



Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale  
Direttore Prof. Mario Petrini

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica,  
Molecolare e dell'Area Critica  
Direttore Prof. Paolo Miccoli

Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle  
Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia  
Direttore Prof. Giulio Guido

---

**Corso di laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e  
Ostetriche**

**Tesi di Laurea**

**Scheda di dimissione infermieristica in una Unità  
Operativa di Cardiochirurgia Pediatrica: uno  
strumento per facilitare il trasferimento tra le diverse  
realità di cura o a domicilio**

**Relatore: Dott.ssa Flora Coscetti**

**Candidata: Stefania Baratta**

**Anno Accademico 2013-2014**

## **INDICE**

<b>Ringraziamenti</b>	<b>pag. 4</b>
<b>Introduzione</b>	<b>pag. 5</b>
<b>Par.1 Gli strumenti operativi infermieristici</b>	
<b>1.1 Procedure</b>	<b>pag. 9</b>
<b>1.2 Protocolli</b>	<b>pag. 9</b>
<b>1.3 Linee guida</b>	<b>pag. 12</b>
<b>1.4 Cartella infermieristica integrata</b>	<b>pag. 13</b>
<b>Par.2 Percorso di ricovero</b>	
<b>2.1 Accoglienza</b>	<b>pag. 16</b>
<b>2.2 Dimissione</b>	<b>pag. 19</b>
<b>Par. 3 Bisogni Assistenziali</b>	
<b>3.1 I Bisogni</b>	<b>pag. 24</b>
<b>3.2 Il Paziente pediatrico</b>	<b>pag. 27</b>
<b>Par. 4 Dalla dimissione Ospedaliera al piano di cura</b>	
<b>4.1 Vari tipi di dimissioni</b>	<b>pag. 31</b>
<b>4.2 Piano di dimissione</b>	<b>pag. 33</b>
<b>Par. 5 Implementazione del percorso della dimissione infermieristica in Cardiocirurgia Pediatrica, FTGM</b>	
<b>5.1 Premessa</b>	<b>pag. 36</b>
<b>5.2 Contesto</b>	<b>pag. 37</b>
<b>5.3 Scopo</b>	<b>pag. 40</b>

<b>5.4 Analisi organizzativa</b>	<b>pag. 41</b>
<b>5.5 Diagnosi organizzativa</b>	<b>pag. 45</b>
<b>5.6 Progettazione macrostruttura</b>	<b>pag. 46</b>
<b>5.7 Percorsi di attuazione</b>	<b>pag. 48</b>
<b>5.8 Durata dello studio</b>	<b>pag. 49</b>
<b>5.9 Materiali e metodi</b>	<b>pag. 49</b>
<b>5.10 Attività</b>	<b>pag. 51</b>
<b>5.11 Risorse</b>	<b>pag. 52</b>
<b>5.12 Tempi e Responsabilità</b>	<b>pag. 53</b>
<b>5.13 Analisi e risultati</b>	<b>pag. 55</b>
<b>Par. 6 Conclusioni</b>	<b>pag. 64</b>
<b>Par. 7 Allegati</b>	
<b>Allegato 1 I Bisogni</b>	<b>pag. 65</b>
<b>Allegato 2 Lettera di dimissione</b>	<b>pag. 66</b>
<b>Allegato 3 Descrizione dell' attività</b>	
<b>                    Infermiera/ Vigilatrice Accoglienza</b>	<b>pag. 68</b>
<b>Allegato 4 Descrizione dell' attività</b>	
<b>                    Infermiera/ Vigilatrice Dimissione</b>	<b>pag. 70</b>
<b>Allegato 5 Raccomandazioni alla dimissione</b>	<b>pag. 71</b>

### ***Ringraziamenti affettivi***

A Fabio, mio marito, per pazienza, fiducia, e collaborazione.....

A Lisa, mia figlia, per avermi permesso di occupare tanto tempo per questo elaborato.....

Ai miei Familiari, che credono nelle mie iniziative appoggiandomi e aiutandomi come possono.....

### ***Ringraziamenti professionali***

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno sostenuto e che hanno collaborato con me in questo mio elaborato.

Ringrazio

Dottoressa Flora Coscetti, mia relatrice, per la grande professionalità ed entusiasmo trasmesso in questi due anni di percorso formativo

Professore Nicola Cappeli Presidente

Dottoressa Giusy Capretti Coordinatore Didattico

I Dirigenti Infermieristici della Regione Toscana che hanno aderito all'iniziativa

Paola, grande amica e collega, Stefania e Antonella amiche e compagne di Master

Un ringraziamento particolare: ai miei colleghi di Reparto Degenza Pediatrica che coordinano e che lavorano con me ogni giorno;

Alla Sign.ra Elaine Laws che mi ha stimolato ad intraprendere questo cammino;

Alla Dirigente Infermieristica Antonella Guerra per i continui suggerimenti.

## Introduzione

Gli ultimi anni del secondo millennio sono ricordati dagli infermieri del nostro paese come un periodo ricco di avvenimenti che hanno portato ad una serie di cambiamenti che vanno dalla promulgazione del D.M. 739/94<sup>1</sup> all'abrogazione del mansionario<sup>2</sup>, portando allo sviluppo di nuove prospettive e potenzialità nello ambito professionale.

Nella cosiddetta "epoca del post-mansionario", cioè in un nuovo contesto giuridico e professionale che regola il ruolo e le funzioni dell'infermiere, ormai sgravate dai limiti impliciti in un'elencazione di atti esecutivi di tipo tecnico, il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone all'infermiere il possesso di un articolato bagaglio metodologico, tecnico e relazionale da utilizzare in ambito clinico ed organizzativo. Si tratta, ad esempio, di definire, introdurre e sperimentare nuovi approcci e nuovi strumenti per orientare la pratica professionale verso l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni; di organizzare l'assistenza infermieristica secondo modelli gestionali 'per processi', profondamente integrati e multi-professionali, poiché la 'buona salute' non può essere considerata un esito di cui dispone una singola professionalità; di fondare la valutazione, la decisione e l'azione clinica sulle conoscenze prodotte dalla ricerca

---

<sup>1</sup> "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" che sancisce la definitiva autonomia professionale dell'infermiere". Decreto del Ministero della Sanità, 14 settembre 1994, n°739

<sup>2</sup> Legge n.42 del 26 febbraio 1999, nella quale viene eliminata, inoltre, la dizione di "professione ausiliaria" per consolidare l'Infermieristica come "professione sanitaria" a tutti gli effetti.

e su adeguati indicatori e standard, mediante l'opportuno ricorso a strumenti quali linee-guida, raccomandazioni, percorsi clinico- assistenziali, protocolli e procedure.

La professione infermieristica è principalmente coinvolta e fortemente indirizzata a rendere trasparente la gestione del proprio operato e a responsabilizzare i professionisti verso la collettività, promuovendo percorsi di ricerca utili a offrire servizi migliori.

Per pianificare un cambiamento in questa professione, è prima di tutto necessario acquisire la consapevolezza che, solo attraverso la ricerca e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi, è possibile trasferire nella pratica i principi fondamentali derivanti dalla teoria infermieristica.

La ricerca nasce in funzione della pratica, la teoria nasce dalla pratica, per trovare soluzioni ai problemi che quotidianamente si incontrano nell'esercizio professionale; l'evoluzione della conoscenza, che caratterizza ogni disciplina, non può che passare dalla strada della ricerca.

Premesso questo, a seguito di osservazioni fatte dal personale pediatrico dell'ospedale presso il quale presto servizio, Fondazione G. Monasterio - ospedale monospecialistico di cardiocirurgia pediatrica e per adulti di Massa, emerge la necessità di implementare un percorso nuovo utilizzando degli strumenti validi per garantire la qualità e la continuità assistenziale; essi devono essere utilizzati per operare scelte ottimali di fronte a qualsiasi situazione si presenti e non rappresentano il fine ultimo dell'assistenza ma utili mezzi per il raggiungimento, attraverso un percorso personalizzato, del fine prefissato.

La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM), è un Ente pubblico del SSR Toscana finalizzato ad attività di ricerca, diagnosi e cura in particolare nel settore della fisio-patologia cardiovascolare e polmonare. Il Presidio ospedaliero si articola in due Stabilimenti, di cui l'Ospedale del Cuore a Massa che svolge attività sia di tipo cardiocirurgico e di interventistica emodinamica nel settore adulto e pediatrico.

La Fondazione, anche in applicazione di ciò che hanno sancito i decreti di riforma, mira ad offrire ai propri clienti/utenti un'assistenza sanitaria qualitativa e proiettata all'eccellenza. In quest'ottica di innovazione e cambiamento si propone come sistema integrato di supporto organizzativo atto a favorire l'implementazione della qualità nell'assistenza stessa. Nel processo di miglioramento della qualità ci si atterrà agli elementi che la caratterizzano, ossia: efficacia, efficienza, appropriatezza, tempestività, accessibilità, accettabilità e non per ultimo la soddisfazione dell'utente il cui valore è indiscutibile. Nella FTGM L'attuale situazione rispetto all'accoglienza e dimissione sono caratterizzata da: iniziative frammentarie e non sistematiche, una mancata formalizzazione e quindi gestione discrezionale da parte del singolo operatore; e assenza di lettere di dimissione Infermieristica. Emerge, quindi la necessità di iniziare un "Nuovo Percorso" sull'accoglienza come biglietto da visita che le strutture presentano all'utente e sul quale vengono giudicate, e sulla Dimissione pianificata per allinearci con le nuove leggi del S.S.N e rispondere adeguatamente al cittadino con l'implementazione della "Lettera di dimissione Infermieristica.

il progetto è rivolto al neonato con sostegno maggiore a genitori e famiglia; ai pazienti in età prescolare e scolare, agli adolescenti e agli adulti. Tutti

interessati al percorso che segue la cardiopatia congenita. Il progetto prevede di Condividere uno schema comunicativo per facilitare l'integrazione fra i percorsi di cura e la sicurezza del paziente (opuscoli, incontri programmati ), di ridurre l'ansia legata all'uscita da un ambiente "sicuro" e di offrire un supporto di conoscenze e di un supporto psicologico ai pazienti con continuità assistenziale dando informazioni e conoscenze necessarie; prevede di Fornire suggerimenti psico- educativi di immediata applicabilità, di fornire riferimenti utili per la convalescenza a casa e follow- up, di definire un set di informazioni cliniche ed assistenziali tra "chi invia e chi accoglie" il paziente con uno strumento come la lettera dimissione medica ed infermieristica



## **Gli strumenti operativi infermieristici**

### **1.1 Le procedure di assistenza infermieristica.**

Le procedure sono la forma più elementare di standardizzazione, infatti esse si riferiscono ad una successione logica di azioni con lo scopo di raccomandare quali siano le modalità tecnicamente ottimali nell'esecuzione di una pratica semplice o complessa. Con l'adozione delle procedure, si tende a ridurre la variabilità ingiustificata, cercando di arrivare all'obiettivo comune, di uniformare i comportamenti. Per arrivare a questo è necessaria la condivisione da parte di tutti gli utilizzatori, non sarebbe logico formalizzare una procedura se poi non venisse utilizzata dal gruppo, senza dimenticare l'aggiornamento continuo e la revisione. Le procedure gestionali sono relative a più' unità organizzative e sono generalmente elaborate da appositi gruppi di lavoro coordinati in genere dal responsabile del servizio qualità<sup>3</sup> e comprendono i responsabili di tutte le funzioni in esse coinvolte.

### **1.2 I protocolli di assistenza infermieristica**

I protocolli<sup>4</sup> ovvero i percorsi clinico assistenziali, prestabiliscono uno schema ottimale di sequenza di comportamenti in relazione all'iter diagnostico, terapeutico ed assistenziale da mettere in atto nel momento in cui si verifichi una situazione tipica, al fine di massimizzare efficacia ed efficienza delle attività. I

---

<sup>4</sup> Calamandrei C, Orlandi (ottobre 2008) “La dirigenza infermieristica”

protocolli nascono dall'esigenza di migliorare l'assistenza da parte di tutti, per questo necessitano della collaborazione attiva di tutti i componenti del gruppo; devono essere flessibili e non statici perché possono essere utilizzati in tutti quei casi in cui si presenta una determinata situazione o patologia. L'applicazione dei protocolli ha lo scopo di uniformare i metodi di lavoro, modificare i comportamenti, valutare la qualità dell'assistenza, promuovere l'aggiornamento. Lo scopo del protocollo è invece quello di raggiungere uno standard qualitativo cui far riferimento nell'erogare le varie prestazioni. E' importante che alla stesura del protocollo provvedono quegli operatori che lo dovranno poi applicare perché questo ne facilita la rispondenza alle risorse e l'effettiva traduzione in atto. Con il termine protocollo si fa riferimento allo “strumento che formalizza la successione di un insieme di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali, con le quali l'infermiere raggiunge un determinato obiettivo professionale. La finalità del protocollo è quindi quella di permettere l'erogazione della prestazione infermieristica in maniera efficace, efficiente e omogenea.

I vantaggi derivanti dall'applicazione dei protocolli:

- Valorizzano la professionalità infermieristica e favoriscono l'evoluzione sistematica delle conoscenze professionali;
- Sono un meccanismo di integrazione tra diversi operatori; permettono pertanto di sviluppare un sistema integrato di cure;
- Permettono di verificare i risultati poiché rendono i comportamenti osservabili, misurabili e confrontabili;
- Consentono di motivare s basi scientifiche i comportamenti degli

infermieri;

- Permettono di utilizzare al meglio le risorse disponibili, puntando a un loro uso ottimale e razionale ed evitando sprechi;
- Definiscono le responsabilità: infatti, è prevista una chiara esplicitazione di chi fa che cosa, come, quando e perché;
- Favoriscono l'uniformità dei comportamenti degli infermieri, riducendo così la possibilità di errori e l'arbitrarietà dei comportamenti;
- Facilitano l'inserimento dei nuovi infermieri e l'apprendimento degli studenti.

Gli svantaggi riscontrabili nell'utilizzo dei protocolli:

- La scarsa elasticità; essi lasciano al professionista solo una relativa discrezionalità decisoria;
- Il protocollo risponde a un criterio prevalentemente efficientista e questo, a volte, potrebbe essere in contrasto con le esigenze individuali degli assistiti;
- Nell'uso continuativo, il protocollo può portare alla messa in atto di comportamenti automatici, quasi senza la partecipazione della volontà o dell'intelligenza; ciò nonostante, questa sua caratteristica lo rende valido nelle Unità Operative (UO) di emergenza, dove gli infermieri sono chiamati ad agire con tempismo e determinatezza;
- Non ha valore generale ma locale, l'efficacia e la validità del protocollo

riguarda solo il contesto per il quale è stato elaborato.

Per garantirne la corretta applicazione di un protocollo è necessaria la condivisione dello stesso da parte di tutta l'equipe infermieristica dell'UO; pertanto è indispensabile il suo coinvolgimento nelle fasi di analisi e di valutazione generale.

### **1.3 Le linee-guida**

Le linee guida<sup>5</sup> sono raccomandazioni di comportamento clinico assistenziale, sono prodotte attraverso un processo sistematico di revisione della letteratura scientifica e delle opinioni di esperti; a monte di esse, esiste un percorso metodologico nel quale vengono coinvolte: le opinioni degli esperti, la pratica clinica, gli elementi derivanti dalle evidenze scientifiche disponibili. Secondo la definizione formulata dall'Institute of Medicine nel 1992, le linee-guida sono “raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere sanitari (medici e infermieri) e pazienti nelle decisioni sulla gestione più appropriata in specifiche condizioni cliniche”. In altre parole, raccomandazioni di comportamento clinico, che hanno lo scopo di assistere i pazienti e gli operatori sanitari nel processo decisionale relativo alle modalità di assistenza più appropriate.

Le linee guida rappresentano il risultato delle migliori evidenze scientifiche

---

<sup>5</sup> Cartabellotta A, (2008) “Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine! GIMBE news 2008;1:4-5  
Pubblicato: 9 dicembre 2008

disponibili, opportunamente integrate con l'opinione dei professionisti.

La messa a punto e l'applicazione delle linee guida consentono di raggiungere importanti obiettivi, fra cui:

- Il miglioramento della qualità dei servizi erogati in termini di efficacia ed efficienza;
- L'orientamento dei professionisti nella gestione dei problemi degli utenti;
- La formazione, l'educazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari impiegati nell'elaborazione delle linee guida;
- il monitoraggio della pratica clinica e l'individuazione dei comportamenti, al fine di rendere l'attività clinica più omogenea.

#### **1.4 Cartella infermieristica integrata**

La cartella infermieristica integrata<sup>6</sup>, strumento fondamentale della pratica clinico- assistenziale, si è progressivamente modificata nel tempo in relazione ai cambiamenti nell'organizzazione ospedaliera. In particolare si è progressivamente adattata alla crescente complessità delle cure e all'attività di team multi- professionali, divenendo uno strumento di comunicazione e integrazione inter-professionale, in grado di rendere disponibili in maniera univoca i dati necessari per erogare le prestazioni sanitarie in maniera appropriata, efficace, efficiente e sicura. La cartella infermieristica è un documento di tipo sanitario contenente i dati di una persona. L' utilizzo di essa è

---

<sup>6</sup> Frigeri M G, Brociero M G, Boarino G, Contini S, Baudino M, Dellapiana P, Venturino V, Almondo S, Papalia R (2013) "La cartella sanitaria integrata: strumento multidisciplinare per gestire il processo clinico-assistenziale" Evidence 2013;5(6):

dato: 1°dall' evoluzione dell' assistenza con l' affermazione di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura; 2°dall' affermazione del nursing come disciplina autonoma.

Tutto questo rende l'infermiere consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona ed a ipotizzare un percorso assistenziale. Nella cartella infermieristica esistono varie sezioni nelle quali l' infermiere raccoglie dati anamnestici e le problematiche esistenti al momento dell' ingresso del paziente. Descrive, inoltre, la pianificazione degli interventi da lui gestiti e gli out come raggiunti. La cartella infermieristica dovrebbe inoltre contenere anche la scheda di dimissione infermieristica strumento che fatica ad entrare in uso in Italia ma in realtà molto utile.

Le indicazioni che il paziente deve seguire alla dimissione possono essere trasmesse con la lettera di dimissione (sia medica sia infermieristica). Le informazioni contenute nella lettera di dimissione infermieristica possono essere rivolte sia al paziente sia agli infermieri che lo assisteranno a domicilio e generalmente riguardano alcune prestazioni da eseguire.

La preparazione alla dimissione è responsabilità del medico e dell'infermiere, che devono dare al paziente e a chi lo assiste le informazioni necessarie per assumere le terapie, riconoscere le complicanze, affrontare (o evitare) i principali problemi. E', anche, un diritto del paziente, che deve essere coinvolto e accompagnato.<sup>7</sup>

L'importante è che la lettera di dimissione infermieristica (sarebbe ottimale averla integrata con quella clinica) non sia un doppione di quella medica. I

---

<sup>7</sup> Saiani L, Palese A, Brugnolli A et al.(2004) La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri. Assistenza Infermieristica e Ricerca,23:233-49.

contenuti della lettera dovrebbero dare indicazioni su come gestire le difficoltà a domicilio e non solo dire che cosa è stato fatto in ospedale.

Per la FTGM (Fondazione Toscana Gabriele Monasterio) istituto che si occupa, anche delle cardiopatie congenite la difficoltà nelle terapie pediatriche a domicilio è sempre stato rilevato con priorità, considerando l'affluenza di pazienti neonati e pazienti stranieri.

Non è sempre chiaro se la lettera di dimissione debba essere rivolta agli infermieri che seguiranno il paziente o ai familiari: sarebbe invece utile (perché hanno linguaggi e contenuti diversi) distinguere le informazioni da dare alla famiglia e quelle da fornire agli operatori. In ogni caso, non si può considerare assolto l'obbligo dell'informazione solo con la lettera: se la comunicazione scritta garantisce memoria e sicurezza, quella verbale o telefonica è immediata e favorisce il confronto sulle scelte. La lettera di dimissione deve perciò essere sempre accompagnata da un contatto diretto; è infatti uno strumento a sostegno della dimissione pianificata.

## **Il percorso di ricovero**

### **2.1 Accoglienza**

L'accoglienza è un biglietto da visita che le strutture presentano all'utente e sul quale vengono giudicate.

Il momento dell'accoglienza rappresenta un importante indicatore di qualità essa assume un valore determinante sia per l'importanza in sé, che per la complessità del rapporto relazionale ed empatico che l'operatore/ infermiere instaura con la persona<sup>8</sup>. La percezione che l'utente ha del momento in cui è accolto in ospedale non può essere riconducibile ad una mera procedura burocratica- amministrativa che cerca di surrogare un momento così determinante con termini quali ricovero, ammissione e accettazione. Ogni persona in virtù dei problemi e caratteristiche diverse, che può presentare deve essere accolta nell'organizzazione sanitaria modulando gli interventi a seconda dei bisogni.

Per seguire il SSN dobbiamo rispondere al D.G.R. 1212/04, al Profilo dell'infermiere al Codice deontologico, e al Contratto collettivo e integrativo.

Per il cittadino come priorità dobbiamo aderire al: bisogno di più attenzione, "presa in carico" e Umanizzazione e personalizzazione delle cure.

La Presa in carico dell'utente per le Cardiopatie Congenite può essere del singolo oppure se si parla di minorenni e' di tutta la famiglia e il bambino e' parte integrante del nucleo familiare questo significa .....non solamente curare ma prendersi cura. Non solo si rimuove la causa della patologia per tornare allo stato di salute ma si pone, anche, attenzione ai bisogni psicosociali

---

<sup>8</sup> Focarile F,(1998) Indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria, editore, Torino,



del paziente e della famiglia. L'importanza della comunicazione (verbale e non verbale) in caso di malattia del neonato/bambino/adolescente è importante ai fini del decorso Ospedaliero. La “comunicazione efficace”diviene strumento terapeutico essenziale da porre come priorità nel piano di lavoro. Deve esserci la presa di coscienza della necessità di ricollocare il rapporto con il paziente al centro del processo di cura (per questo tipo di approccio è stato coniato il termine “medicina narrativa”) qualunque sia il contesto operativo, e nel caso di malattie che hanno un impatto devastante nella vita del bambino e della sua famiglia,è fondamentale, da parte degli operatori, l'ascolto.

Per tutto il periodo di permanenza in Ospedale, l'accoglienza del paziente e della famiglia è un aspetto fondamentale del processo di cura. In Regione Toscana è stato affrontato il tema osservando quali e quanti siano i cambiamenti della medicina e dell'assistenza e l'evoluzione dell'approccio alla progettazione degli ospedali per studiare i più interessanti orientamenti attuali e confrontarci sulla loro utilità per migliorare la qualità delle cure. Con questa finalità sono stati organizzati un convegno dedicati a temi generali, ma salienti. *L'Ospedale per la Promozione della Salute (Health - Promoting Hospital)ad esempio*, si pone l'obiettivo di favorire la trasformazione dell'intera struttura ospedaliera in un ambiente organizzativo (setting) che promuova la salute, attivando processi che mettano in grado gli utenti dell'ospedale di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Il quadro concettuale ed operativo di riferimento del *Progetto HPH* è quello del “setting- based approach” (secondo il quale il riorientamento dei contesti di vita e di lavoro verso i principi della promozione della salute

costituisce una strategia vincente per raggiungere specifici gruppi di popolazione e ottenere guadagni in salute); il setting ospedaliero è qui inteso nella sua globalità, comprensiva degli aspetti fisici, logistici, organizzativi e relazionali, utili a sviluppare la cultura della promozione della salute<sup>9</sup>

Un ospedale per la promozione della salute incorpora, nella sua struttura organizzativa e nella sua cultura i concetti, i valori e gli standard della promozione della salute tramite un'evoluzione organizzativa. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, le condizioni di vita e di lavoro e la soddisfazione del personale, degli utenti e dei loro familiari. Un ospedale per la promozione della salute estende la sua responsabilità al di là degli stretti confini degli episodi clinici acuti e coopera con la comunità a promuovere concetti globali di assistenza, cura e prevenzione.<sup>10</sup>

Le ragioni che giustificano la scelta del tema in oggetto si possono ricondurre a due filoni principali:

1. la centralità dell'utente in termini "etici" e di "diritto alla salute". In tale ottica l'accoglienza del cittadino / utente riveste un'importanza cruciale sia nel determinare la sua percezione di "qualità" intesa come risposta alle aspettative/ bisogni sia nel garantire un percorso diagnostico / terapeutico efficace, appropriato e basato sull'evidenza scientifica;
2. i radicali cambiamenti in ambito normativo che pongono con forza la necessità di orientare i servizi all'utenza e ai suoi bisogni. Si tratta di una

---

<sup>9</sup> Ospedali per la promozione della salute: periodico di informazione della Rete HPH toscana

<sup>10</sup> CEDEAS NEWS: newsletter n. 6 – ottobre 2002

normativa articolata ed analitica che, a partire dal 1992/93 (D.Lgs 502/517), si snoda con numerosi provvedimenti tutti riconducibili al miglioramento della qualità del servizio all'utente. La qualità va intesa in termini strutturali, gestionali e professionali sia nell'accezione relazionale che tecnica.

## **2.2 Dimissione**

La Dimissione deve essere pianificata per allinearci con le nuove leggi del S.S.N e rispondere adeguatamente al cittadino. La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Attraverso la SDO vengono raccolte, nel rispetto della normativa che tutela la privacy, informazioni essenziali alla conoscenza delle attività ospedaliere utili sia agli addetti ai lavori sia ai cittadini. Le schede di dimissione sono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato; le informazioni raccolte e codificate sono trasmesse alle Regioni e da queste al Ministero della salute<sup>11</sup>. La SDO è stata istituita con il decreto del Ministero della sanità 28 dicembre 1991; il successivo decreto 26 luglio 1993 ne ha precisato analiticamente i contenuti e le modalità di trasmissione delle informazioni raccolte. Dal 1 gennaio 1995, la SDO ha sostituito la precedente rilevazione sui ricoveri attuata con il modello ISTAT/D10. Il decreto ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380, ha aggiornato i contenuti ed il flusso informativo della SDO ed ha fissato regole generali per la codifica delle informazioni di natura clinica (diagnosi, interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche), precisando che per tale operazione di

---

<sup>11</sup><http://www.salute.gov.it/portale/temi/>

codifica deve essere utilizzato il più aggiornato sistema di codici ICD9CM del 1997 (zip, 5 Mb) in sostituzione dell'ormai datato sistema ICD9 (1975). Dal primo gennaio 2006, è stato adottato l'aggiornamento alla versione 2002, in ottemperanza al decreto ministeriale del 21 novembre 2005. La necessità di uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni contenute nella SDO presso gli operatori delle strutture di ricovero rimane un obiettivo importante ai fini dell'utilizzo sempre più rilevante del flusso informativo per gli aspetti gestionali, programmatori ed epidemiologici. Per questo, la Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo, nella seduta del 9 luglio 2008, ha approvato un documento contenente le "Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della SDO" (pdf, 100 Kb), raccomandandone la divulgazione tra gli operatori. L'importanza legata alla dimissione si riflette su tutto il percorso e su tutti gli operatori coinvolti. Il filo rosso di tale impostazione sinergica per la sicurezza delle cure è, da una parte, la relazione che si instaura tra professionista e cittadino e tra i diversi professionisti e, dall'altra, da un approccio di tipo multidisciplinare e integrato alle diverse tematiche. Elementi, questi, fondamentali e irrinunciabili per soddisfare bisogni di cura complessi e in continua e rapida evoluzione, che richiedono non solo risposte competenti ma anche innovative in quanto correlate a Percorsi assistenziali differenziati ed in cui deve essere coniugata la presa in carico personalizzata e la continuità e sicurezza dell'assistenza. Gli infermieri concorrono in modo rilevante e specifico a tali necessità: effettuando le loro specifiche e peculiari prestazioni sanitarie, garantendo ai fruitori del servizio e/o ai loro *caregiver* una relazione assistenziale a forte valenza comunicativa,

relazionale ed educativa, favorendo il collegamento, l'interazione e l'integrazione con gli altri professionisti e garantendo il concorso nella costruzione e nella regia della rete dei servizi, elementi cardine della continuità assistenziale e di un efficace sistema salute.<sup>12</sup>

C'è un'ampia variabilità tra ospedali e reparti sulle modalità di dimissione. Mentre sono ormai diffusi i protocolli per l'applicazione di tecniche, è raro trovare protocolli di dimissione. In genere è il medico a decidere quando dimettere il paziente e a comunicarlo all'infermiere e di solito è il coordinatore infermieristico (caposala) o l'infermiere in collaborazione (quando possibile) con l'assistente sociale a organizzare il rientro a domicilio. A volte invece si lascia che sia la famiglia ad attivare il medico curante. Nel caso di pazienti acuti bisognerebbe iniziare a preoccuparsi della dimissione non appena è stata superata la fase critica o acuta, perché è un percorso in cui vanno coinvolti sia i diversi operatori sanitari sia il paziente e i familiari. La maggioranza dei pazienti viene dimessa senza bisogno di una dimissione pianificata, in questi casi è sufficiente fornire solo alcune indicazioni da rispettare e gli appuntamenti e le visite successive. Molti pazienti con un percorso cronico richiedono invece dimissioni pianificate; una frazione più piccola, infine, richiede interventi complessi per una dimissione protetta.

La dimissione di un paziente<sup>13</sup> (dall'ospedale al territorio, a domicilio o in altre strutture, ma anche il passaggio da un reparto all'altro) è un momento critico nel percorso di qualunque paziente perché si modificano i regimi di cura, cambiano i

---

<sup>12</sup> Ministero della salute- Manuale elaborato dal Gruppo di lavoro  
“Implementazione della qualità e sicurezza dei servizi assistenziali erogati nelle Farmacie di comunità, di cui al D.D. 4-09-2012”

<sup>13</sup> Dimissioni ospedaliere, *Dossier* – n. 9, 2006,

contesti e gli operatori sanitari, l'intensità e la tipologia di interventi. E' un momento critico sia per il paziente sia per chi lo accoglie. Gli interventi possono spaziare dalla semplice informazione all'educazione terapeutica, alla valutazione multidimensionale, all'attivazione dei servizi. Importante è anche il tempo di attivazione: non si può istruire un paziente alla gestione di una terapia con anticoagulante orale il giorno prima della dimissione, ma è necessario iniziare subito dopo che il medico ha comunicato e impostato la terapia, utilizzando tutte le occasioni per dimostrare come dosare il farmaco, come interpretare i valori di INR ed evitare rischi. Oltre che sulla malattia e sui trattamenti, al paziente e ai familiari devono essere fornite informazioni su: tempi e segni di recupero; aspetti economici (assicurazioni); controllo del dolore, gestione e controllo dei sintomi; possibili complicanze; quando chiamare il medico; attività consentite e proibite; procedure da attivare per avere un'assistenza infermieristica a domicilio; come assumere (o far assumere) i farmaci; effetti secondari della terapia; controllo delle complicanze e problemi; potenziali post dimissione. In particolare, quando la dimissione è al venerdì pomeriggio o al sabato, i pazienti e i loro familiari devono avere informazioni su come procurarsi i farmaci o i presidi necessari e a chi rivolgersi in caso di problemi.

Tutti questi aspetti vanno affrontati precocemente, durante la degenza. L'adattamento e l'apprendimento del paziente e dei familiari richiedono infatti tempo. Per rendere più semplice e snella la pianificazione scritta, si possono predisporre: percorsi educativi standard per gruppi di pazienti con problemi omogenei e strumenti informativi (diari di automonitoraggio per il paziente diabetico, opuscoli informativi); percorsi clinici, diagnostici, terapeutici e

assistenziali che includono anche gli aspetti da presidiare per una dimissione efficace; mappa dei servizi disponibili nella zona, con numeri di telefono, indirizzi e orari, modalità di attivazione, per poter dare riferimenti precisi ai familiari, anche su come e dove acquisire gli ausili consigliati per evitare inutili sprechi di tempo e disagi.

## **I bisogni assistenziali**

La parola bisogno dal vocabolario della lingua italiana, Zingarelli, 1997 significa: “necessità di procurarsi qualche cosa che manca; mancanza di mezzi, povertà; forte stimolo a compiere un’azione mirata al suo soddisfacimento”. In campo sanitario e sociale per bisogno si intende la mancanza di qualcosa che se non soddisfatta fa nascere un problema o uno stato di disagio. E’ percepita come la mancanza di qualcosa di determinato e di circoscritto.

**3.1 I bisogni di una persona<sup>14</sup>** che deve essere assistita variano a seconda di numerosi fattori: età del paziente, la durata della malattia e la sua natura, le condizioni psicologiche e così via. Per orientarsi fra i vari problemi, valutarli correttamente e organizzare una valida assistenza, si può utilmente ricorrere alla nota gerarchia dei bisogni degli esseri umani elaborata anni fa dallo studioso americano Abraham Maslow ( Allegato 1). Questo autore ha classificato i bisogni umani in cinque livelli:

1. **bisogni fisiologici:** aria, cibo, acqua, condizioni di temperatura favorevoli, riposo, sonno, mobilità;
2. **bisogno di sicurezza:** il bisogno di sicurezza comprende elementi obiettivi e aspetti psicologici: non solo la persona deve essere ma deve anche sentirsi al sicuro, sia nei confronti dell'ambiente fisico che nei rapporti interpersonali;

---

<sup>14</sup> <http://it.wikipedia.org/wiki/Bisogno>



3. **bisogno d'amore e di affetti:** non solo nel senso di ricevere amore e affetto, ma anche di poterli dare;
4. **bisogno di autostima:** cioè di conservare una buona considerazione di sé stessi, e di stima da parte degli altri;
5. **bisogno di autorealizzazione:** nel senso di potere avere nella vita una parte attiva anche se ridotta a causa della malattia o della disabilità. I bisogni dell'uomo sono dunque classificabili secondo una gerarchia; questa implica che è necessario fissare delle priorità. È perfettamente inutile perseguire l'obiettivo di soddisfare il bisogno di autorealizzazione, quando la persona è in grave disagio per mancanza d'aria o nell'impossibilità di comprendere. La scala gerarchica dei bisogni, tuttavia, non è rigida e può essere aggiustata nelle priorità a seconda delle esigenze. Ad esempio, il bisogno di autonomia e di mobilità può essere messo in seconda linea in un malato che deve, per il suo stato di salute, stare a letto. Così, il bisogno di sicurezza non deve essere soddisfatto con misure così limitative da compromettere totalmente l'indipendenza della persona che si vuole garantire. La scala dei bisogni può essere utilizzata per organizzare bene l'assistenza di una persona che ne ha bisogno, valutando le esigenze e stabilendo le opportune priorità e il piano di supporto più adatto a far fronte ai problemi. Nella valutazione del soddisfacimento dei bisogni di una persona assistita è opportuno ricordare che mentre l'appagamento dei bisogni fisiologici è in larga misura misurabile *oggettivamente*, quello dei bisogni psicologici rappresenta un valore molto *sogettivo*. Se una persona ha bevuto in un giorno due litri di acqua, a meno di patologie fortemente disidratanti, si può oggettivamente ritenere di avere soddisfatto il suo bisogno di liquidi. Ma se una persona, pur circondata da

affettuose cure, lamenta di non essere sufficientemente amata, allora la valutazione diventa molto soggettiva e il problema va affrontato mettendo in discussione, con serenità ed equilibrio, il rapporto fra assistente e assistito in modo da giungere a una convinta accettazione di una soluzione che tenga conto del bisogno inappagato e della concreta possibilità di soddisfarlo maggiormente.

**3.2 Il Paziente Pediatrico** Nel corso degli ultimi 50 anni<sup>15</sup> e, ancor più, degli ultimi 4 lustri, è andata rapidamente e profondamente modificandosi la condizione familiare, psicologica e sociale del bambino e dell'adolescente. In funzione di questi mutamenti e degli avanzamenti scientifico-tecnologici della medicina, sono radicalmente mutati i bisogni socio-sanitari dei soggetti in età evolutiva. Si è drammaticamente ridotta la natalità (oggi circa 1.3 figli per donna fertile) ed è aumentata l'età media delle prime gravide (oggi superiore ai 30 anni); è crescente il numero di famiglie in cui entrambi i genitori lavorano ed anche quello in cui la madre o entrambi i genitori hanno un contratto di lavoro precario mentre è virtualmente scomparsa la famiglia patriarcale allargata ("nuclearizzazione" delle famiglie); è aumentato in misura impressionante il numero di bambini affidati ad un solo genitore (quasi 90.000 secondo i dati ISTAT del 2011, necessariamente una sottostima); è aumentato, sia pure con accelerazione decrescente, il numero dei nati da genitori migranti (ormai poco meno del 15% dei nati che salgono al 20% se si comprendono anche i nati con almeno un genitore migrante). Questi stessi mutamenti sociali hanno anche modificato le caratteristiche, la tipologia e le modalità della domanda di interventi più propriamente clinici, necessariamente condizionate dalle nuove o mutate situazioni demografiche e sociali. La prevenzione delle principali cause di morbilità e mortalità dell'adulto e dell'anziano, basata sull'adozione di stili di vita salutari, si sta dimostrando realmente efficace se introdotta fin dalle prime età della vita (*influenze epigenetiche*); la precocità dell'intervento ha particolare rilevanza per favorire una prolungata "Disability free life expectancy", obiettivo questo particolarmente

---

<sup>15</sup> Le proposte della Società Italiana di Pediatria, (2012) "Verso la Nuova Rete Pediatrica Integrata" - Roma,

importante per la qualità di vita e per il ruolo sociale dei futuri ultra sessantacinquenni; oggi la pediatria preventiva, che ha contribuito in misura determinante al crollo della morbilità per malattie infettive e della mortalità infantile, sta radicalmente trasformandosi per evolvere in strumento di promozione in età evolutiva della salute dell'adulto e dell'anziano. Sono virtualmente scomparse, tra le cause di mortalità e morbilità di rilievo, le malattie infettive, con un netto incremento di: malattie acute complesse (in particolare i politraumatismi da incidenti stradali); malattie croniche (dalle neoplasie al diabete, dalle malattie rare alle malattie reumatologiche); danni post-traumatici dei bambini sopravvissuti ai politraumatismi; problemi comportamentali e psichiatrici, soprattutto (ma non esclusivamente) dell'adolescente.

L'area pediatrica del nostro Paese ha dimostrato di saper promuovere e tutelare efficacemente la salute dei neonati, dei bambini e degli adolescenti. Ne sono testimonianza eloquente i tassi di mortalità neonatale e infantile tra i più bassi al mondo e la qualità dell'assistenza pediatrica che viene regolarmente riconosciuta al nostro Paese dalle Società Scientifiche Internazionali e dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità. Non altrettanto si può dire per l'efficienza in quanto il nostro Paese ha uno dei più elevati rapporti tra numero di pediatri e numero di bambini. Il problema centrale dell'assistenza pediatrica nel nostro Paese è quindi il mantenimento di elevati livelli qualitativi di efficacia con risorse più contenute, quindi con un aumento della efficienza. Le criticità dell'assistenza pediatrica territoriale e ospedaliera risultano non poche come la mancanza di continuità assistenziale a livello territoriale (notti, prefestivi e festivi), è particolarmente grave – oltre che per i bambini con patologie acute semplici – per

l'assistenza ai soggetti con malattie croniche; lo è altrettanto per i bambini dimessi dall'ospedale, per le famiglie migranti. L'attuale modello di assistenza pediatrica territoriale che si basa sull'attività di pediatri di libera scelta (PLS), ciascuno isolato nel proprio ambulatorio gli orari limitati di apertura rendono virtualmente impraticabili tutti i tentativi di garantire la continuità assistenziale. Il numero elevato di reparti pediatrici ospedalieri (in tutto all'incirca 500 nel nostro Paese) che possono contare su organici del tutto insufficienti. Le carenze della pediatria territoriale – in particolare la mancanza di continuità assistenziale – giustificano funzionalmente la sopravvivenza di questi piccoli reparti in quanto svolgono di fatto una essenziale funzione di supplenza rispetto alle carenze di continuità dell'assistenza territoriale. La carenza di Terapie Intensive Pediatriche (TIP) la cui funzione viene surrogata dalle Terapie Intensive dell'adulto che mancano tuttavia di competenze mediche, infermieristiche e non di rado persino di strumentazioni idonee per il trattamento dei bambini e che, trovandosi a dover assistere bambini, adulti e anziani negli stessi ambienti e con lo stesso personale sanitario non offrono certamente quell'assistenza a misura di bambino che pure viene continuamente ribadita come condizione irrinunciabile anche nei più prestigiosi contesti internazionali.

La mancanza in quasi tutte le Regioni italiane di centri di riabilitazione pediatrica, carenza estremamente grave per le medesime ragioni elencate al punto precedente e per la motivazione aggiuntiva che la riabilitazione, più di qualunque altra forma assistenziale pediatrica, richiede un approccio olistico alla persona del bambino nell'integrità della sua persona e della sua famiglia.

La moderna biomedicina richiede un approccio globale pediatrico a tutta quanta l'età evolutiva, quindi tra 0 e 18 anni (Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 20.11.89 ratificata dal Parlamento Italiano il 27.5.1991), è necessario avviare con urgenza una profonda riorganizzazione della rete pediatrica con piena consapevolezza che l'attuale struttura non manca affatto di una propria intrinseca razionalità organizzativa, ma risulta complessivamente obsoleta. La ristrutturazione della rete pediatrica deve inizialmente concentrarsi su pochi obiettivi molto ben definiti e quindi su pochi provvedimenti semplici, coerenti e fattivamente perseguibili.

## **Dalla dimissione ospedaliera al piano di cura**

### **4.1 Tipi di dimissione ospedaliera**

Per convenzione si riconducono le dimissioni a 4 diversi tipi che vengono di seguito descritti.

**4.1.1 La Dimissione precoce** avviene quando la durata della degenza è inferiore rispetto alle attese per quel DRG (Diagnosis Related Group). Esiste una degenza media definita per ogni DRG e un valore soglia per le giornate di ricovero (detto *trim point*). A volte i pazienti vengono dimessi prima per “liberare” il posto letto. Non sempre è una strategia efficace perché se il paziente o la famiglia non sono pronti, oltre al disagio possono avere problemi che portano a un nuovo ricovero potenzialmente evitabile. Questo è un fenomeno relativamente frequente, sia per la scarsa qualità di cura e assistenza (trattamenti inefficaci che non hanno portato alla completa stabilizzazione), sia perché le dimissioni non sono state preparate. Non c'è un accordo sulla definizione di ricovero ordinario ripetuto o riammissione: per le regioni Veneto e Toscana, per esempio, sono i ricoveri che avvengono nello stesso presidio entro 30 giorni dalla dimissione per la stessa diagnosi principale; per la regione Lombardia entro 45 giorni e per il Lazio entro l'anno solare. I ricoveri entro 3 giorni dalla dimissione sono considerati i più inappropriati: tanto più è breve l'intervallo di tempo trascorso tra i 2 ricoveri, tanto maggiore è la probabilità che il nuovo ricovero sia dovuto a una dimissione non pianificata.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Fabbri D, (2000) Comportamenti opportunistici e riforma sanitaria: i ricoveri ripetuti e i trasferimenti negli ospedali dell'Emilia Romagna. Fiorentini G, “ Il Servizio sanitario in Italia” Il Mulino, Bologna

#### **4.1.2 Dimissione del fine settimana o in giornate atipiche**

E'la dimissione effettuata dal venerdì pomeriggio alla domenica o nei giorni festivi. Può creare problemi ai pazienti e ai loro familiari soprattutto nell'approvvigionamento di farmaci e presidi e nell'attivazione del medico di medicina generale o dei servizi di assistenza domiciliare programmata.

#### **4.1.3 Dimissione ritardata**

Si ha una dimissione ritardata quando la durata della degenza supera le giornate attese per quel DRG. I motivi che prolungano la degenza possono essere sociali (il paziente non ha un domicilio adeguato ad accoglierlo), legati alla difficoltà di attivazione di supporti e servizi e quindi alla mancanza di organizzazione o alle difficoltà di comunicazione tra ospedale e territorio.<sup>4</sup> Si stima che il 30% delle dimissioni venga ritardato per motivi non clinici.<sup>17</sup> Un ritardo nella dimissione può essere utile alla famiglia ma è un indicatore di scarsa efficienza ospedaliera perché, oltre ad aumentare i costi, aumenta anche i rischi per il paziente di contrarre infezioni in ospedale e, in particolare negli anziani, di disorientamento.

**4.1.4 Dimissione difficile** Si verifica quando c'è una disabilità permanente o temporanea per un evento acuto (per esempio un ictus o la frattura del femore in un anziano). Si stima che il 2-3% di tutte le dimissioni siano da classificare come "difficili" (250.000-300.000 casi all'anno). Applicando queste stime a un distretto di 100.000 abitanti con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille (16.000

---

<sup>17</sup> Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG et al. (1989) The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. *Medical Care* 1989;27:112-29.

Naylor MD, Brooten D, Campbell R et al. (1999) Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trials. *Journal of American Medical Association* 1999;281:613-20.



ricoveri annui), si possono calcolare 350-400 dimissioni difficili l'anno.<sup>18</sup> Più l'evento è imprevedibile, più è difficile pianificare. Per esempio, non è facile trovare subito un posto letto in una RSA o in un centro di riabilitazione; come anche attivare un'assistenza domiciliare integrata o avere subito a disposizione un letto antidecubito; o, ancora, trovare persone disponibili a rimanere a casa ad assistere la persona (dalla badante, che va addestrata, al familiare che deve riorganizzarsi sul lavoro). I pazienti le cui dimissioni creano difficoltà sono soprattutto gli anziani, le persone con scarsa autonomia, quelli con patologie croniche, in ossigenoterapia cronica, con insufficienza renale, i diabetici e i pazienti terminali.

#### **4.2 Il piano di dimissione**

La pianificazione della dimissione prevede e garantisce gli interventi necessari per mettere il paziente (sia acuto sia cronico) nelle condizioni di continuare il piano di cura riconoscendo e prevenendo le possibili complicanze. E' bene distinguere tra dimissione protetta, dimissione pianificata e continuità assistenziale.

**Per dimissione protetta** si intende il passaggio del paziente a un'altra struttura: residenziale, di lungodegenza, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio o centri di accoglienza sociali. **Per dimissione pianificata**, invece, si intende la stesura di un percorso di dimissione; comporta lo sviluppo di un piano individualizzato di dimissione prima che il paziente lasci l'ospedale. Le dimissioni pianificate stimolano il lavoro in équipe e contribuiscono a potenziare la visibilità, l'integrazione e l'efficacia della comunicazione tra i servizi territoriali e ospedalieri. Quando la dimissione prevede una presa in carico del paziente (non

---

<sup>18</sup> Maciocco G, Comodo N, (2004) Cure intermedie: basi concettuali. Prospettive sociali e sanitarie 2004;3:1-3.

sono sufficienti le informazioni o gli interventi educativi), si parla **di continuità assistenziale**. I soggetti che hanno bisogno di continuità assistenziale sono pazienti instabili, che richiedono supervisione e controllo. La continuità assistenziale si basa su un approccio multidisciplinare che promuove l'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie.

La pianificazione della dimissione dovrebbe essere fatta in gruppo con discussione del caso in riunioni multidisciplinari cui partecipino anche il paziente e la famiglia. In molti casi la responsabilità di coordinare la dimissione è affidata a un infermiere esperto, ma anche ad altre figure, in base ai contesti, ai modelli organizzativi adottati e al problema prevalente.

Le dimissioni pianificate<sup>19</sup> aumentano l'aderenza alla terapia e la soddisfazione dei pazienti, delle famiglie e degli operatori; migliorano la qualità percepita e rinforzano l'attitudine a lavorare in équipe. I piani di dimissione, elaborati già in terza giornata, aumentano la probabilità di ritorno a casa con successo e riducono la durata della degenza. I tempi di ricovero sono coerenti con i bisogni dei pazienti, si riduce la probabilità di una nuova ospedalizzazione a breve termine (ricoveri ripetuti) e diminuisce l'incidenza di complicanze post ricovero. Una valutazione formale prima della dimissione riduce i ricoveri dovuti a problemi evitabili o complicanze risolvibili con una buona organizzazione. Il follow-up è molto utile nel ridurre l'incidenza di complicazioni. Inoltre i pazienti sono più soddisfatti dell'assistenza, hanno meno problemi perché informati e sono meno ansiosi.

---

<sup>19</sup> Dossier Infad "Dimissioni ospedaliere"

Anche i familiari riescono a impegnarsi nell'assistenza con maggiore tranquillità e sicurezza. Avere più informazioni sulla malattia e sui servizi attivabili sul territorio aumenta la soddisfazione, riduce il senso di abbandono e di impotenza che si prova quando non si sa che cosa fare, a chi rivolgersi e come muoversi. E' molto importante che la comunicazione tra servizio ospedaliero e territoriale sia efficace. Questo aumenta la capacità di lavorare insieme e di comprendere le difficoltà, i carichi di lavoro e le specificità di ogni operatore.

## **Implementazione della dimissione infermieristica in**

### **Cardiochirurgia Pediatrica, FTGM**

#### **5.1 Premessa**

Il trasferimento di un paziente tra i diversi ambiti assistenziali, costituisce sempre un momento critico del percorso di cura. Il passaggio dell'assistenza per condizioni acute e gravi ad una assistenza per condizioni croniche e stabili rende i soggetti, in questo caso bambini e famiglie, più fragili. Il trasferimento da un ambiente protetto quale è l'ospedale al domicilio viene spesso affrontato con difficoltà e disagio, il che rende prioritaria l'organizzazione di un'assistenza che abbia come principale caratteristica la continuità della presa in carico. Tale problematica in ambito pediatrico emerge per la complessità assistenziale che il paziente cardiopatico si trova ad affrontare dalla nascita. A livello internazionale sta emergendo un generale consenso sul fatto che per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche è necessario un approccio più ampio (a more comprehensive approach). E' necessario prevedere e sperimentare modelli innovativi che vadano oltre l'orizzonte del Sistema Sanitario focalizzato sulla malattia (disease- focused).<sup>20</sup> La letteratura<sup>21</sup> sollecita un'attenzione precoce alla dimissione del paziente, si parla infatti di pianificazione di un processo, non un evento isolato. Questo processo deve creare le condizioni affinché i pazienti e i famigliari siano in grado di contribuire alle migliori decisioni da prendere.

---

<sup>20</sup> Nasmith L, Bathem P, Baxter R, et al. (2010) *Trasforming care for Cannadians with chronic health conditions: put people first, expect the best, manage for results* Ottawa, ON, Canada: Canadian Academy of Health Sciences,

<sup>21</sup> Parkers Sheppers "Discharge planning from hospital to home(Cochrain Rewiew) in the Cochrain librarj issue 2 oxford up date software";

Il mio lavoro ormai pluri- ventennale in una U .O. di Cardiochirurgia mi ha portato a contatto con molte situazioni difficili e molteplici problematiche. Molto si e' parlato, durante le riunioni, con i colleghi di accoglienza, di pianificazione, e di cartella infermieristica integrata. L'iniziativa è partita, con l'intento di poter gestire in maniera più completa il percorso di assistenza dal ricovero al rientro al proprio domicilio, come un unico episodio che presuppone una forte rete dei servizi territoriali, delle associazioni di volontariato e il coinvolgimento attivo del bambino e della sua famiglia opportunamente formata e informata.

Nell' elaborazione del progetto si e' proceduto alla stesura di una "lettera" separata da quella medica che contenesse dati di natura esclusivamente infermieristica dove l'infermiere pur senza tralasciare l'aspetto clinico valuti il paziente dal punto di vista assistenziale e dei bisogni. La scheda di dimissione infermieristica permette l' utilizzo di un linguaggio adatto ad esprimere l'attività dell' infermiere garantendo una comunicazione condivisa ed efficace.

Nella progettazione, inoltre, non è stato possibile utilizzare solo quei modelli che prevedevano l'apposizione di crocette con la funzione di selezionare voci da un elenco ma si è pensato di fare un progetto dove emergessero i reali bisogni della persona inserendo tutti gli eventi e le attività che si rilevano essere determinanti nel percorso assistenziale del singolo paziente.

## **5.2 Contesto**

La "Fondazione Toscana Gabriele Monasterio"<sup>22</sup> per la ricerca medica e di sanità pubblica" è un Ente di Diritto Pubblico del Servizio Sanitario Regionale della

---

<sup>22</sup> Carta dei Servizi – Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Massa (2013)

Toscana che opera quale Presidio di Alta Specialità in ambito cardiovascolare e pneumologico nelle sedi di Massa e di Pisa. La missione è quella di integrare l'assistenza sanitaria con la ricerca e l'innovazione medica, tecnologica ed organizzativa al fine di soddisfare con professionalità, appropriatezza, efficienza ed efficacia il bisogno di salute del cittadino/utente. La Fondazione è suddivisa in cinque dipartimenti clinici: Dipartimento Cardiotoracico, il Dipartimento Immagini, il Dipartimento Area Critica, l'Attività Specialistica, e il Dipartimento Pediatrico. A fianco di questi dipartimenti clinici si pone il dipartimento per le tecnologie e completano l'assetto organizzativo le unità operative ed uffici della Direzione Generale. Nel Dipartimento Pediatrico le attività svolte sono varie: dalla diagnosi prenatale delle cardiopatie congenite, con nascita in ambiente protetto, alla cura delle stesse. Il primo approccio, su invio del ginecologo-ostetrico curante, avviene solitamente tra la 20a e la 22a settimana di gravidanza gestazionale mediante una visita ambulatoriale. I genitori supportati dal Team multidisciplinare percorrono un cammino diagnostico terapeutico durante la gravidanza e alla nascita del piccolo/a. Le Cardiopatie Congenite rappresentano una delle malformazioni più frequenti alla nascita (8 casi ogni 1000 nati), incidono nella misura del 8-11 per 1000 dei nati vivi. Mentre alcune cardiopatie congenite sono caratterizzate da gravi difetti del cuore e possono richiedere un trattamento medico o chirurgico fin dalle prime ore di vita del bambino, la maggior parte si manifestano solo più tardivamente e, in circa il 30% dei casi, possono risolversi spontaneamente senza necessità di trattamento chirurgico. Oggi i risultati del trattamento chirurgico della maggior parte delle cardiopatie congenite nel bambino sono assai favorevoli, è tuttavia opportuno

considerare sempre ogni singolo paziente come un caso specifico e adattare al singolo bambino le conoscenze e le possibilità terapeutiche oggi disponibili.

Questa esperienza è nata da un progetto avviato ed implementato dal SITRA (Direttore delle Professioni Tecnico Infermieristiche) e dallo Psicologo nella Degenza Adulti con il paziente cardochirurgico affetto da cardiopatie acquisite e, visto il gradimento dei pazienti e dei familiari, ed i risultati ottenuti in termini di efficacia, è stato contestualizzato anche nel Dipartimento Pediatrico, arricchendolo degli elementi innovativi contenuti nel progetto oggetto della tesi. All'interno del Dipartimento Pediatrico, infatti, e nello specifico nell'area di Degenza si è reso necessario rimodulare l'Accoglienza e la Dimissione.

La dimissione vede protagoniste varie figure.

**I GENITORI sono i “primi attori”** nel caso del neonato, “importanti” a qualunque età devono essere coinvolti nelle scelte di cura e di supporto; alleati nel processo terapeutico

**I bambini in ETA' PRESCOLARE SCOLARE** il linguaggio a loro riferito deve essere “comprensibile” e adatto all'età, allo stato emotivo del bambino, alle sue condizioni sociali e culturali. Bisogna dare poche informazioni alla volta, per dare al bambino il tempo di “metabolizzare”, dobbiamo stimolare le sue richieste, le sue domande, il suo bisogno di aiuto, e fornire messaggi rassicuranti, chiari e semplici.

**Gli ADOLESCENTI per i quali la** comunicazione è più complicata, spesso provano gli stessi stati d'animo degli adulti è più complesso affrontare la situazione vorrebbero “spiccare il volo”, allontanarsi dalla famiglia

conquistare l'indipendenza. La malattia li riporta con forza nella famiglia. I ragazzi provano sentimenti contrastanti verso i genitori.

**IL BAMBINO STRANIERO:** le istituzioni sanitarie non sono predisposte, nè preparate a capire e a trattare le diversità culturali: ascolto attivo, riconoscimento dei valori spirituali ed ideologici diversi, rispetto di forme di comportamento che derivano da altre visioni del mondo. Il Sistema Sanitario finisce per non essere pienamente accessibile o essere male utilizzato dalle famiglie straniere, per le barriere culturali e linguistiche. Si rende necessaria la presenza del mediatore culturale come garanzia, perché dalle eventuali difficoltà di comprensione linguistico- culturale non insorgano errori clinici. I mediatori culturali, infine, possono aiutare gli operatori sanitari a comprendere il significato di abitudini e tradizioni lontane dalla nostra consuetudine, ma che dovrebbero essere rispettate per riuscire a creare una “alleanza terapeutica”, più che mai necessaria quando il paziente è un bambino e la patologia è importante o non guaribile.

**IL BAMBINO DISABILE per il quale è indispensabile un** inquadramento globale. Con mantenimento dello stato di salute, prevenzione e cura, il rapporto con la famiglia, promuove lo sviluppo di autonomie e relazioni, con vortici emozionali tra operatori sanitari, con il bisogno affettivo anche nel grave, come l'affettività produce risultati sulla crescita e la salute.

### **5.3 Scopo**

Il paziente quando e' dimesso conclude un periodo di assistenza diagnosi e cura. La dimissione e' una responsabilità che il Team sanitario si assume e qualora ne sussista la necessità deve garantire l'integrazione della cure e la continuità assistenziale.



Lo scopo di questo progetto è creare le condizioni affinché possano emergere immediatamente i problemi della persona e tutte le informazioni che illustrino la sua personale e reale situazione.

## **5.4 Analisi organizzativa<sup>23</sup>**

### **5.4.1 Attività svolta annualmente**

L'attività sviluppata da FTGM nell'anno 2012 nei due stabilimenti di Pisa e di Massa, in quanto Presidio Ospedaliero Specialistico della Regione Toscana, può essere così sintetizzata:

- 4.478 ricoveri, di cui il 45% di alta e il 22% di altissima specialità, in ambito cardiologico e cardiocirurgico del bambino e dell'adulto, e in ambito pneumologico, con marcata riduzione rispetto al 2011 (-312) per sostituzione di ricoveri in day hospital con pacchetti assistenziali secondo il modello organizzativo del Day Service (D.Se.).
- 1.227 interventi cardiocirurgici (+5% rispetto al 2010) di cui 985 nell'adulto (28% con approccio mini invasivo) e 242 pediatrici e in congeniti adulti (GUCH)<sup>24</sup>
- 4.346 procedure cardio- interventistiche di cui 3.728 emodinamiche (3.507 nell'adulto e 140 pediatriche e in congeniti adulti), e 618 elettrofisiologiche

---

<sup>23</sup> Il testo è tratto da Hinna L. (2001) Management in sanità, Aracne, Roma.

<sup>24</sup> Grown Ups with Congenital Heart , Pazienti > 18 anni

- 100.927 accessi ambulatoriali (3.635 pediatrici) con crescita delle attività di day service in sostituzione di ricoveri in day hospital.

Le attività chirurgiche e la quasi totalità delle pediatriche si esplicano nello stabilimento di Massa (Ospedale del Cuore), dove le unità di terapia intensiva (adulto e pediatrica) sono integrate da una unità neonatologica, dall'attività di diagnostica prenatale (838 prestazioni nel 2012) e, in collaborazione con ASL1, di assistenza pre e peri- partum in gravidanze con diagnosi prenatale di cardiopatia congenita fetale.

#### 5.4.2 Punti di forza e di debolezza dell'attuale modello organizzativo

<b>FATTORI IN INGRESSO</b>	
<b>PUNTI DI FORZA</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>
Il paziente e' al centro del percorso	Mission non condivisa
La pratica è basata sull'ebm/ ebn/ ebn	Carta di accoglienza da aggiornare
Attiva integrazione multi- professionale	Manca la traccia per la continuità terapeutico- assistenziale
Attività in miglioramento continuo	Poca cultura e propaganda dell'utilizzo della scheda di dimissione infermieristica e non uniformità nella compilazione
<b>FATTORI INTERNI</b>	
Precisa e dettagliata fotografia dei bisogni di	Alcune procedure non conosciute, non

assistenza	applicate, non correttamente eseguite
Presenza del Manuale della Qualità	Non Informatizzazione di tutti i processi
Adeguate competenze per le attività quotidiane	Per alcuni settori numero insufficiente di riunioni con il personale
Mancanza di un percorso strutturato e dedicato all'accoglienza e dimissione	Carente comunicazione interpersonale tra i vari turni, pochi momenti di condivisione
<b>FATTORI IN USCITA</b>	
Presenza Bollettino delle Attività Annuali	Assenza nei reparti del bollettino
Continuità assistenziale	Assenza di incontri con i Servizi Domiciliari e con tutti i referenti delle attività extra- ospedaliere
Presenza di lettera di dimissione Medica	Assenza di dimissione infermieristica strutturata e scritta tante informazioni solo verbali

#### **5.4.3. Analisi aree**

In merito all'analisi delle aree amministrative e sanitarie risulta piena disponibilità al cambiamento- miglioramento rispetto alle debolezze emerse. Dopo la presentazione relative all'analisi organizzativa siamo partiti con vari incontri e abbiamo descritto i diversi processi decisionali, calcolando la necessità delle risorse e implementando i contatti e le relazioni organizzative utili alla realizzazione del progetto in oggetto.

## 5.5 Diagnosi organizzativa

### a) *Fabbisogni organizzativi dell'azienda:*

1. Razionalizzazione e miglior utilizzo della risorsa “tempo” e conseguentemente della risorsa “umana”;
2. Miglioramento dell'efficienza e dell'accessibilità ai servizi;
3. Implementazione del modello di assistenza “personalizzata” coerentemente con tutte le indicazioni riportate dalla normativa oltre che in letteratura;
4. Aumentare la motivazione degli operatori sviluppando maggior senso di appartenenza;
5. Maggiore compliance nell'applicazione delle procedure di rispetto della privacy del paziente;
6. Fidelizzazione dell'utente che ha ricevuto un'adeguata risposta alle sue aspettative;
7. Facilitazione dell'ascolto attivo – la famiglia si sente “pensata”
8. Restituzione della sensazione di “centralità” al paziente ed ai genitori

### b) *Priorità/ risorse critiche:*

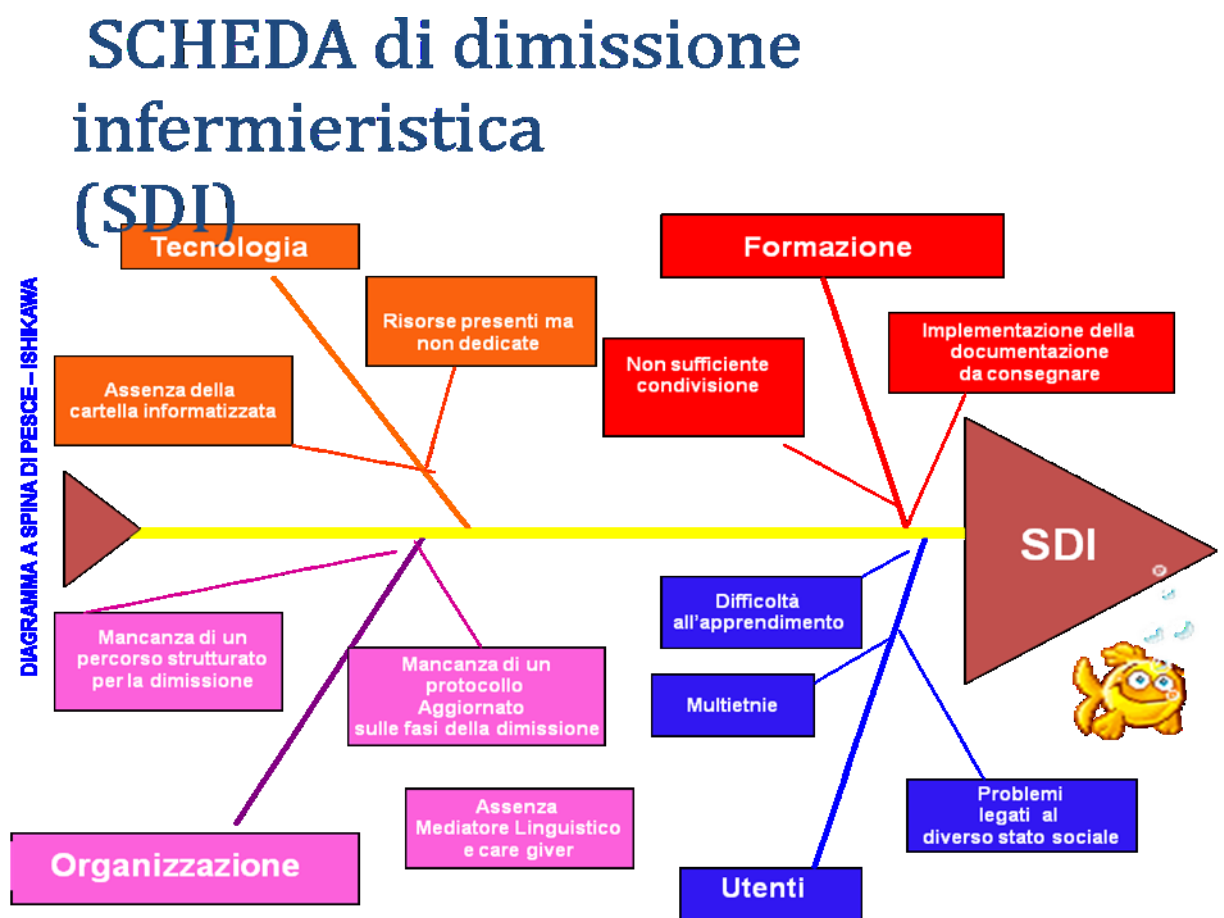
1. Differente significato, interpretazione attribuita alla fase di accoglienza e dimissione da parte degli operatori;
2. Differente percezione delle eventuali problematiche correlate alle modalità di accoglienza e dimissione;

3. Scarsa diffusione e utilizzo di strumenti operativi volti (in generale) ad uniformare le procedure nell'ambito dell'accoglienza e della dimissione;
4. Assenza di locali in cui accogliere il paziente ed suoi familiari durante questa fase.

**c) Il Diagramma Causa-Effetto o di Ishikawa**

Questo diagramma, detto anche “a lisca di pesce”, è uno strumento grafico che ci permette di individuare, In questo caso, le probabili cause o effetti legati alla Dimissione Infermieristica. (Figura n.2.)

Figura 2



La “Fondazione Toscana Gabriele Monasterio<sup>25</sup> per la ricerca medica e di sanità pubblica” è un Ente di Diritto Pubblico del Servizio Sanitario Regionale della Toscana. Lo stabilimento ospedaliero di Massa - Ospedale del Cuore G. Pasquinucci" trae origine dall'esperienza dell'Ospedale Pediatrico Apuano (OPA). Esso opera in prevalenza quale centro di **cardiochirurgia e cardiologia pediatrica e dell'adulto**. In merito all’analisi è emerso la necessità di strutturare il percorso per la dimissione.

### Obiettivo generale

<b>1° Obiettivo</b>	Migliorare la gestione del percorso di assistenza dal ricovero alla dimissione, al ritorno a casa come unico episodio longitudinale
<b>Indicatore/i di risultato</b>	% di gradimento del bambino- famiglia sul supporto fornito dall’ospedale rispetto alla continuità assistenziale
<b>Standard di risultato</b>	Almeno l’80% devono essere soddisfatti

<b>2° Obiettivo</b>	Migliorare l’aspetto relazionale tra operatori e utenti al momento della dimissione e fornire i principali supporti educativi ai bambini alla famiglia e al paziente adolescente ed adulto per una collaborazione attiva e sicura nella gestione del piano assistenziale
<b>Indicatore/i di risultato</b>	N° di supporti educativi consegnati / tutte le dimissioni

<sup>25</sup> Carta dei Servizi – Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Massa (2013)

<b>risultato</b>	effettuate
<b>Standard di risultato</b>	Almeno il 90%

<b>3° Obiettivo</b>	Effettuare la valutazione multidimensionale e concordare con il MMG (Medico di Medicina Generale) /PLS (Pediatria di libera scelta) la dimissione
<b>Indicatore/i di risultato</b>	N° di valutazioni sui dimessi/ totale Dimessi
<b>Standard di risultato</b>	Almeno il 90%

<b>4° Obiettivo</b>	Attivare la rete territoriale prima della dimissione e concordare una data per il successivo controllo
<b>Indicatore/i di risultato</b>	N° di contatti dei pazienti dimessi/ totale dei Dimessi
<b>Standard di risultato</b>	Almeno il 90%

<b>5° Obiettivo</b>	Elaborare un database per la tracciabilità delle informazioni
<b>Indicatore/i di risultato</b>	N° di iscritti/ totale dei Dimessi
<b>Standard di risultato</b>	Almeno il 100%

## 5.7 Percorsi di attuazione

### 1) Obiettivi specifici

Gli obiettivi sono stati diversi a seconda delle persone considerate

**1° per l' utenza:** assicurare continuità dell' assistenza nei trasferimenti dei pazienti; condividere uno schema comunicativo per facilitare l'integrazione fra i percorsi di cura e la sicurezza del paziente (opuscoli, incontro programmati faccia a faccia); ridurre l'ansia legata all'uscita da un ambiente "sicuro" ed offrire un supporto di conoscenze e un supporto psicologico; offrire ai pazienti continuità assistenziale dando informazioni e conoscenze necessarie, fornire suggerimenti (Allegato 4) psico- educativi di immediata applicabilità, fornire riferimenti utili per la convalescenza a casa – follow up; definire un set di informazioni cliniche ed assistenziali tra "chi invia e chi accoglie" il paziente (lettera dimissione medica ed infermieristica )

**2° per gli operatori /care giver:** facilitare la presa in carico della persona sia dimessa e inviata a domicilio sia inviata in altre strutture

**3° per l' organizzazione:** ottimizzazione dei percorsi assistenziali e garanzia e affidabilità dei trattamenti, monitorare le attività per misurare i risultati.

### 2) Referente Aziendale

- SITRA
- Responsabile di presidio ospedaliero (Dirigente medico di presidio)
- Coordinatore d'Area FTGM, Massa- Pisa

### Coordinamento di secondo livello



- Coordinatore Infermieristico
- Infermieri

### **3) Destinatari**

Pazienti, Familiari, Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta e Responsabili di altre strutture o Servizio Domiciliare

### **5.8 Durata dello studio**

Il progetto pilota è iniziato ad Aprile 2014 fino al 10 Agosto 2014 ha coinvolto il Centro per un totale di 5 mesi.

### **5.9 Materiale e Metodi**

Il Progetto ha coinvolto tutti i pazienti dimessi dalla FTGM dal 2 Maggio al 10 Agosto, per un totale di 120 pazienti ricoverati come Cardiologici e 68 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Il Progetto è iniziato con la condivisione dell'iniziativa con il personale sanitario di Reparto, con il Coordinatore Infermieristico, il Dirigente medico e il Direttore sanitario. Abbiamo iniziato con un'analisi organizzativa e un focus sulle criticità, è stato elaborato il progetto, è stato condiviso con le varie figure responsabili e coinvolte. Sono stati elaborati dal Gruppo di lavoro di strumenti utili per la presentazione e divulgazione delle informazioni interne all'Azienda ed esterne sul territorio. Sono state formate le persone interessate al percorso e responsabili delle tappe. Con il mese di maggio abbiamo iniziato a dimettere i pazienti seguendo il percorso.

In presenza dell'infermiera dedicata abbiamo deciso di tracciare alcune tappe obbligatorie descrivendole nel dettaglio per rendere il percorso formativo più semplice con recezione delle consegne dall' infermiere dedicato. La prima tappa si sviluppa attraverso la condivisione della stesura della Dimissione infermieristica; l'educazione alla somministrazione del farmaco ai genitori o agli utenti; il controllo in doppio tra la lettera di dimissione e la Scheda Unica di Terapia (STU) (per incongruenze contattare il Medico di riferimento); la trascrizione sulle modalità di somministrazione del farmaco; la valutazione della capacità di apprendimento alla somministrazione domiciliare del farmaco; (se non ci fossero i presupposti la dimissione andrebbe rimandata); e la consegna di suggerimenti psico-educativi. La seconda tappa prevede la consegna dei seguenti documenti:

Per il ritorno a casa:

- Profilassi endocardite
- prescrizione galenici
- indicazioni di buone pratiche a domicilio (Allegato 5)
- ricette per le prossime visite
- possibili cartellini per impianto device (no FOP) /valvole/ condotti
- oppure indicazioni per trasferimento in un altro Centro ed altro materiale informativo;

Per il paziente trasferito in un altro Centro:

- Consegna lettera di dimissione Medica
- Preparazione scheda infermieristica di trasferimento
- Fotocopia della Scheda Unica di Terapia

- Fotocopia del modulo “ Latti” per i pazienti portatori di SNG e in svezzamento
- Consegna farmaci cardiologici, latte o alimenti specifici

Il progetto ha proseguito considerando il monitoraggio e le correzioni durante il percorso, è stato elaborato un database dove inserire i dati per valutare la qualità percepita dei nostri utenti. Siamo arrivati all’analisi dei risultati per gli obiettivi e i costi previsti.

### 5.10 Attività

Attività n.	Macro attività	Scomposizione
1	Analisi delle criticità e Presentazione gruppo di lavoro	Analisi contesto, Suddivisione compiti
2	Elaborazione P.W e presentazione alla Direzione Aziendale	Obiettivi, Punti di forza e debolezza, incontri e condivisione attraverso eventi formativi, elaborazione degli strumenti, di documenti, della procedura
3	Elaborazione della Scheda di dimissione (SDI)	Inserimento nel piano di formazione Aziendale, Previsione spesa
4	Elaborazione della Check list <sup>26</sup> e degli allegati	Focus Group
5	Implementazione della Scheda di	Riunione in plenaria del Project Work (PW)

<sup>26</sup> Lince MP, Lucenti V ,(2008)” La relazione infermieristica di dimissione/trasferimento per migliorare la comunicazione nel Dipartimento Medico 1, in Azienda e sul territorio, per i pazienti con dimissione integrata”

	Dimissione Infermieristica	al personale
6	Attuazione del progetto e Monitoraggio dell' applicazione	Riunione in plenaria del P.W al personale
7	Analisi dei risultati – degli obiettivi , dei costi, e delle capacità di soddisfare i bisogni Report	Costituzione e lavoro gruppi (learning)
8	Applicare eventuali azioni correttive	Incontri in plenaria del personale interessato e programmazione verifiche - indicatori
9	Elaborazione e presentazione risultati	Monitoraggio

### **5.11 1) RISORSE Umane e strumentali**

Personale dedicato e informato, Computer, fotocopiatrice, materiali di cancelleria

### **2) RISORSE Economiche**

### Piano finanziario

<b>FASI</b>	<b>RISORSE UMANE</b>	<b>RISORSE strutturali</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE</b>	<b>MATERIALE</b>	<b>COSTO TOTALE</b>
<b>1/6</b>	<b>20 Inf.+ CI</b>	<b>AULE</b>	<b>4 ore/Inf.</b>	<b>Computer- fotocopiatrice Materiali di cancelleria</b>	<b>Banca ore</b>
<b>7/9</b>	<b>20 Inf.+ CI 1 Informatico 1 Statistico</b>	<b>AULE</b>	<b>3 ore/Inf. 4 Informatico 4 Statistico</b>	<b>Computer- fotocopiatrice Materiali di cancelleria</b>	<b>Banca ore Circa 150 E/1</b>
	<b>Attività formativa</b>				<b>500 €</b>
	<b>Infermiere/ Project leader</b>				<b>9000€/ 1000€</b>

#### 5.12 TEMPI e RESPONSABILITA'

Lo svolgimento del progetto è previsto nel periodo 02/04/2014-10/08/2014, secondo la cronologia delle diverse fasi riportata nel diagramma di Gantt (Figura 1)

**Figura 1**

Legenda						
Azioni	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Responsabilità
Analisi delle criticità e Presentazione gruppo di lavoro						R=P.L C= R- CD I: DM- SITRA
Elaborazione P.W e presentazione alla Direzione Aziendale						R=P.L C=R I= SITRAI- DM
Elaborazione della Scheda di dimissione (SDI)						R=P.L C= R I= SITRA- DM
Elaborare della Check list <sup>27</sup>						R= R C=P.L I= SITRA- DM
Implementazione della Scheda di Dimissione Infermieristica						R=R C= P.L., SITRA I= DM
Attuazione del progetto e Monitoraggio dell' applicazione						R= P.L. C= R I= SITRA- DM
Analisi dei risultati – degli obiettivi , dei costi, e delle capacità di soddisfare i bisogni Report						R= R C=P.L I= SITRA- DM
Applicare eventuali azioni correttive						R= P.L C= R I= SITRA- DM

<b>P. L: Project Leader R (Referenti): Coordinatore Infermieristico, Infermiere</b>
<b>SITRA: Direttore delle Professioni Tecnico Infermieristiche</b>
<b>DM: Direzione Medica</b>

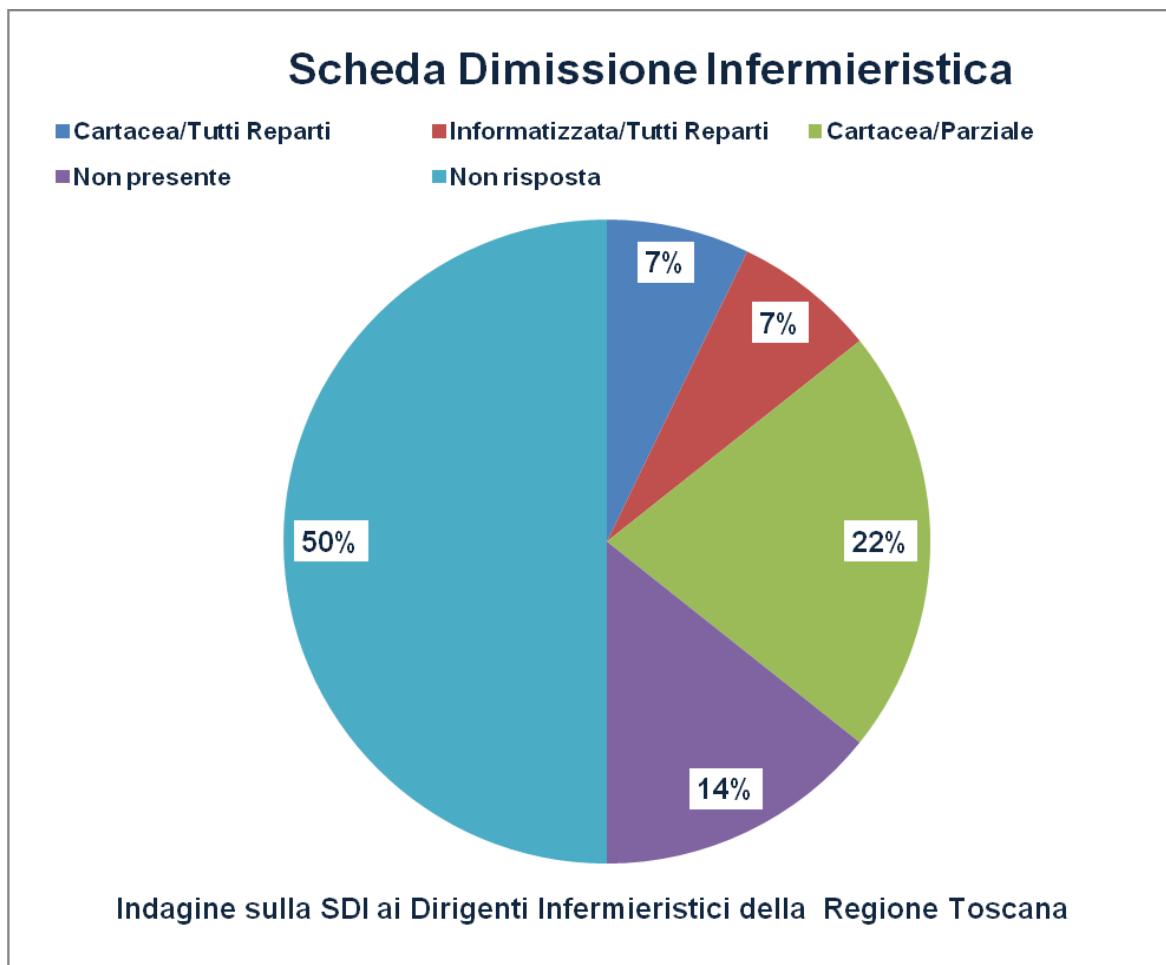
## 5.13 Analisi e risultati

### Indagine conoscitiva

Per capire il contesto attuale in merito al percorso sulla dimissione infermieristica, ho contattato tramite mail, i SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale) TOSCANI, Azienda Usl 1 Massa Carrara; Azienda Usl 2 Lucca; Azienda Usl 3 Pistoia; Azienda Usl 4 Prato; Azienda Usl 5 Pisa; Azienda Usl 6 Livorno; Azienda Usl 7 Siena; Azienda Usl 8 Arezzo; Azienda Usl 9 Grosseto; Azienda Usl 10 Firenze; Azienda Usl 11 Empoli; Azienda Usl 12 Viareggio. Nella tabella 1 ho riportato brevemente le USL e i referenti che hanno risposto, in merito alla presenza o meno della SDI in forma cartacea o informatizzata. (Tabella 1)

**Tabella 1**

USL	SDI /Tutti Rep.		SDI /Parziale		SDI	Non risposta
	Cartacea	Informatizzata	Informatizzata	Cartacea		
1 Massa Carrara				SI		
2 Lucca					NO	
3 Pistoia						SI
4 Prato						SI
5 Pisa					NO	
5 AOP						SI
6 Livorno						SI
7 Siena						SI
8 Arezzo						SI
9 Grosseto	SI					
10 Firenze				SI		
11 Meyer				SI		
11 Empoli						SI
12 Viareggio		SI				

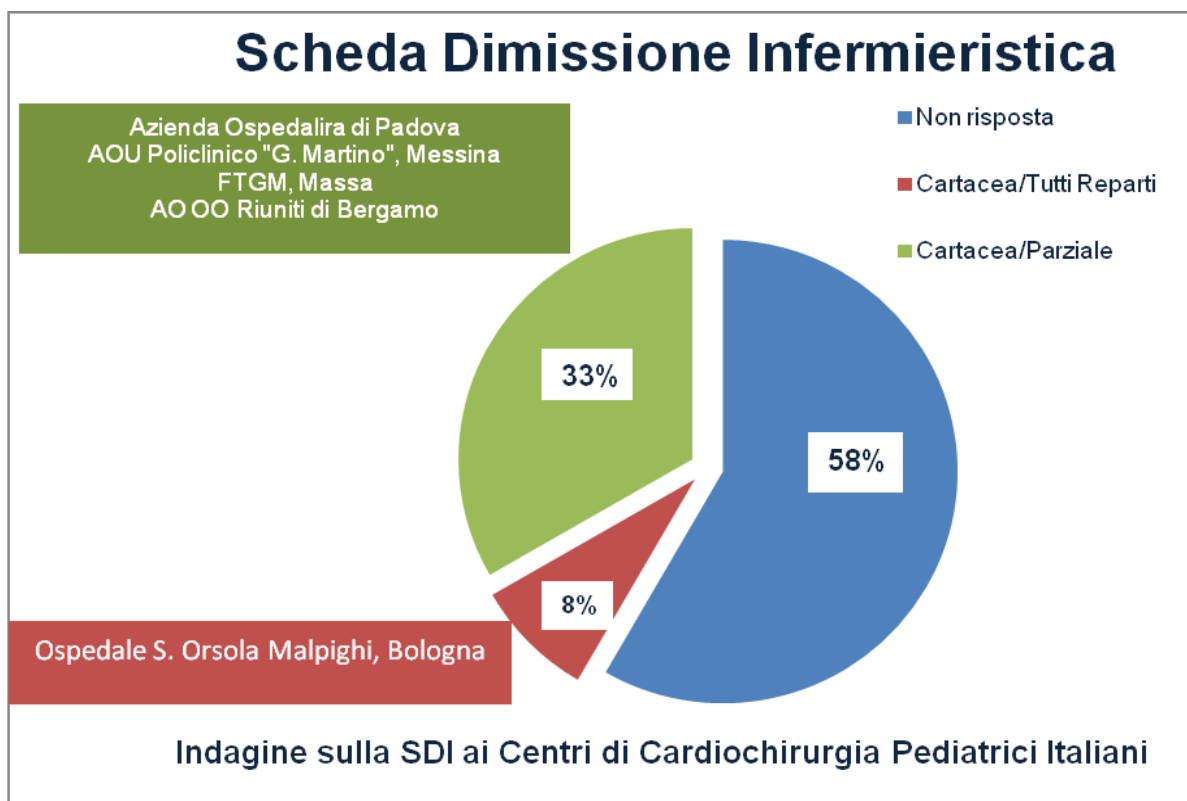


Ho contattato anche i referenti delle Cardiochirurgie Pediatriche Italiane per valutare la situazione attuale con l'idea di elaborare una SDI unica e condivisa, e ho riassunto nella Tabella 2 i centri e i referenti che hanno risposto. (Tabella 2)



**Tabella 2**

ISTITUTI	SDI /Tutti Rep.		SDI /Parziale		SDI	Non risposta
	Cartacea	Informatizzata	Cartacea	Informatizzata		
OO.RR. Di Ancona						SI
Presidio Monospecialistico "G.M. Lancisi"						SI
AOU Policlinico V. Emanuele di Catania						SI
Azienda Ospedaliera di Padova			SI			
Ospedale Civile Maggiore Borgo Trento						SI
Ospedale "Casa del Sole", A.O. San Carlo						SI
Azienda Ospedaliera "Monaldi"						SI
Ospedale S. Orsola Malpighi	SI					
AOU Policlinico "G. Martino",			SI			
Istituto Policlinico San Donato,					NO	
P.O. Pediatrico "Giovanni XXIII" Bari						SI
FTGM			SI			
AO OO Riuniti di Bergamo,			SI			



Le risposte non sono state molte, probabilmente per il periodo estivo che richiama meno contatti rispetto agli altri periodi dell'anno.

L'impegno per lo svolgimento del progetto e l'indicazione ad avere delle persone dedicate ne hanno permesso la realizzazione. La popolazione osservata è stata suddivisa nella Tabella 3 tra pazienti cardiologici e pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

**Tabella 3**

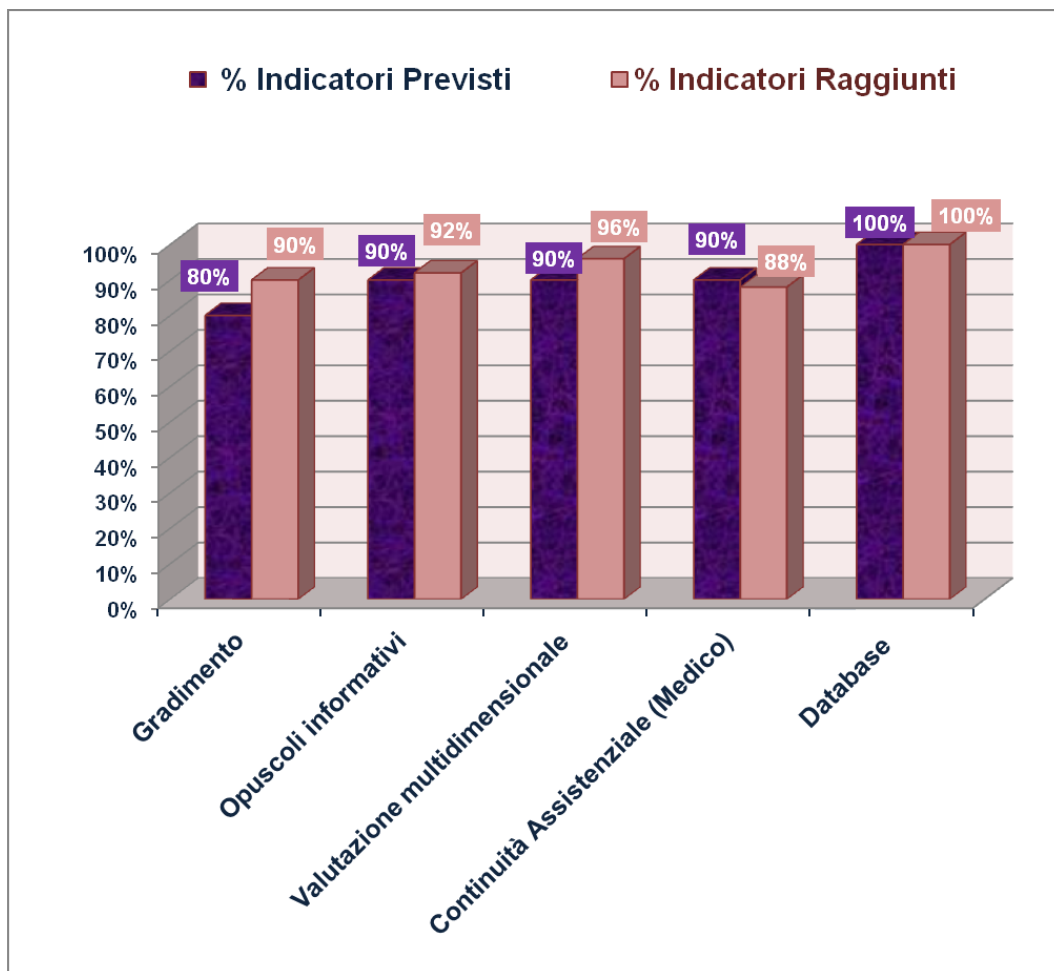
	<i>CARDIOLOGICI / %</i>		<i>CARDIOCHIRURGICI / %</i>	
<i>Pazienti</i>	120		68	
<i>Diagnosi</i>	Difetto del setto atriale tipo ostium secundum	31,9	Canale atrio ventricolo	12,5
	Difetto del setto interventricolare	7,4	Coartazione Aortica	5,4
	Dotto arterioso pervio	6,4	Difetto Interventricolare e interatriale	30,4
	Trasposizione grandi arterie	2,1	Tetralogia di Fallot	7,1
	Ventricolo unico	4,3	Insufficienza mtralica	3,6
	Altre	47,9	Altre	41
<i>Sesso</i>	M	F	M	F
	55,8%	44,2%	60,3%	39,7%
<i>Guch<sup>28</sup></i>	37,5%		14,7%	
<i>Neonati</i>	17,5%		11,8%	
<i>Età</i>	Media gg/Totale paz. 188		Mediana gg/ Totale paz. 188	
	Anni	14	Anni	5
	Mesi	9	Mesi	7
	Giorni	27	Giorni	20

<sup>28</sup> Grown Ups with Congenital Heart , Pazienti > 18 anni

Abbiamo ottenuto quasi il 90% del gradimento. Su tutte le dimissioni fatte abbiamo consegnato per il 92% gli opuscoli informativi ed educativi (Allegato 5). Il periodo e i numeri ancora mancanti sono stati riscontrati soprattutto all'inizio del progetto. Il 96% ha ricevuto una valutazione multidimensionale alla dimissione. Sono stati contattati l'88% dei medici di riferimento per la dimissioni considerando chi comunque viene dimesso, in dimissione protetta e viene rivisto direttamente in Istituto. Consideriamo anche i bambini stranieri che arrivano in FTGM perché sono attivi i contatti con i medici del posto che inviano e riaccolgono i pazienti le famiglie con le diverse patologie in atto, e da loro continuano il follow- up.

L'elaborazione del database ha permesso di verificare i vari dati e ha permesso di rilevare le criticità sulle quali lavorare e avviare delle azioni di miglioramento (Tabella 4).

**Tabella4**



Dall'analisi è emerso che già dopo il primo mese le azioni di elaborazione scheda, consegna, e risultati hanno ottenuto un miglioramento.

- I. La scheda che prima portava nel dettaglio la prescrizione terapeutica in seguito è stata sviluppata solo per le modalità di preparazione e somministrazione considerando, sempre che la prescrizione terapeutica è solo un atto medico. Il personale infermieristico si ritrova in tutta la sua complessità a spiegare al degente oppure alla famiglia le tappe per l'assunzione. Difficoltà estreme per i dosaggi terapeutici e le diluizioni sia per il paziente italiano che straniero, in campo pediatrico.

II. Il cambiamento educativo ai degenti e alle famiglie, in questo percorso si è rinnovato. In precedenza tante informazioni venivano date sulla medicazione della ferita chirurgica, sul trattamento a domicilio, sull'estrazione dei punti di sutura (chi fa che cosa), sul latte considerando già tutto il percorso che le famiglie seguono durante la degenza.

In assenza della persona dedicata questo nuovo percorso doveva essere condiviso e continuato. Inizialmente il riferimento è stato sulle altre figure infermieristiche "giornaliere" che però mancano nei fine settimana dove le dimissioni per vari motivi di trasferimento, mezzi di trasporto e necessità familiari si eseguono. Per cui per diffondere in maniera uniforme l'informazione tanti sono stati i confronti e ancora oggi questo avviene perché dal percorso teorico intrapreso in aprile con tutto il personale infermieristico, alla pratica, circa 23 persone dovevano provare la compilazione della SDI.

III. La documentazione è diventata veramente importante e numericamente sostenuta per cui una check list dei fogli da consegnare era doveroso per evitare di dimenticare qualcosa. In particolare per i pazienti che iniziano una terapia anticoagulante come spesso succede nei nostri pazienti istruire il paziente alla Tao (terapia anticoagulante orale) è veramente un percorso complesso. Si è rilevato un progressivo aumento di pazienti in TAO che richiedono il monitoraggio periodico dei valori di INR sia in regime di ricovero che a livello domiciliare. La continuità assistenziale vuole per i nostri pazienti un percorso che non può essere lasciato ai Centri Tao se non in determinate situazioni. Per cui si necessita di iniziare e continuare

da noi il percorso di terapia anticoagulante e per la criticità e particolarità dei casi, continuare con l'educazione al dosaggio con stick, sensibilizzando gli altri centri intra - e extra Regione. Nel 2013 risultano essere circa 20 i pazienti in continuo trattamento tra l'inizio e la fine del percorso TAO con un numero di circa 500 fax inviati per le risposte. La modalità scelta dal Nostro Centro per i pazienti in dimissione e' il Selftest, iniziamo il percorso di confronto con il dosaggio da prelievo e da coagulometro in regime di ricovero per continuare a domicilio in sicurezza. A domicilio la presenza del coagulometro non è ancora ampiamente implementata per cui il percorso dove non è presente l'apparecchio dedicato, è per venipuntura e per trasmissione del valore tramite fax.

La sorveglianza dei "Nostri" pazienti, è costituita da varie attività: esami di laboratorio, o stick INR, ricezione del fax se esame eseguito in altro centro di riferimento e prescrizione della posologia, (eseguita dal MDG/PLS) informazione ed educazione del paziente, e restituzione per fax del piano terapeutico.

- IV. Sono stati elaborati anche opuscoli informativi per il paziente diabetico ma la % di pazienti da educare è veramente bassa.
- V. Inizialmente la programmazione per la dimissione prevedeva un incontro settimanale a favore dell'accoglienza e della dimissione aperto a tutti e descritto in ogni punto di incontro ai degenti o familiari sia telefonicamente dalla Segreteria sia in sedi ambulatoriali. L'incontro consiste nella presentazione di slide da un gruppo multidisciplinare che

può rispondere in quel momento ai vari quesiti clinici, amministrativi, burocratici o semplici curiosità. Gli incontri sono iniziati a giugno ma su 10 sedute solo due sono state rese attive con la presenza di persone che volevano assistere all'evento. Questa iniziativa ha avuto molto successo nell'altro "nostro" Dipartimento per la popolazione con cardiopatie acquisite, mentre l'affluenza da noi è risultata bassa. Abbiamo analizzato il problema e dall'analisi è risultato che la diffusione dell'informativa non era uniforme e inizialmente non condivisa, che molte sono le problematiche familiari e sociali (per i vari spostamenti che le famiglie provenienti dalla Toscana devono affrontare per partecipare), e molta è la popolazione straniera. Il percorso e gli appuntamenti riprenderanno in settembre cercando di diffondere l'iniziativa non solo a chi deve ancora ricoverarsi ma anche ai degenti in regime di ricovero.

## **Conclusioni**

Il progetto descritto rientra in un percorso di riorganizzazione che ha riguardato veri e propri processi di *turnaround* aziendali, in cui la dimensione organizzativa del cambiamento diventa solo uno degli ambiti di intervento. Successivamente si cercherà di avviare un processo di sviluppo organizzativo che aiuti l'azienda a migliorare il governo e/o il funzionamento di una o più strutture (processi di sviluppo organizzati), ancora nella loro specificità.

E' indispensabile coltivare tutti i percorsi assistenziali dall' accoglienza, alla rete sociale di sostegno e aiuto per il decorso ospedaliero e per il "RITORNO A CASA" .

I protagonisti in questo percorso risultano essere tutti i partecipanti dal sanitario al familiare al degente, insieme per pensare al "meglio per chi viene dimesso" .

Pertanto per garantire una dimissione sicura, bisogna evitare problemi che potrebbero portare a un nuovo ricovero e, allo stesso tempo, assicurare la continuità degli interventi assistenziali, preparare il paziente alla dimissione, educarlo al piano di cure e alla somministrazione terapeutica domiciliare tanto complessa nei dosaggi in età pediatrica. E' necessario attivare piani assistenziali e percorsi integrati per evitare l'interruzione delle cure tra ospedale e territorio; e coinvolgere e valorizzare il ruolo della famiglia e delle risorse informali.

L'indagine conoscitiva regionale ha avuto lo scopo di considerare per il futuro una SDI unica derivata dall'esperienza e dai bisogni e dalle necessità dei vari Centri Toscani, che troveranno nell'unico strumento in uso un utile e valido aiuto a garanzia di un percorso e di una continuità assistenziale ormai molto complessa.



## Allegato 1



*La piramide dei bisogni di Maslow (1954)*

### **I BISOGNI<sup>29</sup> UMANI DI MASLOW**

- Individua dalla base al vertice questi cinque livelli:
- Bisogni fisiologici (di base o fisici)
- Bisogni di sicurezza
- Bisogni di appartenenza
- Bisogni di stima
- Bisogni di autorealizzazione

---

<sup>29</sup> [it.wikipedia.org/wiki/Bisogno](https://it.wikipedia.org/wiki/Bisogno)

## Allegato 2

### Scheda di Dimissione Infermieristica



Istituto Ospedaliero e di Ricerca  
CREAS IFC CNR - MASSA  
Ospedale del Cuore "G. Pasquinucci" (OPA)

**Coordinatore Infermieristico: Stefania Baratta**

U.O.C. Cardiochirurgia pediatrica e del congenito adulto

U.O.C. Cardiologia pediatrica e del congenito adulto

#### Degenza Pediatrica

Email: [stefania.baratta@ftgm.it](mailto:stefania.baratta@ftgm.it)

Fax 0585/493527

Cognome ..... Nome .....  
Data di nascita ..... Data di ricovero .....  
Data di (presunta) dimissione .....  
Diagnosi medica di dimissione.....  
Trasferimento presso Domicilio ..... altra Struttura.....  
Familiare di riferimento..... Tel. ....  
Medico curante .....

#### Contattati

◇ Medico curante/ Pediatra dott. .... tel. ....  
◇ Assistente Sociale Ospedaliera sig. .... tel. ....  
◇ Ufficio Protesi sig. .... tel. ....  
◇ Assistente Sociale Territorio sig. .... tel. ....  
◇ Pratiche attivate- Invalidità- Richiesta ausili specif.  
.....

**Bisogno di movimento: (i presidi antidecubito)**

**Bisogno di igiene: (la cura della cute)**

**Bisogno di riposo e sonno:**

**Bisogno di alimentarsi ed idratarsi:**

**Bisogno di respirare/mantenere la funzione cardiocircolatoria:**

**Bisogno di eliminazione urinaria ed intestinale:**

Bisogno di interazione nella comunicazione:

Bisogno di procedure terapeutiche:

*Terapie Modalita' di assunzione*

---

---

---

---

---

*Medicazioni/ Rimozioni punti*

---

---

Altro Lesioni: NO SI presenti all'ammissione  
..... sviluppate in questa U.O.....

DATA ...../...../..... ORA: .....

Firma/ Infermiere.....Firma utente o familiare.....

*Per Trasferimento in un altro Istituto*

- *Compilare la Check di trasferimento;*
- *Fare la fotocopia della Scheda unica di Terapia;*
- *Fare fotocopia dello schema Latte*

### Allegato 3



Istituto Ospedaliero e di Ricerca  
CREAS IFC CNR - MASSA  
Ospedale del Cuore "G. Pasquinucci" (OPA)



#### **Descrizione dell' attività Infermiera/ Viglatrice Accoglienza**

Verifica dell' Accettazione Amministrativa e Accoglienza nel locale dedicato;

- Primo incontro in gruppo di bambini e familiari (faccia a faccia, confronto) con infermiera, psicologo e... (approccio integrato multidisciplinare);
- Posizionare EMLA per il prelievo;
- Presentazioni e Spiegazione a voce della documentazione consegnata;
- Consegna del materiale informativo vario, Libretto del cuore, le regole d'oro, opuscoli sull'organizzazione e sulle attività cliniche ed infermieristiche – Libretto Un cuore matto, Libretto a fumetti; Questionario di gradimento a fine incontro;
- Compilazione cartella infermieristica (Preparate il giorno precedente al ricovero);
- Controllo dati anagrafici, e scheda multidimensionale;
- Chiedere i dati del Medico di Medicina Generale o Pediatra e scrivere il numero di telefono ( se l'utente ne è in possesso) nella Dimissione Infermieristica;
- Rilevazione delle terapie in atto con disposizione e conservazione dei farmaci portati dagli utenti,
- Spiegazione degli uffici dedicati alle certificazioni per lavoro o permessi vari; ( cartella del ricovero al ticket con pagamento, permessi per il lavoro all' URP, il giorno della dimissione, per il secondo genitore il permesso si dovrà far fare dal Medico di Reparto);
- Spiegare le regole sulla cucina dedicata e sulla funzione del Microonde, e tiralatte;
- Servizio di lavanderia (Lavatrice e asciugatrice) solo per i degenti;
- Parametri vitali,
- Esami ematici da condividere con il Personale di Reparto; (Allegato 3) se sono troppe entrate assegnare il paziente ad un collega;
- Inviare le richieste per ECG, ECO cardiaco, RX torace, Eco Addome, Eco Transfontanellare (su indicazione), se sottoposto già ad altre procedure fare anche ECO vasi femorali,

- Visita con Medico di Reparto;
- Chiedere se sono già organizzati per il Ricovero per quello che riguarda l'alloggio; eventualmente Prendere accordi con Associazione un Cuore un Mondo per alloggio o destinazione di altri centri per la durata della degenza;
- Inquadramento linguistico e culturale facendo riferimento ai medici stranieri a disposizione (Chiedere la disponibilità alla Direzione con numeri di riferimento), cercare alternative con eventuali traduttori, Valutare documentazione per Consensi dedicati alle procedure.

Data 02/05/'14  
Coordinatore Infermieristico

## Allegato 4



Istituto Ospedaliero e di Ricerca  
CREAS IFC CNR - MASSA  
Ospedale del Cuore "G. Pasquinucci" (OPA)



### **Descrizione dell' attività Infermiera/ Viglatrice Dimissione**

- Prendere le consegne dall' infermiere dedicato;
- Condividere la stesura della Dimissione infermieristica;
- Educazione alla somministrazione del farmaco ai genitori o utenti;
- Controllo in doppio tra la lettera di dimissione e la STU per incongruenze contattare il Medico di riferimento per chiarimenti;
- Scrivere le modalita' di somministrazione nella lettera Infermieristica;
- Valutazione della capacità di apprendimento alla somministrazione domiciliare del farmaco; (se non ci fossero i presupposti la dimissione andrebbe rimandata);
- Consegna dei seguenti documenti:
  - Profilassi endocardite,
  - prescrizione galenici,
  - indicazioni di buone pratiche a domicilio (Allegato 5)
  - ricette per le prossime visite,
  - possibili cartellini per impianto device (no FOP) o valvole o condotti
  - oppure indicazioni per trasferimento in un altro Centro ed altro materiale informativo;
- Fornire suggerimenti psico- educativi;
- Somministrazione questionario di gradimento
- Consegna lettera di dimissione medica, se pronta altrimenti lasciare la consegna ai colleghi; che dovranno fare solo quello;

### Trasferimento in un altro Centro:

- Consegna lettera di dimissione Medica;
- Preparazione scheda infermieristica di trasferimento;
- Fotocopia della Scheda Unica di Terapia ;
- Fotocopia del modulo " latti" per i pazienti portatori di SNG e in svezzamento
- Consegna farmaci cardiologici

Data  
02/05/'14  
Coordinatore Infermieristico

## **Allegato 5**

### **RACCOMANDAZIONI ALLA DIMISSIONE**

#### **Sintomi di allarme**

Contattare il nostro reparto se il paziente ha:

- Febbre superiore a 38.5 C° specialmente se associata a brividi
- Difficoltà a respirare o un respiro corto o respiri troppo frequenti o tosse insistente
- Si stanca facilmente, ha difficoltà ad alimentarsi o rifiuta il cibo
- Vomito e/o diarrea
- Segni di disidratazione (labbra secche, urine scarse o assenti)
- Vertigini, debolezza, palpitazioni, insonnia, estrema irritabilità
- Ferita chirurgica o dei drenaggi arrossata o il rossore si sta' diffondendo, se la ferita si apre o drena un liquido giallo , se ha cattivo odore
- Frequenza dei battiti cardiaci troppo alta (eventuali Range)

#### **Cura della ferita chirurgica**

- Mantenere l'incisione pulita e asciutta
- Non applicare unguenti o rimedi casalinghi sull'incisione
- Il bagno/doccia con immersione della ferita, sarà possibile dopo che sono cadute tutte le "crosticine"
- I punti di sutura saranno rimossi al primo controllo, non tagliarli o strapparli a casa
- Nel periodo estivo non esporre la ferita al sole entro un anno dalla procedura

#### **Attività**

##### Lattanti

- No asilo nido fino al primo controllo
- Assicurarsi che familiari/ospiti lavino accuratamente le mani prima di venire a contatto con il bimbo/a

- Evitare contatti con familiari/ospiti che presentano sintomi da raffreddamento o simil influenzali
- Non sollevare il bimbo/a dalle braccia per almeno 4 settimane. Afferrarlo con una mano sotto il bacino e con l'altra sorreggere la testa e le spalle

#### Bambini/adolescenti/adulti

- No asilo/scuola/ lavoro fino al primo controllo
- L'attività fisica (ginnastica, nuoto, bici, sci, sport di vario tipo) deve essere sospesa per sei settimane per permettere il completo consolidamento e guarigione dello sterno
- Non sollevare pesi sopra i 2Kg/bambini o 10Kg /adolescenti-adulti (zaino, animali, fratelli)
- Incoraggiare l'igiene dentale
- Informare il dentista circa il protocollo dell'endocardite batterica (vedi allegato) e mostrare il modulo consegnato in caso di qualsiasi intervento chirurgico (es tonsillectomia, appendicectomia etc)
- Per il paziente adulto è sconsigliato guidare fino all'autorizzazione del cardiologo al controllo

#### **Immunizzazione ( Vaccinazioni)**

- Vaccinazione attiva (ovvero i vaccini obbligatori e facoltativi di legge) : aspettare almeno quattro settimane dall'intervento
- Vaccinazione passiva (es il Synagis):su indicazione del medico cardiologo o chirurgo.

#### **Numeri di telefono utili:**

Degenza pediatrica 0585/493524

Segreteria 0585/493622