

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**La lettera di dimissione infermieristica Ospedale-Territorio: Percezione
negli infermieri dell'ULSS15**

Relatore: Prof. Bernardi Matteo

Correlatore: Dott. Bonaldo Davide

Laureando: Pinton Enrico

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

INDICE

Abstract.....	4
CAPITOLO 1.....	5
1.1 INTRODUZIONE.....	5
1.2 ORGANIZZAZIONE INTERNA DEL PERCORSO DI LAVORO.....	6
1.3 RILEVANZA DEL PROBLEMA PER LA PROFESSIONE.....	6
1.4 CONTESTO IN CUI SI SVOLGE IL PROBLEMA.....	7
1.4.1 L'assistenza domiciliare.....	7
1.4.2 L'assistenza domiciliare in Veneto.....	8
1.4.3 L'assistenza domiciliare nell'ULSS 15.....	9
1.4.4 La lettera di comunicazione ospedale-territorio.....	10
1.5 RASSEGNA CRITICA DELLA LETTERATURA.....	11
1.5.1 Criteri di inclusione.....	13
1.5.2 Criteri di esclusione.....	13
1.5.3 Sintesi dei risultati emersi.....	13
1.6 SCOPO DELLO STUDIO.....	17
CAPITOLO 2.....	19
2.1.MATERIALI E METODI.....	19
2.1.1 Disegno dello studio.....	19
2.1.2 Campionamento.....	19
2.1.3 Strumenti.....	20
2.1.4 Attività di raccolta dati.....	20
2.1.5 Analisi dei dati.....	20
2.2 RISULTATI.....	21
2.3 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	29
2.3.1 Discussione.....	29

2.3.2 Conclusione.....	30
2.3.3 Limiti dello studio.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	32
ALLEGATO 1.....	38
ALLEGATO 2.....	43

ABSTRACT

Introduzione: In un contesto sanitario in cui l'assistenza domiciliare assume sempre più rilevanza la comunicazione tra Ospedale e Territorio riveste un ruolo cruciale per la qualità di cure prestate al cittadino. La lettera di dimissione infermieristica è uno strumento chiave per il passaggio di informazioni relative alla presa in carico dei bisogni assistenziali.

Scopo dello studio: Indagare la percezione, le opinioni e le conoscenze degli infermieri riguardo alla lettera di dimissione infermieristica ospedale-territorio, i problemi riscontrati nel suo uso, le prospettive di sviluppo e le differenze rispetto al setting assistenziale e alle variabili anagrafiche.

Contesto: Studio condotto nell'Azienda ULSS15 presso i reparti di Medicina I e II dell'Ospedale di Cittadella e nel Distretto 2 Nord-Ovest.

Disegno dello studio: Tesi epidemiologica descrittiva quantitativa.

Materiali e metodi: I dati sono stati raccolti attraverso l'utilizzo di un questionario, costruito su 13 domande a risposta multipla che vanno ad indagare diversi aspetti quali la validità e la completezza dello strumento, le possibili integrazioni, i fattori favorenti e ostacolanti alla sua compilazione, il suo ruolo nel contesto più ampio delle cure di transizione e in rapporto alle altre figure professionali.

Risultati: Il 96% ritiene la lettera di dimissione infermieristica uno strumento di comunicazione valido. Il 73% sostiene che la quantità/qualità delle informazioni contenute non sia sufficiente. Il 58% dichiara che dovrebbe essere integrata nelle informazioni che riguardano i livelli di compliance della famiglia del paziente dimesso. Il 75% indica nella cartella informatizzata ospedale/territorio lo strumento di comunicazione alternativo. Il 90% ritiene che consegnare copia della lettera di dimissione infermieristica al Medico di Medicina Generale possa migliorare la continuità delle cure.

Discussione: Anche se questa pratica non è in uso, secondo il campione una copia della lettera di dimissione infermieristica dovrebbe essere consegnata al Medico di Medicina Generale e al paziente e/o caregiver. La prevalenza degli infermieri che lavora nell'assistenza domiciliare ritiene insufficienti le informazioni contenute e auspica l'integrazione con informazioni che riguardano il contesto familiare e l'introduzione di una cartella informatizzata ospedale-territorio.

Conclusioni: La lettera di dimissione infermieristica è ritenuta uno strumento di comunicazione valido ma dovrebbe essere migliorata nelle informazioni riguardanti i livelli di compliance della famiglia e compilata sulla base di un modello predefinito ed elettronico.

Parole chiave: Patient discharge, nursing discharge plan, nursing discharge note, Nursing home care, communication, hospital discharge, nurse communication.

CAPITOLO 1.

1.1 INTRODUZIONE

La comunicazione tra Ospedale e territorio sta assumendo un ruolo sempre più rilevante a causa della crescente importanza dell'assistenza domiciliare all'interno del sistema sanitario nazionale.

Nel Patto della Salute 2014-16 (1) il Ministero della Salute ha programmato una riorganizzazione dei servizi offerti ai cittadini con un potenziamento delle Cure Primarie. L'obiettivo è di creare una rete d'assistenza più efficiente, modulata sui bisogni della popolazione, che porti ad una razionalizzazione delle risorse a disposizione e ad una riduzione della spesa sanitaria.

Il contesto socio-demografico vede il crescente peso degli anziani sulla popolazione e in particolare sulla popolazione attiva. Gli effetti di questo fenomeno sono l'aumento delle patologie croniche e delle condizioni di fragilità geriatrica.

Secondo le previsioni ISTAT la popolazione è destinata ad invecchiare gradualmente. L'età media aumenterà dai 43,5 anni del 2011 a 49,8 anni nel 2059. Particolarmente accentuato sarà l'aumento del numero degli anziani : gli ultra 65enni oggi pari al 20,3% del totale saliranno nel 2043 al 32%. (2)

In base alla programmazione 2014-16 l'Ospedale rappresenta il punto di riferimento per le patologie acute e la stabilizzazione clinica del paziente. Le successive prestazioni di degenza, riabilitazione e gestione della cronicità si spostano sempre più verso il territorio.

Una comunicazione efficace tra Ospedale e territorio permette di migliorare la qualità dell'assistenza erogata, in particolare quando il paziente viene dimesso verso il proprio domicilio. In questo contesto l'infermiere assume un ruolo chiave, in quanto figura professionale che deve garantire l'assistenza e l'educazione al paziente e ai caregivers.

All'interno di questo quadro generale diventa fondamentale migliorare la comunicazione tra infermieri che lavorano nei reparti ospedalieri e infermieri che lavorano nel servizio di assistenza domiciliare. Lo studio andrà ad trattare il ruolo dello strumento oggi in uso: la lettera di dimissione infermieristica ospedale-territorio.

L'obiettivo dello studio è quello di indagare la percezione, le opinioni e le conoscenze degli infermieri riguardo allo strumento, le problematiche riscontrate nel suo utilizzo, gli strumenti di integrazione ritenuti validi e le prospettive di sviluppo futuro.

La scelta di un campione che lavora in due setting di cura diversi (Ospedale e Territorio) permette un confronto tra le opinioni dei professionisti sullo stesso strumento, da una parte come mittenti e dall'altra come destinatari.

1.2 ORGANIZZAZIONE INTERNA DELLA TESI E DEL PERCORSO DI LAVORO

In seguito alla definizione del problema e alla revisione della letteratura, è stato realizzato un questionario da somministrare agli infermieri dei Reparti di Medicina I e Medicina II dell'Ospedale di Cittadella e del Distretto 2 Nord-Ovest dell'Azienda ULSS 15.

Dopo aver inoltrato la modulistica necessaria si è aspettato l'arrivo delle autorizzazioni da parte della segreteria dell'Università degli Studi di Padova e della Direzione Amministrativa dell'Azienda ULSS15.

Il progetto è stato illustrato e condiviso dai coordinatori infermieristici dei reparti Ospedalieri. Successivamente si è passati alla rilevazione dei dati con periodo 24 Luglio-24 Agosto 2015.

In seguito si è svolta l'analisi e la discussione dei dati.

1.3 RILEVANZA DEL PROBLEMA PER LA PROFESSIONE

La dimissione ospedaliera è un processo complesso che vede l'infermiere come protagonista principale. Secondo l'articolo 27 del Codice Deontologico (3) “ *L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.*”

L'infermiere che lavora in ospedale deve guidare il paziente e i caregivers alla dimissione con interventi educativi durante il periodo di degenza e redigere la lettera di dimissione infermieristica.

Gli infermieri del servizio di assistenza domiciliare(SIAD) hanno il compito di prendere in carico il paziente e gestire i suoi bisogni nell'ambiente domiciliare. Le prestazioni che l'infermiere eroga a domicilio necessitano della completa conoscenza dei bisogni del paziente al momento della dimissione per poter consentire la stesura del piano di assistenza e per richiedere tempestivamente i presidi necessari.

In letteratura troviamo molti studi che provano come i deficit di comunicazione siano il principale ostacolo alla continuità assistenziale. La frammentazione dell'assistenza ha effetti negativi nella qualità delle cure prestate al paziente e comporta rischi per la sua salute, oltre che uno spreco di risorse per il sistema sanitario.

Uno strumento efficace di comunicazione tra infermieri che lavorano in setting assistenziali diversi è fondamentale per il sistema in generale ed può rappresentare uno spazio importante di crescita per la professione.

1.4 CONTESTO IN CUI SI SVOLGE IL PROBLEMA

1.4.1 L'assistenza domiciliare

Secondo il Ministero della Salute “le cure domiciliari consistono in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita”. (4)

Le cure domiciliari sono coordinate e gestite dal Distretto Socio Sanitario delle Aziende Sanitarie Locali in collaborazione con i Comuni. In relazione al bisogno di salute si distinguono alcune tipologie di cure domiciliari:

- Assistenza domiciliare programmata (ADP) : Le prestazioni vengono erogate per un periodo di tempo limitato alla malattia in atto. Tale tipologia di cure domiciliari è attivata e gestita dal Medico di Medicina Generale, dal pediatra di libera scelta o dai servizi distrettuali delle ASL agli utenti che non possono raggiungere le strutture domiciliari poiché la patologia limita le loro capacità funzionali.
- Assistenza domiciliare Integrata (ADI): E' un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari erogati nel domicilio della persona che assicura un insieme di prestazioni sanitarie integrate e coordinate di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e socio-assistenziale da parte delle varie figure professionali (medico, infermiere, Fisioterapista, OSS, assistente sociale).Le patologie che richiedono l'attivazione di tale servizio sono: malattie terminali o progressivamente invalidanti, gravi fratture negli anziani, forme psicotiche gravi, incidenti vascolari acuti, riabilitazione di vasculopatici e dimissioni protette da strutture ospedaliere. A seguito di una segnalazione da parte di qualsiasi figura, che può essere la persona stessa, un familiare, l'UO ospedaliera, il servizio sociale o un'organizzazione di volontariato, il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta inviano la richiesta scritta, tramite modulo apposito, al servizio Cure Domiciliari distrettuale
- Ospedalizzazione domiciliare: è un servizio gestito direttamente dalla struttura ospedaliera con proprio personale ed è destinato a pazienti con patologie croniche evolutive che richiedono assistenza medica e infermieristica 24h su 24h e l'assegnazione di presidi e attrezzature specifiche. Il servizio ha una durata media di 60 giorni , al termine dei quali può essere sostituito da cure domiciliari in modalità ADI.

Le cure domiciliari si basano sul Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), strumento approvato dal Responsabile delle Cure Primarie che definisce le necessità individuali della persona assistita e della famiglia.

Gli elementi costitutivi di un PAI sono:

- la data di richiesta di attivazione delle cure domiciliari effettuata in genere dal Medico di Medicina Generale e la data di attivazione
- la valutazione del paziente, effettuata con strumenti standardizzati e multi professionali definiti a livello regionale
- l'indicazione degli obiettivi clinici e assistenziali
- il Piano di Lavoro, strumento che registra il numero di accessi programmati di ciascuna figura professionale impegnata nelle cure domiciliari
- l'indicazione dei compiti della famiglia e del caregiver
- l'individuazione del case-manager
- la data per la verifica del PAI stesso

Il PAI viene informatizzato nel software di gestione aziendale ed è reso disponibile in ogni momento agli operatori che operano nell'assistenza domiciliare al paziente.

1.4.2 L'assistenza domiciliare in Veneto

Secondo i dati rilevati nel 2011 gli assistiti con almeno un accesso sanitario/anno, rilevati in un pool di 20 Aziende ULSS, sono in numero assoluto 98.441. Il 65,1% degli assistiti è di genere femminile, mentre il 78,2% ha più di 75 anni. (5)

Il tasso di copertura rispetto alla popolazione generale è pari a 21,2 per mille. Il 95,1 per mille dei residenti ultra65enni ha avuto almeno un accesso di un operatore sanitario nell'anno e sale al 168,2 per mille considerando gli ultra75enni.

Gli assistiti che hanno ricevuto almeno 8 accessi sanitari/mese per almeno un mese sono in numero assoluto 16.620, pari al 16,9% del totale. Il corrispondente tasso di copertura rispetto alla popolazione generale è pari allo 3,6 per 1.000 e sale al 15,5 per 1000 negli ultra65enni ed al 26,1 per 1.000 negli ultra75enni.

Tra le patologie che più richiedono l'accesso alle cure domiciliari per almeno 8 volte al mese troviamo le neoplasie (14,4%) seguite da Sindromi ipocinetica(9,7%) e dalle demenze (6,2%). E' importante segnalare che nella 44,1 % dei casi la diagnosi non sia stata riportata, segno di come gli strumenti informativi debbano essere ampliati e utilizzati con maggiore frequenza.

Lo strumento legislativo di programmazione di riferimento in atto nella regione Veneto è il Piano Socio Sanitario regionale 2012-16 (Legge regionale numero 23 del 29 Giugno 2012). (6)

In questo documento il potenziamento dell'assistenza territoriale viene posta come obiettivo prioritario per la sanità veneta con particolare attenzione sull'ampliamento dei servizi domiciliari e la loro integrazione con i servizi residenziali e semi-residenziali.

Tra i punti cardine per il conseguimento di tali obiettivi troviamo:

- le cure domiciliari devono basarsi sul lavoro di equipe tra le varie figure professionali impegnate in tale servizio. Il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta, l'infermiere, lo specialista geriatra o palliativista e l'assistente sociale devono offrire il loro contributo professionale in modo coordinato e garantire le migliori cure per il paziente e per la famiglia
- la continuità assistenziale è punto cardine per la qualità delle cure domiciliari e deve essere garantita tra l'ospedale, il domicilio e i servizi residenziali e semi-residenziali. Gli strumenti di ammissione e dimissione protetta devono essere consolidati
- la nascita di strutture di ricovero intermedio , strumento introdotto per gestire il passaggio dall'Ospedale al domicilio e ridurre i giorni di degenza ospedalieri
- le centrali operative del Distretto Socio Sanitario devono assumere il ruolo di guida per le persona assistita e per la famiglia durante tutto il percorso assistenziale
- l'assistenza deve essere garantita 24h al giorno per tutti i giorni della settimana
- la continuità assistenziale deve avvalersi di strumenti informativi avanzati. La regione ha individuato il Fascicolo Sanitario Elettronico come strumento privilegiato per lo sviluppo di tale obiettivo anche con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta

1.4.3 L'assistenza domiciliare nell'ULSS 15

L'azienda ULSS15 assicura in 8 sedi operative distrettuali interventi assistenziali alle persone non autosufficienti attraverso prestazioni ambulatoriali e a domicilio.

Nello studio è stato preso in esame il distretto 2 Nord-Ovest dove prestano servizio 24 infermieri, suddiviso nelle sedi SIAD di San Martino di Lupari, Cittadella, Carmignano di Brenta e Piazzola sul Brenta, per una popolazione totale coperta di 127.938 persone. (7)

L'attività domiciliare è attiva dalle ore 07.00 alle ore 19.00 nei giorni feriali, dalle ore 19.00 alle ore 07.00 e dalle ore 12.00 del sabato alle ore 07.00 del lunedì successivo un infermiere è disponibile per le chiamate non programmate e per le necessità dell'utenza, sotto un programma che va sotto il nome di "pronta disponibilità". (8)

Il modello assistenziale di riferimento nella presa in carico del paziente è stato tracciato nel 2000 nella vision fondata su 2 assiomi. Il modello concettuale di presa in carico si rifà alla teoria di D.Orem , infermiera a cui si deve il modello noto come "Self Care Deficit Nursing Theory" . (9)

Secondo la visione di D.Orem l'infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l'individuo ha di svolgere attività di autoassistenza, la quale va potenziata e diretta

continuamente al fine di conservare la vita e la salute, riprendersi da malattie o da lesioni e far fronte alle conseguenze di tali eventi. (10)

Le necessità di assistenza infermieristica interviene quando c'è un deficit dell'individuo nello svolgere attività di autoassistenza e si esplicita attraverso interventi totalmente compensatori, parzialmente compensatori o educativi e di supporto.

L'altro assioma inserito nella vision aziendale è l'adeguamento alle evoluzioni normative riferite alla pratica assistenziale.

Nell'erogare l'assistenza infermieristica il personale utilizza i seguenti strumenti informativi assistenziali:

-Cartella Infermieristica: si caratterizza per l'approfondita valutazione globale secondo il modello dei bisogni fisio-psicologici e la scala di Norton (scala di valutazione rischio insorgenza lesioni da decubito). E' integrata ad una scheda di pianificazione assistenziale caratterizzata dall'esplicitazione della diagnosi infermieristica in entrata, dalla definizione degli obiettivi e tempi di cura assistenziale, dagli interventi eseguiti ad ogni accesso e dalla valutazione in itinere, valutazione del coping con il caregiver e definizione degli obiettivi educativi sugli stessi.

-Scheda rilevazione/accertamento del dolore;

-Scheda di rilevazione/accertamento incontinenza urinaria;

-Lettera di comunicazione infermieristica Ospedale – Territorio;

-Protocolli

1.4.4 La lettera di dimissione infermieristica Ospedale-Territorio

Nel modello organizzativo attuale dell'ULSS 15 le dimissioni protette vengo gestite dalla C.O.T. (Centrale Operativa Territoriale), strumento per coordinare la presa in carico del paziente in funzione delle dimissioni ospedaliere, attivando le risorse più appropriate per garantire la continuità e l'integrazione assistenziale.

L'elaborato di tesi si concentra in particolare sulla lettera di comunicazione infermieristica ospedale-territorio (ALLEGATO 2), strumento che viene usato dagli infermieri per una valutazione assistenziale del paziente e per comunicare in modo veloce e specifico tra professionisti che lavorano in ambienti diversi.

Al momento della dimissione gli infermieri dell'Ospedale hanno il compito di redigere la lettera di dimissione infermieristica e inviarla alla C.O.T., che valuta i bisogni assistenziali

in essa descritti e coordina l'attivazione di tutti i servizi deputati alla presa in carico dei bisogni segnalati.

Nel periodo dal 01/01/2015 fino al 31/08/2015 i pazienti in dimissione protetta ospedaliera segnalati dai reparti alla C.O.T. sono 587 di cui 344 riguardanti pazienti di sesso femminile e 243 di sesso maschile. (11)

500 di questi pazienti presentavano bisogni di assistenza infermieristica, per i quali i reparti hanno compilato una lettera di dimissione infermieristica. Spesso questo documento viene compilato il giorno stesso della dimissione impedendo un programmazione delle risorse. Infatti 476 lettere sono state inviate il giorno stesso della dimissione 16 arrivate con un giorno di anticipo 8 arrivate con 8 giorni di anticipo.

I bisogni infermieristici rilevati sono stati:

- 211 bisogno di eliminazione urinaria e intestinale: gestione catetere vescicale;
- 71 bisogno di alimentarsi e idratarsi: 32 gestione PEG, 16 gestione SNG, 9 gestione NPT, 14 gestione CVC/PIC/Midline;
- 9 bisogno di respirare : gestione tracheostomia;
- 19 bisogno di procedure diagnostiche: prelievi a domicilio
- 148 Bisogno di procedure terapeutiche: 21 Gestione terapia infusione con flebo o ago ipodermico, 78 gestioni lesioni da decubito, 49 medicazioni lesioni vascolari
- 52 Altri bisogni minori

1.5 RASSEGNA CRITICA DELLA LETTERATURA

E' stata condotta una revisione della bibliografia per avere un quadro generale del problema e per la realizzazione dello strumenti d'indagine.

La ricerca è stata condotta nelle principali banche dati mediche dopo l'accesso con il Proxy della biblioteca Pinali di Padova.

Tabella I. Ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave della ricerca	Documenti trovati	Documenti selezionati	Ultimo controllo
Pubmed	Nursing home care AND communication AND hospital AND discharge	46	1.From the emergency department to home: discharge planning and communication of information between an emergency department and primary care sector 2 The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study.	5/06/2015

			<p>3. Care transitions from the hospital to home for patients with mobility impairments: patient and family caregiver experiences.</p> <p>4. Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement.</p>	
Pubmed	((discharge plan) AND in-home care) AND nurse AND communication	30	<p>1.Home-Care Nurses' Perceptions of Unmet Information Needs and Communication Difficulties of Geriatric Patients in the Immediate Post-hospital Discharge</p> <p>2. Research on transitional care: from hospital to home.</p>	5/06/2015
CINAHL	Nursing discharge planning	94	<p>1.To the hospital and back home again: a nurse practitioner-based transitional care program for hospitalized homebound people.</p> <p>2. The Transition of Elderly Patients Between Hospitals and Nursing Homes. Improve nurse to nurse communication</p> <p>3.Nurses perception of discharge planning</p> <p>4.Discharge planning as part of daily nursing practice</p> <p>5. Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making</p> <p>6. Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses</p> <p>7. Going Home: Identifying and Overcoming Barriers to Nursing Home Discharge</p>	5/06/2015
Pubmed	Nursing discharge planning	20	<p>1.Commentary on Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E & Manfrin M (2009) Hospital discharge planning</p> <p>2.Consumer feedback on nursing care and discharge planning</p> <p>3.Efficacy of nursing planning after hospital discharge of patients over 65 to reduce readmission</p> <p>4.Continuity of care: the role of the link nurse</p>	5/06/2015
Pubmed	Nursing discharge note	9	<p>1.Information handling in the nursing discharge note</p> <p>2.Testing of an audit instrument for the nursing discharge note in the patient record</p> <p>3.Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics.</p>	5/06/2015

1.5.1 Criteri di inclusione

Articoli più recenti del 2004; articoli prettamente di competenza infermieristica; articoli relativi alle dimissioni ospedaliere ; articoli inerenti la comunicazione Ospedale-Territorio ; articoli che analizzano le cure di transizione ; articoli relativi alla lettera di dimissione infermieristica

1.5.2 Criteri di esclusione

Articoli meno recenti del 2003 ; articoli di competenza medica ; articoli riferiti alla lettera di dimissione ospedaliera medica ; articoli inerenti i pazienti psichiatrici.

1.5.3 Sintesi dei risultati emersi

The American Geriatric Society ha definito le cure di transizione come una serie di azioni programmate per migliorare il coordinamento e la continuità assistenziale tra diversi luoghi o diversi livelli di assistenza (12)

Recentemente la diminuzione della degenza media ospedaliera, le dimissioni precoci, e l'aumento di servizi sanitari frammentati hanno contribuito a un rinnovato interesse per le cure di transizione come concetto chiave per aumentare la qualità di cure (13) .

Quando il paziente viene trasferito dal reparto ospedaliero al domicilio si trova in una condizione di fragilità a causa dello stato di salute instabile e per i trattamenti medici e infermieristici in corso (14)

Comunicare lo stato fisico e mentale di un paziente anziano al momento della dimissione è importante perché cambiamenti possono indicare il segno di una malattia acuta. La continuità assistenziale è importante per migliorare la prevenzione, per ridurre l' indice di re-ospedalizzazione, aumentare la soddisfazione del paziente e migliori risultati. (15)

L'istituto inglese per il miglioramento delle cure sanitarie (*Institute of Healthcare Improvement*) ha prodotto delle importanti raccomandazioni per aumentare la qualità delle cure di transizione e ha messo tra i punti chiave: incontrare il paziente e il caregiver prima della dimissione concordando il piano di dimissione, valutare la capacità del paziente di autocura con delle visite a domicilio, lavorare d'equipe e definire una figura di riferimento (16)

Secondo gli infermieri inglesi che accolgono i pazienti in strutture private dopo la dimissione la cattiva comunicazione è indicata come la maggiore barriera ad una sicura ed efficace transizione. Spesso nel passaggio di informazione mancano elementi ritenuti essenziali per la presa in carico del paziente: gli eventi ospedalieri, i trattamenti, i livelli di

attività, la dieta, lo stato cognitivo e funzionale, le informazioni riguardanti il nucleo familiare e sociale (17).

Il piano di dimissione è una responsabilità interdisciplinare e ha come scopo la continuità di cura (18). Il primo e fondamentale passo nella dimissione è valutare il paziente e i suoi bisogni. Quando il paziente non è ben valutato il rischio di eventi avversi post dimissione e il tasso di re-ospedalizzazione aumentano. Questi eventi hanno anche un costo economico per la collettività, eliminare il 5,2% delle ospedalizzazioni preventivabili farebbe risparmiare annualmente 5 miliardi di dollari negli Stati Uniti (19)

Nel processo di dimissione l'infermiere gioca un ruolo fondamentale nel valutare i bisogni di salute e di assistenza del paziente, nel gestire le risorse a disposizione, nell'interfacciarsi con un'equipe multi professionale e nell'adattare l'assistenza all'ambiente domestico (20)

Garantire la continuità assistenziale dal punto di vista infermieristico significa: assicurare prestazioni di qualità sia in ambito ospedaliero che territoriale, uniformare modalità di intervento, sia nell'applicazione di protocolli che nella scelta ed impiego di ausili ed altri prodotti e assicurare il passaggio di informazioni tra colleghi che operano in realtà differenti e si prendono cura dello stesso paziente (21)

Il tempo in cui il paziente viene dimesso e in cui viene elaborato il piano di dimissione è spesso inadeguato per garantire il completo soddisfacimento dei bisogni della persona e la modificazione dell'ambiente domestico in relazione alle nuove necessità (22)

Gli studi di Dunnion e Kelly hanno confermato la discrepanza di visioni tra l'equipe che lavora in ospedale e quella delle cure primaria sulla qualità della lettera di dimissione (23)

In molti progetti l'infermiere ha assunto il ruolo di coordinamento durante la dimissione del paziente. In alcuni studi è stata definita la figura del *Nurse discharge advocates*, responsabile del processo di dimissione del paziente da quando è in ospedale fino alla stabilizzazione a domicilio. Questa figura prepara un piano post ospedalizzazione per ogni paziente con i contatti dei professionisti sanitari, date per gli appuntamenti di follow up, la scheda dei farmaci da assumere e le diagnosi durante il ricovero. Dopo la dimissione il *Nurse discharge advocates* rivede il piano con il paziente e lo invia al responsabile delle cure primarie assieme alla lettera di dimissione. I risultati ottenuti sono stati una miglior adesione al programma di follow up, un minor indice di re-ospedalizzazione, meno problemi nel seguire il trattamento medico, costi minori. (24)

In Scozia, nell'ospedale West Lothian è stato introdotto il modello di "telecare", un progetto che consisteva nell'utilizzo di telefoni e allarmi. I pazienti in dimissione venivano seguito con telefonate sul loro stato di salute, sui problemi sulle medicazioni e sui sintomi, per rassicurazioni e per il monitoraggio. (25)

In Spagna, nell'ospedale di Madrid, è stato effettuato uno studio su un campione di 97 pazienti, 49 inseriti nello studio e 48 nel gruppo di controllo. I 49 pazienti del primo

gruppo hanno ricevuto delle visite da parte degli infermieri ogni 48h in cui veniva portato avanti un programma di pianificazione post dimissione ed educazione: valutazione con scala di Barthel e Mini-Mental State examination, piano individualizzato, educazione terapeutica. Gli altri pazienti venivano invece seguiti con le modalità tradizionali. Per i pazienti del primo gruppo il tasso di riammissione è stato del 22%, per il gruppo di controllo del 37% (26)

A Treviso è stata istituita la centrale operativa di riferimento per l'assistenza domiciliare integrata (progetto CURA) , un sistema unico di riferimento territoriale rivolto a pazienti e caregivers con l'obiettivo di prendere in carico i pazienti con un interlocutore unico che seguisse le procedure per l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata ed effettuare teleassistenza in pazienti ad alta intensità assistenziale 24h su 24. (27)

La lettera di comunicazione infermieristica rientra negli strumenti in utilizzo per gli infermieri per facilitare il passaggio di informazioni sui bisogni assistenziali ed è uno strumento peculiare alla professione fondamentale per la presa in carico dei pazienti dopo la dimissione.

Nel 1993 *the Swedish National Board of Health and Welfare* stabilì che le cure infermieristiche dovessero essere raccolte in una nota di dimissione. La lettera di dimissione doveva essere composta da una parte medica, una infermieristica e una riabilitativa.(28)

Il governo Norvegese ha individuato nella mancanza di comunicazione tra ospedale e cure primarie la principale sfida da affrontare. Dal 1999 in Norvegia tutti i professionisti che si occupano di salute, compresi gli infermieri, devono tenere un documento per documentare l'assistenza fornita e le informazioni rilevanti per la continuità assistenziale. Questo significa che in caso di dimissione ospedaliera l'infermiere consegna al collega che lavora nelle cure primarie una lettera di dimissione che comprende tutte le attività che ha svolto durante il ricovero, utile alla presa in carico del paziente. Secondo le linee guida la lettera di dimissione infermieristica deve contenere le cure infermieristiche, lo stato di salute, la valutazione (assessment) e le raccomandazioni (29).

Altro aspetto importante è la presenza all'interno della lettera di comunicazione di aspetti specifici alla professione infermieristica. Secondo le opinioni degli infermieri delle *Home Care Nurses* è fondamentale che alcune informazioni, tra cui il *Wound Care* vengano inseriti nella lettera di dimissione (30)

Tra gli strumenti informativi in uso a livello nazionale non esiste oggi un modello unico di lettera di dimissione infermieristica Ospedale-Territorio, ma la progettazione e la realizzazione di diversi modelli è stata oggetto di sperimentazione nelle varie aziende ASL.

E' importante sviluppare sistemi di comunicazione efficace per migliorare la qualità della lettera di comunicazione infermieristica .L'uso della tecnologia permette un trasferimento rapido e completo di informazioni (14)

Uno studio condotto nell'ospedale di Oslo ha comparato le lettere di comunicazione infermieristica compilate in modalità elettronica e manuali. In quelle elettroniche gli infermieri aumentano i dettagli e la qualità delle informazioni e riducono gli errori. (31)

Tra le esigenze più rilevanti richieste dagli infermieri che utilizzano lo strumento troviamo la necessità dell'adozione di un modello strutturato che consenta l'uso di un linguaggio comune tra professionisti e il risparmio di tempo, la richiesta di un layout grafico chiaro e coerente per facilitare la lettura e identificare facilmente le informazioni più rilevanti. Inoltre il modello di lettera di dimissione infermieristica deve essere facilmente trasferibile tra professionisti che lavorano in setting assistenziali diversi(32).

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma ha condotto uno studio tra Ottobre 2011 e Maggio 2012 in cui attraverso l'uso di una Check List. E' emerso che gli infermieri nel 17% dei casi non compilavano la lettera di dimissione infermieristica(33). Molti studi italiani si sono concentrati sui problemi di comunicazione alla dimissione del paziente e sulla sperimentazione di nuovi modelli di lettera di comunicazione infermieristica all'interno delle diverse ASL ma non sono disponibili indagini che hanno valutato a distanza di tempo dall'adozione di un modello le difficoltà pratiche incontrate dagli infermieri nella sua compilazione e il grado di soddisfazione rispetto alla strumento.

Un'analisi condotta in Jamaica da Blake-Mowatt C et al. ha evidenziato che la lettera di dimissioni infermieristica viene compilata in modo completo solo nel 48% dei casi. I fattori che maggiormente interferiscono alla compilazione della documentazione per le dimissioni sono il dispendio di tempo a causa della grande quantità di informazioni da inserire e le interruzioni durante la normale attività in reparto.(34)

Watts R et al. hanno confermato che il fattore principale che limita la compilazione dei documenti al momento della dimissione è la mancanza di tempo. Inoltre gli infermieri percepiscono come prioritario, anche dal punto di vista legale, documentare l'assistenza che svolgono durante il ricovero ospedaliero del paziente.(35)

Per quanto riguarda il trasferimento della lettera di dimissione, gli infermieri riferiscono una difficoltà nel trasferimento dello strumento. Secondo lo studio di Helleso la lettera di dimissione infermieristica nell'88% dei casi viene consegnata al paziente, che ha il compito di portarla con se. I professionisti che lavorano nel territorio segnalano che spesso in questo passaggio la lettera di dimissione viene persa. Questo comporta un dispendio di tempo da parte degli infermieri, che devono contattare i colleghi per accedere alle informazioni relative al ricovero in Ospedale. L'introduzione di una cartella informatizzata permette il trasferimento immediato di queste informazioni. (36)

1.6 SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo di questo studio è di indagare la percezione, le opinioni e le conoscenze degli infermieri dell'ULSS15 riguardo alla lettera di dimissione infermieristica Ospedale/territorio, i problemi riscontrati nel suo uso, le prospettive di sviluppo, le differenze rispetto al setting assistenziale e alle variabili anagrafiche.

Attraverso lo strumento di ricerca si andranno ad indagare i seguenti quesiti:

- La lettera di dimissione infermieristica è una modalità valida a garantire il passaggio di informazioni sulla presa in carico dei bisogni assistenziali tra infermieri dell'ospedale e infermieri dell'assistenza domiciliare?
- Quanto la lettera di dimissione infermieristica è ritenuta valida a garantire il passaggio di informazioni sulla presa in carico dei bisogni assistenziali tra infermieri dell'ospedale e infermieri dell'assistenza domiciliare?
- La lettera di dimissione infermieristica è l'unica modalità per il passaggio di informazioni sulla presa in carico dei bisogni assistenziali tra infermieri dell'ospedale e infermieri dell'assistenza domiciliare? Quali altre modalità risultano valide?
- Quanto è importante consegnare copia della lettera di comunicazione infermieristica al momento della dimissione al paziente e/o al suo caregiver? Nella pratica quante volte viene effettuata questa pratica?
- L'invio della lettera di dimissione infermieristica al Medico di Medicina Generale /Pediatra di Libera Scelta potrebbe migliorare la continuità di cure nel passaggio ospedale-territorio?
- L'attuale modello di lettera di dimissione infermieristica risulta essere completo nella quantità e qualità delle informazioni? Dove dovrebbe essere integrata?
- La lettera di comunicazioni infermieristica potrebbe essere utilizzata quale unico strumento di comunicazione dei bisogni assistenziali da altri professionisti sanitari non medici?
- Quali sono i fattori favorevoli e ostacolanti la compilazione della lettera di comunicazione infermieristica?
- Come potrebbe essere considerato l'utilizzo della lettera di comunicazione infermieristica per la professione infermieristica?

CAPITOLO 2

2.1 MATERIALI E METODI

2.1.1 Disegno dello studio

Analisi descrittiva quantitativa per conoscere l'opinione del personale infermieristico in servizio nei reparti di Medicina I e Medicina II del Presidio Ospedaliero di Cittadella e del Servizio Infermieristico Domiciliare del distretto 2 Nord-Ovest, dell'Azienda ULSS 15.

2.1.2 Campionamento

La scelta del campione di studio è coerente all'obiettivo principale della ricerca: far emergere problematiche e punti di forza dello strumento, capire se gli infermieri lo ritengono fondamentale per la loro professione e se esistono altre modalità comunicative più efficaci per la presa in carico dei bisogni assistenziali. Gli utilizzatori dello strumento sono gli infermieri dei reparti ospedalieri, come potenziali compilatori e mittenti della lettera di comunicazione infermieristica, e gli infermieri dell'assistenza domiciliare come destinatari dell'informazione assistenziale in essa descritta.

Il campione che ha aderito allo studio è composto da 48 infermieri, di cui 23 lavorano nel servizio di assistenza domiciliare e 25 in ospedale. Tra loro 38 di sesso femminile e 10 di sesso maschile; 22 di loro sono in possesso della Laurea o il Diploma Universitario in infermieristica e 26 sono in possesso del Diploma Regionale. Rispetto la variabile anagrafica "età" il campione presenta una distribuzione omogenea; 5 infermieri hanno meno di 25 anni, 13 sono compresi nella fascia d'età compresa tra i 26 ed i 35 anni, 14 nella fascia d'età compresa tra 36 e 45 anni e 16 in età superiore ai 46 anni. Rispetto la variabile anagrafica "anzianità di servizio in sanità", 6 infermieri lavorano i da meno di 2 anni, 7 nel periodo compreso tra i 3 ed i 5 anni, 5 nel periodo compreso tra i 6 ed i 10 anni e 30 prestano servizio da più di 10 anni

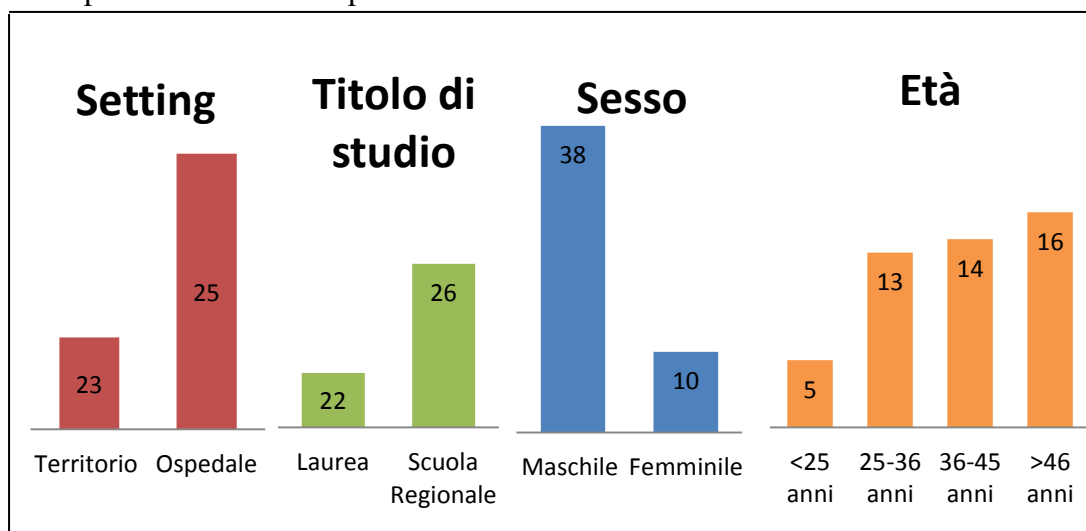


Grafico I, dati anagrafici

2.1.3 Strumenti

L'opinione degli infermieri è stata sondata attraverso l'utilizzo di un questionario, costruito su 13 domande (vedi allegato 1) a risposta multipla.

Nel questionario veniva chiesto agli infermieri di indicare anche alcuni dati anagrafici per mappare le caratteristiche del campione e per indagare se vi fosse una differenza nelle modalità di risposta rispetto le variabili anagrafiche. I dati anagrafici chiesti riguardavano: UO/Servizio di appartenenza, Sesso, Età, Anni di servizio di sanità, Titoli di Studio.

E' stata garantito l'anonimato e la privacy per i dati raccolti.

2.1.4 Attività di raccolta dati

Dopo aver ottenuto l'autorizzazione da parte della Direzione Amministrativa e Sanitaria dell'ULSS 15 il progetto è stato condiviso con i coordinatori infermieristici dei reparti Ospedalieri interessati dall'indagine. I questionari sono stati consegnati ai reparti per la compilazione per il periodo compreso tra il 24 Luglio 2015 e il 24 Agosto 2015.

Sono stati consegnati in totale 56 questionari, dei quali 32 nei reparti di medicina I e medicina II e 24 presso il SIAD Distretto 2 di Cittadella. Sono ritornati 48 questionari su 56 consegnati (pari al'86 %), dei quali 25 (73%) dai reparti ospedalieri e 23 su 24 dal SIAD del Distretto, pari al 96% .

2.1.5 Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati analizzati con il programma MICROSOFT EXCEL 2010; alcuni dati vengono rappresentati con l'aiuto di grafici, i quali trovano commento e discussione.

2.2. RISULTATI

Nella domanda 1 si chiedeva agli infermieri di esprimere la propria opinione in merito alla validità della lettera di comunicazione infermieristica utilizzata come strumento di comunicazione tra infermieri dell'ospedale ed infermieri del territorio. Il 96 % ritiene la lettera di comunicazione infermieristica una modalità valida di comunicazione, mentre il 2% la ritiene non valida e il 2% non si esprime in merito. Non vi sono state differenze significative nelle modalità di risposta rispetto le variabili anagrafiche e al setting di cura (ospedale e territorio).

La domanda numero 2 quantifica la percezione della validità dello strumento di comunicazione Ospedale-Territorio. Il 52% del campione ritiene lo strumento molto valido mentre il 46% valuta lo strumento come abbastanza valido; il restante 2% lo ritiene uno strumento per nulla valido.

In questa domanda si registrano sostanziali cambiamento in base all'età del campione. Le modalità di risposta del campione hanno trovato differenze rispetto ad alcune variabili anagrafiche. Infatti la lettera di comunicazione infermieristica è ritenuta uno strumento "molto valido" dal 64% del campione compreso nella fascia d'età compreso tra i 36 ed i 45 anni, contro il 37% della fascia d'età superiore ai 46 anni, la quale considera per il 63% uno strumento "abbastanza valido" (vedi grafico II).

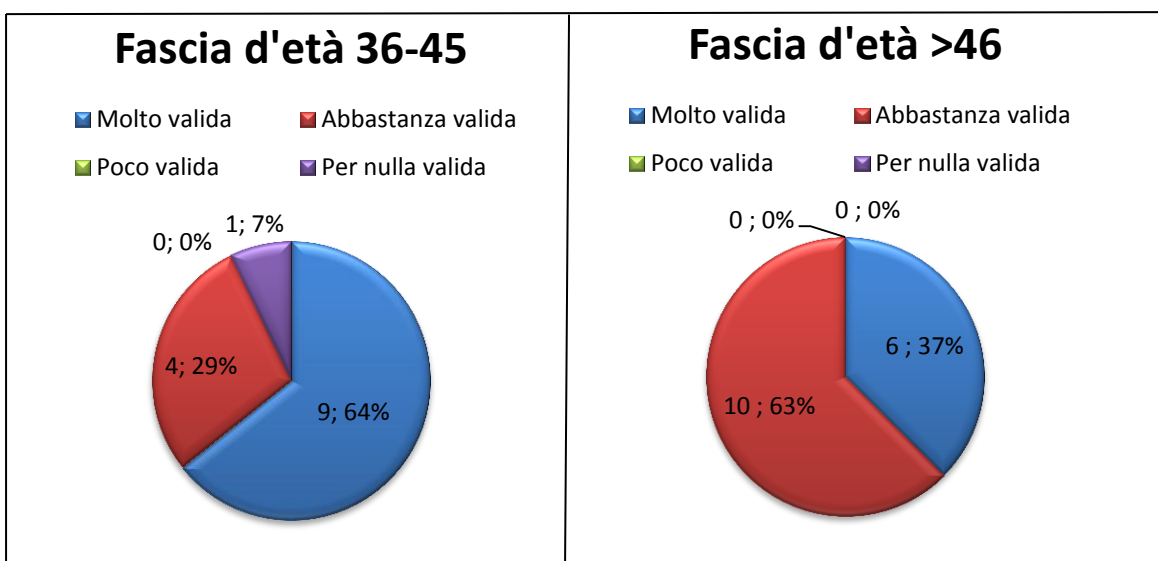


Grafico II: Domanda 2, differenza di percezione della lettera di comunicazione infermieristica rapportata all'età del campione

La domanda 3 indagava l'opinione degli infermieri sull'unicità della lettera di comunicazione infermieristica come strumento di comunicazione tra infermieri ospedalieri

ed infermieri del territorio circa i bisogni assistenziali dei pazienti in dimissione ospedaliera.

L'83% del campione non la ritiene unica modalità di comunicazione. Si sono riscontrate differenze rispetto all'età anagrafica del campione: infatti la percentuale degli infermieri che non la ritiene unica modalità di comunicazione varia dal 69% per la fascia d'età 25-36, all'80% per la fascia d'età 36-45 anni fino al 93% per la fascia d'età superiore ai 46 anni.

Tale modalità di risposta trova completamento nelle risposte date alla domanda 4, nella quale si indagava l'opinione degli infermieri rispetto ai possibili strumenti utili allo scambio di informazioni assistenziali tra il setting infermieristico ospedaliero e quello territoriale (vedi grafico III). Infatti il 75% del campione ha indicato nell'utilizzo di una cartella informatizzata ospedale/territorio lo strumento alternativo alla lettera di comunicazione infermieristica. Vi sono state delle differenze di risposta rispetto al setting assistenziale: infatti l'utilizzo di una cartella informatizzata condivisa ospedale/territorio viene vista come strumento valido dal 92% degli infermieri di assistenza territoriale contro un 60% degli infermieri ospedalieri. La seconda modalità di comunicazione scelta è stata, per il 59% del campione, l'utilizzo del telefono (84% infermieri ospedalieri e 31% infermieri del territorio).

Il 27 % del campione generale ha optato per riunioni tra professionisti, percentuale che varia drasticamente da il 48% per il campione che presta servizio in ospedale e il 5% di chi lavora nel territorio. Solo il 6% del campione generale ritiene utile la comunicazione verbale e si concentra maggiormente negli infermieri ospedalieri con il 20% rispetto a quelli del territorio con il 5%.

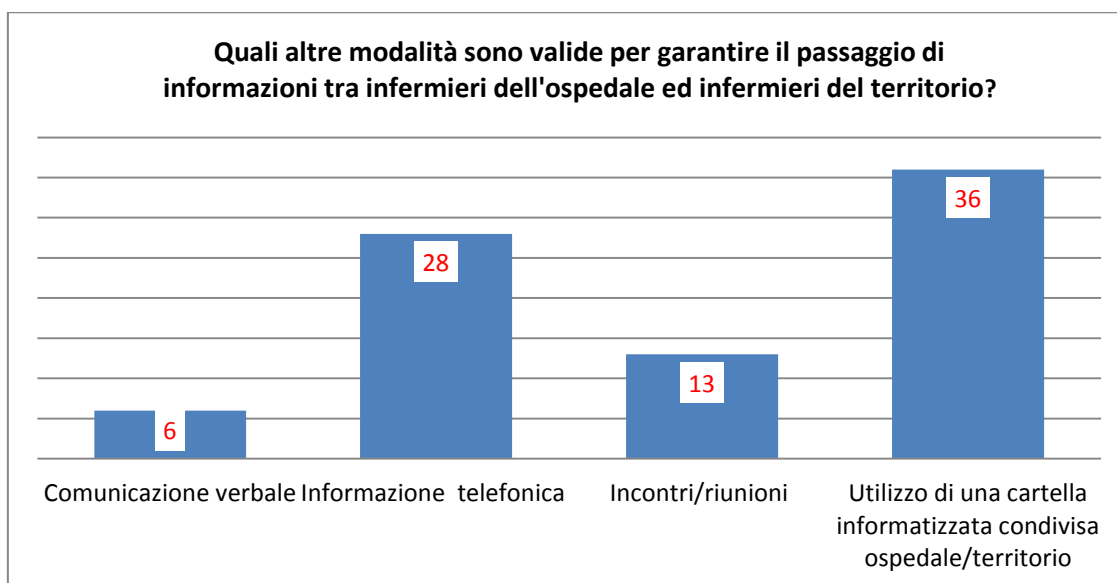


Grafico III. Domanda 4, *modalità alternative alla lettera di dimissione infermieristica per il passaggio di informazioni sulla presa in carico dei bisogni assistenziali*

La domanda 5 indagava l'opinione degli infermieri in riferimento alla figura del caregiver chiedendo loro se ritenessero importante consegnare copia della lettera di dimissione infermieristica alla figura di riferimento o al paziente stesso al momento della dimissione.

Il 46% del campione totale ritiene che sia abbastanza importante, il 23% invece ritiene che sia molto importante, il 23% che sia poco importante e il 9% che non sia per nulla importante.

Ci sono delle differenze delle modalità di risposta rispetto al tipo di formazione di base del personale infermieristico oggetto di indagine. Infatti il 64% degli infermieri che hanno conseguito una laurea o un diploma universitario hanno concentrato la modalità di risposta alla voce "abbastanza importante", contro il 31% dei colleghi che hanno frequentato la scuola professionale.

Per quanto riguarda le restanti variabili anagrafiche non si riscontrano importanti differenze.

La domanda numero 6 si collega alla precedente ma indaga l'opinione degli infermieri chiedendo di quantificare il numero di volte, negli ultimi 6 mesi, in cui abbiano consegnato una copia al paziente o ad un suo caregiver della lettera di comunicazione infermieristica. (vedi grafico IV). Il 65% dichiara di non aver mai consegnato copia della lettera di comunicazione infermieristica negli ultimi 6 mesi mentre il 10% l'ha fatto per più di 10 volte.

Le modalità di risposta si differenziano rispetto la fascia d'età del campione indagato. Infatti il 43% degli infermieri compresi nella fascia di età tra i 36 ed i 45 anni ha dichiarato di non aver mai consegnato copia della lettera. Le altre fasce d'età e le altre differenziazioni anagrafiche non discostano in modo significativo dai risultati riferiti all'intero campione.

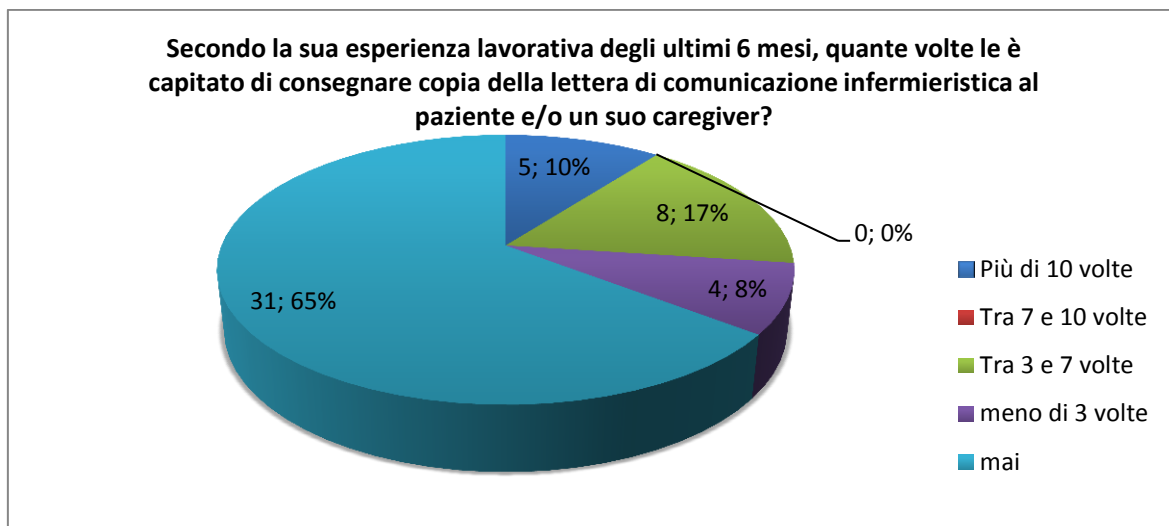


Grafico IV, Domanda 6. Lettere di comunicazione infermieristiche consegnate al paziente e/o caregiver riferite al campione totale

La domanda numero 7 chiedeva un'opinione al personale infermieristico circa l'utilità del potenziale invio della lettera di dimissione infermieristica anche al Medico di Medicina Generale del paziente dimesso ai fini di un miglioramento della continuità e dell'integrazione della presa in carico post dimissioni ospedaliere.

Il 90% degli infermieri ritiene che questa pratica possa migliorare la continuità delle cure. Vi sono delle differenze nelle percentuali di risposta secondo il setting di lavoro del personale infermieristico: infatti la percentuale si raggiunge il 92% per gli infermieri che prestano servizio in area ospedaliera e l'86% per gli infermieri di assistenza domiciliare.

Il 6% del campione totale ritiene che non migliorerebbe la continuità delle cure. Rispetto le variabili demografiche non vi sono significative differenze di risposta.

La domanda numero 8 sposta il focus sull'attuale modello di lettera di comunicazione infermieristica in uso e chiede di esprimere una opinione in merito alla quantità e qualità delle informazioni assistenziali contenute nella lettera infermieristica.

Il 73% del campione sostiene che la qualità e quantità di informazioni contenute nel modello di lettera infermieristica in uso non siano sufficienti, mentre un 19% ritiene siano sufficienti. Rispetto al setting di lavoro vi sono delle differenze nelle modalità di risposta: infatti il 96% degli infermieri di assistenza domiciliare ritiene non sufficiente l'attuale modello di lettera infermieristica, rispetto al 52% degli infermieri di area ospedaliera (vedi grafico V).

Vi sono variazioni di risposta anche riguardo la variabile "formazione di base". Infatti la lettera infermieristica è ritenuta incompleta dal 55% degli infermieri in possesso di laurea, mentre è ritenuta incompleta dall'88% degli infermieri in possesso di diploma regionale.

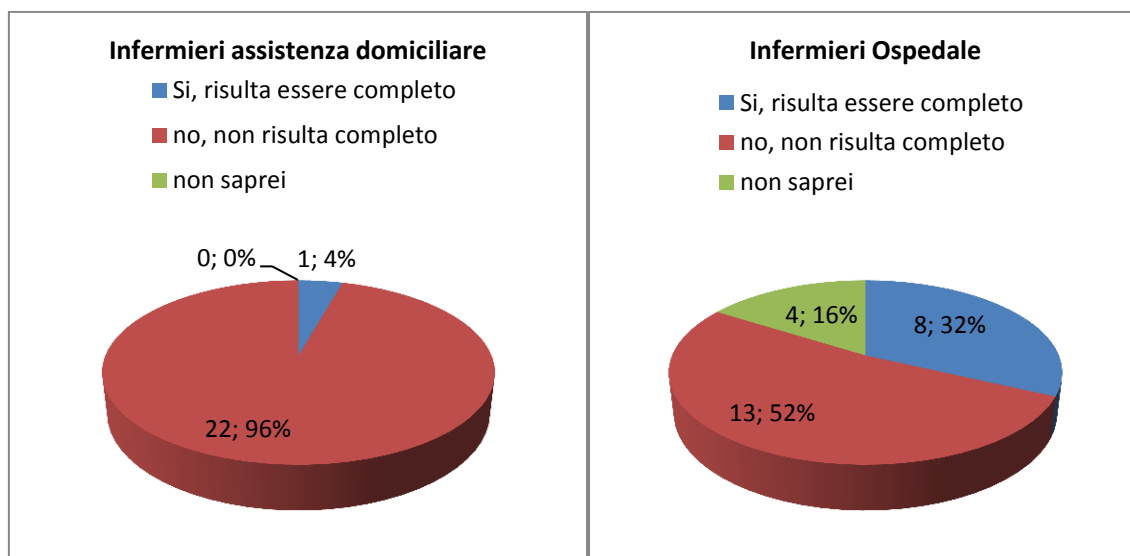


Grafico V, domanda 8. Differenze tra gli infermieri dell'assistenza domiciliare e dell'ospedale riguardo alla completezza in qualità/quantità delle informazioni dell'attuale lettera di comunicazioni infermieristica.

La domanda numero 9(vedi grafico VI) si collega alla precedente e chiede ai professionisti di indicare su quali aspetti la lettera di dimissione infermieristica debba essere integrata. Ogni infermiere aveva la possibilità di indicare più risposte.

Gli aspetti su cui gli infermieri rivolgono la propria attenzione sono quelli che riguardano la dimensione assistenziale con particolare interesse per i bisogni assistenziali, con il 35% (17), la dipendenza assistenziale con il 35% (17) e gli interventi effettuati durante la degenza con il 38%(18).

Il 58% del campione (25) dichiara che la lettera infermieristica dovrebbe essere integrata nelle informazioni che riguardano i livelli di compliance della famiglia del paziente dimesso e la loro partecipazione attiva nell'assistere la persona. Altro aspetto indicato riguarda l'aver maggiori informazioni circa i livelli di adesione alle cure del paziente con il 23%(11)

L'aspetto che differenzia gli infermieri dell'Ospedale da quelli dell'assistenza domiciliare è l'attenzione da una parte alla dipendenza assistenziale con il 52%, dall'altra al supporto familiare con il 56% , per gli interventi che si andranno a compiere a domicilio.

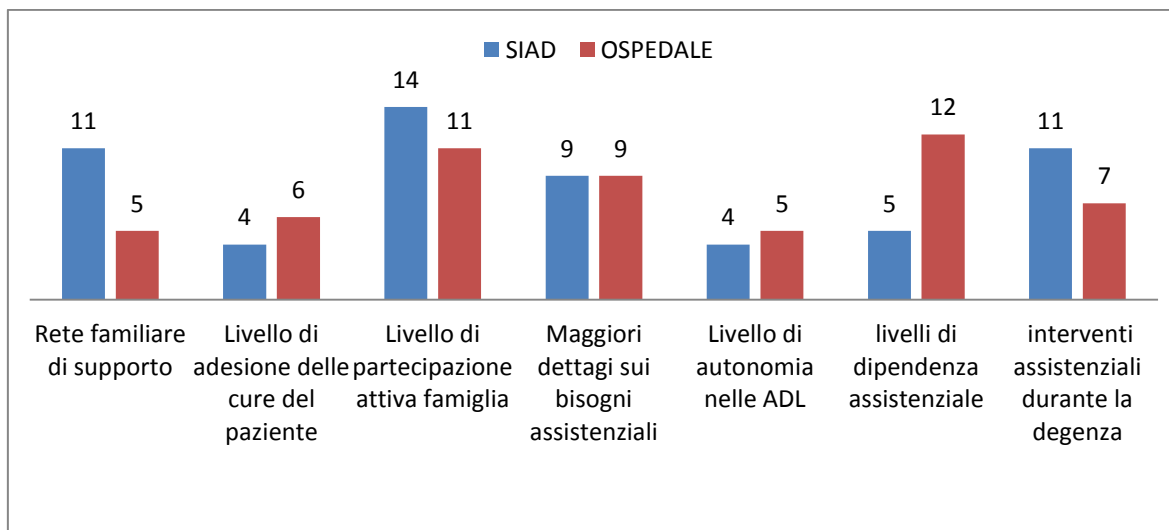


Grafico VI, domanda 9. Differenze tra infermieri dell'Ospedale e del SIAD sugli aspetti in cui la lettera di comunicazione infermieristica dovrebbe essere integrata

La domanda numero 10 sposta l'attenzione verso le altre professioni sanitarie dell'area sanitaria non mediche che si interfacciano con il paziente al momento della dimissione ospedaliera (fisioterapisti, dietiste, ostetriche, ect) chiedendo se la lettera di dimissione infermieristica possa essere utilizzata come unico strumento di comunicazione dei bisogni assistenziali rilevati per le professioni sanitarie.

Su questo tema il campione preso in esame per lo studio appare diviso e nessuna delle due opinioni prevale in modo chiaro, con il 48% che ha risposto si e il 48% che ha risposto no.

Le domande 11 e 12 indagano l'opinione degli infermieri sui potenziali fattori favorenti e sfavorenti alla compilazione della lettera infermieristica, indicando più di una risposta.

Tra i fattori favorenti la compilazione dello strumento troviamo "l'importanza per garantire la continuità assistenziale" indicato dal 62% (30), seguito "dall'utilizzo di un modello pre-compilato" , indicato dal 48% (23).

Il 45% (22) degli infermieri intervistati ritengono che il principale fattore ostacolante sia "la compilazione manuale" e di conseguenza il tempo necessario, risposta indicata dal 42% (20) del campione. (vedi grafico VII)

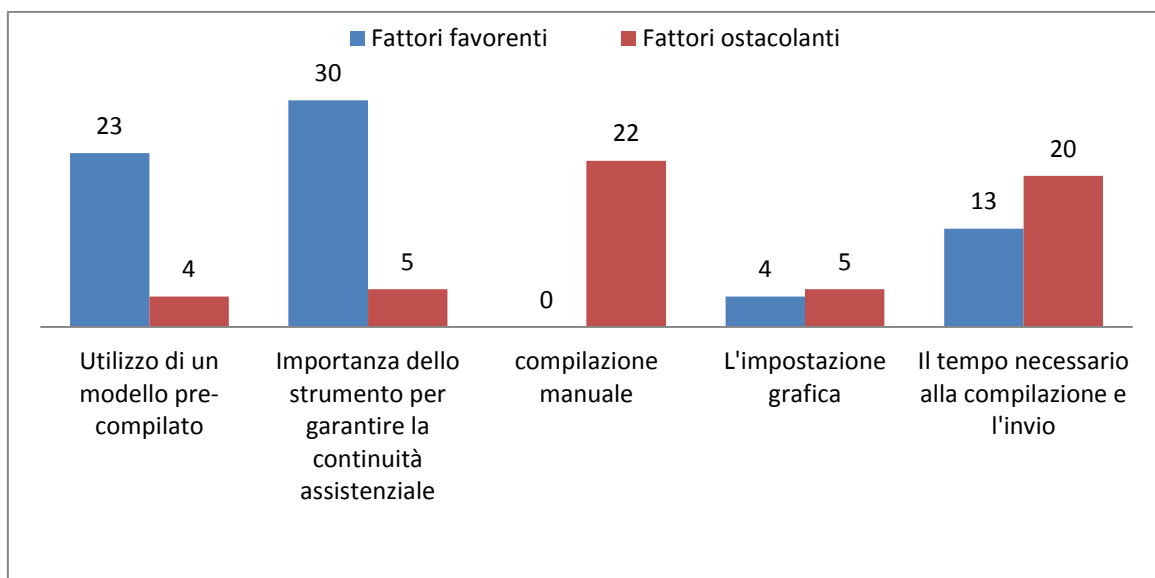


Grafico VII, domande 11 e 12. Fattori favorenti e ostacolanti alla compilazione della lettera di comunicazione infermieristica

Con la domanda 13, si è indagata l'opinione degli infermieri circa la considerazione della lettera infermieristica per la professione .

Il 70% del campione considera la lettera di dimissione infermieristica come uno strumento di integrazione tra professionisti dell'area ospedaliera e l'area territoriale, il 27 % la considera come uno sviluppo della capacità di presa in carico dei bisogni assistenziali da parte dell'infermiere. (vedi grafico VIII)

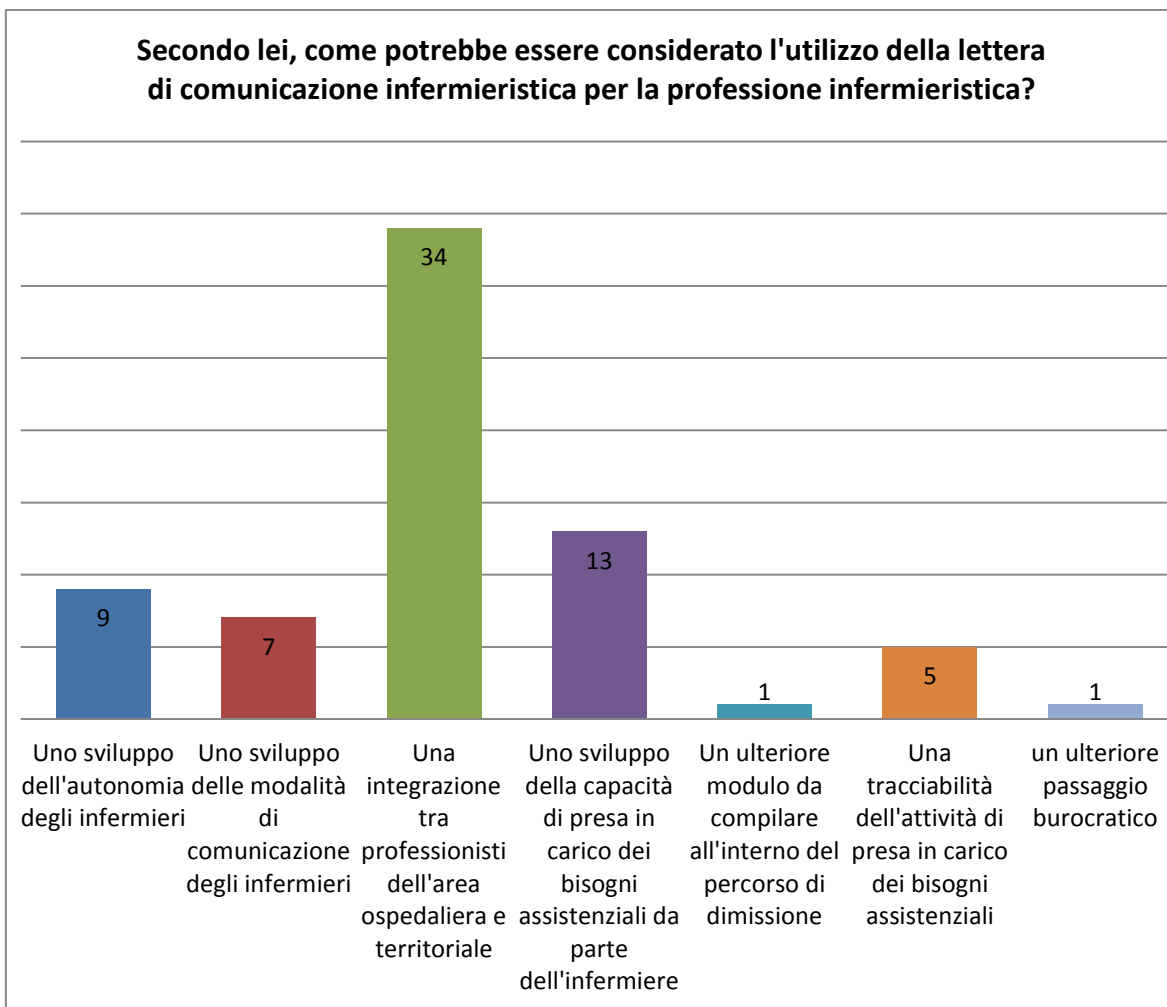


Grafico VIII, domanda 13. *Percezione di come sia considerato l'utilizzo della lettera di comunicazione per la professione infermieristica, campione totale*

2.3 Discussione e conclusioni

2.3.1 Discussione

Alla luce dei risultati emersi si può affermare che l'utilità e l'importanza della lettera di dimissione infermieristica sono state confermate dalla studio. Infatti il 96% del campione la ritiene una modalità di comunicazione valida a garantire il passaggio di informazioni sulla presa in carico dei bisogni assistenziali tra setting diversi di cura (Ospedale e territorio).

Pur essendo uno strumento di comunicazione valida, secondo l'opinione dell' 83% del campione, essa non può intendersi quale unica modalità comunicativa tra gli infermieri .

Come hanno dimostrato gli studi di Kirsebom M. et al (2012)(14) l'uso della tecnologia permette un trasferimento rapido e completo di informazioni. Anche l'opinione della maggioranza del campione è in linea con tale affermazione: la prevalenza numerica del campione ritiene che la lettera di comunicazione infermieristica andrebbe sostenuta con l'utilizzo della tecnologia. Infatti il 75% degli infermieri indica come valido l'utilizzo di una cartella informatizzata ospedale-territorio, percentuale che arriva al 92% per gli infermieri dell'area territoriale. Altra modalità indicata a sostegno alla lettera di dimissione infermieristica, è l'utilizzo del telefono, indicato mediamente dal 59% del campione, percentuali che raggiungono l'84% tra gli infermieri ospedalieri e dal 31% di quelli di area territoriale. Tale diversità di risposta potrebbe derivare dall'immediatezza presentata dal telefono come strumento di comunicazione, metodo più immediato che richiede un minor dispendio di tempo.

Nonostante sia minima la percentuale degli infermieri che ritengano poco importante consegnare copia della lettera di dimissione infermieristica al paziente dimesso e/o al caregiver (9%), il 65% degli infermieri dichiara di non aver mai consegnato copia della lettera negli ultimi 6 mesi e solo il 10% di averlo fatto per più di 10 volte.

The Institute of Healthcare Improvement(16) ha messo al primo posto tra le raccomandazioni per aumentare la qualità delle cure di transizione, quello di incontrare e coinvolgere il paziente e il caregiver prima della dimissione ospedaliera. Un incontro con l'infermiere che segue gli aspetti assistenziali della dimissione ospedaliera, consentirebbe di spiegare al paziente e alla figura di riferimento, le modalità di passaggio e la tipologia di informazioni che verranno trasmesse ai colleghi che lo seguiranno a domicilio, rappresentando una opportunità educativa importante per la famiglia, tale da costruire l'alleanza terapeutica necessaria alla gestione ottimale dei bisogni assistenziali e una forma di coinvolgimento del paziente nel percorso di dimissione.

In accordo con gli studi di Foust JB(2007)(18) secondo cui il piano di dimissione è una responsabilità interdisciplinare, il 90% del campione ritiene che l'invio della lettera di dimissione infermieristica al Medico di Medicina Generale possa portare dei miglioramenti

nella continuità assistenziale e nell'integrazione della presa in carico post dimissioni ospedaliere.

L'attuale modello di lettera di dimissione infermieristica (ALLEGATO 2) non è sufficiente a garantire la presa in carico dei bisogni assistenziali del paziente. Il 73% del campione sostiene che la quantità e la qualità delle informazioni contenute non sia sufficiente.

I risultati di questo quesito riferiti al setting assistenziale confermano gli studi di Dunnion e Kelly(23), che hanno individuato una discrepanza di visioni sulla qualità della lettera di dimissione tra l'equipe che lavora in ospedale e quella delle cure primarie. Infatti la percentuale di infermieri che ritengono insufficienti le informazioni contenute nella lettera di dimissione infermieristiche si differenzia tra il 52% per i professionisti che lavorano in Ospedale e il 96% per chi lavora nell'assistenza territoriale.

Secondo l'opinione degli infermieri del setting domiciliare, la lettera di comunicazione infermieristica dovrebbe essere integrata in alcune informazioni, in particolare: informazioni sulla rete familiare a supporto del paziente, il livello di partecipazione della famiglia alle cure della persona assistita e gli interventi assistenziali iniziati durante la degenza ma che proseguono a domicilio dopo il ricovero.

Questi risultati sono in linea con gli studi di King BJ et al (2013)(17) secondo cui nelle dimissioni mancano elementi fondamentali per la presa in carico dei pazienti, tra cui gli eventi e i trattamenti ospedalieri, lo stato del paziente e le informazioni riguardanti il nucleo familiare e sociale.

Tra i fattori che favoriscono la compilazione della lettera di dimissione infermieristica, vengono indicati come prioritari l'importanza che riveste lo strumento per garantire la continuità assistenziale (62%) e l'utilizzo di un modello con dei campi pre-compilati, indicato dal 48% degli infermieri.

Tra i fattori ostacolanti alla compilazione dello strumento vengono indicati la compilazione manuale (45%) ed il tempo impiegato all'invio(42 %)

Secondo uno studio condotto da Olsen RM et al nell'Ospedale di Oslo (2013)(15) le lettere di dimissione infermieristiche in formato elettronico e compilate in base a un modello predefinito presentano più dettagli e aumentano nella qualità delle informazioni.

L'eventuale inserimento della lettera di dimissione infermieristica nel fascicolo elettronico del paziente con un modello pre-compilato permetterebbe un risparmio nel tempo necessario alla compilazione e all'invio.

Secondo la maggioranza del campione (70%) la lettera di comunicazione infermieristica, rappresenta un momento di integrazione tra professionisti di diversi setting assistenziali. Per il 27% del campione utilizzare questo strumento permette agli infermieri di sviluppare la capacità di presa in carico dei bisogni assistenziali dei pazienti in dimissione.

Solo il 18% del campione vede nella lettera di dimissione infermieristica lo sviluppo dell'autonomia professionale.

2.3.2 Discussione

La lettera di dimissione infermieristica è uno strumento di comunicazione valido a garantire il passaggio di informazioni sui bisogni assistenziali tra ospedale e territorio. Tuttavia, per una migliore efficacia, dovrebbe essere integrato all'uso di strumenti informativi tecnologici e da ulteriori informazioni.

Dai risultati dello studio, emerge una differenza di opinione tra gli infermieri che lavorano nei diversi setting assistenziali. La prevalenza degli infermieri che lavora nell'assistenza domiciliare ritiene insufficienti le informazioni contenute nella lettera di dimissione infermieristica e auspica l'integrazione con informazioni che riguardano il contesto familiare di supporto.

I colleghi che lavorano in Ospedale appaiono divisi su questo tema; infatti la metà di loro ritiene che le informazioni contenute nella lettera di dimissione infermieristica siano sufficienti. Secondo questa parte del campione lo strumento di integrazione più valido è rappresentato dal contatto telefonico tra professionisti.

Secondo l'opinione degli infermieri, interessati dallo studio, la lettera di dimissione infermieristica dovrebbe essere fatta pervenire anche al Medico di Medicina Generale /Pediatra di Libera scelta del paziente in dimissione, nonché al paziente stesso o al caregiver.

I fattori che favoriscono la compilazione dello strumento, riguardano la considerazione dello strumento stesso, visto come essenziale per garantire la continuità assistenziale ospedale - territorio, nonché e l'uso di un modello pre-compilato, che guida il compilatore riducendo la soggettività. Tra i fattori che ostacolano la compilazione, vengono indicati la compilazione manuale e la risorsa "tempo" necessario alla compilazione.

2.3.3 Limiti dello studio

L'indagine è stata condotta in un unico ospedale e il campione di indagine è limitato.

Inoltre questa indagine è stata condotta in un periodo temporale precedente alle sperimentazioni che l'Azienda ULSS15 e la Regione Veneto si avviano a intraprendere nei prossimi mesi: la lettera di dimissioni infermieristica Ospedale-Territorio verrà digitalizzata, integrata in diversi aspetti e inviata anche al Medico di Medicina Generale e ad altre figure sanitarie. Sarebbe stato interessante inserire questo studio all'interno di questo progetto e la percezione degli infermieri a riguardo.

BIBLIOGRAFIA

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Patto per la Salute 2014-2016. 2014.
2. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065. 2011.
- 3 IPASVI. Il codice deontologico dell'infermiere. 2009 Disponibile all'indirizzo:
<http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codicedeontologico.htm>
4. Ministero della Salute. Assistenza domiciliare. 2013. Disponibile all'indirizzo:
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=139&area=Servizi_al_cittadino_e_al_paziente
5. Servizio Epidemiologico Regione Veneto (SER-Veneto). Le cure domiciliari nella Regione del Veneto. 2011
Disponibile all'indirizzo:
http://www.ser-veneto.it/public/File/documents/rapporti/report_curedomiciliari2011.pdf
6. Consiglio Regionale Veneto. Piano Socio Sanitario regionale 2012-16. 2012
Disponibile all'indirizzo:
<http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095>
7. ULSS 15. Atto Aziendale 2014. 2014.
Disponibile all'indirizzo:
http://www.ulss15.pd.it/media/allegati/azienda/presentazione/ATTO_AZIENDALE_2014.pdf
8. ULSS 15. Servizio infermieristico di assistenza domiciliare – SIAD.
Disponibile all'indirizzo: http://www.ulss15.pd.it/nqcontent.cfm?a_id=196
9. . Watts R. Gardner H. Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. Intensive and Critical Care Nursing. 2005.21(5).302-313
- 10 Whelan E. Analysis and application of Dorothea Orem's self care practice model. Journal of nursing Education. 1984.342-345.
11. Davide Bonaldo. Documento interno all'AULSS 15. 2015

12. Dossa A. Bokhour B. Hoenig H. Care Transitions from the Hospital to Home for Patients with Mobility Impairments: Patient and Family Caregiver Experiences. *Rehabilitation Nursing*. 2012.37(6).277-285.
13. Hubner U. Flemming D. Heitmann k. Oemig F. The Need for Standardised Documents in Continuity of Care: Results of Standardising the eNursing Summary. *Studies in health technology and informatics*. 2010. 122-125
14. Kirsebom M. Wadensten B. Hedström M. Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;69(4).886-895
15. Olsen R. Hellzén O. Skotnes L. Enmarker I. Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. *OJN*. 2012. 02(03).277-287.
16. Herndon L. Bones C. Kurapati S et al. *How-To Guide: Improving Transitions from the Hospital to Skilled Nursing Facilities to Reduce Avoidable Rehospitalizations*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2012. 144-147.
17. King BJ. Gilmore-Bykovskyi A. Roiland R. Polnaszek B. Bowers B. Kind A. The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013.61(7).1095-1102.
18. Foust J.B. Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*. 2007;20(2).72-77.
19. Rhudy L. Holland D. Bowles K. Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making. *Applied Nursing Research*. 2010.23(4).198-206.
20. Suzuki S. Nagata S. Zerwekh J. Yamaguchi T. et al. Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. *Japan Journal of Nursing Science*. 2012. 9(2). 201-215.
21. Gobbi P. Grimoldi L. Carcione G. Mediani P. Meligrana M. et al. La scheda di dimissione infermieristica: Uno strumento per garantire la continuità assistenziale. *Io infermiere* 1. 2002. (1) 28-31
22. Meador R. Chen E. Schultz L. Norton A. Henderson Jr. C. Pillemer K. Going Home: Identifying and Overcoming Barriers to Nursing Home Discharge. *Care Management Journals*. 2011. 12(1). 2-11.
23. Tierney A. Commentary on Dunnion ME & Kelly HW (2005) From the emergency department to home: discharge planning and communication of information between an emergency department and primary care sector following discharge of older people from

an emergency department of a rural general hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14, 776-785. *J Clin Nurs.* 2006. 15(6). 789-790.

24. Trathtenberg M. Ryvicker M. Research on Transitional Care. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional.* 2011. 29(10). 645-651.

25. Bauer M. Response to commentary by Manthorpe J (2009) Commentary on Bauer M. Fitzgerald L. Haesler E & Manfrin M (2009) Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal Clinical Nursing* 18. 2539-2546. *Journal of Clinical Nursing.* 2010.19(7-8). 1173-1174.

26. Cano Arana A. Concepción Martín Arribas M. Martínez Piédrola M. García Tallés C. Hernández Pascual M. Roldán Fernández A. Efficacy of nursing planning after hospital discharge of patients over 65 to reduce readmission *Atención Primaria.* 2008. 40(6):291-295.

27. Longato C. Morelli D. Buratto R. CURA: la centrale unica di riferimento per l'Assistenza domiciliare inegrata. *Evidence.* 2013. 5(12).

28.. Larson J. Bjorvell C. Billing E. Wredling R. Testing of an audit instrument for the nursing discharge note in the patient record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2004. 18(3). 318-324.

29.. Olsen R. Hellzén O. Skotnes L. Enmarker I. Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. *OJN.* 2012;02(03). 277-287.

30. Romagnoli K. Handler S. Ligons F. Hochheiser H. Home-care nurses' perceptions of unmet information needs and communication difficulties of older patients in the immediate post-hospital discharge period. *BMJ Quality & Safety.* 2013. 22(4). 324-332.

31. Helloso R. Information handling in the nursing discharge note. *Journal of clinical nursing.* 2005. (15).11-21.

32. Ministero della Salute. Sviluppo di un modello di cartella paziente. 2011

Disponibile all'indirizzo:

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1679_allegato.pdf

33. AOU di Parma. Migliorare le sicurezze del processo di dimissione dall'Ospedale al Territorio del paziente anziano - La check-list "Dimissione del paziente". 2012.

34. Blake-Mowatt C. Lindo J. Bennett J. Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *Int Nurs Rev.* 2013.60(3). 328-334.

35. Watts R. Gardner H. Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2005. 21(5). 302-313
36. Hellesøa. R. Sorensenb L. Lorensena M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* . 2005. 74(11-12). 960-972.



Gentile infermiera/infermiere,

mi chiamo Enrico Pinton e sono uno studente laureando del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Padova. Sto indagando, per la mia tesi di laurea, gli aspetti più rilevanti della lettera di comunicazione infermieristica, considerato strumento necessario per una comunicazione efficace tra infermieri ospedalieri e professionisti che gestiscono il paziente a domicilio dopo le dimissioni dall'ospedale. I dati che raccoglierò saranno elaborati e analizzati per capire come gli infermieri delle unità operative e del territorio percepiscano lo strumento, le differenze nei diversi punti di vista, la sensibilità verso questo argomento e le prospettive di sviluppo. Le chiedo di collaborare rispondendo a ciascuna delle affermazioni indicando la risposta con una crocetta. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, si senta libera/o di esprimere la risposta che più la soddisfa. **Ogni questionario è anonimo.** La ringrazio per la collaborazione.

Enrico Pinton

1. Ritiene l'utilizzo di una lettera di comunicazione infermieristica, una modalità valida a garantire il passaggio di informazioni sulla presa in carico dei bisogni assistenziali tra infermieri dell'ospedale e gli infermieri dell'ADI? (una sola risposta)

- SI, la ritengo una modalità valida
- NO, non la ritengo una modalità valida
- non saprei

2. Quanto la ritiene uno strumento valido a garantire il passaggio di informazioni sui bisogni assistenziali tra infermieri dell'ospedale e gli infermieri dell'ADI? (una sola risposta)

- molto valida
- abbastanza valida
- poco valida
- per nulla valida

3. Ritiene l'utilizzo di una lettera di comunicazioni infermieristica, UNICA modalità per garantire il passaggio di informazioni sui bisogni assistenziali tra infermieri dell'ospedale ed infermieri dell'ADI? (una sola risposta)

- SI, la ritengo l'unica modalità

- NO, non la ritengo l'unica modalità
- non saprei

4. Secondo lei, quali altre modalità ritiene valide per garantire il passaggio di informazioni sulla presa in carico di bisogni assistenziali tra infermieri dell'ospedale ed infermieri del territorio? (anche due risposte)

- comunicazione verbale
 - Informazione telefonica tra professionisti
 - incontri/riunioni tra professionisti prima delle dimissioni del paziente
 - utilizzo di una cartella informatizzata condivisa ospedale – territorio
 - altro (specificare)
-

5. Secondo la sua opinione, quanto ritiene importante consegnare copia della lettera di comunicazione infermieristica al paziente dimesso dall'ospedale e/o un suo caregiver? (una sola risposta)

- molto importante
- abbastanza importante
- poco importante
- per nulla importante

6. Secondo la sua esperienza lavorativa degli ultimi sei mesi, quante volte le è capitato di consegnare copia della lettera di comunicazioni infermieristiche al paziente e/o un suo caregiver? (una sola risposta)

- più di 10 volte
- tra 7 e 10 volte
- tra 3 e 7 volte
- meno di tre volte
- mai

7. Secondo la sua opinione, l'invio della lettera di comunicazione infermieristica anche al Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta di un paziente dimesso dall'ospedale, potrebbe migliorare la continuità delle cure nel passaggio ospedale – territorio? (una sola risposta)

sì, potrebbe migliorare la continuità delle cure integrando gli aspetti medici con quelli assistenziali

no, non migliorerebbe la continuità delle cure

non saprei

8. Secondo lei, l'attuale modello di lettera di comunicazione infermieristica, risulta essere completo nella quantità e qualità delle informazioni necessarie alla presa in carico di un paziente dagli infermieri del territorio dopo le dimissioni ospedaliere? (una sola risposta)

sì, risulta essere completo nella qualità /quantità di informazioni

no, non risulta completo nella qualità /quantità di informazioni

non saprei

9. Se ha risposto "NO" alla domanda precedente (9), secondo lei in quali aspetti la lettera di comunicazione infermieristica dovrebbe essere integrata? (anche due risposte)

dati anagrafici paziente

rete familiare di supporto

livelli di adesione alle cure del paziente

livelli di partecipazione attiva della rete familiare

anamnesi medica, decorso clinico, prognosi

maggiori dettagli sui bisogni assistenziali segnalati

livelli di autonomia nelle attività di vita quotidiana

livelli di dipendenza assistenziale

maggiori dettagli sugli interventi assistenziali iniziati durante la degenza da proseguire a domicilio

altro (specificare)

10. A suo avviso, la lettera di comunicazione infermieristica potrebbe essere utilizzata quale unico strumento di comunicazione di bisogni assistenziali rilevati e segnalati da altri professionisti sanitari non medici (es. dietiste, fisioterapisti, ostetriche, ect ...)?

- sì, potrebbe essere utilizzato quale unico strumento di comunicazione
- no, non può essere considerato unico strumento di comunicazione
- non saprei

11. Secondo lei quali sono i fattori favorenti la compilazione della lettera di comunicazione infermieristica?

- L'utilizzo di un modello pre-compilato
- L'importanza dello strumento nel garantire la continuità assistenziale ospedale - territorio
 - La compilazione manuale
 - Il layout grafico
 - Il tempo necessario alla compilazione e all'invio
- Altro (specificare) _____

12. Secondo lei quali sono i fattori ostacolanti la compilazione della lettera di comunicazione infermieristica?

- L'utilizzo di un modello pre-compilato
- La quantità di informazioni richieste
- Compilazione manuale
- Layout grafico
- Tempo necessario alla compilazione e all'invio
- Altro (specificare) _____

13. Secondo lei, come potrebbe essere considerato l'utilizzo della lettera di comunicazione infermieristica per la professione infermieristica?

- uno sviluppo dell'autonomia degli infermieri
 - uno sviluppo delle modalità di comunicazione tra infermieri
 - una integrazione tra professionisti dell'area ospedaliera e l'area territoriale
 - uno sviluppo della capacità di presa in carico dei bisogni assistenziali da parte dell'infermiere
 - un ulteriore modulo da compilare all'interno del percorso di dimissione del paziente
 - una tracciabilità dell'attività di presa in carico dei bisogni assistenziali da parte dell'infermiere
 - un ulteriore passaggio burocratico nel percorso di dimissione del paziente
 - altro (specificare)
-

Dati anagrafici

U.O./ Servizio di appartenenza: _____

Sesso: femmina maschio

Età: fino a 25 anni 26-35 anni 36-45 anni > 46 anni

Anni di servizio in sanità: fino a 2 anni 3-5 anni 6-10 anni più di 10 anni

Scuola professionale: regionale laurea/diploma universitario



Al Servizio Infermieristico Territoriale
Distretto Socio Sanitario N.....
Sede Operativa di

LETTERA DI COMUNICAZIONI INFERMIERISTICHE

Data di segnalazione..... U.O.A. di Tel..... Presidio
Si comunica che il/la Sig./ra nato/a il
residente a Via n..... Telefono
viene dimesso/a il giorno con diagnosi di.....

Problemi infermieristici da segnalare

- Lesioni cutanee: da decubito, vascolari, chirurgiche, altro
Catetere vescicale tipo, n, data ultimo cambio
Alimentazione enterale: Peg, Sng, data, prodotto
Dolore: Localizzazione, Intensità percepita di dolore fisico 0-10
Terapia infusiva
Ago cannula tipo, Cvc tipo
Presidi/ausili prescritti
Altro da segnalare
Educatoinformato su

L'INFERMIERE