



***Dimissioni ospedaliere:
percorso, processo e pratica***

Informazioni per il lettore

Politica	Patrimonio
Forza lavoro	Performance
Management	IM & T
Progettazione	Finanza
Clinica	Lavoro in partnership
Scopo del documento	Guida alla Best Practice
Rif. ROCR	Rif. Gateway: 1074
Titolo	Discharge from hospital: pathway, process and practice
Autore	Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team
Data di pubblicazione	28 Gennaio 2003
Destinatari	PCT CEs, NHS Trusts CEs, StHAs CEs, Care Trusts CEs, Direttori Medici, Direttori di PH, Direttori infermieristici, PCT PEC Chairs, NHS Trust Board Chairs, SHA CEs, Professionisti della salute associati, Dirigenti della comunicazione, Dirigenti delle cure di emergenza.
Lista di circolazione	
Descrizione	Questa guida per la buona pratica aggiorna e si basa su <i>Hospital Discharge Workbook</i> , pubblicato nel 1994. La Risposta del Governo al Rapporto, pubblicato nel novembre 2002 dal Comitato Scelto sulle dimissioni ritardate, indica che il manuale sarebbe stato aggiornato per rispecchiare gli impegni del governo ad affrontare il problema, in linea con gli impegni presi nel PSN.
Riferimenti incrociati	Hospital Discharge Workbook, 1994
Docum. Sostituiti	Hospital Discharge Workbook, 1994
Azione richiesta	Inserimento nel processo di programmazione delle dimissioni
Tempistica	Effetto immediato
Dettagli di contatto	Jenny Mudge Department of Health, Health and Social Care Joint Unit Room 214 Wellington House 133-155 Waterloo Road SE1 8UG 020 7972 4329 jenny.mudge@doh.gsi.gov.uk
Ad uso dei riceventi	

Edizione italiana a cura di: Cesarina Prandi
Traduzione: Laura Delpiano
CESPI – Centro Studi per le Professioni Sanitarie
Torino, 2009

Contenuti

Premessa	v
Ringraziamenti	vii
Abbreviazioni utili	x
Glossario	xi
1. Introduzione e panoramica	1
1.1 Trasferimento tardivo dell'assistenza	1
1.2 Migliorare le performance di dimissione	2
1.3 Le politiche di governo	3
1.4 Principi chiave	3
1.5 Come utilizzare il quaderno	5
1.6 Riferimenti	5
2. Informazioni di background: il contesto politico	7
2.1 Introduzione	7
2.2 Diritti e responsabilità	8
2.3 Standard dei servizi	10
2.4 Sviluppi futuri dei servizi	12
2.5 Riferimenti	14
3. Sviluppare un "approccio a tutto sistema"	15
3.1 Quali sono le caratteristiche del lavoro a tutto sistema?	15
3.2 Chi è compreso?	17
3.3 Tutto il sistema lavora per le dimissioni efficaci	18
3.4 Contenuti, caratteristiche e componenti di una buona politica integrata per le dimissioni	19
3.5 Tappe dell'azione	22
3.6 Esempio pratico	22
3.7 Riferimenti	22
Appendici	
3.1 Supportare il sistema	23
3.2 Trasporti	29
3.3 Strumento di autovalutazione del programma di dimissione	32
4. Coinvolgere i pazienti ed i caregiver	35
4.1 Panoramica sul tema	35
4.2 Elementi chiave per ottenere un coinvolgimento di successo	36
4.3 Valutare i bisogni	37
4.4 Tappe dell'azione	40
4.5 Esempi pratici	40
4.6 Riferimenti	42
Appendici	
4.1 Checklist per la valutazione del caregiver	43
4.2 Valutazione del caregiver e piano assistenziale	44
4.3 Volantino per il paziente ed il caregiver	45
5. Coordinare il viaggio del paziente	47

5.1	Panoramica sulle tematiche chiave	47
5.2	Il viaggio del paziente	49
5.3	Valutazione pre-ricovero	50
5.4	Il ricovero in reparto	54
5.5	Fornitura di equipaggiamenti	58
5.6	Sale dimissioni	58
5.7	Trasporto	58
5.8	Piano d'azione	59
5.9	Esempi pratici	59
5.10	Teamwork multidisciplinare e inter-agenzia	59
5.11	Riferimenti	
Appendici		
5.1	Gestione dei farmaci	64
5.2	Checklist per le dimissioni	69
5.3	Fornitura di equipaggiamento	71
5.4	Sale dimissioni	73
5.5	Bisogni alle dimissioni dei pazienti senza tetto	74
5.6	Ricovero di pazienti con bisogni particolari	76
5.7	Linee guida per l'assistenza nel settore delle acuzie a pazienti con disabilità dell'apprendimento	79
5.8	Problemi comuni e soluzioni semplici	84
6.	Assistenza intermedia, assistenza transitoria e domicilio protetto	89
6.1	L'assistenza intermedia	89
6.2	L'assistenza transitoria	91
6.3	Il domicilio protetto	92
6.4	Piano d'azione	92
6.5	Riferimenti	93
Appendici		
6.1	L'alloggio	94
7.	Continuità dell'assistenza sanitaria e sociale	97
7.1	Cos'è la continuità assistenziale?	97
7.2	Chi è responsabile di garantire e finanziare la continuità assistenziale?	97
7.3	Dove viene erogata l'assistenza continua?	99
7.4	Che effetti ha l'assistenza continua sul trasferimento tardivo dell'assistenza?	99
7.5	Valutare i bisogni di assistenza socio-sanitaria continua	100
7.6	Le <i>Directive per la scelta</i> della sistemazione	101
7.7	Dirimere le controversie	102
7.8	Piano d'azione	103
7.9	Riferimenti	104

Premessa

Il ricovero in ospedale e le dimissioni possono rappresentare un periodo stressante per gli interessati, le loro famiglie e gli amici. Per la maggior parte delle persone, tuttavia, i trattamenti avranno successo ed esse torneranno alla vita di sempre molto rapidamente, grazie ad una diagnosi accurata ed ai servizi di trattamento e riabilitazione. Alcune persone necessiteranno di ulteriore aiuto per riuscirci, oltre alle cure mediche. Questi bisogni possono essere molti e vari e non possono essere soddisfatti dal solo SSN.

E' sempre più evidente che si possono ottenere dimissioni ospedaliere efficaci soltanto in presenza di un buon lavoro di collaborazione tra SSN, autorità locali, organizzazioni per la casa, assistenza primaria, settori indipendenti e di volontariato nel commissionamento e nell'erogazione di servizi, compresa una definizione chiara delle rispettive competenze. Senza di ciò, i diversi bisogni delle comunità locali e degli individui non possono essere soddisfatti.

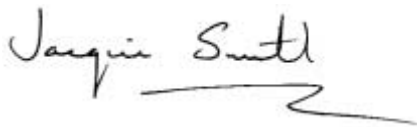
Le politiche di governo ed i recenti cambiamenti politici hanno lo scopo di aiutarti a lavorare più creativamente attraverso i tradizionali confini organizzativi. Mi ha colpito l'entusiasmo e l'impegno a raggiungere un vero miglioramento dei risultati per la gente ed un miglior utilizzo delle risorse e sta coinvolgendo l'Inghilterra. Questo quaderno, riguardante soprattutto l'assistenza agli adulti con problemi di salute fisica, ha messo assieme alcuni esempi di buona pratica per aiutare committenti, esecutori e manager nei rispettivi sforzi per migliorare il processo di programmazione delle dimissioni. Riconosce l'importanza di un lavoro a stretto contatto tra gli specialisti della salute mentale ed i servizi per le disabilità intellettive, e che molti dei principi e delle pratiche sono ugualmente applicabili ai giovani adulti ed ai bambini, benché su questo tema verranno pubblicate separatamente altre guide.

I messaggi chiave contenuti nella presente pubblicazione sono:

- Comprendere la tua comunità locale ed equilibrare la gamma dei servizi per rispondere ai bisogni di salute, di alloggio e di assistenza sociale.
- Garantire che gli individui ed i loro caregiver siano attivamente impegnati nella programmazione e nell'erogazione della propria assistenza.
- Riconoscere l'importanza del ruolo dei caregiver ed il loro diritto alla valutazione ed al supporto.
- Garantire una comunicazione efficace tra l'assistenza primaria, secondaria e sociale per garantire che prima e durante il ricovero ciascun individuo riceva l'assistenza ed il trattamento di cui ha bisogno.
- Concordare, mettere in atto e gestire una politica congiunta per le dimissioni, che faciliti l'efficacia del lavoro multidisciplinare a livello di reparto e tra le organizzazioni.

- Al momento del ricovero, identificare gli individui che possono avere particolari bisogni sanitari, sociali e/o abitativi da soddisfare prima di lasciare l'ospedale e riservare loro un supporto extra.
- A livello di reparto, identificare ed addestrare gli individui che possono assumere ruolo di coordinatore dell'assistenza, in supporto al team multidisciplinare, nonché i singoli pazienti ed i rispettivi caregiver.
- Considerare come sviluppare un team integrato per la programmazione delle dimissioni al fine di fornire supporto specializzato al paziente ed al team multidisciplinare.
- Garantire che tutti pazienti vengono valutati per un periodo di riabilitazione prima di prendere qualsiasi decisione permanente sulle opzioni di cura.
- Garantire che le decisioni finanziarie per l'assistenza continua da parte del SSN e per l'assistenza domiciliare vengano prese in modo da non ritardare le dimissioni del paziente.

Il quaderno si offre come guida e strumento pratico in modo tale da permettervi di concentrarvi su quelle aree che rappresentano per voi una sfida a livello locale. Vi indirizza anche verso altre fonti di informazione e siti Web dai quali attingere utili consigli che vi aiuteranno a raggiungere migliori risultati per i pazienti ed a soddisfare gli obiettivi di performance.



Jaqui Smith

*Ministro per la salute, l'assistenza sociale, l'assistenza lungo termine
la disabilità e la salute mentale*

Ringraziamenti

Si ringraziano le seguenti organizzazioni e gruppi professionali che hanno offerto un valido contributo a questa pubblicazione:

Age Concern
Anchor Trust
Aragon Housing
Care and Repair, England
Carers UK
Coverage Care
Help the Aged
Independent Healthcare Association
National Care Standards Commission
National Housing Federation
Nestor Healthcare Group
Sanctuary Housing Association
Sheffield Churches Council for Community Care
Somerset Care
Sunderland Carers Centre
The NHS Confederation
The Papworth Trust
The Parkinson's Society
The Pasque Hospice
The Princes Royal Trust for Carers
The Stroke Association
Westminster Healthcare

Ambulance Service Association
Association of Directors of Social Services
British Dietetic Association
British Geriatric Society
British Association of Social Workers
Chartered Society of Physiotherapy
Guild of Healthcare Pharmacists
Society of Chiropractors and Podiatrists
Local Government Association
Royal College of Nursing
Royal College of General Practice

Dipartimenti dei Servizi Sociali dei seguenti Enti:

Bedfordshire County Council
Cambridge County Council
Cheshire County Council
City of York Council

Cumbria County Council
Essex County Council
Hertfordshire County Council
Kent County Council
Leeds City Council
Liverpool City Council
London Borough of Hammersmith & Fulham
London Borough of Sutton
London Borough of Southwark
Middlesbrough Council
North Yorkshire Council
Redcar and Cleveland Council
Rotherham Metropolitan Council
Sheffield Council
Stockton on Tees Council
Sunderland City Council

Manager e clinici provenienti da:

Addenbrookes Hospital NHS Trust
Airedale NHS Trust
Bradford Hospitals NHS Trust
Brighton & Sussex University Hospital NHS Trust
Central North West London Mental Health NHS Trust
City Hospital Sunderland NHS Trust
Ealing Hospital NHS Trust
East Kent Hospital NHS Trust
Harrogate Health Care NHS Trust
Hertfordshire Partnership Trust
Hitchingbrooke Hospital Health Care NHS Trust
Hull & East Yorkshire Hospital NHS Trust
Leeds Teaching Hospitals NHS Trust
Lothian University Hospital Trust
Merseycare NHS Trust
National Hospital for Neurology and Neurosurgery NHS Trust
Northumberland NHS Care Trust
Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals NHS Trust
St George's Healthcare NHS Trust
St Mary's NHS Trust
Southdowns Health NHS Trust
Sheffield Teaching Hospitals NHS Trust
South Tees Hospitals NHS Trust
South West London NHS Trust
Southern Derbyshire Acute Hospitals NHS Trust
Sunderland NHS Trust
Surrey Ambulance Service NHS Trust
United Lincolnshire Hospitals NHS Trust
Westcountry Ambulance Service NHS Trust
York Health Services NHS Trust

York Health Services Trust

Ashford Primary Care Trust
Camden Primary Care Trust
Central Liverpool Primary Care Trust
Epping Forest Primary Care Trust
Hartlepool Primary Care Trust
Hounslow Primary Care Trust
Maldon Primary Care Trust
Morecambe Bay Primary Care Trust
North West Surrey Primary Care Trust
Slough Primary Care Trust
West of Cornwall Primary Care Trust
Woking Primary Care Trust

Avon, Gloucestershire & Wiltshire Strategic Health Authority

St George's Medical School

The Modernisation Agency
National Patient Access Team

Abbreviazioni

A&E	<i>Accident and Emergency</i>	Incidenti ed emergenza – Pronto Soccorso
BCHS	<i>Better care higher standards</i>	Miglior assistenza, standard più elevati
CAT	<i>Change agent team</i>	Team agenti del cambiamento
CIC	<i>Common information corps</i>	Addetti alle informazioni comuni
CMHT	<i>Community mental health team</i>	Team di comunità per la salute mentale
CPA	<i>Care programme approach</i>	Approccio al programma assistenziale
COPD	<i>Chronic obstructive airways disease</i>	Malattia ostruttiva cronica delle vie aeree
CTPLD	<i>Community team for people with a learning disability</i>	Team di comunità per le persone con problemi di apprendimento
DH	<i>Department of Health</i>	Dipartimento di salute
FNC	<i>NHS funded nursing care</i>	Assistenza infermieristica finanziata dal SSN
GP	<i>General practitioner</i>	Medico di base
HIA	<i>Home Improvement Agency</i>	Agenzia per la casa
IDT	<i>Inter-disciplinary team</i>	Team interdisciplinare
ICES	<i>Integrating community equipment services</i>	Servizi per l'integrazione degli strumenti di comunità
LAS	<i>Local ambulance service</i>	Servizio locale ambulanze
LD	<i>Learning disability</i>	Disabilità intellettive
LOS	<i>Length of stay</i>	Durata della permanenza
LTC	<i>Long-term care</i>	Assistenza a lungo termine
MAU	<i>Medical Assessment Unit</i>	Unità di valutazione medica
MDT	<i>Multidisciplinary team</i>	Team multidisciplinare
MH	<i>Mental health</i>	Salute mentale
NHS	<i>National Health Service</i>	Servizio sanitario nazionale
NLD	<i>Nurse-led discharge</i>	Dimissioni gestite dall'infermiere
NSF	<i>National Service Framework</i>	Quadro del servizio nazionale
ODPM	<i>Office of the Deputy Prime Minister</i>	Ufficio del primo ministro
PALS	<i>Patient Advice and Liaison Service</i>	Servizio di consigli e collegamento per il paziente
PCTs	<i>Primary care trusts</i>	Fondo per l'assistenza primaria
PEG	<i>Percutaneous endoscopic gastrostomy</i>	Gastrostomia endoscopica percutanea
POD	<i>Patients own drugs</i>	Farmaci propri del paziente
RNCC	<i>Registered nurse contribution to care</i>	Contributo dell'infermiere all'assistenza
SALT	<i>Speech and language therapy</i>	Terapia della parola e del linguaggio
SAP	<i>Single assessment process</i>	Processo di valutazione singola
SITREPs	<i>Situation report</i>	Rapporto situazionale
StHA	<i>Strategic health authority</i>	Autorità sanitaria strategica
SSD	<i>Social services department</i>	Dipartimento dei servizi sociali
TTA	<i>To take away</i>	Portare via
TTO	<i>To take out</i>	Estrarre

Glossario

Valutazione/verifica <i>[Assessment]</i>	processo attraverso il quale vengono identificati i bisogni di un individuo ed il loro impatto sulla vita quotidiana e si valuta la qualità vita.
Ricovero evitabile <i>[Avoidable admission]</i>	ricovero in un ospedale per acuzie che non sarebbe necessario se fossero disponibili servizi alternativi.
Gestione dell'assistenza <i>[Care management]</i>	processo attraverso il quale vengono verificati e valutati i bisogni di un individuo, effettuata la scelta dei servizi, steso ed implementato il piano assistenziale, monitorati e rivalutati i bisogni.
Manager dell'assistenza <i>[Care manager]</i>	operatore che, come parte del proprio ruolo, si fa carico della gestione dell'assistenza.
Pacchetto assistenziale <i>[Care package]</i>	combinazione di servizi designati a soddisfare i bisogni accertati di una persona.
Percorso assistenziale <i>[Care pathway]</i>	itinerario concordato ed esplicito che un individuo segue attraverso i servizi sanitari e sociali.
Pianificare l'assistenza <i>[Care planning]</i>	processo basato sulla verifica dei bisogni di un individuo che comprende la definizione del livello e del tipo di supporto necessario a soddisfarli e gli obiettivi ed i potenziali risultati che si possono raggiungere.
Approccio al programma assistenziale <i>[Care programme approach]</i>	processo formale (integrato con la gestione dell'assistenza) che valuta il bisogno di servizi per le persone affette da problemi mentali gravi.
Assistente/Caregiver <i>[Carer]</i>	persona, solitamente parente o amica, che fornisce assistenza su base volontaria.
Commissionare <i>[Commissioning]</i>	il processo di specificare, garantire e monitorare i servizi per soddisfare i bisogni identificati.
Pagamento diretto <i>[Direct payments]</i>	pagamenti in contanti da parte dei servizi sociali in luogo dei servizi di comunità.
Operatore "Gateway" <i>[Gateway worker]</i>	persona il cui ruolo è di potenziare l'accesso e fornire il triage di comunità a coloro che potrebbero necessitare di un contatto urgente con i servizi specialistici di igiene mentale, garantire percorsi facilitati tra assistenza primaria e servizi di specialità.
Settore indipendente <i>[Independent sector]</i>	comprende organizzazioni sia private che di volontariato.
Multidisciplinare <i>[Multidisciplinary]</i>	quando professionisti di discipline differenti, quali assistenti sociali, infermieri e terapisti lavorano assieme.

Valutazione multidisciplinare
[Multidisciplinary assessment]

valutazione dei bisogni di un individuo che ha coinvolto attivamente professionisti di diverse discipline nella raccolta e nella valutazione delle informazioni.

Protocolli
[Protocols]

piano che dettaglia i passi che saranno intrapresi nell'assistenza e nella cura di un individuo.

Riabilitazione
[Rehabilitation]

programma di terapia e riabilitazione designato a restituire l'indipendenza e ridurre la disabilità.

1. Introduzione e panoramica

La presente pubblicazione è stata redatta allo scopo di assistere i committenti, i manager e gli operatori socio-sanitari che lavorano nel settore pubblico e nel privato nel migliorare le politiche e le procedure locali relative alle dimissioni ospedaliere. Si basa sull'evidenza della ricerca, sulla best practice e sul pensiero corrente e costruisce sulla pubblicazione *Hospital discharge workbook*, edita per la prima volta con grande successo nel 1994 a cura del Dipartimento della Salute.

Ulteriori informazioni su come evitare ricoveri non necessari e sulla programmazione delle dimissioni sono disponibili sul sito web del Change Agent Team, aggiornato di frequente ed ogniqualvolta si rendano disponibili nuove informazioni. Allo scopo di aiutare le organizzazioni a rivedere e migliorare le performance è stata inoltre istituita una rete per l'apprendimento ed il miglioramento. Vedere il sito web: www.doh.gov.uk/jointunit/changeagents.htm.

Vengono qui descritti i processi e le pratiche mirati ai migliori risultati e quelli che massimizzano la vita indipendente per tutti gli adulti che devono essere dimessi dall'assistenza per acuzie, dagli ospedali di comunità e da altre strutture. Benché molti dei principi qui espressi possano essere applicabili anche ai bambini, nella pubblicazione *National service framework for children*, di prossima uscita, sarà presente un'ulteriore guida riguardante i bisogni dei bambini come pazienti. Questo quaderno, poi, non tratta nello specifico di adulti dimessi da strutture psichiatriche. Tuttavia, molti individui che lasciano gli ospedali possono presentare una serie di altre problematiche che vanno tenute in considerazione, quali le difficoltà di salute mentali o i problemi di apprendimento. La pubblicazione si basa sulla convinzione che:

- molte persone quando vengono ricoverate temono l'esperienza dell'ospedalizzazione e della perdita dell'autonomia; desiderano tornare al più presto a vivere la loro vita precedente e si deve compiere ogni sforzo per aiutarli a farlo;
- gli ospedali per acuzie devono essere utilizzati soltanto per quei servizi che non possono essere forniti altrove nel sistema sanitario, sociale o di assistenza domiciliare con altrettanta efficacia.

Nel 2003 il Team Agenti per il Cambiamento collaborerà con l'Agenzia per la Modernizzazione per pubblicare ulteriori metodi per migliorare la pratica locale.

1.1 Trasferimento tardivo dell'assistenza

La letteratura di ricerca sul tema delle dimissioni ospedaliere va a ritroso di almeno trent'anni ed esistono notevoli coerenze nei risultati della ricerca che continuano a segnalare carenze nelle disposizioni di routine riguardanti questo processo. In particolare, gli anziani rappresentano un numero sproporzionato di casi in cui le dimissioni dall'ospedale vengono ritardate in attesa della disponibilità di altri servizi.^{1,2}

Il Comitato Sanitario Scelto sulle Dimissioni Ritardate sostiene che il ritardo nelle dimissioni può essere visto come sintomo e causa di una cattiva gestione negli ospedali e come fallimento della comunicazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale. Aldilà di questa analisi, il Comitato ha dibattuto sull'importanza di focalizzarsi sull'esperienza individuale di ogni singolo paziente.³

I problemi riguardanti le dimissioni dall'ospedale sono di una serie di tipologie differenti, che comprendono dimissioni:

- Troppo precoci
- Ritardate
- Gestite malamente secondo il punto di vista del paziente/caregiver
- Dirette verso un ambiente non sicuro

Le cause di queste difficoltà sono diverse e comprendono:

- Fattori interni all'ospedale (es. orari del giro-letti; attesa dei risultati dei test diagnostici; ritardi nell'incaricare per la verifica del domicilio e nella sua attuazione; organizzazione e gestione delle medicazioni; disponibilità di mezzi di trasporto).
- Problemi di coordinamento (es. comunicazione ed organizzazione tra diversi servizi sanitari, sociali ed altri di comunità).
- Problemi di capacità e di risorse (es. disponibilità limitata di posti per l'assistenza di transizione o di riabilitazione; difficoltà di sistemazione legate alle case di cura; disponibilità di assistenza domiciliare).
- Coinvolgimento/scelte del paziente/caregiver (es. non impegnarsi con il paziente ed i caregiver nelle decisioni riguardanti l'assistenza e limitata disponibilità di scelta di opzioni di cura; mancato coinvolgimento dei provider privati in tema di programmazione operativa e strategica).

1.2 Migliorare le performance di dimissione

Le dimissioni dall'ospedale sono un processo, non un evento isolato. Devono prevedere lo sviluppo e l'implementazione di un piano che faciliti il trasferimento di un individuo dall'ospedale ad un ambiente adeguato. I diretti interessati ed i loro assistenti devono essere coinvolti in tutte le fasi ed essere costantemente informati attraverso la revisione continua e l'aggiornamento del piano assistenziale.

Programmare le dimissioni fa parte di un processo continuo che deve iniziare prima ancora del ricovero, nel caso questo sia previsto, ed il più presto possibile in tutti gli altri casi. Questo implica costruire su ogni valutazione occorsa prima del ricovero o aggiungerla. L'implementazione locale di un singolo processo di verifica (SAP) deve tener conto di questo punto critico.

Una dimissione efficace e tempestiva richiede disponibilità ed adeguatezza di opzioni assistenziali alternative in grado di garantire che qualsiasi bisogno di riabilitazione, recupero e continuità di assistenza socio-sanitaria venga identificato e soddisfatto.

1.3 La politica del governo

Sono in essere una serie di iniziative politiche a medio e lungo termine che richiedono la stretta collaborazione e la pianificazione congiunta tra il settore sanitario e quello sociale al fine di ottenere più risultati positivi per i pazienti. Ciò è vero soprattutto per il settore privato che deve garantire che la sua offerta si è sempre sotto valutazione e revisione. Queste politiche sono supportate da un piano di investimenti legato alla sfida dei target di performance, molti dei quali hanno un impatto sui processi che contribuiscono all'efficacia delle dimissioni ospedaliere. Vengono descritti più dettagliatamente nella Sezione 2.

1.4 Principi chiave

I principi chiave per l'efficacia delle dimissioni e del trasferimento dell'assistenza sono:

- I ricoveri non necessari sono evitati e le dimissioni efficaci sono facilitate da un "approccio a tutto sistema" ai processi di valutazione ed al commissariamento ed erogazione dei servizi;
- il coinvolgimento della partecipazione attiva degli individui e dei loro assistenti come partner paritari è fondamentale per l'assistenza e la programmazione di dimissioni di successo;
- le dimissioni sono un processo e non un evento isolato. Devono essere programmate alla prima occasione attraverso i servizi di assistenza primaria, ospedaliera e sociale, garantendo che i pazienti ed i loro assistenti capiscano e siano in grado di contribuire adeguatamente alle decisioni riguardanti la pianificazione dell'assistenza;
- il processo di programmazione delle dimissioni deve essere coordinato da una persona all'uopo nominata, responsabile del coordinamento di tutte le tappe del "viaggio del paziente". Questo implica un collegamento tempestivo con il coordinatore che ha seguito il caso in ambito di comunità prima del ricovero ed il trasferimento a quest'ultimo delle responsabilità conseguenti le dimissioni;
- il personale deve lavorare in un quadro di team working integrato multidisciplinare e multi –agenzia per gestire tutti gli aspetti del processo di dimissione;

- viene fatto un utilizzo efficace dei servizi transitori ed intermedi in modo tale che le esistenti capacità ospedaliere per acuzie siano usate adeguatamente e gli individui raggiungano risultati ottimali;
- la verifica e l'erogazione di assistenza socio-sanitaria continua sono organizzate in modo tale che gli individui comprendano la continuità dei servizi socio-sanitari, i loro diritti e ricevano consigli ed informazioni che li rendano in grado di prendere decisioni informate riguardo le loro cure future.

I benefici di una programmazione efficace delle dimissioni sono:

per il paziente

- i bisogni sono soddisfatti;
- è in grado di massimizzare l'indipendenza;
- si sente parte del processo assistenziale, un partner attivo e non impotente;
- non patisce mancanze non necessarie o sforzi duplicati;
- comprende e sottoscrive il piano di cura;
- vive l'assistenza come un percorso coerente, non come una serie di attività scollegate;
- ritiene di essere stato supportato e di aver fatto la scelta giusta riguardo le proprie cure future.

Per i caregiver

- si sentono valutati come partner nel processo di dimissione;
- ritengono che le loro conoscenze siano state utilizzate adeguatamente;
- sono consapevoli di aver diritto di vedere riconosciuti e soddisfatti i propri bisogni;
- confidano nel supporto continuo per il loro ruolo assistenziale e di ottenere aiuto prima che questo si trasformi in un problema;
- ricevano le informazioni ed i consigli giusti per aiutarli nel loro ruolo assistenziale;
- viene loro offerta la scelta di assumersi il ruolo assistenziale;
- comprendono ciò che è successo e sanno chi contattare.

Per il personale

- sentono che la loro expertise è riconosciuta ed utilizzata adeguatamente;
- ricevono informazioni chiave tempestivamente;
- comprendono il loro ruolo nel sistema;
- sono in grado di sviluppare capacità e ruoli nuovi;

- hanno l'opportunità di lavorare in ambiti e modi diversi;
- lavorano all'interno di un sistema che consente loro di farlo efficacemente.

Per le organizzazioni

- le risorse sono utilizzate al meglio;
- i servizi sono apprezzati dalla comunità locale;
- lo staff si sente apprezzato e ciò, di conseguenza, porta ad un miglioramento nel reclutamento e nel mantenimento in servizio del personale;
- raggiungere gli obiettivi e quindi può concentrarsi sui servizi;
- meno reclami;
- relazioni positive con altri provider socio-sanitari locali e con i servizi per la casa;
- si evitano le lamentele e dispute riguardanti le responsabilità dei ritardi.

1.5 Come utilizzare il quaderno

Come descritto in precedenza, un piano di dimissione efficace è un processo complesso. Questo quaderno offre una guida per ciascuna delle fasi specifiche coinvolte in un approccio di sistema.

Ciascuna sezione fornisce una panoramica delle tematiche e stabilisce i principi chiave della buona pratica e messaggi specificamente indirizzati a:

- Commissari dell'assistenza sanitaria e sociale
- Manager dell'assistenza sanitaria e sociale
- Staff di prima linea che lavorano con i pazienti e con gli operatori

1.6 Riferimenti

1. Taraborelli *et al.* (1998). *Hospital discharge of frail older people: a literature review with practice case studies*. Edinburgh: Scottish Office Central Research Unit.
2. Audit Commission (2000). *Inpatient admissions and bed management in NHS acute hospitals*. London: The Stationery Office.

House of Commons Health Committee *Delayed Discharges (2001-02)*. Vol. 1. London: The Stationery Office.

2. Informazioni di background: il contesto politico

2.1 Introduzione

I due libri bianchi *The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform* e *Modernising social services* hanno disposto un'agenda di riforme profonde, che rafforzano l'importanza che l'assistenza sanitaria e sociale lavorino assieme alla programmazione dell'assistenza¹⁻².

Altre politiche che si collegano ed influiscono sull'evitare i ricoveri ospedalieri non necessari, sull'utilizzo efficace ed il coordinamento dell'assistenza sanitaria, sociale e delle risorse per la casa, nonché sulla programmazione delle dimissioni ospedaliere sono:

- The Health Act.
- Building Capacity and Partnership in Care.
- Patient and Public Partnership in the new NHS.
- Carers (Recognition and Services) Act and the Carers and Disabled Children Act.
- NHS Funded Nursing Care in Nursing Homes.
- The Direction on Choice.
- Fair Access to Care Services.
- The National Service Framework for Older People (compresa la gestione dei farmaci).
- The National Service Framework for Mental Health.
- Valuing People.
- Supporting People.
- Community Care (Delayed Discharge, etc.) Bill (soggetta all'approvazione del Parlamento).

Il messaggio forte e coerente contenuto in ciascuno di questi documenti è il bisogno di agenzie statutarie e indipendenti che lavorino assieme con le rispettive comunità locali per progettare, commissionare ed erogare servizi. È quindi necessario un impegno forte e positivo. Un'aspettativa altrettanto chiara è quella che le persone che richiedono i servizi, assieme a coloro che le assistono, siano partecipanti attivi e pienamente informati nella programmazione e nell'erogazione della loro assistenza. L'assistenza sanitaria deve essere puntellata da una governance clinica efficace e, per le autorità locali, le revisioni garantiranno la fornitura e l'utilizzo efficace dei servizi sociali.

L'atto per la Salute (*Health Act*) del 1999 ha spianato la strada affinché il SSN e le autorità locali responsabili dei servizi sociali lavorassero assieme³. L'introduzione di priorità uniche per l'assistenza socio sanitaria accentua ulteriormente l'aspettativa che il lavoro congiunto si ponga alla base del miglioramento dei servizi e dei guadagni in salute delle comunità

locali. Guide pratiche sull'utilizzo della flessibilità nell'ambito del Health Act si possono trovare sul sito: www.doh.gov.uk/jointunit.

I nuovi poteri che emergono dall' Atto sono:

- *Budget unificati* – la capacità di ognuno dei partner di contribuire ad un fondo unico concordato, da spendere per progetti condivisi per servizi specifici.
- *Commissionamenti guidati* – i partner possono concordare di delegare il commissionamento di un servizio ad una agenzia guidata.
- *Forniture integrate* – i partner possono unire i rispettivi staff, le risorse e le strutture manageriali per integrare la fornitura di servizi dal livello gestionale fino a quello di front line.

*Costruire le capacità e la partnership nell'assistenza*⁴ ha lanciato un nuovo accordo tra il settore pubblico e quello privato per incoraggiare un approccio più strategico, completo e coerente alla progettazione delle capacità a livello locale. Il settore privato si definisce come fornitore di assistenza sociale, sanitaria ed abitativa. Informazioni dettagliate sono reperibili sul sito: www.doh.gov.uk/buildingcapacity. L'accordo promuove la cooperazione costruttiva tra tutti i partner coinvolti nell'assistenza e nel supporto agli adulti. Riconosce il valido contributo del settore privato nella gestione delle capacità in un "approccio a tutto sistema". Fornisce anche consigli su come si possa stabilizzare, aumentare e rendere affidabile la capacità in un mercato in crescita. I principi adottati in questo documento devono essere adottati.

*Miglioramento, espansione e riforma: i prossimi tre anni*⁵ definisce le priorità e progetta il quadro di riferimento per l'assistenza socio-sanitaria. Evidenzia le aree in cui il sistema assistenziale cambierà. L'attenzione è soprattutto ad una maggiore possibilità di scelta da parte dei pazienti, a pagamenti basati sui risultati nel SSN e a nuovi incentivi affinché i servizi socio-sanitari forniscano servizi adeguati agli anziani fuori dall'ospedale. Evidenzia il bisogno di un miglior accesso ai servizi, di migliorare l'esperienza dei pazienti in generale e di ridurre le disuguaglianze sanitarie.

2.2 Diritti e responsabilità

*Pazienti e coinvolgimento pubblico nel SSN*⁶ riconosce che i pazienti ed i loro caregiver sono "esperti" nel sapere come si sentono e cosa significhi vivere con, o assistere, qualcuno in condizioni particolari. E' fondamentale che ogni valutazione o processo di pianificazione assistenziale impegni continuamente il paziente e chi lo assiste e che fornisca informazioni in modo tale che li aiuti a prendere decisioni non pregiudiziali riguardo il trattamento e la cura. Inoltre, è ora obbligatorio che le unità sanitarie mettano in funzione i PALS (Servizi di counseling e collegamento per i pazienti) per lavorare con i pazienti ed i loro caregiver.

L'opuscolo *La tua guida al SSN* ha sostituito la *Carta del Paziente* ed è disponibile per il pubblico, per i pazienti in ospedale e sul territorio, per chiarire le responsabilità del SSN e gli standard assistenziali. Nell'opuscolo c'è una sezione riguardante le dimissioni ospedaliere e che tipo di aiuto è disponibile per l'assistenza ed il supporto continui. Le informazioni sono anche disponibili in audiocassetta, in Braille ed in una serie di lingue e sono reperibili sul sito: www.nhs.uk/nhsguide.

Il Carers Act (Recognition and Services) del 1995⁷ ed il Carers and Disabled Children Act 2000⁸ riconoscono l'importante ruolo che i caregiver rivestono e la necessità di aiutarli a mantenere la loro salute e benessere. L'Atto del 2000 riconosce ai caregiver il diritto di vedere valutati i propri bisogni ed alle autorità locali il potere di fornire una serie di servizi rivolti a loro. Il ruolo dei caregiver va preso in considerazione per ogni programmazione di dimissioni.

Nell'Ottobre 2001, *Assistenza infermieristica gratuita nelle case di cura*⁹ consente alle persone che pagano le proprie cure (auto-finanziate) di candidarsi affinché la componente infermieristica delle stesse possa essere finanziata dal SSN. Nell'Aprile 2003 la responsabilità di valutare finanziare l'assistenza infermieristica per tutti i degenti delle case di cura passa dalle autorità locali al SSN. Tale responsabilità si basa sulla copertura dei costi relativi agli infermieri professionali che si occupano dell'assistenza, la delegano o la supervisionano.

La guida richiede che i committenti di assistenza socio-sanitaria lavorino assieme per contrattare congiuntamente con le case di cura per rispondere ai bisogni assistenziali individuali.

Benché la *scelta del paziente* sia considerata di estrema importanza, i pazienti che sono stati giudicati non bisognosi di assistenza continua come degenti non hanno diritto di occupare, per un tempo indefinito, un letto del SSN (con la sola eccezione di un piccolissimo numero di casi in cui un paziente rientra sotto la Parte 11 del Mental Health Act del 1983). Hanno, comunque, il diritto di rifiutare le dimissioni dal SSN verso una casa di cura. In questi casi, il personale dell'ospedale, dei servizi sociali e di comunità deve lavorare con il paziente e la sua famiglia per trovare l'alternativa adatta. Le *Direttive sulla scelta* (LAC (92)27 e LAC (93)18), che descrivono le posizioni attuali sono in fase di revisione. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito del Dipartimento per la Salute: www.doh.gov.uk.

Le autorità locali sono responsabili di condurre valutazioni dell'assistenza di comunità secondo quanto previsto nella Sezione 47(1) dell'Atto per l'Assistenza di Comunità e la Sezione 47(3), quando necessario, deve coinvolgere il SSN e le agenzie per la casa¹⁰. Possono fornire servizi di assistenza di comunità ad individui adulti con bisogni derivanti da deficit o disabilità fisiche, sensoriali, intellettive, cognitive o da difficoltà mentali. Se ne hanno diritto, si studia per loro un piano per rispondere al meglio a tali bisogni o attraverso la fornitura di servizi adeguati quali l'assistenza domiciliare, residenziale o diurna oppure con il pagamento diretto. Le responsabilità delle autorità locali a fornire questi servizi sono definite principalmente nel National Assistance Act del 1948, nel Health and Social Services e Public Health Act del 1968, nel Chronically Sick and Disabled Person Act del 1970, nel National Health Service Act del 1977, nel Mental Health Act del 1983 e nel Disabled Persons (Services, Consultation and Representation) Act del 1986.

Il SSN e le autorità locali sono vincolate al dovere di cooperare e garantire un progresso della salute e del benessere dei singoli individui (NHS Act 1977, NHS and Community Care Act 1990, Health Act 1999). Il SSN è responsabile della valutazione dei bisogni di assistenza continua, congiuntamente ai servizi sociali. Nel Giugno 2001¹¹ è stata pubblicata una nuova guida sull'assistenza continua, che richiede alle autorità sanitarie locali di rivedere e concordare nuovi criteri per l'assistenza continua totalmente a carico del SSN. Alle unità di assistenza primaria ed alle autorità sanitarie locali (StHAs) è stato richiesto di essere coinvolte nella definizione di questi nuovi criteri e che questi ultimi fossero unici per ciascuna StHA. Inoltre, la guida affermava che le autorità locali ed il SSN dovevano

concordare assieme i criteri di inserimento per pacchetti mix di assistenza sia sanitaria che sociale.

*Fair access to care services*¹² chiede alle autorità locali che, entro Aprile 2003, rivedano ed esplicitino i rispettivi criteri di inserimento. Il quadro di riferimento è graduato in quattro livelli: critico, sostanziale, moderato e basso. Le fasce fanno riferimento al livello di rischio al quale un individuo o la sua famiglia sono esposti. Questo determinerà la natura e la rapidità dei servizi erogati. Le autorità locali devono prendere una sola decisione riguardante l'inserimento di coloro che cercano supporto sociale. Non devono operare criteri separati per tipologie specifiche di servizi.

La revisione deve avvenire ad intervalli regolari. Le autorità locali sono in grado di erogare pagamenti diretti ai singoli, come descritto nel Community Care, Carers and Children's Services (Direct Payments) (England) Regulation (2002) secondo i principi sottolineati nel Health and Social Care Act del 2001 e nel Children Act del 1989. Per il 2003 viene richiesto che ogni autorità locale provveda al pagamento diretto per le persone anziane così come fa per quelle più giovani. Questo significa che ogni persona anziana valutata bisognosa di assistenza, potrà scegliere se ricevere un servizio o del denaro per acquistarlo indipendentemente da chi ritiene soddisfi meglio i suoi bisogni.

2.3 Standard dei servizi

Il *National Service framework for older people* (NSFOP)¹³ è stato pubblicato dal Dipartimento per la Salute nel Marzo 2001 e comprende otto standard assistenziali per i servizi agli anziani. Ciascuno contiene punti di riferimento chiave:

1. *Sradicare le discriminazioni legate all'età* ha lo scopo di garantire che gli anziani non vengano discriminati nell'accesso ai servizi del SSN o sociali. I servizi di trattamento devono essere erogati sulla sola base dei bisogni clinici.
2. *Assistenza incentrata sulla persona* ha lo scopo di garantire che le persone anziane vengano trattate come individui e ricevano pacchetti di cura adeguati e tempestivi, che rispondano ai loro bisogni come individui, indipendentemente dalle costrizioni organizzative. Comprende piani specifici che impatteranno sull'organizzazione ed il coordinamento dell'assistenza in preparazione delle dimissioni. Questo comprende l'implementazione di:
 - *Processo di valutazione del singolo* (SAP)¹⁴. E' un processo di valutazione standardizzato ed un sistema di gestione dell'assistenza agli anziani. Si propone di mettere l'individuo al centro della propria valutazione e conseguente pianificazione dell'assistenza, porta ad una maggiore condivisione delle informazioni tra i professionisti della salute ed incoraggia migliori risultati per gli anziani. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito web del SAP, www.doh.gov.uk/scg/sap.
 - *Servizi per li presidi di comunità*¹⁵ gioca un ruolo vitale nell'aiutare i malati ed i disabili di tutte le età a sviluppare il loro pieno potenziale ed a mantenere l'indipendenza. Possono anche rendere possibile la gestione domiciliare – anziché istituzionale - di un paziente da parte di assistenti informali, familiari o professionisti. Al momento il SSN e le autorità locali hanno responsabilità statutarie diverse riguardo la fornitura di presidi ed ausili, cosa che crea frequenti confusioni negli utenti e negli operatori e ritardi nelle consegne di materiale fondamentale. L'integrazione di questi servizi avverrà attraverso un programma triennale per attuare cambiamenti che riguarderanno la casa, l'educazione, l'impiego, il settore indipendente ed i fornitori di equipaggiamenti specialistici. Il governo ha dichiarato che entro Dicembre 2004 tutti i presidi di comunità per gli anziani (es. ausili e piccoli

adattamenti) saranno consegnati entro sette giorni. A termini di legge, a partire dall'Aprile 2003, il governo ha in programma di eliminare i costi per gli equipaggiamenti di comunità, quali i mancorrenti ed i montacarichi. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito web ICES, www.icesDH.org

- *Servizi integrati per l'incontinenza* entro Aprile 2003.
- 3. *Assistenza intermedia*¹⁶ ha lo scopo di fornire servizi integrati per promuovere una ripresa più rapida dalla malattia, evitare i ricoveri non necessari negli ospedali per acuzie, supportare le dimissioni tempestive e massimizzare la vita indipendente. Stabilisce gli obiettivi per aumentare la fornitura di servizi di assistenza intermedia, cosa che consente agli ospedali di concentrarsi su ciò che sanno fare meglio. Vedere: *Intermediate care: moving forward* (Dipartimento per la Salute, Giugno 2002) per i più recenti aggiornamenti.
- 4. *Assistenza negli ospedali generali* si propone di garantire che le persone anziane ricevano in ospedale l'assistenza specialistica di cui hanno bisogno e che essi ricevano il massimo beneficio dal fatto di essere stati in ospedale.
- 5. *Ictus*, si propone di ridurre l'incidenza dell'ictus nella popolazione e di garantire che quanti ne sono colpiti abbiano immediato accesso ai servizi integrati. Questo standard fornisce una guida sul percorso assistenziale per l'ictus a tutte le età.
- 6. *Cadute*, si propone di ridurre il numero di cadute che procurano danni gravi e di garantire cure e riabilitazione efficaci per coloro che sono caduti.
- 7. *Salute mentale negli anziani*, si propone di promuovere la buona salute mentale negli anziani e di trattare e supportare quelli colpiti da demenza e depressione.
- 8. *Promuovere la salute e la vita attiva in età avanzata*, si propone di allungare le aspettative di vita degli anziani.

Implementare gli aspetti farmaco-correlati del NSFOP ha lo scopo di garantire che gli anziani traggano il massimo beneficio dalle loro cure per mantenere o aumentare la qualità e la durata della loro vita.

Il *National service framework for mental health* (NSFMH)¹⁷ definisce gli standard assistenziali per pazienti adulti in età lavorativa con problemi di salute mentale. Gli individui seguiti dai servizi specialistici di salute mentale devono essere supportati secondo quanto previsto dal CPA (approccio al programma assistenziale) ed avere un coordinatore che sia responsabile del piano di assistenza sanitaria e sociale. I documenti del NSFMH e del coordinamento efficace dell'assistenza sono disponibili sul sito, www.doh.uk/nsf/mentalhealth.

*Valuing people*¹⁸ accentua l'importanza di offrire alle persone con disabilità cognitive servizi ed opportunità di cui possano fruire per poter vivere appieno la propria vita. Di particolare rilevanza per la fornitura di servizi sanitari generici è la necessità di garantire un equo accesso alla promozione della salute ed alla cura. Sul sito web www.doh.gov.uk/learningdisabilities è disponibile una guida alla buona pratica sui piani d'azione sanitaria e le facilitazioni per aiutare le persone con problemi cognitivi.

Altri due documenti pubblicati dal Dipartimento per la Salute, *Signposts for success*¹⁹ e *Once a day*²⁰, raccomandano che tutti gli ospedali per acuzie tengano conto degli speciali bisogni delle persone con problemi di apprendimento, quando queste accedono ai servizi ospedalieri.

Il programma *Supporting people*²¹, lanciato nel Gennaio 2001, stabilisce importanti cambiamenti nel modo di utilizzare l'alloggiamento ed i relativi benefici per aiutare le persone vulnerabili a raggiungere maggiore indipendenza. Questi cambiamenti entrano in vigore nel 2003 attraverso una partnership di lavoro tra governo locale, utenti dei servizi ed agenzie di supporto.

L'organizzazione principale è l'autorità locale. Tuttavia, le organizzazioni stakeholder, quali le unità sanitarie ed il settore privato, devono contribuire ai piani strategici per i servizi legati alla casa, che completeranno e cambieranno i servizi di supporto esistenti. Questa importante iniziativa ha un ruolo chiave nello sviluppo e nell'espansione di opzioni di cura alternative.

Better care, higher standards (BCHS)²², pubblicato nel 1999 dal Primo Ministro e dal Dipartimento per la Salute, promuove approcci congiunti agli standard dei servizi e alla diffusione delle informazioni tra i servizi per la casa, la salute e l'assistenza sociale al fine di rafforzare il lavoro in partnership.

2.4 Sviluppi futuri dei servizi

La consegna del PSN¹ e di *Modernising social services*² attraverso il Quadro di Riferimento per le Priorità e la Programmazione vedrà un'enfasi continua sullo sviluppo dei servizi. Lo sviluppo chiave, che impatterà sull'utilizzo efficiente del settore ospedaliero, promuoverà l'indipendenza ed il supporto degli anziani o di coloro che hanno bisogni socio-sanitari complessi, da realizzare nei prossimi cinque anni comprende:

- Ogni anno
 - un aumento inferiore all'1% nei ricoveri d'urgenza e nessun aumento delle riammissioni
- Nel 2003
 - decidere, implementare e monitorare congiuntamente piani di miglioramento locale come risultati di inchieste rivolte ad analizzare le esperienze dei pazienti ed a coinvolgere i forum di pazienti, quando disponibili;
 - aumentare la responsabilità delle comunità locali attraverso un loro maggiore coinvolgimento, come evidenziato dai report annuali dei Forum dei Pazienti alla Commissione per i Pazienti ed il Coinvolgimento Pubblico nella Sanità, e le pubblicazioni annuali di un prospetto che copre i servizi sanitari locali;
 - i piani strategici ed operativi comprenderanno lo sviluppo di un servizio integrato per l'incontinenza;
 - gli ospedali che si occupano di pazienti colpiti da ictus avranno istituito servizi di audit clinico;
 - saranno attivate procedure di risk management per tutti i fornitori di assistenza sanitaria e sociale per ridurre il rischio di cadute negli anziani;
 - i piani strategici ed operativi comprenderanno un programma per la promozione di un invecchiamento in salute e per prevenire le malattie negli anziani; tutti gli ospedali generali che assistono gli anziani dovranno aver compilato un profilo di

- competenza del loro staff in relazione all'assistenza geriatrica ed aver implementato programmi di formazione ed addestramento per colmare le lacune identificate.;
- almeno 500 unità extra di ausili saranno fornite gratuitamente a circa 250.000 persone.
- Aprile 2004
 - almeno 5000 posti letto per assistenza intermedia e 1700 posti per l'assistenza non residenziale in più rispetto al punto di partenza 1999/2000;
 - saranno attivi protocolli trasversali tra assistenza sanitaria e sociale per l'assistenza e la gestione dei pazienti anziani con problemi di salute mentale;
 - tutti gli ospedali generali dove si assistono persone colpite da ictus avranno servizi specializzati per questa patologia;
 - saranno operativi servizi di equipaggiamento singolo integrato.
 - Dicembre 2004
 - per l'emergenza, una singola telefonata ad un numero del SSN sarà il passaggio per l'assistenza fuori orario.
 - tutte le valutazioni dei pazienti anziani inizieranno entro 48 ore dal primo contatto con i servizi sociali e saranno completate nell'arco di quattro settimane (il 70% in due settimane);
 - tutti gli equipaggiamenti di comunità per le persone anziane (es. ausili e piccoli adattatori) saranno forniti dai servizi sociali entro sette giorni lavorativi.
 - Dicembre 2005
 - per l'assistenza programmata, offrire la scelta di routine dell'ospedale al momento della prenotazione;
 - tutti i sistemi sanitari e sociali avranno un servizio integrato per le cadute;
 - stabilire nuovi centri di diagnosi e cura per supportare il soddisfacimento degli obiettivi 2005 riguardo le attese.
 - Marzo 2006
 - migliorare la qualità di vita e l'indipendenza delle persone anziane in modo che possano vivere a casa propria ogniqualvolta possibile, portando il numero di quanti sono supportati intensivamente al 30% del totale degli individui seguiti dai servizi sociali a domicilio o nelle R.S.A.;
 - i sussidi di accompagnamento saranno raddoppiati

In questo lasso di tempo saranno sviluppati nuovi quadri di riferimento per il servizio nazionale che avranno un impatto sui servizi sanitari basati sulla comunità e sull'ospedale e sui servizi sociali. Uno, di particolare interesse per le capacità intrinseche al sistema

socio-sanitario, riguarderà la gestione delle disabilità fisiche croniche e delle patologie neurologiche.

2.5 Riferimenti

1. Department of Health (2000). *The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform*. London: Department of Health.
2. Department of Health (1998). *Modernising social services*. London: Department of Health.
3. The Health Act 1999. London: HMSO.
4. Department of Health (2001). *Building capacity and partnership in care*. London: Department of Health.
5. Department of Health (2002). *Improvement, expansion and reform: the next three years*. London: Department of Health.
6. Department of Health (2000). *Patient and public involvement in the new NHS*. London: Department of Health.
7. The Carers (Recognition and Services) Act 2000. London: HMSO.
8. The Carers and Disabled Children Act 2000. London: HMSO.
9. Department of Health (2001). *Free nursing care in nursing homes* (HSC 2001/17: LAC (2001)26). London: Department of Health.
10. The NHS and Community Care Act 1993. London: HMSO.
11. Department of Health (2001). *Continuing care: NHS and local councils' responsibilities* (HSC 2001/015: LAC (2001)18). London: Department of Health.
12. Department of Health (2002). *Fair access to care services* (LAC (2002)13). London: Department of Health.
13. Department of Health (2001). *The national service framework for older people*. London: Department of Health.
14. Department of Health (2002). *The single assessment process for older people* (HSC 2002/01: LAC 2001(1)). London: Department of Health.
www.doh.gov.uk/scq/sap/hsc200201.htm
15. Department of Health (2001). *Guide to integrating community equipment services*. London: Department of Health.
16. Department of Health (2001). *Intermediate care* (HSC 2001/1: LAC 2001(1)). London: Department of Health.
17. Department of Health (1999). *The national service framework for mental health*. London: Department of Health.
18. Department of Health (2001). *Valuing people*. London: Department of Health.
19. NHS Executive (1998). *Signpost for success*. London: Department of Health.
20. NHS Executive (1999). *Once a day*. London: Department of Health.
21. Department of Health (2000). *Supporting people*. London: Department of Health and Department of Environment, Transport and the Regions.

Department of Health (1999). *Better care, higher standards*. London: Department of Health and Environment, Transport and the Regions.

3. Sviluppare un “approccio a tutto sistema”

I *principi chiave* che reggono questo aspetto di una politica efficace di dimissioni e trasferimento dell'assistenza sono:

- Evitare i ricoveri non necessari, ottenere buoni risultati clinici ed una programmazione efficace delle dimissioni è più facile attraverso un "approccio a tutto sistema" che va dal commissionamento all'erogazione dei servizi.
- Le organizzazioni devono lavorare proattivamente, separatamente ed assieme per rivedere e migliorare le performance e trovare soluzioni.

Il governo ha consistentemente enfatizzato la necessità che le organizzazioni e gli operatori lavorino assieme per rispondere ai bisogni degli individui e dei loro cari. L'“approccio a tutto sistema” è quello che riconosce il contributo che ogni partner apporta alla qualità dell'assistenza.

Lavorare a tutto sistema significa non essere limitati dai confini dei servizi - mettere l'individuo al centro del servizio e rispondere ai suoi bisogni. I pazienti, con la loro esperienza e comprensione dei propri bisogni e con la capacità di influenzare il funzionamento del processo di dimissione, devono essere parte integrante del sistema. L'intero sistema non è semplicemente un assemblamento di organizzazioni che hanno bisogno di lavorare insieme, ma una mescolanza di persone, professioni, servizi ed edifici diversi che hanno l'individuo come interesse comune ed erogano una serie di servizi in ambiti vari per fornire l'assistenza giusta nel posto giusto al momento giusto.

La Commissione Audit ha descritto come "i servizi per gli anziani devono lavorare assieme se vogliono rispondere efficacemente ai bisogni ed alle aspirazioni delle persone. Molte diverse agenzie lavorano con gli anziani, compresi servizi non specializzati quali i trasporti, l'educazione e la casa, così come i servizi che forniscono assistenza. Troppo spesso gli anziani ricevono risposte scollegate e confuse quando hanno bisogno di aiuto o di consigli. Spesso le risposte che ricevono rispondono solo in parte ai loro bisogni"¹. Questo fa riferimento ad un lavoro precedente sui servizi di riabilitazione.²

3.1 Quali sono le caratteristiche del lavoro a tutto sistema?

- I servizi rispondono ai bisogni del singolo paziente/cliente/inquilino/caregiver.
- Tutti gli stakeholder riconoscono la mutua interdipendenza ed il fatto che l'azione di uno qualsiasi di loro può avere ricadute sull'intero sistema.
- Tra gli stakeholder c'è condivisione della *vision* del/dei servizio/i, delle priorità, dei ruoli, delle responsabilità, delle risorse, dei rischi e dei meccanismi di revisione.
- Chi utilizza il sistema non percepisce lacune o duplicati.
- Le relazioni e le partnership sono incoraggiate.

Guidare le persone attraverso il sistema

Una gamma di servizi completa non è abbastanza.

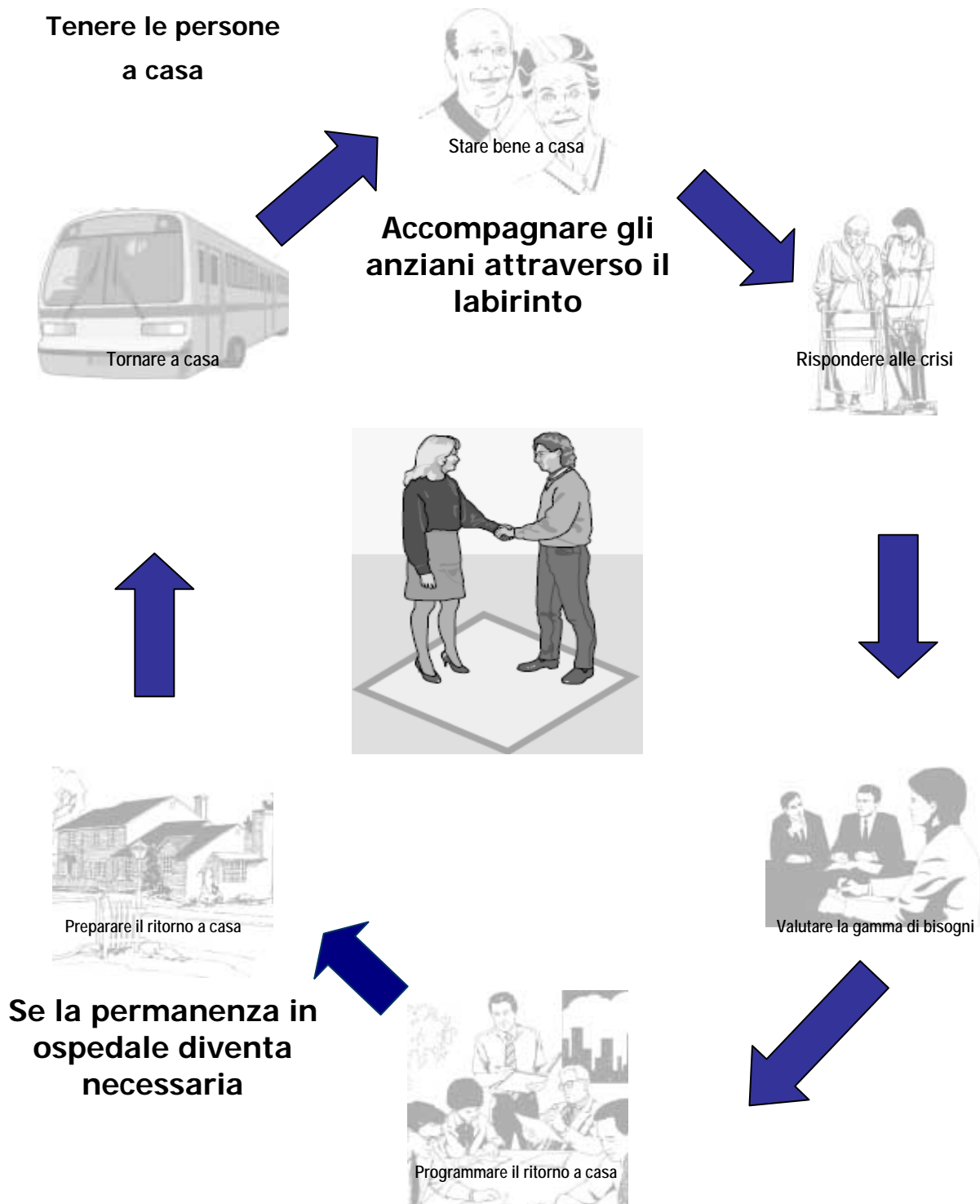


Figura 3.1. Un ciclo di servizi "virtuoso".

3.2 Chi è compreso?

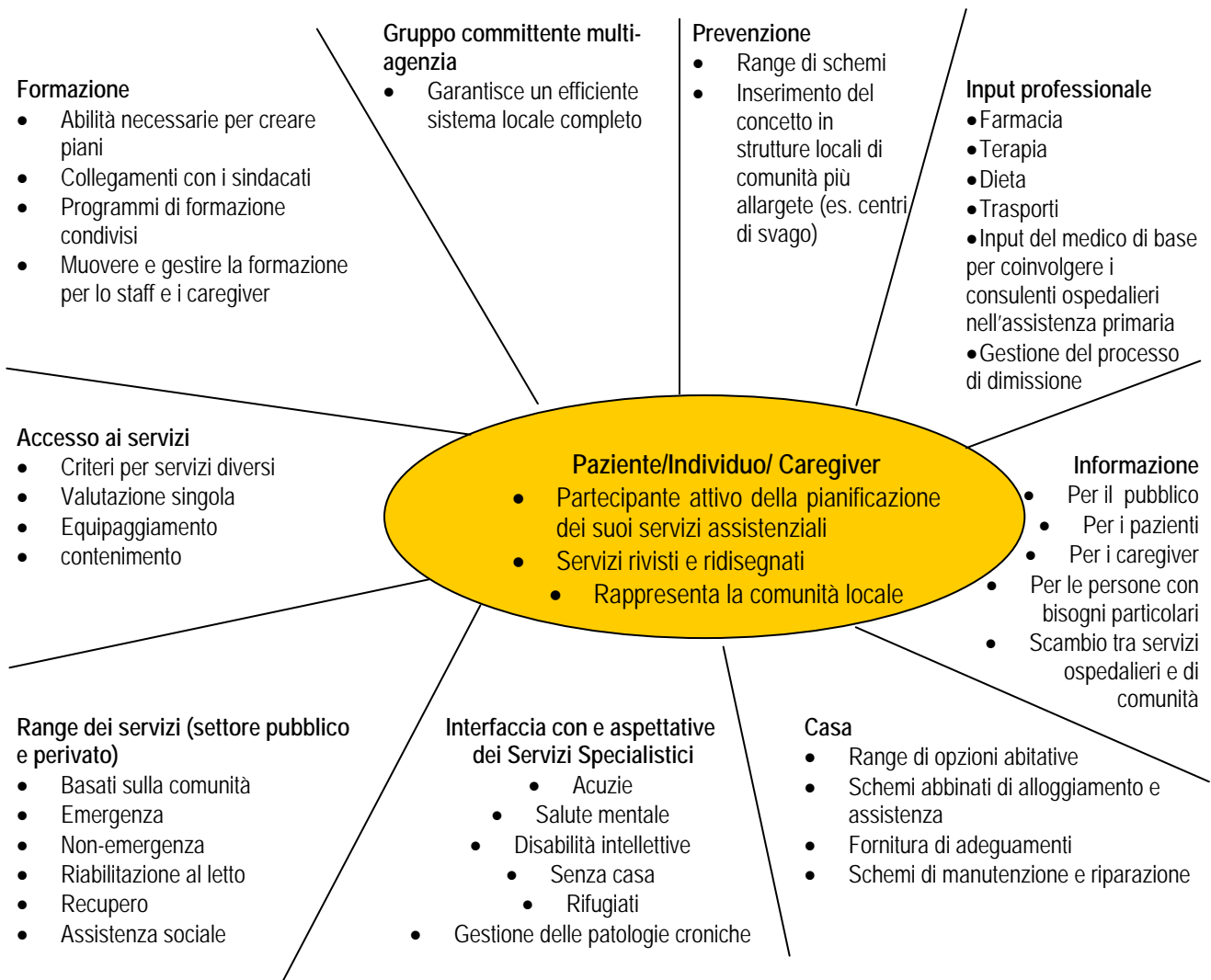


Figura 3.2. Sistema salute, casa e assistenza sociale per adulti

3.3 Tutto il sistema lavora per le dimissioni efficaci

Esistono tre aree principali in cui il lavoro integrato a tutto sistema sorregge il percorso delle dimissioni:

- Programmazione delle capacità.
- Revisione delle performance.
- Politiche ospedaliere sulle dimissioni ed accordi inter-agenzia.

Le infrastrutture di sostegno necessarie vengono descritte nell'allegato 3.1.

3.3.1 Programmazione delle capacità

Richiede che i committenti delle unità di assistenza primaria e le autorità locali lavorino assieme per garantire che le effettive capacità vengano utilizzate al meglio e per impegnare il settore indipendente in:

- Ospedale per acuzie.
- Ospedali di comunità.
- Servizi di salute mentale.
- Settore della casa (per ulteriori informazioni vedere l'Allegato 6.1).
- Servizi di trasporto (l'Allegato 3.2 fornisce una panoramica sui trasporti).
- Case di cura.

Aumentare la capacità dei servizi al fine di evitare i ricoveri in ospedale e favorire le dimissioni precoci attraverso:

- Assistenza intermedia.
- Supporto domestico intensivo.
- Supporto dei caregiver.
- Team di risposta rapida.
- Residenze protette (utilizzo innovativo delle autorità locali e delle associazioni per la casa).

3.3.2 Revisione delle performance

Esistono obiettivi nazionali per la riduzione dei trasferimenti posticipati dell'assistenza e per i ricoveri d'emergenza in ospedale. Se ne parla nella sezione 2. La performance locale delle organizzazioni è strettamente monitorata attraverso il SITREP. Molte organizzazioni hanno trovato che, lavorando assieme per monitorare e discutere le ragioni dei ritardi, sono state in grado di trovare soluzioni comuni per alcuni problemi. In molte aree il monitoraggio della performance è stato esteso per identificare e fornire un'analisi più dettagliata delle tematiche e migliorare l'accuratezza delle informazioni.

L'utilizzo di mappe di processo per seguire il percorso di un individuo attraverso il sistema ha aiutato gli operatori a comprendere e sviluppare una nuova prospettiva dell'efficacia dei servizi del SSN e sociali dal punto di vista del paziente. È un modo potente di dimostrare agli operatori come le loro azioni vengono viste dal paziente, il risultato di queste elezioni ed eventuali duplicati³. L'Agenzia per l'Ammodernamento ha sviluppato una guida per mappare il processo, l'analisi e la riprogettazione, disponibile sul sito: <http://www.modern.nhs.uk/improvementguides/process>. Per consigli si possono anche contattare i manager del servizio miglioramento delle autorità sanitaria strategiche.

3.3.3 Politiche e pratiche di dimissione ospedaliera

Il modo in cui le organizzazioni di assistenza sanitaria e sociale lavorano insieme in ambito ospedaliero è fondamentale nella programmazione di dimissioni/trasferimenti efficaci. Le unità sanitarie, le autorità locali responsabili dei servizi sociali e gli ospedali per acuzie, in partnership con i provider del settore privato, devono rivedere e costruire sugli esistenti accordi assistenziali di comunità.

Le disposizioni per il monitoraggio delle performance di trasferimento posticipato dell'assistenza devono essere dettagliate nelle politiche locali di dimissione, assieme a quelle per la validazione delle informazioni e ad alle azioni concordate per risolvere e studiare i problemi.

La politica, una volta concordata, dovrà essere compresa dallo staff e la sua importanza evidenziata nei programmi di orientamento ed introduzione oltre che nella formazione regolare.

Il quadro di riferimento delle performance per monitorare i ritardi offre il mezzo per rivedere la pratica e revisionare la politica in modo dinamico poiché le organizzazioni imparano ciò che funziona bene e ciò che deve essere modificato.

La politica deve essere prontamente disponibile per pazienti, caregiver, famiglie e servizi di patronato ed in una serie di format mediatici che rispondano ai diversi bisogni sensoriali e linguistici.

3.4 Contenuti, caratteristiche e componenti di una buona politica integrata per le dimissioni

Gli scopi della politica sono di:

- garantire che il paziente sia sempre trattato come individuo e fornirgli la continuità assistenziale quando viene trasferito da un ambito all'altro;
- garantire che le strutture ospedaliere per acuzie vengano utilizzate adeguatamente;
- identificare e concordare priorità congiunte per il cambiamento.

Gli accordi devono:

- descrivere i riferimenti generali, la valutazione, la pianificazione dell'assistenza ed il quadro di revisione;
- stabilire una guida chiara sulle responsabilità professionali ed organizzativa;
- nel dire i processi di riferimento tra i dipartimenti ospedalieri, le agenzie di assistenza primaria e sociale, compreso il settore indipendente;
- prevedere gli standard concordati livello locale per i tempi di risposta interdipartimentale;
- fornire un quadro di performance e governance clinica;
- descrivere un programma di formazione ed addestramento per lo staff;
- descrivere un programma di formazione ed addestramento per i pazienti ed i caregiver;
- determinare la disponibilità fuori orario dei provider del settore indipendente.

Risultati chiave della politica:

- Vengono concordati protocolli clinici con le unità di assistenza primaria per garantire che le strutture per acuzie vengano utilizzate adeguatamente.
- I processi di valutazione del rischio sono parte integrante della valutazione e della pianificazione assistenziale.
- Le azioni atte a garantire un trasferimento sicuro e tempestivo vengono intraprese prima del ricovero o immediatamente dopo.
- La programmazione delle dimissioni/trasferimento è considerata un processo continuo che avviene sette giorni la settimana.
- I pazienti ed i loro caregiver sono coinvolti pienamente a tutti i livelli.
- Ai pazienti ed ai loro caregiver vengono fornite informazioni, sia verbali che scritte, in forma diversa (tenendo conto dei bisogni sensoriali o di linguaggio verbale), su quanto debbano aspettarsi e sul loro contributo al processo.
- Lo staff lavora secondo i principi definiti nel processo di valutazione del singolo per la valutazione e la gestione dell'assistenza e garantisce un coordinatore nominato per i progressi del paziente attraverso il sistema.
- Lo staff impegnato nella programmazione delle dimissioni è pienamente a conoscenza delle opzioni di trattamento, riabilitazione ed assistenza presenti in comunità, sia nel settore pubblico che privato, e di come accedervi.
- Esistono accordi con le autorità locali e le unità senza primaria riguardo la possibilità di scegliere l'assistenza domiciliare, il ricovero in strutture e per coloro che necessitano di assistenza pubblica continua ed equipaggiamento a domicilio.
- Esistono protocolli clinici per facilitare le dimissioni/trasferimento iniziati dall'infermiere/terapista.
- Sono concordati processi di comunicazione efficace con lo staff di comunità.
- Per assistere lo staff viene fornita una gamma completa di liste di controllo e cartelle.
- Ai pazienti vengono forniti dettagli circa la sistemazione, i contatti ed ogni informazione rilevante riguardante il loro futuro trattamento ed assistenza.
- Per i casi in cui i pazienti non possiedono la capacità mentale di rappresentare se stessi, sono definite procedure chiare.

Per ciascun gruppo professionale, quale i medici, gli infermieri, i terapisti, i farmacisti, di assistenti sociali ed i manager dell'assistenza deve esserci una sezione che chiarisce le rispettive *responsabilità* riguardo:

- Discutere con il paziente dei motivi del ricovero, del trattamento, del possibile risultato e nella data prevista per le dimissioni.
- Impegno e comunicazione con il caregiver e/o la famiglia.
- Informare il paziente e la famiglia.
- Coordinare il viaggio del paziente.
- Comunicare con il medico di base del paziente ed il suo clima di assistenza primaria al momento del ricovero, del trasferimento e delle dimissioni.
- Riferimenti per la diagnosi, la terapia, la gestione delle medicazioni ed il trasporto.
- Documentare i piani di dimissione/trasferimento.
- Programmare e prenotare gli appuntamenti di controllo e follow-up.
- Decisioni riguardanti l'idoneità per le dimissioni/trasferimento.
- Organizzare il trasferimento/dimissioni.

Specifici accordi/protocolli congiunti per:

- Corsie preferenziali per pacchetti di assistenza domiciliare avanzata a breve termine.
- Pazienti che rifiutano di lasciare l'ospedale.
- Sistemazione in casa di cura.
- Accesso fuori orario al settore privato.
- Valutazione dei bisogni del caregiver.
- Evitare le dimissioni premature.
- Clienti esterni provenienti da autorità locali confinanti.
- Assistenza continua da parte del SSN.
- Direzioni di scelta.
- Dimissioni non programmate e dimissioni contro il parere medico.
- Persone senza casa.
- Collegamenti con i servizi di igiene mentale e per le disabilità intellettive.
- Utilizzo di interpreti, traduttori, servizi di counseling e collegamento per i pazienti e servizi di patronato.

3.5 Tappe dell'azione

I manager esperti delle unità di assistenza primaria, delle strutture per acuzie e le autorità locali responsabili dei servizi sociali devono concordare:

- chi condurrà la revisione congiunta delle politiche di dimissione e delle pratiche di scambio di informazioni tra le organizzazioni;
- un calendario ed i termini di riferimento per la revisione;

- di fornire feedback al Gruppo Locale per la Programmazione delle Capacità sui risultati e sulle pressioni all'interno del sistema relativamente alle capacità;
- un piano d'azione per indirizzare i risultati;
- i passi immediati per migliorare l'utilizzo e l'accesso alle informazioni tra le agenzie.

3.6 Esempio pratico

Per rivedere le politiche e la pratica, gli staff dei servizi sanitari e sociali hanno sviluppato uno strumento di autovalutazione della programmazione delle dimissioni. È nato dal lavoro condotto dall'Ufficio Regionale del sud-est e dall'Ispettorato per i Servizi sociali. È fornito nell'Allegato 3.4.

3.7 Riferimenti

1. Audit Commission (2002). *Integrating services for older people*. London: The Stationery Office.
2. Audit Commission (2000). *The way to go home*. Oxford: Audit Commission.
3. NHS Modernisation Agency (2002). *Improvement leaders guide: process mapping, analysis and redesign*. www.modern.nhs.uk/improvementguides

Appendice 3.1

Supportare il sistema

A3.1.1 Perché è importante

L'esperienza ha dimostrato che la collaborazione nel lavoro produce l'ambiente migliore per creare e condividere idee che serviranno a migliorare i servizi ai pazienti ed ai loro caregiver. L'approccio collaborativo deve comprendere la progettazione dei servizi, la loro erogazione e la delega ai professionisti di lavorare in modi diversi e sperimentare nuovi modelli assistenziali. Ciò significa che ognuno si impegna ad identificare e contribuire a metodi finalizzati a facilitare il viaggio del paziente attraverso i servizi assistenziali. Tutte le parti sono considerate uguali ed il settore privato riveste un ruolo chiave.

Le aree fondamentali che sostengono un lavoro in partnership efficace sono:

- Leadership a tutti i livelli del sistema
- Vision condivisa e fiducia tra i diversi partner
- Comunicazione attraverso il sistema ed all'interno delle singole organizzazioni
- Approccio condiviso al monitoraggio ed alla revisione dei servizi
- Una cultura che promuova la pratica riflessiva, lo sviluppo dei servizi e la pratica innovativa
- Accordi chiari circa la condivisione e la gestione del rischio finanziario
- Lavoro e formazione multidisciplinari

Se non si affrontano queste tematiche, aumentano le probabilità di:

- Insoddisfazione da parte di pazienti, caregiver e personale riguardo l'assistenza ricevuta.
- Personale insoddisfatto dell'assistenza erogata.
- Cultura del biasimo all'interno e tra le agenzie.
- Riprogettazione e sviluppo dei servizi limitati.
- Aumento dei problemi di capacità.
- Aumento di intoppi nel sistema.
- Marginalizzazione e stigmatizzazione di certi gruppi di pazienti.
- Mancanza e/o duplicazione dei servizi.
- Rischio che le persone si "perdano" nel sistema.

- Incomprensioni tra pazienti e personale, caregiver e personale e tra il personale di settori diversi del sistema.
- Ritardi nel trasferire le informazioni tra i servizi quando il paziente viene spostato, nell'attivare i servizi di comunità a sostegno delle dimissioni, nell'ottenere gli ausili e le necessarie modifiche strutturali alla casa.
- Uno staff che non comprende le politiche, la pratica e le procedure locali e di conseguenza fornisce ai pazienti informazioni incoerenti, causa ritardi non necessari e spreca gli sforzi.
- Un approccio alle dimissioni reattivo e non proattivo.

A3.1.2 Leadership

A tutti i livelli si richiede una leadership manageriale e clinica forte – attraverso l'intera gamma di servizi , a livello organizzativo individuale, a livello di team multidisciplinare e nei singoli dipartimenti.

A livello di Capo Esecutivo e di Direzione, la leadership è richiesta per fornire: una vision condivisa, un impegno condiviso per far funzionare il sistema; accordo sulle priorità; sviluppo di politiche e protocolli condivisi; tutta la gestione finanziaria. La vision strategica deve dimostrare un approccio a tutto sistema alle capacità e richiedere il management. Con una leadership esperta forte è più facile gestire le tensioni che di quando in quando si creano. Queste possono essere interne, tra organizzazioni e con pazienti e caregiver che ritengono di non aver ottenuto i servizi dovuti.

A livello senior/intermedio, per esempio di manager di reparto, moderno caposala, manager di day service, capo-dipartimento, è essenziale che i manager comprendano la loro parte in:

- Sviluppare politiche e pratiche basate sul pensiero corrente.
- Mettere in pratica la politica e misurare l'impatto del cambiamento.
- Garantire che lo staff comprenda il ruolo chiave che gioca nel processo di dimissione.
- Fornire allo staff gli strumenti e le tecniche per rivedere le performance e trovare soluzioni.
- Garantire che lo staff consideri sia i pazienti che i caregiver partner paritari nella progettazione e nel processo di erogazione dell'assistenza.
- Facilitare il team working multidisciplinare.
- Creare un ambiente che incoraggi lo staff a prendere decisioni, a sentirsi parte valida del sistema ed a erogare un servizio efficiente.

Devono inoltre esserci accordi tra il settore pubblico e quello indipendente.

A3.1.3 Comunicazione

Una buona comunicazione è prerequisito di qualsiasi viaggio ben coordinato del paziente dal ricovero alle dimissioni. Il personale coinvolto nella programmazione delle dimissioni/trasferimento spesso lavora sotto il peso di pressioni e priorità contrastanti di organizzazioni, professionisti, pazienti, caregiver e parenti.

E' indispensabile che vi sia comunicazione a tutti i livelli di un sistema se deve esserci un efficace lavoro di partnership tra le organizzazioni, all'interno di ciascuna organizzazione, tra staff e pazienti e tra caregiver ed assistiti. Tutto ciò va anche esteso alla comunicazione con il pubblico in generale riguardo i progetti dei servizi, le priorità, le pressioni, le vie d'accesso, i ruoli e le responsabilità delle diverse organizzazioni.

Le più comuni fonti di tensione tra professionisti ed agenzie sono:

- Pregiudizi
- Ideologie differenti riguardo l'assistenza sanitaria, sociale e la casa.
- Mancanza di impegno verso i pazienti ed i caregiver.
- Duplicazione e sovrapposizione delle valutazioni.
- Velocità della valutazione.
- Scarsa qualità e documentazione inconsistente.
- Il bisogno di proseguire tra professionisti ed agenzie.
- Informazioni scarse/nulle sul paziente fornite al settore indipendente al momento delle dimissioni.
- Mancanza di impegno con il settore indipendente.
- Incapacità di accedere alle informazioni riguardanti il piano di dimissione e da parte del personale di comunità dopo le dimissioni.

I servizi efficienti beneficiano di una strategia di comunicazione concordata che viene applicata coerentemente attraverso tutto il sistema. Questa va adattata ai bisogni dei vari partner. Deve affermare chiaramente la vision del servizio, i ruoli e le responsabilità di tutti i partner ed i mezzi attraverso cui si risponderà ai commenti sui servizi. A seguire, alcune strategie di comunicazione.

Chi	Cosa	Come
Tra organizzazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilità di risorse per fornire servizi. • Tensioni nel soddisfare le priorità nazionali e locali. • Interfaccia con le organizzazioni sindacali • Responsabilità manageriali a livello di commissionamento e gestione del servizio • Informazioni dettagliate sui ritardi nei trasferimenti dell'assistenza da parte delle autorità locali di reparto, indagini del medico di base per comprenderne i motivi e le possibili azioni. 	<ul style="list-style-type: none"> • Struttura di incontro concordata, basata sulle responsabilità
Con i pazienti	<ul style="list-style-type: none"> • Cosa possono aspettarsi dei servizi - riguardo la loro condizione medica, la prognosi & i bisogni, il percorso essenziale, la durata della permanenza, i piani di riabilitazione. • Loro aspettative. • Scelta del protocollo. • Come reclamare 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussioni tra l'operatore chiave ed il paziente. • Volantini. • Video
Con i caregiver	<ul style="list-style-type: none"> • Cosa possono aspettarsi dei servizi. • Loro aspettative. • Come accedere alla valutazione del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussioni tra l'operatore chiave ed il paziente. • Volantini. • Video • Informazioni nei luoghi pubblici - biblioteche, centri sanitari, scuole.
Con lo staff	<ul style="list-style-type: none"> • Piani dei servizi. • Priorità. • Vision locale dei servizi. • Obiettivi dei servizi. • Monitorare le soluzioni & riportare. • Opportunità di formazione & sviluppo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Briefing di gruppo. • Incontri con il personale di prima linea per conoscerne le idee riguardanti il miglioramento del servizio e riuscire a leggere oltre i dati di performance. • Informazione sulle buste paga. • Incontri con i manager. • Intranet
Con il pubblico	<ul style="list-style-type: none"> • Piani dei servizi locali. • Come accedere ai servizi. • Eventuali costi dei servizi 	<ul style="list-style-type: none"> • Prospetto dei fondi per l'assistenza primaria • Direzione locale dei servizi • Rapporti annuali.

A3.1.4 Addestramento inter-agenzie per migliorare il processo di dimissione

Il team working multidisciplinare è diventato uno dei processi chiave attraverso cui erogare assistenza sanitaria e sociale. Il principio organizzativo è funzionale, ossia i singoli dipartimenti reclutano, gestiscono ed allocano le proprie risorse. Il team multidisciplinare lavora assieme a livello clinico e si consulta riguardo la gestione dei pazienti ma solitamente rimane managerialmente allineato con il dipartimento "madre". I confini professionali possono essere molto forti in molti team multidisciplinari, cosa che può creare conflitti, spesso per sovrapposizione dei ruoli. Tutto ciò, naturalmente, fa perdere tempo e costa dispendio inutile di energie che potrebbero essere più utilmente applicate ad un'assistenza al paziente incentrata sulla persona e senza intoppi.

La vision del PSN, così come descritta dal team per la Modernizzazione, per le professioni ed, in senso lato, per la forza lavoro del SSN, è nello spirito del lavoro interdisciplinare e transdisciplinare. Il personale e le risorse del team interdisciplinare sono organizzate attorno ad un gruppo particolare di utenti del servizio¹. Un unico capo clinico gestisce il servizio e lo staff può mantenere collegamenti con la propria disciplina per lo sviluppo professionale continuo e gli standard professionali. In questo modo la collaborazione copre un più ampio spettro rispetto al team multidisciplinare e la mescolanza di alcuni ruoli consente la necessaria flessibilità per rispondere alle richieste, soprattutto se supportata da un addestramento trasversale tra le discipline. I team transdisciplinari portano il lavoro interdisciplinare un passo oltre per evitare duplicazioni - soprattutto per quanto riguarda la valutazione - e per garantire che gli individui ricevessero informazioni e trattamenti coerenti, con i bisogni dell'utente al centro degli interventi.

I team multidisciplinari del SSN oggi comprendono anche personale dell'ambito sociale, solitamente assistenti sociali. Le sfide per coloro che lavorano nei team sono aumentate. Non esiste il modello migliore team working. Lo scopo del servizio deve essere quello di prendere decisioni informate su che tipo di team sia meglio. Tuttavia, lo spirito del processo unico di valutazione e dell'assistenza incentrata sulla persona del *National service framework for older people* sembrerebbe favorire il lavoro interdisciplinare e transdisciplinare. Ciò significa che oltre alla formazione individuale o specifica per la professione legata ai programmi di sviluppo professionale continuo, si deve prestare attenzione alla costruzione di team ed al team working. Ciò è essenziale per:

- Consegnare piani di servizio.
- La chiarezza nei ruoli e nelle responsabilità dei componenti il team.
- L'accordo sulla leadership all'interno del team.
- Comprendere le altre organizzazioni, professioni e servizi.
- Fare il miglior uso delle risorse e consentire al personale altamente qualificato di concentrarsi sulle proprie aree di expertise e su ciò che sanno fare meglio.
- Erogare un servizio congiunto tra parti diverse del SSN e tra autorità locali e settore indipendente.
- Un approccio coerente agli individui, ad esempio approcci riabilitativi costruiti nell'ambito dell'assistenza sulle ventiquattr'ore e non in isolamento.

A3.1.5 Tappe dell'azione

Per le unità di assistenza primaria ed i committenti di assistenza sociale:

- Farsi guidare dall'esempio nel supportare il lavoro inter-agenzia, lo sviluppo ed il sostenimento di una cultura che promuova l'innovazione, riveda e sviluppi la pratica a seconda dei bisogni.
- Concordare e rendere chiare le responsabilità riguardanti i rischi finanziari e le priorità locali.
- Concordare un quadro di valutazione dei rischi coadiuvare le decisioni riguardanti le opzioni di cura.
- Concordare una strategia congiunta per la formazione che coinvolga e sostenga il settore indipendente.
- Concordare come vanno definite, monitorate e riviste le dimissioni posticipate e le soluzioni da ricercare nel contesto del monitoraggio globale delle performance.
- Supportare lo sviluppo di protocolli per la condivisione delle informazioni tra servizi pubblici di assistenza sanitaria e servizi di assistenza sociale.
- Tenere conto delle capacità offerte dal settore indipendente nell'offrire soluzioni rapide ai problemi.

Per i manager di entrambi i settori:

- Concordare come costruire team interdisciplinari negli ospedali al fine di garantire la continuità di uno staff a livello di reparto.
- Offrire allo staff occasioni di formazione di gruppo in modo che ciascuno comprenda il ruolo e le responsabilità altrui e lavorare con le organizzazioni sindacali per fornire adeguato addestramento multi-agenzia e multi-disciplina.
- Tenere incontri di gruppo regolari per rivedere e focalizzare la complessità delle dimissioni/trasferimenti dei e le possibili opzioni di cura.
- Concordare un quadro di riferimento per la revisione delle performance del team e garantire che questo comprenda il lavoro specifico di seguire i pazienti attraverso il sistema. Fornire feedback affinché i professionisti possano rivedere le performance personali.
- Sviluppare ed applicare protocolli per le dimissioni non mediche.
- Laddove i team non lavorino in modo efficiente, fornire supporti esterni per studiare il problema e concordare metodi di lavoro migliori.

A3.1.6 Esempi pratici

L'Agenzia per la Modernizzazione ha prodotto il programma "Guide dei Leader per il miglioramento" per sostenere i manager e lo staff nella promozione delle performance. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito: www.modern.nhs.uk/improvementguides.

A3.1.7 Riferimenti

1. Kumar, S. (2000). *Multidisciplinary approach to rehabilitation*. London: Butterworth-Heinemann

Appendice 3.2

Trasporti

A3.2.1 Elementi chiave

Per utilizzare efficacemente le risorse ospedaliere, è fondamentale che i pazienti rispettino gli appuntamenti. Per questo, quindi, si deve prestare attenzione ai pazienti che necessitano di trasporto, sia per un ricovero di emergenza che per una dimissione programmata o per un trasferimento verso un'altra struttura o una visita ambulatoriale. In linea di massima il servizio di ambulanza locale e l'ospedale pubblico forniranno i *trasporti di emergenza*, ma particolare attenzione va prestata all'utilizzo di trasporti in proprio di pazienti, amici e parenti, taxi ed organizzazioni di volontariato.

Si raccomanda revisione delle attuali pratiche dei servizi di trasporto per i pazienti, sociali e di comunità, basato sulle iniziative iniziate nel PSN e che segua i consigli della Commissione Audit e della Unità per l'Esclusione Sociale. Esistono anche iniziative per la prenotazione elettronica sia per i bisogni clinici e di trasporto, allineati con l'approccio generale di scelta del paziente.

Le unità di assistenza primaria sono responsabili dell'organizzazione dei trasporti all'interno della loro area geografica. Congiuntamente alle proprie strutture locali per acuzie ed al servizio ambulanze, devono tener conto di:

- Coprire le emergenze nella propria area geografica ed ampliare i servizi per rispondere ai bisogni di pazienti che scelgono di spostarsi verso altri centri sanitari.
- Coprire le non-emergenze nella propria area geografica ed ampliare i servizi per rispondere ai bisogni di pazienti che scelgono di spostarsi verso altri centri sanitari.
- Lavorare congiuntamente con i servizi per acuzie, di comunità e di ambulanza per sviluppare strategie finalizzate a massimizzare l'utilizzo efficace delle risorse di trasporto al fine di:
 - ridurre i viaggi inutili;
 - ridurre tempi di viaggio;
 - ridurre le dimissioni posticipate;
 - ordinare i viaggi in entrata ed in uscita;
 - sincronizzare le dimissioni/trasferimenti con altri viaggi fuori;
 - utilizzare efficacemente i salotti per i ricoveri/dimissione;
 - fornire supporto tempestivo per le visite di valutazione domiciliare;
 - coordinare efficacemente gli appuntamenti esterni secondo una pianificazione geografica;

- fornire appuntamenti in orari specifici a quei pazienti esterni che necessitano di essere trasportati;
- ridurre i tempi d'attesa inutili degli equipaggi delle ambulanze, che imitano la loro capacità di rispondere ad altre aree di bisogno;
- fare in modo che trasporti diventino parte integrante del percorso assistenziale;
- assicurarsi che le unità riceventi siano pronte ad accettare i pazienti.

A3.2.25 Tappe dell'azione

Per le unità di assistenza primaria:

- condurre una revisione degli attuali arrangiamenti per i trasporti con il servizio locale di ambulanze e con l'ospedale pubblico per verificare se i contratti in essere rispondono ai bisogni presenti e futuri;
- lavorare con i fornitori di servizi per sviluppare una politica locale per fare in modo che i riferimenti fuori zona rispondano agli obiettivi di accesso e soddisfino le esigenze di quei pazienti che necessitano di essere trasportati per raggiungere centri di trattamento distanti, scelti da loro;
- rivedere i criteri di idoneità dei pazienti esterni per l'utilizzo di un'ambulanza per recarsi agli appuntamenti.

Per i manager delle strutture per acuzie:

- lavorare con i colleghi delle unità di assistenza primaria e del servizio ambulanze locale per identificare dei salotti per il ricovero/le dimissioni;
- rivedere, con il servizio di ambulanze locale, l'utilizzo dei salotti per le dimissioni - dove esistono - e la sua efficacia;
- rivedere il calendario di prenotazioni per i pazienti esterni che richiedono trasporto e fare in modo che il servizio locale di ambulanze supporti le unità di day hospital e di day surgery all'inizio ed al termine della giornata, prima del trasporto dei pazienti esterni;
- lavorare con i colleghi del servizio ambulanze locale per rivedere i sistemi elettronici integrati di informazioni al paziente e prenotazione dei trasporti;
- rivedere l'utilizzo delle stanze per il ricovero/dimissioni allo scopo di rendere disponibili prima i letti e ridurre i tempi di attesa del servizio ambulanze per i ricoveri e le dimissioni.

Per i manager del territorio:

- tener conto della dimensione geografica nel pianificare gli appuntamenti dei pazienti esterni;
- coordinare i viaggi esterni con i trasferimenti/dimissioni.

Per le unità di assistenza primaria, i servizi di ambulanza locali ed i servizi sociali:

- considerare l'opportunità di condividere le risorse ed avere un coordinamento centrale.

Per i manager dei servizi ambulanza:

- rivedere la fattibilità e le implicazioni del personale di ambulanza che fornisce informazioni a quello ospedaliero riguardanti l'ambiente del paziente, elemento che può avere un impatto sulla programmazione delle dimissioni.

A3.2.2 Esempi di buona pratica

- Creare una stanza per il ricovero/dimissioni facilmente accessibile dai veicoli.
- Accordo tra il personale clinico e quello del servizio locale di ambulanze per una semplice checklist da compilare prima di prenotare il trasporto.
- Accordi con i medici di base e quelli ospedalieri riguardo al fatto che i bisogni di trasporto del paziente vengano riverificati con regolarità man mano che questi migliora e la sua mobilità aumenta.
- Il personale infermieristico trascorrere del tempo presso il servizio locale di ambulanze come parte del suo inserimento nella comprensione delle procedure operative.
- All'interno di ogni ospedale per acuzie esiste un ufficio per i trasporti gestito dal servizio locale di ambulanze che coordina le richieste di trasporto dei pazienti.

Appendice 3.3

Strumento di auto-verifica della pianificazione delle dimissioni

Tema	Domande	Auto-verifica
Leadership e progettazione	<p>Esiste un gruppo di progettazione di livello superiore e vi sono coinvolti tutti gli stakeholder chiave.</p> <p>Il gruppo è proattivo riguardo il miglioramento della gestione delle dimissioni.</p> <p>La leadership è sufficientemente esperta e con chiare responsabilità.</p> <p>È riconosciuto che la programmazione delle dimissioni è una responsabilità congiunta</p> <p>Il gruppo monitora e valuta il processo di programmazione delle dimissioni.</p> <p>Esiste un tetto massimo per il numero di dimissioni posticipate.</p> <p>Per sviluppare l'integrazione e ridurre le limitazioni legate ai confini, si tengono in considerazione le flessibilità dell'Atto per la Salute.</p>	
Politica delle dimissioni	<p>Esiste una politica delle dimissioni.</p> <p>È stata concordata da tutti gli stakeholder.</p> <p>L'implementazione della politica e dei protocolli per le dimissioni sono oggetto di audit.</p> <p>Esiste un protocollo congiunto approvato sull'identificazione dei bisogni del caregiver.</p> <p>Definisce spazi temporali per ciascuno stadio del processo.</p> <p>La politica (o le procedure di accompagnamento) comprende la guida pratica.</p> <p>Per evitare ritardi o duplicazioni, i criteri per i trasferimenti ed i bisogni di assistenza continua sono stati concordati congiuntamente.</p> <p>Sono in atto protocolli per gestire le controversie riguardanti le dimissioni (es. auto-dimissioni, scelta del paziente, paziente che rifiuta di essere dimesso) .</p> <p>Esiste un'interpretazione concordata della <i>scelta del paziente</i> in termini di sistemazione e assistenza a lungo termine e questa è stata documentata e fornita a personale e pazienti.</p> <p>Esistono protocolli per gestire gruppi differenti di pazienti, ad esempio: salute mentale, bambini, varie destinazioni alle dimissioni, dimissioni rapide.</p>	

Tema	Domande	Auto-verifica	
Comunicazione e coordinamento	È insediato un coordinatore dell'assistenza (o equivalente) a livello di reparto. In caso affermativo, suo ruolo è chiaro agli stakeholder ed al personale operativo.		
	Esiste un approccio di team integrato per la programmazione delle dimissioni		
	Come vengono coordinate le diverse funzioni, ad esempio: verifica, gestione dei letti, formazione e facilitazione delle dimissioni.		
	Come vengono coordinati i collegamenti con i servizi di assistenza intermedia.		
	Il supporto per la programmazione delle dimissioni è disponibile sette giorni su sette e con orario prolungato.		
	La agenzie, discipline ed ambiti esiste un chiaro meccanismo di comunicazione che funziona.		
	È stata prodotta e pubblicizzata una checklist per le dimissioni (vedere Appendice 5.2).		
	Sono disponibili informazioni per pazienti e caregiver riguardo gli arrangiamenti per le dimissioni ed i trasferimenti e le aspettative.		
	A supporto della comunicazione del monitoraggio sono disponibili adeguate tecnologie.		
	Come vengono monitorate e registrate l'accuratezza e la coerenza della comunicazione verbale, in particolare con i pazienti ed i caregiver.		
	I servizi di comunità vengono contattati entro le ventiquattr'ore dal ricovero per informarli e ricevere informazioni sulle condizioni pre-ricovero.		
	Un coordinatore di reparto è responsabile del coordinamento e del monitoraggio delle dimissioni.		
	Esiste un sistema concordato per la condivisione di informazioni tra i servizi sanitari e sociali.		
	Valutazione	La programmazione delle dimissioni inizia al momento del ricovero (o prima, se possibile).	
		La data provvisoria delle dimissioni viene stabilita entro ventiquattr'ore dal ricovero e costantemente aggiornata (quotidianamente).	
È attivo/in fase di attuazione un singolo processo di valutazione (SAP) accreditato.			
Il SAP prevede anche la valutazione del rischio.			
La valutazione considera i requisiti di salute mentale.			
La valutazione comprende le molle che fanno scattare il riferimento ad altre discipline o agenzie.			
È disponibile un accesso tempestivo ai servizi di supporto, ad esempio: diagnostica, consulenza o farmacia.			
Esistono target concordati sui tempi di esecuzione della valutazione.			
Quando un paziente viene trasferito, la data presunta di dimissione rimane invariata.			
Prima di decidere per l'assistenza lungo termine vengono valutate a fondo tutte le opportunità di riabilitazione.			

Tema	Domande	Auto-verifica
Documentazione	Le informazioni fondamentali sul paziente vengono registrate una sola volta.	
	Esistono cartelle unificate.	
	Al momento delle dimissioni ai pazienti viene consegnata una copia del piano di cura.	
	Entro ventiquattr'ore viene inviata al medico di base la lettera di dimissione.	
	Per le situazioni chiave sono in essere percorsi esistenziali integrati.	
	I dati raccolti riguardanti i trasferimenti ritardati sono curati, basati sulle definizioni nazionali ed utilizzati per valutare il processo e mirare le risorse.	
	Viene fatto un utilizzo efficiente dei dati dei rapporti istituzionali e dei CIC, compresi i trasferimenti posticipati e le motivazioni dei ritardi.	
Raccolta dati	Viene concordato il perché una dimissione viene posticipata	
	Tendenze e le variazioni della domanda vengono identificate e collegate alla programmazione dei servizi.	
	Il processo di dimissione è sottoposto ad audit per quanto riguarda le aspettative ed i risultati.	
	Le percentuali riguardanti la durata della permanenza in ospedale e le riammissioni vengono monitorate.	
Dimissioni	A supporto dei trasferimenti e delle dimissioni rapide esistono arrangiamenti speciali.	
	Esiste un meccanismo atto a garantire la gestione di quanto segue per evitare ritardi: equipaggiamento, informazioni al paziente, farmaci, lettera di dimissioni, attivazione o riattivazione dei servizi di comunità, preparazione della casa, insediamento - se necessario - trasporto, avviso al caregiver, accordi per il follow-up (compreso il nominativo di riferimento in caso di difficoltà).	
	Lo staff a disposizione informazioni e supporto, ad esempio attraverso il coordinatore, il manuale per le dimissioni e/o il percorso di dimissione.	
	È disponibile un salotto per le dimissioni (o equivalente) ed è utilizzato efficacemente da tutti gli uffici.	
	I giri del reparto avvengono nei momenti e con una frequenza utili a supportare le dimissioni.	
	Per evitare ritardi nelle dimissioni sono in essere protocolli per la consegna delle medicazioni/farmaci.	
	Per tutto il personale coinvolto nella programmazione delle dimissioni sono disponibili opportunità di formazione ed addestramento.	
Formazione addestramento	Le sessioni di addestramento vengono ripetute con cadenza semestrale.	

Fonte: adattato dal lavoro svolto dall'Ufficio Regionale del sud ovest e dall'Ispettorato dei Servizi Sociali

4. Coinvolgere pazienti e caregiver

Il *principio chiave* che sta alla base di questo aspetto delle dimissioni efficaci e del trasferimento dell'assistenza è:

- l'impegno e la partecipazione attiva dei pazienti e dei loro caregiver come partner paritari è fondamentale per l'assistenza e per la pianificazione di dimissioni efficaci.

4.1. Panoramica sul tema

Il concetto di *assistenza centrata sulla persona* è il cuore della riforma del SSN e dell'assistenza sociale.¹ Come descritto in *National service frame work for older people*, lo scopo è di "garantire che gli anziani siano trattati come individui e che ricevano pacchetti di cure adeguati e tempestivi rispondano ai loro bisogni come individui, indipendentemente dai confini sociali e sanitari".²

Stabilire un concetto chiaro e condiviso dell'assistenza incentrato sulla persona non è semplice. Come ha indicato la ricerca più recente, per molti professionisti della salute l'assistenza incentrata sul paziente si focalizza in maniera predominante sulla pratica professionale e sul mantenere il paziente informato.³

L'approccio incentrato sul paziente deve anche riconoscere l'importante contributo apportato dai caregiver. La politica statale ha elevato il profilo Baker, riconoscendo loro diritti alla valutazione ed ai servizi. Importante ricordare che anche giovani possono essere dei caregiver e che deve essere loro offerta una prospettiva di carriera se hanno meno di 16 anni, mentre gli adulti ricevono una valutazione di assistenza di comunità. Questi diritti vengono descritti nella Sezione 2.

Le organizzazioni di caregiver, tuttavia, continuano ad esprimere la preoccupazione che le tematiche riguardanti questa figura vengono spesso marginalizzate, con i pazienti rimandati a casa troppo presto ed i loro assistenti alle prese con situazioni assistenziali inaccettabili.⁴ Una recente indagine condotta da Carers UK ha trovato che il 43% dei caregiver ritiene di non aver ricevuto un supporto adeguato quando il paziente è tornato a casa.⁵

Indagini sulle esperienze di pazienti e caregiver hanno identificato chiaramente i fattori che hanno causato ritardi nell'accesso servizi e, di conseguenza, impedito di procedere attraverso il sistema.⁶ Hanno denunciato sensazioni di "doversi adattare" e di "sentirsi ansiosi, insignificanti ed impotenti". Al contrario, buone relazioni consentivano ai pazienti ed ai caregiver di esprimere il proprio punto di vista e sentirsi coinvolti. Hanno segnalato il bisogno di ottenere informazioni esaustive, presentate in modo schietto e simpatico. Questo li aiutava a prendere confidenza con il sistema ed a "sentire di avere un certo livello di controllo su ciò che stava accadendo".

Lo sviluppo dell'assistenza incentrata sul paziente richiede la trasformazione della relazione professionista/paziente e caregiver in modo che questi ultimi siano pienamente coinvolti come partner a tutti i livelli della progettazione delle dimissioni. Assistenza incentrata sul paziente deve essere molto più che il semplice mantenere il paziente informato ed aggiornato sulle decisioni riguardanti le sue cure, come spettatore passivo nel processo.

Il potere ed il controllo esibiti da molte professioni devono trasformarsi da predominio professionale a condivisione. I professionisti portano l'esperienza professionale e tecnica, i pazienti di caregiver la loro esperienza individuale, le capacità e le aspirazioni (Figura 4.1).

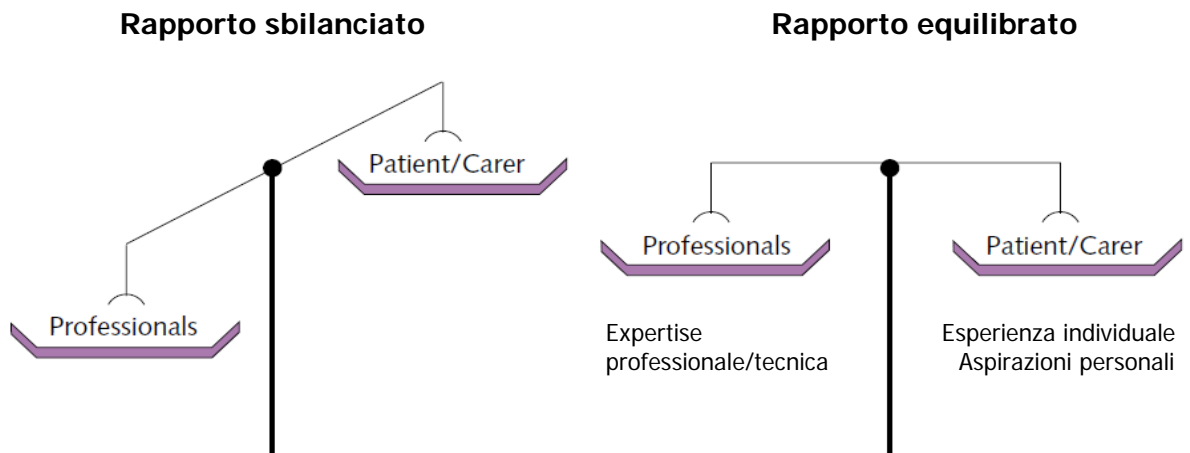


Figura 4.1. Potere e controllo

4.2 Elementi chiave per un coinvolgimento di successo

Buone capacità di comunicazione sono componenti fondamentali di un approccio incentrato sul paziente. Per mettere lo staff in condizione di gestire la condivisione del potere sono richiesti l'addestramento attivo e strategie di sviluppo.⁷ Molti schemi innovativi coinvolgono pazienti e caregiver in programmi di formazione teorica e pratica ed utilizzano le loro esperienze con effetti positivi.

Può essere utile fornire informazioni/dossier sulle dimissioni ai pazienti. Essi, con i rispettivi caregiver, possono avere registrazioni personali degli eventi e dei programmi futuri e questo consentirebbe loro di assimilare le informazioni secondo il loro ritmo, fare domande ed esprimere le preoccupazioni. Bisogna prestare attenzione che i pazienti con difficoltà di comunicazione, ad esempio dopo un ictus, vengano coinvolti il più possibile nella programmazione della loro assistenza.

Anche la valutazione pre-ricovero serve al progetto del paziente e del caregiver per la permanenza in ospedale e per comprendere cosa aspettarsi e come prepararsi al ritorno a casa. Esistono molti buoni esempi in cui per i ricoveri programmati funzionano efficaci processi pre-ricovero.

Per le persone che già ricevono pacchetti di supporto prima del ricovero esiste l'opportunità di anticipare e pianificare in anticipo le presumibili aree di problematicità. È particolarmente importante che il coordinatore dell'assistenza di comunità (o il contatto chiave, per le persone con problemi di apprendimento o di salute mentale) venga pienamente coinvolto in questo processo per aiutare il personale ospedaliero a rispondere ai bisogni specifici di questi individui ed a supportare di loro caregiver. Per i pazienti con disabilità intellettive, questo fa parte del loro piano d'azione sanitaria (maggiori dettagli su questo punto vengono forniti nell'Appendice 5.6). Questo approccio deve diventare pratica di routine.

Per i pazienti ricoverati in emergenza, è ovvio che la pianificazione pre-ricovero non può avvenire. Molte persone ricoverate in ospedale in questo modo possono sentirsi spaventate e disorientate. Il personale deve rendersene conto quando lavora con tutti pazienti ed i loro

caregiver. Tuttavia, può essere particolarmente importante riconoscere questo aspetto se, oltre ai problemi di salute fisica o a entrarci, sono presenti anche disabilità intellettive, malattie mentali e/o confusione. Il cambiare ambiente e la natura stessa degli ospedali per acuzie possono portare rapidamente alla perdita dell'indipendenza o, con una certa probabilità, a sviluppare comportamenti che causano distress agli altri pazienti. Il personale può spesso considerare tali comportamenti una sfida da affrontare.

In condizioni di stress, quali un ricovero d'emergenza, è ancora più importante riconoscere il ruolo del caregiver fin dall'inizio del processo al fine di garantire una buona gestione di tutti i passaggi.

Il processo del ricovero è il momento critico in cui spiegare al paziente ed a chi lo assiste cosa devono aspettarsi e come saranno coinvolti nelle decisioni, ricordano loro che sono gli esperti riguardo a come si sentono e cosa significa vivere con o prendersi cura di qualcuno con problemi o disabilità particolari. Qualsiasi forma di comunicazione deve e tener conto delle capacità dell'individuo di comprendere ed assorbire le informazioni. Queste ultime dovranno essere fornite con un linguaggio semplice ed in una serie di modalità adeguate. Tra queste dovranno esserci, per esempio, le lingue delle minoranze etniche, e le pubblicazioni a stampa con caratteri grandi, il Braille ed il linguaggio dei segni. Possono risultare adeguati anche altri format, quali le registrazioni su nastro magnetico, le videocassette o i CD-rom interattivi. Per alcuni pazienti sarà necessario coinvolgere un intermediario o un interprete che offrano ulteriore assistenza. Si dovranno compiere tutti gli sforzi necessari affinché i diversi operatori possano garantire la congruità e la continuità dell'informazione.⁸

A partire dal momento del ricovero, si deve nominare a livello di reparto un coordinatore dell'assistenza che garantisca il procedere regolare del processo di programmazione delle dimissioni. Il suo ruolo è meglio descritto nella Sezione 5.

L'Agenzia per la Modernizzazione ha sviluppato una "Guida per i leader dello sviluppo sul lavoro con i pazienti ed i caregiver" sul sito:

www.modern.nhs.uk/improvementguides/patients/shim.gif .

4.3 Valutare i bisogni

E' importante che fin dal principio i pazienti si sentano compresi e liberi di discutere ciò che percepiscono come preoccupazioni e timori reali. Chiedere ai pazienti come vogliono essere chiamati (e garantire che l'informazione passi), dimostra sensibilità e rispetto. Lo stesso vale quando si fa una valutazione e si chiede cosa sia significativo per loro. Questo è particolarmente importante per le persone anziane poiché lo staff spesso trascura il fatto che una persona anziana ha una ricca storia di vita ed è probabilmente terrorizzata dal timore che questo senso di appartenenza possa venire negato. Quando si trascurano questi importanti aspetti, i pazienti possono venire etichettati come "difficili" o "non collaboranti" quando si sentono in conflitto con le persone responsabili della loro assistenza.

L'introduzione del *processo di valutazione unico* per le persone anziane garantirà la copertura delle aree di valutazione adeguate. Capacità interpersonali ben sviluppate sono fondamentali se si vuole stabilire una relazione operatore-paziente basata sulla fiducia e sulla collaborazione.

Il personale deve comprendere che i pazienti ed i loro caregiver possono avere bisogni diversi l'uno dall'altro e che i secondi hanno diritto ad una valutazione separata. In situazioni in cui i pazienti sono mentalmente in grado di contribuire alla programmazione della propria assistenza, si deve chiedere loro il permesso per condividere le informazioni con il caregiver. Ci saranno invece situazioni in cui le capacità mentali del paziente non lo

consentiranno e quindi sarà il parente più prossimo ad assumere tale ruolo. Nell'Appendice 4.1 viene fornita la checklist per la valutazione del caregiver.

Tutti coloro che provvedono con regolarità ed impegno ad assistere una persona con bisogni di salute mentale secondo un approccio di programma assistenziale devono:

- sottoporsi ad una valutazione dei propri bisogni assistenziali, fisici e mentali, da ripetersi come minimo su base annuale;
- avere un proprio piano assistenziale scritto, consegnato ed implementato in accordo con loro.

Nel caso in cui il paziente rifiuti il permesso di coinvolgere il caregiver nelle decisioni riguardanti l'assistenza futura, l'interessato deve esserne informato e deve sapere di avere diritto ad una valutazione rinforzata. Possono esserci situazioni in cui i bisogni o il volere del caregiver sono in conflitto con le aspirazioni del paziente ed in questo caso il personale deve rivedere il piano assistenziale nel tentativo di trovare soluzioni realistiche per tutte le parti coinvolte. Una *case conference* multidisciplinare è uno dei modi di lavorare assieme per trovare una via d'uscita adatta.

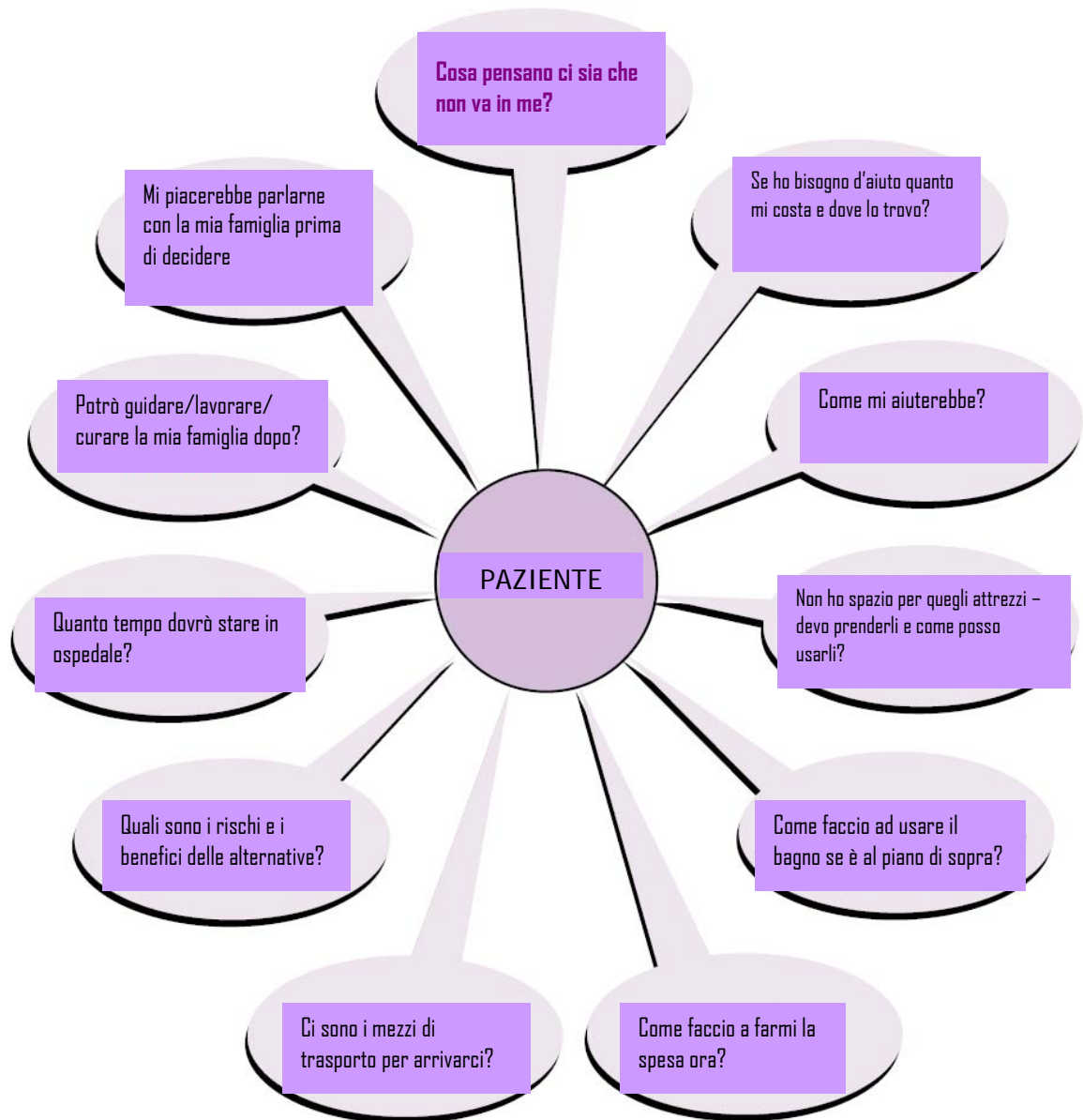
Con un supporto adeguato, i caregiver spesso si mostrano disponibili a farsi carico o a proseguire questo ruolo. Tuttavia, deve essere loro concesso il tempo per considerare le opzioni di una scelta che spesso cambia la vita. Può trattarsi di quanta e quale assistenza, dell'impatto sulla loro vita, dell'impegno e delle conseguenze economiche del ruolo. Bisogna essere attenti che al caregiver vengano date tutte le informazioni riguardanti le reti di supporto ed i servizi disponibili. I bisogni del caregiver devono essere continuamente rivisti per tenere conto sia delle loro necessità socio-sanitarie che del ruolo assistenziale di cui si sono fatti carico. Il processo di valutazione e revisione deve considerare il bisogno di brevi intervalli dall'assistenza. A tal proposito il garante deve fornire ulteriori risorse.

Le autorità sanitarie strategiche e le unità di salute primaria devono assicurarsi che siano disponibili adeguate informazioni per i pazienti, le loro famiglie ed i caregiver, riguardo le procedure per le dimissioni ospedaliere e la valutazione per l'assistenza socio-sanitaria continua, l'assistenza a carico del SSN o il supporto sociale per aiutarli a prendere tali decisioni.⁹ Se ne parla nella Sezione 7.

Programmando le dimissioni, bisogna per prima cosa prestare attenzione se i bisogni primari della persona sono di carattere sanitario e quindi se questa soddisfa i criteri locali per essere inserito nell'assistenza continua a completo carico del SSN.

Gli standard ed i diritti dei pazienti e dei caregiver per le dimissioni sono illustrati nell'Appendice 4.3. Sono stati adattati dal lavoro degli infermieri di collegamento per le dimissioni dell'unità sanitaria di York.

Figura 4.2. Alcune domande comuni



Le autorità sanitarie strategiche e le unità di salute primaria devono accertarsi che siano disponibili ai pazienti, alle loro famiglie ed ai caregiver informazioni adeguate circa le procedure di dimissione ospedaliera, la valutazione della necessità di assistenza socio-sanitaria continua, la disponibilità continua di supporto da parte del SSN per aiutarli nelle decisioni⁹. Di tutto ciò si tratta nella Sezione 7.

Programmando le dimissioni, bisogna per prima cosa prestare attenzione alla tipologia del bisogno individuale – sanitario o sociale – e quindi valutare se può essere preso completamente in carico dal SSN.

Gli standard per le dimissioni ed i diritti di pazienti e caregiver vengono trattati nell'Appendice 4.3. Sono stati adattati da un lavoro svolto dagli infermieri di collegamento di un Servizio Sanitario di York.

4.4 Tappe dell'azione

I responsabili della revisione delle politiche per le dimissioni devono tener conto di quanto segue:

- che lo staff abbia a disposizione le conoscenze, gli strumenti e le tecniche per rivedere l'esperienza assistenziale del paziente e del caregiver durante la permanenza in ospedale e per intraprendere azioni per risolvere i problemi;
- che con gli stakeholder vengono stabilite strategie di informazione/comunicazione per aiutare pazienti e caregiver durante il ricovero, il trasferimento dell'assistenza, le dimissioni. Pazienti e caregiver devono essere coinvolti nello sviluppo di tali strategie;
- che tutte le informazioni e le decisioni riguardanti il viaggio del paziente vengono registrate in un unico luogo, a livello di reparto, mentre questi è ricoverato;
- che ai caregiver vengono fornite le informazioni riguardanti i loro diritti e come trovare aiuto. "Carers UK" può fornire loro tali informazioni. Il loro sito Web è: www.carersonline.org.uk ed il numero telefonico per i consigli: 0808 808 7777. Anche il Princess Royal Trust può servire per fornire informazioni sui servizi locali di supporto. Sito Web: www.carersonline.org.uk o telefono 020 7480 7788;
- che per aiutare i caregiver a comprendere i loro diritti vengono distribuiti degli opuscoli. Due utili pubblicazioni sono *How do I get help in looking after someone* (pubblicato dal Dipartimento per la Salute) e *How do I get help* (pubblicato da Carers UK e disponibile gratuitamente per i singoli caregiver mentre sono a pagamento gli ordini multipli. Si possono ordinarne copie dal sito Web: www.carersonline.org.uk, nella sezione politiche e pubblicazioni). Carers UK organizza anche un programma di addestramento che vede i medici lavorare al fianco dei caregiver. Possono essere contattati al numero 020 7566 7632 o via e-mail: training@ukcarers.org;
- che nell'approccio al paziente e nella valutazione del caregiver venga fornita una formazione annuale; anche il lavoro con i pazienti ed i caregiver come partner paritari, dovrà essere incluso nei programmi di orientamento ed inserimento del personale neoassunto;
- che i bisogni di formazione dei caregiver siano identificati e che la programmazione delle risorse si faccia carico di soddisfarli;
- che vengano messe a disposizione aree di sosta breve il più possibile vicine al reparto in modo da consentire ai caregiver ed alle famiglie di prendere i pazienti;
- che vengano fornite informazioni sui programmi di trasporto gestiti dal volontariato.

4.5 Esempi pratici

4.5.1. Checklist del caregiver

L'elenco che segue fa parte di un'utile guida pratica per le dimissioni pubblicata da Carers UK. Le informazioni complete sono disponibili attraverso il loro sito Web:

www.carersonline.org.uk oppure via e-mail, all'indirizzo: info@ukcarers.org.

- Chiedere attivamente il permesso del paziente per condividere le informazioni con il caregiver.

- Fornire al caregiver informazioni riguardanti:
 - il piano di dimissioni (scritte e verbali);
 - le condizioni mediche del paziente;
 - i diritti del caregiver ad una valutazione;
 - cosa è probabile implichi l'assistenza;
 - i benefici;
 - gli aspetti economici dell'assistenza;
 - il costo dei servizi;
 - le altre fonti d'aiuto ed organizzazioni di supporto come i gruppi di auto aiuto;
 - l'accesso ad interpreti/conoscitori del linguaggio dei segni per garantire la comprensione e la comunicazione efficaci;
 - le decisioni difficili e le procedure di reclamo;
 - sufficienti notizie circa le dimissioni;
 - l'organizzazione dei trasporti;
 - il sostegno riguardo la permanenza o il ritorno al lavoro e/o a scuola.

- Informazioni sulle dimissioni:
 - fornire al paziente ed al caregiver un opuscolo/libretto, sul quale annotare le informazioni di rilievo, che possano portare a casa.

- Informazioni al paziente ed al caregiver:
 - acquistare e distribuire libri della serie *Books beyond word*. Questa serie è destinata alle persone che non sanno leggere ed è molto utile per chi non parla inglese. È pubblicata dal Royal College of Psychiatrists, Booksales, 17 Belgrave Square, London SW1X8PG. Tel. 0207 235 2351.

- Incontri con i parenti/caregiver:
 - tenere ambulatori serali o nel fine settimana dove i parenti ed i caregiver possano fissare appuntamenti o l'assistente sociale, i consulenti e il coordinatore dell'assistenza di reparto.

- Risolvere gli intoppi:
 - fornire a pazienti e caregiver l'accesso al supporto indipendente/informale in occasione di importanti incontri con i professionisti per aiutarli ad esprimere il loro punto di vista ed a comprendere appieno la situazione e le informazioni che vengono loro date.

- Addestramento:
 - ricorda i tecnici di farmacia per fornire consigli riguardanti i farmaci ed addestrare pazienti e caregiver. Ciò si è dimostrato utile a migliorare la compliance farmacologica (vedere Appendice 5.1).

- Equipaggiamento:
 - fornire dimostrazioni sul corretto utilizzo di ogni strumento prima delle dimissioni e garantire che esistano accordi di follow-up per controllare che gli strumenti forniti siano adeguati, vengano utilizzati in modo corretto e che pazienti e caregiver ricevano eventuale formazione aggiuntiva, se necessaria.

4.6 Riferimenti

1. Department of Health (2000). *Patient and public involvement in the new NHS*. London: The Stationery Office.
2. Department of Health (2001). *The national service framework for older people*. London: Department of Health.
3. Gillespie, R. (2001). *Engaging with patients*. London: King's Fund.
4. Carers England (2002). *Hospital discharge practice briefing*. London: Carers UK.
5. Mather, J. *et al.* (2000). *Carers 2000*. London: Office of National Statistics.
6. Preston, C., Cheater, F., Baker, R. and Hearnshaw, H. (1999). Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Quality in Health Care* **8**: 16–21.
7. Audit Commission (2002). *Integrated services for older people*. London: The Stationery Office.
8. Department of Health (2000). *Patient and public involvement in the new NHS*. London: Department of Health.
9. Department of Health (2001). *Continuing care: NHS and local councils responsibilities* (HSC2001/015:LAC(2001)18). London: Department of Health.

Appendice 4.1

Checklist per la valutazione del caregiver

Segue i moduli della *Practitioner guide to carers assessment*, pubblicata con la guida per i caregiver e l'Atto per i Bambini Disabili nel 2000.

Non tutti i moduli saranno adeguati per tutti i caregiver. Tuttavia, si suggerisce che i punti contrassegnati con * vengano sempre affrontati con il caregiver (basandoci sul lavoro condotto dal Consiglio della Contea di Hertfordshire e dal fondo del SSN per l' Hertfordshire):

- * 1. Ruolo del caregiver.
- * 2. Pause e vita sociale.
- * 3. Benessere fisico e mentale.
 4. Relazioni e benessere mentale.
 5. Cura della/e casa/e.
 6. Sistemazione.
- * 7. Aspetti economici.
 - * 8. Lavoro (se il caregiver è in età lavorativa).
 9. Formazione e addestramento.
 10. Attuale supporto pratico ed emotivo.
 11. Responsabilità più ampie.
 12. Ruolo assistenziale futuro.
- * 13. Emergenze/sistemazioni alternative.
 14. Accesso alle informazioni e patrocinio.
- * 15. Sicurezza personale e risk management.
- * 16. Risultati concordati.
 17. Reclami e sfide.
- * 18. Revisione.
 19. Ogni argomento riguardante la spesa.

Appendice 4.2

Valutazione del caregiver e piano assistenziale

Deve essere compilato dal valutatore e dal caregiver, possibilmente con l'aiuto di un operatore di sostegno o di un altro caregiver o di un professionista di salute mentale.

Il piano del caregiver deve descrivere i suoi bisogni, quali azioni realistiche ed accessibili si possono intraprendere e da parte di chi per fare qualcosa per soddisfare tali bisogni.

Bisogni identificati dalla caregiver	Azione	Da parte di chi e quando
<p>Il seguente elenco riassume le aree definite come:</p> <ul style="list-style-type: none">Compiti del caregiverCome ottenere aiuto e consigliInformazioni sugli operatori dell'assistenzaInformazioni sulla malattia mentaleCoinvolgimento nella programmazione del trattamento e delle cureSupporto ai caregiverRelazioni con la persona di cui ti prendi curaFamiglia ed amiciDenaroIl tuo benesserePregiudizi e discriminazioniRischi e sicurezzaScelte assistenzialiAltro		

Allegare una copia di questo schema alla valutazione del paziente ed ai moduli CPA se adeguato.

Appendice 4.3

Volantino per il paziente ed il caregiver

Standard del paziente e del caregiver per le dimissioni.

Il paziente che sta per essere dimesso dall'ospedale ha diritto:

1. Di essere pienamente informato circa la sua diagnosi e la valutazione dei bisogni socio sanitari in vista delle dimissioni.
2. Di essere pienamente coinvolto nella programmazione delle sue dimissioni, assieme ad un parente, un caregiver o un amico.
3. Che il piano di dimissione, quando possibile, si inizi al momento del ricovero o prima.
4. Di essere pienamente informato sui servizi rilevanti per la sua assistenza disponibili in comunità.
5. Di essere pienamente informato sull'assistenza infermieristica a breve o lungo termine e sull'assistenza residenziale, compresi i risvolti economici.
6. A ricevere un adeguato numero telefonico di contatto attraverso il quale poter ottenere aiuto o consigli sulle dimissioni.
7. A ricevere una lettera di dimissioni chiara e leggibile che dettagli (dove adeguato), i servizi di supporto forniti.
8. Ad informazioni complete sui criteri di selezione per l'assistenza continua.
9. Che il team di programmazione delle dimissioni sia disponibile come punto di contatto per offrire supporto e consigli a pazienti, caregiver, agenzie ufficiali e di volontariato.
10. Ad informazioni riguardanti il patronato.
11. Ad avere accesso alle procedure di reclamo riguardanti le dimissioni e ad ottenere risposta esaustiva ad ogni lamentela.
12. Se non ancora soddisfatto, avere accesso al committente del servizio sanitario.

Fonte: adattato dal lavoro degli infermieri di collegamento, Unità Sanitaria di York.

5. Coordinare il viaggio del paziente

I *principi chiave* che stanno alla base di questo aspetto delle dimissioni efficaci e della politica del trasferimento dell'assistenza sono:

- Le dimissioni sono un processo e non un evento isolato. Devono essere programmate il prima possibile tra le organizzazioni di assistenza primaria, l'ospedale e l'assistenza sociale, garantendo che i pazienti ed i loro assistenti comprendano e siano in grado di contribuire alle decisioni della programmazione secondo quanto appropriato.
- Il processo di programmazione delle dimissioni deve essere coordinato da una persona appositamente nominata, responsabile di coordinare tutte le tappe del progresso del paziente. Questo significa instaurare non appena possibile collegamenti in comunità con il coordinatore del caso precedente il ricovero e trasferirgli le responsabilità dopo le dimissioni.
- Il personale deve operare in un quadro di lavoro multidisciplinare e multi-agenzia per gestire tutti gli aspetti del processo di dimissione.

5.1 Panoramica sulle tematiche chiave

Il viaggio del paziente ha inizio nella comunità dove interventi proattivi precoci e misure preventive possono evitare a qualcuno il bisogno di ricoveri d'emergenza in ospedale. L'importanza di sviluppare le cure preventive e di supporto per le persone ritenute a rischio è ampiamente riconosciuta ed è un obiettivo chiave delle politiche dell'assistenza intermedia. La Commissione Audit, per esempio, ha identificato il potenziale di uno sbarramento dei pazienti presso i dipartimenti di Emergenza per uno screening sui ricoveri non necessari. Questo può funzionare soltanto quando è disponibile l'intera gamma dei servizi per soddisfare i bisogni¹.

Sono stati sviluppati una serie di schemi innovativi, compresi i team di pronto intervento, per offrire supporto attraverso i confini dell'assistenza socio-sanitaria. Altri provvedono all'assistenza intermedia, a quella ad interim/transitoria ed ai domicili protetti. Molti di questi servizi intervengono precocemente per evitare ricoveri ospedalieri non necessari e supportare le dimissioni. Se ne parla più dettagliatamente nella Sezione 6.

Una volta ricoverate in ospedale, le persone ed i loro assistenti si sentono spesso esautorate, incapaci di sostenere il proprio punto di vista, insicure su quanto sta accadendo². L'impegno tempestivo e l'identificazione delle loro preoccupazioni, dei timori e delle speranze è fondamentale se si vogliono aiutare le persone a raggiungere i propri obiettivi. Una permanenza protratta in ospedale comporta un aumento del rischio di infezioni, di perdita dell'indipendenza e della fiducia. L'importante contributo dei caregiver può non venire riconosciuto e le loro preoccupazioni minimizzate, portando in seguito a difficoltà inattese nel processo³.

Il PSN⁴ identifica il bisogno di semplificare e chiarire i processi di valutazione operanti nel SSN e tra il SSN ed i consigli con responsabilità di servizio sociale. Troppo spesso manca la compatibilità tra i sistemi e le persone con bisogni complessi si trovano sottoposte ad accertamenti multipli e non coordinati⁵.

Per risolvere questo annoso problema si sta introducendo un processo di valutazione unica per gli anziani (SAP). I medici vengono avvisati di procurarsi i piani di implementazione locale attraverso i loro manager. Informazioni dettagliate sulla SAP sono disponibili sul sito web www.doh.gov.uk/scg/sap.

Molti dei ritardi che accadono nelle dimissioni del paziente sono prevedibili. Ciò punta su fattori nei diversi stadi del viaggio del paziente che portano a ritardi. Molti di questi hanno a che fare con la comunicazione ed il coordinamento dell'assistenza sanitaria e sociale e tra assistenza primaria e secondaria. Altri riguardano i sistemi interni dell'ospedale⁶. Tutto ciò sottolinea l'importanza di iniziare la programmazione delle dimissioni alla prima occasione dopo il ricovero al fine di pianificarle e risolvere i problemi prima che questi abbiano una ricaduta sull'assistenza al paziente e sulla durata della sua permanenza.

Le pressioni per dimettere/trasferire i pazienti e liberare i letti e la tendenza a ricoveri brevi significano che la valutazione e la programmazione delle dimissioni sono, per necessità, concentrate in un lasso di tempo più breve. Per garantire che vengano evitate dimissioni premature ed un conseguente aumento delle riammissioni, sono necessarie procedure efficienti ed efficaci⁷.

Le dimissioni premature lasciano solitamente il paziente con alcuni bisogni soddisfatti e poco preparato al ritorno a casa. I caregiver hanno segnalato che vengono fatte affermazioni inadeguate circa la loro capacità di coping. La preparazione per garantire la compliance farmaceutica, la gestione delle cronicità, la fornitura e la capacità di utilizzare gli ausili sono alcuni aspetti dell'aiuto alle persone a prepararsi alla vita fuori dall'ospedale che richiedono sufficiente il tempo ed attenzione⁸.

Negli ultimi anni, a causa delle deboli condizioni di mercato, c'è stata una notevole riduzione nel numero delle case di assistenza. Sono inoltre aumentati i problemi di capacità dei servizi domiciliari che, in alcune aree, hanno limitato la disponibilità e la scelta dei servizi agli individui⁹. Se ne parla più dettagliatamente nella Sezione 7.

Gli obiettivi di un coordinamento efficace delle dimissioni sono di:

- promuovere buoni risultati clinici;
- promuovere una buona gestione dell'assistenza agli individui e definire percorsi assistenziali trasversali ai confini dei servizi;
- garantire che il caregiver possa scegliere di assistere e, se lo fa, sia supportato in un modo che promuova la sua salute ed il suo benessere;
- fornire sistemi efficienti ed efficaci per i riferimenti, le cure ed il supporto interprofessionale.

5.1.1 Pratica efficace di dimissione

E' sostenuta da:

- Politiche/accordi inter-agenzia che portano a percorsi di dimissione efficaci e flessibili (vedere Sezione 3).

- Processi di valutazione pre-ricovero e ricovero che garantiscono che il paziente venga indirizzato al servizio corretto e che i bisogni dei caregiver siano presi in considerazione.
- Avere ed utilizzare una persona nominata a livello di reparto che sia responsabile del coordinamento proattivo del viaggio del paziente.
- Avere una chiara strategia di comunicazione per ogni paziente, che tenga conto dei suoi bisogni, delle sue capacità e dei mezzi di comunicazione.
- Identificazione, al momento del ricovero o alla prima opportunità, degli individui che hanno bisogni sociosanitari supplementari alle dimissioni.
- La programmazione delle dimissioni è continua, sette giorni su sette.
- Efficiente teamwork multidisciplinare incentrato sul paziente che garantisca al paziente la continuità assistenziale nei trasferimenti da un ambito ad un altro.
- Processi interni di riferimento, servizi di trattamento e di riabilitazione efficaci.
- Trasporti, forniture di farmaci, supporto domiciliare ed ausili ben organizzati a sostegno delle dimissioni.

5.2 Il viaggio del paziente

5.2.1 Ruolo e finalità dello screening pre-ricovero

Lo screening pre-ricovero deve essere una routine per tutti gli ingressi volontari. Questo è il momento ideale per identificare ogni bisogno sociosanitario aggiuntivo alle dimissioni e cercare di soddisfarlo, garantendo così che la permanenza in ospedale sia contenuta entro il termine più breve a garantire una buona ripresa. Questo periodo di preparazione aiuta i pazienti e le famiglie a comprendere come possono aiutare se stessi e programmare il rientro a casa. Può comprendere accordi per la fornitura di ausili e/o adattatori per la casa, prima o durante il ricovero.

Per tutte le altre valutazioni di ricovero o pre-ricovero, offre l'opportunità di distinguere tra le emergenze e le non emergenze e decidere se sia necessario un ricovero per assistenza acuta o un percorso alternativo. La valutazione pre-ricovero può essere effettuata sia con appuntamento ambulatoriale che in day-hospital o presentandosi in un Dipartimento di Urgenze ed Emergenze o presso una Unità Medica di Valutazione.

Lo screening pre-ricovero non è adatto a tutti i pazienti; alcuni stanno troppo male ed hanno bisogno di essere immediatamente ricoverati per un trattamento medico o chirurgico.

La valutazione/screening pre-ricovero funziona efficacemente come sbarramento all'assistenza per acuzie quando i medici ed i manager dell'assistenza primaria e secondaria hanno concordato procedure e protocolli che garantiscano:

- l'appropriatezza del riferimento all'assistenza per acuzie da parte del medico di base;
- la selezione efficiente dei pazienti interni che necessitano di assistenza ospedaliera;
- lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati per patologie croniche specifiche;
- la giusta capacità ed organizzazione delle strutture di diagnosi e cura;

- l'accesso facilitato ai servizi di assistenza intermedia e transitoria al di fuori del settore per acuzie (vedere Sezione 6).

5.3 Valutazione pre-ricovero

La valutazione medica iniziale indicherà se le condizioni del paziente consentono opzioni percorribili di cura diverse dal ricovero in ospedale e, in questo caso, è richiesta una rapida verifica dei bisogni sociosanitari dell'individuo. Quando un paziente è candidato al ricovero e/o si presenta in un Dipartimento di emergenza, ciò solitamente accade in risposta ad una crisi nella sua vita. Il processo di valutazione deve identificare i motivi del ricovero, compresi gli aspetti sociali ed i relativi cambiamenti recenti. È importante trovare le cause alla base dei problemi, che devono essere affrontate per evitare futuri ricoveri e/o peggioramenti evitabili della salute.

L'utilizzo sistematico del processo di valutazione pre-ricovero/ricovero servirà ad identificare i problemi che richiedono ulteriore pianificazione prima che il paziente possa ritornare a casa e, se ricoverato, gli garantisca di essere inserito nella programmazione per le dimissioni complesse⁹. Il percorso di dimissione è illustrato dalla Figura 5.1.

È importante che vi sia una valutazione sistematica delle abilità funzionali recenti dell'individuo, così come di quelle al momento della valutazione pre-ricovero. Ci sono problemi che possono venire trascurati dalla valutazione medica ed infermieristica tradizionale, quali gli scompensi cognitivi, l'incontinenza e/o la mobilità, che devono essere riconosciuti come nuovi o di lunga data. Deve essere considerata anche la valutazione dell'ambiente domestico e delle reti di supporto.

I dipartimenti che si occupano delle valutazioni al ricovero devono garantire l'applicazione di procedure che identifichino sistematicamente gli individui che possono presentare bisogni sociosanitari addizionali. Se le condizioni mediche del paziente lo consentono, per ottenere indicazioni di possibili problemi che necessitano di un'attenta considerazione, si devono indagare le seguenti aree di base:

- il punto di vista dell'individuo riguardo il livello di coping con le attività del vivere quotidiano.
- Le preoccupazioni ed i timori del caregiver riguardo a un si sta adattando.
- Tematiche riguardanti l'ambiente domestico.
- Compliance farmacologica.

La valutazione e lo screening pre-ricovero aiutano anche ad identificare gli individui vulnerabili che necessitano di valutazioni specializzate e servizi per: prevenzione delle cadute; malattia cronica ostruttiva delle vie aeree; assistenza intermedia o demenza. Per consentire il deferimento dei pazienti a questi servizi devono essere attivi percorsi assistenziali.

Una volta che sono stati identificati i bisogni addizionali, deve essere nominata una persona che si assuma il ruolo di leader nell'ottenere/richiedere informazioni di rilievo. Ciò richiederà contatti con gli altri servizi che si occupavano di assistere l'individuo in comunità. Potrebbero essere compresi team di assistenza primaria, di comunità e domiciliare, tutori dei domicili protetti, team per il deficit sensoriali, la salute mentale ed i problemi di apprendimento.

Il quadro di riferimento per la valutazione sarà determinato dai problemi emergenti dell'individuo. Le persone anziane saranno valutate utilizzando un unico processo (SAP),

"un processo attraverso il quale vengono identificati i bisogni dell'individuo e viene valutato il loro impatto sulle attività e sulla qualità della vita quotidiana".

Il SAP, contenuto nel *National service frame work for older people*¹⁰, sta per essere incrementato e fornisce una guida su quanto in profondità e con che scala debba essere proporzionalmente condotta la valutazione nelle persone anziane. Le agenzie non devono ripetere le valutazioni ed i professionisti devono contribuire nel modo più efficace. Il SAP era stato sviluppato specificamente per le persone anziane e non è stato testato su altri gruppi.

Quando si valutano i problemi emergenti e le condizioni di altri adulti, bisogna fare riferimento ai processi di valutazione ed alle linee guida per la programmazione dell'assistenza specifici per questi gruppi. La *Fair access to care services*¹¹ è una guida per questi tipi di valutazione ed è utile per equilibrare le diverse percezioni del rischio e contrastare la tendenza ad escludere le priorità personali a favore di aspetti riguardanti la salute e la sicurezza.

Questi processi di valutazione devono considerare il rischio. Scopo della sua valutazione è considerare tutti i fattori nelle capacità del paziente di gestire la propria assistenza, i pericoli a cui espone se stesso e gli altri e prevedere come risponderà al trattamento ed alla riabilitazione. È fondamentale per qualsiasi decisione riguardante la pianificazione dell'assistenza e le future opzioni di cura.

La valutazione del rischio deve coinvolgere significativamente il paziente o, nel caso in cui questi non sia in grado di rappresentare se stesso, i suoi parenti prossimi e/o un tutore. I tutori possono esporre punti di vista diversi da quelli del caregiver. I caregiver e i parenti sono spesso presenti in questo momento e contribuiscono alla valutazione.

La ricerca suggerisce che le diverse professioni tendono a percepire i fattori di rischio in modo diverso. A volte possono trovarsi in conflitto con il percepito dal paziente stesso e con quanto questi consideri un rischio accettabile, soprattutto se significa che possono ritornare alla loro destinazione desiderata⁹.

La costruzione e la negoziazione della gestione del rischio richiedono il coinvolgimento del team multidisciplinare per garantire che tutte le diverse prospettive vengano prese in considerazione e che insieme si decida come procedere.

La compliance farmacologica è un fattore importante del processo di valutazione del rischio per determinare le capacità di un individuo di gestirsi a casa. Il ricorso ai farmaci sta aumentando in risposta alle prove di efficacia nella gestione delle patologie croniche, e molti pazienti assumeranno più medicine per gestire la propria condizione. Ciò è particolarmente evidente nel gruppo degli anziani che soffrono di una serie di patologie croniche. Anche il deficit mentale e fisico è comune in questa fascia d'età. Il rischio di interazione tra farmaci aumenta con l'aumentare delle somministrazioni e durante la permanenza in ospedale quando è probabile che il modello farmacologico abituale venga cambiato¹². Ulteriori dettagli sulla gestione dei farmaci vengono forniti nella Appendice 5.1.

I pazienti possono anche avere responsabilità quali essere genitori di figli piccoli o assistere persone disabili non in grado di vivere indipendentemente. È importante identificare se un adulto ha figli che dipendono da lui e garantire che durante il periodo del ricovero venga loro garantita l'assistenza. Se il figlio assiste un adulto affetto da patologia cronica o disabile, si devono risolvere i suoi bisogni di supporto. È fondamentale che venga compiuto ogni sforzo affinché la famiglia abbia servizi sufficienti a garantire che ai bambini non vengano affidate inaccettabili responsabilità assistenziali che potrebbero compromettere il loro benessere, la loro educazione ed il loro sviluppo. Inoltre, i pazienti possono a loro volta essere caregiver ed è importante garantire che, se stanno assistendo qualcuno, hanno diritto ai giusti servizi al momento delle dimissioni in modo da poter soddisfare i propri bisogni oltre a quelli della persona che stanno assistendo.

La valutazione dei bisogni del caregiver è distinta da quella del paziente. Bisogna prendersi cura di discutere con il caregiver delle sue preoccupazioni ed occuparsi di una valutazione completa, quando necessario. A questo livello bisogna tener conto di tutti i rischi per la sua salute, dei rischi di danno e di perdita del lavoro oltre ad aiutarli nell'assistenza con il supporto. Tutto ciò comprende anche fattori che contribuiscono alla valutazione dei rischi per il paziente.

Nel caso sia necessario il ricovero immediato, la valutazione verrà fatta in seguito, alla prima occasione possibile dopo l'ingresso in reparto. Il processo di valutazione deve continuare una volta che siano stati soddisfatti i bisogni immediati di assistenza medica, in fase di trasferimento all'assistenza intermedia o ai servizi di risposta rapida nei casi in cui non esistano dubbi che il paziente non necessita di ricovero. I servizi di valutazione pre-ricovero devono avere accesso rapido a quelli di assistenza intermedia e transitoria in modo che pazienti possono essere trasferiti, senza ritardo, per continuare la loro valutazione e trattamento.

5.3.1 Flussi di informazioni tra organizzazioni e servizi

E' responsabilità del referente garantire che la documentazione riguardante valutazioni precedenti ed informazioni sui piani assistenziali accompagni l'individuo o sia consegnata il prima possibile. Nel caso delle persone anziane è previsto che il flusso di informazioni migliorerà come risultato dell'implementazione della SAP. Per garantire che le informazioni viaggino con il paziente devono essere applicate misure ad interim.

L'utilizzo dell'elettronica per il trasferimento dei dati può velocizzare la comunicazione. In fase di pre-ricovero le decisioni riguardanti il corretto percorso assistenziale devono essere rapide. Si ottiene una buona comunicazione tra agenzie quando il personale dei servizi di emergenza ha accesso immediato alle informazioni ed ai consigli riguardanti la gestione dell'assistenza. Accordi inter-agenzia possono consentire al provider territoriale di mantenere aperto il pacchetto assistenziale in attesa del completamento della valutazione e di una decisione riguardante il ricovero o il ritorno a casa del paziente.

È stato dimostrato che quando esistono accordi tra le agenzie, nei servizi di emergenza e nelle unità di valutazione medica possono essere effettuati cambiamenti rapidi ed a breve termine al pacchetto assistenziale, consentendo ai pazienti un veloce ritorno a casa. Alla prima occasione il responsabile dell'assistenza può rivedere il pacchetto.

L'integrazione della terapia, in particolar modo quella occupazionale, della gestione dell'assistenza e degli infermieri di salute mentale nei servizi di emergenza e nelle unità di valutazione medica ha portato significativi benefici né garantire che gli individui ricevano la giusta valutazione ed assistenza. Allo stesso modo, input regolari da parte dello staff addetto alla programmazione delle dimissioni promuovono il lavoro integrato ed aumentano nello staff ospedaliero la consapevolezza delle opzioni e dei limiti dei singoli pazienti. Sono emersi molti diversi modelli; i dettagli sono disponibili sul sito web del Dipartimento della Salute: www.doh.gov, nella sezione Team Agenti per il Cambiamento. Il ruolo dei team addetti alla programmazione delle dimissioni viene descritto più avanti in questa sezione.

5.3.2 Checklist pre-ammissione

Destinate una persona nominata ad effettuare lo screening/valutazione del rischio iniziale per:

- raccogliere informazioni dal paziente e registrarle;

- collegarsi con i servizi sociali e quelli di assistenza primaria per avere accesso alle informazioni della SAP, quando necessario;
- accedere al regime farmacologico di casa;
- indagare sulla situazione abitativa del paziente;
- identificare chi è il principale caregiver e discutere con lui i suoi bisogni;
- discutere dei bisogni con il caregiver;
- fornire al paziente ed al caregiver informazioni e verificare che comprendano cosa sta succedendo ed i possibili passi successivi.

Una volta raccolte le informazioni preliminari per la valutazione, quando la prima scelta non sia il ricovero immediato in ospedale, è necessario decidere un'opzione di cura per consentire il rapido trasferimento del paziente. Il team medico, in collaborazione con quello multidisciplinare:

- valuterà come vengono considerati i rischi da parte dei singoli pazienti e dei loro caregiver (ricorrendo ai tutori ed agli interpreti, se necessario, al fine di facilitare un approccio condiviso all'assistenza);
- identificherà e discuterà con il paziente e possibili opzioni assistenziali e verificherà i suoi sistemi di supporto domiciliare;
- restringerà le opzioni assistenziali e farà riferimento ai servizi che soddisferanno i bisogni e/o forniranno ulteriori informazioni;
- concorderà con il paziente ed i caregiver i passi successivi e gli fornirà informazioni;
- finalizzerà il piano assistenziale ed organizzerà il trasferimento o le dimissioni;
- controllerà che le informazioni riguardanti i sussidi finanziari siano state fornite e comprese.

5.3.3 Piano d'azione

Le strutture per acuzie devono stabilire quali siano gli esami clinici multidisciplinari pre-ricovero per i ricoveri volontari.

I manager ed i medici dei Dipartimenti di Emergenza, delle Unità di valutazione medica e degli ambulatori di valutazione rapida, assieme con i manager dei servizi sociali devono concordare un approccio comune per lo screening sia dei pazienti per identificare problemi che possono influire sul loro ritorno a casa. Come parte di tutto ciò, vorranno tener conto di:

- Sviluppare un sistema in cui le unità abbiano accesso immediato alle informazioni sulla gestione dell'assistenza ed alle cartelle sanitarie dei medici di base e dei servizi di comunità, sette giorni su sette e durante una notte.
- Concordare una documentazione congiunta.
- Concordare protocolli inter-agenzia affinché i pacchetti assistenziali finanziati restino aperti fino a quando la valutazione non sia completa e non venga fornito un pacchetto di assistenza avanzata a breve termine.
- Garantire che i Dipartimenti di Emergenza e le Unità di valutazione medica abbiano accesso rapido alla terapia occupazionale ed un supporto gestionale dell'assistenza per garantire una valutazione olistica degli individui ed un rapido riferimento ai servizi più adeguati.

- Concordare come il team multidisciplinare può accedere al supporto transitorio ed ai servizi di assistenza intermedia e come fornire supporto medico ad entrambi.
- Garantire che lo staff abbia accesso ai servizi di interpretariato e tutela.
- Avere accesso ad una gamma di informazioni in un formato adeguato a supportare il paziente ed il caregiver.
- Sviluppare protocolli di riferimento per l'accesso ai servizi specialistici per le persone in stato confusionale e/o colpite da demenza o disabilità cognitive.
- Stabilire ed approvare protocolli per l'accesso immediato ai presidi di semplici ed agli ausili minori.

5.3.4 Esempi pratici

- Lo sviluppo di un unico punto d'accesso per medici di base e servizi di emergenza cui fare riferimento per i servizi intermedi e di risposta rapida di comunità. La valutazione di screening viene eseguita per via telefonica ed il punto di accesso unico coordina la risposta. Dopo la valutazione preliminare i riferimenti inadeguati vengono reindirizzati al servizio giusto.
- Lo skill mix dei team di comunità è in grado di verificare l'infermieristica di comunità e/o il management assistenziale per garantire che nei servizi di emergenza/unità di valutazione medica i servizi vengano erogati senza ritardi.
- L'utilizzo di documentazione unica standardizzata nei servizi di emergenza e nelle unità di valutazione medica, compresa una sezione per l'identificazione della complessità.

5.4 Il ricovero in reparto

Al momento dell'ingresso in reparto, si deve identificare una persona dello staff e nominarla coordinatore del viaggio del paziente affinché supporti proattivamente e faciliti il lavoro del team multidisciplinare nel raggiungimento dei migliori risultati per il paziente e lo guidi attraverso il sistema in modo che riceva ciò di cui ha bisogno, nel momento in cui ne ha bisogno⁶. Questo ruolo, di qui in poi definito di coordinatore dell'assistenza su base di reparto, deve focalizzarsi sui bisogni di quei pazienti identificati come bisognosi di supporto addizionale nella programmazione delle dimissioni. Il percorso di dimissione è descritto nello schema 5.1 (vedere pagina 56).

Se il paziente viene trasferito ad un altro reparto, è responsabilità del coordinatore dell'assistenza su base di reparto provvedere al trasferimento formale delle responsabilità.

5.4.1 Qual'è il ruolo del coordinatore dell'assistenza a livello di reparto?

Si tratta di un ruolo importante, altamente specializzato, da affidare a personale esperto e abbia una buona comprensione della programmazione delle dimissioni. Solitamente è un ruolo infermieristico; tuttavia in un servizio transitorio o di riabilitazione potrebbe avere un senso affidarlo ad un terapeuta o ad un'assistente sociale.

Quando il coordinatore è fuori servizio, il suo ruolo viene coperto da un coordinatore associato oppure da un membro del team per garantire la continuità assistenziale. Il team working, con la responsabilità di letti specifici, è un modo di garantire la continuità assistenziale. Il personale notturno può fornire ulteriore supporto a questo approccio poiché spesso è in servizio al momento delle visite serali di caregiver e parenti. È importante che, qualsiasi sia il modello, tutte le persone coinvolte abbiano chiaro il compito da svolgere.

Il coordinatore dell'assistenza a livello di reparto è responsabile di coordinare tutti gli aspetti dell'assistenza al paziente, compresa la programmazione delle dimissioni/trasferimento. Questo impegno sette giorni su sette, richiede un approccio proattivo per garantire che il piano proceda senza intoppi e che vengano intraprese azioni immediate per risolvere i problemi e supportare il team multidisciplinare¹³.

Il nome del coordinatore dell'assistenza a livello di reparto deve essere conosciuto da tutto il personale coinvolto nell'assistenza al paziente e chiaramente documentato in cartella. I pazienti, il loro caregiver e/o i parenti devono sapere chi è e come contattarlo.

Nel caso il coordinatore cambi, il paziente ed i suoi caregiver principali devono esserne immediatamente informati ed il fatto deve essere annotato in cartella in modo che ne vengano a conoscenza tutti gli altri membri del team multidisciplinare.

Teoricamente, tutte le comunicazioni con il paziente dovrebbero essere registrate in un unico fascicolo di documentazione.

5.4.2 Compiti chiave del coordinatore

- Coordinare la valutazione del paziente, la programmazione dell'assistenza e la revisione quotidiana del percorso assistenziale.
- Discutere con il paziente la possibile data di dimissione/trasferimento, solitamente entro le 24 ore dal ricovero, e registrarla in cartella.
- Garantire che i riferimenti siano tempestivi, i risultati raggiunti ed i ritardi seguiti.
- Identificare, coinvolgere ed informare il paziente su tutti gli aspetti della programmazione dell'assistenza, garantendo che i bisogni peculiari dei giovani caregiver vengano identificati.
- Coinvolgere i caregiver e prevedere la loro valutazione, se necessario. Fare in modo di vederli separatamente riguardo i loro bisogni.
- Mantenere aggiornata la documentazione del paziente.
- Collegarsi con il team multidisciplinare ed i servizi di gestione dell'assistenza e lavorare come loro membro integrante.
- Collegarsi con il servizio infermieristico e gli altri servizi specialistici secondo necessità.
- Definire gli accordi per i trasferimenti/dimissioni 48 ore prima e confermarli al paziente ed al caregiver/famiglia.
- Il giorno delle dimissioni/trasferimento di garantire che le condizioni del paziente siano quelle attese e confermare gli accordi di follow-up.

Nell'Appendice 5.2 è fornita una checklist per il trasferimento/dimissioni.

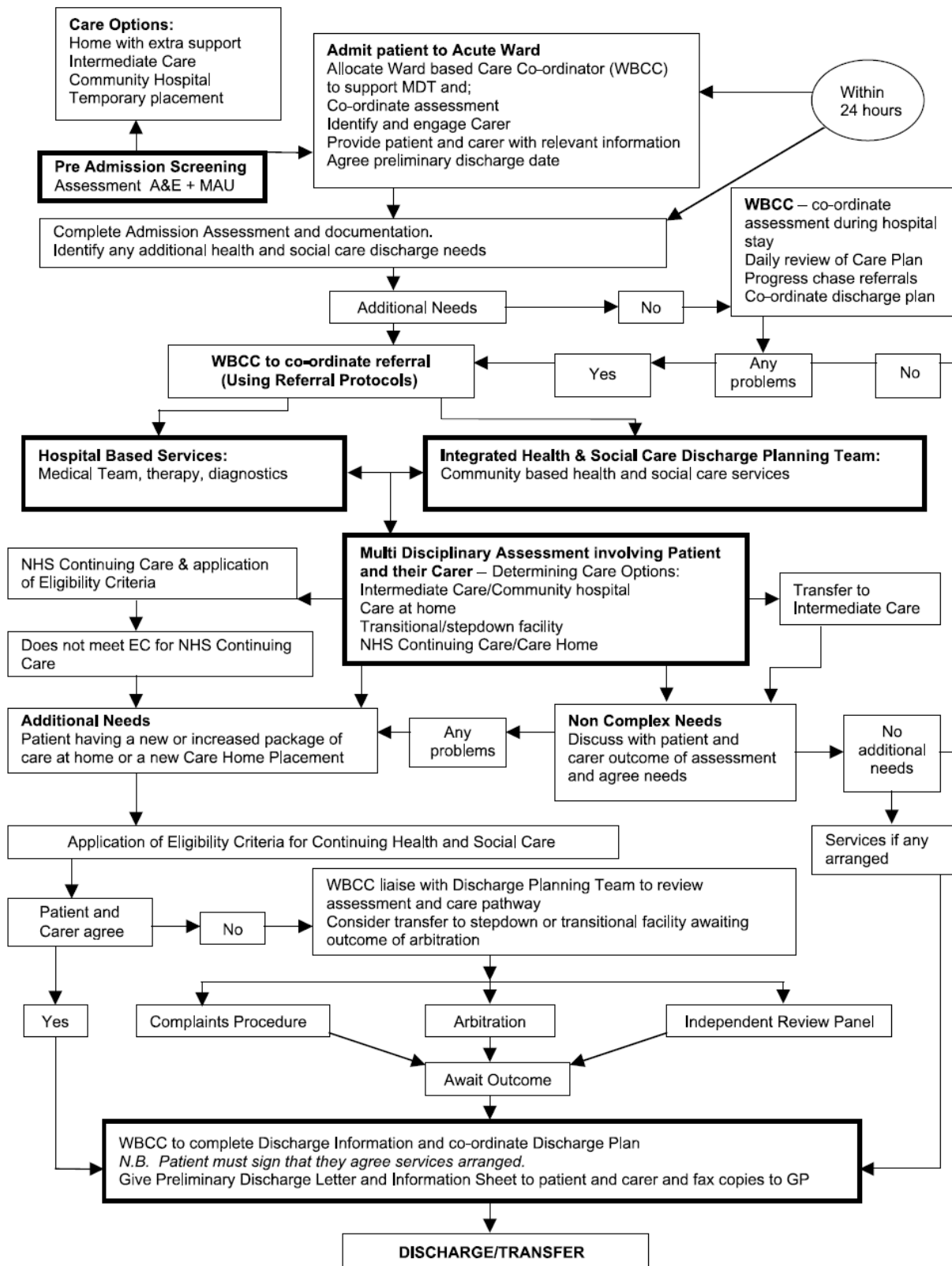


Figura 5.1. Percorso delle dimissioni ospedaliere. Adattato da *Hospital Discharge Pathway*, sviluppato dagli infermieri di collegamento dell'Unità Sanitaria di York

5.4.3 Decidere di dimettere

La decisione che un paziente è pronto per essere dimesso può essere presa soltanto dal medico curante (o da qualcuno da questi delegato) o da un altro medico responsabile dell'assistenza al paziente. I pazienti, che hanno sia bisogni sanitari che sociali, devono essere dimessi soltanto quando si trovano in condizioni cliniche adatte. È una decisione presa dal team multidisciplinare una volta considerati tutti i fattori, compresa la relativa sicurezza del rimanere in ospedale o trovarsi altrove ed il punto di vista del paziente e del caregiver riguardo tali rischi. È anche importante coinvolgere i caregiver come parte del team poiché ha esperienza dell'ambiente domestico del paziente.

L'auto-dimissione o dimissione contro il parere medico può ricadere in una delle seguenti categorie. Il paziente:

- comprende i rischi che corre;
- non è in grado di comprendere i rischi legati alle dimissioni per i suoi problemi di salute;
- non è in grado di comprendere i rischi legati alle dimissioni a causa di problemi mentali.

La politica delle dimissioni deve definire le procedure che il coordinatore dell'assistenza su base di reparto deve seguire in tali circostanze.

5.4.4 Dimissioni guidate dall'infermiere

Il PSN identifica 10 ruoli chiave per gli infermieri, uno dei quali è "ricoverare e dimettere pazienti in particolari condizioni utilizzando protocolli concordati"⁴.

In alcune realtà l'implementazione delle dimissioni guidate dall'infermiere è già in atto. La loro efficacia richiede il coinvolgimento attivo degli infermieri esperti e dello staff medico. Dove si effettuano le dimissioni guidate dagli infermieri si è iniziato con procedure chirurgiche all'avanguardia, sostenute dallo sviluppo di protocolli locali concordati tra il team di reparto. In queste aree le dimissioni guidate dagli infermieri si stanno ora estendendo sistematicamente ad altre condizioni chirurgiche e mediche. Ulteriori informazioni sono disponibili nella pubblicazione del Dipartimento per la Salute *Developing key roles for nurses and midwives – guide for managers*. È disponibile on-line sul sito: www.doh.gov/newrolesfornurses.

Il ruolo del coordinatore dell'assistenza a livello di reparto potrebbe essere ampliato per comprendere questa attività.

5.4.5 Supportare le dimissioni precoci ed evitare le riammissioni

Molti pazienti affetti da tempo da patologie croniche vengono ricoverati in ospedale diverse volte in un anno.

L'esacerbarsi della malattia cronica ostruttiva delle vie aeree è uno dei motivi più comuni per i ricoveri d'urgenza in ospedale¹⁴. Molti trial clinici hanno concluso che le dimissioni protette sono un'alternativa ben tollerata, sicura ed economica alle cure ospedaliere. Questi

schemi offrono un'alternativa al ricovero ospedaliero per alcuni pazienti quando sono trasversali all'interfaccia acuta primaria e lavorano secondo protocolli clinici concordati¹⁵.

Altre presentazioni che necessitano di supporto addizionale oltre e al di sopra di quanto sia in grado di offrire l'ospedale per acuzie sono descritte nell'Appendice 5.2.

Il ruolo dell'assistenza transitoria ed intermedia è descritto in dettaglio nella Sezione 6.

5.5 Forniture di equipaggiamenti

Il ruolo e la fornitura di ausili e presidi sono descritti più dettagliatamente nell'Appendice 5.3. Si consiglia agli operatori di mantenersi aggiornati attraverso il sito ICES: www.icesdoh.org.

5.6 Salotti per le dimissioni

Lo sviluppo di un *salotto per le dimissioni* può aiutare il coordinatore della fase finale delle dimissioni, quale il trasporto e la consegna dei farmaci. Il salotto rappresenta un ambiente sicuro piacevole in cui pazienti non hanno più bisogno del loro letto ospedaliero ma stanno aspettando che vengano completate le varie procedure prima di essere definitivamente dimessi. Tutto ciò è descritto nell'Appendice 5.4.

5.7 Trasporti

Organizzare i trasporti è importante quando si programmano le dimissioni. Nell'Appendice 3.3 vengono valutate una serie di scelte per rispondere ai bisogni di trasporto dei pazienti in modo tempestivo ed adatto.

5.8 Piano d'azione

Concordare la leadership esperta per implementare il coordinamento dell'assistenza attraverso l'ospedale.

Concordare il modello assistenziale per garantire la continuità del coordinamento ed un approccio proattivo sette giorni su sette attraverso un team o ruoli associati. Come parte di tutto ciò, considerare:

- Concordare piani contingenti per la malattia e la copertura dell'agenzia.
- Sviluppare un quadro di riferimento delle competenze per i coordinatori dell'assistenza base di reparto.
- Identificare il personale idoneo ad assumersi il ruolo di coordinatore dell'assistenza. Fornire formazione e supervisione costanti per il ruolo. Nello sviluppo del programma di formazione coinvolgere il team per le dimissioni e rappresentanti di pazienti e caregiver.
- Garantire che i coordinatori dell'assistenza su base di reparto abbiano accesso a tutte le informazioni sul paziente e sul caregiver.
- Sviluppare un unico set di documenti, custodito il reparto, da utilizzarsi da parte di tutto il personale coinvolto.
- Chiarire come i servizi di Consigli al Paziente, di Collegamento e di supporto possano svolgere il proprio ruolo.

5.9 Esempi pratici

- Il ruolo del moderno caposala deve comprendere la responsabilità della leadership infermieristica nella programmazione delle dimissioni.
- Il ruolo del coordinatore dell'assistenza su base di reparto si esplica attraverso un approccio di gruppo dove un infermiere esperto supervisiona i colleghi più giovani e garantisce che il ruolo sia proattivo.
- I percorsi esistenziali si sviluppano con della documentazione di supporto. I documenti sono codificati per colore per aiutare i professionisti a trovare più facilmente informazioni specifiche per le dimissioni.

5.10 Teamwork multidisciplinare e inter-agenzia

Esistono prove consistenti del fatto che la best practice per quanto riguarda le dimissioni ospedaliere prevede il team work multidisciplinare per gestire attivamente tutti gli aspetti del processo¹⁶. Il Comitato Scelto per la Salute è andato oltre, raccomandando il leader del team venga nominato congiuntamente dal SSN e dalle autorità locali responsabili dei servizi sociali¹⁵. Nel contesto della programmazione delle dimissioni ospedaliere, questo è un modo di organizzare il team attorno un gruppo di pazienti piuttosto che come gruppo professionale.

5.10.1 Sviluppare team per la programmazione delle dimissioni

Il team per la programmazione delle dimissioni è un gruppo di professionisti ed operatori di supporto che lavorano assieme per fornire un servizio ad un individuo che necessita di assistenza sociosanitaria quando lascia l'ospedale. Lavorano su obiettivi concordati e sono indipendenti l'uno dall'altro. Comprendano chiaramente i ruoli di ciascuno e tra i membri del team la comunicazione è un flusso libero. Lavorano ad un unico piano assistenziale e su un unico set di documenti e supportano il coordinatore dell'assistenza su base di reparto e, più in generale, il team multidisciplinare nell'assistenza al paziente.

Esistono alcune prove del fatto che quando un team di programmazione delle dimissioni è organizzato attorno ai letti/reparti, tra i membri del team ed il personale di reparto si costruisce un rapporto di fiducia che facilita il lavoro congiunto ed il coinvolgimento del paziente/caregiver. È anche un utilizzo più efficace dei tempi. Il team working multidisciplinare per fornire assistenza clinica al paziente a livello di reparto può coinvolgere contemporaneamente personale medico, infermieristico, della riabilitazione e della farmacia e la collaborazione è indispensabile per raggiungere buoni risultati per il paziente¹⁶. C'è l'opportunità di considerare come il team possa ridurre la sovrapposizione di ruoli, benché le singole discipline rimangano professionalmente distinte e vi sia qualche ruolo che si estende o si mescola, consentendo così la flessibilità per soddisfare i bisogni di un paziente.

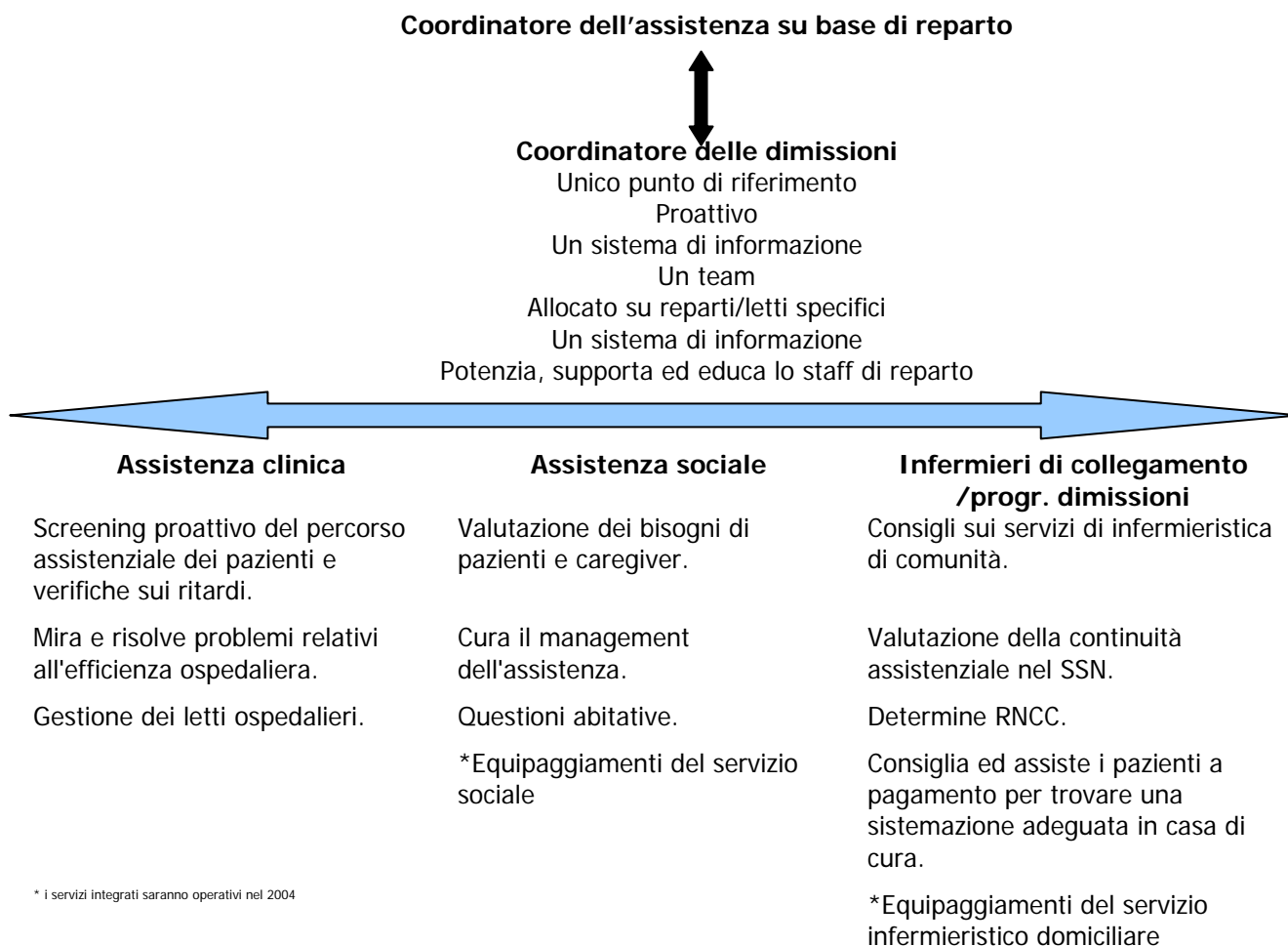


Figura 5.2. Il team di programmazione delle dimissioni

Il paziente può ricevere assistenza e cura da una serie di diversi team contemporaneamente. È fondamentale che il coordinatore dell'assistenza su base di reparto si confronti efficacemente con il personale giusto per coordinare la sequenza delle decisioni e degli eventi del piano assistenziale, in modo che questo prosegua senza intoppi ed i problemi vengano immediatamente identificati risolti. La combinazione dei protocolli di riferimento e la frequenza con la quale i membri del team lavorano assieme ha dimostrato di migliorare l'adeguatezza dei riferimenti ed i percorsi esistenziali dei pazienti¹⁵.

Nell'assistenza agli anziani il coordinamento è frequentemente organizzato attraverso meeting settimanali di routine del team multidisciplinare. Questo modello di lavoro di programmazione dell'assistenza funziona meglio quando organizzato attorno ai reparti ed ai letti. La pressione sui servizi ospedalieri ha dato come risultato il trasferimento di pazienti in altri reparti dove il lavoro multidisciplinare può non essere altrettanto ben sviluppato. Queste esperienze si associano ad un prolungamento del ricovero per questi pazienti¹⁷.

Al fine di ridurre le duplicazioni e supportare lo staff nella gestione dei carichi di lavoro, il team per la programmazione delle dimissioni deve lavorare a protocolli concordati per il riferimento ed i tempi standard di risposta se si vogliono evitare ritardi. Questo può significare integrare alcuni elementi dei ruoli sociosanitari ed utilizzare il personale di supporto per svolgere le funzioni amministrative più di routine, come sopra descritto.

Come parte del personale di reparto, il team per la programmazione delle dimissioni possiede esperienza e conoscenza incommensurabili dei servizi di comunità. Conosce il

sistema gestionale dell'assistenza all'individuo in comunità e le risorse disponibili. Queste informazioni possono aiutare l'altro personale di reparto a conoscere le strutture disponibili per supportare le dimissioni e giocano un ruolo importante nel determinare le opzioni assistenziali disponibili. È importante garantire che i provider del settore indipendente si sentano parte del team quando si programma l'assistenza sociosanitaria continua.

La geografia locale, la configurazione dei distretti infermieristici e la gestione dell'assistenza dei medici di base influenzerà l'efficacia del supporto al processo di programmazione delle dimissioni. Si devono considerare due modelli:

- team esterni basati sull'ospedale, con esperienza di comunità, con uno staff allocato su reparti/letti specifici per aumentare la continuità a livello di reparto;
- team interni basati sulla comunità che entrano in ospedale.

Un buon team possiede:

- una comprensione ben sviluppata dei ruoli chiave e delle responsabilità di quanti sono coinvolti nella programmazione della riabilitazione e delle dimissioni;
- una conoscenza completa delle opzioni assistenziali disponibili, dei processi di riferimento e dei criteri di ammissione presso tali servizi;
- informazioni sui servizi che vengono erogati dove vive il paziente da parte del settore indipendente e delle organizzazioni per la casa;
- il supporto dello staff generico che si fa carico delle funzioni di routine più prettamente amministrativa per consentire alle capacità e all'esperienza del team di essere adeguatamente mirate. Possono nascere nuovi ruoli come quello di "cerca casa";
- eccellenti capacità di comunicazione e problem solving;
- capacità di lavorare proattivamente per far sì che il paziente riceva l'assistenza adeguata nel luogo giusto.

5.10.2 Tappe dell'azione

I manager esperti delle autorità locali responsabili dei servizi sociali, delle unità di assistenza primaria ed acuta devono tener conto di:

- Incaricare congiuntamente un team per le dimissioni ospedaliere.
- Concordare quale agenzia sarà responsabile della gestione del team.
- Nominare un manager di progetto/team leader per stabilire un approccio integrato.
- Fornire opportunità di team building e di formazione congiunta per consentire una comprensione più ampia dei rispettivi ruoli e delle responsabilità nei contributi al lavoro congiunto.
- Collocare il team assieme.
- Sviluppare accordi per condividere sia le informazioni elettroniche che cartacee.
- Decidere come implementare e monitorare i singoli processi di valutazione ed utilizzare percorsi assistenziali integrati.
- Analizzare dove i ruoli si sovrappongono e concordare lo skill mix di quelli fondamentali e lo staff generico di supporto per rendere quello specializzato libero di dedicarsi efficacemente alle proprie attività.

- Sviluppare un programma di formazione/addestramento per il personale sulle procedure di dimissione che comprenda il lavoro con i caregiver.

5.10.3 Esempi pratici

- Ricorrere al personale in servizio notturno o al coordinatore del sito per verificare la documentazione dei pazienti, identificare i ritardi e fornire un approccio sulle ventiquattr'ore per la programmazione delle dimissioni/trasferimenti.
- Piani di implementazione per il processo unico di valutazione che comprendano temi di interfaccia per migliorare la continuità tra i servizi di comunità e quelli ospedalieri per ridurre i codici rossi.
- Sistema strutturato di appuntamenti fuori orario in modo che i caregiver e i parenti possono incontrare i professionisti per discutere il piano assistenziale.
- Coesistenza con i team del settore privato, quali "A casa dall'ospedale" e "Tuttofare" e con il supporto dei caregiver.
- Il ruolo dei tecnici di farmacia è stato ampliato per fornire consigli sui farmaci, addestrare pazienti e caregiver e fungere da collegamento con l'assistenza primaria per seguire i pazienti a rischio di non compliance farmacologica. Tutto ciò si è dimostrato utile nel migliorarla.

5.11 Riferimenti

1. Audit Commission (2000). *Inpatient admissions and bed management in NHS acute hospital*. London: The Stationery Office.
2. Preston, C., Cheater, F., Baker, R. and Hearnshaw, H. (1999). Left in limbo: patient's views on care across the primary/secondary interface. *Quality in Health Care* **8**: 16-21.
3. National Audit Office (2000). *The management and control of hospital acquired infection*. London: The Stationery Office.
4. Department of Health (2000). *The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform*. London: Department of Health.
5. Department of Health (2001). *NHS funded nursing care-practice guide and workbook*. London: Department of Health.
6. House of Commons Health Committee Delayed Discharges (2001-02). Vol. 1. London: The Stationery Office.
7. The Royal Commission on Long Term Care (1999). *With respect to old age – rights and responsibilities*. London: The Stationery Office.
8. Department of Health (2001). *Building capacity and partnership in care*. London: Department of Health.
9. McMillan, M.S. (1994). Hospital staff 's perception of risk associated with the discharge of elderly patients from acute hospital. *Journal of Advanced Nursing* **19**(2): 249-256.
10. Department of Health (2001). *The national service framework for older people*. London: Department of Health.

11. Department of Health (2002). *Fair access to care services (FACS)*. London: Department of Health.
12. Pickrell, L., Duggan, C. and Dhillon, S. (2001). From hospital admission to discharge: an exploratory study to evaluate seamless care. *Pharmaceutical Journal* **267**: 650–653.
13. NHS Modernisation Agency (2001). *Improving the flow of emergency admissions*. London: NHS Modernisation Agency.
14. Swarska, E., Cohen, G., Swarska, K.M. *et al.* (2000). Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive airways disease. *Thorax* **55**: 907–912.
15. Audit Commission (2002). *Integrated services for older people*. London: The Stationery Office.
16. Borill, C., Carlatta, J., Carter, J. *et al.* (2001). *Team working and effectiveness in health care*. *Aston Centre for Health Service Organisation Research*. Aston: ACHSOR.
17. Audit Commission (2000). *Inpatient admissions and bed management in NHS acute hospitals*. London: The Stationery Office.

Appendice 5.1

Gestione dei farmaci

A5.1.1 Perché è importante?

La gestione dei farmaci riveste un ruolo importante nella preparazione dei pazienti e dei caregiver al trasferimento/dimissioni poiché ha una ricaduta sulla guarigione e/o sul mantenimento delle condizioni dei pazienti dopo le dimissioni. L'utilizzo dei farmaci sta aumentando e molti pazienti ne assumeranno diversi, più o meno appropriatamente, per gestire le loro condizioni. Questo è particolarmente vero per il gruppo degli anziani che possono soffrire di più patologie croniche concomitanti. Il deficit mentale e fisico è comune in questo gruppo d'età. Il rischio di interazioni aumenta aggiungendo farmaci. Un'alta percentuale di ricoveri e riammissioni in ospedale, calcolata tra il 5 ed il 17%, è dovuta la reazione negativa ai farmaci o a scorretta assunzione degli stessi^{1,2}.

Il *National service framework for older people* stabilisce obiettivi specifici per la revisione dei farmaci.

- La revisione annuale dei farmaci è un obiettivo per tutte le persone ultra 75enni, e per quanti assumano quattro o più farmaci la revisione deve essere semestrale. Per raggiungere questo obiettivo i medici di base e gli ospedalieri dovranno lavorare assieme.
- Tutti gli ospedali dovranno definire protocolli per la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione e, quando ho appropriato, schemi di autosomministrazione dei farmaci per gli anziani.

Quando il paziente si trova in ospedale è probabile che il modello di somministrazione dei farmaci che gli era familiare venga cambiato. Al fine di assumere i nuovi farmaci nel modo inteso da chi li ha prescritti, il paziente e/o il caregiver deve comprendere la ragione del regime farmacologico oltre che gestire fisicamente l'assunzione dei farmaci. Allo stesso modo, il suo medico di base deve ricevere informazioni aggiornate in modo da poter proseguire il piano farmacologico rivisto quando il paziente tornerà a casa. Assumere i farmaci secondo le istruzioni del proscrittore è un fattore importante in qualsiasi processo di valutazione mirato ad accertare le capacità di una persona di gestirsi a casa.

L'organizzazione del "prendere i farmaci a casa" può anche essere motivo di ritardo quando una persona è pronta per il trasferimento/dimissioni.³

A5.1.2 Cosa cerchiamo di ottenere?

Che al paziente vengano somministrati e che prenda i farmaci giusti, nelle dosi giuste, al momento giusto, sia quando è in ospedale che dopo le dimissioni.

Fondamentale nella continuità della gestione dei farmaci tra cure primarie ed acute:

- La risoluzione dell'episodio acuto, qualsiasi riabilitazione continua e recupero del paziente, evitare nuovi ricoveri e cure palliative efficaci.
- Garantire che il paziente non soffra di malattie causate da un utilizzo eccessivo, inappropriato o inadeguato di farmaci.

Tutto ciò è raggiungibile soltanto quando i servizi sono creati attorno ai pazienti, ai loro bisogni individuali e tengono conto dell'assistenza pre-ricovero, di quella ospedaliera e di quella successiva alle dimissioni.

A5.1.3 Alcuni problemi comuni

- Le informazioni ricevute dall'ospedale riguardanti le terapie dei pazienti possono non essere del tutto accurate e le prescrizioni sbagliate possono proseguire durante il ricovero ed alle dimissioni.
- I farmaci portati da casa dai pazienti vengono buttati via quando questi sono ricoverati in ospedale.
- Il medico ritarda nel prescrivere le "medicine da prendere a casa", quindi i farmaci non sono pronti quando il paziente sta per andarsene.
- I pazienti possono pensare che i farmaci che assumono in ospedale siano diversi da quelli che prendevano a casa e quindi assumerli entrambi, raddoppiando così le dosi di alcune medicine.
- Una volta a casa, i pazienti ritornano inadeguatamente al regime farmacologico precedente il ricovero.
- Le prescrizioni ripetute via computer dal medico di base dopo le dimissioni non sono sempre aggiornate con il piano terapeutico per rivisto in ospedale.
- La lettera di dimissioni arriva dopo la ripetizione della prescrizione.
- La lettera di dimissioni non fornisce informazioni complete: il medico non è chiaro sui cambiamenti esatti dei farmaci avvenuti in ospedale.
- Mancanza di comunicazione tra l'ospedale ed il farmacista di comunità del paziente.
- Disaccordi tra medici ospedalieri e medici di base riguardo le prescrizioni, fino a cambiare i farmaci del paziente dopo le dimissioni, ad esempio scegliendo quelli meno cari o generici.

A5.1.4 Come possiamo riprogettare i servizi attorno ai pazienti?

I processi di valutazione e programmazione dell'assistenza devono tener conto sia del tipo di farmaco che della capacità del paziente di assumerlo. Nella preparazione del paziente e del caregiver per il trasferimento/dimissioni, devono comprendere la valutazione e la programmazione di qualsiasi farmaco. Ciò è particolarmente importante quando il paziente ha bisogni complessi poiché è risaputo che il rischio di discrepanze nelle medicazioni è più elevato. La valutazione deve anche considerare se il paziente è in grado di assumere da solo i farmaci a domicilio oppure se ha bisogno di assistenza, sia personale (ad esempio c'è bisogno di una persona che somministri o che aiuti ad assumere le medicine) che meccanica (ad esempio etichette con scritte grosse per i pazienti con problemi di vista).

Il processo atto a garantire che il paziente abbia le medicine giuste al momento delle dimissioni deve cominciare al ricovero per garantire che la scheda dei farmaci sia accurata ed evitare che in ospedale vengano somministrate medicine/dosi sbagliate e che l'errore si perpetui dopo le dimissioni. L'identificazione precoce del problema farmaci può garantire che pazienti ricevano un aiuto mirato per superarli. In molte aree il ricorso ai farmacisti ed al ruolo esteso dei tecnici di farmacia ha facilitato l'approccio incentrato sul paziente/caregiver. I farmacisti tendono a produrre anamnesi farmacologiche più complete rispetto ai medici di reparto ed il loro può essere un valido contributo per migliorare i risultati dei pazienti.^{4,5}

Il farmacista possiede le conoscenze cliniche per ottimizzare il regime farmacologico e sviluppare un piano, mentre il tecnico di farmacia può supportarlo lavorando agli aspetti pratici che servono a migliorare la compliance - dove appropriato - in collegamento con l'assistenza primaria ed il farmacista di comunità. Tutto ciò è maggiormente efficace quando basato sul reparto, come parte del team multidisciplinare fondamentale per un gruppo di pazienti.

In alcune aree il ruolo dei farmacisti e dei tecnici è stato sviluppato per fornire la continuità assistenziale tra ospedale e domicilio. I farmacisti ospedalieri e di comunità hanno collaborato su pazienti giudicati ad alto rischio di non-compliance. Il farmacista di comunità effettua una visita di follow-up subito dopo le dimissioni e nel momento in cui è necessaria una nuova prescrizione da parte del medico di base. Questo approccio può servire a risolvere eventuali incomprensioni circa le medicine giuste da assumere e rafforzare la compliance. A seconda dei bisogni del paziente vengono programmate successive visite di follow-up.

A5.1.5 Schemi incentrati sul paziente

A seguito della pubblicazione, nel 2000, di *Pharmacy in the future, implementing the NHS plan*, sono stati raccomandati altri approcci che si spostino da un servizio basato sulla farmacia ad uno basato sul reparto e focalizzato sul paziente:

- One stop dispensing⁶
- Utilizzo dei farmaci personali del paziente
- Schemi di auto somministrazione

La "One stop dispensing" è la pratica di unire i farmaci per il ricovero e quelli per le dimissioni in un'unica fornitura, etichettata per le dimissioni. Le medicine vengono sempre più spesso fornite in pacchetti individuali per il paziente, il che significa che solitamente egli tornerà a casa con una scorta sufficiente per diverse settimane.

I farmaci personali del paziente implicano che questi li abbia con sé al momento della valutazione farmacologica e che vengano accettati o meno, secondo i protocolli locali di controllo della qualità. Questi farmaci vengono utilizzati durante la degenza e dopo le dimissioni.

L'auto-somministrazione si affida alle capacità del paziente di gestirsi ed alla formazione e supervisione richieste affinché diventi competente per farlo.

Questi schemi richiedono considerazioni pratiche riguardanti la conservazione dei farmaci e funzionano meglio quando il paziente dispone di un proprio armadietto della medicine, richiudibile, la cui chiave viene conservata dall'infermiere che le somministra.

Tutti questi schemi richiedono un'attenta gestione del progetto durante le fasi di programmazione e di implementazione a livello pratico all'interno dell'ospedale e vanno

concordati con l'assistenza primaria in caso di cambiamenti nelle prescrizioni o nei processi di comunicazione.

A5.1.6 Piano d'azione

- Concordare un approccio multidisciplinare trasversale tra l'assistenza primaria ed acuta per rivedere e progettare il cambiamento verso un approccio incentrato sul paziente.
- Valutare come possano essere utilizzati i ruoli del farmacista e del tecnico di farmacia nella valutazione e nella programmazione dell'assistenza di pazienti con bisogni complessi.
- Garantire che il processo di valutazione per le dimissioni comprenda la verifica delle capacità del paziente di gestire i farmaci a domicilio.
- Rivedere il processi di comunicazione tra l'assistenza acuta e primaria per garantire il follow-up dei pazienti ad alto rischio di non-compliance farmacologica, compreso il ruolo dei farmacisti indipendenti di comunità.
- Rivedere ruolo dei medici di reparto e dei farmacisti nella raccolta dell'anamnesi farmacologica al momento del ricovero e nella prescrizione dei farmaci da portare a casa.
- Concordare con la farmacia protocolli per l'utilizzo di salotti per le dimissioni.
- Utilizzare i media per pubblicizzare cambiamenti nella pratica, in particolare gli schemi per l'utilizzo dei farmaci di proprietà del paziente, che richiedono che i pazienti portino con loro in ospedale le loro medicine.

A5.1.7 Esempi pratici

- Il farmacista lavora a stretto contatto con lo staff delle unità di valutazione per raccogliere l'anamnesi farmacologica dettagliata e sviluppare un piano farmacologico. Il tecnico si mette in collegamento con l'ambulatorio del medico di base e con il farmacista di comunità per raccogliere tutte le informazioni rilevanti e quindi portare avanti il piano farmacologico sotto la supervisione del farmacista. Per svolgere questo ruolo, i tecnici ricevono un ulteriore addestramento.
- I farmacisti di comunità seguono i pazienti con piani farmacologici ad alto rischio in collegamento con i farmacisti ospedalieri.
- L'utilizzo di una fornitura unica con pacchetti per i pazienti o medicine di proprietà del paziente etichettate per le dimissioni significa che la maggior parte dei farmaci sono pronti in reparto al momento delle dimissioni.
- Dimettere un paziente con scorte di farmaci per almeno 14 giorni significa che non c'è fretta di ripetere la prescrizione e che quindi il medico di base ha il tempo di recepire il nuovo regime.
- L'ambulatorio del medico di base è dotato di protocolli chiari per l'aggiornamento delle cartelle informatizzate quando gli viene comunicata la revisione di un piano farmacologico.
- Le prescrizioni elettroniche possono aiutare la comunicazione tra il reparto, la farmacia e l'ambulatorio del medico di base. La firma elettronica è stata utilizzata all'interno di un quadro di riferimento concordato per la governance clinica. La prescrizione viene inviata elettronicamente al medico di base del paziente attraverso il SSNnet.

- L'utilizzo di un armadio per i farmaci da portare via a livello di reparto ha aiutato il farmacista a dispensare in reparto le prescrizioni semplici. L'accesso all'armadietto è riservato al farmacista ed esso contiene pacchetti già etichettati di antibiotici di uso comune, analgesici e preparati per uso topico. Il farmacista visita il reparto durante o immediatamente dopo il giro letti e controlla ed effettua la consegna di tutti i farmaci prescritti per le dimissioni.
- I pazienti vengono pienamente informati su come assumere i farmaci da infermieri di formazione avanzata, attraverso i consigli dei farmacisti o dei tecnici di farmacia pienamente addestrati. Viene loro consegnato un foglio di istruzioni e indica quando assumere i farmaci preparati dai farmacisti o dai tecnici.
- I farmacisti, e non i medici di reparto, scrivono le prescrizioni per le dimissioni, in collaborazione con il team multidisciplinare ed il consulente con responsabilità mediche. Il medico è ancora attualmente responsabile della sottoscrizione di una prescrizione in cui siano state apportate modifiche ai farmaci, qualsiasi sia stata la modifica.
- I farmacisti scrivono lettere di dimissioni riguardanti i farmaci fornendone il profilo completo ed indicando i dettagli relativi ai cambiamenti occorsi durante il ricovero in ospedale del paziente.

A5.1.8 Riferimenti

1. Cunningham [initial needed] *et al.* (1997). Drug related problems in elderly patients admitted to Tayside hospitals, methods for prevention and subsequent reassessment. *Age and Ageing* **26**: 375–382.
2. Manesse, C. *et al.* (1997). Adverse drug reactions in elderly patients as contributing factor for hospital admissions: cross sectional study. *British Medical Journal* **315**: 1057–1058.
3. Green, P. and Rees, L. (1999). Hospital discharge of elderly patients: is seamless care achieved? [Abstract]. British Pharmaceutical Conference, Cardiff. *Pharmaceutical Journal*, **263**.
4. Jones, S. (2002). Assessing the effectiveness of one stop dispensing. *Hospital Pharmacist* **9**: 237–239.
5. North, S., Leach, D. and Goodson, S. (2000). Clinical technicians could deliver seamless care. [Abstract, conference], *Pharmaceutical Journal* **265**: 527–528.
6. Hospital Pharmacists Group (2002). One-stop dispensing. Use of patients' own drugs and self-medication schemes. *Hospital Pharmacist* **9**: 81–86.

Appendice 5.2

Checklist per le dimissioni

Deve essere compilata 48 ore prima delle dimissioni

Compito	Eseguito da e commenti	Data/firma
Dati al paziente consigli scritti e verbali		
Discussa con il caregiver/famiglia l'assistenza al paziente		
Confermati gli arrangiamenti		
Avvertita la famiglia/caregiver della data di dimissione		
Il caregiver comprende come utilizzare qualsiasi equipaggiamento specialistico fornito		
Confermato il trasferimento delle responsabilità di coordinamento dell'assistenza & predisposte note per il nuovo coordinatore		
Lettera di dimissioni scritta e firmata		
Scritta la lettera del medico di base		
Lettera inviata via fax o e-mail all'assistenza primaria		
Provveduto per il trasporto: per conto proprio da parte dell'ospedale		
Confermati gli accordi per gli ausili a domicilio		
Completato l'addestramento per l'utilizzo degli ausili		
Chiesto ai parenti di portare abiti da far indossare al paziente per uscire		

Compito	Eseguito da e commenti	Data/firma
Chiavi di casa		
Riscaldamento acceso		
Cibo disponibile		
Discusse con il paziente e/o il caregiver le istruzioni sui farmaci		
Preparate le prescrizioni		
Consegnate le prescrizioni		
Informati i terapisti di comunità		
Informati gli infermieri di comunità		
Fissato un appuntamento di controllo		
Confermato il trasporto		

Appendice 5.3

Fornire gli ausili

5.3.1 Perché è importante?

Molti pazienti hanno bisogno di ausili o adattatori che li aiutino a gestirsi a casa o consentano a chi li assiste di farlo in sicurezza. In alcuni casi gli ausili o gli adattatori sono necessari anche in una casa di cura, in lungo degenza o in ambito di residenza protetta. I ritardi nel completare la valutazione e provvedere agli ausili necessari hanno causato per lunghi anni considerevoli problemi in molte parti del Paese. Queste difficoltà hanno contribuito a posticipare le dimissioni dei pazienti dagli ospedali. Il governo ha affermato che entro dicembre 2004 tutti gli equipaggiamenti di comunità per le persone anziane (es. a ausili e piccoli adattatori) saranno consegnati entro sette giorni dalla data della richiesta. Secondo la legge, a partire da aprile 2003 il governo ha intenzione di eliminare il ticket sugli ausili di comunità, quali i corrimano e alzamalati.

Storicamente la responsabilità di fornire gli equipaggiamenti è stata condivisa da SSN e dipartimenti locali dei servizi sociali. Entro il 2004, tutte le aree dovranno aver istituito un servizio congiunto di fornitura con criteri concordati di valutazione ed accesso. Questo ha lo scopo di ridurre tempi di attesa per i pazienti e dovrebbe facilitare la promozione dell'indipendenza e degli arrangiamenti adeguati per le dimissioni. Dovrebbe inoltre aiutare servizi a garantire che nelle visite domiciliari sia impegnato il personale adeguato. Per garantire che l'expertise del personale supporti le nuove direttive locali per la prescrizione degli ausili, introdotte come parte dell'iniziativa congiunta, si dovranno organizzare programmi di formazione.

Generalmente le tipologie di ausili o adattatori richiesti vengono suddivise in quattro categorie:

- Ausili semplici e facilmente trasportabili che possono essere acquistati presso attività commerciali e per i quali sono normalmente richieste istruzioni per l'uso minime, es. bastoni da passeggio, seggiolini da bagno.
- Ausili che richiedono che il paziente o il suo caregiver vengano addestrati per il corretto utilizzo. Tale addestramento riguarderà la riparazione e la manutenzione degli strumenti. Spesso questi ausili devono essere consegnati a casa del paziente e richiedono una installazione, es. alzamalati, letti, maniglie.
- Adattamenti della casa, per i quali, dopo la valutazione del terapeuta, è spesso necessario l'intervento di un architetto e dove serve un garante per finanziare il lavoro. Gli interventi da parte del Fondo di Garanzia per le Strutture per Disabili ed il finanziamento di tali opere variano nel Paese ed a seconda della proprietà del bene sul quale si deve intervenire. I ritardi nell'affidamento e nel completamento dei lavori necessari possono causare il posticipo delle dimissioni oppure la ricerca di una sistemazione provvisoria.
- Sedie a rotelle (manuale o elettrica).

Si presuppone che le case di cura in cui è prevista l'assistenza infermieristica abbiano, come parte dei servizi che forniscono, una serie standard di attrezzature disponibili per chiunque

le richieda e per la sicurezza del personale. Tra queste devono essere comprese: alzamalati, sedie a rotelle per uso occasionale, seggiolini per il bagno e la doccia ed attrezzi fissi come le maniglie. Tutti gli altri ausili necessari a soddisfare i bisogni peculiari di un individuo, gli devono essere o essere stati forniti sulla stessa base che se fosse stato in una casa privata, applicando gli stessi criteri di idoneità.

La tempestività nella consegna degli ausili al domicilio del paziente è importante se si vuole dimmetterlo in sicurezza e rispettando i suoi bisogni. Gli ospedali devono comprendere che solitamente i servizi locali di ambulanza non sono in grado o non sono equipaggiati per portare a casa altro strumento che non sia il bastone da passeggio. La consegna tempestiva può essere facilitata da:

- avere un magazzino ospedaliero per gli ausili semplici che possono lasciare l'ospedale con il paziente;
- l'utilizzo del personale, quale gli istruttori tecnici di un dipartimento ospedaliero di terapia occupazionale o un componente dei servizi sociali per consegnare gli ausili al momento delle dimissioni o, quando possibile, prima.

Le iniziative locali che possono supportare l'efficacia nella fornitura degli ausili comprendono:

- Finanziamenti delle aree locali, e regolare fornitura attraverso il servizio sedie a rotelle, di programmi di formazione accreditati per i terapeuti per valutare la necessità di tale ausilio.
- Revisione locale nello schema di consegna delle sedie a rotelle per dare ai pazienti una maggior scelta di sedie.
- Schemi di tuttofare per garantire che egli ausili ed i piccoli adattatori vengano installati a casa di un paziente entro pochi giorni dalla richiesta.
- Sistemazioni temporanee per i pazienti che attendono interventi importanti di adattamento nelle loro case in modo da poterli dimettere dal settore acuto prima del loro ritorno a casa.
- Centri di verifica dove i pazienti possono provare più alternative di ausili prima di decidere qual è più adatto a loro.
- Informazioni chiare alle persone che hanno bisogno degli ausili ed ai loro caregiver su come riconsegnarli quando non più necessari.

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito web dell'ICES www.icesdoh.org e nella pubblicazione *On the mend – hospital discharge and the role of Home Improvement Agencies*.

Appendice 5.4

Salotti per le dimissioni

A5.4.1 Che cosa sono?

In molti ospedali per acuzie sono stati creati dei salotti per le dimissioni. Si tratta di aree confortevoli, in cui è presente il personale, dove i pazienti possono attendere di essere trasportati a casa quando non c'è più bisogno del livello di assistenza infermieristica previsto in reparto. I familiari o gli addetti ai servizi di trasporto possono prelevare i pazienti da queste sale per accompagnarli a casa. Sono previsti pasti, bevande ed assistenza infermieristica di base. La dislocazione ideale sarebbe un'area dell'ospedale facilmente accessibile per il trasporto in ambulanza. In alcuni vi sono letti per i pazienti in attesa ma la maggior parte è dotata soltanto di sedie. Le chiavi del loro successo è un certo livello di coinvolgimento concordato con il servizio di farmacia in modo tale che i pazienti possono ricevere i farmaci da portare a casa e le relative istruzioni d'uso in quest'area.

I vantaggi dei salotti per le dimissioni sono:

- Diminuisce la pressione sui reparti ed aumenta la capacità.
- I servizi di trasporto non perdono tempo a cercare pazienti che sono stati spostati dal reparto che aveva prenotato il trasporto ad un altro.
- I pazienti in attesa di parenti, amici o servizi di trasporto che li portino a casa non occupano letti.
- Si possono evitare ritardi attendendo i farmaci per le dimissioni.

Fattori necessari per il successo:

- Una politica operativa rivista ed aggiornata con regolarità.
- La chiara comprensione all'interno dell'ospedale dello scopo e dell'utilizzo di quest'area, ad esempio il personale di reparto sa cosa deve essere pronto prima di spostare un paziente nel salotto.
- Comunicazione chiara con pazienti e caregiver riguardo quest'area, ad esempio attraverso volantini.
- Input regolari da parte del servizio di farmacia, spesso da parte di un tecnico.

Appendice 5.5

Bisogni alle dimissioni dei senzatetto

A5.5.1 Quali sono i problemi e le tematiche correnti?

In Inghilterra la maggior parte dei servizi che si occupano dei senzatetto possono indicare esempi di cattiva pratica in termini di dimissioni ospedaliere non programmate (soprattutto da parte dei reparti per acuti). Dove ciò accade, possono esistere sistemi strutturati di programmazione delle dimissioni ma possono non essere adeguatamente implementati. Assai più significativa è l'evidenza che sono stati interrotti gli accordi di assistenza o di reinsediamento e che le persone sono state inappropriatamente rimandate nei centri di accoglienza dopo un ricovero ospedaliero.¹

I senzatetto generalmente presentano problemi di salute più acuti della popolazione in generale. Esistono situazioni in cui vengono ricoverati in ospedale per trattamenti a breve termine e quindi dimessi verso destinazioni inadeguate o nuovamente abbandonati al loro destino. Questo può essere dovuto alla mancanza di informazioni riguardo la loro condizione di vita, il che può portare ad una dimissione da parte dello staff ospedaliero senza aver preso contatti preventivi con gli altri servizi interessati. Inoltre, la mancata programmazione a qualcuno può costare la perdita del posto letto in ostello. È fondamentale e gli ospedali tengano conto della condizione abitativa dei pazienti per garantire che nessuno venga destinato a luoghi non adeguati, o a nessun luogo, come risultato di una degenza ospedaliera.

Il ricovero di un senzatetto può offrire l'occasione di occuparsi in modo strutturato dei suoi problemi medici, sociali e mentali. Tuttavia, alcune procedure, soprattutto quelle riguardanti le dimissioni dei pazienti, vanno verificate per ridurre il rischio di avere dei senzatetto. A volte, gli operatori segnalano che c'è stata una inadeguata valutazione del rischio al momento dell'approccio al programma assistenziale e che le informazioni non sono state passate né allo staff di assistenza primaria né ai servizi.

È di importanza fondamentale che esistano buoni collegamenti tra l'ospedale ed i servizi esterni, soprattutto quelli che si occupano di donne senzatetto con figli. Non è semplice per una madre che vive in condizioni precarie, senza famiglia né amici, sottoporsi ad un intervento chirurgico. I bambini possono dover essere assegnati ad un affidamento temporaneo. L'iniziale permanenza in ospedale può prolungarsi. È evidente che le ostetriche di comunità possono non essere in grado di fornire assistenza post-natale e supporto alle madri che vivono in alloggi temporanei.

Tutti gli ospedali per acuzie devono attuare politiche formali di ricovero e dimissione che garantiscano l'identificazione dei senzatetto al momento dell'ingresso e la comunicazione dell'imminente dimissione ai servizi di assistenza primaria e di assistenza ai senzatetto interessati. Inoltre, per i pazienti dei reparti di psichiatria, sarà stilato con largo anticipo un piano di assistenza post-dimissioni e saranno messe in atto procedure che garantiscano una sistemazione adeguata e la continuità assistenziale.

A5.5.2 Piano d'azione

I manager responsabili delle dimissioni negli ospedali per acuzie e quelli dei servizi sociali devono garantire che le loro politiche comprendano linee guida per il personale e si occupa di senzatetto di età sia inferiore e superiore ai 65 anni.

Solitamente da parte dei compiti dei servizi sociali, in collegamento con le unità locali per i senzatetto, facilitare l'assistenza degli ultrasessantacinquenni. I bisogni dei più giovani sono coperti dalle suddette unità locali.

Si può avere buona pratica quando c'è un accordo chiaro tra unità per i senzatetto, ospedale per acuzie e unità di assistenza primaria su come stabilire riferimenti adeguati collegamenti tra le tre strutture. Questo è essenziale per: supportare le dimissioni degli individui non hanno una casa; garantire che abbiano accesso ai servizi di assistenza primaria che supervisioneranno la loro assistenza clinica dopo le dimissioni; garantire che le strutture per acuzie non vengano utilizzate in modo inappropriato.

A5.5.3 Riferimenti

1. Fisher, K. and Collins, C. (1993). *Homelessness, health care and welfare provision*. London: Routledge.

Appendice 5.6 Ricovero di persone con bisogni aggiuntivi – disabilità intellettive, problemi di salute mentale o demenza

A5.6.1 Quali sono i problemi?

La maggior parte delle persone ricoverate in ospedale si troverà ad affrontare un certo livello di distress psicologico che il personale dovrà gestire. Tuttavia, le persone che arrivano in Dipartimento Urgenze ed Emergenze o hanno bisogno di cure in un ospedale per acuzie presentano difficoltà che vanno al di là dei loro bisogni fisici di salute e possono necessitare di input specialistici. Questo può essere, ad esempio, il risultato di problemi di salute mentale, di abuso di sostanze, di stato confusionale, di demenza o di disabilità intellettive. Tutto ciò può rappresentare un'ulteriore sfida sia per il paziente che per il personale. Per quest'ultimo, in particolare, può risultare difficile identificare e quindi soddisfare i bisogni. Le sfide per il personale non abituato a lavorare con persone con questo tipo di difficoltà possono complicarsi quando i pazienti hanno paura, si sentono confusi e traditi, non supportati ed incapaci di comunicare efficacemente. Questa situazione può protrarsi durante il ricovero. Benché i problemi possano essere alleggeriti coinvolgendo membri dei team specialistici per le disabilità intellettive, l'abuso di sostanze e la salute mentale, molti servizi per acuzie sono lenti nel richiedere l'aiuto di questi esperti, che possono rappresentare una risorsa inestimabile per il supporto dello staff e dei pazienti.

Tra i problemi comuni per questi individui sono compresi:

- lo staff affronta problemi di comunicazione che rendono difficile capire se il paziente è in grado di fornire il proprio consenso e/o comprendere il processo alla quale verrà sottoposto;
- reparti aperti che non offrono la sensazione di sicurezza di cui molte persone hanno bisogno, poiché l'ambiente di reparto è indaffarato e caotico;
- l'accento sulle dimissioni precoci limita il tempo per la valutazione completa e non sempre tutti i bisogni dei pazienti vengono identificati o trattati. Essi possono ritornare in comunità o in istituto con dei bisogni non ancora soddisfatti;
- piani di cura spirati senza aver ottenuto informazioni di vitale importanza da parte dei servizi sanitari, sociali, familiari o per la casa che sono a conoscenza dei reali bisogni e delle effettive difficoltà.

Alcune comuni difficoltà negli ospedali per acuzie comprendono:

- collegamenti tra servizi specialistici e Dipartimento Urgenze ed Emergenze, ad esempio non esistono o non sono utilizzati efficacemente i collegamenti con i servizi di salute mentale o di assistenza alle disabilità intellettive. Il personale di questi servizi può fornire informazioni di importanza vitale sui bisogni sociosanitari di un paziente ed anche aiutarlo a comprendere che cosa implica il processo di pronto soccorso. Per rispondere ai pazienti con bisogni di salute mentale che necessitano di aiuto immediato, potrebbe essere presente nel Dipartimento Urgenze ed Emergenze un operatore

"gateway". Questa persona, se necessario, sarebbe in grado di far intervenire il team anti-crisi;

- ritardi nell'ottenere consigli esperti per una valutazione più dettagliata o per la riabilitazione poiché mancano gli accordi/finanziamenti, oppure lo staff per acuzie ritiene sia troppo tardi nel processo di valutazione;
- le richieste ai caregiver e l'importanza di una valutazione completa dei loro bisogni quando il paziente ha problemi di salute mentale gravi e/o duraturi o di demenza non sempre riconosciuti. Questo può portare a ritardi nella richiesta di valutazione dei caregiver e/o a piani di dimissione incompleti e non realistici;
- gli altri ricoverati possono sentirsi a disagio quando un paziente in queste condizioni occupa il letto accanto al loro. Ciò è particolarmente vero quando il comportamento della persona è agitato o se mostra sintomi e comportamenti di sfida. Può causare ansia sia nei pazienti che nel personale e portare a ritenere che i bisogni di quel singolo individuo non siano stati soddisfatti come avrebbero dovuto;
- l'ambiente ospedaliero o il dipartimento di terapia occupazionale non sono necessariamente il luogo migliore dove verificare le abilità pratica. Può essere il caso della valutazione delle ADL, che, se effettuata in ospedale, può risultare inefficace e non fornire un'immagine reale di quelle che sarebbero le capacità del paziente nel suo ambiente domestico;
- i team multidisciplinari per acuzie spesso sono lenti nel ricorrere ai consigli specialistici del team di salute mentale. Ciò significa che le valutazioni non sono olistiche e che possono tener maggiormente conto dei bisogni di salute fisica rispetto quelli di salute mentale. Spesso non si cerca l'input dell'esperto fino a quando non scoppia una crisi;
- non vengono compresi i bisogni di riabilitazione diversi né gli approcci che possono facilitare delle dimissioni efficaci;
- il numero limitato di servizi di qualità per persone affette da demenza a cui rivolgersi, può rendere difficile dimettere qualcuno quando non c'è più bisogno che il settore per acuzie sia coinvolto nella sua assistenza.

A5.6.2 Azioni per i committenti

I committenti dovrebbero considerare:

- l'opportunità di input da parte dei servizi di salute mentale e disabilità cognitive nel Dipartimento Urgenze ed Emergenze;
- supporto al ruolo costante dei servizi di patronato ed ai loro input nel settore acuzie e nei servizi commissionati per la salute mentale e le disabilità cognitive per poter lavorare con un paziente mentre sono impegnati nel settore acuzie. In alternativa, garantire che il servizio di counseling e collegamento per il paziente abbia gli adeguati collegamenti con i servizi specializzati di counseling e sostegno;
- supportare lo sviluppo di sistemi di comunicazione non verbale, ad esempio libri illustrati;

- creare, nei reparti di salute mentale per anziani, degli spazi destinati a coloro che vengono ricoverati in condizioni di confusione acuta, offrendo loro un ambiente più adatto.

A5.6.3 Azioni per i servizi per acuzie, salute mentale e disabilità intellettive

I manager dovrebbero considerare di:

- supportare l'addestramento del personale in tema di: consenso, salute mentale di base, trattare con persone confuse e l'impatto di una disabilità intellettiva sul funzionamento fisico e sulla comunicazione;
- sviluppare protocolli o linee guida per gestire i ricoveri d'emergenza, quelli programmati e gli accessi al Dipartimento Urgenze ed Emergenze, compresi semplici mezzi illustrati di comunicazione per persone con disabilità intellettive (vedere Appendice 5.7 per un esempio);
- offrire tempo e supporto attivo agli operatori dei team di salute mentale e disabilità intellettive per supportare i loro pazienti quando si trovano ricoverati nel settore acuzie e salute fisica;
- lavorare con la polizia per localizzare un "luogo di sicurezza", così come definito nel Mental Health Act, adiacente al Dipartimento Urgenze ed Emergenze;
- sostenere l'addestramento ed il supporto del personale dei servizi di counseling e collegamento

Gli operatori dovrebbero considerare di:

- coinvolgere attivamente il coordinatore del CPA per e con il cliente in qualsiasi lavoro di pre-ricovero effettuato nel settore acuzie, ad esempio presentarsi agli appuntamenti, visitare il reparto, parlare allo staff;
- se lavora nel settore acuzie, guardare ad ogni paziente come ad un individuo, comprenderne le ansie e lavorare con lo staff dei servizi specialistici per alleviarle;
- ricercare attivamente il coinvolgimento delle famiglie e/o dello staff professionale dei servizi sociosanitari.

A5.6.4 Esempi di buona pratica

- Supporto domiciliare intensivo da parte del team territoriale di salute mentale o per le persone colpite da disabilità intellettive per garantire che il ricovero si è più breve possibile.
- Visite regolari in ospedale. Schemi di comunità e riabilitazione per supportare gli individui ed il personale che lavorano con il cliente.

Allegato 5.7 Linee guida per il settore delle acuzie quando si assiste una persona con problemi intellettivi

A5.7.1 Preparazione al ricovero

A5.7.1.1 Stabilire il contatto

E' consigliabile che il reparto/unità ospedaliera si metta in contatto con il paziente con il massimo anticipo possibile in modo da predisporre tutto. Ciò può significare:

- visita di pre-ricovero per la persona con problemi intellettivi (paziente) e chi lo assiste;
- discutere circa il consenso;
- fissare gli appuntamenti successivi;
- creare collegamenti con lo staff territoriale che segue le persone con intellettivi/gli assistenti sociali.

In ogni caso, entro il 2005, tutte le persone con handicap intellettivo che lo desiderano avranno un piano d'azione sanitaria (HAP). Si tratta di un piano personale che dettaglia le azioni necessarie per mantenere e migliorare la salute di un individuo, specificando gli aiuti richiesti per raggiungere questo obiettivo. Il piano sarà solitamente co-prodotto con il paziente. L'HAP può assumere la forma di agenda, elencando elementi quali la dieta, l'esercizio fisico, le terapie, gli appuntamenti dal dentista e dall'oculista. Può anche comprendere piani più provvisori per coprire episodi specifici quali il ricovero ospedaliero per un'operazione. Se la persona non ha ancora un HAP, questo è il momento buono per iniziarne uno. Una buona guida pratica sugli HAP è disponibile sul sito Web:

www.doh.gov.uk/learningdisabilities.

Se è il caso, questo contatto può coinvolgere anche i genitori del paziente, il caregiver familiare o di struttura.

A5.7.1.2 Ridurre l'ansia

E' ben noto il fatto che alcune persone con problemi intellettivi sono ansiose riguardo le cure mediche. Per questo motivo, la preparazione è fondamentale per eliminare ogni timore e ridurre al minimo le preoccupazioni. Costruire una relazione e sviluppare la consapevolezza di cosa aspettarsi dalle procedure mediche può richiedere diverse visite al reparto/unità.

Questo contatto allo scopo di aiutare lo staff di reparto a comprendere i bisogni specifici dell'individuo.

A5.7.1.3 Coinvolgere il team di comunità per le persone con problemi di apprendimento

Quando la persona vive indipendentemente, se richiesto, si può contattare il team locale di comunità per l'assistenza alle disabilità di apprendimento per offrire supporto al paziente. Prima del ricovero questo team territoriale può anche agire da collegamento tra:

- medico di base e team di assistenza primaria;
- assistenti sociali;
- reparto/unità ospedaliero.

Questa risorsa può anche estendersi per supportare il paziente nell'organizzazione delle dimissioni.

A5.7.1.4 Contattare il team di comunità per le persone con problemi di apprendimento

L'infermiere nominato/che valuta il paziente viene avvertito di contattare il team di comunità per le persone con problemi intellettivi prima del ricovero per ottenere i consigli ed il supporto necessari.

In seguito, l'infermiere di cure intensive o il coordinatore si metterà in collegamento con i colleghi di comunità e/o con gli assistenti sociali secondo necessità.

A5.7.2 Il libro ospedaliero

A5.7.2.1 Prima di utilizzare il libro

Per le persone con disabilità intellettive, il libro con le informazioni personali serve a fornire dati riguardanti l'assistenza utili ad agevolare la loro permanenza in ospedale. Utilizzandolo, il paziente, il genitore il caregiver che lo compilano possono avere una buona anamnesi sanitaria e sociale.

A5.7.2.2 Accesso al libro compilato durante il ricovero

Si raccomanda che una copia del libro sia conservata dalla persona con disabilità intellettiva (paziente) oppure, se quest'ultimo ha dato il suo consenso, può essere conservata assieme alla cartella clinica per un più facile accesso da parte del team multidisciplinare. Questo può servire a promuovere l'assistenza ospedaliera del paziente consentendo la comunicazione dei suoi bisogni.

A5.7.3 Ricovero d'emergenza

A5.7.3.1 Prima dell'arrivo

Se una persona con handicap intellettivi necessita di un ricovero urgente in ospedale e se l'individuo ha bisogni particolari, chi lo assiste deve essere incoraggiato a contattare il pronto soccorso prima dell'arrivo in ospedale ed informarle il personale della circostanza particolare.

A5.7.3.2 Il triage

L'infermiere addetto al triage deve essere informato dell' atteso arrivo del paziente

A5.7.3.3 Supporto ai genitori / caregiver

In alcune situazioni l'infermiere addetto al triage, lo staff medico, i sanitari in genere devono rispondere ai bisogni dei genitori/caregiver poiché possono essere sconvolti e preoccupati ed aver bisogno di supporto addizionale.

A5.7.3.4 Contattare i genitori/la famiglia/ i parenti prossimi o il caregiver

Se il paziente arriva da solo al dipartimento urgenze ed emergenze, si deve valutare se si è caso di prendere contatto con i genitori, la famiglia, i parenti prossimi o il caregiver. Questo contatto può aiutare il personale a comprendere ogni eventuale ulteriore bisogno di supporto dell'individuo e quindi a soddisfarlo.

A5.7.3.5 Utilizzare il libro ospedaliero

Il libro ospedaliero fornirà ulteriori informazioni sulla comunicazione ed i bisogni personali. Infermiere addetto al triage deve farvi riferimento e deve utilizzare materiale di supporto per portare a termine una valutazione che coinvolga il paziente.

A5.7.3.6 Sale d'attesa

Per ridurre al minimo le ulteriori preoccupazioni a carico del paziente nel tempo di attesa, si deve rendere disponibile l'accesso a zone tranquille.

A5.7.3.7 Corsia preferenziale attraverso il Pronto Soccorso

L'infermiere ed il medico del dipartimento Urgenze ed Emergenze, responsabili dell'assistenza al paziente, quando lo ritengono necessario, faranno in modo di garantirgli una corsia preferenziale.

A5.7.3.8 Preparazione al ricovero in reparto

Se il paziente deve essere trasferito in una unità/reparto dell'ospedale, quando necessario, l'infermiere deve avvertire il dipartimento di contattare:

- i genitori/caregiver del paziente;

- la risorsa infermieristica di reparto per le disabilità intellettive;
- il coordinatore dell'assistenza/l'infermiere di pronto intervento del team di comunità per le disabilità intellettive;
- il facilitatore sanitario per una consulenza sull'organizzazione locale di un supporto specialistico per le disabilità intellettive (ogni struttura di assistenza primaria deve dotarsi di un facilitatore identificato e deve esserci un contatto nominato per ogni ambulatorio medico di base)

A5.7.4 Il ricovero in reparto

A5.7.4.1 Il processo di ammissione

Al momento del ricovero è buona pratica ottenere il passaggio di consegne da parte del caregiver, incoraggiando il pieno coinvolgimento del paziente. Nella cartella del paziente devono essere chiaramente documentati riferimenti al caregiver principale ed i numeri telefonici di contatto.

A5.7.4.2 Il passaggio di consegne

Il passaggio di consegne all'infermiere di reparto deve coinvolgere il paziente attraverso l'utilizzo del libro delle informazioni personali e le schede allegate.

A5.7.4.3 Il coinvolgimento/informazione costante del paziente

Durante la permanenza in ospedale i pazienti e, se è il caso, i loro caregiver devono essere tenuti informati circa il proprio piano assistenziale multidisciplinare.

A5.7.4.4 Supporto del caregiver

L'infermiere di reparto/unità deve discutere con il paziente ed il caregiver sul tipo di supporto che quest'ultimo/il genitore può essere in grado di fornire. Può trattarsi di assistenza a breve termine (es. aiutare il paziente ad inserirsi nel nuovo ambiente) o a lungo termine (es. visite regolari al momento dei pasti). Se ciò non è possibile ed il caregiver non è in grado di accompagnare il paziente con cadenze regolari, questi deve rendere disponibile all'infermiere di reparto un piano di supporto dettagliato, che comprenda i bisogni nutrizionali e di comunicazione del paziente, unitamente al libro delle informazioni personali.

A5.7.4.5 Comunicazione

Il paziente richiederà più tempo per l'assistenza e la comunicazione, specialmente nei primi giorni successivi al ricovero. Il libro ospedaliero aiuterà le persone con disabilità intellettive a comunicare ai propri bisogni in ospedale. Consentirà anche al personale ospedaliero di aiutare la persona a prendere decisioni riguardanti il trattamento e gli accertamenti.

A5.7.4.6 Guarigione

Durante la guarigione, i professionisti della salute devono tener conto del fatto che una persona con problemi intellettivi può impiegare più tempo ad aver bisogno di maggior incoraggiamento per riprendersi completamente. È importante ottenere la

cooperazione dei pazienti seguendo i loro ritmi. In questo, sarà utile il libro ospedaliero.

A5.7.4.7 Supporto continuo durante permanenza in ospedale

Quando un individuo è convalescente da un intervento chirurgico, è necessario dedicargli più tempo per l'assistenza e il supporto. I caregiver vanno incoraggiati a ad aiutare i pazienti nei trattamenti quando la loro partecipazione ad esercizi che aiutino la riabilitazione è sollecitata da infermieri, fisioterapisti, medici, terapisti occupazionali.

Quando si spiegano i trattamenti, è consigliabile ottenere il supporto del caregiver, dell'infermiere di comunità per le disabilità intellettive, dell'assistente sociale e degli altri specialisti del team, quali i logopedisti, i fisioterapisti, gli psicologi e gli psichiatri. La documentazione del piano d'azione deve essere compilata da tutte le figure coinvolte.

Oltre ad utilizzare il libro ospedaliero le schede allegate, lo staff ospedaliero va incoraggiato a far ricorso a tutte le altre risorse comunicative adeguate a facilitare la comunicazione con una persona con deficit intellettivo. Le illustrazioni possono servire a far comprendere paziente le cure e gli accertamenti cui viene sottoposto o a comunicare bisogni clinici e personali.

Prima delle dimissioni, l'infermiere di reparto/unità deve mettersi in contatto con i colleghi sanitari o sociali che seguono l'individuo. Nel primo caso il contatto deve avvenire con l'infermiera o il coordinatore sanitario di comunità del team per le disabilità, nel secondo con l'assistente sociale. Se è il caso, si consiglia che il team di assistenza domiciliare è quello di assistenza primaria coordinino le procedure di dimissione.

Appendice 5.8

Problemi comuni e semplici soluzioni

Una serie di fattori possono contribuire a ritardare il trasferimento di un paziente da un ambito assistenziale ad un altro o a casa propria. C'è una notevole coerenza tra i problemi che causano ritardi. In molti casi, soluzioni molto semplici e relativamente economiche, possono ridurre l'impatto. *Per analizzare il problema e coinvolgere gli stakeholder chiave nell'identificazione delle corrette soluzioni, è necessario intraprendere un lavoro diagnostico.* L'elenco che segue fornisce alcune idee pratiche per facilitare la discussione.

Coordinare il viaggio del paziente

Problemi	Soluzioni
Le dimissioni si concentrano tra il lunedì e il martedì	<ul style="list-style-type: none">➤ I servizi vengono commissionati ed organizzati su sette giorni la settimana➤ Il giorno effettivo delle dimissioni viene concordato con la famiglia ed i caregiver tenendo conto del supporto che possono offrire
Servizi limitati per aiutare a prevenire i ricoveri ospedalieri evitabili, fornire promozione sanitaria o schemi di gestione delle patologie croniche	<ul style="list-style-type: none">➤ Ambulatori per le cadute➤ Ambulatori di Medicina Generale basati su A&E➤ Terapisti basati su A&E➤ Il coordinatore dell'ambulatorio per le cadute si mette in collegamento con i gruppi locali di ginnastica per gli anziani e fornisce supporto e/o formazione
Al servizio di assistenza primaria non è chiaro se per rispondere ai bisogni clinici del paziente è necessario il ricovero	<ul style="list-style-type: none">➤ Attivare una "hot line" affinché i medici di base possano avere risposte immediate in relazione all'assistenza sanitaria e/o sociale➤ Collegamenti dei medici di base con i consulenti per ulteriori consigli
Pronto soccorso unico punto d'accesso per gli interventi fuori orario	<ul style="list-style-type: none">➤ Cooperative di medici che operano fuori orario nel pronto soccorso o nei suoi pressi➤ Ampia pubblicizzazione del numero telefonico diretto del SSN➤ I servizi infermieristici di comunità e quelli sociali operanti fuori orario, lavorano assieme per accedere alle informazioni e supportare i pazienti fino a che non si rendano disponibili i servizi principali, ad esempio informazioni concordate sull'accesso all'assistenza primaria e di comunità, budget comune per lo staff generico
Limitata copertura medica notturna in comunità	<ul style="list-style-type: none">➤ Per aumentare le risorse umane e consentire la condivisione dell'expertise, creare servizi infermieristici notturni assieme alle cooperative di medici operativi fuori orario.

Problemi	Soluzioni
Una volta iniziata l'alimentazione PEG non viene controllata e molte volte porta ad un nuovo ricovero o a pazienti che vi ricorrono più a lungo del necessario	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esiste un servizio di terapia del linguaggio e della parola e/o di dietetica per seguire e rivalutare l'adeguatezza dell'alimentazione PEG continua
Le dimissioni vengono ritardate per mancanza di accordi riguardanti il pagamento dei set per l'alimentazione PEG	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Affidare la gestione del budget per le PEG ad un unico servizio che copra l'assistenza ai pazienti interni ed esterni ➤ Il dipartimento di Dietologia dell'ospedale, quando il paziente proviene da un'altra zona, qualche giorno prima delle dimissioni lo orienta verso prodotti disponibili nella sua area di provenienza
Follow-up limitato o nullo per i pazienti disfagici	<ul style="list-style-type: none"> ➤ fornire interventi di logoterapia come parte dei servizi di assistenza intermedia

Comunicazione tra i servizi primari e secondari e continuità dell'approccio

Problemi	Soluzioni
L'assistenza primaria o sociale ritiene di non ricevere le informazioni richieste su un paziente quando questo viene trasferito dal settore acuzie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coinvolgere il personale dell'assistenza primaria e secondaria nella definizione della documentazione standard per il ricovero e le dimissioni, ad esempio una scheda da trasmettere al momento del ricovero ed alle dimissioni.
Ritardi nell'ottenere le informazioni da parte dei servizi ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fax in ogni reparto per trasmettere il rapporto non appena il paziente viene trasferito e renderlo disponibile in altri ambiti.
Ritardi nell'ottenere l'equipaggiamento necessario a supportare le dimissioni	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Magazzino ospedaliero per gli ausili semplici e più frequentemente richiesti; terapisti in grado di distribuirli e consegnarli. ➤ Protocolli per l'accesso ai magazzini.
Il paziente riprende le terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'ospedale e non comprende o non rispetta il nuovo regime terapeutico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Al momento del ricovero un farmacista provvede alla revisione delle terapie, viene posto in essere un piano farmacologico ed iniziato l'addestramento alla compliance.
Ritardi nelle dimissioni quando l'addestramento del caregiver richiede una revisione di aspetti assistenziali riguardanti persone con difficoltà fisiche e/o di comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accordi tra strutture di assistenza primaria, servizi sociali ed ospedale per la responsabilità ed il finanziamento. ➤ Programmi di formazione per le famiglie ed i caregiver forniti a cadenza regolare, possibilmente dal settore volontariato o in collaborazione con questo

Ospedali per acuzie

Problemi	Soluzioni
Le informazioni sulla situazione domestica arrivano in ospedale molto lentamente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schemi locali che consentano al servizio di ambulanze di portare le informazioni essenziali, stile "messaggio in bottiglia". ➤ L'assistenza primaria identifica i pazienti a rischio, i quali porteranno con loro una piccola tessera consegnatagli dal medico di base e contenente le informazioni sociosanitarie fondamentali.
Le informazioni riguardanti il paziente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unica serie di annotazioni utilizzata da tutti e tenuta a livello

Problemi	Soluzioni
non si trovano in un unico luogo in ospedale	di reparto
I pendolari accettati in reparto in un ospedale per acuzie mancano la ronda di consulto e ne conseguono ritardi in tutti gli aspetti dell'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema di coordinatore di casi operativo in ospedale ➤ Protocolli che consentano all'infermiere o al terapeuta di dimettere i pazienti ➤ Sistema ospedaliero per l'identificazione dei pendolari a favore del coordinatore a garanzia che il piano di dimissioni venga preparato e rispettato. ➤ Il coordinatore dell'assistenza avverte quotidianamente il team per le dimissioni di eventuali nuovi pendolari ➤ Il team per le dimissioni visita ogni giorno tutti i reparti
Ritardi nell'ottenere indicazioni riguardo le terapie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criteri concordati per il riferimento ai servizi di terapia. ➤ Nominare i terapisti per reparto/letto. ➤ Utilizzo proattivo degli operatori di supporto per lo screening dei potenziali pazienti per la riabilitazione. ➤ Sviluppo del ruolo di operatore generico per farlo lavorare con gli infermieri ed i terapisti.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criteri concordati per il riferimento ai servizi sociali. ➤ Nominare un manager dell'assistenza sociale per reparto/letto o identificare un numero unico di riferimento. ➤ Utilizzo proattivo degli operatori sociali di supporto per lo screening.
Il team ospedaliero è lento nell'identificare tematiche complesse che possono causare ritardi nelle dimissioni, ad esempio: mancanza del medico di base, grandi interventi di adattamento della casa, senza tetto..	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sviluppare un semplice proforma per lo screening al momento del ricovero. ➤ Il coordinatore dell'assistenza organizza una valutazione completa che coinvolge tutto il team multidisciplinare. ➤ Avvertire il team per le dimissioni di tali pazienti in modo da ottenere rapidamente aiuto per loro. ➤ Introdurre un sistema di schedatura che renda semplice la loro identificazione, ad esempio cartelline di colore diverso, frontespizio particolare della cartella clinica.
Pazienti interni dal comportamento particolare e/o con problemi cognitivi non sono ben seguiti in reparto e possono rappresentare un rischio per gli altri	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sono operativi accordi per l'accesso rapido ai consulti di specialisti in salute mentale o disabilità cognitive da parte di medici o infermieri specializzati, che consentono un approccio condiviso.
Incertezza in Pronto Soccorso su quale sia il modo migliore di trattare pazienti che possono avere, o hanno, problemi di salute mentale, si trovano in stato confusionale o presentano deficit cognitivi.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ I servizi di Salute Mentale & Disabilità Cognitive attivano servizi di collegamento continuo e si interfacciano con quelli di emergenza. ➤ Semplici programmi di addestramento per il personale delle Emergenze, proposti da team specializzati.
Pazienti con problemi di salute mentale. Le disabilità cognitive e la demenza costituiscono un problema di gestione in reparto.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Per i ricoveri programmati, l'operatore addetto all'approccio del programma assistenziale si reca in ospedale con il paziente prima del ricovero per permettergli di conoscere l'ambiente e per discutere gli aspetti gestionali del ricovero con il personale.

Problemi	Soluzioni
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ I servizi di collegamento forniscono allo specialista locale di Salute Mentale o al team per le disabilità cognitive immediati input all'interno dei protocolli di riferimento disponibili.

Comunicazione con i pazienti ed i caregiver

Problemi	Soluzioni
Il paziente e/o il caregiver non si sente supportato subito dopo le dimissioni; è incerto circa gli arrangiamenti adottati e su come utilizzare gli ausili.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infermiere, assistente sanitario, assistente domiciliare o altra figura del reparto telefona il giorno dopo le dimissioni per sapere come il paziente/caregiver se la sta cavando. ➤ Schemi " A casa dall'ospedale" per le persone che vivono sole. ➤ Al paziente che lascia l'ospedale viene fornito un numero telefonico da contattare per consigli/rassicurazioni.
Al momento delle dimissioni il caregiver afferma di non essere in grado, di non volere che il proprio parente ritorni a casa.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Chiarire al momento del ricovero il livello di coinvolgimento che il paziente desidera abbia il suo caregiver nel processo decisionale riguardante la sua assistenza. ➤ Formare il personale ospedaliero sui principi del lavoro con i caregiver come partner. ➤ Concordare chi nel team multidisciplinare assume il ruolo di leader nel rapportarsi con i caregiver su base individuale. ➤ Avere informazioni disponibili per i caregiver riguardo il loro diritto ad una valutazione.

Caratteristiche individuali del paziente

Problemi	Soluzioni
Il paziente o il caregiver non è in grado di comprendere le informazioni scritte	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informazioni disponibili nella lingua locale, in cassetta audio, sotto forma di immagini, in semplici libretti. ➤ Utilizzo di tutori. ➤ Il coordinatore dell'assistenza verifica la comprensione e rinforza i messaggi in forma visiva dove necessario.
Il paziente non è in grado di comprendere, né di partecipare, al processo decisionale riguardante la sua assistenza a causa di difficoltà nella comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantire che il servizio di terapia del linguaggio venga coinvolto nel decidere la tipologia, i contenuti e lo stile dei volantini e che i pazienti con difficoltà di comunicazione, es. afagia, vengano visitati dal terapeuta. ➤ I servizi di terapia del linguaggio addestrano gli altri operatori a lavorare con pazienti con difficoltà di comunicazione.
Il paziente non parla inglese	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingaggiare servizi di interpretariato per evitare l'utilizzo inadeguato di membri della famiglia, soprattutto bambini.
Il paziente non ha un medico di base	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'assistenza primaria assegna il paziente ad un medico di base non appena possibile dopo il ricovero. ➤ Le unità di assistenza primaria hanno un nome di riferimento del settore acuzie da contattare in tali circostanze.

Problematiche collegate allo staff

Problemi	Soluzioni
Forte necessità di ricorrere a personale temporaneo che non comprende il sistema socio-sanitaria inglese.	<ul style="list-style-type: none">➤ Disegnare il percorso nel modo più semplice possibile.➤ Utilizzare le check-list come promemoria.
I medici più giovani non conoscono bene i servizi locali e le politiche di ricovero e dimissione	<ul style="list-style-type: none">➤ Limitare il numero di reparti che un medico giovane deve coprire.➤ Obbligo formale a coprire la programmazione delle dimissioni, la prevenzione degli schemi di ricovero, le risorse di comunità
Il personale non comprende il sistema più ampio	<ul style="list-style-type: none">➤ Programmi di formazione condivisi.➤ Gli ambulatori dei medici di base ospitano incontri con altre realtà e con i dipartimenti dei servizi sociali per condividere idee e buona pratica.➤ Programmi a rotazione ed inviti aperti ai settori indipendente e delle acuzie per imparare assieme allo staff dell'assistenza primaria e sociale.➤ Programmi di affiancamento per il personale chiave.

6. Assistenza intermedia, assistenza transitoria e domicilio protetto

Il *principio chiave* che regge questo aspetto di una politica efficace di dimissioni e trasferimento dell'assistenza è:

- I servizi di assistenza intermedia e di storia vengono utilizzati nel modo più efficiente possibile, in modo che l'esistente capacità ospedaliera sia usata adeguatamente ed i pazienti raggiungano risultati ottimali.

Oggi giorno esistono una serie di servizi e nuovi metodi di lavoro che forniscono assistenza incentrata sulla persona e consentono alle persone di vivere in un ambiente supportato, ricevendo l'assistenza, l'aiuto e - a volte - la riabilitazione necessari. Questi servizi possono anche aiutare il settore delle acuzie ad evitare i ricoveri inutili, a facilitare le dimissioni tempestive e ad aumentare la capacità del sistema sociosanitario locale¹.

6.1 Assistenza intermedia

Il PSN definisce un nuovo programma per promuovere l'indipendenza delle persone anziane attraverso lo sviluppo di una serie di servizi erogati in partnership tra l'assistenza primaria e secondaria, i servizi di governo locale - in particolare l'assistenza sociale - ed il settore privato. L'assistenza intermedia è una componente fondamentale del programma ed è punto nodale nell'agenda per la modernizzazione. Si tratta di una serie di servizi integrati finalizzati a:

- promuovere la rapida guarigione dalla malattia;
- evitare ricoveri inutili negli ospedali per acuzie;
- supportare le dimissioni tempestive;
- ridurre per quanto possibile il ricorso all'assistenza lungo termine;
- massimizzare la vita indipendente.

Questo tipo di supporto può essere offerto sia a domicilio del paziente che in altri ambiti domestici, nei centri diurni e negli ospedali, così come in situazioni assistenziali e di riabilitazione più tradizionali quali gli ospedali di comunità e le case di cura. Tuttavia, si deve accettare il fatto che questi servizi non sono una prerogativa delle iniziative di *assistenza intermedia*; anche altri servizi possono fornire interventi mirati allo stesso fine.

L'assistenza intermedia non è un'opzione extra. È designata a garantire che i pazienti ricevano il tipo e la qualità di assistenza giusti al momento giusto. Contribuisce all'utilizzo efficace delle risorse e delle capacità del sistema sociosanitario a livello locale.

Il cuore dell'assistenza intermedia è la partnership. Per essere efficaci, i servizi e le nuove metodologie di lavoro hanno bisogno:

- della cooperazione attiva di organizzazioni e professionisti;
- di essere incentrati sulla persona;
- di promuovere attivamente e coerentemente l'indipendenza delle persone;
- di supportare i caregiver nella promozione dell'indipendenza dei loro familiari aiutandoli a comprendere il ruolo che possono rivestire ed i mezzi che possono utilizzare per farlo;
- di basarsi su un lavoro a tutto sistema;
- di essere in grado di garantire un accesso tempestivo all'assistenza specialistica;
- di supportare la promozione della salute e della vita attiva per gli anziani.

Al fine di garantire un approccio considerevole all'assistenza intermedia, il Dipartimento per la Salute ha consigliato al SSN ed alle autorità locali la definizione da utilizzare nell'indicare gli investimenti e le attività di questo tipo². Si possono riassumere come servizi che:

- sono mirati a persone che altrimenti trascorrerebbero lunghi ed inutili periodi in ospedale o dovrebbero affrontare ricoveri inadeguati in strutture per acuzie, residenze per lungodegenze o ricoveri per l'assistenza continua;
- vengono erogati a seguito di una valutazione completa che dà origine ad un piano assistenziale del quale fanno parte la terapia attiva, il trattamento e/o i tempi di recupero;
- hanno come risultato programmato la massimizzazione dell'indipendenza e, dove possibile, la permanenza a domicilio del paziente;
- implicano il lavoro trans-professionale, un unico schema di valutazione, un'unica cartella e protocolli condivisi.

6.1.1 Fattori di successo

L'esperienza del team dell' agente per il cambiamento ed il lavoro della Commissione Audit³ e del King's Fund hanno suggerito che esistono una serie di pratiche che supportano attivamente l'implementazione positiva e l'erogazione dell'assistenza intermedia.

Esse sono:

- in un'area locale esiste un unico punto d'accesso che è ampiamente conosciuto;
- i servizi sono incentrati sulla persona ed adattati per soddisfare i bisogni individuali;
- i servizi rispondono, sono flessibili e possono essere adattati ai bisogni individuali;
- i servizi vengono erogati in una serie di ambiti - il domicilio del paziente, al letto e nei servizi diurni;

- per misurare quanto prima il potenziale riabilitativo di un individuo o consentire allo staff di entrare in ospedale ed identificare i pazienti che potrebbero trarre maggior beneficio da questi servizi, viene adottato un approccio attivo di ricerca dei casi;
- lo staff addetto ai servizi è autonomo, ha chiare le proprie responsabilità ed è altamente capace; adotta un approccio riabilitativo;
- esiste un coordinamento a livello strategico ed operativo;
- i servizi sono ben promossi a livello locale e la loro collocazione nel sistema è compresa;
- il processo di valutazione unica collega tutti i settori dell'assistenza - alloggio, assistenza sociosanitaria;
- la revisione delle performance è una caratteristica del servizio e tutti i partner desiderano rispondere rapidamente per migliorare laddove vengano identificate mancanze;
- sono concordate le responsabilità delle diverse organizzazioni che erogano servizi.

Ulteriori dettagliate informazioni sull'assistenza intermedia sono disponibili sul sito web: www.doh.gov.uk/intermediatecare e suo sito del team Agenti per il Cambiamento www.doh.gov.uk/jointunit/changeagents.htm/. La pubblicazione a cura del King's Fund *"Developing intermediate care – a guide for health and social professionals"*¹ offre una panoramica completa dell'assistenza intermedia, oltre che consigli pratici ed informazioni.

6.2 Assistenza transitoria

Viene così definita l'assistenza ad una persona che non è in grado di tornare a casa propria o alla sistemazione definitiva che ha scelto, avendo ancora bisogno di vivere in un ambiente supportivo e dotato di uno staff adeguato. Può essere utilizzata, ad esempio, mentre si attende che vengano effettuati interventi di adeguamento alla propria casa. La caratteristica fondamentale è che la persona vi fa ricorso su base temporanea e che su questo aspetto concordano il paziente, i suoi caregiver e chi gestisce la sistemazione. Deve essere ben chiaro il perché sia necessaria questa sistemazione e per quanto tempo. L'assistenza offerta deve essere adeguata ai bisogni della persona, comprensiva di riabilitazione, supporto, costruzione della fiducia e tempi di recupero.

Queste sistemazioni possono essere fornite dal SSN o dal settore privato. Possono servire allo scopo di ospedali di comunità, ma soltanto quando si sia ottenuto un accordo riguardo la successiva sistemazione a lungo termine.

6.3 Domicilio protetto

Si tratta di una sistemazione particolare, disponibile in affitto o in vendita, rivolta soprattutto agli anziani. Viene spesso chiamata casa di riposo. Alcune tipologie sono definite "domicili protetti di assistenza extra" o "domicili ad alta protezione". Negli ultimi anni la loro natura è cambiata ed ora in molti casi forniscono ai residenti supporto intensivo. Sono disponibili a livello locale. Il loro utilizzo da parte di un individuo dovrebbe basarsi sulla valutazione dei suoi bisogni e sulla decisione che il supporto e l'assistenza offerti siano adeguati a soddisfarli. Questo può essere esteso al supporto ed al mantenimento di una persona a casa propria, gestendo la sua assistenza nel domicilio protetto nel momento di malattia/crisi, utilizzando quindi la struttura come sede di assistenza intermedia a breve termine.

Il domicilio protetto può offrire agli anziani una serie di servizi che li aiutano a mantenere indipendenza. Servizi di allarme, schemi gestionali, il senso di essere una comunità ed una buona progettazione contribuiscono alla capacità dei domicili protetti di supportare gli individui. I manager possono giocare un ruolo chiave a sostegno delle dimissioni, garantendo l'esistenza di meccanismi di supporto attivi per rispondere ai suoi bisogni.

I domicili ad alta protezione offrono un supporto ancora maggiore. Possono avere uno staff assistenziale e fornire pasti ai residenti. I sorveglianti rivestono un ruolo chiave nel supporto alle persone in comunità. Ulteriori informazioni sono contenute nell'Appendice 6.1.

Si possono ricevere ulteriori informazioni sui domicili protetti, compresi volantini per il personale, i servizi sociali, le strutture per gli anziani, i loro parenti ed amici da EroSH (Consorzio Nazionale per i Domicili Protetti), al n° 01905 21112.

6.4 Piano d'azione

I committenti dell'assistenza primaria, assieme ai colleghi provider locali di assistenza per acuzie ed al servizio sociale devono considerare:

- di concordare protocolli di riferimento per l'utilizzo e l'accesso all'assistenza intermedia e transitoria;
- di tenere conto dei bisogni, della disponibilità e del supporto di domicili protetti a livello locale come parti della commissione a tutto sistema;
- di sviluppare un unico punto d'accesso all'assistenza intermedia per tutti i referenti;
- di concordare un metodo di monitoraggio dell'utilizzo dell'assistenza transitoria.

I committenti dell'assistenza primaria ed i loro colleghi dei servizi sociali devono tener conto:

- di valutare i bisogni della popolazione locale di assistenza intermedia in una serie di ambiti;
- di rivedere le attuali opportunità di assistenza intermedia e, se necessario, intraprendere passi per aumentarne la capacità di risposta ai bisogni locali;

- di impegnarsi con chi fornisce ricovero per identificare le attuali capacità di letti per l'assistenza intermedia e transitoria ed i bisogni di una gamma locale di opzioni di domicilio protetto.

6.5 Riferimenti

1. King's Fund (2002). *Developing intermediate care: a guide for health and social services professionals*. London: King's Fund.
1. Department of Health (2001). *Intermediate care* (HSC2001/1: LAC(2001)1). London: Department of Health.
2. Audit Commission (2002). *Integrated services for older people*. London: The Stationery Office.

Appendice 6.1 Abitazione

A6.1.1 Perché è importante

Dove si vive è estremamente importante per le persone e può avere anche un notevole impatto sulla loro salute ed il loro benessere. La stragrande maggioranza delle persone che vengono ricoverate in ospedale proviene da casa propria e lì desidera ritornare nel più breve tempo possibile. A volte sono necessari adeguamenti complessi delle loro case affinché ciò diventi possibile. Le scelte di vita indipendente aumentano quando nella zona c'è disponibilità di alloggi, di cui alcuni con supporto per persone anziane e/o vulnerabili e quando i partner locali lavorano assieme per rivedere le capacità disponibili, le opzioni e le soluzioni.

Nell'ambito di un'area locale troviamo varie tipologie di proprietà e di stile delle abitazioni. Ci saranno case occupate dai rispettivi proprietari, altre appartenenti alle autorità locali, un numero crescente di stabili di proprietà di associazioni nonché sistemazioni in locazione privata.

Chi commissiona i servizi per gli anziani, i disabili fisici e le persone con handicap sensoriali deve essere consapevole della gamma di fornitori e disponibilità locali. Chi fornisce alloggio deve essere considerato parte integrante dei team di progettazione ed autorizzazione dei servizi.

Gli spartiacque culturali ed organizzativi, uniti ad una comprensione limitata del problema casa da parte del SSN ed, in parte minore, dei servizi sociali, hanno limitato il lavoro congiunto efficace. Mentre l'agenda del "Personale di Supporto" deve servire a sciogliere questo nodo, il SSN deve lavorare per comprendere il problema casa se si vuole che questo settore si è in grado di svolgere correttamente il proprio ruolo nel sistema assistenziale. Punti di particolare interesse per lo staff dei SSN coinvolto nelle dimissioni dei pazienti dall'ospedale o nell'evitare ricoveri non necessari, sono il sistema d'accesso al domicilio protetto ed il sistema locale di finanziamento, progettazione ed esecuzione di interventi strutturali di adattamento delle case.

Per le piccole riparazioni e gli adattamenti minimi sufficienti a rendere possibili le dimissioni dirette verso casa, il terapeuta occupazionale dell'ospedale deve coinvolgere al più presto un'agenzia locale per il miglioramento delle case (HIA) (Schema Cura e Riparazione oppure "Puntello") o un servizio tutt'altro. Laddove la HIA sia anche dotata di un servizio di risposta rapida per le dimissioni ospedaliere, il coordinatore di reparto deve prendere in considerazione la possibilità di coinvolgerlo direttamente nella pianificazione precoce delle dimissioni.

Aree che il SSN ed i fornitori di abitazioni devono affrontare assieme:

Cosa trattare	Alcune azioni da prendere in considerazione
Affrontare le divisioni culturali	<ul style="list-style-type: none">● portare lo staff dalla chiusura verso la corrente principale di opportunità di formazione; supportare un linguaggio comune e la cultura dell'assistenza● cercare occasioni di apprendimento trasversale; affiancamento, trasferta, tutorato● guardare ad opportunità di forum ed eventi su base locale
Progettazione	<ul style="list-style-type: none">● comprendere i diversi regimi di progettazione e dar loro un senso; razionalizzare l'utilizzo di informazioni locali dove è possibile● necessità di collegamento con il personale di supporto e gli addetti alla casa per una mappatura dei servizi esistenti, la costruzione di capacità e l'identificazione di lacune nei servizi● considerare i principi di miglior valore progettando attraverso il sistema
Incarichi	<ul style="list-style-type: none">● approccio a tutto sistema per gli incarichi significa comprendere l'alloggiamento come parte del processo, non evitarlo● osservare tutti i servizi locali esistenti; compresa l'assistenza protetta ed in RSA● coinvolgere il personale di supporto nel processo di incarico● valutare le diverse possibilità contrattuali (contratti flessibili, periodi prolungati, diverse opportunità di misurazione delle performance, offrire "libertà e flessibilità" ai buoni fornitori)
Utilizzare la flessibilità dell'Atto per la Salute	<ul style="list-style-type: none">● guardare aldilà dell'utilizzo tradizionale dell'Atto per la Salute flessibilità nell'assistenza sanitaria sociale per includere possibilità di assistenza e il supporto basate sul domicilio. Ciò può comprendere:<ul style="list-style-type: none">- coinvolgere lo staff per la casa come parte dei team di intervento rapido- mettere insieme finanziamenti per costruire capacità, rivedere la disponibilità esistente di case per gli anziani e commissionare RSA- creare fluidità tra l'assistenza protetta/in RSA e quella intermedia● Lavorare con le autorità per la casa a dichiarazioni congiunte

A6.1.1 Esempi pratici

- Utilizzo delle residenze protette e delle RSA per le attività di assistenza intermedia.
- Progetti dell'agenzia per il miglioramento della casa per fornire controlli sulla sicurezza domestica, la prevenzione delle cadute, servizi di intervento rapido per le riparazioni e gli adattamenti per le persone anziane e disabili.

A6.1. Ulteriori informazioni

Il gabinetto del Primo Ministro ed il Dipartimento per la Salute hanno prodotto una guida *Preparing housing strategies*, che fornisce assistenza pratica nello sviluppo di strategie sanitarie e di alloggiamento per le persone anziane.

Prodotto da Care and Repair England, *On the mend: hospital discharge and the role of home improvement agencies*, guarda agli schemi dell'ampia gamma di servizi genericamente indicati come "Dimissioni ospedaliere" oppure "A casa dall'ospedale" ed esamina il quadro politico nel quale questi servizi si stanno espandendo e sviluppando. Ulteriori dettagli sono disponibili all'indirizzo <http://www.careandrepairengland.org.uk>

Esempi pratici del ruolo delle residenze protette e delle agenzie per il miglioramento della casa nelle procedure di dimissione ospedaliera sono inclusi nel report *Moving forward* del Dipartimento per la Salute. Si può averne copia dal sito: <http://www.doh.gov.uk/intermediatecare/icmovingforward.pdf>

A6.1.3 Esempi pratici

- Utilizzare i servizi di ricovero esistenti per l'assistenza intermedia o per l'alloggiamento provvisorio mentre il paziente attende che gli adeguamenti della propria casa vengano completati.
- Uniformare gli schemi per il miglioramento delle abitazioni per fornire agli anziani ed ai disabili servizi di riparazione.
- Utilizzare servizi associati per la manutenzione e le riparazioni delle case private.

7. Assistenza sanitaria e sociale continua

Il *principio chiave* che sorregge questo aspetto della politica per le dimissioni efficaci è:

- La valutazione e l'erogazione di assistenza sanitaria e sociale continua è organizzata in modo che l'individuo comprenda la continuità assistenziale, i suoi diritti e riceva consigli ed informazioni che gli consentano di prendere decisioni informate sulle loro future cure.

7.1 Cos'è l'assistenza continua?

L'assistenza continua, spesso definita "assistenza a lungo termine", è l'erogazione di assistenza per un periodo prolungato di tempo, a causa di disabilità, incidente o malattia, per rispondere sia a bisogni fisici che mentali. Può essere fornita in una serie di ambiti, dall'ospedale pubblico alla casa di cura, dall'hospice al domicilio del paziente.¹

L'assistenza continua può comprendere sia la sanitaria che la sociale:

- "Assistenza sanitaria continua a carico del SSN" - un pacchetto assistenziale ideato e finanziato esclusivamente dal SSN.
- "Assistenza socio-sanitaria continua" - un pacchetto assistenziale che coinvolge sia servizi del SSN che del sociale.

Il report sull'assistenza a lungo termine² a cura della Royal Commission ha evidenziato la necessità di trasformare i servizi di assistenza a lungo termine sviluppando nuovi modelli di supporto che si focalizzino sul mantenimento dell'indipendenza piuttosto che sul fare cose per le persone. La politica del governo per l'assistenza a lungo termine è di migliorare la gamma e la tipologia dei servizi che aiutano le persone a guarire ed a riconquistare la propria indipendenza. Sono stati apportati cambiamenti nelle disposizioni per gli adulti che entrano in una casa di lungodegenza per garantire che passi un lasso ragionevole di tempo tra il momento dell'ingresso e qualsiasi domanda riguardante la necessità di vendere la casa di famiglia. Questo importante intervallo dà alle persone il tempo di pensare al futuro e mantiene aperta la possibilità di un ritorno a casa.

7.2 Chi è responsabile di erogare e finanziare l'assistenza continua?

Il SSN e le autorità locali responsabili dei servizi sociali devono lavorare assieme per rispondere ai bisogni delle persone con bisogni di assistenza sanitaria e sociale continua. Alle autorità sanitarie strategiche (StHAs) e locali è richiesto di concordare criteri di idoneità

congiunti per l'inserimento nei programmi di assistenza continua e di definire le rispettive responsabilità per la fornitura completa di servizi sociali e sanitari, indipendentemente dall'età². Queste comprendono responsabilità egualmente importanti di assistenza palliativa e di sollievo. Il SSN è responsabile di organizzare e finanziare una serie di servizi per rispondere ai bisogni delle persone che necessitano di assistenza fisica o mentale continua. La gamma di servizi che il SSN si suppone debba organizzare e finanziare per rispondere ai bisogni dei pazienti a casa propria o nelle case di cura comprende:

- assistenza primaria;
- valutazione che coinvolga medici ed infermieri;
- riabilitazione e convalescenza come parte del pacchetto di assistenza del SSN;
- assistenza di sollievo;
- servizi di salute di comunità;
- supporto specialistico;
- equipaggiamento sanitario;
- cure palliative;
- servizi di trasporto speciale.

Le unità di assistenza primaria e le autorità locali sono responsabili di garantire che siano attivati arrangiamenti e procedure locali per valutare i bisogni ed organizzare la fornitura dell'assistenza e chiarire che sarà effettuata una revisione regolare dei bisogni assistenziali. Attraverso questo processo, i pazienti e le loro famiglie devono concordare che la valutazione rispecchia accuratamente i loro bisogni e firmarla. Devono anche essere pienamente informati dei loro diritti in relazione a qualsiasi decisione presa sull'erogazione di assistenza continua.

Come detto in precedenza, i diritti dei caregiver sono riconosciuti. La valutazione dei bisogni del paziente ed il piano assistenziale devono tener conto dei bisogni dei caregiver. Il piano rispecchia sia le capacità che la volontà del caregiver di fornire supporto, oltre ai suoi bisogni di individuo.

A partire da Aprile 2003, l'assistenza infermieristica nelle case di cura sarà finanziata dal SSN. Tutti i pazienti ricoverati in queste strutture verranno valutati per verificarne i bisogni di assistenza infermieristica. Il SSN è responsabile dei costi dell'assistenza infermieristica, che verrà allocata secondo tre fasce di bisogno: alta, media o bassa. Nel 2001 il Dipartimento per la Salute ha pubblicato una *guida pratica e quaderno di lavoro*³ per aiutare gli infermieri responsabili di determinare il livello di supporto finanziato per i singoli. Si raccomanda di utilizzare la suddetta guida unitamente alla presente pubblicazione.

Tutto il personale coinvolto nel processo di riferimento, valutazione e decision making per l'assistenza socio-sanitaria continua deve conoscere a fondo i criteri locali per la selezione, i processi di riferimento e finanziamento e deve comprendere appieno il proprio ruolo e le responsabilità nell'assistere i pazienti e supportare i caregiver.

7.3 Dove viene fornita l'assistenza continua?

Il settore privato è il principale fornitore di servizi di assistenza continua, attraverso le case di cura, il mercato dell'assistenza domiciliare e le organizzazioni no-profit. Negli ultimi anni c'è stato un notevole calo del numero di letti nelle case di cura⁴ ed i fornitori di servizi di assistenza domiciliare denunciano difficoltà nel reclutamento e mantenimento in servizio del personale. L'attesa di un letto libero è una delle principali cause di ritardo nel trasferimento dell'assistenza⁵.

Anche se si sta lavorando per rivedere le capacità e sviluppare nuovi modelli assistenziali, c'è un bisogno immediato di trovare soluzioni ai problemi attuali. Gli investimenti del governo per sviluppare le capacità e le partnership nell'assistenza sono diretti ad alleggerire tali pressioni.

I servizi di assistenza primaria e quelli di comunità sono responsabili di rispondere ai bisogni sanitari delle persone che risiedono nel settore privato. Esistono molti buoni esempi di collaborazione tra i servizi privati e quelli di comunità per migliorare la vita e l'indipendenza delle persone assistite a lungo termine.

In alcune aree del SSN i posti letto per l'assistenza a lungo termine vengono messi a disposizione negli ospedali di comunità o stipulando contratti con il settore privato per i pazienti che rispondono ai criteri stabiliti dal SSN per fruire di assistenza continua.

7.4 Che effetto ha l'assistenza continua sui ritardi nel trasferimento dell'assistenza?

E' risaputo che i sistemi di riconoscimento delle responsabilità e dei finanziamenti dell'assistenza causano ritardi nel trasferimento dei pazienti da un tipo di assistenza ad un altro, ad esempio⁵:

- il trasferimento presso una clinica avviene troppo presto. Può succedere prima che la valutazione sia completa e, quindi, prima che la persona abbia raggiunto il pieno potenziale;
- non sono stati valutati i bisogni del caregiver;
- ci sono dispute sulla responsabilità del finanziamento;
- manca la chiarezza su chi fornirà equipaggiamenti infermieristici specifici;
- c'è una scelta limitata di cliniche in zona;
- ci sono ritardi nella valutazione dei potenziali residenti da parte delle cliniche;
- incertezza da parte delle cliniche circa la responsabilità dei dettagli relativi alla sistemazione ed alla valutazione;
- nella pianificazione assistenziale la demenza e la gestione dei bisogni comportamentali sono sorvolati o trascurati;
- durante il processo di valutazione la verifica e la gestione dell'incontinenza sono trascurati;
- manca la comprensione delle responsabilità legali delle persone incapaci di rappresentarsi da sole.

7.5 Valutare il bisogno di assistenza sanitaria e sociale continua

La valutazione per l'assistenza sanitaria e sociale continua compete congiuntamente al SSN ed alle autorità locali responsabili dei servizi sociali. Questa responsabilità condivisa si riflette nello sviluppo di una valutazione unica per gli anziani.

Una nuova assegnazione ai servizi di assistenza continua deve essere il risultato di una valutazione completa dei bisogni, nel caso dell'anziano, o di una valutazione congiunta per tutti gli altri pazienti e dell'adeguatezza di altri interventi, quale un periodo di riabilitazione e recupero.

Nel caso in cui una persona stesse già ricevendo servizi, il pacchetto assistenziale potrebbe semplicemente necessitare di essere ripreso al momento delle dimissioni dall'ospedale. Deve esistere un accordo locale tra le agenzie sul minimo di notizie richieste per riprendere l'assistenza dal momento del riferimento. Solitamente ci vogliono due giorni lavorativi. Il coordinatore ospedaliero è responsabile della comunicazione e di coordinare il momento delle dimissioni.

In caso di nuova assegnazione, la valutazione completa dell'anziano identificherà la natura (complessità, intensità o imprevedibilità) dei bisogni di assistenza. Queste sono le aree che determinano la necessità di assistenza socio-sanitaria continua. Il team multidisciplinare deve considerare, innanzi tutto, se il bisogno predominante è di carattere sanitario, ad indicare assistenza sanitaria continua a carico del SSN.

Per tutti gli altri adulti, sarà necessario un processo di valutazione congiunta. La profondità e l'ampiezza della valutazione devono essere proporzionali ai bisogni effettivi dell'individuo. I professionisti devono indagare sull'intensità di bisogni particolari, compreso il dolore fisico, lo stress o lo sconvolgimento che causano, l'instabilità o la non prevedibilità dei problemi, sia su base quotidiana che nel lungo periodo. Anche il numero di differenti bisogni evidenziati negli individui, il modo in cui interagiscono e come le persone reagiscono alle difficoltà affrontandole è importante. Assieme, pazienti e professionisti devono cercare la forza e la capacità che l'individuo può tirare fuori per affrontare i propri bisogni.⁶

Una volta che è stato sviluppato un piano per rispondere a quei bisogni, si devono applicare i criteri locali di selezione e vanno discusse e concordate le responsabilità per elementi specifici del trasferimento/dimissione.

E' responsabilità del coordinatore di reparto fare riferimento al team di pianificazione delle dimissioni per una valutazione congiunta. Si raccomanda di identificare un unico punto di riferimento e di nominare un team leader con la responsabilità generale di una risposta integrata sanitaria e sociale a tale riferimento. Vedere la Sezione 5.

A seguito della valutazione, esistono una serie di possibili percorsi. Tra questi:

- supporto a domicilio con un pacchetto di assistenza sanitaria e/o sociale;
- assistenza intermedia;
- ricovero in residenza protetta o in altro modello di struttura con assistenza;
- ricovero in clinica che non fornisce assistenza infermieristica;
- ricovero in clinica che fornisce assistenza infermieristica;
- ricovero in hospice;
- inserimento nell'assistenza continua del SSN.

E' importante garantire che qualsiasi opportunità consenta al paziente di recuperare la propria indipendenza. Tutte le decisioni prese a questo stadio andranno riviste e si dovranno

stabilire e concordare con il paziente e la famiglia le date per le revisioni successive. Non deve essere presa alcuna decisione definitiva di ricoverare un paziente in casa di cura fino a quando la revisione non sia completa.

Se è richiesto il ricovero in una casa di cura in cui vi sia assistenza infermieristica, il processo per determinare il contributo all'assistenza da parte dell'infermiere professionale dovrebbe idealmente svolgersi prima del ricovero e, comunque, entro 14 giorni. Il settore privato è uno stakeholder chiave nell'implementazione del processo di valutazione del singolo ed è richiesta la continuità/trasferimento dell'assistenza. Il settore privato deve fidarsi di quanto fatto in ospedale in modo che non ci sia necessità di altre valutazioni che, a volte, sono la causa dei ritardi nei ricoveri in casa di cura.

La valutazione dell'incontinenza e la pianificazione assistenziale sono fattori importanti nella continuità assistenziale poiché molte persone soffriranno di un certo grado di incontinenza. La valutazione, il trattamento e la gestione dell'incontinenza devono seguire la *Guidance on continence*.⁷ A partire da Aprile 2003 la fornitura di ausili per l'incontinenza sarà responsabilità del SSN e tutti i pazienti dovranno sottoporsi ad una valutazione specialistica per garantire che ricevano i trattamenti e le cure adeguate.

Le responsabilità della fornitura di ausili specialistici deve essere chiaramente definita nelle guide per gli staff di comunità e di assistenza domiciliare per garantire che l'organizzazione degli equipaggiamenti sia chiara per tutti quelli che vi sono coinvolti.

I servizi indipendenti di patronato possono rivestire un ruolo importante quando il paziente o il caregiver si trova in difficoltà nel comunicare il proprio punto di vista o quando possono insorgere potenziali conflitti di interesse tra paziente e caregiver.

Per garantire l'imparzialità, il patrocinatore deve essere libero da ogni rapporto professionale con qualsiasi servizio coinvolto nell'assistenza o nella post-assistenza del paziente.

7.6 Le direttive sulla scelta di sistemazione

Se si è deciso che il ricovero in casa di cura è l'opzione migliore, ciascun paziente affidato all'assistenza pubblica può scegliere una casa secondo le *Direction on choice*. Le direttive attualmente sono in fase di revisione per aggiornarle in vista di una legislazione a venire e saranno disponibili ulteriori informazioni.

Poiché le sistemazioni residenziali possono essere ritardate considerevolmente nell'attesa di un posto libero nella casa scelta, quando la prima scelta non è immediatamente disponibile si deve prendere in considerazione una sistemazione transitoria. Se questa sistemazione ad interim risponde ai bisogni della persona, è accettabile che questa venga trasferita da un ambito acuto ad uno transitorio fino a quando non si renda disponibile la scelta permanente/alternativa.

Nel caso in cui l'attesa per una sistemazione in casa di cura causi ritardi inaccettabili nel trasferimento dell'assistenza, devono essere attuati i seguenti processi:

- pazienti caregiver devono essere informati quanto prima della possibilità di una sistemazione ad interim. E' importante che le persone capiscano che non è adeguato per loro restare in un reparto per acuzie per un tempo indefinito mentre aspettano di essere accolti in casa di cura.
- La sistemazione ad interim o transitoria deve essere in grado di rispondere ai bisogni assistenziali identificati del paziente e questi deve ricevere un aiuto attivo per trasferirsi nella struttura di sua scelta quando si renda disponibile un posto;
- Deve esserci un supporto (ad esempio un servizio di consulenza privata) per i pazienti

ed i caregiver che devono prendere decisioni importanti. Anche a chi si auto-finanzia deve essere offerta l'opportunità di un supporto quando deve decidere.

- Devono essere ingaggiati dei medici per l'uso di sistemazioni transitorie con protocolli adeguati.
- Le unità sanitarie devono avere politiche e protocolli concordati per risolvere situazioni in cui i pazienti ed i loro familiari rifiutano di trasferirsi dall'ospedale ad un altro ambiente.

La guida sottolinea che quando l'episodio acuto di malattia è stato curato, non è adeguato che il paziente rimanga in un reparto ospedaliero per acuzie. Questo, a patto che sia stato ritenuto clinicamente idoneo e valutato sicuro per il trasferimento. Rimanere in reparto presenta svantaggi sia per il paziente che per la capacità dell'intero sistema.

Directio on choice afferma che quando un individuo esprime la sua preferenza per un tipo particolare di sistemazione all'interno del Regno Unito, le autorità locali devono soddisfare la sua richiesta, a patto che:

- la sistemazione sia idonea rispetto ai bisogni identificati del paziente;
- farlo non costi alle autorità locali più di quanto sarebbe solito aspettarsi per un individuo con quel tipo di bisogni;
- la sistemazione sia disponibile;
- la persona incaricata della sistemazione acconsenta a fornire la prestazione secondo i termini e le condizioni solite dell'autorità locale per quel tipo di sistemazione.

7.7 Dirimere le dispute

I processi di revisione e risoluzione delle dispute devono essere chiaramente definiti nei criteri di idoneità per l'assistenza sanitaria e sociale continua.

Come detto in precedenza, deve essere disponibile una gamma completa di informazioni.

7.8 Piano d'azione

Le unità sanitarie, in partnership con le autorità locali responsabili dei servizi sociali devono considerare:

- che i criteri di idoneità per l'assistenza sanitaria e sociale continua siano a disposizione di tutto lo staff coinvolto nella valutazione;
- di sviluppare un programma congiunto di formazione sull'applicazione dei criteri di idoneità per l'assistenza sanitaria e sociale continua;
- di tener conto di come i riferimenti per i finanziamenti dell'assistenza continua e domiciliare da parte del SSN vadano considerati congiuntamente da parte dell'unità sanitaria responsabile dell'assistenza primaria e delle autorità locali. Le opzioni

comprendono:

- la nomina concertata di un individuo in grado di prendere decisioni per conto di entrambe le organizzazioni;
 - lo sviluppo di un team ospedaliero integrato per le dimissioni, il cui leader abbia il potere di prendere decisioni (vedere Sezione 5);
 - un pannello congiunto con membri di entrambe le organizzazioni.
- di tener conto di come integrare il processo di valutazione del singolo con il settore privato;
 - fornire informazioni ai pazienti ed ai loro caregiver su come accedere ai servizi di assistenza socio-sanitaria, sulle responsabilità dell'agenzia e sui diritti di pazienti e caregiver.

Le unità sanitarie e quelle per acuzie devono rivedere gli attuali contratti per la fornitura di equipaggiamenti per l'alimentazione PEG (gastrostomia endoscopica percutanea) e contrattare congiuntamente per i servizi ospedalieri, di comunità, di casa di cura la fornitura di equipaggiamenti specialistici, compresi i nebulizzatori.

I manager della sanità ed i gestori delle case di cura devono:

- lavorare assieme per supportare gli staff delle case di cura nell'erogazione di pacchetti di cura attraverso una serie di approcci. Questo può comprendere:
 - fornire una guida clinica con i consulenti/specialisti infermieri che vanno nelle case di cura;
 - distaccare gli infermieri delle case di cura per formarli nelle procedure cliniche;
 - input regolari da parte dei terapisti sull'utilizzo sicuro degli strumenti, sui principi e le pratiche di base della riabilitazione e sulla movimentazione in sicurezza dei pazienti;
 - fornire addestramento in servizio sulla gestione dell'incontinenza, della confusione e della vitalità dei tessuti;
 - input regolari da parte dei dietisti per un'alimentazione corretta e per la gestione dei pazienti alimentati con la PEG;;
 - fornire il supporto regolare di un farmacista di comunità per aiutare lo staff a comprendere l'importanza della compliance con la terapia, gli effetti collaterali e le pratiche di somministrazione sicura.
- Sviluppare protocolli di riferimento che garantiscano alle case di cura l'accesso ai team di risposta rapida, ai team di comunità per la valutazione e la riabilitazione, al supporto infermieristico "fuori orario".

7.9 Riferimenti

1. Department of Health (2001). *Continuing care: NHS and local councils' responsibilities*. (HSC 2001/015: LAC (2001) 18). London: Department of Health.
2. The Royal Commission on Long Term Care (1999). *With respect to old age – rights and responsibilities*. London: The Stationery Office.
3. Department of Health (2001). *NHS funded nursing care – practice guide and workbook*. London: Department of Health.
4. Department of Health (2001). *Building capacity and partnership in care*. London: Department of Health.
5. House of Commons Health Committee Delayed Discharges (2001-02). London: The Stationery Office.
6. Department of Health (2002). *Fair access to care services* (LAC (2002)13). London: Department of Health.
7. Department of Health (2000). *Good practice in continence services*. London: Department of Health.