che tipicamente non integrano automaticamente i dati del paziente nei moduli necessari. D'altro canto, a valle di questa produzione burocratica, è necessario segnalare che, per il 20% degli infermieri del Siad le richieste dei Mmg sono raramente "adeguate", mentre per appena il 4% lo sono sempre (figura 4).

A corollario di questo risultato, solo il 5% degli infermieri ritiene che siano complete le informazioni fornite dal medico per attivare e mantenere una prestazione di assistenza domiciliare, in quanto le informazioni risultano parziali per il 58% degli infermieri intervistati e francamente insufficienti per un significativo 37% di essi (figura 5).

A parziale giustificazione di questo fenomeno, è da evidenziare il fatto che abbastanza medici di famiglia (circa il 21%) hanno spesso problemi con l'attivazione di una prestazione infermieristica sul territorio, mentre solo il 43% di loro riferisce di non avere mai difficoltà con tali procedure (figura 6).

Un altro dato significativo è emerso dalla domanda relativa alla apparente conoscenza dei medici circa le varie prestazioni eseguibili in ambito ADI: i Mmg appaiono possedere una piena conoscenza delle potenzialità del servizio solo per l'8% degli infermieri intervistati, mentre la maggior parte (64%) degli infermieri reputa che i medici di famiglia siano solo parzialmente informati ed il 28% rimanente crede che tali conoscenze siano addirittura insuffi-

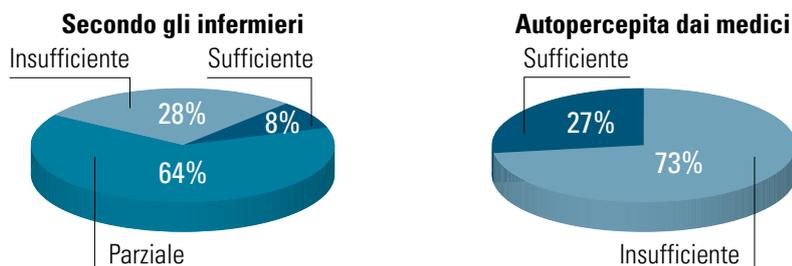
cienti. Ad ogni modo la "conoscenza" è un parametro di difficile caratterizzazione, ma che può essere ragionevolmente - seppure soggettivamente - dicotomizzato in "sufficiente conoscenza" ed "insufficiente conoscenza"; abbiamo deciso di porre ai medici di famiglia la domanda in tale senso, ossia chiedendo se si sentissero in possesso di un sufficiente livello di conoscenza delle pratiche eseguibili in regime di Assistenza Domiciliare (ciò è da considerarsi un buon parametro per definire le capacità di gestione di uno strumento così delicato): inaspettatamente, il 73% dei Mmg ammette di non sentirsi adeguatamente preparato circa le varie pratiche assistenziali che possono essere espletate al domicilio del paziente (figura 7).

Tra le altre domande è emerso come la modalità preferita di aggiornamento sulle variazioni delle condizioni cliniche degli assistiti, e per i medici e per gli infermieri, rimanga la chiamata dell'infermiere al medico curante, con risultati sovrapponibili che si assestano sull'ordine del 61-64% degli intervistati. Infine si è proceduto con l'analisi di alcuni aspetti legali concernenti la responsabilità per eventuali lesioni personali provocate ad un assistito, ovviamente in ambito di assistenza domiciliare. Abbiamo chiesto per l'appunto agli infermieri a chi credano sia da imputare un danno lieve o grave occorso in tale contesto: in entrambi i casi (danno lieve o grave) per l'80% circa degli infermieri la colpa è da attribuire a loro stessi, per

il 4-5% è da attribuire al curante, per il 3-4% alla Asl di riferimento; il 13% circa degli infermieri ha fornito una risposta non pertinente, che in molti casi implicava un concorso di colpa. Per tale motivo si è deciso di lasciare la possibilità ai medici intervistati di fornire più risposte alla medesima domanda, (questa opportunità è stata concessa giacché il test dedicato ai medici sarebbe stato strutturato solo in un secondo

Figura 7

Preparazione dei Mmg secondo gli infermieri e autopercipita dai medici



momento). Con questa specificazione, si segnala che i medici confermano l'impressione che i principali "responsabili" in caso di lesione personale lieve o grave siano gli infermieri (ordine dell'80% degli intervistati), ma tendono ad attribuire con maggiore facilità rispetto agli infermieri una co-responsabilità all'Unità Sanitarie Locali (36% degli intervistati) e a loro stessi (32%), in quest'ultimo caso con percentuali che aumentano fino ad oltre il 46% in caso di lesione personale grave.

► Differenze

Per i medici di famiglia, liberi professionisti convenzionati con l'Asl, l'ADI si prefigura come una piccola parte del proprio lavoro, spesso vissuta come un ulteriore carico burocratico, anziché uno strumento preventivo e di autonoma gestione dei propri assistiti a domicilio: in quest'ottica il servizio diventa un'imposizione demandata delle autorità sanitarie locali, piuttosto che uno strumento nelle mani delle Cure Primarie e dei relativi medici convenzionati. D'altro canto, per gli infermieri impiegati nel Siad, dipendenti dell'Asl, l'assistenza domiciliare è la componente esclusiva del proprio lavoro, su cui riversare tutta la propria competenza e implementare la propria professionalità. Ne deriva, logicamente, che questi ultimi protagonisti siano più soddisfatti dello *status quo* del servizio ADI, e che addirittura giungano a sentirsi limitati

dalla scarsa collaborazione e dubbia impreparazione dei Mmg. Quella dell'infermiere è una figura che al giorno d'oggi è responsabilizzata circa le proprie azioni e che, se adeguatamente indirizzata, si sente in grado di migliorare i servizi disponibili per il cittadino.

► Insoddisfazione dei Mmg

Dall'intervista dei medici di famiglia emerge un quadro di maggiore insoddisfazione nei confronti della struttura attuale dell'Assistenza Domiciliare, perfettibile seppure nel contesto di uno status di collaborazione con gli infermieri già ritenuto soddisfacente (per quanto atipico, in considerazione della non sussistenza di un rapporto gerarchico diretto tra medici ed infermieri coinvolti, in cui i primi sono dei liberi professionisti autonomi, mentre i secondi sono dipendenti che fanno riferimento all'Asl. Un punto di criticità è costituito dall'ulteriore burocratizzazione delle procedure con il passaggio alla piattaforma informatica, che ha indotto un ulteriore rallentamento in alcuni meccanismi già farraginosi (si porti ad esempio la mancanza di comunicazione tra i sistemi informativi in dotazione al medico per la gestione della cartella clinica e all'Asl di riferimento per l'avvio ed il mantenimento del Servizio di ADI). Questa apparente complicazione, in aggiunta ad una situazione lavorativa già resa difficile dalle numerose e ingrave-

scenti esigenze di una popolazione che invecchia e dalle molteplici comunicazioni ed ordinanze prodotte dalle Asl, è alle radici dello scarso interesse che i Mmg provano nei confronti dell'Assistenza Domiciliare Integrata: con le logiche conseguenze del mancato aggiornamento professionale e mancata cooperazione con i professionisti sanitari per il raggiungimento degli obiettivi di salute auspicabili.

► Confusione normativa

Come ultimo punto, si rileva un quadro normativo non chiaro ai principali protagonisti dell'ADI in ambito di responsabilità professionale: ciò potrebbe comportare, anche in caso di una semplice sanzione pecuniaria, una mancata copertura assicurativa (si fa riferimento agli attuali massimali proposti agli infermieri, in quanto per i medici vige già l'obbligo di un'adeguata copertura assicurativa per lesioni personali colpose).

► Conclusioni

In conclusione, il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata si configura come un elemento fondamentale di congiunzione tra le Cure Primarie e le Unità Socio-Sanitarie Locali, realizzante una vera forma di continuità assistenziale tra l'ospedale ed il territorio; il potenziale di tale servizio ed i benefici in termine di salute e risparmio sono indiscutibili, ma questi potranno essere esplorati e sfruttati solo quando le procedure che ne regolano l'attivazione e il mantenimento saranno sostanzialmente semplificate, con la possibilità di un'interfaccia gestionale più diretta tra i professionisti coinvolti, che per ora sembrano patire di un'eccessivo filtro comunicativo indotto dalla figura intermediatrice dell'Asl.

Articolo in pubblicazione anche su
Italian Journal of Primary Care