



Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**DIMISSIONE PROTETTA: LE INFORMAZIONI NECESSARIE
AI PROFESSIONISTI INFERMIERI PER UN'EFFICACE PRESA
IN CARICO DELL'ASSISTITO - INDAGINE ESPLORATIVA
PRESSO IL DISTRETTO TERRITORIALE DI FELTRE
DELL'ULSS 1 DOLOMITI.**

Relatore: Prof.ssa Colmanet Marzia

Correlatore: Dott.ssa Pagotto Katia

Laureando: Profeta Placido

Matricola: 1231196

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

TITOLO: Dimissione protetta: le informazioni necessarie ai professionisti infermieri per un'efficace presa in carico dell'assistito-indagine esplorativa presso il Distretto Territoriale di Feltre dell'ULSS 1 Dolomiti.

INTRODUZIONE AL PROBLEMA: Negli ultimi decenni c'è stato un aumento della vita media della popolazione, in particolare nei paesi industrializzati; questo fenomeno è particolarmente visibile in Italia, dove la popolazione ultrasessantacinquenne rappresenterà nei prossimi decenni circa un quarto della popolazione residente. Il cambiamento demografico ha comportato un aumento significativo del numero di persone affette da malattie croniche. In questo contesto sanitario, l'assistenza domiciliare sta diventando sempre più importante, essa gioca un ruolo fondamentale nella qualità dell'assistenza fornita ai residenti ed è il punto di incontro tra gli ospedali e la comunità. L'idea nasce dalla necessità degli infermieri di ampliare e migliorare le informazioni fornite dall'ospedale durante la fase della presa in carico del paziente in quanto fosse incompleta su certi aspetti, da lì la scelta di analizzare attraverso delle interviste audio registrate il percepito degli infermieri rispetto a quest'ultimo. Le domande sono state sintetiche e concise in modo da permettere agli infermieri di focalizzarsi sul dato richiesto evitando il rischio di sfiorare quest'ultimo.

SCOPO DELLO STUDIO: Comprendere e descrivere come avviene il passaggio delle informazioni tra l'ospedale ed il territorio.

MATERIALE E METODI: È stato condotto uno studio qualitativo attraverso un'intervista audio registrata a 18 infermieri di ruolo provenienti dalla U.O.C. dell'ADI. La matrice dell'intervista è stata realizzata dal sottoscritto. I dati emersi sono stati elaborati e rappresentati in modo qualitativo. Una volta sbobinate e trascritte le interviste sono state identificate parole e concetti chiavi raggruppati nelle seguenti categorie: qualità e completezza informazione; casistica prevalente riportata come significativa per gli esempi; ruoli formali ed informali implicati nel processo; tipologia di informazione.

RISULTATI: Nella prima domanda riguardante la trasmissione dei dati sul bisogno di alimentazione e nutrizione, essendo le persone dimesse per lo più anziane, molti infermieri segnalano l'importanza di avere informazioni sulla dieta, se presente cachessia, se c'è stata

una valutazione da uno specialista come il Dietista o il Nutrizionista. Tra le persone che necessitano di prescrizioni dietetiche ci sono spesso pazienti affetti da scompenso cardiaco e diabetici. La casistica più riportata nelle interviste fa riferimento al paziente disfagico ed alla persona in nutrizione enterale o parenterale. Il paziente disfagico richiede un bagaglio di informazioni che comprende il livello di disfagia, l'utilizzo di addensante e la sua capacità di deglutizione. Tuttavia molto spesso queste informazioni mancano. Inoltre è necessario conoscere tempestivamente il bisogno di ricorrere alla nutrizione enterale da parte del paziente che sta per essere preso in carico. Le loro necessità sono rappresentate in particolare sul tipo di dieta/preparato da somministrare e le modalità di somministrazione.

Nella seconda domanda riguardante la trasmissione dei dati sull'aspetto della cute e dell'integrità cutanea emerge una percezione di deficit delle informazioni ritenute fondamentali per la continuità assistenziale. Seppure nella scheda di segnalazione alla dimissione venga inserita la presenza di lesioni da pressione spesso non riportano informazioni che permettano di comprendere l'insorgenza, l'evoluzione, la stadiazione, l'attivazione dei dispositivi necessari.

Nella terza domanda riguardante la trasmissione dei dati sul bisogno di eliminazione urinaria le principali necessità degli infermieri sono ricollegabili alla gestione del cateterismo vescicale. Gli intervistati riferiscono che le informazioni necessarie per garantire una corretta continuità assistenziale ad una persona con Cateterismo Vescicale a dimora sono insufficienti e spesso ci si limita a riportare solo la presenza di esso. Le loro necessità riguardano in primis: tipo di Catetere Vescicale (CV), data di inserzione, calibro, ultimo cambio, presenza di patologie alla prostata e assunzione di anticoagulanti.

Nella quarta ed ultima domanda, riguardante l'opinione degli infermieri intervistati sulla possibilità di poter inquadrare globalmente lo status del paziente preso in carico al momento della dimissione ospedaliera in modo tale da formulare le giuste diagnosi infermieristiche e mettere in atto gli appositi interventi, undici intervistati su diciotto affermano che grazie al Case Manager dell'Assistenza Domiciliare avviene una presa in carico più efficiente grazie al numero maggiore di elementi legati allo status del paziente.

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI: I risultati ottenuti dall'analisi delle registrazioni, hanno toccato diversi temi interessanti: sono emerse delle richieste di informazioni specifiche e più dettagliate da parte degli infermieri del territorio, affinché possa essere attuata una presa in carico del paziente dimesso dall'ospedale che vada a considerare

l'assistito nella sua totalità, evitando di tralasciare aspetti che possono risultare importanti per la gestione del paziente durante il proseguimento della sua degenza.

PAROLE CHIAVE: Dimissione protetta, Assistenza domiciliare, Lettera di dimissione infermieristica, Brass Index.

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO PRIMO: <i>L'invecchiamento della popolazione e nuove sfide</i>	1
1.1 Aspetti demografici sulla popolazione italiana: aspettativa di vita alla nascita.....	1
1.2 Norme e Leggi sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).....	2
1.3 ADI in Italia.....	4
1.4 ADI in Veneto.....	6
CAPITOLO SECONDO: <i>La dimissione tra Ospedale e Territorio</i>	11
2.1 La pianificazione della dimissione.....	11
2.2 Brass Index.....	13
2.3 Le caratteristiche della scheda di dimissione infermieristica.....	14
2.4 L'assistenza domiciliare territoriale nell'ULSS 1 Dolomiti Distretto di Feltre.....	19
2.5 Procedura organizzativa.....	20
CAPITOLO TERZO: <i>L'indagine</i>	23
3.1 Obiettivo dell'indagine e disegno dello studio.....	23
3.2 Campione e setting.....	23
3.3 Metodi e Strumenti.....	23
3.4 Risultati.....	25
3.4.1 Bisogno di alimentazione - nutrizione efficace.....	25
3.4.2 Integrità della cute.....	27
3.4.3 Bisogno di eliminazione urinaria.....	29
3.4.4 Ambiti di miglioramento.....	31
CAPITOLO QUARTO: <i>Discussioni e Conclusioni</i>	35
4.1 Discussione e scenari futuri.....	36
4.2 Limiti dello studio.....	38

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1: Procedura organizzativa: modalità e strumenti per continuità assistenziale della persona fragile ricoverata in ospedale

Allegato 2: Scheda di Brass Index

Allegato 3: Avviso di Dimissione

Allegato 4: Domande dell'intervista

Allegato 5: Risposte degli infermieri alle domande dell'intervista

CAPITOLO PRIMO: *L'invecchiamento della popolazione e nuove sfide*

“L'Italia è il Paese al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce.”¹

1.1 Aspetti demografici sulla popolazione italiana: aspettativa di vita alla nascita

Il progressivo invecchiamento della popolazione è ormai noto a tutti, esperti e non. Ciò che colpisce maggiormente nel panorama del 21° secolo è il fatto di assistere a una redistribuzione demografica senza precedenti, in cui entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato.²

Il costante incremento della vita media della popolazione registrato negli ultimi decenni rappresenta un fenomeno demografico che interessa l'intera popolazione mondiale e risulta particolarmente evidente in Italia, dove la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 76.7 anni, mentre per le donne è di 82.9 anni.³ L'invecchiamento demografico associato ad una migliore aspettativa di vita comporta un notevole incremento del numero di persone affette da patologie croniche; queste patologie presentano inevitabilmente un aumento di prevalenza all'aumento dell'età ed incidono fortemente sulle condizioni di disabilità e fragilità dell'anziano. I cosiddetti pazienti fragili necessitano di un percorso di continuità assistenziale anche dopo il termine della degenza ospedaliera, infatti, sono tante le esigenze di un malato inguaribile che devono essere organizzate in un progetto di cure integrate e continuative: dall'assistenza medica e infermieristica alla riabilitazione. Da ciò deriva il bisogno di definire nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare e interdisciplinare che consenta di realizzare meccanismi di integrazione

¹ World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012

² United Nations World population ageing 1950-2050, https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf Consultato l'ultima volta in data 15/10/2022

³ Speranza di Vita e mortalità www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1203_ulterioriallegati_ulterioreallegato_2_alleg.pdf Consultato l'ultima volta in data 30/08/2022

delle prestazioni sanitarie, sociali, territoriali e ospedaliere per una presa in carico globale della persona e della sua famiglia.

1.2 Norme e Leggi sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Il Ministero della salute, grazie al lavoro svolto in sinergia con le Regioni, ha cercato di dare una risposta alla problematica della dimissione ospedaliera dei pazienti fragili e con bisogni assistenziali complessi che necessitano di continuità delle cure attraverso il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013. Nel PSN vengono individuati tra i pazienti che necessitano maggiormente di continuità assistenziale assieme ai pazienti cronici, i pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, dove non adeguatamente assistiti, di un probabile nuovo ricovero in ospedale. Questi soggetti necessitano di competenze cliniche e infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio⁴.

Inoltre si è cercato di dare una risposta alla problematica della dimissione ospedaliera dei pazienti fragili e con bisogni assistenziali complessi che necessitano di continuità delle cure anche attraverso "I livelli essenziali di Assistenza Sanitaria" (LEA) emanati tramite il DPCM del 29/11/2001 e successivamente modificati dal DPCM del 12 gennaio 2017. I LEA sono il frutto dell'accordo fra il Governo e le Regioni, sancito dalla Conferenza permanente Stato-Regioni in data 8 agosto e 22 novembre 2001, per garantire su tutto il territorio nazionale uguali prestazioni ai cittadini.

I LEA includono per la prima volta il concetto di garanzia dell'assistenza erogata e di appropriatezza. Le prestazioni infatti, per essere considerate essenziali devono essere appropriate. Nella classificazione dei livelli⁵, al punto due "assistenza distrettuale", la lettera "G" prevede tra i macro-livelli l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, la quale a sua volta contempla tra i micro-livelli, al primo punto, l'assistenza programmata a domicilio (ADI, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale).

Le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale per le quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano distinguibili e per le quali si è convenuta una

⁴ Piano Sanitario Nazionale 2011/2013, 18 novembre 2010 (Italia).
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_4_listaCapitoli_capitoliItemName_0
Consultato in data 30/08/2022

⁵ https://www.sigg.it/assets/congressi/60-congresso-nazionale-sigg/slide/85_Gobbi.pdf Consultato in data 19/10/2022

percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al SSN, sono le seguenti:

- Prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta
- Prestazioni a domicilio di medicina specialistica
- Prestazioni infermieristiche a domicilio
- Prestazioni riabilitative a domicilio
- Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona (50% a carico dell'utente o del Comune)
- Prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa.⁶

La rilevanza strategica dell'integrazione sociosanitaria si manifesta essenzialmente in quattro fasi del percorso assistenziale che caratterizza principalmente le persone anziane con malattie croniche e le persone con disabilità:

- 1) La fase dell'accesso del cittadino ai servizi territoriali-distrettuali che può verificarsi sia al momento della dimissione da un ricovero ospedaliero sia a seguito del progressivo aggravamento di una situazione patologica cronica;
- 2) La valutazione del bisogno da parte del SSN e la sua traduzione nella richiesta circostanziata e motivata di un intervento; questa attività deve essere svolta da un'équipe valutativa multiprofessionale che, attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati, indagherà le diverse dimensioni - clinica, di autonomia funzionale e sociale - della persona e definisca un progetto individuale di assistenza;
- 3) La costruzione di un progetto individuale, compatibile con le risorse a disposizione, nel quale vengono individuate le responsabilità dei soggetti/strutture coinvolte;
- 4) La valutazione periodica e sistematica, da parte di un'équipe multiprofessionale, della presa in carico degli assistiti e del loro stato di salute/benessere.

Anche il Patto Per la Salute 2014-2016⁷ fa riferimento all'assistenza socio sanitaria e in particolar modo l'art. 6: per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata

⁶ https://www.sigg.it/assets/congressi/60-congresso-nazionale-sigg/slide/85_Gobbi.pdf Consultato 19/10/2022

⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Patto per la Salute 2014-2016. 2014.

verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della Salute. La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente. Il piano delle prestazioni personalizzato, formulato dall'equipe responsabile della presa in carico dell'assistito, individua gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali che i servizi sanitari territoriali e i servizi sociali si impegnano a garantire, anche in modo integrato. A livello nazionale vi è poi il *Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12/01/2017* : “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”. Il capo IV riguarda l'assistenza sociosanitaria: il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

1.3 ADI in Italia

La dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, tenuta il 6-12 settembre 1978 ad Alma Ata, nell'ex-Unione Sovietica, definisce l'ADI come “la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.”⁸

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta, come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il mezzo per fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello ottenibile di benessere e salute.

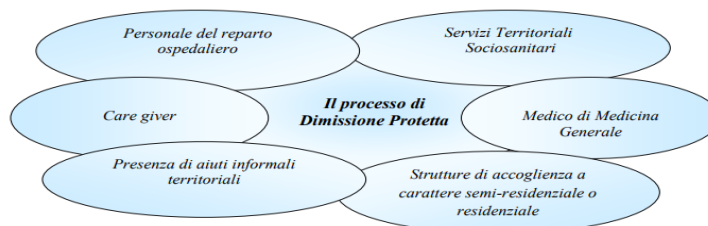
Gli interventi programmati di ADI, tuttavia, non sono presenti in modo omogeneo sul territorio nazionale e, anche laddove il servizio venga offerto a pieno regime, molto spesso rischia di perdere efficacia e appropriatezza se non viene basato su una valutazione condivisa (con relativo piano di assistenza) tra il personale del reparto dimissionario, gli operatori del territorio e lo stesso paziente o la sua famiglia.

⁸ Dichiarazione di Alma Ata <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
Consultato l'ultima volta in data 20/10/2022

Ulteriore situazione di complessità, che si inserisce nel contesto sopra descritto, è infatti l'atavica mancanza di un dialogo tra l'istituzione ospedaliera e i servizi territoriali. Per molto tempo, l'unica istituzione preposta alla cure è stata esclusivamente quella ospedaliera e questo ha fatto sì che i servizi assistenziali territoriali di cura venissero sempre in secondo piano e non considerati fondamentali, sia per quanto concerne la qualità del servizio erogato, sia per quanto concerne il costo dell'intervento e della presa in carico.

L'Assistenza Domiciliare Integrata è caratterizzata da vari livelli di intensità a seconda dei bisogni della persona:⁹

- Il primo livello è rappresentato dalle *Dimissioni Programmate*, un processo che in vista della dimissione della persona prende in considerazione aspetti quali la valutazione del bisogno socio assistenziale e l'individuazione di un piano di dimissione personalizzato, definito dal medico del reparto di degenza e comunicato ai referenti dell'assistenza sul territorio.
- Il secondo livello, viene invece rappresentato dalle *Dimissioni Protette*, questa tipologia di processo prende in considerazione i fattori sopra indicati ma, ed è questo l'elemento di qualità aggiunta, la valutazione del bisogno socio-sanitario e assistenziale e le modalità della presa in carico vengono concordate e programmate attraverso una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali, del paziente e dei caregivers. Con questa modalità operativa, oltre ad ottenere una riduzione dei ricoveri e una diminuzione del tasso di ri-ospedalizzazione, si valorizza l'aspetto della qualità totale dell'intervento. La dimissione protetta di conseguenza, si configura quale processo che guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psico-fisico del benessere della persona.



(Figura 1. Il processo di Dimissione Protetta)

⁹ <https://nursetimes.org/le-dimissioni-protette-ospedaliere-nel-contesto-italiano-poche-luci-tante-ombre/16389>
Consultato l'ultima volta in data 19/10/2022

Il compito delle dimissioni protette è quello di accompagnare la persona e la sua famiglia nel passaggio dall'istituzione ospedaliera al domicilio, valutando l'eventuale e residua possibilità di una permanenza in struttura residenziale.

È da rilevare che negli ultimi dieci anni i servizi socio-sanitari territoriali hanno visto un graduale rafforzamento in alcune realtà, pur permanendo un forte divario tra sud e nord-centro; è tuttavia da analizzare il dato che, pur identificando una maggiore copertura di anziani serviti, vede una diminuzione di intensità: il numero di anziani presi in carico è aumentato, ma le ore dedicate ad ognuno, diminuiscono progressivamente. Questo identifica l'Assistenza Domiciliare Integrata come intervento che assume in maniera crescente un profilo prestazionale caratterizzato dall'erogazione di alcune singole prestazioni e non una vera e propria presa in carico.

Le cure al domicilio rappresentano un'opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante; nel contempo tuttavia il rientro nella propria abitazione spesso è fonte di gravi disagi e difficoltà: si passa da un'assistenza sanitaria di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto nel tempo e nell'intensità, con forte carico sulla famiglia. Anche laddove sono disponibili servizi sanitari e sociali a domicilio, spesso i familiari devono affrontare difficoltà burocratiche, problemi organizzativi, tempi di attesa prolungati che provocano discontinuità assistenziale.

Ad oggi non sono presenti protocolli operativi che vengono applicati in modo uniforme in tutte le realtà italiane.

1.4 ADI in Veneto¹⁰

L'assistenza domiciliare si distingue in:

- servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.), che ha l'obiettivo di aiutare la persona nell'espletamento delle attività quotidiane, quali ad esempio igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc., sgravando, in parte, la famiglia dal carico assistenziale.
- assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), in cui vengono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico

¹⁰ Deliberazione della Giunta Regionale n. 39 del 17 gennaio 2006. Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative

specialista ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) competente per territorio (es. servizio di riabilitazione, servizio infermieristico, servizio medico - visite programmate, etc...)

Nella Regione del Veneto l'interesse e la conseguente promozione della domiciliarità delle persone anziane e l'integrazione sociosanitaria, affondano le radici nei primi anni di costituzione della stessa Regione, con l'istituzione di consorzi socio-sanitari tra Comuni (LR 64/1975), denominati Unità locali per i servizi sociali e sanitari, necessari alla gestione e l'organizzazione di attività integrate sociali e sanitarie a favore dei cittadini, e in particolare della popolazione anziana, dirette a favorire la permanenza a domicilio. Con l'avvio del servizio sanitario nazionale e la costituzione delle Unità sanitarie locali, la Regione del Veneto ha confermato la scelta di politica sociale orientata all'integrazione, assegnando anche funzioni sociali ai nuovi organismi, che sono stati denominati Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS, LR 55/1982), e valorizzando il ruolo dei Comuni nella programmazione sociale e sanitaria locale.

Questa linea strategica, assunta poi a livello nazionale sia sul versante sanitario (D.Lgs. 229/1999) sia sul versante sociale (L. 328/2000), è stata confermata nel tempo dalla stessa Regione del Veneto, attraverso un percorso di progressive precisazioni delle linee organizzative in relazione all'aziendalizzazione delle ULSS, con la conferma della presenza del Direttore dei Servizi Sociali (LR 56/1994) e con la necessità di una pianificazione locale socio-sanitaria integrata tra Comuni e Aziende ULSS attraverso la elaborazione del Piano di Zona (LR 5/1996), in relazione alla valutazione multidimensionale e multiprofessionale del bisogno assistenziale (DGR 2034/1994 e DGR 561/1998), in relazione alla definizione dello strumento di valutazione multidimensionale nel settore degli anziani (scheda per la valutazione multidimensionale dell'anziano S.V.A.M.A.) utilizzato dall'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD, DGR 3979/1999), in relazione al rafforzamento dei Distretti socio sanitari come punti di accesso dei cittadini alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari (DGR 3242/2001).

Questo modello organizzativo permette a circa 70.000 persone anziane della Regione del Veneto, parzialmente o totalmente non autosufficienti, di usufruire di servizi e di interventi di sostegno alla permanenza nel proprio domicilio.

I punti di forza di questo modello organizzativo sono:

- valutazione multidimensionale
- integrazione sociosanitaria
- centralità del distretto sociosanitario

Infatti, l'elemento fondamentale che caratterizza il sistema dei servizi oggi presente nel territorio regionale è costituito dal distretto sociosanitario che permette la programmazione dei servizi e di interventi personalizzati domiciliari uniformando l'ambito territoriale. È presso il distretto, infatti, che viene costituita l'UVMD competente ad effettuare la valutazione multidimensionale e multiprofessionale e la progettazione personalizzata degli interventi. L'integrazione sociosanitaria trova la sua dimensione operativa nell'articolazione delle funzioni distrettuali, che focalizzano l'attenzione sulla persona e sui suoi bisogni, per una presa in carico globale e unitaria.

Tuttavia tale modello organizzativo degli interventi domiciliari e territoriali, per come è andato concretizzandosi nei diversi territori regionali, presenta alcune dimensioni di criticità, che richiedono di essere affrontate e superate attraverso una nuova fase di sviluppo e di crescita del sistema dei servizi nel suo insieme.

Le dimensioni della criticità riguardano:

- settorializzazione e parcellizzazione degli interventi. Le diverse politiche sviluppate nell'ultimo decennio hanno prodotto maggiori opportunità di risposta, ma spesso si sono affiancate l'un l'altra, moltiplicando per la stessa persona percorsi di valutazione, diversità di istruttoria, richieste diverse di accesso ai servizi e percorsi diversificati di accesso ai servizi stessi.
- mancanza di una presa in carico unitaria. Spesso la persona non autosufficiente deve fare riferimento a operatori appartenenti a professionalità, servizi ed enti diversi, in relazione alla distribuzione delle competenze per le linee di intervento richieste, con la conseguenza che di fatto il raccordo tra servizi, invece di essere un'opportunità che alleggerisce i compiti della famiglia, diventa un ulteriore onere di cui la famiglia deve farsi carico. Si rileva, in particolare, che relativamente agli strumenti e alle modalità previste per la valutazione integrata sono evolute nel tempo sia le indicazioni regionali sia l'effettiva applicazione delle stesse a livello

territoriale, arrivando a una situazione di fatto piuttosto articolata e confusa. Significativa al riguardo è la dicotomia che attualmente esiste rispetto alla scheda SVAMA, regolarmente utilizzata per gli inserimenti di persone non autosufficienti in strutture residenziali e poco usata nell'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI, DGR 5273/1998). La stessa disciplina di funzionamento dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale, di cui alla DGR 561/1998, è stata di fatto modificata in occasione dell'approvazione della scheda SVAMA e, successivamente, con la definizione dell'articolazione dei Distretti operata con la citata DGR 3242/2001.

- carenza di riferimenti normativi relativi agli standard organizzativi e professionali dei servizi della domiciliarità. Infatti, gli standard e i requisiti dei servizi che possono essere rintracciati nel regolamento regionale 8/1984 e nella LR 22/1989, punto 4.2 del documento di piano, considerando il lungo lasso di tempo intercorso, richiedono di essere ridefiniti, anche alla luce della interessante e articolata esperienza operativa di interventi sociali e di interventi integrati che, in tutto il territorio regionale, è andata realizzandosi in questi anni, e delle diverse modalità di integrazione che i Comuni e le Aziende ULSS hanno tra loro concordato in sede di accordi di programma per l'ADI.

L'ADI può essere definita come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani, disabili e di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che necessitano di un'assistenza continuativa nella cura e nella riabilitazione. Il servizio prevede prestazioni erogate in base ad un piano di assistenza individualizzato attraverso la presa in carico multidisciplinare del paziente con il coordinamento del medico di medicina generale, di medici specialisti, di terapisti della riabilitazione, di personale infermieristico, di assistenti domiciliari e di assistenti sociali e sanitari.¹¹ Il servizio di ADI può essere richiesto dal medico di medicina generale, dal responsabile del reparto ospedaliero in vista delle dimissioni, dall'assistente sociale o dalla famiglia del soggetto. Nel 2009 il servizio è stato garantito a 526.568 persone, con una media nazionale di 877 ogni 100.000 abitanti. L'84,0% di questi è rappresentato da anziani e il 9,4% da malati terminali. Confrontando

¹¹ Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane. Project (VS/2011/0052) - supported by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity PROGRESS (2007-2013) Disponibile all'indirizzo: <http://www.projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Percorsi-di-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi.pdf> Consultato l'ultima volta in data 30/08/2022.

questi dati con quelli del 2007 si nota un decisivo aumento del numero delle persone prese in carico con questa modalità assistenziale, poiché è presente un incremento di circa il 10%.

Secondo alcuni dati ISTAT, che in particolare fanno riferimento alle persone non autosufficienti ospitate presso i Centri di Servizi del Veneto, è possibile riscontrare un'età media di 85 anni (86 per le donne e 80 per gli uomini) e le relative situazioni di bisogno risultano aggravate dalla presenza di più patologie come per esempio: disturbi mentali/psicologici (demenze senili/Alzheimer) e malattie del sistema cardiocircolatorio che, nel complesso, necessitano di una maggiore assistenza sanitaria. La regione Veneto, nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, ha messo in atto una strategia regionale ad hoc che si prefigge di migliorare i livelli di efficacia ed efficienza delle misure in atto a favore della domiciliarità. Gli ambiti di intervento prioritario riguardano: il rafforzamento dei processi di continuità ospedale-territorio, prevedendo moduli diversificati e integrati all'interno della filiera tali da garantire, principalmente, l'appropriatezza delle dimissioni ospedaliere e il supporto alle famiglie sia nella fase della dimissione sia nella fase dell'assistenza domiciliare; l'aggiornamento del sistema delle impegnative di cura domiciliare; la qualificazione degli assistenti familiari.¹²

Tuttavia, è possibile riscontrare come gli interventi programmati da parte dell'ADI rischiano di perdere efficacia e appropriatezza se non vengono basati su una valutazione condivisa tra il personale sanitario del reparto che dimette l'assistito e gli operatori che lo accoglieranno nel percorso di cure del territorio.

¹² Dettaglio Legge Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto
<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=385199>

CAPITOLO SECONDO: *La dimissione tra Ospedale e Territorio*

2.1 La pianificazione della dimissione

Il rientro al proprio domicilio deve essere considerato un luogo privilegiato in cui la persona può guarire e ritrovare l'autosufficienza in modo totale o parziale, dopo aver attraversato le fasi di acuzie e post-acuzie della malattia e l'eventuale periodo di intervento intensivo o estensivo in area riabilitativa. Anche nei casi in cui la malattia cronicizza e provoca la perdita permanente, totale o parziale dell'autonomia, l'ambiente domestico fornisce un potente stimolo per affrontare la malattia e recuperare la funzione sia a livello fisico che psichico.¹³

La letteratura distingue tre tipologie di dimissioni ospedaliere:

1. la *Dimissione Precoce*, avviene quando la durata del ricovero ospedaliero è inferiore rispetto a quello assegnato dal DRG di competenza. Il rischio che si corre in questo caso è quello di un nuovo ricovero;
2. la *Dimissione Ritardata* si verifica quando la durata della degenza eccede le giornate attese per quello specifico DRG; il protrarsi della degenza può essere causato dal coinvolgimento sociale e dalla mancanza di supporto organizzativo per la dimissione;
3. la *Dimissione Difficile* si verifica nel caso in cui sia presente disabilità permanente o temporanea in conseguenza ad un evento acuto.

L'obiettivo della pianificazione della dimissione è quello di accompagnare il paziente, anticipando i suoi bisogni e garantendo così la continuità assistenziale.

La sua pianificazione dovrebbe iniziare quanto prima al fine di creare le condizioni in cui i pazienti e familiari possano contribuire alle migliori decisioni da prendere,¹⁴ inoltre, dovrebbe iniziare almeno un giorno prima della dimissione effettiva del paziente, affinché si possano evidenziare per tempo eventuali interventi educativi, possano essere documentate richieste di presidi, programmazione di interventi o visite specialistiche e indagini post-dimissione.

¹³ Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane. Project (VS/2011/0052) - supported by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity PROGRESS (2007-2013) Disponibile all'indirizzo: <http://www.projectaيدا.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Percorsidi-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi.pdf> Consultato l'ultima volta in data 30/08/2022.

¹⁴ Naylor M, Brooten DB, Campbell R, Jacobsen B, Mezey MD, Pauly MV et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. JAMA 1999, 281 (7); 613-620

Inoltre, la dimissione dovrebbe prevedere interventi mirati e una documentazione diversificata a seconda che il paziente vada a domicilio o presso un'altra struttura, o ancora, preso in carico dall'assistenza domiciliare.

Il gruppo di lavoro sulla continuità assistenziale istituito dalla Regione Lombardia (al quale ha collaborato anche il Collegio Ispasvi di Milano-Lodi) propone la seguente definizione di dimissione protetta: *“si intende il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro (il caso più frequente è la dimissione ospedaliera per il domicilio) che si applica ai pazienti “fragili”, prevalentemente anziani e affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di sorveglianza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione organizzate in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate al domicilio o in una diversa struttura demenziale.”*¹⁵

Qualora il paziente venga rimandato al domicilio, è fondamentale valutare il suo livello di autonomia e, in particolar modo, che abbia compreso le indicazioni date dal medico e dall'infermiere. Un ruolo cruciale è giocato dall' educazione terapeutica: insegnare al paziente come gestire alcune problematiche, addestrarlo all'utilizzo dei dispositivi (dal semplice glucometro, fino ad arrivare ad un ventilatore domiciliare) è un elemento fondamentale per evitare complicanze e nuovi ricoveri in ospedale.

È utile anche valutare la presenza o meno di un caregiver, ovvero di una persona in grado di accompagnarlo nel post degenza e che possa essere a sua volta educata a riconoscere segni e sintomi di una patologia, a prevenire complicanze e ad utilizzare gli strumenti elettromedicali.

La scheda di dimissione infermieristica deve prevedere la descrizione degli interventi infermieristici previsti sul paziente: programmazione di medicazioni o visite di controllo, raccomandazioni assistenziali e terapeutiche.

Se il paziente, invece, viene inviato ad un'altra struttura sul territorio, questo è garanzia spesso di una continuità assistenziale maggiore, per cui è necessario che vi sia un adeguato “passaggio di consegne”.

Nei pazienti più complessi è spesso necessaria una pianificazione multidisciplinare, all'interno della quale diversi professionisti (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti

¹⁵ Scaccabarozzi et al. Gruppo di lavoro sulla continuità assistenziale. Regione Lombardia, Assessorato alla Sanità. 30 ottobre 2007

sociali, ecc.) hanno il compito di programmare gli interventi sul paziente, che comprendano la pianificazione, l'applicazione e il monitoraggio.

Una corretta pianificazione della dimissione è in grado di migliorare gli *outcome* del paziente, ridurre le riammissioni in ospedale e i costi per l'assistenza.

In alcuni presidi ospedalieri vengono attivati percorsi specifici per alcune tipologie di pazienti che vengono dimessi - dimissioni protette - attraverso i quali si garantisce la continuità assistenziale al paziente anche con il coinvolgimento del medico di base e dei servizi erogati dalle cure domiciliari dell'Ausl di riferimento.

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.

2.2 Brass Index

Lo strumento più utilizzato nelle dimissioni protette è il *Brass Index*; è stato sviluppato come parte del sistema di pianificazione della dimissione, in particolare per i pazienti di età superiore ai 65 anni. Le autrici (Blaylock e Cason, 1992) nella revisione della letteratura e nella loro esperienza nell'ambito dell'assistenza in geriatria e gerontologia, hanno identificato i seguenti fattori: età, stato funzionale, stato cognitivo, supporto sociale e condizioni di vita e numero di ricoveri. Hanno incluso anche il numero dei farmaci assunti poiché, pur non essendo componenti dello stato cognitivo o funzionale, sono importanti per le persone anziane, in quanto l'esperienza delle autrici ha suggerito che esisteva una maggiore probabilità di non conformità al programma terapeutico se al paziente veniva richiesto di assumere una quantità significativa di farmaci.

L'indice di BRASS è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o dimissioni difficili. Le informazioni vengono raccolte compilando la scala, parlando con il caregiver del paziente. L'indice BRASS comprende 10 dimensioni: età, situazione di vita, supporto sociale, stato funzionale e cognitivo, modello comportamentale, deficit sensoriale, al pronto soccorso, problematiche cliniche in corso, numero di farmaci assunti.

L'indice di BRASS, che è incluso nella valutazione del ricovero del paziente in ospedale, permette di identificare i pazienti che corrono il rischio di un ricovero prolungato e di dimissioni difficili; in particolare, individua i pazienti che necessitano dell'attivazione di servizi (o dell'aiuto dei familiari) per l'assistenza extra-sanitaria. Le informazioni fornite

dalla BRASS possono essere utilizzate dagli infermieri per pianificare interventi educativi da svolgere durante i programmi di recupero e assistenza domiciliare. Ulteriori studi sulla sua applicazione sono necessari per meglio precisare i livelli di rischio, poiché il bilanciamento tra specificità e sensibilità può essere raggiunto scegliendo diversi livelli di cut-off nel punteggio dell'indice (Mistiaen et al., 1999).

Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index	ETICHETTA DEL PAZIENTE
<p>Età (una sola opzione)</p> <p>0= 55 anni o meno 1= 56 – 64 anni 2= 65 – 79anni 3= 80 anni e più</p> <p>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)</p> <p>0= Vive col coniuge 1= Vive con la famiglia 2= Vive da solo con il sostegno del familiare 3= Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4= Vive solo senza alcun sostegno 5= Assistenza domiciliare/residenziale</p>	<p>Mobilità (una sola opzione)</p> <p>0= Deambula 1= Deambula con aiuto di ausili 2= Deambula con assistenza 3= Non deambula</p> <p>Deficit sensoriali (una sola opzione)</p> <p>0= Nessuno 1= Deficit visivi o uditivi 2= Deficit visivi e uditivi</p>
<p>Stato funzionale (ogni opzione valutata)</p> <p>0= Autonomo(indipendente in ADL e IADL)</p> <p>Dipendente in:</p> <p>1= Alimentazione/nutrizione 1= Igiene/abbigliamento 1= Andare in bagno 1= Spostamenti/mobilità 1= Incontinenza intestinale 1= Incontinenza urinaria 1= Preparazione del cibo 1= Responsabilità nell'uso di medicinali 1= Capacità di gestire il denaro 1= Fare acquisti 1= Utilizzo di mezzi di trasporto</p>	<p>Numero di ricoveri pregressi /accessi al pronto soccorso (una sola opzione)</p> <p>0= Nessuno negli ultimi 3 mesi 1= Uno negli ultimi 3 mesi 2= Due negli ultimi 3 mesi 3= Più di due negli ultimi 3 mesi</p>

(Figura 2. Brass Index)

Nell' ambito della dimissione protetta la comunicazione tra il personale è stata riconosciuta come un elemento chiave per un'efficace pianificazione della dimissione dagli ospedali.¹⁶

2.3 Le caratteristiche della scheda di dimissione infermieristica

“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 e diversi livelli di assistenza.*¹⁷

¹⁶ Bolch D., Johnston J.B., Giles L.C., Whitehead C., Phillips P. & Crotty M. (2005) Hospital to home: an integrated approach to discharge planning in a rural South Australian town. Australian Journal of Rural Health 13(2), 91–96

¹⁷ 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

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.¹⁸

Uno strumento utile che deve accompagnare il paziente verso la struttura ricevente è la scheda di dimissione infermieristica. Questa deve facilitare la presa in carico da parte della struttura o il servizio che lo accoglie, mettere in luce gli interventi attuati e quelli previsti ed in particolare evidenziare i bisogni del paziente.

Il piano di dimissione è una responsabilità interdisciplinare e ha come scopo la continuità di cura. 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.

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.¹⁹

Nel 1993 *The Swedish National Board of Health and Welfare* ha stabilito che le cure infermieristiche dovessero essere raccolte in una nota di dimissione; la lettera di dimissione doveva essere composta quindi da una parte medica, infermieristica e riabilitativa.²⁰

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 e le raccomandazioni.²¹

¹⁸ 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

¹⁹ 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

²⁰ 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

²¹ 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.

Il personale dell'assistenza domiciliare ritiene che i fattori più importanti per il successo della dimissione siano: ricevere informazioni sulla dimissione in tempo utile, ottenere un piano infermieristico scritto e informazioni sulla diagnosi e sul trattamento.²²

La letteratura tuttavia mette in evidenza come gli operatori sanitari degli ospedali riportino di trovare il processo di dimissione difficile da organizzare e di non avere tempo sufficiente per la pianificazione della dimissione; in queste difficoltà anche la documentazione associata alla dimissione è vissuta come un onere aggiuntivo. Il fatto che il tempo a disposizione per la pianificazione della dimissione sia diminuito insieme a periodi sempre più brevi di assistenza in ospedale potrebbe influire sul contenuto della comunicazione.²³

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.²⁴

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 14 attività, la dieta, lo stato cognitivo e funzionale, le informazioni riguardanti il nucleo familiare e sociale.²⁵

Gli studi di Dunnion e Kelly²⁶ hanno confermato la discrepanza di visioni tra l'equipe che lavora in ospedale e quella delle cure primaria sulla qualità della lettera di dimissione.

In uno studio clinico controllato non randomizzato del 2008 effettuato in Spagna si è voluto valutare l'efficacia della pianificazione delle dimissioni e del follow-up nelle cure

²² Grotnoos E. & Pera la M.-L. (2005) Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19(3), 288-295

²³ Bull M.J. & Roberts J. (2001) Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35(4), 571-581.

²⁴ 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

²⁵ 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

²⁶ Dunnion ME, Kelly B. From the emergency department to home. *J Clin Nurs*. 2005;14(6):776-785. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01129.x

primarie per i pazienti di età superiore ai 65 anni nel ridurre i tassi di riammissione e il tempo di riammissione su due campioni di 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 48 ore 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 ed educazione terapeutica. I pazienti del gruppo di controllo hanno ricevuto cure convenzionali. Gli infermieri territoriali hanno contattato telefonicamente i pazienti di entrambi i gruppi a 2, 6, 12 e 24 settimane dalla dimissione dall'ospedale. Per i pazienti del primo gruppo il tasso di riammissione è stato del 22%, per il gruppo di controllo del 37%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.

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

In uno studio condotto da Romagnoli et al, (2013) attraverso un'indagine in due fasi si è voluto comprendere la percezione degli infermieri che si occupano di assistenza domiciliare dei bisogni informativi e dei problemi di comunicazione che i loro pazienti anziani sperimentano nel periodo post-ospedaliero e come questi bisogni possano essere correlati alle riammissioni ospedaliere²⁸. I partecipanti al sondaggio erano infermieri infermieri domiciliari impiegati dall' *University Pittsburgh Medical Center (UPMC)* nella *Home Health*, una grande azienda sanitaria della Pennsylvania sud-occidentale. I partecipanti hanno condiviso numerosi aneddoti che hanno sottolineato l'impatto potenziale di bisogni informativi non soddisfatti. Uno di loro ha descritto una situazione in cui un paziente, al momento della dimissione dall'ospedale, aveva ricevuto l'istruzione di aspettare l'infermiera dell'assistenza domiciliare prima di intervenire su un'ulcera da

²⁷ 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.

²⁸ 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.

decubito che il paziente aveva sviluppato in ospedale. Il paziente ha preso alla lettera queste istruzioni e non ha esaminato, pulito o cambiato le medicazioni. Quando l'infermiera dell'assistenza domiciliare è arrivata al domicilio del paziente 48 ore dopo la dimissione (il tempo massimo standard tra la dimissione e la prima visita dell'infermiere) la ferita si era già infettata, rendendo necessaria una riammissione in ospedale.

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.

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 paziente²⁹.

Inoltre il modello di lettera di dimissione infermieristica deve essere facilmente trasferibile tra professionisti che lavorano in setting assistenziali diversi.

In uno studio condotto da Watts R et al. nel 2005 utilizzando un approccio descrittivo esplorativo, sono stati invitati a partecipare 502 infermieri di assistenza critica, individuati dal database dell'Australian College of Critical Care Nursing (ACCCN) (Victoria). È stato sviluppato e distribuito un questionario di 31 item. Un totale di 218 partecipanti idonei ha completato l'indagine. Sono state inoltre condotte interviste semi-strutturate individuali con 13 infermieri.

Dallo studio è emerso che gli infermieri percepiscono come prioritario, anche dal punto di vista legale, documentare l'assistenza che svolgono durante il ricovero ospedaliero del paziente e che il fattore principale che limita la compilazione dei documenti al momento della dimissione è la mancanza di tempo³⁰.

Per quanto riguarda il trasferimento della lettera di dimissione, gli infermieri riferiscono una difficoltà nel trasferimento dello strumento.

²⁹ 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

³⁰ 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

Questo aspetto viene considerato nello studio di Hellesøa et al³¹ che rileva come la lettera di dimissione infermieristica nell'88% dei casi viene consegnata al paziente, che ha il compito di portarla con sé. I professionisti che lavorano nel territorio segnalano che spesso in questo passaggio la lettera di dimissione viene persa comportando un dispendio di tempo da parte degli infermieri che devono contattare i colleghi per accedere alle informazioni relative al ricovero in Ospedale.

La dimissione inoltre non è un evento isolato ma è un processo che consta di diverse fasi e ha l'obiettivo di anticipare e accompagnare i cambiamenti dei bisogni dei pazienti, garantendo la continuità delle cure.³²

2.4 L'assistenza domiciliare territoriale nell'ULSS 1 Dolomiti, Distretto di Feltre

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Infermieristica è inserito all'interno dell'UOC Cure Primarie e svolge la propria attività nei 17 Comuni che compongono l'intero territorio del Distretto di Feltre.

È un servizio rivolto a persone, temporaneamente o definitivamente, non deambulanti e difficilmente trasportabili con i comuni mezzi, residenti nel territorio del Distretto di Feltre, con scelta del medico di assistenza primaria (MAP), convenzionato con l'Azienda ULSS 1 Dolomiti.

Presta assistenza agli utenti nel proprio contesto domestico, per rispondere ai bisogni di salute della persona; favorendo la permanenza al proprio domicilio con eventuale supporto in integrazione dell'attività da parte di altri servizi e con il coinvolgimento attivo dell'utente/care-giver/famiglia.

L'assistenza domiciliare territoriale viene attivata grazie al lavoro svolto in sinergia con un altro apparato della sanità territoriale: la Centrale Operatoria Territoriale (COT). Essa si inserisce nell'ambito strategico aziendale come elemento cardine al fine dell'integrazione tra Ospedale e Territorio per la garanzia di una presa in carico continuativa e una gestione integrata della persona assistita, attraverso i servizi della rete territoriale. La COT rappresenta lo strumento organizzativo funzionale a tutti gli operatori della rete socio-sanitaria coinvolti nella presa in carico dell'utente fragile indipendentemente dal

³¹ 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.

³² Rorden J, Taft E. Discharge planning: Guide for Nurses. Philadelphia: Saunders. 1990

luogo di cura in cui egli si trovi: domicilio, strutture intermedie, semiresidenziali, residenziali e in ospedale.

Attraverso la raccolta di bisogni espressi ed inespressi di carattere socio-sanitario, la ricezione e trasmissione delle informazioni, la mappatura delle risorse della rete, facilita e garantisce transizioni protette per le quali non esistono già percorsi strutturati e supporta i soggetti della rete nella gestione delle criticità. Facilita la definizione/revisione di PDTA e procedure aziendali anche alla luce di criticità riscontrate.

2.5 Procedura organizzativa

All'interno dell' ULSS 1 DOLOMITI, Distretto di Feltre, è presente una procedura organizzativa che regola e pianifica la dimissione con eventuale presa in carico da parte dei servizi territoriali delle persone cosiddette fragili³³. (All.1) Questo iter è stato redatto ed approvato nel 2016, quando era ancora presente l'ULSS 2 di Feltre.

Questa procedura organizzativa ha lo scopo di descrivere ed uniformare le modalità di gestione e compilazione di una dimissione protetta, facilitando il passaggio di informazioni tra il Territorio e l'Ospedale.

Il protocollo è rivolto a tutte le persone assistite, ricoverate (in ricovero ordinario o OBI), residenti e non nella precedente ULSS 2 di Feltre, anche se già in carico ai servizi territoriali o ospitati in strutture residenziali che, alla dimissione ospedaliera, possono avere la necessità di continuità assistenziale nella rete dei servizi territoriali.

Per far sì che avvenga una corretta dimissione protetta, è necessario il lavoro in sinergia di diversi settori dell'Azienda:

- Centrale Operativa Territoriale (COT): nella gestione della persona fragile, ricoverata in ospedale, la COT diventa il punto di raccolta, registrazione analisi e filtro della segnalazione, attraverso specifici percorsi elaborati con i servizi territoriali e contenuti in apposito documento allegato. Attiva, se necessario, ulteriori strumenti utili alla valutazione complessiva dei casi, collaborando alla formulazione del loro più idoneo percorso assistenziale intra ed extra ospedaliero . Infine invia la modulistica di segnalazione e di dimissione ai vari servizi territoriali.
- Case Manager Ospedaliero: è il professionista che favorisce un'assistenza personalizzata prendendo in carico la persona assistita e la sua famiglia,

³³ “Procedura Organizzativa: Modalità E Strumenti Per Continuità Assistenziale Della Persona Fragile Ricoverata In Ospedale”

intraprendendo percorsi semplici o complessi, allo scopo di agevolare il rientro a domicilio con eventuale attivazione dei servizi territoriali. Quando non è prevedibile il rientro a domicilio collabora all'inserimento nella struttura più idonea. Segue la persona assistita durante il percorso di cura , favorendo la continuità dell'assistenza, migliorando la qualità di vita della persona e dei suoi famigliari. Nella continuità assistenziale rivolta alla persona fragile, collabora con l'équipe di reparto e la COT al fine di formulare il percorso assistenziale più idoneo alla persona.

Gli strumenti che vengono utilizzati in questa procedura sono:

- SCHEDA DI BRASS INDEX (All.2)
- MODULO DI ATTIVAZIONE U.V.M.O.
- MODULO DI ATTIVAZIONE U.V.M.D.
- AVVISO DI DIMISSIONE (All.3)

Tutti gli strumenti qui sopra elencati (eccetto il modulo di attivazione UVMD) vanno sempre inviati dal personale sanitario dell'U.O. ospedaliera alla COT.

Sarà possibile, attraverso il sistema informatico (attuale SISTE), ottenere informazioni sull'eventuale presa in carico della persona da parte dei servizi territoriali e sulla tipologia delle attività assistenziali attivate.

In particolare l'avviso di dimissione è un format in cui vengono riportate informazioni cliniche prevalentemente connesse alla presenza di dispositivi medico chirurgici (SNG, PEG, drenaggi, pompe infusionali...) o presenza di ferite, stomie. A piè di pagina fa riferimento ad un eventuale accompagnamento con una lettera di dimissione infermieristica che però non è codificata e/o uniforme nelle diverse UO ospedaliere.

CAPITOLO TERZO: *L'indagine*

3.1 Obiettivo dell'indagine e disegno dello studio

Questo studio ha permesso di comprendere la soddisfazione degli infermieri che operano sul territorio circa le informazioni provenienti dall'ospedale nelle fasi precedenti o contestuali alla dimissione protetta.

È stata condotta quindi un'analisi descrittivo-quantitativa allo scopo di conoscere l'opinione del personale infermieristico, sulla base delle loro esperienze nella pratica clinica, riguardo la condivisione dei dati del paziente dimesso da una qualunque unità operativa ospedaliera e preso in carico dal servizio territoriale.

3.2 Campione e setting

L'indagine è stata realizzata nell' ULSS 1 Dolomiti, distretto 2 di Feltre, presso l'Assistenza Domiciliare Infermieristica nell'Agosto e Settembre del 2022.

Il metodo utilizzato per l'indagine è stata l'intervista ed i destinatari sono stati gli infermieri.

Sono stati coinvolti nell'indagine infermieri candidabili attraverso i seguenti criteri:

- criteri di inclusione: sono stati inclusi tutti gli infermieri in servizio presso l'ADI in ruolo da almeno un mese.
- criteri di esclusione: sono stati esclusi tutti gli infermieri generici, infermieri neoassunti ancora in periodo di affiancamento, gli infermieri di famiglia e gli infermieri che si occupano dell'Ambulatorio ADI.

Dopo questa ricognizione, sono risultati potenzialmente candidabili allo studio 20 infermieri. Il campione finale dello studio è stato di 18 infermieri.

3.3 Metodi e Strumenti

Dopo l'analisi del processo di dimissione ospedaliera, lo studio qualitativo è stato effettuato attraverso un'intervista audio registrata. L'intervista consisteva in domande aperte in cui gli argomenti vertevano sulle esperienze avute nella pratica professionale di ogni giorno riguardo la presa in carico di un paziente appena dimesso dall'ospedale e che avrà bisogno di una continuità assistenziale fornita dall'ADI. Le domande dell'intervista sono presenti nell'allegato 1. Le domande sono state uguali per tutti gli infermieri e poste nella stessa identica maniera, spiegandole con parole diverse qualora l'infermiere non

avesse compreso la domanda posta. L'infermiere non è stato mai interrotto durante il suo eloquio. Le interviste sono state tutte audio registrate, poi trascritte parola per parola, al fine di consentire durante l'analisi la massima fedeltà ai dati riportati dagli infermieri .

Le domande sono state predisposte in collaborazione con la coordinatrice infermieristica dell'U.O.C. su aree di bisogno considerate strategiche nell'assistenza domiciliare (All.4):

- *“BISOGNO DI ALIMENTAZIONE-NUTRIZIONE EFFICACE: solitamente che tipo di informazioni vengono trasmesse al riguardo? Quali lei ritiene siano necessarie al fine di prendere in carico correttamente il paziente e stilare un buon piano assistenziale ad esempio ipotizzando di dover prendere in carico un paziente disfagico?*

- *“CUTE e INTEGRITÀ: come viene gestito il passaggio di informazioni in questo caso? Quali sono le informazioni necessarie, che secondo lei, sono importanti al fine di attuare i corretti interventi?”*

- *“BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA: Riguardo alla presa in carico di pazienti con cateterismo vescicale a dimora, quali sono i primi dati utili che riceve e quali desidererebbe ricevere (nel caso non coincidano) al fine di programmare degli interventi volti a una corretta gestione?*

È stata strutturata poi una quarta domanda generale per indagare il percepito rispetto ad un ipotetico strumento ideale:

“In generale, secondo lei, con i dati e le informazioni fornite dalla struttura ospedaliera al momento della presa in carico del paziente le è possibile inquadrare globalmente lo status del paziente preso in carico in modo tale da formulare le giuste diagnosi infermieristiche e mettere in atto gli appositi interventi? Se no, quali sono gli aspetti/informazioni che secondo lei non vengono adeguatamente attenzionati nel passaggio di consegne e che ritiene meritevole di una modifica?”

Una volta sbobinate e trascritte le interviste, sono state identificate parole e concetti chiave raggruppati nelle seguenti categorie (All.5):

- Qualità e completezza dell'informazione.
- Casistica prevalente riportata come significativa per gli esempi.
- Ruoli formali ed informali implicati nel processo.
- Tipologia di informazione.

3.4 Risultati

Le interviste sono state sottoposte a 16 Donne e 2 Uomini, esse sono durate in media 9 minuti, da un minimo di 4 ad un massimo di 22 minuti. La versione integrale delle interviste è disponibile nell'Allegato 5.

3.4.1 Bisogno di alimentazione - nutrizione efficace

Sette intervistati su diciotto hanno considerato sufficiente la trasmissione dei dati riguardanti l'alimentazione, trasmessi dal case manager dell'assistenza domiciliare e dalle lettere infermieristiche trasmesse dal reparto di provenienza.

- *“Su questo tema c'è una buona trasmissione dei dati al riguardo.”* (ADI 1)
- *“Le informazioni fondamentali ci vengono fornite dal case manager, che ci fa da collegamento dall'ospedale a noi infermieri del territorio.”* (ADI 4)
- *“Il case manager dell'ospedale ci fornisce gli elementi generali affinché si possa garantire una buona presa in carico del paziente. Inoltre, grazie ai dati forniti dal reparto e alla lettera infermieristica viene garantita la continuità assistenziale.”* (ADI 5)

Due intervistati hanno invece segnalato la presenza di notevoli lacune nello scambio di informazioni riguardanti l'alimentazione.

- *“Delle volte sono dettagliate, altre volte ci sono delle lacune e quindi bisogna chiamare il reparto e fare dei passaggi in più. Adesso che c'è il case manager, in caso di carenze fa lei questi passaggi. Ci dovrebbe essere più comunicazione tra ospedale e territorio per colmare queste lacune.”* (ADI 10)
- *“A parere mio il paziente disfagico è poco considerato.”* (ADI 18)

Essendo le persone dimesse per lo più anziane, molti infermieri segnalano l'importanza di avere informazioni sulla dieta, se presente cachessia, se c'è stata una valutazione da uno specialista (nutrizionista o dietista). Tra le persone che necessitano di prescrizioni dietetiche ci sono spesso pazienti affetti da scompenso cardiaco e diabetici.

La casistica più riportata nelle interviste fa riferimento al paziente disfagico ed alla persona in nutrizione enterale parenterale.

Dieci intervistati hanno riportato che per loro è fondamentale capire se vi è o meno la presenza di disfagia nel paziente che si sta prendendo in carico. Il paziente disfagico richiede un bagaglio di informazioni che comprende il livello di disfagia, l'utilizzo di

addensante e la sua capacità di deglutizione. Tuttavia molto spesso queste informazioni mancano.

- *“Le cose più importanti sono quelle di capire se abbiamo a che fare con un paziente diabetico e/o disfagico. Soprattutto per il punto di vista del paziente disfagico, per noi del territorio è fondamentale contare su un caregiver presente.”* (ADI 1)

- *“È stato prescritto l'addensante? il suo livello di disfagia? la consistenza del cibo: frullato oppure molle?”* (ADI 6)

- *“La priorità è capire se un paziente è disfagico o no.”* (ADI 16)

- *“Quando ci arriva l'avviso di dimissione dal reparto, vengono sottolineate le problematiche di tipo alimentare, se è disfagico e che livello ha, se viene utilizzato l'addensante.”* (ADI 17)

Otto intervistati hanno affermato l'importanza di conoscere tempestivamente il bisogno di ricorrere alla nutrizione enterale da parte del paziente che sta per essere preso in carico. Bisogna essere tempestivi nel comunicarlo al servizio territoriale in modo tale da potere avere tutte le prescrizioni necessarie nel minor tempo possibile. Le loro necessità sono rappresentate in particolare sul tipo di dieta/preparato da somministrare e le modalità di somministrazione.

- *“Conoscere il tipo di dieta, se è presente una nutrizione enterale per PEG e che tipo di flaconi fa.”* (ADI 1)

- *“La nutrizione via PEG o SNG, in quel caso di solito ci sono i preparati pronti con la pompa e dai indicazioni sull'impostazione, la velocità ml/h e sui rischi.”* (ADI 7)

- *“Vorrei sapere se esiste una nutrizione enterale per PEG e che tipo di flaconi vengono utilizzati.”* (ADI 11)

- *“Si valuta se ci sono altri tipi di alimentazione, parliamo quindi di PEG o nutrizione attraverso il SNG, in questi due casi dobbiamo sapere quali sono i tipi di nutrizione e quindi quali sono i preparati prescritti dal team nutrizionale e la loro quantità e la velocità.”* (ADI 17)

Un altro aspetto messo in evidenza è il ruolo strategico dell'educazione terapeutica. Gli infermieri segnalano come spesso i caregiver-badanti non vengano educati o non si tenga conto che la situazione a domicilio è diversa dall'ospedale.

- *“Purtroppo fanno accedere poco i parenti prima della dimissione nell'educazione, che non è una cosa banale a livello domiciliare in quanto non tutti sono in grado o non se la sentono.”* (ADI 13)

- *“Tutto viene rinforzato a casa perchè il tipo di alimentazione dall'ospedale al domicilio cambia, qui dalla cucina arriva tutto tritato mentre a domicilio un po' glielo devi rinforzare. Il problema è con i liquidi e quindi con l'addensante e quindi anche lì devi rafforzare l'educazione del paziente e del caregiver. (...)”* (ADI 14)

3.4.2 Integrità della cute

Su questo tema emerge una percezione di deficit delle informazioni ritenute fondamentali per la continuità assistenziale. Seppure nella scheda di segnalazione alla dimissione venga inserita la presenza di lesioni da pressione spesso non riportano informazioni che permettano di comprendere l'insorgenza, l'evoluzione, la stadiazione, l'attivazione dei dispositivi necessari.

- *“È importantissimo sapere la stadiazione della lesione da pressione, con quali materiali è stato trattato, il tipo di lesione, le patologie di base del paziente e se assume particolari farmaci come per esempio il Coumadin, in questo caso il paziente avrà un livello di guarigione più lento rispetto ad un altro.”* (ADI 1)

- *“Per me è importante conoscere il tipo e la stadiazione delle lesioni del paziente. Il tipo di medicazione che deve essere fatta e quante volte viene cambiata alla settimana oltre che al materiale che deve essere usato.”* (ADI 2)

- *“Vorrei che mi fossero date tutte queste informazioni che adesso ti elenco e comunque sono anche le informazioni necessarie di cui avrei bisogno. Se la persona ha lesioni quando torna a domicilio, che tipologie di lesioni e come vengono medicate? Se ha avuto una visita dallo specialista in un ambulatorio lesione cutanee o altro. Nel caso ci siano delle medicazioni particolari vorrei la prescrizione di queste medicazioni. Non sempre però mi vengono date queste informazioni. A volte una lesione che loro hanno classificato in un modo poi si rivela tutt'altra cosa. Non sempre le informazioni che ci dovrebbero arrivare dall'ospedale sono informazioni che alla fine abbiamo.”* (ADI 6)

- *“Ci viene detto se il paziente ha delle lesioni o meno, il tipo e la sede. Io vorrei sapere se il paziente corre dei rischi di sviluppare una lesione da decubito, se ha una cute fragile. Vorrei sapere se è stata già fatta la richiesta per il materassino da decubito oppure se lo ha già in dotazione. Vorrei conoscere la sua alimentazione, è idonea? È giustamente idratato? È stata segnalata la presenza di rossori da qualcuno?”* (ADI 8)

- *“Dal punto di vista delle informazioni che l’ospedale dovrebbe dare agli infermieri non credo che da questo punto di vista ci sia possibilità di far meglio.”* (ADI 13)

- *“È importante secondo me ma non viene inserito nella scheda di dimissione, conoscere se il paziente è entrato in ospedale già con una lesione ed in tal caso di che tipo e quando è stato dimesso che tipo di lesione aveva oppure se è guarita. Vorrei più precisione anche su come sono state trattate e medicate.”* (ADI 18)

Cinque intervistati su diciotto hanno riportato che vi è una mancanza di materiali da utilizzare nella gestione e nella cura di una lesione da decubito.

- *“Vi è una mancanza di materiali, l’ospedale ha determinati materiali che qui non abbiamo in dotazione. Ci è capitato di trovarci qua con un foglio di una medicazione che magari viene fatta 3 o 4 volte alla settimana e noi purtroppo non possiamo effettuarla finché non arriva il corretto materiale.”* (ADI 1)

- *“L’unico problema è che alcuni prodotti non sono subito disponibili e alcune persone hanno bisogno di avere un piano attivato da un medico.”* (ADI 12)

- *“Nella maggior parte se vengono usati prodotti particolari non ci vengono forniti, quindi da questo punto di vista siamo un po’ carenti.”* (ADI 13)

Un infermiere intervistato ha posto un problema molto importante nell’ambito delle lesioni cutanee: a parer suo, la disponibilità di soltanto un Vulnologo all’interno dell’ospedale Santa Maria del Prato di Feltre è un grave handicap per la corretta gestione e prevenzione delle lesioni cutanee nei pazienti.

- *“Abbiamo un grande handicap, la presenza di soltanto un medico per la gestione di tutte le lesioni cutanee, (...) che necessita di un sacco di tempo prima di valutare un paziente e impostare una cura adeguata. (...) A me basterebbe che tipo di prodotto usare per quella lesione (...), altrimenti noi in attesa della visita specialistica, ci rechiamo sul territorio e*

usiamo il nostro buon senso e la nostra esperienza ma non abbiamo un protocollo per le varie lesioni.” (ADI 9)

3.4.3 Bisogno di eliminazione urinaria

Rispetto a questo bisogno le principali necessità degli infermieri sono ricollegabili alla gestione del cateterismo vescicale.

Tredici intervistati su diciotto affermano che le informazioni necessarie per garantire una corretta continuità assistenziale ad una persona con Cateterismo Vescicale a dimora sono insufficienti e spesso ci si limita a riportare solo la presenza di esso. Le loro necessità riguardano in primis: tipo di Catetere Vescicale (CV), data di inserzione, calibro, ultimo cambio, presenza di patologie alla prostata e assunzione di anticoagulanti.

- *“Per me è importante conoscere il tipo di CV, il numero, ogni quanto viene cambiato e nel maschio se ha problemi prostatici. Oltre alla terapia che assume, sai che con il Coumadin si è a rischio emorragie.” (ADI 2)*

- *“Tante volte ci sfugge la data di inserzione del CV e quindi ci si trova davanti ad una perdita di tempo dovuta dalle chiamate che si fanno al collega del reparto per cercare di capire questa data che a noi serve.” (ADI 4)*

- *“I dati che ci arrivano riguardano la data di inserzione e l’ultimo cambio effettuato, il tipo ed il numero.” (ADI 5)*

- *“La maggior parte delle volte ti dicono che il paziente ha un catetere però non ti dicono quando è stato cambiato l’ultima volta, che tipologia o altro. Adesso, grazie a Dio, c’è la case manager che fa molto da tramite con l’ospedale e quindi ci comunica queste informazioni che sono molto importanti per noi, però prima non ci venivano date e noi eravamo spesso in difficoltà.” (ADI 6)*

- *“Vorrei sapere il motivo per il quale è stato utilizzato il CV, il calibro e la problematica del paziente. Noi abbiamo come strumento una cartella informatica su tutti i pazienti divisi per aree, lì c’è scritto il tipo di CV, quando sostituirlo ed il tipo di problematiche riscontrate nella sostituzione.” (ADI 10)*

Conoscere questi aspetti assume un ruolo fondamentale non solo per la gestione del presidio ma anche rispetto alla peculiarità dell’assistenza a livello territoriale e le difficoltà intrinseche agli spostamenti.

-“Non ci vengono date le informazioni precise sull’ultima data di inserzione, la tipologia di CV. Questo è importante per noi perché nel momento in cui andiamo a casa del paziente, avendo a disposizione queste informazioni, possiamo portarci dietro tutto il materiale che ci serve, visto le distanze che possono esserci tra la nostra sede ed il loro domicilio, quindi questo è fondamentale! Questo vale anche per i tipi di sacche da catetere e per gli altri dispositivi che servono.” (ADI 1)

Novi intervistati su diciotto hanno la necessità di sapere se la procedura di inserimento del Catetere Vescicale è avvenuta serenamente o sono state riscontrate delle problematiche a tal punto da richiedere l’intervento dell’Urologo. Questo dato, secondo i nove intervistati, non viene mai espresso.

- “L’importante è sapere sempre se il CV si può cambiare a domicilio oppure il paziente si deve recare in ambulatorio di urologia.” (ADI 3)

- “Vorrei sapere se il paziente presenta complicanze come tumori alla prostata in modo tale da cambiare il catetere in ambulatorio di urologia e non farlo al domicilio.” (ADI 8)

- “Sarebbe utile sapere se ci sono state difficoltà o no nel posizionamento del CV perché noi infermieri del territorio potremmo trovarci di fronte a pazienti con malattie della prostata o tumori che vengono gestiti dall’ambulatorio di Urologia del nostro ospedale, ma se non abbiamo queste informazioni, potremmo trovarci di fronte a un sanguinamento durante il cambio.” (ADI 11)

Due intervistati su diciotto ritengono insufficiente l’educazione data al paziente sulla gestione del catetere vescicale fornita dall’equipe sanitaria del reparto di provenienza. Un intervistato su diciotto, invece, ritiene adeguata l’educazione data al paziente sulla gestione del catetere vescicale.

- “A me è capitato che le persone in post dimissione non sapessero svuotare la sacca del catetere, quindi è importante educare già i pazienti in ospedale. Educarli nel corretto posizionamento, fare attenzione alle ostruzioni.” (ADI 7)

- “È raro trovare familiari educati sull’uso del catetere, molto raro. Quel poco che viene detto è unicamente riguardo l’apertura e chiusura, senza dare informazioni su eventuali complicanze, eventuali occlusioni, su eventuali cambi di sacca.” (ADI 13)

- *“Per quanto riguarda l’educazione, nel paziente urologico, viene effettuata bene grazie alla consegna anche di opuscoli o materiale.”* (ADI 14)

3.4.4 Ambiti di miglioramento

Per quanto riguarda questo aspetto molti infermieri si sono focalizzati subito sul grande contributo che è stato dato alla qualità e completezza delle informazioni grazie alla figura del case manager domiciliare che consente in primis di inquadrare globalmente lo status del paziente preso in carico.

In mancanza di questa figura emergono le criticità riferite sopra rispetto alla qualità delle informazioni e che spesso diventa fondamentale il caregiver come “narratore” di aspetti utili per la continuità assistenziale ma spesso questa figura non viene considerata e coinvolta in ospedale e se non presente costituisce un ulteriore elemento di criticità.

Un intervistato ha espresso un problema notevole: la compilazione delle schede di valutazione da parte degli infermieri di reparto in maniera frettolosa o con qualche disattenzione. Questo può causare non pochi problemi agli infermieri del territorio che devono prendere in carico il paziente non appena dimesso.

- *“Secondo me gli aspetti da cambiare sono questa esagerazione di carte che non hanno più la valenza di strumenti, che non vengono compilati nei momenti corretti per una questione di tempistica del reparto. Per esempio: in una lettera di dimissione non è segnalata la presenza di un CV, poi arrivo al domicilio della paziente e ne trovo uno inserito. Questo vuol dire che la lettera di dimissione è stata fatta ma non come si deve, quindi ha senso o no? Ovvio che non ha senso.”* (ADI 5)

Rispetto alla continuità emergono però anche delle difficoltà nei passaggi di informazione tra gli infermieri del territorio come la mancanza di uno strumento. Un intervistato ha espresso il bisogno di utilizzare un nuovo strumento di consegna rispetto a quello attuale dove avvengono delle omissioni di consegna causate dalla turnistica e dalla notevole mole di lavoro.

- *“Vedo che tra noi infermieri del territorio ci sono delle omissioni di consegna, bisognerebbe utilizzare uno strumento standard per il passaggio di consegna.”* (ADI 10)

L'importanza della figura del Case Manager

Undici intervistati su diciotto affermano che grazie al Case Manager dell'Assistenza Domiciliare avviene una presa in carico più efficiente grazie al numero maggiore di elementi legati allo status del paziente.

- *“Grazie al case manager, che ci fa da tramite, riusciamo ad inquadrare lo stato del paziente ed avere le informazioni necessarie. Questo avviene soprattutto su pazienti che sono stati già presi in carico da noi.”* (ADI 3)

- *“Facciamo tanto affidamento sulla figura del case manager perché è lui che vede il paziente durante il ricovero e sa farti effettivamente una fotografia del paziente, che è proprio quello che invece non succede dalla documentazione che arriva dal reparto. Quando il case manager non è presente viene a mancare questa identificazione chiave.”* (ADI 4)

- *“Adesso con la figura del case manager qui in ADI riusciamo ad avere delle informazioni abbastanza globali perché grazie a loro il paziente viene inquadrato totalmente, dal motivo dell'ingresso al momento della dimissione, questo perché i pazienti vengono visti da loro diverse volte in reparto e quindi abbiamo una presa in carico migliore. Se i case manager non ci fossero o non dessero questo tipo di informazioni, l'ospedale manderebbe informazioni mancanti o inutili per noi, quindi dovremmo star lì a contattare l'ospedale e chiederle. Questa figura ci aiuta molto.”* (ADI 6)

- *“Secondo me, adesso che c'è il case manager, ci sono meno lacune. Questa figura ci aiuta molto perché va in ospedale a vedere direttamente il paziente.”* (ADI 10)

- *“Ci sono alcuni reparti, specialmente dove ci sono i case manager, dove le informazioni che ci vengono fornite sono ottimali per capire la situazione del paziente. Altri reparti invece, dove questa figura non è presente, le informazioni sono completamente insufficienti, quindi noi arriviamo al domicilio del paziente senza avere idee precise, oppure troviamo situazioni non conformi a quello che ci era stato detto.”* (ADI 13)

L'importanza di poter contare su un caregiver presente

Tre intervistati su diciotto affermano che una corretta continuità assistenziale può avvenire soltanto grazie al lavoro svolto in sinergia con il caregiver di riferimento. Purtroppo ciò non avviene sempre.

- *“I familiari all'inizio dicono che ti daranno una mano e poi quando il paziente viene dimesso e quindi portato al domicilio spariscono.”* (ADI 2)

- *“Molte volte l'ospedale non si assicura del caregiver a casa, a me è capitato di vedere una persona dimessa sabato mattina, senza la presenza di un badante che potesse aiutarla.”* (ADI 7)

- *“Il nostro problema è il sociale perché spesso non viene preso in considerazione, mentre lo si fa soltanto con la situazione clinica del paziente. In ospedale chiedono soltanto se c'è la presenza o meno di un figlio che quando si presenta sembra il più bravo del mondo e poi appena il paziente viene dimesso e torna a casa non aiuta per niente, anzi, c'è il disastro.”* (ADI 14)

CAPITOLO QUARTO: *Discussioni e Conclusioni*

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 delle cure prestate al cittadino.

La dimissione ospedaliera è un processo complesso che vede l'infermiere come protagonista principale. Secondo l'articolo 27 del Codice Deontologico *“L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi³⁴.”* 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 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.

Già Shortell³⁵ nel 1976 definiva la *“continuity of care”* come la misura in cui i servizi sanitari sono recepiti come parte di una successione coordinata e ininterrotta di eventi coerenti con i bisogni dei pazienti. La percezione di continuità assistenziale, ovvero della progressione dell'assistenza in modo continuo e coordinato, è un elemento fondamentale per la soddisfazione dei pazienti e, soprattutto per i pazienti cronici, risulta influenzata maggiormente dal modello assistenziale più che dal tipo di patologia. Costituisce pertanto una priorità entrare nel merito della rete dei servizi che si è costituita, verificarne l'efficacia e l'appropriatezza e, quindi, effettuare un monitoraggio degli esiti e dei nursing

³⁴ FNOPI, Codice Deontologico Infermiere, https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/.pdf Consultato l'ultima volta in data 15/08/2022

³⁵ Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care.* 1976 May;14(5):377-91. doi: 10.1097/00005650-197605000-00001. PMID: 1271879.

sensitive outcome, anche alla luce dei cambiamenti all'interno della stessa popolazione assistita.

La *Joint Commission* definisce il *discharge planning* “Il processo formalizzato nelle organizzazioni sanitarie che attivano un programma di continuità delle cure e follow-up specifico per ogni paziente. Il piano di dimissione identifica e documenta una sequenza di fasi, da porre in atto in tempi definiti, per raggiungere obiettivi che hanno lo scopo di garantire un sicuro rientro a casa o l'integrazione necessaria al proseguimento delle cure. Il piano di dimissione garantisce che il paziente rimanga ricoverato solamente per problemi clinici” (JCHAO, 2004).³⁶

Una dimissione protetta coordinata e gestita da infermiere esperte (“*advanced practice nurses*”) produce risultati assistenziali migliori sui pazienti anziani osservati, rispetto al gruppo di controllo.

La valutazione, la comunicazione e la pianificazione della dimissione sono i tre elementi fondamentali della dimissione protetta. In molti studi, Anderson e Helmes³⁷ hanno osservato che solo la metà delle informazioni che le infermiere delle cure domiciliari ritengono importanti per la dimissione (incluse la valutazione delle capacità funzionali e dello stato psichico e la storia ed il contesto sociale del paziente) sono in realtà trasmesse da medici ed infermieri dell'ospedale.

4.1 Discussione e scenari futuri

Lo scopo di questa indagine è stato dunque quello di sondare, attraverso il parere degli intervistati, quanto sia effettivamente efficace nella pratica clinica quotidiana questa presa in carico del paziente secondo il punto di vista dei professionisti infermieri.

Sono emerse delle richieste di informazioni specifiche e più dettagliate da parte degli infermieri del territorio, affinché possa essere attuata una presa in carico del paziente dimesso dall'ospedale che vada a considerare l'assistito nella sua totalità, evitando di tralasciare aspetti che possono risultare importanti per la gestione del paziente durante il proseguimento della sua degenza.

³⁶ Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, JCHAO, 2004

³⁷ Anderson MA, Helms LB, Black S, Myers DK., A rural perspective on home care communication about elderly patient after hospital discharge. *Weste Journal of Nursing Research* 2000; 22:225- 243

La presenza del case manager territoriale è risultata essere vincente. Il suo ruolo è riconosciuto in modo unanime per la funzione di raccordo con l'Ospedale ed i *caregivers*.

Sarebbe interessante valutare in scenari futuri come la figura dell'Infermiere di famiglia implementerà ulteriormente questi aspetti.

I risultati ottenuti dall'analisi delle registrazioni, hanno toccato diversi temi interessanti per poter proporre alcuni aspetti importanti da inserire in una nuova ipotetica scheda di accertamento standardizzata per l'Assistenza Domiciliare Infermieristica di Feltre.

È necessaria una comunicazione efficace e appropriata nell'ambito dell'assistenza sanitaria domiciliare tanto quanto è necessaria nelle altre strutture di cura non solo per prevenire eventi sentinella, ma anche per prevenire i ricoveri e migliorare i risultati dei pazienti.³⁸

Diversi progetti di miglioramento della qualità descrivono l'utilizzo della comunicazione SBAR nell'assistenza sanitaria domiciliare. L'*Home Health Quality Initiative*³⁹ ne ha sostenuto l'uso per prevenire ricoveri evitabili e ha sviluppato modelli che gli infermieri potrebbero utilizzare quando chiamano un medico per una riacutizzazione di un paziente per evitare un ricovero evitabile. Lo strumento SBAR si è dimostrato efficace per prevenire i ricoveri ospedalieri di pazienti con malattie croniche che hanno sviluppato un segno o sintomo precoce di riacutizzazione o altri problemi acuti.

Sebbene la comunicazione SBAR si sia dimostrata altamente efficace nelle comunicazioni interdisciplinari, la comunicazione SBAR può essere utilizzata anche per organizzare il coordinamento dei rapporti di cura, tra il case manager di un paziente e gli altri membri del team ospedaliero. Questo metodo, può anche essere insegnato ai pazienti e ai loro caregiver come un modo efficace per comunicare con i loro medici sui segni premonitori di una riacutizzazione e per prevenire cure di emergenza e ricoveri. La comunicazione SBAR è stata adottata da molte organizzazioni sanitarie e ha continuato a dimostrare che forniva un quadro per la comunicazione condivisa tra le discipline, riducendo gli incidenti e migliorando la cura del paziente,⁴⁰ ha dimostrato che migliora una comunicazione

³⁸ Quality Insights of Pennsylvania.(2006). SBAR: A home health hackage. Home Health Quality Initiative. Publication number 8SOW-PA-HHQ06.176.

³⁹ Home Health Quality Initiative.(2010). Best Practice intervention package: Cross settings 1.Retrieved on May 12, 2013 from: <http://www.homehealthquality.org/Education/BPIPS/Cross-Settings-I-BPIP.aspx>

⁴⁰ Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. J Healthc Qual. 2009 Sep-Oct;31(5):19-28. doi: 10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x. PMID: 19813557.

efficiente che promuove una collaborazione efficace, migliora i risultati dei pazienti e aumenta la soddisfazione del paziente per l'assistenza.

4.2 Limiti dello studio

I limiti di questo studio sono stati principalmente l'esiguità del campione e l'insufficiente letteratura italiana a riguardo che rende difficoltoso il paragone e il confronto con altre realtà europee; oltretutto i dati analizzati non sono generalizzabili con un'altra realtà assistenziale perché eseguiti in un unico centro.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

- Anderson MA, Helms LB, Black S, Myers DK., A rural perspective on home care communication about elderly patient after hospital discharge. *West Journal of Nursing Research* 2000; 22:225- 243
- Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *J Healthc Qual.* 2009 Sep-Oct;31(5):19-28. doi: 10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x. PMID: 19813557
- Bolch D., Johnston J.B., Giles L.C., Whitehead C., Phillips P. &Crotty M. (2005) Hospital to home: an integrated approach to discharge planning in a rural South Australian town. *Australian Journal of Rural Health* 13(2), 91–96.
- Bull M.J. & Roberts J. (2001) Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35(4), 571–581.
- 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.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 39 del 17 gennaio 2006. Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative.
- Dettaglio Legge Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto
- Dichiarazione di Alma Ata
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
- 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.
- Dunnion ME, Kelly B. From the emergency department to home. *J Clin Nurs.* 2005;14(6):776-785. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01129.x.
- FNOPI, Codice Deontologico Infermiere
- 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.
- Gobbi P. Modelli regionali ADI a confronto
sigg.it/assets/congressi/60-congresso-nazionale-sigg/slide/85_Gobbi.pdf


- Grotnroos E. & Pera'la M.-L. (2005) Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19(3), 288–295.
- 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.
- Home Health Quality Initiative.(2010). Best Practice intervention package: Cross settings 1.Retrieved on May 12, 2013 from: <http://www.homehealthquality.org/Education/BPIPS/Cross-Settings-I-BPIP.aspx>
- 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.
- Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, JCHAO, 2004.
- 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.
- 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
- 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
- Naylor M, Brooten DB, Campbell R, Jacobsen B, Mezey MD, Pauly MV et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA* 1999, 281 (7); 613-620.
- Nursetimes.org/le-dimissioni-protette-ospedaliere-nel-contesto-italiano-poche-lucitante-ombre/16389
- 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.
- Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane. Project (VS/2011/0052) - supported by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity PROGRESS (2007-2013)

- Piano Sanitario Nazionale 2011/2013, 18 novembre 2010 (Italia).
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Patto per la Salute 2014-2016. 2014.
- *“Procedura Organizzativa: Modalita’ E Strumenti Per Continuita’ Assistenziale Della Persona Fragile Ricoverata In Ospedale”*
- Quality Insights of Pennsylvania.(2006). SBAR: A home health hackage. Home Health Quality Initiative. Publication number 8SOW-PA-HHQ06.176.
- 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.
- Rorden J, Taft E. *Discharge planning: Guide for Nurses*. Philadelphia: Saunders. 1990.
- Scaccabarozzi et al. Gruppo di lavoro sulla continuità assistenziale. Regione Lombardia, Assessorato alla Sanità. 30 ottobre 2007.
- Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care*. 1976 May;14(5):377-91. doi: 10.1097/00005650-197605000-00001. PMID: 1271879.
- Speranza di Vita e mortalità - salute.gov.it
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1203_ulterioriallegati_ulteriore_allegato_2_alleg.pdf.
- United Nations. World population ageing 1950-2050
- 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.
- World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Procedura organizzativa: modalità e strumenti per continuità assistenziale della persona fragile ricoverata in ospedale

	Procedura Organizzativa	DOC.: DDSS/ PO/63
	MODALITÀ E STRUMENTI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DELLA PERSONA FRAGILE RICOVERATA IN OSPEDALE	REV.: 03 del 28/10/2016
		PAG.: 1 di 6

PROCEDURA ORGANIZZATIVA MODALITÀ E STRUMENTI PER LA CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE DELLA PERSONA FRAGILE RICOVERATA IN OSPEDALE

INDICE

- 1 Scopo
- 2 Campo di applicazione
- 3 Responsabilità
- 4 Centrale Operativa Territoriale
- 5 Case Manager ospedaliero
- 6 Strumenti di segnalazione e loro invio
 - 6.1 La Scheda di Brass Index
 - 6.2 Modulo di attivazione U.V.M.O.
 - 6.3 Modulo di attivazione U.V.M.D.
 - 6.4 Avviso di dimissione
- 7 Valutazione della persona da parte dei Servizi Territoriali
- 8 Informazioni sulla persona in carico ai Servizi Territoriali
- 9 Fonti e regolamenti

Allegati alla procedura:

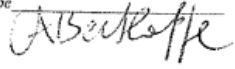
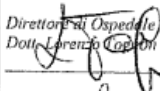
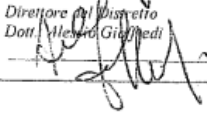
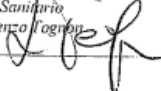

- PO/63/M/01: Scheda di Brass Index
- PO/63/M/02: Modulo di attivazione U.V.M.O.
- PO/63/M/03: Modulo di attivazione U.V.M.D.
- PO/63/M/04: Avviso di Dimissione

MODIFICHE DALLA VERSIONE PRECEDENTE

- *Revisione completa*

REDATTO

Gruppo di lavoro: Cazzaro Nicola, Chiea Sonia, Corrà Lucia, De Bortoli M.Cristina, De Conto Tiziana, Dimai Paola, Facchin Fiorentina, Maoret Elena, Marchet Gabriele, Mello Daiana, Nami Manuela, Oppio Nicolas, Pagotto Katia, Pauletti Paola, Tormena Deborah, Zatta Stefania.

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Coordinatore del gruppo di lavoro Divigente Servizio Professioni Sanitarie Dott. Alberto Coppe 	Direttore Ospedale Dott. Lorenzo Capponi  Direttore del Distretto Dott. Alberto Giuffrè 	Direttore Sanitario Dott. Lorenzo Fogliani  Direttore Servizi Sociali e della Funzione Territoriale Dott. Mario Modolo 

1 Scopo

La procedura ha lo scopo di:

- descrivere e uniformare le modalità di compilazione, gestione e conservazione degli strumenti di seguito elencati,
- facilitare il passaggio di informazioni tra il Territorio e l'Ospedale (ammissione protetta),
- pianificare la dimissione con eventuale presa in carico da parte dei servizi territoriali (dimissione protetta),

delle **persone fragili**.

La definizione di fragilità è intesa come: *“condizione in cui comorbidità, cronicità, politerapia, disabilità, e problematiche sociali, intersecandosi tra loro, fanno sì che l'organismo perda la sua naturale capacità di utilizzare l'insieme dei meccanismi e delle riserve funzionali al fine di mantenere il proprio equilibrio interno in forma stabile”*.

Si ritiene di sottolineare che l'identificazione, la valutazione e il trattamento della persona fragile, non necessariamente anziana, sono aspetti fondamentali della buona pratica clinico-assistenziale quotidiana.

2 Campo di applicazione

La procedura è rivolta a tutte le persone assistite, ricoverate (in ricovero ordinario o OBI), residenti e non nell'ULSS 2 di Feltre, anche se già in carico ai servizi territoriali o ospitate in strutture residenziali che, alla dimissione ospedaliera, possono avere necessità di continuità assistenziale nella rete dei servizi territoriali.

3 Responsabilità

La responsabilità di approvare la procedura spetta per ambito di competenza al Direttore Sanitario e al Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale.

La responsabilità di verificarla spetta al Direttore dell'Ospedale e al Direttore del Distretto.

La responsabilità di redigerla, aggiornare i contenuti e diffonderla spetta al Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie in collaborazione con il gruppo di lavoro.

La responsabilità di implementare e adottare correttamente quanto previsto dalla presente procedura spetta a tutti i professionisti coinvolti, direttamente o indirettamente, nel processo assistenziale.

4 Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) si inserisce nell'ambito strategico aziendale come elemento cardine al fine dell'integrazione tra Ospedale e Territorio per la garanzia di una presa in carico continuativa e una gestione integrata della persona assistita, attraverso i servizi della rete territoriale. Nella gestione della persona fragile, ricoverato in ospedale, la C.O.T. diventa il punto di raccolta, registrazione, analisi e filtro della segnalazione, attraverso specifici percorsi elaborati con i servizi

territoriali e contenuti in apposito documento allegato alla presente PO. Attiva, se necessario, ulteriori strumenti utili alla valutazione complessiva dei casi, collaborando alla formulazione del loro più idoneo percorso assistenziale intra ed extra ospedaliero. Infine invia la modulistica di segnalazione e di dimissione ai vari servizi territoriali.

5 Case Manager ospedaliero

Il Case manager ospedaliero è il professionista che favorisce una assistenza personalizzata prendendo in carico la persona assistita e la sua famiglia, intraprendendo percorsi semplici o complessi, allo scopo di agevolare il rientro a domicilio con eventuale attivazione dei servizi territoriali. Quando non è prevedibile il rientro a domicilio collabora all'inserimento nella struttura più idonea. Segue la persona assistita durante il percorso di cura, favorendo la continuità dell'assistenza, migliorando la qualità di vita della persona e dei suoi famigliari.

Nella continuità assistenziale rivolta alla persona fragile, collabora con l'équipe di reparto e la COT al fine di formulare il percorso assistenziale più idoneo alla persona.

6 Strumenti di segnalazione e loro invio

- SCHEDA DI BRASS INDEX
- MODULO DI ATTIVAZIONE U.V.M.O.
- MODULO DI ATTIVAZIONE U.V.M.D.
- AVVISO DI DIMISSIONE.

Invio: tutti gli strumenti qui sopra elencati (eccetto il modulo di attivazione UVMD), vanno sempre inviati dal personale sanitario dell'U.O. ospedaliera alla COT (fax 0439.883487) tutti i giorni della settimana.

6.1 La Scheda di Brass Index

E' lo strumento da utilizzare per identificare e segnalare il paziente fragile, le cui caratteristiche determinano un rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile al fine di migliorare il percorso assistenziale della continuità delle cure infermieristiche o degli specifici supporti sociali.

Nel caso la persona assistita o il suo familiare esprimessero il dissenso a ricevere assistenza da parte dei servizi territoriali, segnalarlo sulla scheda di Brass, inviandola ugualmente alla COT.

Compilazione: la Scheda viene compilata dall'Infermiere dell'Unità Operativa (escluse le aree di degenza intensive) quando il quadro assistenziale della persona assistita si sia stabilizzato rispetto alla fase acuta

La scheda va compilata obbligatoriamente in tutti i campi.

Gestione della Scheda Brass Index da parte della C.O.T.: il professionista della C.O.T., ricevuta la Scheda la registra, analizza i contenuti e la invia secondo gli specifici percorsi elaborati e in base ai dati o ai bisogni rilevati, tramite fax (entro le prime 24 ore del primo giorno lavorativo della C.O.T. successivo

all'arrivo della scheda) al o ai seguenti Servizi della rete territoriale: (fa fede la data del rapporto di trasmissione del fax.):

- Servizio Sociale Et  Adulta Anziana ;
- Servizio Sociale dei Comuni non deleganti: Mel, Trichina, Sedico;
- Servizio di Assistenza Domiciliare Infermieristica ;
- Servizio di Cure Palliative;
- Centri Servizio (ex Case di Riposo) ;
- Servizio Territoriale del Primiero;
- C.O.T. di altre ULSS del Veneto, per le persone non residenti nell'ULSS n. 2 di Feltre.
- Servizi Territoriali delle Aziende Sanitarie al di fuori della Regione Veneto.

Conservazione della Scheda: l'originale viene conservato in cartella clinica della persona assistita presso l'U.O.. Le successive copie vengono archiviate da ogni singolo Servizio nel rispetto delle proprie modalit .

6.2 Modulo di attivazione U.V.M.O.

L'Unit  di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera ha lo scopo di evitare prolungamenti incongrui della degenza e individuare il percorso di continuit  assistenziale, intra ed extra ospedaliero, per intensit  di cura pi  idoneo per la gestione del caso.

L'U.V.M.O. viene attivata, con lo specifico modulo:

- dal professionista sanitario dell'U.O. non appena si riscontrino bisogni sociali e/o sanitari complessi che possono rendere non agevole la dimissione della persona assistita;
- dalla COT per tutte le Schede Brass ricevute con punteggio pari o superiore a 20.

Compilazione: il modulo va compilato a cura del professionista sanitario del reparto di degenza o dal personale della COT in ogni sua parte.

Gestione dell' U.V.M.O. da parte della C.O.T. una volta ricevuta dal reparto di degenza il modulo di attivazione U.V.M.O. o la scheda di Brass con punteggio uguale o superiore a 20, la C.O.T. raccoglie ulteriori informazioni sull'assistito e programma, sentendo il Coordinatore del reparto e i componenti dell'U.V.M.O., la visita al letto della persona assistita . La valutazione U.V.M.O. (seguita da eventuali rivalutazioni) si conclude con la formulazione della proposta del percorso assistenziale e di cura che verr  comunicato al reparto.

La Conservazione del modulo: la domanda in originale viene conservata in cartella clinica della persona assistita presso l'U.O., comprensiva della copia della risposta U.V.M.O. . La copia della richiesta con la risposta originale dell'U.V.M.O. viene archiviata dalla COT nel rispetto delle proprie modalit .

7 Valutazione della persona da parte dei Servizi Territoriali

Ricevuta la Scheda Brass dalla C.O.T., il Professionista si attiva subito (e comunque entro 48 ore lavorative successive al ricevimento della Scheda - facendo fede la data del rapporto di trasmissione del fax dalla C.O.T.-) per la valutazione del caso. Se il personale dei servizi territoriali riscontrasse l'utilità di scambiare ulteriori informazioni sui bisogni socio-assistenziali della persona assistita può contattare telefonicamente: il personale della COT, il Medico di Medicina Generale, l'Unità Operativa segnalante relazionandosi prioritariamente con il case manager o l'infermiere di reparto, concordando anche una eventuale valutazione della persona assistita presso l'Unità Operativa stessa o/e dei famigliari presso la Sede di Servizio Territoriale.

8 Informazioni sulla persona in carico ai Servizi Territoriali

Sarà possibile, attraverso il sistema informatico (attuale SISTE), ottenere informazioni sull'eventuale presa in carico della persona da parte dei servizi territoriali e sulla tipologia delle attività assistenziali attivate.

9 Fonti e regolamenti

- Regolamento U.V.M.D.e U.V.M.O. approvato con delibera ULSS 2 Feltre n. 845 del 06 novembre 2014.
- Linee guida per l'organizzazione del Distretto Socio Sanitario: allegato B della DGRV n. 975 del 18 giugno 2013.
- Istituzione della C.O.T. approvata con delibera ULSS 2 Feltre di n. 994 del 30 dicembre 2014.
- Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016: Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012.

ALLEGATO 2 Scheda di Brass Index

	Modulo allegato alla Procedura Organizzativa	DOC.: DDSS/PO/63/M01
	SCHEDA DI BRASS INDEX	REV.: 03 del 28.10.2016
	Distretto di FELTRE	PAG.: 1 di 2

Valutazione della persona fragile a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile

NOMINATIVO DEL PAZIENTE	Data ricovero: Data compilazione:
---	--

Diagnosi medica di ingresso:

Patologia/e di base:

Persona oncologica: sì no

In carico a: Assistenza domiciliare infermieristica Assistenza domiciliare sociale
 Cure Palliative Ospite in struttura

P	Età	P	Modello di comportamento (ogni opzione valutata)
0	55 anni o meno	0	Appropriato
1	56-64 anni	1	Wandering (a rischio di fuga)
2	65-79 anni	1	Agitato/Confuso
3	80 anni e più	1	Altro (es. apatico, aggressivo...)
P	Condizione di vita e supporto sociale (una sola opzione)	P	Mobilità (una sola opzione)
0	Vive con il coniuge che lo supporta	0	Deambula
1	Vive con la famiglia o la badante	1	Deambula con aiuto di ausili
2	Vive da solo con il sostegno della famiglia	2	Deambula con assistenza
3	Vive da solo con il supporto esterno	3	Non deambula
4	Vive solo senza supporto o con la famiglia che non lo supporta		
P	Stato Funzionale (ogni azione valutata)	P	Deficit sensoriali (una sola opzione)
0	Autonomo (indipendente in ADL e IADL)	0	Nessuno
1	Dipendente in:	1	Deficit uditivo o visivo
1	Alimentazione/nutrizione	2	Deficit uditivo e visivo
1	Igiene quotidiana/abbigliamento		
1	Andare in bagno o in doccia		
1	Spostamenti/mobilità		
1	Incontinenza fecale		
1	Incontinenza urinaria		
1	Essere responsabile nell'uso dei medicinali		
1	Preparare i pasti		
1	Capacità di gestire il denaro		
1	Fare acquisti		
1	Utilizzo dei mezzi di trasporto		
P	Stato cognitivo (una sola opzione)	P	Numero di ricoveri pregressi o accessi al Pronto Soccorso (una sola opzione)
0	Orientato	0	Nessuno
1	Disorientato qualche volta in alcune sfere*	1	Uno negli ultimi 3 mesi
2	Disorientato sempre in alcune sfere*	2	Due negli ultimi 3 mesi
3	Disorientato qualche volta in tutte le sfere*	3	Più di 2 negli ultimi 3 mesi
4	Disorientato sempre in tutte le sfere*		
5	Stato comatoso		
	* Sfere coinvolte: tempo, spazio, luogo, percezione di sé e degli altri.	P	Numero di problemi clinici attivi
		0	< di 3
		1	da 3 a 5
		2	> di 5
		P	Numero farmaci assunti (una sola opzione)
		0	< di tre
		1	da 3 a 5
		2	> di 5

PUNTEGGIO TOTALE:

Attività assistenziali in atto, emerse dalla valutazione dei bisogni assistenziali infermieristici.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ossigeno Terapia | <input type="checkbox"/> Ossigeno liquefatto | <input type="checkbox"/> Concentratore | |
| <input type="checkbox"/> Ventiloterapia | <input type="checkbox"/> invasiva | <input type="checkbox"/> non invasiva | |
| <input type="checkbox"/> Presidio medico utilizzato..... | | | |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> Diggiuno stomia | <input type="checkbox"/> Pompa enterale |
| <input type="checkbox"/> TPN | <input type="checkbox"/> Pompa | <input type="checkbox"/> Caduta con regolatore di flusso | |
| <input type="checkbox"/> CVC | <input type="checkbox"/> PICC | <input type="checkbox"/> MIDLINE | <input type="checkbox"/> PORT |
| <input type="checkbox"/> Terapia infusiva | <input type="checkbox"/> Endovenosa | <input type="checkbox"/> Sottocutanea | <input type="checkbox"/> Elastomero |
| <input type="checkbox"/> Stomie | <input type="checkbox"/> Tracheo | <input type="checkbox"/> Colon | <input type="checkbox"/> Uro |
| <input type="checkbox"/> Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Aspiratore | | |
| <input type="checkbox"/> Lesioni: | <input type="checkbox"/> Vascolari | <input type="checkbox"/> Decubito | <input type="checkbox"/> Chirurgiche |
| <input type="checkbox"/> Medicazioni complesse | | <input type="checkbox"/> Medicazioni semplici | |
| <input type="checkbox"/> TAO | | | |
| <input type="checkbox"/> Altro..... | | | |

Brevi osservazioni infermieristiche (se ritenute necessarie):.....
.....
.....

Persone informate* sull'invio della scheda alla COT e successivamente ai servizi territoriali

- Nominativo del familiare: grado di parentela :
- Recapito telefonico:
- Care giver o persona di riferimento: Recapito telefonico:
- Amministratore di sostegno: Recapito telefonico:
- Medico di Medicina Generale

* Per il consenso informato si fa fede al consenso, espresso dal paziente al momento del ricovero nell'U.O. ospedaliera, contenuto nella cartella clinica (art. 13 e 79 del D.lgs. 196/2003 e dmo/po/43)..

Feltre, _____

Firma leggibile del compilatore: _____

Legenda di dimissione

- Rischio Basso:** indice di BRASS da 0 a 10. Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
- Rischio Medio:** indice di BRASS da 11 a 19. Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
- Rischio Alto:** indice di BRASS uguale o maggiore di 20. Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative e/o in altre istituzioni oppure una attenta programmazione della continuità assistenziale per un rientro a domicilio.

**ETICHETTA DATI
DEL PAZIENTE**

**TUTTE LE SCHEDE DI BRASS
VANNO INVIATE ALLA CENTRALE
OPERATIVA TERRITORIALE
FAX 0439.883487**

ALLEGATO 3 Avviso di Dimissione

	Modulo allegato alla Procedura Organizzativa AVVISO DI DIMISSIONE	DOC.: DDSS/PO/63M/04 REV.: 03 del 28.10.2016 PAG.: 1 di 1
---	---	---

*Alla Centrale Operativa Territoriale
FAX 0439883487*

AVVISO DI DIMISSIONE

Etichetta

DATA DI DIMISSIONE _____

Tipologia di dimissione:

- rientro a domicilio con proposta di supporto: sociale infermieristico cure palliative
 accoglimento in C.D.R. accoglimento in Ospedale di Comunità
 trasferimento in altra U.O. trasferimento in altro Ospedale
 accoglimento in Hospice decesso Altro:

Tipologia di ausili richiesti :

- Letto materassino antidecubito deambulatore carrozzina con wc
 ausili per incontinenza sollevatore

Attività assistenziali in atto, emerse dalla valutazione dei bisogni assistenziali infermieristici.

- OssigenoTerapia Ossigeno liquefatto Concentratore
 Ventiloterapia invasiva non invasiva
 PEG SNG Digiuno stomia TPN
 Pompa infusoriale Pompa enterale Caduta con regolatore di flusso
 CVC PICC MIDLINE PORT Elastomero
 Terapia infusiva Endovenosa Sottocutanea TAO
 Stomie Colon Uro Tracheo ..
 Catetere vescicale Aspiratore
 Lesioni: Vascolari Decubito Chirurgiche
 Medicazioni complesse Medicazioni semplici
 Altro.....

Nome del Care-giver _____ Recapito telefonico: _____

- Informato Addestrato Non ancora completamente addestrato

Brevi osservazioni infermieristiche (se necessarie): _____

Feltre, _____

Firma leggibile dell'Infermiere

Va allegata se presente in reparto, la lettera Infermieristica per la Continuità Assistenziale.

ALLEGATO 4 Domande dell'intervista

- 1. BISOGNO DI ALIMENTAZIONE-NUTRIZIONE EFFICACE:** solitamente che tipo di informazioni vengono trasmesse al riguardo? Quali lei ritiene siano necessarie al fine di prendere in carico correttamente il paziente e stilare un buon piano assistenziale ad esempio ipotizzando di dover prendere in carico un paziente disfagico?
- 2. CUTE e INTEGRITÀ:** come viene gestito il passaggio di informazioni in questo caso? Quali sono le informazioni necessarie, che secondo lei, sono importanti al fine di attuare i corretti interventi?
- 3. BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA:** Riguardo alla presa in carico di pazienti con Cateterismo vescicale a dimora, quali sono i primi dati utili che riceve e quali desidererebbe ricevere (nel caso non coincidano) al fine di programmare degli interventi volti a una corretta gestione?
- 4.** In generale, secondo lei, con i dati e le informazioni fornite dalla struttura ospedaliera al momento della presa in carico del paziente le è possibile inquadrare globalmente lo status del paziente preso in carico in modo tale da formulare le giuste diagnosi infermieristiche e mettere in atto gli appositi interventi? Se no, quali sono gli aspetti /informazioni che secondo lei non vengono adeguatamente attenzionati nel passaggio di consegne e che ritiene meritevole di una modifica?

ALLEGATO 5 Risposte degli infermieri alle domande dell'intervista

RISPOSTE ALLA PRIMA DOMANDA:

BISOGNO DI ALIMENTAZIONE - NUTRIZIONE EFFICACE: solitamente che tipo di informazioni vengono trasmesse al riguardo? Quali lei ritiene siano necessarie al fine di prendere in carico correttamente il paziente e stilare un buon piano assistenziale ad es ipotizzando di dover prendere in carico un paziente disfagico?

LEGENDA:

1. Verde, Qualità e completezza dell'informazione.
2. Giallo, Casistica prevalente riportata come significativa per gli esempi.
3. Azzurro, Ruoli formali ed informali implicati nel processo.
4. Arancione, Tipologia di informazione.

ADI 1: Su questo tema c'è una buona trasmissione dei dati al riguardo, le cose più importanti sono quelle di capire se abbiamo a che fare con un paziente diabetico e/o disfagico. Soprattutto per il punto di vista del paziente disfagico, per noi del territorio è fondamentale contare su un caregiver presente. Conoscere il tipo di dieta, se è presente una nutrizione enterale per PEG e che tipo di flaconi fa, in genere questi ultimi dati vengono forniti dal case manager dell'ospedale. Per quanto riguarda il paziente disfagico, a volte ci è capitato di non avere il foglio di richiesta per l'addensante e quindi dopo ci troviamo in difficoltà.

ADI 2: Vorrei sapere se è un paziente disfagico, se usa l'addensante, se è alimentato per Peg o se ha un piano nutrizionale.

ADI 3: Di solito ci vengono fornite tutte le informazioni necessarie. Beh, intanto controllare se il paziente ha fatto degli accertamenti durante il ricovero, mentre se la segnalazione ci arriva da un paziente già seguito a domicilio bisogna controllare se le badanti affermano che il paziente tossisce e non riesce a tenere il cibo in bocca durante il pasto, se ha difficoltà a deglutire i liquidi o robe varie.

ADI 4: Le informazioni fondamentali ci vengono fornite dal case manager, che ci fa da collegamento dall'ospedale a noi infermieri del territorio. Ci viene specificato per esempio il tipo di nutrizione e che tipo di dispositivi vengono utilizzati.

ADI 5: Il case manager dell'ospedale ci fornisce gli elementi generali affinché si possa garantire una buona presa in carico del paziente. Inoltre, grazie ai dati forniti dal reparto e alla lettera infermieristica viene garantita la continuità assistenziale. Ad esempio per un paziente disfagico, da noi viene fornito uno schema della fornitura dell'addensante ed uno schema affinché possa essere richiesto. Può essere fatto anche dal medico di base però come continuità assistenziale è preferibile la sostenibilità del clinico sanitario, anche perchè poi avendo il paziente in carico, riusciamo a contenere i costi pagando il prodotto di meno rispetto ad un altro ordine. Il paziente, essendo disfagico, rappresenta già il tipico preso in carico dall'ADI per la sua complessità assistenziale e quindi a livello di prodotti noi gli forniamo il tutto e diamo delle spiegazioni utili. Dal punto di vista della disfagia, come informazioni essenziali, (...) ho visto come il paziente debba avere tutti gli ausili giusti, come per esempio il letto: cercheremo di stimolare i familiari ad usare il letto ortopedico in modo che ci sia la postura adeguata, mantenere la postura durante e post l'alimentazione, non associare i liquidi ai solidi durante l'alimentazione, mantenere un ambiente tranquillo: non alimentare il paziente disfagico assieme ad altre persone, cercare di farlo prima o dopo in modo tale da non esserci confusione o la televisione accesa perchè la disfagia è prevalentemente un problema neurologico, alimentare e idratare adeguatamente spiegando ai familiari di prendersi tutto il tempo necessario perchè è un bisogno essenziale, gestire tramite il diario alimentare ed altri strumenti disponibili in modo tale di essere consapevoli di cosa mangia il paziente, sono informazioni basilari! Paziente disfagico o meno, l'alimentazione deve essere seguita attentamente perchè è un bisogno che può scatenare diversi scenari: se si mangia poco si può andare incontro a delle piaghe da decubito, se si beve poco si è soggetti a infezioni delle vie urinarie, se non scarica vuol dire che c'è un deficit, io penso che nella continuità assistenziale sia una delle cose più importanti. In un paziente neurologico affetto da demenza o Parkinson, io credo che l'alimentazione sia uno dei bisogni che non debba mai essere trascurato ad ogni nostro accesso perché arriviamo a gestire delle alimentazioni artificiali in tempi troppo avanzati e secondo me una PEG messa al momento giusto può evitare situazioni come ricoveri in acuto. (...) Secondo me sul territorio bisogna garantire la frequenza e la

qualità di queste informazioni perchè diventa una forma di assistenza adeguata. Delle volte abbiamo dei pazienti che mangiano poco, da lì nasce il dubbio se assumono correttamente la terapia in pazienti per esempio affetto da Parkinson, mentre in pazienti che assumono una corretta alimentazione e sono stati dati dei consigli diversi si hanno meno complicazioni e sono più vigili. (...) Nel territorio la caratteristica fondamentale dei pazienti è quella di essere complessi, quindi bisogna garantirgli una cura adeguata per evitare nuovi ricoveri.

ADI 6 : Riguardo l'alimentazione, il tipo di informazioni che vengono trasmesse sono innanzitutto, capire la **tipologia dell'anziano**, che tipo di problemi ha? **È disfagico?** **Obeso?** **Catechico?** Quindi se c'è una **malattia che riguarda esattamente l'intestino**. Le informazioni che voglio avere dall'ospedale sono di questo tipo: capire se c'è qualcosa riguardo all'aspetto intestinale o nutrizionale. Nel caso in cui ci fossero queste informazioni: quindi se una persona è disfagica o catechica, **chiedo se è stata fatta una valutazione da uno specialista** come un dietista o un nutrizionista e chiedo le informazioni che sono state date. Se per esempio c'è un paziente disfagico voglio anche sapere se **è stato prescritto l'addensante**, a che **livello di disfagia** è? la **consistenza del cibo**: **frullato oppure molli** come il budino e soprattutto se ha o se è stata fatta la richiesta dell'addensante.

ADI 7: Solitamente, io come infermiera, guardo se hanno delle **restrizioni**, se ad esempio abbiamo una persona con scompenso cardiaco... hanno delle restrizioni idriche? **dieta** iposodica? oppure per i **diabetici** limitare gli zuccheri, carboidrati ecc. Questo prima di tutto! Poi valuto se è **disfagico** o no, se è disfagico ai liquidi di solito vengono date indicazioni sull'addensante e poi c'è la disfagia liquido-solido ed in questo caso anche i pasti devono essere ben frullati altrimenti rischiano l'ab-ingestis, come **educazione** **dobbiamo dare corrette indicazioni sulla postura durante i pasti**. Poi c'è la **nutrizione via PEG o SNG**, in quel caso di solito ci sono i preparati pronti con la pompa e dai indicazioni sull'impostazione, **la velocità ml/h e sui rischi**: anche lì la postura è importante! Semiseduta pre e post alimentazione, per dare il tempo di digerire.

ADI 8: ci viene detto se abbiamo a che fare con un paziente **disfagico** o meno. oppure se necessita di **alimentazione artificiale**. **Le informazioni che vorrei sapere: ha problemi ad alimentarsi?** è stato stilato un **piano assistenziale?** che tipo di **dieta** segue? il pasto viene

frullato? la **consistenza dei cibi**? **come deglutisce il paziente**? Monitorerei la presenza di febbre, tosse pre e post alimentazione.

ADI 9: **Ci sono delle dietiste che stilano i piani per queste persone che hanno problemi di nutrizione**, quindi **tutto sommato c'è un buon feedback tra le dietiste e l'utente che va a casa**. Noi interveniamo se c'è la nutrizione artificiale in pompa, con la PEG. (...) Io vado a controllare se c'è un **calo di peso**, se effettivamente **riesce a deglutire** qualcosa, oppure se c'è la presenza di **tosse o scialorrea**. L'unica cosa che noi forniamo è l'addensante per i liquidi.

ADI 10: Viene specificato sulla **Brass** il **tipo di dieta**: morbida o per disfagici. Ti mandano di solito l'allegato a domicilio per la **richiesta dell'addensante** che mensilmente deve essere fatta. (...) Di solito arriva la **consulenza da parte della nutrizionista e/o della dietista dell'ospedale**, specificando se ha una pompa enterale, a che velocità deve andare... **Delle volte sono dettagliate, altre volte ci sono delle lacune e quindi bisogna chiamare il reparto e fare dei passaggi in più**. Adesso che c'è il **case manager**, **in caso di carenze fa lei questi passaggi**. **Ci dovrebbe essere più comunicazione tra ospedale e territorio per colmare queste lacune**. Se è solo una **dieta** morbida o anche ai **liquidi addensati**, se è doppia o solo per i liquidi o solo per i solidi, se magari al domicilio gli **hanno già fornito la fornitura degli addensanti** sennò arrivi al domicilio e c'è una perdita di tempo. Dal punto di vista della dimissione protetta dovrebbero fare anche un po' di **educazione ai familiari** su questo aspetto, anche per esempio **su come preparare i cibi**. (...) **Delle volte ci sono molte lacune al domicilio**. Bisogna focalizzarsi sulla **educazione ai caregivers** prima della dimissione.

ADI 11: **Su questo argomento c'è un buon scambio di informazioni**; la cosa più importante è sapere cosa fare con un paziente **diabetico o disfagico**. Per noi del territorio è fondamentale avere un **caregiver**, soprattutto nel caso di un paziente disabile. Vorrei sapere se esiste una **nutrizione enterale per PEG** e **che tipo di flaconi vengono utilizzati**; in generale, questi ultimi dettagli sono forniti dal **case manager** dell'ospedale. Quando si tratta del paziente disfagico, a volte è per la mancanza di un modulo di **richiesta dell'addensante che ci troviamo in difficoltà**.

ADI 12: Il case manager, che ci fa da collegamento dall'ospedale a noi infermieri del territorio, ci fornisce tutte le informazioni principali. Ci viene specificato, ad esempio, che tipo di alimentazione viene utilizzata e che tipo di dispositivi vengono utilizzati.

ADI 13: Dipende da paziente a paziente, generalmente non c'è nessuna educazione a riguardo, tranne per PEG, pompe infusive, TPN eccetera. Anche in quel caso però non è sempre una linea efficace, l'addestramento non è fatto adeguatamente, purtroppo fanno accedere poco i parenti prima della dimissione nell'educazione, che non è una cosa banale a livello domiciliare in quanto non tutti sono in grado o non se la sentono. Per quanto riguarda alimentazione e idratazione, la quale ha un discorso un po' maggiore, però sono in casi rari, in quanto elementi culturali dei familiari. In caso di disfagia vengono date particolari informazioni riguardo l'uso di addensanti, di determinati tipi di consistenza, sull'evitare i doppi tipi di consistenze, dei cibi ammessi eccetera. Non ho quasi mai trovato persone che non erano state formate bene a riguardo, comunque spesso si dà un rafforzamento dato che con tante informazioni date spesso vanno in confusione, quindi tendiamo a dare un bel rinforzo.

ADI 14: Di solito le informazioni ci vengono date in maniera buona quando arrivano a casa con la nutrizione enterale come la PEG, i familiari vengono abbastanza addestrati nel corretto utilizzo, comunque ci arrivano le informazioni valide che ci servono per gestire il paziente e rinforzare il discorso educativo. Per quanto riguarda i pazienti diabetici, a volte vengono educati abbastanza nell'utilizzo delle penne mentre a volte di meno, però tendenzialmente bene. Per quanto riguarda i pazienti disfagici, e quindi problematiche di tipo neurologico, anche lì abbastanza bene. Tutto viene rinforzato a casa perché il tipo di alimentazione dall'ospedale al domicilio cambia, qui dalla cucina arriva tutto tritato mentre a domicilio un po' glielo devi rinforzare. Il problema è con i liquidi e quindi con l'addensante e quindi anche lì devi rafforzare l'educazione del paziente e del caregiver. (...)

ADI 15: Se sono portatori di PEG, se devono fare nutrizione enterale, se abbiamo a che fare con un paziente disfagico, il tipo di disfagia. Se è stato già prescritto l'addensante. Se il paziente ha malattie come per esempio il Morbo di Crohn, in questo caso hanno già un'alimentazione fornita dalla nutrizionista dell'ospedale. Tutte queste sono le informazioni che ci arrivano.

ADI 16: La priorità è capire se un paziente è disfagico o no. Se il paziente ha bisogno di nutrizione enterale o comunque di una dieta personalizzata. Se il paziente ha già a casa l'addensante o no.

ADI 17: Come sai, noi abbiamo il case manager che ha la funzione di collegare il reparto e l'assistenza domiciliare. Quando ci arriva l'avviso di dimissione dal reparto, vengono sottolineate le problematiche di tipo alimentare, se è disfagico e che livello ha, se viene utilizzato l'addensante. Se è disfagico a noi serve subito la prescrizione dell'addensante, così arriva al domicilio e noi siamo tranquilli. Oltre alla disfagia si valuta se ci sono altri tipi di alimentazione, parliamo quindi di PEG o nutrizione attraverso il SNG, in questi due casi dobbiamo sapere quali sono i tipi di nutrizione e quindi quali sono i preparati prescritti dal team nutrizionale e la loro quantità e la velocità. Il paziente continuerà ad essere preso in carico dal team nutrizionale? (...) Se è un paziente preso già in carico precedentemente, in caso di nutrizione enterale, sappiamo che il caregiver o il badante deve essere presente e curare questo aspetto ed è già stato educato, cosa che dobbiamo controllare se abbiamo a che fare con un paziente appena preso in carico. (...)

ADI 18: Sicuramente il tipo nutrizione che il paziente ha bisogno, in caso di persona con disfagia ha già effettuato la consulenza con la logopedista? In modo tale da poter capire anche per esempio la consistenza del budino. E' molto importante sapere se la famiglia ed il caregiver è stata educata al riguardo. A parere mio il paziente disfagico è poco considerato.

RISPOSTA ALLA SECONDA DOMANDA:

CUTE e INTEGRITÀ: come viene gestito il passaggio di informazioni in questo caso? Quali sono le informazioni necessarie, che secondo lei, sono importanti al fine di attuare i corretti interventi?

LEGENDA:

1. Verde, Qualità e completezza dell'informazione.
2. Giallo, Casistica prevalente riportata come significativa per gli esempi.
3. Azzurro, Ruoli formali ed informali implicati nel processo.
4. Arancione, Tipologia di informazione.

ADI 1: Anche qua vi è una mancanza di materiali, l'ospedale ha determinati materiali che qui non abbiamo in dotazione. Ci è capitato di trovarci qua con un foglio di una medicazione che magari viene fatta 3 o 4 volte alla settimana e noi purtroppo non possiamo effettuarla finchè non arriva il corretto materiale, quindi questo sarebbe fondamentale. Capisco che in questo momento è duro avere il giusto approvvigionamento anche in ospedale. È importantissimo sapere la stadiazione della lesione da pressione, con quali materiali è stato trattato, il tipo di lesione, le patologie di base del paziente e se assume particolari farmaci come per esempio il Coumadin, in questo caso il paziente avrà un livello di guarigione più lento rispetto ad un altro.

ADI 2: Per me è importante conoscere il tipo e la stadiazione delle lesioni del paziente. Il tipo di medicazione che deve essere fatta e quante volte viene cambiata alla settimana oltre che al materiale che deve essere usato.

ADI 3: In questo caso secondo me ci vengono dati tutti gli elementi necessari, l'unico problema sono sempre i prodotti che sono un po' scarsi e tipo alcuni hanno bisogno di avere il piano attivato e firmato dal medico.

ADI 4: Sia che il paziente provenga dal pronto soccorso sia che venga dimesso dal reparto a noi del territorio arriva l'avviso di dimissione con un modulo dove è segnalata la presenza di lesione da pressione, se c'è compromissione dell'integrità cutanea... è un modulo sintetico però trovi tutte le informazioni salienti. Dopodiché, soprattutto per il

discorso delle lesioni da decubito può capitare che magari **in ospedale venga valutato dalla Dottoressa X, vulnologo,** e quindi ci lascia il referto della consulenza.

ADI 5: **Si cerca di lavorare tanto sulla prevenzione.** Prevenzione significa anche mettere un materassino da decubito in fase iniziale, in presenza di arrossamento oppure se la **badante** segnala eventuali difficoltà motorie che stanno progredendo. Noi cerchiamo di fornire il materassino tramite l'ospedale e delle richieste. (...)

ADI 6: Vorrei che mi fossero date tutte queste informazioni che adesso ti elenco e comunque sono anche le informazioni necessarie di cui avrei bisogno. Se la persona **ha lesioni quando torna a domicilio,** che **tipologie di lesioni** e **come vengono medicate?** Se ha avuto una **visita dallo specialista** in un ambulatorio lesione cutanee o altro. Nel caso ci siano delle medicazioni particolari vorrei la **prescrizione di queste medicazioni.** **Non sempre però mi vengono date queste informazioni.** A volte una lesione che loro hanno classificato in un modo poi si rivela tutt'altra cosa. **Non sempre le informazioni che ci dovrebbero arrivare dall'ospedale sono informazioni che alla fine abbiamo.** (...)

ADI 7: Di solito noi prendiamo in carico i pazienti che già hanno lesioni però in assenza di esse diamo queste informazioni per evitare che si formino: innanzitutto devi vedere se è un paziente a rischio di lesioni, noi utilizziamo la **Braden** come scala di valutazione, quindi se è un paziente allettato, se mangia poco, se idrata poco, se la cute resta tanto bagnata in caso di utilizzo di panno ecc, e allora diamo delle **informazioni ai familiari:** se non ha lesioni cambiare le posture ogni 2h, cambiare il panno più spesso, e mangiare con un'alimentazione adeguata con o meno l'uso di integratori. A domicilio è importante individuare un **caregiver** ed educarlo nel ricambio delle medicazioni. Valutare lo stadio della lesione. Utilizzare materassi da decubito e cuscini.

ADI 8: Ci viene detto se il paziente ha delle **lesioni** o meno, il **tipo** e la **sede.** Io vorrei sapere se il **paziente corre dei rischi di sviluppare una lesione da decubito, se ha una cute fragile.** Vorrei sapere se **è stata già fatta la richiesta per il materassino da decubito** oppure se lo ha già in dotazione. Vorrei conoscere la sua **alimentazione,** è idonea? e' **giustamente idratato?** **è stata segnalata la presenza di rossori da qualcuno?**

ADI 9: Abbiamo un **grande handicap, la presenza di soltanto un medico per la gestione di tutte le lesioni cutanee,** (...) **che necessita di un sacco di tempo prima di valutare un paziente e impostare una cura adeguata.** (...) A me basterebbe che **tipo di prodotto usare**

per quel lesione e già siamo a cavallo, altrimenti noi in attesa della visita specialistica, ci rechiamo sul territorio e usiamo il nostro buon senso e la nostra esperienza ma **non abbiamo un protocollo per le varie lesioni**.

ADI 10: In questo caso qua, quasi **tutti hanno la valutazione da parte della Dottoressa X, vulnologo**, (...) ogni paziente viene valutato prima da lei e poi ci viene fornito il materiale, noi non facciamo più medicazioni avanzate, quindi in casi di particolari medicazioni il paziente va periodicamente a controllo dalla dottoressa. Delle volte, alcuni reparti, sulla **Brass** o sulla lettera infermieristica, fanno la scheda dell'integrità cutanea e ti scrivono **come è stato medicato in ospedale, quante volte è stato medicato e quando è stato fatto l'ultima volta. Delle volte non avviene e quindi ci sono delle lacune** da quel punto di vista. (...) Capire come è una lesione, ti può essere descritta in un modo e poi al domicilio ti ritrovi un altro tipo di lesione. Almeno si ha un quadro più completo e già sai cosa trovi.

ADI 11: È fondamentale comprendere lo **stadio della lesione da pressione, il tipo di lesione, la patologia sottostante del paziente e se il paziente sta assumendo o meno farmaci specifici, come Coumadin**, nel qual caso il paziente avrà un tasso di guarigione più lento rispetto a altro.

ADI 12: In questo caso, secondo me, **vengono forniti tutti gli elementi necessari**; l'unico problema è che **alcuni prodotti non sono subito disponibili** e alcune persone hanno bisogno di avere un piano attivato da un medico.

ADI 13: **Normalmente niente, ogni tanto abbiamo la fortuna di trovare qualche resoconto scritto** di che **tipo di piaga** o di che **prodotti usare**. Nella maggior parte dei casi se vengono usati **prodotti particolari non ci vengono forniti**, quindi da questo punto di vista siamo un po' carenti. Dal punto di vista delle informazioni che l'ospedale dovrebbe dare agli infermieri **non credo che da questo punto di vista ci sia possibilità di far meglio**, tranne nella fornitura di prodotti, che al momento è scarsa sia da noi che dal loro.

ADI 14: Qui passa qualcosa ma non tanta roba. Intanto la **prevenzione** dovrebbe essere sempre fatta. (...) L'accortezza sono gli ausili prescritti per tempo anche dall'ospedale prima della dimissione, perchè a volte ti ritrovi in dei **ritardi nella fornitura** degli ausili per la prevenzione. Come detto prima anche l'alimentazione è fondamentale.

ADI 15: Ci viene detto se hanno la **cute integra**, quale è il **tipo di lesione** che hanno, gli **ausili** se sono stati richiesti o meno, in più ci viene detto il **tipo di medicazione** che veniva fatto in ospedale.

ADI 16: In questo caso ci viene detto se c'è la **presenza di lesione** e che **tipo di lesione** è, e come è stata **medicata** l'ultima volta in **ospedale**.

ADI 17: Sempre attraverso la **case manager** avviene questo passaggio di consegna. Le cose fondamentali sono il **caregiver** che andrà a prendersi in carico della persona e l'ambiente. **Dobbiamo sapere se il caregiver è affidabile** ed è in grado di sapere gestire quel livello di medicazione. **Abbiamo la scheda lesione** dove vengono indicati il **sito della lesione**, il **tipo di medicazione**, il **tipo di detersione** ecc. e **l'ultima lettera dello specialista**. **In questo campo sono fondamentali le prescrizioni** sia sulle medicazioni adeguate sia sulla scelta dei presidi come il materassino per esempio. (...) Sono cose che fanno risparmiare molto tempo in modo tale da poterlo utilizzare sul paziente.

ADI 18: **E' importante secondo me ma non viene inserito nella scheda di dimissione**, conoscere **se il paziente è entrato in ospedale già con una lesione** ed in tal caso di che **tipo** e quando è stato dimesso che tipo di lesione aveva oppure se è guarita. Vorrei più precisione anche su come sono state trattate e **medicate**.

RISPOSTA ALLA TERZA DOMANDA:

P3: BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA: Riguardo alla presa in carico di pazienti con Cateterismo vescicale a dimora, quali sono i primi dati utili che riceve e quali desidererebbe ricevere (nel caso non coincidano) al fine di programmare degli interventi volti a una corretta gestione?

LEGENDA:

1. Verde, Qualità e completezza dell'informazione.
2. Giallo, Casistica prevalente riportata come significativa per gli esempi.
3. Azzurro, Ruoli formali ed informali implicati nel processo.
4. Arancione, Tipologia di informazione.

ADI 1: Per quanto riguarda il discorso dell'eliminazione urinaria, a volte, sui pazienti portatori di Catetere Vescicale, non ci vengono date le informazioni precise sull'ultima data di inserzione, la tipologia di CV. Questo è importante per noi perché nel momento in cui andiamo a casa del paziente, avendo a disposizione queste informazioni, possiamo portarci dietro tutto il materiale che ci serve, visto le distanze che possono esserci tra la nostra sede ed il loro domicilio, quindi questo è fondamentale! Questo vale anche per i tipi di sacche da catetere e per gli altri dispositivi che servono. Sempre per quanto riguarda il catetere vescicale, sarebbe utile sapere se ci sono state difficoltà nel posizionamento del cv proprio perché noi infermieri del territorio andiamo in autonomia a cambiarli e quindi può capitare che ci troviamo di fronte a pazienti che hanno problemi alla prostata o tumori che vengono gestiti dall'ambulatorio di Urologia del nostro ospedale, ma se noi non abbiamo questa informazione, possiamo trovarci di fronte ad un sanguinamento in una località molto distante dai servizi.

ADI 2: Per me è importante conoscere il tipo di CV, il numero, ogni quanto viene cambiato e nel maschio se ha problemi prostatici. Oltre alla terapia che assume, sai che con il Coumadin si è a rischio di emorragie.

ADI 3: Per quanto riguarda il CV devi sempre fare una ripetizione quando vengono dimessi perché non hanno capito come si cambia la sacca o come si svuota il CV, c'è chi capisce e chi no! Se ha il CV si cerca di andare già nelle prime 24 ore in modo da portare

il materiale e fare un lavaggio vescicale. L'importante è sapere sempre se **il CV si può cambiare a domicilio oppure il paziente si deve recare in ambulatorio di urologia.**

ADI 4: I dati utili sono: che **tipo di CV, il materiale** ecc... **Tante volte ci sfugge la data di inserzione del CV** e quindi ci si trova davanti ad una perdita di tempo dovuta dalle chiamate che si fanno al collega del reparto per cercare di capire questa data che a noi serve.

ADI 5: Nei pazienti con Catetere Vescicale a dimora il nostro obiettivo principale è quello di toglierlo. (...) I dati che ci arrivano riguardano la **data di inserzione** e **l'ultimo cambio effettuato**, il **tipo** ed il **numero**.

ADI 6: Se è un portatore di Catetere o meno, che **tipologia** e la **misura** del catetere, inoltre sarebbe utile sapere anche se la persona ha un **cambio difficile**, altra cosa importante che in genere non viene mai detta se è un uomo: se ha **patologie alla prostata**, avendo tumori o una prostata ingrandita è un problema fare un cambio del catetere a domicilio, è comunque una manovra invasiva che viene spesso sottovalutata, è capitato che ti trovi a domicilio del paziente per cambiare un catetere e avviene una **fuoriuscita di sangue** e non sai il perchè, se invece ti veniva detto prima la presenza di un tumore o che l'ultimo cambio del catetere era stato difficile per questi motivi sarebbe stato utile, perchè a domicilio non sei in ospedale e dopo diventa una situazione acuta che poi non puoi gestire a casa. **Sono tutte informazioni sul Catetere che molto spesso non vengono mai fornite.** (...) La maggior parte delle volte ti dicono che il paziente ha un catetere però **non ti dicono quando è stato cambiato l'ultima volta, che tipologia o altro.** **Adesso, grazie a Dio, c'è la case manager che fa molto da tramite con l'ospedale e quindi ci comunica queste informazioni che sono molto importanti per noi, però prima non ci venivano date e noi eravamo spesso in difficoltà.**

ADI 7: A me è capitato che le **persone** in post dimissione non sapessero svuotare la sacca del Catetere, quindi è importante educare già i pazienti in ospedale. Educarli nel corretto posizionamento, fare attenzione alle ostruzioni. (...) istruire i **caregivers** ad un possibile lavaggio vescicale da effettuare in attesa del nostro arrivo. Bere molta acqua in modo tale da vedere il colore delle urine.

ADI 8: Vorrei sapere il **motivo del cateterismo a dimora**. presenta delle infezioni urinarie? **Ci viene detto, ma non sempre**, quando è stato cambiato l'ultima volta. Vorrei

sapere se il paziente presenta complicanze come tumori alla prostata in modo tale da cambiare il catetere in ambulatorio di urologia e non farlo al domicilio. Ha delle patologie correlate?

ADI 9: Per la questione del Catetere Vescicale, abbiamo un nostro protocollo dove ci viene specificato che dobbiamo cambiarlo ogni 30 giorni. Secondo me è seguito bene. A me basta sapere il tipo di cv, ogni quanto va cambiato e se è un paziente in anticoagulante dove magari c'è il rischio di sanguinamento nel momento del cambio.

ADI 10: Vorrei sapere il motivo per il quale è stato utilizzato il CV, il calibro e la problematica del paziente. Noi abbiamo come strumento una cartella informatica su tutti i pazienti divisi per aree, lì c'è scritto il tipo di CV, quando sostituirlo ed il tipo di problematiche riscontrate nella sostituzione. Se il paziente va in amb urologia, trovi il referto dell'urologo e quindi ti fai un'idea se puoi cambiare il cv a domicilio o meno.

ADI 11: Per quanto riguarda il discorso sull'eliminazione urinaria, a volte, sui pazienti che hanno il Catetere Vescicale, non vengono fornite informazioni specifiche sulla data più recente di inserimento o il tipo di CV. Questo per noi è fondamentale perché, con questi dettagli a nostra disposizione, possiamo trasportare tutto ciò di cui abbiamo bisogno al domicilio del paziente, nonostante le distanze che possono esistere tra la nostra sede e il suo domicilio. Sempre, per quanto riguarda il CV, sarebbe utile sapere se ci sono state difficoltà o no nel posizionamento del CV perché noi infermieri del territorio potremmo trovarci di fronte a pazienti con malattie della prostata o tumori che vengono gestiti dall'ambulatorio di Urologia del nostro ospedale, ma se non abbiamo queste informazioni, potremmo trovarci di fronte a un sanguinamento durante il cambio.

ADI 12: Le informazioni utili includono: il tipo di CV, il materiale e così via. Molte volte la data di inserzione del CV viene persa e di conseguenza ci troviamo nel mezzo di una perdita di tempo causata dalle chiamate effettuate agli infermieri del reparto per cercare di recuperare queste informazioni.

ADI 13: È raro trovare familiari educati sull'uso del catetere, molto raro. Quel poco che viene detto è unicamente riguardo l'apertura e chiusura, senza dare informazioni su eventuali complicanze, eventuali occlusioni, su eventuali cambi di sacca. I dati utili che l'ospedale dovrebbe dare a noi infermieri dal punto di vista catetere, numero di calibro e soprattutto se è necessario l'urologo, se sono presenti problemi prostatici e

sanguinamenti nel caso dei maschi. Diciamo che più in generale molte informazioni che riceviamo sono di seconda mano, nel senso fra l'infermiere di zona e il case manager, **sono informazioni utili però la maggior parte delle volte troviamo quello che troviamo e ci adattiamo.**

ADI 14: Tendenzialmente i pazienti arrivano a casa con il CV anche se gli infermieri dell'ospedale potrebbero già provare a rimuoverlo in reparto perchè magari è stato utilizzato soltanto per il monitoraggio della diuresi. **Non ci viene detto mai** che **tipo di CV** è, il **numero** o **l'ultimo cambio effettuato**, le vedi quando vai a casa. Per quanto riguarda **l'educazione, nel paziente** urologico, viene effettuata bene grazie alla consegna anche di opuscoli o materiale. Dipende dai reparti però.

ADI 15: Ci viene detto se hanno il CV, se **sono incontinenti** e se hanno la **prescrizione del panno**, in caso di CV ci viene detto **quando è stato messo** ed il **tipo**, inoltre se **hanno trovato difficoltà** nell'inserirlo.

ADI 16: I dati utili sono sapere il **tipo di CV** ed il **numero**, **quando è stato messo**, **se ci sono stati problemi durante l'ultimo cambio** e se il paziente o un'eventuale **caregiver è già stato educato** nella gestione.

ADI 17: Anche qua avviene uno scambio di consegne tramite la **case manager** che ci dà la **motivazione dell'inserimento del CV**, **il calibro** (...) Anche qui dobbiamo capire se il **caregiver** è a conoscenza della gestione del CV e quindi se riesce a svuotare la sacca, se riesce ad effettuare un conteggio della diuresi per il bilancio entrate/uscite. Queste cose vengono rafforzate da noi a domicilio ma bisogna spiegarlo anche prima nel momento della dimissione sia al paziente che al caregiver in modo tale da risparmiare tempo e sfruttarlo al meglio sull'assistenza. A me serve sapere il calibro, la motivazione dell'inserimento del CV e **l'ultima data del cambio**. (...)

ADI 18: Di solito ricevo la **data di inserzione del CV**, se il **cambio è stato difficile** e quindi lo ha fatto l'urologo oppure è stato un cambio facile. **Inoltre non viene detto se si è provato a rimuovere o no il CV.**

RISPOSTA ALLA QUARTA DOMANDA:

In generale, secondo lei, con i dati e le informazioni fornite dalla struttura ospedaliera al momento della presa in carico del paziente le è possibile inquadrare globalmente lo status del paziente preso in carico in modo tale da formulare le giuste diagnosi infermieristiche e mettere in atto gli appositi interventi? Se no, quali sono gli aspetti /informazioni che secondo lei non vengono adeguatamente attenzionati nel passaggio di consegne e che ritiene meritevole di una modifica?

LEGENDA:

1. Verde, Qualità e completezza dell'informazione.
2. Giallo, Casistica prevalente riportata come significativa per gli esempi.
3. Azzurro, Ruoli formali ed informali implicati nel processo.
4. Arancione, Tipologia di informazione.

ADI 1: Tramite il case manager, riceviamo un'inquadratura generale, i contatti con i familiari e/o con il caregiver. Sicuramente una visione più completa si ha quando noi infermieri andiamo al domicilio del paziente dove possiamo vedere in che condizioni abita, la presenza di barriere architettoniche, animali e tante altre cose da vedere. Le modifiche che consiglieri sono quelle di essere più precisi nel dare informazioni più specifiche di qualsiasi aspetto.

ADI 2: Tante volte, gli infermieri che scrivono la scheda, ultimamente non inseriscono il tipo di CV che ha sù il paziente, viene detto soltanto che c'è il CV ma non sempre scrivono che tipo di CV e quindi bisognerebbe scriverlo. Loro (gli infermieri che compilano la scheda o il case manager) ci spiegano in linea di massima come è il paziente, ma ovviamente un conto è vederlo in ospedale ed un conto è vederlo a casa, puoi trovarlo peggiorato o migliorato perchè sai che lo tengono spesso e volentieri a letto e non lo alzano perchè non hanno il tempo di farlo alzare per vedere come cammina, e quindi a casa devi valutare un po' come è. A volte vengono portati a casa perchè così il paziente torna ad orientarsi ancora un po' perchè rispetto a quando si trova in ospedale... cioè il fatto del disorientamento causato dall'ospedalizzazione e poi quando li vedi a casa sembrano quasi risuscitati perché vedono le loro cose e l'ambiente ritorna ad essere

familiare. Per quanto riguarda i familiari, all'inizio dicono che ti daranno una mano e poi quando il paziente viene dimesso e quindi portato al domicilio spariscono.

ADI 3: Grazie al case manager, che ci fa da tramite, riusciamo ad inquadrare lo stato del paziente ed avere le informazioni necessarie. Questo avviene soprattutto su pazienti che sono stati già presi in carico da noi, quindi conosci le diverse problematiche. Nei nuovi pazienti bisognerebbe sapere se i caregivers hanno capito la situazione del familiare.

ADI 4: E' un periodo brutto per la sanità, purtroppo tante cose si perdono. Diciamo che facciamo tanto affidamento sulla figura che ti dicevo prima del case manager perchè poi è lui che vede il paziente durante il ricovero e sa farti effettivamente una fotografia del paziente, che è proprio quello che invece non succede dalla documentazione che ti arriva dal reparto. Quando il case manager non è presente viene a mancare questa "identificazione" chiave. Riguardo l'ultima domanda, semplicemente un po' più di precisione, a volte vengono perse cose basilari come per esempio nella lesione da decubito: come è stata trattata in reparto? magari ti indicano la zona e punto e basta, però sarebbe bello avere una continuità affinché possa essere gestito meglio. Non è che sia qualcosa in particolare che venga sempre dimenticato, capita per il periodo storico in cui siamo.

ADI 5: Le diagnosi infermieristiche possono essere effettuate grazie agli elementi trasmessi e all'aiuto della lettera infermieristica. Abbiamo tante cose che almeno apparentemente funzionano. Secondo me gli aspetti da cambiare sono: questa esagerazione di carte che non hanno più la valenza di strumenti, che non vengono compilati nei momenti corretti per una questione di tempo del reparto. (...) Per esempio: in una lettera di dimissione non è segnalata la presenza di un CV, arrivo al domicilio della paziente e ne trovo uno inserito. Questo vuol dire che la lettera di dimissione è stata fatta ma non come si deve, quindi ha senso o no? ovvio che non ha senso. Per me le informazioni devono essere semplici e devono essere sempre legate al modello dei bisogni. (...) Non dobbiamo vedere solo la parte clinica, mai trascurare le cose più semplici, infatti, secondo me le informazioni alle volte non sono corrette perché si dà più attenzione ad una tecnologia o strumento che ad una semplice comunicazione che a volte è più efficace.

ADI 6: Adesso con la figura del case manager qui in ADI riusciamo ad avere delle informazioni abbastanza globali perché grazie a loro il paziente viene inquadrato totalmente, dal motivo dell'ingresso al momento della dimissione, questo perché i pazienti vengono visti da loro diverse volte in reparto e quindi abbiamo una presa in carico migliore. Ci dicono anche che bisogni hanno quando dobbiamo prenderli in carico e tutte le informazioni di cui abbiamo bisogno. Però spesso, se i case manager non ci fossero o non dessero queste informazioni, l'ospedale manderebbe informazioni mancanti o inutili per noi mentre avremmo bisogno di altre informazioni, quindi dovremmo star lì a contattare l'ospedale e chiederle. Questa figura ci aiuta molto. Tendenzialmente quello su cui ho più problemi riguarda gli elementi forniti sul BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA e sul catetere, molte volte non ci viene detto se l'educazione è stata fatta o meno (...) per il catetere spesso mandano a casa il paziente e poi non è stata fatta l'educazione oppure soltanto in parte, quindi noi non sappiamo mai se il paziente o i familiari è stato educato (...).

ADI 7: In genere sì. Però molte volte l'ospedale non si assicura del caregiver a casa, a me è capitato di vedere una persona dimessa sabato mattina, senza la presenza di una badante che potesse aiutarla. (...)

ADI 8: Noi abbiamo il case manager, quindi sì. Ci da una buona consegna dei bisogni del paziente. No, ritengo tutto idoneo.

ADI 9: Secondo me la consegna, tramite il case manager che va in reparto a vedere il paziente a raccogliere tutte le informazioni, ci inquadra tutto proprio bene. (...) E' una cosa fatta bene adesso che c'è questa figura che aiuta tanto perché parla con il coordinatore ed il medico del reparto e con i famigliari del paziente. Ci fa da filtro.

ADI 10: Secondo me, adesso che c'è il case manager ci sono meno lacune e questa figura ci aiuta molto perché va in ospedale a vedere direttamente il paziente. Però vedo che tra di noi infermieri del territorio ci sono delle omissioni di consegna, bisognerebbe utilizzare uno strumento standard per il passaggio di consegna in modo tale che non ci siano queste lacune, perchè poi le cose dette a voce vengono perse. (...)

ADI 11: Attraverso il case manager, riusciamo a ricevere un visione generale del paziente ed i contatti dei caregivers e/o i familiari. Quando noi infermieri andiamo a casa del

paziente, possiamo vedere in quali condizioni vive, la presenza di barriere architettoniche, animali e altro. **Le modifiche che consiglierei sono di essere più precisi nel fornire informazioni più specifiche su qualsiasi aspetto.**

ADI 12: Abbiamo un case manager che ci fornisce una buona consegna delle esigenze del paziente e quindi sì, riesco a inquadrarlo bene.

ADI 13: Qua **putroppo dipende dal reparto, ci sono alcuni reparti specialmente dove ci sono i case manager, dove le informazioni che ci vengono fornite sono ottimali** per capire la situazione del paziente. Altri reparti dove questa figura non è presente oppure **se magari ci vengono dimessi da Belluno o altri posti dove non c'è buona comunicazione le informazioni sono completamente insufficienti**, quindi noi arriviamo al domicilio del paziente senza avere idee precise, oppure troviamo situazioni non conformi a quello che ci era stato detto. Però purtroppo cambia da reparto a reparto. **Un aspetto che merita attenzione è l'assenza/presenza del case manager**, sulla lontananza dalla zona locale, non è che io possa aspettarmi che un infermiere mi chiami per darmi le indicazioni, quindi deve per forza esserci un intermediario dal mio punto di vista. Lì è in base a quanto è presente questa figura in quel dato reparto. **Dov'è presente le informazioni che abbiamo sono sempre precise, se invece non è presente**, è poco presente o lontano si hanno i casi un po' più complessi da gestire.

ADI 14: Al momento, grazie all'inserimento del case manager riusciamo a lavorare meglio, prima era un po' complicato. Adesso i pazienti vengono visti in ospedale dal case manager e lei dopo ci fornisce tutte le indicazioni necessarie. **Il nostro problema è il sociale perché spesso non viene preso in considerazione, mentre lo si fa soltanto con la situazione clinica del paziente.** In ospedale chiedono soltanto se c'è la presenza o meno di un **figlio** che quando si presenta sembra il più bravo del mondo e poi appena il paziente viene dimesso e torna a casa non aiuta per niente, anzi, c'è il disastro. Però adesso per fortuna, grazie al case manager riusciamo a gestire meglio.

ADI 15: Tramite le informazioni che ci arrivano riesco a prendere in carico bene il paziente, inoltre grazie al case manager tutto questo ci viene fornito tramite lei e la BRASS.

ADI 16: Credo che con le informazioni che ci vengono date riusciamo a fare un buon lavoro, in più adesso abbiamo anche il case manager che ci da una mano.

ADI 17: Sono sufficienti perché la figura del case manager è molto importante. Con la documentazione che ci viene data abbiamo tutti i dati principali. Secondo me ci dovrebbe essere una definita progettualità nel momento della dimissione che non venga persa durante l'assistenza domiciliare grazie all'aiuto del caregiver.

ADI 18: Dal mio punto di vista le informazioni non saranno mai sufficienti. Si riesce a prendere bene in carico una persona quando si va al domicilio e ci si rende conto delle condizioni del paziente e le sue potenzialità. Inoltre, per quanto riguarda le consegne, gli elementi che vengono trasmessi dipendono dal reparto e dagli infermieri che li danno. Stessa cosa per chi li riceve. Ogni persona reputa un'informazione più importante rispetto ad un'altra.