

# INTEGRAZIONE DI METODOLOGIE DI RICERCA QUALITATIVA PER LA VALUTAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI DI GESTIONE DELLA TUBERCOLOSI IN EMILIA-ROMAGNA

Matteo Morandi\*, Enrico Ricchizzi\*, Veronica Cappelli\*, Simona Dodi^, Cinzia Perilli§, Bianca Maria Borrini^, Maria Luisa Moro\*

\* Agenzia sanitaria e sociale regionale - Regione Emilia-Romagna ° Assessorato Politiche per la salute - Regione Emilia-Romagna ^ AUSL Parma § AUSL Reggio Emilia

## FOCUS GROUP

### INTRODUZIONE

In Emilia-Romagna l'incidenza di tubercolosi (TB) è costantemente intorno a 10 casi per 100.000 abitanti (1). Le raccomandazioni regionali per la gestione dei casi di TB, dal momento della diagnosi a quello del *follow up* post-dimissione, sono in linea con le linee guida nazionali (2-3). La loro traduzione a livello aziendale però dipende dai modelli organizzativi e dalle risorse disponibili.

Varie modalità di ricerca qualitativa sono state testate per indagare i modelli organizzativi (4). Attraverso l'integrazione di due metodiche di ricerca qualitativa sono state rilevate informazioni sulla gestione dei pazienti con TB.

### METODI

Nel giugno 2014 sono stati condotti contemporaneamente in un tempo di circa 2 ore e 30 minuti:

- un *focus group* (FG) per esplorare la gestione post-dimissione dei pazienti con TB; hanno partecipato 10 assistenti sanitari (AS) e infermieri (INF) di altrettante AUSL; è stato condotto da 2 esperti della metodologia ed era presente un osservatore
- un *role playing* (RP) per analizzare la gestione dei casi di TB contagiosa attraverso la simulazione di un caso di difficoltà gestionale intermedia; hanno partecipato 5 AS/INF di altrettante AUSL e sono state invitate a simulare l'indagine epidemiologica, dei contatti di caso, la ricerca del caso fonte e indicare la gestione post-dimissione; è stato condotto da un medico con esperienza in medicina transculturale che ha impersonato il paziente con TB.

Le informazioni rilevate dalle 2 metodiche sono state analizzate e integrate.

### ROLE PLAY

caso di TB contagiosa con il punto di vista del paziente immigrato fragile

DIFFICOLTÀ	Descrizione	Condizione nota	EVENTUALI SOLUZIONI
Conoscenza della lingua	Riesce a comunicare, ma non comprende parole un po' più difficili	NOTA	Mediazione
Classe di età	Giovane adulto	NOTA	/
Status giuridico	Immigrato irregolare per scaduto PDS	NOTA	Inclusione legislativa / INPS
Iscrizione al SSN	Codice STP	NOTA	Accessibilità servizi
Cultura vs sistema di cure	Araba	NON INDAGATA	Mediazione
Accesso alle cure	Utilizzo incongruo PS	NON INDAGATA	Educazione sanitaria
Caratteristiche malattia	TB polmonare contagiosa	NOTA	Isolamento (non considerato a domicilio)
Rischio di trasmissione nel luogo di vita	Famiglia	EMERSA	/
Posizione dell'abitazione	Periferia della città	EMERSA	Flessibilità orari Bonus/ biglietti trasporti
Caratteristiche dell'abitazione per isolamento	Camera separata senza bagno	NON INDAGATA	/
Disponibilità di tempo	Lavoro part time, saltuario	EMERSA	Flessibilità orari
Attitudini per l'adesione alle cure	Scarsa health literacy	EMERSA	Educazione sanitaria/ monitoraggio consumo farmaci
Condizione economica	Intermedia	NON INDAGATA	Sussidio INPS
Rete supporto	Caregiver con scarsa rete di supporto	NON INDAGATA	Servizi sociali/ Associazionismo
Frequenzazioni per indagine dei contatti	Famiglia, pochi amici e numerosi conoscenti	EMERSA	Anagrafe sanitaria
Mezzo di comunicazione	Cellulare e/o fax/email	EMERSA	Reminder o feedback con SMS

### CONCLUSIONI

Questa esperienza è un esempio di utilizzo delle due metodiche qualitative (FG e RP) per indagare e rilevare problematiche e soluzioni all'interno del percorso di cura della tubercolosi. L'integrazione dei risultati ha permesso di rilevare informazioni in parte sovrapponibili, ma da punti di vista differenti: il *focus group* ha messo in evidenza i bisogni organizzativi e gestionali, il *role playing* le criticità relazionali e procedurali.

Tale approccio metodologico integrato potrebbe essere utilizzato per esplorare altri percorsi di presa in carico di pazienti con fragilità socio-culturali.

### Bibliografia

- 1) Borrini BM et al. (2013) – *Epidemiologia della tubercolosi in Emilia-Romagna. 2010-2011*. Regione Emilia-Romagna
- 2) Ministero della salute (2010) – *Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale*
- 3) Accordo Stato-Regioni (1998) – *Linee guida per il controllo della malattia tubercolare*
- 4) Bill F, Olaison L (2009) – "The indirect approach of semi-focused groups: Expanding focus group research through role-playing". *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 4 (1): 7-26

### gestione della presa in carico dell'utente dimesso con diagnosi di TB

Caratteristiche della presa in carico		Fattori che ostacolano la presa in carico	
Macro-area	Indicazioni specifiche	Macro-area	Indicazioni specifiche
Servizi di afferenza di assistenti san./infermieri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• igiene pubblica</li> <li>• servizio di pneumologia</li> <li>• figura a supporto sia dell'igiene pubblica sia dell'ambulatorio di malattie infettive</li> </ul>	Problematiche relative la notifica di caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attivazione ritardata delle indagini, a diagnosi quasi certa</li> <li>• mancato flusso codificato dai notificatori (rischio di lavoro inutile)</li> <li>• mancanza di codifiche standard dei controlli da fare ai contatti</li> <li>• notifiche incomplete, linguaggio non condiviso</li> </ul>
Notificatore/come riceve la notifica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• direzione sanitaria (qualsiasi medico dell'ospedale, laboratorio, anatomia patologica)</li> <li>• MMG, PLS, medico del carcere, medico di RSA</li> <li>• ufficio prevenzione rischio infettivo</li> <li>• dai contatti (segnalazione del caso)</li> </ul>		Procedure
Indagine epidemiologica: quando avviene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durante il ricovero</li> <li>• entro 24 ore dalla segnalazione</li> <li>• comunque entro 3 gg</li> </ul>	Collocazione dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulatori dislocati in zone poco fruibili che necessitano di servizi per essere raggiunte con conseguenti costi aggiuntivi che incidono negativamente sull'aderenza ai piani di cura</li> <li>• mancanza di un unico luogo dove seguire i pz (non più dispensario ma diversi servizi) con rischio di disgregazione di alcuni aspetti e di 'perdere' i pz al follow up</li> </ul>
Alla dimissione (servizio di afferenza)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• servizio pneumologico</li> <li>• DH infettivi</li> <li>• ambulatorio malattie infettive</li> <li>• pediatria ospedaliera</li> <li>• CSFS (centro salute famiglie straniere)</li> </ul>		Collaborazione tra professionisti
Contatti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• invio ai servizi dedicati</li> <li>• servizi di pneumologia (con o senza assistente sanitario/a)</li> <li>• pediatria di comunità</li> <li>• SPP/medico competente (per i dipendenti SSN)</li> </ul>	Gruppi aziendali TBC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gruppi aziendali TB poco presenti/assenti in alcune realtà</li> </ul>
Professionalità/realtà coinvolte nel caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• servizi sociali</li> <li>• mediatore culturale</li> <li>• medico competente (ditte)</li> <li>• CSFS (centro salute famiglie straniere)</li> <li>• ufficio stampa</li> <li>• servizi volontariato</li> <li>• attivazione contributi INPS</li> </ul>		Mediatore culturale/ servizi interpretariato
Alla chiusura del caso (dopo 12 mesi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il pz non viene rivisto dall'igiene pubblica</li> <li>• aggiornamenti costanti con i servizi</li> <li>• chiusura formale del caso</li> </ul>		

Esperienze relative alla DOT		Fattori che facilitano la presa in carico	
Macro-area	Indicazioni specifiche	Macro-area	Indicazioni specifiche
AUSL 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• costruzione di reti caso per caso p.e. psichiatria, se necessario vanno a casa del pz</li> </ul>	Collocazione personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• essere 'presenti' anche nei servizi es. pneumologia, ambulatorio malattie infettive anche per vedere anche la parte clinica</li> </ul>
AUSL 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• esperienza con supporto cure primarie</li> </ul>		Procedure operative
AUSL 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• igiene pubblica fa il sopralluogo prima della dimissione per verificare la possibilità di DOT che rimane però in carico a malattie infettive (tp in ospedale)</li> </ul>	Gruppi aziendali TBC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gruppi aziendali TBC comprensivi di tutte le figure, anche assistenti sanitari</li> </ul>
AUSL 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• effettuata a livello ambulatoriale</li> </ul>	Reti professionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• reti per la gestione dei casi particolari: utenza straniera, casi difficili</li> </ul>
AUSL 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• igiene pubblica lo scopre con scheda di fine trattamento, se effettuata la DOT rimane in carico al servizio che la prescrive</li> </ul>	Mediatore culturale/servizi interpretariato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• interpretariato telefonico per brevi quesiti chiave</li> </ul>

### RISULTATI

L'integrazione dei risultati del FG e del RP ha messo in evidenza:

- grande eterogeneità delle organizzazioni e delle pratiche
- importanza della relazione medico-paziente-famiglia che spesso non può prescindere dalla mediazione culturale
- importanza di protocolli e procedure condivise
- difficoltà nell'accesso e nella fruibilità dei servizi da parte degli utenti
- importanza della comunicazione e necessità di *feedback* tra servizi

Inoltre, il *focus group* ha raccolto informazioni maggiormente legate alla percezione e al vissuto degli operatori sanitari facendo emergere le difficoltà che sono spesso gestite in autonomia, secondo il proprio buon senso e "buon cuore". Il *focus group* è stato quindi un momento per condividere esperienze, strumenti e soluzioni possibili a problemi concreti. Per questo è stato molto gradito dai partecipanti che si sono resi disponibili per altre iniziative analoghe.

Il *role playing* ha permesso invece di comprendere maggiormente le problematiche vissute dal paziente, i disagi legati alle sue condizioni specifiche (lingua, cultura, condizioni logistico - abitative, possibilità di muoversi, abitudini di vita, disponibilità di tempo, paure e ansie legate alla malattia e allo stigma), eventuali rigidità nelle procedure e nell'organizzazione che non consentono un incontro efficace, sicuro e umano tra servizi e paziente. Inoltre è stato possibile delineare alcune strategie per migliorare il monitoraggio dei pazienti nel periodo post-dimissione, a partire dal monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci e del reale utilizzo.

In base alla percezione dei conduttori:

- la conduzione del FG è stata favorita dalla necessità di condivisione delle esperienze e delle soluzioni alle problematiche comuni;
- il RP ha messo in evidenza criticità nei percorsi legati alla condizione di immigrato con fragilità socio-sanitaria.