

## Guida di autoapprendimento

**Aggiornamenti**

# La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri

### Introduzione

Negli ultimi vent'anni, in tutti i Sistemi Sanitari avanzati, si è assistito ad una progressiva deospedalizzazione che ha coinvolto anche il nostro Paese: negli ospedali italiani pubblici e privati, infatti, dal 1980 al 1999, il numero dei posti letto è diminuito del 48% (da 542 mila a 280 mila); le giornate di degenza del 45% (da 138 milioni a 76 milioni), la degenza media si è ridotta del 41% (da 12.9 a 7.7 giorni)<sup>1</sup>. Questo profondo cambiamento del ruolo dell'ospedale, sempre più orientato verso funzioni di alta intensità assistenziale e clinica, non è sempre stato accompagnato da un rafforzamento dei servizi territoriali. Tuttavia, l'orientamento che si sta affermando è quello di diversificare i servizi e le risposte ai problemi di salute attraverso una complessa articolazione organizzativa che coinvolge gli ospedali di primo e secondo livello, le cure intermedie, residenziali e territoriali.

La dimissione rappresenta l'anello debole delle transizioni del paziente da un servizio all'altro. Preparare un paziente alla dimissione fa parte da sempre della pratica infermieristica: nonostante questo, solo da poco è stato riconosciuto come un aspetto cruciale del piano di assistenza che risponde anche al diritto del paziente di essere coinvolto e accompagnato nella dimissione.

Questa guida di propone di offrire un approfondimento sulla tematica della dimissione con uno sguardo al fenomeno, come si sta sviluppando nel contesto italiano, ma anche come viene dibattuto nella letteratura infermieristica internazionale.

### Come utilizzare questa guida di autoapprendimento?

Questa guida aiuterà a rispondere ad alcune domande

- Quali sono le conseguenze delle dimissioni improvvise, impreparate, precoci o tardive, sullo stato di salute degli utenti e sull'organizzazione del Sistema Sanitario?
- Quali sono i pazienti "fragili" o a "rischio" di una dimissione difficile? Con quali strumenti possono essere identificati precocemente?
- Come può essere attuata la pianificazione della dimissione? Quali sono le componenti di un piano di dimissione?
- Chi ha la responsabilità di pianificare la dimissione? E quale può essere il contributo degli infermieri?
- Quali sono i vantaggi delle dimissioni pianificate sul singolo paziente e sul Sistema Sanitario? Come possono essere misurate le ricadute di un piano di dimissione ben gestito?

La guida è organizzata in sezioni:

- ciascuna sezione propone l'approfondimento di uno o più obiettivi, presentati con un approccio molto pratico tipo domanda/risposta;
- in alcune sezioni sono riportate le parole chiave o i termini MeSH (quando possibile) con i quali è possibile interrogare le banche dati e proseguire nell'aggiornamento autonomo; sono riportati anche suggerimenti bibliografici utili per l'approfondimento;
- al termine di ciascuna sezione sono riportati quesiti per la riflessione critica e come stimolo per l'analisi del problema nel proprio contesto: la finalità è quella di offrire l'opportunità di autovalutare quanto appreso e riflettere sulla propria pratica professionale;
- la guida si conclude con un glossario delle possibili risorse post dimissione che oggi sono offerte ai pazienti sulla base dei documenti di programmazione sanitaria nazionale.

**Luisa Saiani<sup>1</sup>**  
**Alvisa Palese<sup>2</sup>**  
**Anna Brugnolli<sup>3</sup>**  
**Carla Benaglio<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università di Verona

<sup>2</sup> Tutor Corso di Laurea in Infermieristica, Udine

<sup>3</sup> Docente e Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica, Trento

<sup>4</sup> Docente Corso di Laurea in Infermieristica, Verona

## Aggiornamenti

### SEZIONE 1 - **OBIETTIVO: DISCUTERE IL FENOMENO DELLA DIMISSIONE IDENTIFICANDO I FATTORI DI CRITICITÀ**

#### **Perché nella sanità sta emergendo una crescente attenzione alla dimissione dei pazienti?**

L'invecchiamento della popolazione e la conseguente crescita del numero degli anziani fragili, i cambiamenti epidemiologici e la progressiva incidenza di malattie croniche stanno provocando una esplosione dei bisogni di assistenza sanitaria e sociale. Contestualmente, si stanno osservando profonde trasformazioni delle strutture familiari che influenzeranno la loro capacità di assolvere ad una preziosa funzione di presa in carico: famiglie che saranno sempre più in difficoltà ad affrontare un evento imprevisto come quello del ricovero ospedaliero per un fatto acuto, il successivo periodo di convalescenza o il supporto necessario

ad un componente con una disabilità permanente. Un altro fattore critico del Sistema Sanitario è il contenimento della spesa soprattutto per la gestione degli ospedali. Le misure di razionalizzazione includono la diminuzione della durata della degenza, del numero dei posti letto, il potenziamento dell'assistenza nella comunità, lo sviluppo del Day Hospital e del Day Surgery e dell'assistenza domiciliare anche per pazienti acuti. Al fine di ottimizzare il periodo di degenza e di garantire, qualora necessario, la continuità degli interventi di cura e riabilitazione, oggi si rende sempre più necessario:

- preparare tempestivamente il paziente alla dimissione;
- attivare percorsi clinico-assistenziali integrati che proseguono anche dopo la dimissione;

**Tabella 1** - I diversi tipi di dimissione ospedaliera.

**Dimissione tempestiva:** si verifica quando la durata della degenza per quel tipo di ricovero, considerata l'età del paziente e la gravità della patologia, è sovrapponibile allo standard previsto per quel DRG. (Fabbri, 2000; Bonaldi et al, 2002)

**Dimissione precoce:** quando la durata della degenza del paziente con quel problema specifico, è inferiore rispetto alle attese per quel DRG. Le dimissioni precoci sono apprezzabili purché non diventino una strategia per accelerare il turn over dei posti letto: in questo caso, possono essere causa di notevoli disagi per i pazienti e i familiari e determinare l'aumento di nuovi ricoveri (*ricoveri ripetuti*) per lo stesso problema o per complicanze legate alla mancata stabilizzazione della situazione clinica. Il ricovero ripetuto da parte della stessa persona e per la stessa malattia può essere in parte fisiologico, laddove una degenza non esaurisca il bisogno di trattamento e cura (ricoveri per i quali il trattamento terapeutico preveda un trattamento ciclico o frazionato, ad esempio per la chemioterapia). Per una buona parte di ricoveri ordinari ripetuti sono ipotizzate due spiegazioni: la scarsa qualità di cura e assistenza offerta durante il primo ricovero (trattamenti inefficaci che non hanno portato alla completa stabilizzazione), oppure un frazionamento artificioso dei ricoveri per aderire agli standard dei DRG e accrescere la produttività del reparto o, ancora, per dimissioni impreparate.

Il ricovero ordinario ripetuto o fenomeno delle riammissioni non è ancora stato definito in modo univoco dai documenti di programmazione ospedaliera regionale. Per le Regioni Veneto e Toscana, ad esempio, sono i ricoveri che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni nello stesso presidio e per la stessa diagnosi principale; per la Regione Lombardia entro 45 giorni dal primo ricovero e per il Lazio entro l'anno solare. Tuttavia, quelli ripetuti entro 3 giorni dalla dimissione sono considerati i più inappropriati. I ricoveri ordinari ripetuti sono ritenuti un fenomeno di non appropriatezza ospedaliera: tanto più breve è l'intervallo di tempo trascorso tra il ricovero indice e il successivo, maggiore è la probabilità che le riammissioni siano correlate a una dimissione non pianificata<sup>2-3</sup>.

**Dimissioni del fine settimana o in giornate atipiche (ad esempio festività):** sono quelle che si verificano dal venerdì pomeriggio alla domenica o nei giorni festivi. Mettono in difficoltà pazienti e i loro familiari soprattutto nell'approvvigionamento di farmaci e presidi e nell'attivazione del proprio Medico di medicina generale o dei servizi di assistenza domiciliare programmata.

**Dimissione ritardata:** si verifica quando la durata della degenza di un paziente, supera le giornate di degenze attese per quel DRG. Spesso un ricovero si prolunga oltre ai tempi previsti per le difficoltà nell'attivazione dei supporti per la nuova destinazione, o quando i familiari hanno bisogno di tempo per affrontare la nuova situazione. Esiste infatti una degenza media definita per ogni singolo DRG e un valore soglia per le giornate di ricovero (detto trim point) oltre il quale viene definito *ritardato* (outliers). Si stima che circa il 30%<sup>4-5</sup> di tutte le dimissioni siano ritardate per ragioni non cliniche.

**Dimissione difficile:** si verifica quando ad un evento acuto (come ad esempio, un ictus o la frattura del collo del femore per un anziano), segue una situazione di disabilità permanente o temporanea, che richiede una riorganizzazione familiare. Si stima che il 2-3% di tutte le dimissioni siano da classificare come "difficili" (250-300 mila casi l'anno). Applicando queste stime ad un distretto di 100 mila abitanti con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille (16 mila ricoveri annui), ci potremmo attendere 350 - 400 "dimissioni difficili" l'anno<sup>1</sup>.

- valorizzare il ruolo della famiglia e delle risorse informali come partner del team assistenziale.

La finalità è di ridurre la ri-ospedalizzazione o le riammissioni evitabili (ad esempio i ricoveri ripetuti) e di garantire un'assistenza personalizzata attraverso una risposta unitaria.

### **Quanti tipi di dimissione esistono? Quali sono quelle più critiche?**

Una dimissione conclude un periodo di assistenza, diagnosi e cura per aprirne uno successivo in cui la persona, se necessario, viene presa in carico da altri servizi o operatori. Rappresenta un momento particolarmente critico del ricovero perché segna il passaggio da una tipologia di cure ad alta intensità ma occasionale, ad una caratterizzata da approcci di minor intensità ma continuativi con orari, metodologie e professionalità diversi. Un paziente è pronto per essere dimesso quando:

- è stato deciso che non ha più necessità di cure in regime di ricovero e può ritornare a casa oppure proseguire il suo programma in una residenza per post acuti (di lungo degenza o domiciliari);

- la decisione è stata presa da un team multidisciplinare che ha valutato le possibili criticità e il fabbisogno di presa in carico dopo la dimissione;
- il paziente sa di dover essere dimesso e si sente pronto, assieme alla famiglia, ad affrontare il passaggio.

La dimensione clinica, pertanto, non è l'unico criterio che definisce la dimissibilità del paziente. La dimissione può avvenire in modo ordinario discutendo con i pazienti la lettera di dimissione ospedaliera. Tuttavia, per una parte di loro, spesso definiti "fragili" per patologia, necessità assistenziali o difficoltà sociali, la dimissione deve essere *preparata*. Per questi pazienti, le dimissioni non possono essere improvvisate o affidate alla disponibilità del singolo operatore; richiedono un programma condiviso da molteplici soggetti (direzioni sanitarie e reparti ospedalieri, medici di medicina generale, servizi territoriali e sociali, strutture di riabilitazione, residenze sanitarie ed altro), la messa a punto di percorsi personalizzati in cui ciascun operatore assume una precisa responsabilità.

**Tabella 2** - Le cause delle dimissione ritardata e difficile.

#### **Dimissioni ritardate**

Ragioni di natura sanitaria ma anche sociale possono ritardare o rendere difficoltose le dimissioni.

Sono tre le cause principali che determinano le dimissioni ritardate :

1. valutazione inadeguata del paziente da parte dell'equipe medico-infermieristica, con ad esempio una scarsa o tardiva conoscenza delle sue condizioni sociali;
2. scarsa organizzazione nell'attivazione del necessario alla dimissione: per esempio, nella prenotazione del trasporto o contatti con i servizi esterni;
3. scarsa comunicazione tra l'ospedale e i servizi che dovrebbero occuparsi di quel paziente dopo il ricovero.

Alcune volte le dimissioni ritardate possono essere di aiuto alla famiglia e al paziente, ma non rappresentano un indicatore di efficienza ospedaliera. Sarebbero un'ottima soluzione per i problemi di pazienti anziani che hanno bisogno di tempi più lunghi di apprendimento e adattamento ma rappresentano una criticità economica ed etica rilevante perché orientano ad una distribuzione non equa delle risorse. Dal punto di vista strettamente sanitario, una degenza troppo lunga non è mai positiva perché aumenta il rischio di contrarre infezioni ospedaliere e soprattutto negli anziani, il rischio di disorientamento cognitivo, rendendo più difficile il ritorno a domicilio.

#### **Dimissioni difficili**

Le dimissioni difficili sono determinate da molteplici fattori:

- l'imprevedibilità dell'evento: la famiglia può trovarsi impreparata, in tempi stretti, a gestire nuovi ed impegnativi bisogni assistenziali di un suo componente (garantire la presenza in turno da parte dei figli compatibilmente con le esigenze lavorative; adattamento della casa per facilitare l'assistenza oppure reclutare una risorsa esterna o procurarsi dei presidi);
- alcuni problemi richiedono una consistente attivazione di risorse, il coinvolgimento di molti professionisti e servizi per garantire la continuità: un esempio è la dimissione del paziente in ossigenoterapia a lungo termine;
- la scarsità di risorse non immediatamente disponibili: come ad esempio, riuscire ad ottenere un posto letto in una residenza riabilitativa.

Le variabili che sembrano essere correlate alle dimissioni difficili sono: l'età avanzata, la perdita di autonomia fisica e cognitiva, le patologie croniche come lo scompenso cardiaco, la dipendenza dall'ossigenoterapia a lungo termine, l'insufficienza renale, il diabete e le situazioni che conducono alla terminalità.

### SPUNTI PER LA RIFLESSIONE CRITICA

- Analizza nel tuo reparto il fenomeno delle dimissioni: evidenzia se si verificano dimissioni tempestive, precoci, tardive o difficili.
- Analizza quali sono le cause più frequenti che determinano (o hanno determinato nell'ultimo anno) dimissioni tardive o difficili nel tuo reparto.
- Discuti con i tuoi colleghi il fenomeno dei ricoveri ripetuti o delle riammissioni non pianificate e identifica quali pazienti sono più a rischio.

### Bibliografia

- 1 Maciocco G, Comodo N. Cure intermedie: basi concettuali. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2004; 3: 1-3.
- 2 Fabbri D. Comportamenti opportunistici e riforma sanitaria: i ricoveri ripetuti e trasferimenti negli ospedali dell'Emilia Romagna. In Fiorentini G. *Il Servizio Sanitario in Italia*. Bologna: Il Mulino, 2000.
- 3 Bonaldi A, Tardivo S, Romano G. Trend di sviluppo dell'assistenza ospedaliera. *Igiene e Sanità Pubblica* 2002; 4: 259-69.
- 4 Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. *Med Care* 1989; 27: 112-29.
- 5 Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive

discharge planning and home follow up of hospitalised elders: a randomised clinical trials. *JAMA* 1999; 281: 613-20.

#### Per approfondire

- Anthony MK, Hudson-Barr DC. Successful patient discharge: a comprehensive model of facilitators and barriers. *J Nurs Adm* 1998; 3: 48-55.
- Jackson MF. Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing. *J Adv Nurs* 1994; 19: 492-502.
- Kersten D, Hackenitz E. How to bridge the gap between hospital and home? *J Adv Nurs* 1991; 1: 4-14.
- <http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn-2003-2005>. PDF. Accessed: October, 2004.

## SEZIONE 2 – OBIETTIVO: DEFINIRE IL CONCETTO DIMISSIONE PIANIFICATA

### Che cosa è la “dimissione pianificata”?

La dimissione è un processo presidiato con modalità molto variabili da un reparto all'altro e da un operatore all'altro. Non è frequente, infatti, trovare delle procedure formali e condivise all'interno dei servizi. La situazione più diffusa è che il medico comunica all'infermiere la decisione di dimettere il paziente: prepara la lettera di dimissione e il capo sala o l'infermiere, quando necessario, organizzano con la famiglia o il servizio sociale, gli interventi opportuni. Alcuni team stanno sperimentando altri modelli di organizzazione; tuttavia, queste esperienze, in Italia, non sono ancora sufficientemente divulgate.

La letteratura sollecita un'attenzione precoce alla dimissione, che dovrebbe iniziare non appena il paziente ha superato la fase critica o acuta. In questo senso si parla di *pianificazione della dimissione*, che tuttavia può essere denominata in altri modi, come riportato sinteticamente nella [Tabella 3](#).

La dimissione è un processo e non un evento isolato. La sua pianificazione deve essere precoce al fine di creare le condizioni affinché pazienti e familiari siano in grado di contribuire alle migliori decisioni da prendere<sup>1</sup>. La piani-

ficazione della dimissione è multidisciplinare<sup>2</sup>: ciascun professionista è impegnato nella stesura di un piano di interventi; comprende una valutazione del paziente, la pianificazione, applicazione e monitoraggio degli interventi e si propone l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie. Rorden e Taft<sup>3</sup> descrivono il piano di dimissione come un processo composto da diverse fasi, che ha l'obiettivo di anticipare e accompagnare i cambiamenti dei bisogni dei pazienti, garantendo continuità delle cure.

### Qual è la differenza tra dimissione pianificata e dimissione protetta?

La distinzione tra questi due tipologie non è sempre di immediata e facile comprensione. L'aggettivo *protetta* indica una presa in carico delle necessità sanitarie, assistenziali e sociali del paziente da parte di strutture: residenziali, di lungodegenza, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio o presso centri di accoglienza sociali. L'aggettivo *pianificazione*, invece, sottolinea una dimensione progettuale e organizzativa finalizzata a preparare un piano anticipato di dimissione. Non tutti i pazienti ricoverati hanno la necessità di una dimissione pianificata perché raggiungono-

**Tabella 3** - Alcune parole chiave per ricercare letteratura sulle dimissioni pianificate.

#### In Italia

- Pianificazione della dimissione
- Dimissione programmata
- Dimissioni ospedaliere programmate
- Dimissioni protette
- Piano per le dimissioni difficili

#### Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations (JCHAO, 2004)

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

#### MedLine (MeSH Term)

- Discharge Planning
- Discharge Patient
- Patient Discharges
- Planning Discharge

Sono tutti sinonimi e sono stati identificati dal 1978. La loro definizione formale comprende “il processo amministrativo di dimissione del paziente, in vita o deceduto, dall'ospedale ad altri luoghi di cura”.

#### CINHAL (MeSH Term)

- Patient Discharge
- Discharge Planning

Il primo termine è stato introdotto nel 1983; il successivo nel 1990 successivamente all'approvazione del termine nell'ambito del Nursing Intervention Classification (IOWA, 1990). Descrive il processo attivato per i pazienti presi in carico in modo discontinuo dai servizi. Non è utilizzato per descrivere gli interventi educativi per i quali va preferito il termine MeSH “Patient Discharge Education”.

## Aggiornamenti

**Tabella 4** - La continuità dell'assistenza: tipologie.<sup>4</sup>

### Continuità nelle informazioni

L'informazione è il filo che lega l'assistenza da un professionista all'altro e tra più episodi di malattia. Le informazioni documentate tendono ad essere centrate sulle condizioni mediche, meno sulle preferenze del paziente, sui suoi valori e sulla situazione familiare e sociale: dimensioni altrettanto importanti per garantire servizi appropriati. Questo tipo di continuità presuppone che i professionisti documentino le informazioni raccolte.

### Gestione della continuità

È particolarmente importante nei casi di pazienti con malattie croniche o complicate dal punto di vista clinico, che richiedono l'intervento di diversi professionisti che non devono intralciarsi a vicenda. La continuità si ottiene quando i servizi vengono erogati in maniera, complementare e tempestiva. La condivisione di piani di lavoro o di cure facilita la gestione della continuità, garantendo sicurezza a pazienti e professionisti. I piani sono gestiti con flessibilità: l'assistenza può essere adattata ai cambiamenti dei bisogni del paziente e della situazione, particolarmente rilevanti nelle situazioni assistenziali a lungo termine.

### Continuità relazionale

Permette di collegare le esperienze di assistenza già vissute con quella attuale; garantisce al paziente punti stabili di riferimento, ed ai professionisti la possibilità di confronto dell'evoluzione del paziente nel tempo, di approfondire la relazione e, quindi, di continuare ad apprendere.

no la guarigione o una discreta autonomia e rientrano a domicilio; una buona parte dei pazienti richiede invece una dimissione pianificata, mentre una frazione ancora più contenuta, richiede interventi complessi per una dimissione protetta.

### **Qual è la differenza tra la dimissione pianificata e la continuità assistenziale?**

Mentre la dimissione è un processo intraospedaliero, e quindi costituisce la prima fase, la continuità non appartiene all'ospedale o al territorio. Il piano di dimissione è un percorso attivato durante la degenza, che può risolversi con interventi educativi che rendono indipendente il paziente. Altre volte prevede, invece, la presa in carico. Da questo momento in poi si parla di continuità assistenziale che ha la finalità di stabilizzare la situazione patologica e migliorare la qualità della vita dei pazienti: si basa su un approccio multidisciplinare che promuove l'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie.

L'unità di misura della continuità è l'individuo: la continuità non è una caratteristica dei professionisti o delle organizzazioni, ma descrive come si integrano l'esperienza del paziente, l'erogazione dei servizi e i processi attivati. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 dedica al tema della continuità assistenziale uno dei dieci obiettivi per la "strategia del cambiamento": "promuovere il territorio quale primaria sede

di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari. L'obiettivo prioritario è di attivare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi con il supporto del medico e dell'assistenza sanitaria di base".

La letteratura identifica tre tipi di continuità: di informazione, gestione e relazione (Tabella 4). L'importanza attribuita a ciascuna dipende dai professionisti, dal contesto di cura e dalla loro prospettiva: se centrata sulla persona o sulla malattia.

Per i pazienti ed i loro familiari la continuità assistenziale è il sentirsi presi in carico da un professionista che è a conoscenza del percorso ospedaliero, in grado di sviluppare un piano assistenziale e di seguirlo nel tempo. Per i professionisti significa, invece, avere sufficienti conoscenze ed informazioni sul paziente e applicare al meglio le competenze.

La dimissione pianificata comporta, invece, lo sviluppo di un piano individualizzato di dimissione prima che il paziente lasci l'ospedale per tornare a casa.

### **Qual è la differenza tra la dimissione pianificata e la lettera di dimissione infermieristica?**

Un piano di dimissione implica una attenzione precoce alle necessità che il paziente dovrà affrontare al suo rientro a casa. La lettera di dimissione, che alcuni infermieri hanno provato ad introdurre, invece, è una comunicazione

scritta ad altri colleghi relativa, di solito, ad alcune prestazioni che dovrebbero essere continuate (ad esempio, le medicazioni delle lesioni da decubito, la gestione della nutrizione enterale). Tuttavia, le prime esperienze sollevano anche alcune riflessioni:

a) è opportuno fare un doppio della lettera di dimissione medica oppure è preferibile procedere verso una lettera integrata che riporti, accanto alle informazioni diagnostiche e terapeutiche, indicazioni sui problemi ed interventi assistenziali che richiedono continuità ed uniformità di gestione?

b) i contenuti di queste lettere spesso riproducono gli stessi difetti delle consegne: raccontano quello che è stato fatto al paziente ma sono povere di indicazioni utili per la gestione del problema in un contesto diverso, come quello domiciliare;

c) lettere di dimissione non possono essere contestualmente uno strumento informativo rivol-

to ai familiari e ad altri infermieri, perché rischiano la genericità o di stimolare confusione/allarmismi: non sarebbe forse più efficace distinguere le informazioni, scritte e verbali, da dare alla famiglia e quelle invece da trasmettere ad altri professionisti e colleghi utilizzando linguaggi e strumenti diversi?

d) È sempre difficile trovare la modalità più adatta per fornire informazioni alla famiglia e ai colleghi: se la comunicazione scritta garantisce memoria e sicurezza, quella verbale o telefonica è immediata e favorisce il confronto sulle scelte. La lettera di dimissione rischia di essere un ulteriore ostacolo al confronto e alla discussione con gli infermieri impegnati nell'assistenza domiciliare. Anche quando necessaria, deve essere sempre accompagnata da un contatto.

La lettera di dimissione rappresenta uno strumento a supporto della dimissione pianificata e non il piano di dimissione.

**RIQUADRO 2**

**SPUNTI PER LA RIFLESSIONE CRITICA**

- Descrivi tre motivi che sostengono la necessità di pianificare la dimissione dei pazienti.
- Spiega la differenza tra dimissione pianificata e dimissione protetta, continuità assistenziale e lettera di dimissione infermieristica.
- Analizza nella tua pratica quotidiana come avviene la dimissione: quando viene decisa; come viene documentata dagli infermieri; quando e chi la comunica al paziente ed ai familiari; chi attiva gli interventi educativi o servizi.
- Rifletti su come è gestita, nella tua realtà, la comunicazione con gli infermieri delle RSA o dell'Assistenza Domiciliare.
- Intervista un paziente e i suoi familiari in occasione di un ricovero ripetuto e analizza se ci sono state carenze informative o di preparazione/gestione della dimissione.
- Progetta con lo studente del Corso di Laurea in Infermieristica che stai tutorando, una dimissione pianificata selezionando un paziente di media complessità. Supervisiona il progetto e la sua applicazione. Incoraggialo a sperimentarsi su livelli crescenti di complessità che includano la pianificazione della dimissione con il team multidisciplinare.

**Bibliografia**

- 1 Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trials. *JAMA* 1999; 281: 613-20.
- 2 Parkers J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home(Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2002*. Oxford: Update Software.
- 3 Rorden J, Taft E. *Discharge planning Guide for Nurses*. Philadelphia: Saunders, 1990.
- 4 Haggerty JL, Reid Rj, Feeman GK, Starfield B,

Adair C, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219-21.

**Per approfondire**

- Bull M, Roberts J. Components of a proper hospital discharge for elders. *J Adv Nurs* 2001; 35: 571-82.
- Panis L, Gooskens M, Verheggen F, Pop P, Prins M. Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical case study. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 57-65.
- Piva P. *L'intervento organizzativo nei servizi socio-sanitari*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1993.

### SEZIONE 3 - **OBIETTIVO: ELABORARE UN PIANO DI DIMISSIONE**

#### **Quali sono le fasi della dimissione pianificata?**

È un processo che può essere suddiviso in cinque fasi:

1. Realizzare un accertamento mirato del paziente e valutare le sue esigenze;
2. Identificare il grado di rischio di dimissione difficile, ritardata o di esiti sfavorevoli nel post ricovero;
3. Elaborare un piano personalizzato (strategie e tempi) di dimissione coinvolgendo il paziente e i familiari come partner dell'intero processo;
4. Prendere in carico i problemi attivi e potenziali ed attivare le risorse necessarie alla dimissione, non appena il paziente è clinicamente stabile;
5. Assicurare il follow-up, che può avvenire con diverse modalità: telefonico, attraverso una visita domiciliare o ospedaliera.

#### **Come valutare i pazienti che hanno bisogno di una dimissione pianificata?**

La valutazione ha l'obiettivo di identificare i pazienti a rischio per una dimissione difficile. La valutazione iniziale e le conseguenti scelte, dovrebbe essere documentate nella cartella integrata. Secondo Naylor (1999), la pianificazione della dimissione dovrebbe iniziare all'accettazione o, al massimo, entro la terza giornata, garantendo tuttavia una continua rivalutazione durante l'intera degenza.

Una valutazione accurata del paziente include l'analisi delle sue abilità funzionali, del sistema di supporto sociale, del suo stato mentale e della situazione clinico-assistenziale. La valutazione inizia con un'intervista al paziente e il coinvolgimento della famiglia o delle reti di riferimento.

Gli ambiti da indagare potrebbero essere:

#### *per valutare le abilità a compiere le attività di vita quotidiana*

È autonomo nelle attività di vita quotidiane (ADL)?

Riesce ad identificare e gestire le sue limitazioni?

#### *per valutare lo stato mentale*

È confuso?

È in grado di rispondere alle domande semplici?

Può partecipare alla pianificazione della dimissione?

È disponibile ad apprendere nuove informazioni?

Segue le indicazioni fornite?

#### *per valutare lo stato psicologico*

Come è il suo umore?

Come reagisce alla malattia o alla disabilità?

C'è uno stato di depressione latente?

Esprime fiducia e autostima rispetto al prendersi cura della sua situazione?

#### *per valutare le risorse familiari*

Ha familiari in grado di prendersi cura di lui? Sono motivati?

È in tensione/confitto con i suoi familiari?

Chi lo può aiutare nella gestione dei pasti, della casa, e nelle altre attività strumentali (ad esempio fare la spesa)?

Può contare su persone che possono aiutarlo nell'assistenza post-ospedaliera?

#### *per valutare la situazione domiciliare*

Dove vive?

Quali sono le barriere architettoniche più critiche per la sua situazione?

La casa è compatibile con i suoi problemi di salute?

#### *per valutare l'esigenza di presidi, sussidi o altro*

Avrà bisogno di sussidi (ad esempio un sollevatore, un materasso antidecubito, un girello, pompe per la nutrizione enterale, carrozzella, aspiratore?)

La famiglia ha la possibilità di adattare la stanza da letto per accogliere questi presidi?

La famiglia dovrà essere addestrata durante la degenza alle tecniche di mobilitazione o all'utilizzo di presidi complessi?

Dovrà seguire un piano terapeutico complesso? Possiede informazioni? Quali sono le aree informative più carenti?



*per valutare le sue preferenze*

- Il paziente può realisticamente aspettarsi di ritornare a casa?
- Desidera rientrare a domicilio?
- Quali servizi utilizzava prima del ricovero?
- Quali servizi sono disponibili nella comunità in cui vive?

*per valutare i bisogni educativi*

- Deve seguire una dieta, terapie o un programma riabilitativo?
- Dimostra interesse e motivazione ad apprendere?
- Dimostra capacità e disponibilità a condividere le indicazioni e i consigli?
- Prima della dimissione, quali sono le conoscenze che deve avere per garantire la sua sicurezza (ad esempio per il diabetico, la gestione delle crisi ipoglicemiche)?

Per identificare con maggiore precisione i pazienti a rischio di dimissione difficile, possono essere utilizzati strumenti di screening. In letteratura si sta dibattendo molto sull'esigenza di utilizzare questi strumenti per dare maggiore obiettività alle valutazioni del rischio: uno dei più citati è il Brass Index (Tabella 5)<sup>1-3</sup> (Blaylock Risk Assessment Screening and Score), che individua i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. L'indice di Brass indaga dieci dimensioni ed individua 3 classi di rischio:

- Età
- Situazione di vita/supporto emozionale
- Stato funzionale
- Stato cognitivo
- Modello comportamentale
- Mobilità
- Deficit sensoriali
- Numero di accessi al pronto soccorso nell'ultimo periodo
- Problemi clinici attivi
- Numero di farmaci assunti

Dopo aver intervistato il paziente, rivisto la cartella clinica, discusso con i parenti o altre persone significative, vengono identificati i problemi potenziali post dimissione.

**Quali sono le strategie per sviluppare il piano di dimissione?**

Il piano di dimissione può prevedere una diversa gradualità di interventi: semplice informazione, educazione terapeutica, valutazione multidimensionale, attivazione dei servizi. Questi interventi devono essere attivati al momento giusto: non si può istruire un paziente alla autogestione della terapia anticoagulante orale il giorno prima della dimissione; è necessario iniziare immediatamente, quando il medico decide la terapia, utilizzando tutte le occasioni per dimostrare come dosare il farmaco, come interpretare i valori INR ed evitare rischi. I pazienti sentono l'esigenza di conoscere la malattia, la terapia, la gestione di sintomi quali ad esempio la dispnea o il dolore. Quando sono dimessi il venerdì pomeriggio o il sabato, hanno anche bisogno di conoscere come fare per procurarsi farmaci o presidi necessari. Le informazioni di cui hanno bisogno i familiari, invece, riguardano soprattutto i tempi ed i segni di recupero, gli aspetti economici (aspetti integrativi di assistenza, assicurazioni ecc.), come ridurre il dolore, come e dove rivolgersi per avere assistenza infermieristica a domicilio, quando chiamare un medico, come far assumere i farmaci, quali sono gli effetti secondari della terapia ed i problemi potenziali post-dimissione. Quando devono assumere un impegno assistenziale, i caregiver chiedono informazioni anche sulle condizioni cliniche del paziente, sulla gestione e monitoraggio dei sintomi, sulla gestione delle urgenze; sono preoccupati perché non si sentono in grado di garantire le abilità assistenziali richieste e non

**Tabella 5 - Indice di Brass.**

PUNTEGGIO (da 0 a 40)	CLASSI DI RISCHIO
0-10 <b>Basso rischio</b>	Soggetti a basso rischio per problemi post dimissione: non richiedono un particolare impegno di pianificazione della loro dimissione; la disabilità è molto limitata.
11-20 <b>Medio rischio</b>	Soggetti a medio rischio di problemi post dimissione correlati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione.
>20 -40 <b>Alto rischio</b>	Soggetti ad alto rischio correlati a problemi rilevanti che richiedono continuità di cure e, frequentemente, l'istituzionalizzazione.

## Aggiornamenti

**Tabella 6** - Strategie in base al percorso post dimissione.

Percorso post dimissione	Esempi di interventi da includere nel piano di dimissione
Rientro a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare le informazioni;</li> <li>• Attivare interventi di educazione terapeutica per migliorare le capacità di autogestione per problemi temporanei o definitivi.</li> </ul>
Rientro a domicilio con attivazione di servizi (prestazioni mediche, infermieristiche o sociali programmate e di supporto. Ad esempio terapie iniettive, controlli pressori, medicazioni, aiuto per confezionamento pasti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informare e discutere con il paziente e i familiari gli obiettivi assistenziali che dovranno essere perseguiti anche a domicilio;</li> <li>• Condividere con i familiari la richiesta di attivazione dei servizi territoriali;</li> <li>• Valutare la necessità di trasmettere le informazioni infermieristiche ai colleghi del servizio domiciliare per garantire continuità;</li> <li>• Garantire informazioni sulle modalità e recapiti dei servizi (solitamente attivati su richiesta della famiglia e del Medico di Medicina Generale presso il distretto locale).</li> </ul>
Attivazione del servizio sociale per residenze sanitarie protette, strutture riabilitative o strutture di accoglienza sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condividere con i familiari o le persone di riferimento se presenti, la richiesta di attivazione dei servizi sociali;</li> <li>• Attivare il servizio sociale;</li> <li>• Valutare la necessità di trasmettere informazioni ai colleghi che assicureranno le prestazioni in ambito residenziale.</li> </ul>
Attivazione dell'assistenza domiciliare integrata, che di solito inizia con una valutazione multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condividere con i familiari o le persone di riferimento, la richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare integrata;</li> <li>• Attivare precocemente, e secondo le procedure definite dalle proprie organizzazioni, la valutazione multidimensionale;</li> <li>• Trasmettere le informazioni ai colleghi del servizio domiciliare integrato.</li> </ul>
Trasferimento ad un servizio per post acuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condividere con i familiari o le persone di riferimento, la richiesta di attivazione del servizio post acuti concordando anche tempi e modalità del trasporto;</li> <li>• Attivare precocemente il servizio post acuti;</li> <li>• Organizzare il trasferimento del paziente;</li> <li>• Garantire le informazioni sulla situazione assistenziale del paziente e sulle esigenze di continuità.</li> </ul>

sanno chi attivare in caso di difficoltà. Queste questioni vanno affrontate precocemente, durante la degenza (Tabella 6). L'adattamento e l'apprendimento del paziente e dei familiari richiedono tempo.

Il piano di dimissione richiede:

### **a) Comunicazione tra professionisti diversi e con la famiglia**

La comunicazione inizia all'ammissione, si protrae durante e immediatamente prima della dimissione e coinvolge i servizi territoriali e residenziali. Può realizzarsi con due modalità.

#### **1) Comunicazione scritta che riporta:**

- i risultati della valutazione e delle necessità assistenziali post dimissione, su uno strumento interdisciplinare;
- il decorso ospedaliero e in particolare: i problemi potenziali, la presenza di sintomi inusuali e di cambiamenti importanti nello stato di salute;

- le modalità di gestione di sintomi specifici come ad esempio il dolore postoperatorio;
- le attenzioni da porre per una adeguata gestione del regime farmacologico e dietetico;
- le difficoltà del caregiver o il livello di autogestione raggiunto;
- il livello di adattamento psicosociale alla malattia.

**2) Comunicazione verbale** dello stato di salute e del piano di dimissione al paziente, alla famiglia, ai referenti e colleghi dei servizi di assistenza extraospedaliera.

### **b) Coordinamento dei e tra i servizi**

Deve essere individuato un referente responsabile del piano di dimissione di quel paziente con il mandato di:

- coordinare gli interventi del team e delle diverse competenze professionali;
- far da tramite tra paziente e servizi necessari per il post dimissione;

- accertare la comprensione delle informazioni da parte del paziente e della famiglia;
- accertare che le comunicazioni scritte con gli altri servizi siano chiare, tempestive e raggiungano i destinatari.

### c) **Collaborazione**

Il team multidisciplinare (medico, infermiere, caposala, dietista, fisioterapista, assistente sociale, responsabile dell'assistenza domiciliare) dovrebbe discutere il caso, ed anche

- individuare infermieri che si impegnano a realizzare il follow up (ed a comunicarlo al team) dei pazienti gestiti presso gli ambulatori o il Day Hospital;
- fornire recapiti e indicare un referente affinché la famiglia o il paziente possano telefonare in caso di difficoltà nei giorni successivi alla dimissione;
- creare le condizioni affinché gli operatori del territorio e quelli dell'ospedale si integrino: ad esempio, gli operatori del territorio dovrebbero essere stimolati e facilitati, quando necessario e possibile, a frequentare l'ospedale e viceversa per gli operatori ospedalieri, a frequentare e conoscere la complessità del territorio.

### d) **Rivalutazione continua**

Il processo di dimissione è dinamico: lo stato di salute del paziente potrebbe cambiare rapidamente, determinando l'esigenza di una rivalutazione delle scelte. Il cambiamento della situazione e delle necessità assistenziali dovrebbe essere comunicato a tutti i membri del team e ai responsabili delle strutture coinvolte.

### **Quali sono gli strumenti a supporto del piano di dimissione?**

Per pianificare e gestire un piano di dimissione sono necessari:

- un modulo in cui registrare la valutazione del rischio e gli interventi pianificati;
- percorsi educativi standard per gruppi di pazienti con problemi omogenei e strumenti informativi (diari di automonitoraggio per il paziente diabetico; brochure informative);
- percorsi clinici, diagnostici, terapeutici e assistenziali (clinical pathways) che includono di norma anche gli aspetti da presidiare per una dimissione efficace;

- procedure scritte e strumenti informativi in cui gli infermieri possano disporre di numeri di telefono, indirizzi e orari dei servizi territoriali e residenziali di riferimento;
- procedure di attivazione dei diversi servizi per dare riferimenti precisi ai familiari, anche sul come e dove acquisire gli ausili consigliati per evitare inutili sprechi di tempo e disagi;

Gli strumenti selezionati devono essere essenziali: gli infermieri, ma anche gli altri operatori, manifestano una crescente esigenza di ridurre il loro impegno per le registrazioni scritte. Purtroppo non è stato ancora dimostrato se e quanto la documentazione scritta sia in grado di influenzare i risultati dei pazienti; presenta i limiti non solo per la grande quantità di tempo richiesta per la compilazione, ma anche per il limitato uso che ne fanno gli operatori quando prendono decisioni. Per facilitare i contatti può essere utile una linea telefonica diretta con gli infermieri del distretto. Nel **Riquadro 4** viene riportato un esempio di piano educativo per il paziente epatopatico.

#### **SPUNTI PER LA RIFLESSIONE CRITICA**

#### **RICUADRO 3**

- Analizza quali sono i dati che raccogli nell'accertamento di routine dei tuoi pazienti, che possono essere utili anche ai fini della dimissione; dal confronto con la guida (Tabella 6) rileva quali dati potrebbero essere integrati.
- Prova a valutare i bisogni dei pazienti a rischio per una dimissione difficile utilizzando le domande suggerite per l'intervista, arricchendole con la tua esperienza.
- Analizza se nel tuo contesto lavorativo le procedure per le diverse destinazioni (es RSA, Hospice, Lungodegenza) sono definite, aggiornate e disponibili alla consultazione anche per i familiari. Verifica se tali procedure costituiscono una guida effettiva per la gestione delle dimissioni o richiedono un aggiornamento.
- Rifletti e discuti con i tuoi colleghi, come e quanto vengono coinvolti i familiari sulle decisioni relative alla destinazione post dimissione.
- Rifletti sulle paure, i bisogni educativi e le difficoltà che esprimono più di frequente i familiari di fronte ad una dimissione difficile.
- Rifletti criticamente quanto il gruppo infermieristico, quando non sono presenti i familiari ed il paziente è assistito da una badante, la coinvolgono e si preoccupano di prepararla ad affrontare i nuovi impegni assistenziali a domicilio.
- Se nel tuo contesto lavorativo non si utilizzano abitualmente percorsi educativi, prova ad applicare l'esempio riportato per i pazienti epatopatici ricordando che questo è un percorso standard da personalizzare; oppure, prova a costruire un percorso educativo per i problemi dei pazienti che più frequentemente sono ricoverati nel tuo reparto.

## Aggiornamenti

RIQUADRO 4

### Percorso educativo per il paziente con cirrosi epatica scompensata

**Obiettivo: Garantire la dimissione sicura attraverso un intervento educativo.**

Prerequisiti: il progetto educativo inizia quando il paziente è stato informato sulla patologia e la terapia. Medici e infermieri devono concordare come suddividersi il percorso educativo per ciascun paziente. Prima di procedere con qualsiasi intervento, è opportuno censire le barriere all'apprendimento e individuare gli eventuali ulteriori destinatari da coinvolgere (moglie, marito..).

Paziente:	Data di accertamento:	Data di accertamento:
<b>Barriere all'apprendimento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ non disponibile all'apprendimento</li> <li>■ deficit motorio</li> <li>■ deficit visivo</li> <li>■ deficit uditivo</li> <li>■ deficit cognitivo</li> <li>■ culturale/religioso</li> <li>■ altro</li> </ul>	<b>Destinatari</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ paziente</li> <li>■ madre o padre</li> <li>■ coniuge</li> <li>■ figlio/a</li> <li>■ altro</li> <li>■ nome del caregiver destinatario:</li> </ul>	<b>Verifica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ comprende i contenuti</li> <li>■ necessita di ulteriori informazioni</li> <li>■ necessita di ulteriori rinforzi</li> <li>■ necessita di ulteriore pratica</li> <li>■ altro _____</li> </ul>

Aree educative di sicurezza	Fase iniziale (paziente con buona probabilità, già in trattamento)	Fase di addestramento	Fase di stabilizzazione clinica, prossima dimissione
Terapia	<p>Discutere con la persona di riferimento sulle modalità e regolarità dell'assunzione della terapia a domicilio; Valutare lo stato cognitivo del paziente; Informare il paziente sulle eventuali modifiche di terapia.</p>	<p>Valutare le condizioni cognitive ed emotive.                      Informare il medico dell'inizio dell'educazione alla terapia.                      Informare il paziente sul nome del farmaco in terapia.                      In occasione della somministrazione della terapia spiegare l'effetto atteso, i benefici e i possibili effetti collaterali della terapia diuretica, con betabloccante, lattulosio ed antibiotici.</p>	<p>Indagare gli stili di vita e riflettere criticamente con il paziente sulla loro appropriatezza rispetto al quadro clinico.                      Concordare con il medico l'adeguamento (per quanto possibile) degli orari e delle modalità di assunzione dei farmaci alle abitudini del paziente, motivandoglielo.                      Indagare le conoscenze del paziente sui farmaci in terapia e gli effetti collaterali.                      Consigliare i controlli periodici dei parametri vitali (settimanali) e degli elettroliti (su indicazione del medico curante).                      Discutere sui problemi più probabili nella gestione della terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dimenticanza;</li> <li>• sovradosaggio -&gt; attenzione ai beta bloccanti</li> <li>• diarrea (lattulosio e diuretici), meteorismo;</li> <li>• farmaci da assumere se compare febbre, dolore (attenzione all'aspirina)</li> <li>• evitare di assumere fitofarmaci autoprescritti.</li> </ul>
Dieta	<p>Motivare al paziente la scelta della dieta iposodica (ascite ed edemi) con ridotto contenuto proteico (encefalopatia grave) o vegetariana morbida (varici esofagee).                      Cogliere il momento dei pasti per discutere quale menù viene proposto e per quali motivazioni</p>	<p>Discutere con il paziente l'appetibilità della dieta e i cibi che gradirebbe.                      Fornire al paziente - o a chi prepara i pasti - una lista di alimenti che contengono molto sodio; suggerire alcune strategie per insaporire i cibi in alternativa al sale o al dado.                      Motivare l'eventuale restrizione idrica (500-1000 ml/die).                      Se il paziente è diabetico consultare le il servizio dietetico.</p>	<p>Discutere dell'importanza della sospensione dell'assunzione di alcool, funghi e cibi fritti; Indicare alimenti ad alto contenuto di proteine che possono sostituire la carne (legumi, latticini, pesce). La carne non deve essere abolita ma ridotta di quantità.                      Sottolineare l'importanza (sia al paziente che alla persona di riferimento) dell'alimentazione (elevato rischio di malnutrizione) e dell'assunzione di verdura e frutta (fibre e vitamine per alvo e ipovitaminosi).                      Informare la persona di riferimento che se il paziente si nutre meno del previsto o rifiuta il cibo, deve avvertire il medico.                      Nel caso di ascite refrattaria consigliare di non assumere più di un litro di liquidi al giorno, facendo attenzione ai periodi di particolare sudorazione o alla comparsa di astenia e capogiro.</p>

Aree educative di sicurezza	Fase iniziale (paziente con buona probabilità, già in trattamento)	Fase di addestramento	Fase di stabilizzazione clinica, prossima dimissione
<p>Individuazione precoce segni/sintomi di scompenso</p>		<p>Motivare le modalità del controllo del peso (a digiuno, alla stessa ora).                      Motivare l'importanza del controllo pressorio e della frequenza cardiaca se in terapia con betabloccanti.                      Motivare l'importanza della regolarità dell'alvo e del controllo delle caratteristiche delle feci.                      Condividere le soluzioni alternative ai microclismi nel caso di gavoccioli emorroidali.</p>	<p>Valutare le conoscenze apprese nelle giornate precedenti.                      Riprendere le informazioni non chiare rispetto al controllo dell'ascite ed edemi, stato di coscienza (coinvolgere la persona di riferimento), caratteristiche delle feci e delle urine, astenia ed inappetenza.                      Consigliare al paziente e alla persona di riferimento l'utilizzo di un quaderno dove riportare il controllo di:                      • peso (la frequenza dipende dalla presenza di ascite e dalla sua gravità) ponendo attenzione se l'aumento è superiore a 1 kg in due giorni;                      • parametri vitali;                      • alvo;                      • disturbi vari (ecchimosi: rivolgersi subito al medico);                      Consigliare al paziente un controllo medico periodico.                      Avvertire di prestare particolare attenzione ad alcune situazioni di rischio: febbre, infezioni, cadute.</p>
<p>Particolari attenzioni nella presa in carico di questi pazienti</p>	<p>Analizzare il contesto socio-familiare per individuare difficoltà.</p>	<p>Se cirrosi grave con alterazioni funzionali, mettere in contatto con l'assistente sociale per ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile.                      Concordare con il medico e la persona di riferimento l'opportunità di attivare un'Assistenza domiciliare integrata</p>	<p>Contattare gli infermieri del territorio e assicurare le informazioni necessarie alla continuità;                      Redigere la lettera di dimissione infermieristica.</p>

## Bibliografia

- 1 Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkel D, de Bont M, Veeger A. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *J Adv Nurs* 1997; 25: 1233-40.
  - 2 Miastiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *J Adv Nurs* 1999; 5: 1050-56.
  - 3 Chaboyer W, Kendall E, Foster M. Use of the Brass index to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs. *Nurs Crit Care* 2002; 7: 171-5.
  - 4 Discharge planning for the older adult. The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing - Academic Institution. 2003. Available at [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), accessed 5 November, 2004.
  - Bull MJ, Hansen HE, Gross CR. Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *J Card Nurs* 2000; 3: 76-87
  - Bull MJ, Roberts J. Components of a proper hospital discharge for elders. *J Adv Nurs* 2001, 35: 571-82.
  - Currel R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2003*. Oxford: Update Software.
  - Dukkens van Emden D M, Wynand JGR, Berns Mary P.H. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *J Adv Nurs* 1999; 30: 1186-94.
  - Evans RL, Hendricks RD. Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial. *Med Care* 1993; 31: 358-70.
  - Johansson I, Hamrin E, Larsson G. Evaluation of the prognostic value of the health assessment form among patients clinically ready for discharge. *J Nurs Manag* 1994; 2: 77-85.
- Per approfondire
- Anderson MA, Helms LB. Communication between continuing care organizations. *Nurs Health* 1995; 1: 49-57.

## Aggiornamenti

### SEZIONE 4 – **OBIETTIVO: DESCRIVERE COME SI COMPONE IL TEAM CHE PIANIFICA E GESTISCE LE DIMISSIONI**

#### **Come si compone il team che pianifica e gestisce le dimissioni?**

Nei paesi anglosassoni, sono previste Unità dedicate alla dimissione pianificata che assumono diverse denominazioni: *Discharge planning department; Continuity of care department; Clinical social work department; Social services; Patient management services; Case management department; Patient resources department; Patient and family services; Utilization management services; Resource management department*. Queste Unità sono composte da un team multidisciplinare (medico, assistente sociale, infermiere, farmacista, fisioterapista, educatore professionale, terapeuta occupazionale) e un responsabile che coordina, facilita e integra dal punto di vista organizzativo gli interventi pianificati dal team. Questi Coordinatori sono denominati: *Discharge planning nurse; Continuity of care Coordinator; Home care Coordinator; Resource management Coordinator; Discharge liaison nurse*. Lo strumento privilegiato del lavoro del team sono le riunioni di discussione del caso, cui partecipano anche il paziente e la sua famiglia.

#### **Il Coordinatore del team deve essere un infermiere?**

In molte esperienze, la responsabilità di coordinare le dimissioni è affidata ad un infermiere esperto nella valutazione dei bisogni, nelle capacità relazionali e nella collaborazione all'interno di sistemi complessi. Tuttavia in alcune esperienze questo ruolo è assunto da altre figure, e questo dipende dai contesti e dalle caratteristiche dei modelli organizzativi adottati ma anche dal problema prevalente dei pazienti. La scelta del profilo professionale del coordinatore non è neutrale: Mistiaen<sup>1</sup> ha documentato che quando il team è guidato da un terapeuta occupazionale i pazienti sono orientati ad un'assistenza basata sulla terapia occupazionale; così come l'assistente sociale, se-

gnala con maggior frequenza ai servizi sociali. Il team guidato dall'infermiere, ricorre invece più di frequente ai servizi di assistenza infermieristica domiciliare.

Proprio per l'influenza che può avere il profilo professionale del coordinatore sui percorsi post ricovero, le soluzioni adottate sono diverse. Ad esempio l'Olanda ha introdotto figure infermieristiche: 56 dei 117 ospedali olandesi (48%) hanno individuato infermieri dedicati<sup>2</sup>. Il mandato loro affidato non è omogeneo: in 42 ospedali hanno una responsabilità prevalentemente organizzativa; in 4 funzioni di consulenza e in 8, una funzione più legata a sviluppo di linee guida, direttive e procedure di dimissione. In Olanda è molto apprezzata l'introduzione di figure infermieristiche dedicate alla dimissione. Anche in Italia le esperienze sempre più diffuse di Case Manager, si stanno concentrando sulla gestione della dimissione.

#### **Bibliografia**

- 1 Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkel D, de Bont M, Veeger A. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *J Adv Nurs* 1997; 25: 1233-40.
- 2 Dukkers van Emden DM, Wynand JGR, Berns M. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *J Adv Nurs* 1999; 30: 1186-94.

#### **Per approfondire**

- Armitage SK, Kavanagh KM. Continuity of care: discharge planning and community nurses. *Cont Nurs* 1995; 4: 148-55.
- Armitage SK, Kavanagh KM. The discharge liaison nurse at the interface of hospital and community nursing services. *Int J Nurs Pract* 1996; 4: 215-21.
- Arts SEJ, Francke AL, Hutton JBF. Liaison nursing for stroke patients: results of a Dutch evaluation study. *J Adv Nurs* 32; 2 : 292-300.
- Chiari P, Santullo A. *L'infermiere case manager*. McGraw-Hill, Milano, 2001.
- Colle F, Palese A, Brusaferrò S. La continuità dell'assistenza basata su informazioni scritte ed infermieri dedicati: revisione della letteratura. Prima parte. *AIR* 2004; 23: 179-85.
- Driscoll A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *J Adv Nurs* 2000; 31: 1165-73.
- Hansen HE, Bull MJ, Gross CR. Interdisciplinary collaboration and discharge planning communication for elders. *J Nurs Adm.* 1998; 28: 37-46.
- Sullivan MK. Facilitating continuity of care: the role of the patient care coordinator. *Nurs Clin North Am* 1995; 2: 221-30.

#### **SPUNTI PER LA RIFLESSIONE CRITICA**

- Quali sono le figure che più presidiano la dimissione nel tuo ospedale?
- Qual è la rilevanza del servizio sociale nella pianificazione e gestione della dimissione?
- Esistono nel tuo ospedale, esperienze o orientamenti ad istituire una unità o figura infermieristica dedicata?
- Quali sono le argomentazioni che potresti elaborare per sostenere l'istituzione di una unità infermieristica dedicata alla gestione delle dimissioni?

## SEZIONE 5 - **OBIETTIVO: DISCUTERE L'EFFICACIA DI UN PIANO DI DIMISSIONE**

### **Quali sono i vantaggi di una dimissione protetta - pianificata?**

Le dimissioni pianificate aumentano la compliance terapeutica e la soddisfazione dei pazienti, delle famiglie e degli operatori; migliorano la qualità percepita e rinforzano l'attitudine professionale a lavorare in équipe. A livello gestionale, adeguano il periodo di ricovero alle effettive necessità di assistenza, riducono le probabilità di una nuova ospedalizzazione a breve termine (ricoveri ripetuti), e diminuiscono l'incidenza di complicanze post ricovero. L'utilizzo di piani di dimissione precoci elaborati entro la terza giornata, aumenta la probabilità di ritorno a casa del paziente con successo e la riduzione della durata della degenza<sup>1-5</sup>.

Anche Evans<sup>2</sup> e Lagoe<sup>6</sup> hanno riportato un'importante diminuzione delle riammissioni ospedaliere nei pazienti con dimissioni pianificate. La valutazione formale del paziente prima della dimissione riduce la probabilità di un ritorno in ospedale per problemi evitabili o complicanze risolvibili con una buona organizzazione. Un programma di follow-up risulta estremamente utile nel ridurre l'incidenza di complicazioni.

### **I pazienti sono più soddisfatti?**

I pazienti sottoposti a dimissioni pianificate sono più soddisfatti dell'assistenza che ricevono. Inoltre, quando vengono informati pazienti e familiari, è meno probabile che si verifichino problemi clinici e aumenta l'efficacia dei care giver: sono meno ansiosi, timorosi e riescono ad impegnarsi nell'assistenza con maggiore tranquillità e sicurezza. Disporre di maggiori informazioni sulla malattia e sui servizi attivabili nel territorio, aumenta la soddisfazione, riduce il senso di abbandono e di inefficacia nella gestione dei problemi post dimissione.

### **Quali sono le conseguenze sui servizi?**

Le dimissioni pianificate aumentano l'attività del Medico di Base: Wienberger et al.<sup>3</sup> riferisce che i pazienti la cui dimissione era stata pianificata avevano più probabilità di ricevere una visita del loro medico di base rispetto al gruppo di controllo. Le dimissioni aumentano il lavoro in équipe e contribuiscono a potenziare la visibilità e l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri. Nelle dimissioni pianificate un elemento importante è l'efficacia della comunicazione tra l'ospedale e la comunità. Un elevato livello di co-

municazione tra coloro che organizzano le dimissioni e coloro che forniscono i servizi fuori dall'ospedale aumenta la capacità di lavorare insieme e di comprendere le difficoltà, i carichi di lavoro e le specificità di ciascuno.

## **Bibliografia**

- 1 Mamon J, Steinwachs DM, Fahey M, Bone LR, Oktay J, Klein L. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Serv Res* 1992; 27(2): 155-175.
- 2 Evans RL, Hendricks RD. Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial. *Med Care* 1993; 31: 358-70.
- 3 Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary care and hospital readmission. *New Engl J Med* 1996; 334: 1441-47.
- 4 Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281: 613-20.
- 5 Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Volume (3) 2003.
- 6 Lagoe RJ, Cheryl M, Noetsche MM. Hospital readmission: predicting the risk. *J Nurs Care Qual* 2001; 15: 69-83.

### **Per approfondire**

- Arford PH, Michel Y, McCue PS, Hiott B. Quality and cost outcomes of transitional care. *Nurs Econ* 1996; 6: 266-275.
- Bours G, Katelaars C, Fredriks C, Huda AB, Wouters EFM. The effects of after care on chronic patient and frail elderly patients when discharged from hospital: a systematic review. *J Adv Nurs* 1998; 27: 1076-86.
- Edwards J, Reiley P, Morris AM, Doody J. An analysis of the quality and effectiveness of the discharge planning process. *J Nurs Qual Assur* 1991; 5(4): 17-27.

### **Riquadro 6**

#### **SPUNTI PER LA RIFLESSIONE CRITICA**

- Descrivi i vantaggi della dimissione pianificata e i possibili indicatori che potrebbero essere utilizzati anche nel tuo reparto per monitorare la qualità delle dimissioni.
- Rifletti criticamente con un collega sulla qualità delle dimissioni del tuo reparto: sono soddisfacenti? Potrebbero essere migliorate? Quali strategie potresti mettere in atto per migliorarle?
- Analizza quale è nel tuo reparto il livello di soddisfazione per le dimissioni dei pazienti e delle loro famiglie; rifletti criticamente sugli incidenti critici delle dimissioni analizzando i reclami pervenuti nell'ultimo anno, le segnalazioni, o i ricoveri ripetuti.
- Discuti con i colleghi quali sono i livelli di integrazione che avete sviluppato con gli infermieri del territorio; quale è il livello di conoscenza reciproca e del contenuto del lavoro svolto. Rifletti sugli spazi di potenziamento della collaborazione tramite la dimissione pianificata.

### GLOSSARIO

■ Quando si elencano i servizi extraospedalieri si utilizzano denominazioni che, di solito, sono riferite ai documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale e che non sono univoche anche se molto simili. Si è ritenuto utile riportare un glossario che è stato costruito sulla base degli elementi comuni contenuti nelle diverse definizioni sia nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che nei Piani Sanitari Regionali. ([http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn\\_2003-2005](http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003-2005)).

#### **Cure intermedie**

Sono un'area di servizi integrati sanitari e sociali (domiciliari, residenziali, e semi-residenziali) finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Le cure intermedie si focalizzano su un'area di bisogni assistenziali che si trova tra intensità delle cure tipiche dell'ospedale e la gestione della cronicità. Il rafforzamento di questa area assistenziale può favorire la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri (Maciocco, 2004).

#### **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**

Le Residenze Sanitarie Assistenziali sono strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali. Queste strutture forniscono all'anziano non autosufficiente prestazioni ed interventi di protezione assistenziale ed abitativa nonché adeguate cure sanitarie e riabilitative. Le RSA sono dedicate a pazienti post-acuti per recupero funzionale di menomazione e disabilità, il cui trattamento è indifferibile e ad alto rischio di potenziale instabilità clinica (fase di riabilitazione intensiva) che richiedono tutela medica specialistica, riabilitativa ed interventi infermieristici.

#### **Casa di Riposo per anziani autosufficienti**

In questa categoria rientrano comunità alloggio, casa albergo, casa protetta. Sono strutture che offrono un'assistenza residenziale a carattere continuativo per anziani con livelli diversi di autosufficienza. I principali servizi offerti sono l'ospitalità, la tutela, la socializzazione, ma anche cure sanitarie di minor intensità rispetto alle RSA.

#### **Centri Diurni per Anziani**

I centri diurni per anziani sono strutture aperte che offrono terapie mediche, ricreative, di ristorazione e assistenza per le medicazioni. Perseguono l'obiettivo di assicurare occasioni di vita autonoma e sociale, favorendo supporto interpersonale, attività ricreative e culturali. Rappresentano un'alternativa per gli adulti che vogliono assistere a casa i loro genitori, ma che lavorano o hanno bisogno di pause di recupero.

#### **Ospedalizzazione Domiciliare**

La cura a casa prevede la presenza di familiari disponibili e preparati con brevi corsi specifici, ma anche l'assegnazione di attrezzature (erogatori di ossigeno, respiratori), ausili per la deambulazione e un collegamento telefonico privilegiato con la struttura ospedaliera. Questo insieme di strategie riduce la permanenza in ospedale. Il servizio è sotto la responsabilità assistenziale del presidio ospedaliero e delle figure che collaborano con i servizi territoriali. Si propone l'obiettivo di:

- reinserire il malato nel contesto familiare dopo il ricovero.
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione.
- Migliorare la qualità di vita dei malati cronici ed in fase terminale e dei familiari.
- Costruire metodologie di intervento sanitario integrato.



## Assistenza Domiciliare (AD)

L' Assistenza Domiciliare ha la finalità di mantenere la persona con problemi/disabilità, nel suo contesto ambientale e familiare di riferimento in modo da proteggerla da fattori negativi legati all'ospedalizzazione e limitare il numero di ricoveri impropri. L'assistenza domiciliare è diversificata in relazione alla natura delle prestazioni che eroga:

■ **Assistenza domiciliare socio-assistenziale:** i destinatari sono persone in condizioni economiche disagiate che sono aiutate con prestazioni (es. fornitura pasti, aiuto domestico, trasporto per esigenze civili e sanitarie, sostegno psico-sociale e di socializzazione);

■ **Assistenza domiciliare sanitaria:** che a sua volta si differenzia in base al livello di intensità assistenziale:

• *Assistenza domiciliare occasionale:* che fornisce prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative con interventi periodici o limitati ad un certo periodo per situazioni a bassa intensità assistenziale;

• *Assistenza domiciliare programmata:* che fornisce prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative con interventi periodici più o meno regolari definiti secondo un programma che riflette le reali necessità dell'assistito per situazioni di media intensità assistenziale.

• *Assistenza domiciliare integrata:* per situazioni ad alta intensità in cui è richiesto un elevato impegno al Medico di medicina generale (che visita la persona più volte alla settimana), al personale infermieristico (che garantisce una presenza giornaliera con reperibilità), e ad altri

specialisti. Prevede stretti collegamenti con le strutture ospedaliere di riferimento al fine di offrire la continuità delle cure specialistiche e i supporti diagnostici e terapeutici necessari.

• *Assistenza ospedaliera a domicilio:* caratterizzata dall'attivazione di professionisti, di tecnologie diagnostico-terapeutiche tipicamente ospedaliere, e sotto la responsabilità diretta dell'Ospedale che ha preso in carico il paziente. Il personale coinvolto appartiene all'ospedale ed opera in stretta collaborazione con il Medico di medicina generale e con gli operatori socio-sanitari del distretto. I destinatari possono essere le persone non autosufficienti o a rischio di diventarlo, con riacutizzazioni importanti di patologie croniche, in fase terminale, portatori di gravi disabilità, con patologie croniche in condizioni di disagio sociale.

## Hospice

È un servizio fornito in strutture residenziali adibite alle cure palliative del paziente terminale. Assicura un'assistenza completa e qualificata in ricovero temporaneo quando l'abitazione del paziente non è più adeguata a soddisfarne le molteplici necessità. Le cure palliative si concentrano sul paziente in fase terminale con lo scopo di migliorare la qualità di vita, sia mediante l'adeguamento dell'ambiente ai bisogni del degente, che tramite un valido sostegno psicologico e spirituale diretto al paziente e ai suoi familiari, oltre a fornire cure mediche e terapia del dolore, assistenza infermieristica, riabilitativa e alberghiera. Per poter accedere all'hospice è necessaria la richiesta del medico di famiglia o dell'equipe curante e il consenso del paziente.