

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Titolo

Dimissione protetta del paziente fragile

Revisione della letteratura

Relatore: dott.ssa Anna De Col

**Laureando: Gensirovska Tetiana
(Matricola:1171010)**

Anno accademico 2020-2021

ABSTRACT

Background: Una dimissione del paziente fragile effettuata in modo non efficace può portare a gravi conseguenze come aumento del tasso di riospedalizzazione nei pazienti anziani, comorbilità dovute alla riammissione ospedaliera, problematiche per il caregiver nella gestione domiciliare della persona dimessa, aumenti dei costi per la sanità, recidiva della patologia, compromissione delle ADL dopo la riammissione a domicilio.

Obiettivo: Analizzare, con l'aiuto della revisione della letteratura gli interventi idonei che possono essere attuati dall'infermiere, con l'aiuto del team multidisciplinare, in ospedale al momento della dimissione e a domicilio, tramite il servizio integrato domiciliare, per una buona gestione della malattia nel contesto domiciliare.

Materiali e metodi: La revisione della letteratura è stata costruita con l'aiuto della ricerca delle banche dati internazionali, rintracciando materiale pertinente al problema. I criteri di selezione degli articoli erano popolazione adulta di età superiore agli 75 anni, lingua inglese, italiano con spazio temporale degli ultimi 10 anni, dal 2011 al 2021, pubblicazione con la presenza del fulltext, studi riferiti alla popolazione umana.

Risultati: La letteratura scientifica sottolinea l'importanza al momento della dimissione della comunicazione e del coinvolgimento del paziente e del caregiver nel momento in cui si elabora il piano assistenziale da seguire a domicilio. Sono stati riscontrati benefici nel seguire il paziente a domicilio utilizzando diversi sistemi di follow-up, telefonici o tramite visite domiciliari da parte di un infermiere, monitorando la capacità dell'infermiere e del caregiver di gestione della malattia. Importante risulta essere nel paziente fragile al momento del rientro a domicilio l'attivazione del servizio di cure integrate.

Conclusioni: Il bisogno di un percorso che monitori il paziente nel passaggio dall'ospedale a domicilio da parte del personale infermieristico si è dimostrato necessario. Le strategie di follow-up, cure integrate, coinvolgimento attivo, educazione terapeutica del paziente nella gestione della terapia farmacologica sono strategie che si sono dimostrate utili per favorire l'accompagnamento e la permanenza a domicilio.

Parole chiave: *discharge elderly patient, nurse education, protective discharge, nurse, follow-up after hospital discharge.*

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....1

CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO TEORICO

1.1 : Scenario sociodemografico. 3

1.2 : La dimissione protetta 5

1.3 : Le fasi principali della dimissione protetta7

1.4 : L'importanza del ruolo della famiglia/caregiver9

1.5 : L'infermiere e la continuità assistenziale10

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI DELLA REVISIONE

2.1: Fonti dei dati.....13

2.2: Parole chiave e stringhe di ricerca.13

2.3: Criteri di selezione e materiale reperito.....14

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 : Fattori che possono aumentare il rischio di ammissione15

3.2 : Interventi per migliorare l'assistenza post-dimissione...18

3.3 : Ruolo dell' infermiere nel gestire la dimissione protetta.....19

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 : Discussione...23

4.2 : Conclusioni.....24

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

L'interesse per l'area territoriale e per la continuità assistenziale ha iniziato a svilupparsi in me nel corso di questi anni di studi universitari e soprattutto durante il tirocinio dove ho potuto conoscere sia la realtà ospedaliera che quella territoriale, esperienza, quest'ultima, che mi ha fatto riflettere sull'importanza delle cure domiciliari.

Durante il tirocinio svolto in area territoriale ho notato come alcuni dei pazienti dimessi, in particolar modo gli anziani, avessero problemi a gestire in autonomia le problematiche di salute che purtroppo erano diventate croniche.

Oltre alla difficoltà del paziente è emersa la difficoltà anche per il caregiver nel gestire i bisogni di salute complessi nel momento del rientro a domicilio, evidenziando l'importanza dell'acquisizione delle competenze necessarie a gestire il paziente prima della sua dimissione. Molto spesso la criticità può essere legata anche al momento del passaggio dell'assistito da una struttura all'altra.

L'invecchiamento della popolazione ha ovviamente portato ad un incremento del numero di ricoveri ospedalieri di pazienti complessi, che necessitano sia di un approccio multidisciplinare durante il ricovero che di un coordinamento con i servizi territoriali a domicilio, al momento della dimissione.

Questa complessità del paziente deve essere sempre considerata al momento della dimissione, valutando la fragilità del paziente per ridurre il rischio di comorbidità e ospedalizzazione tramite interventi mirati.

Nella gestione del paziente fragile un ruolo importante riveste l'infermiere. Il ruolo dell'infermiere infatti emerge come fondamentale sia nella relazione con il paziente e con il caregiver, sia nell'attuare tutti quegli interventi educativi che hanno lo scopo di promuovere la salute e di migliorare la gestione domiciliare del paziente. La gestione della dimissione del paziente fragile pertanto è una fase cruciale, che deve coinvolgere fin da subito il personale ospedaliero e territoriale ma anche la persona stessa e i familiari di supporto. Infatti, durante la degenza nei reparti ospedalieri molto spesso si rischia che venga sottovalutata la complessità dell'individuo, in particolar modo se anziano, e non sempre viene indagato il background socio familiare, che risulta essere fondamentale al momento della dimissione. Se in quel momento infatti non viene considerata la complessità del paziente anziano, si va incontro ad un aumento del rischio legato ad una riospedalizzazione o ad un aumento della comorbidità.

Pertanto, la pianificazione corretta della dimissione e il collegamento tra ospedale e territorio risultano fondamentali. La gestione di queste problematiche molto spesso è a carico dell'infermiere, sia nella sua veste ospedaliera che nella veste territoriale.

Questa tesi ha come obiettivo quello di valutare le principali problematiche che si incontrano al momento di dimettere dall'ambito ospedaliero una persona anziana fragile dopo l'evento acuto che ne ha determinato il ricovero, indagando quale deve essere il ruolo dell'infermiere nel ridurre queste problematiche. In particolar modo verranno valutati i processi di collaborazione tra ospedale e territorio che devono essere messi in atto con lo scopo di ridurre le riospedalizzazioni per garantire il più alto livello di salute del paziente.

Capitolo 1: INQUADRAMENTO TEORICO

1.1 : Scenario sociodemografico

Nell'arco degli ultimi decenni si è assistito a un progressivo invecchiamento della popolazione, con un aumento delle fasce di età più avanzate. Ad esempio, in Italia, all'inizio dell'anno 2019 su 60,359 milioni di persone residenti, gli ultrasessantacinquenni erano 13,8 milioni (7,8 milioni donne e 6 milioni uomini) e rappresentavano il 22,8% del totale (23,1% secondo i dati registrati all'inizio del 2020). Negli ultimi diciotto anni si è registrato un aumento graduale della popolazione più anziana, ossia gli ultraottantenni, con un incremento di 2,5 milioni dal 2002 a 4,3 milioni nel 2019 e una incidenza regionale che varia dal 4,45% al 7,17%. L'incremento dell'età media della popolazione interessa in maniera particolare il sesso femminile, poiché le donne rappresentano il 57% degli ultrasessantenni e un 63% degli ultraottantenni.

Attualmente si tende a suddividere la popolazione anziana in “giovani anziani” (persone tra 64 e i 74 anni), anziani (75-84 anni), “grandi anziani” (85-99 anni) e centenari.

Nella Tabella 1 sono stati riportati dati indicativi al rapporto percentuale della popolazione anziana “over 65 anni” riscontrati in Italia e vari paesi del mondo. Gli stessi dati sono stati raffigurati nella Figura 1 per osservare la prevalenza della popolazione anziana con età maggiore ai 65 anni.

ITALIA	GIAPPONE	SPAGNA	GERMANIA	FRANCIA	UK	USA	
8,3	4,9	7,3	9,7	11,4	10,7	8,3	1950
18,2	17,2	16,7	16,4	16,6	16	12,3	2005
36	35,9	34,1	28,4	27,1	23,2	20,6	2050

Tabella 1. “ Over 65 anni, % della popolazione”

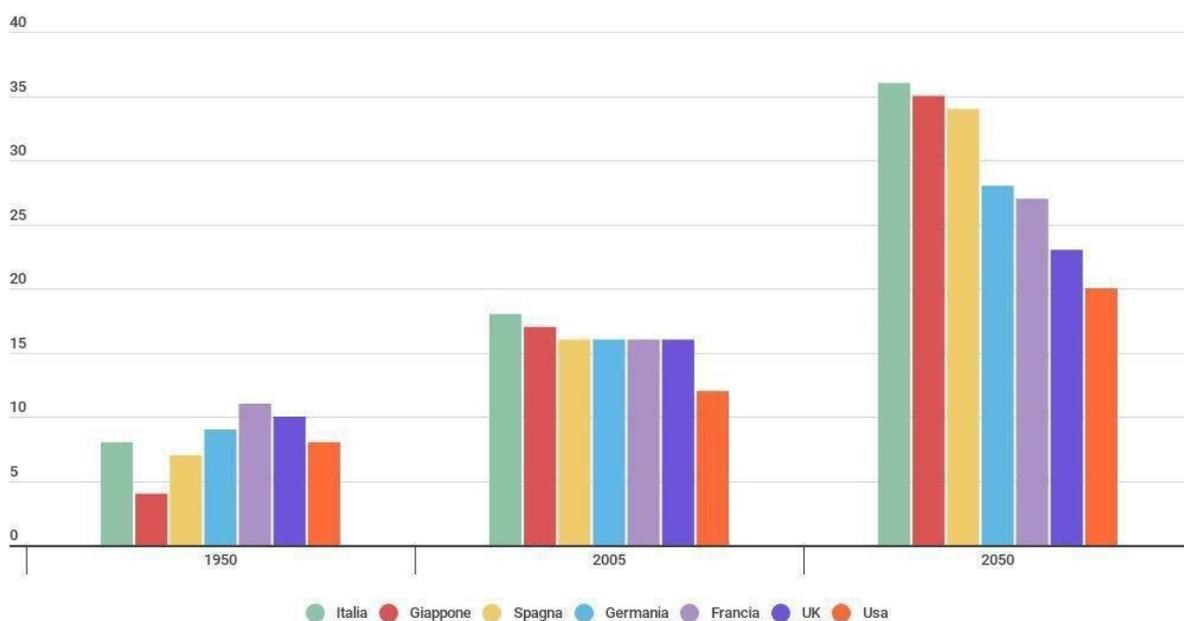


Figura 1. Popolazione anziana >65 anni

Allo stesso modo, nella Tabella 2 sono stati riportati dati relativi alla popolazione anziana con età maggiore ai 80 anni espressi in percentuale. Questi dati sono raffigurati nella Figura 2 che indica la prevalenza della popolazione anziana con età superiore a 80 anni.

ITALIA	GIAPPO- NE	SPAGNA	GERMA- NIA	FRANCIA	UK	USA	
1,1	0,4	1,0	1,0	1,7	1,5	1,1	1950
5,1	4,8	4,1	4,4	4,7	4,4	3,6	2005
15,2	15,3	12,3	12,2	10,9	8,8	7,3	2050

Tabella 2. "Over 80 anni % della popolazione"

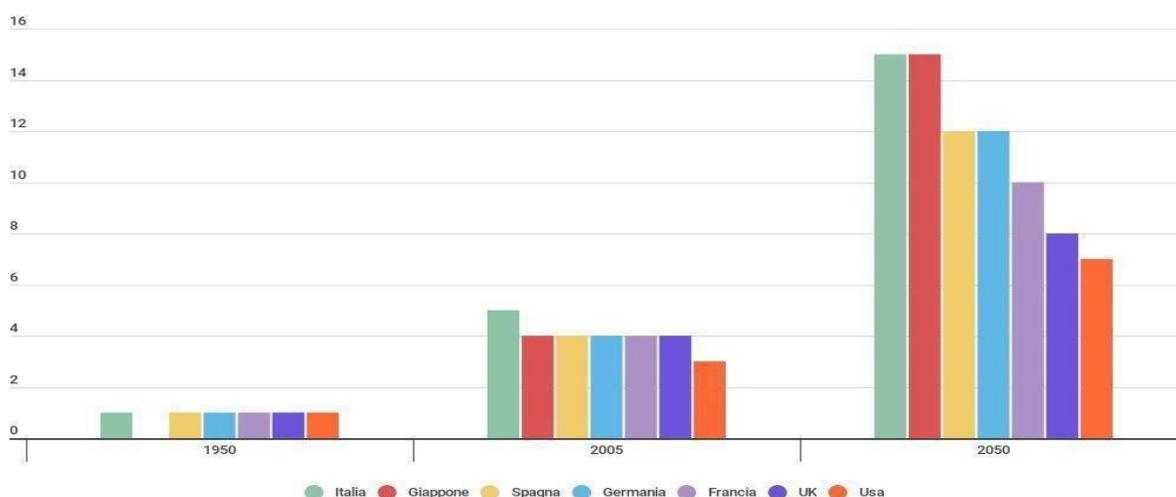


Figura 2. Popolazione anziana >80 anni

Le proiezioni demografiche, in entrambi i sottogruppi di popolazione anziana (con età maggiore di 65 anni e superiore agli 80 anni), dimostrano come l'Italia sia al primo posto sia rispetto agli altri paesi europei che a quelli extraeuropei.

L'incremento della popolazione anziana è dovuto a diversi fattori come ad esempio il miglioramento delle norme igieniche e dell'assistenza sanitaria, la diffusione dei vaccini e una corretta alimentazione.

L'aumento dell'età media della popolazione si associa a un maggior numero di problematiche sociosanitarie. Infatti, il paziente anziano è soggetto a maggior rischio di sviluppare una condizione di fragilità, legata all'instabilità delle condizioni di salute dovuta all'aumento delle patologie (diabete, BPCO, ictus, cardiopatie, demenze, IRC,...) correlate all'aumento dell'età. La presenza di pluripatologie diventa inoltre fattore che concorre a un'aumentata assunzione di farmaci (polifarmacologia) con gli effetti collaterali ad essa legati. Questa situazione porta allo sviluppo di situazioni di vulnerabilità della persona anziana che determina una diminuita capacità di gestione delle attività giornaliere e un bisogno maggiore assistenziale, non solo sanitario ma anche socio assistenziale, richiedendo anche il coinvolgimento dei familiari. Nella società moderna, nella maggior

parte dei casi, i familiari lavorano con minor possibilità di seguire il proprio caro, perciò l'anziano dopo prolungati e ripetuti ricoveri rischia l'istituzionalizzazione. Davanti a queste molteplici problematiche il soggetto viene identificato come "fragile", condizione caratterizzata da:

- dimagrimento che si manifesta con perdita di peso (più di 4,5 kg in un anno), perdita di appetito e scarsa alimentazione
- stanchezza e fatigue che si manifesta con difficoltà di movimento nello spostarsi a piedi e fare le scale
- sarcopenia con progressivo declino della massa e della forza muscolare
marcia e andatura instabile
- isolamento sociale con abbandono e solitudine che possono portare a depressione e disturbi del sonno.

Come conseguenza di tutto ciò emerge una gestione dell'anziano che risulta essere molto più complessa di quella del paziente adulto, passando da una modalità di gestione basata sul sintomo-diagnosi-terapia ad una gestione che deve essere più integrata, che deve tener conto di tutte le problematiche che il paziente anziano deve affrontare, legate alla polipatologia e alla polifarmacologia, alla presenza o meno di un caregiver, alle possibilità di recupero del paziente. La gestione dell'anziano quindi necessita di un team multidisciplinare con un complesso intervento non solo sanitario ma anche socioassistenziale.

La fragilità del paziente anziano molto spesso ne rende difficoltosa la permanenza a domicilio, qualora la famiglia non sia in grado da sola di gestire le problematiche della persona anziana. Infatti, molto spesso i familiari non hanno la possibilità di gestire autonomamente l'anziano, sia per la complessità dei quadri sanitari del paziente, sia per la difficoltà gestionale legata alle problematiche lavorative. Pertanto, il sistema sanitario prevede di poter accedere a servizi di cure domiciliari per fornire al paziente anziano fragile i servizi necessari, sia da un punto di vista sanitario (ad esempio con la possibilità di somministrare farmaci o eseguire prelievi bioumorali) sia dal punto di vista socioassistenziale.

Qualora la gestione a domicilio risulti non possibile si rende necessaria l'istituzionalizzazione del paziente.

1.2 : La Dimissione Protetta

Le numerose patologie che possono affliggere la persona anziana la espongono a un aumentato rischio di ricovero ospedaliero che a sua volta, data la fragilità del paziente, può essere un processo che mina ulteriormente l'autonomia della persona. Per tale motivo il

momento della dimissione risulta essere un momento molto delicato per garantire una gestione ottimale del paziente a domicilio e ridurre il rischio di nuovi ricoveri ospedalieri.

Durante il ricovero infatti il paziente può essere andato incontro ad un peggioramento della propria salute, come conseguenza della patologia che ne aveva determinato il ricovero o per patologie intercorrenti, ad episodi di disorientamento spazio-temporale, ad una ridotta mobilità secondaria alle ore trascorse a letto fino ad una condizione di allettamento parziale o totale.

Inoltre alla dimissione il paziente passa da un'assistenza totale di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto. Per tale ragione è indispensabile realizzare un collegamento tra ospedale e tutta la rete territoriale ad esso collegata in modo da garantire al paziente la necessaria continuità nella cura.

Risulta fondamentale organizzare in maniera accurata tale passaggio dalla realtà ospedaliera alla realtà territoriale.

Per tale motivo ai pazienti fragili può essere applicata una “dimissione protetta” che consiste in un “processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro”. Il caso più frequente è quello della dimissione dall'ospedale e il rientro in famiglia. Le dimissioni protette non si intendono tuttavia come “dimissioni precoci”. È necessario attivare un sistema di comunicazione e di integrazione tra servizi, operatori sanitari e territorio.

Oltre alla gestione dei problemi sanitari oggi è più che mai necessario garantire e mantenere una visione completa del benessere, valutando anche gli aspetti sociali e assistenziali.

In Italia si riscontrano tre fenomeni riguardanti la situazione di complessità nell'assistenza della persona non autosufficiente, al momento della dimissione ospedaliera:

- I tempi di ricovero e le dimissioni presentano scelte politiche diverse rispetto al passato per quanto riguarda i giorni di degenza, ciò avviene per una logica di contenimento della spesa pubblica. La convalescenza in tale caso prevede cure mediche, assistenziali e riabilitative che devono essere svolte a domicilio.
- Il soggetto, passata la fase acuta, molto spesso rischia di trovarsi in condizione di fragilità. Ciò determina un maggior rischio per il paziente di progredire verso una condizione di disabilità e perdita dell'autosufficienza.
- Con il disgregarsi del modello patriarcale di famiglia, ci si trova difficilmente in grado di accogliere e curare una persona anziana.

La dimissione protetta è programmata e mira a garantire al paziente di evitare i rischi succitati.

Le Linee operative che governano il processo di dimissione ospedaliera sono riconducibili ai seguenti livelli:

1. **Dimissioni Programmate** che prendono in considerazione il soggetto con i suoi bisogni di assistenza;
2. **Dimissioni Protette** che prendono in considerazione le modalità della presa in carico del paziente che vengono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra i referenti dell'ospedale e del territorio, ma anche del paziente e del caregiver.

Da parte dei servizi territoriali, tramite l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), si ha la possibilità di fornire a domicilio servizi e strumenti che permettono di mantenere il livello necessario di salute e benessere. L'insieme delle prestazioni di carattere sanitario erogate a domicilio dall' Assistenza Domiciliare Integrata prevede un piano di assistenza individualizzata che si attua con il coordinamento di varie figure professionali (infermieri, assistenti domiciliari e sanitari, terapisti, medici specialisti). Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata può essere richiesto dal medico di medicina generale, dall'assistente sociale, dalla famiglia stessa, dal responsabile del reparto dell'ospedale in cui è stato ricoverato il paziente. Ovviamente affinché il Servizio sia efficace è fondamentale che ci sia un dialogo tra l'istituzione ospedaliera e i servizi territoriali.

Le dimissioni protette sono pertanto un processo complesso che ruota attorno a questi interpreti: Medico di Medicina Generale, strutture di accoglienza sia di carattere residenziale che semiresidenziale, servizi sociosanitari presenti nel territorio, presenza di aiuti informali territoriali, caregiver, personale di reparto ospedaliero.

1.3: Le fasi principali della dimissione protetta

Secondo Brugnolli e Saiani (2013) le fasi principali nell'eseguire la dimissione protetta, importanti nell'individuare piani di cura assistenziali con interventi personalizzati, sono le seguenti:

- elaborare un piano scritto
- attivare risorse e servizi
- individuare strategie per aumentare la collaborazione e adesione del paziente al piano di cura
- valutare l'efficacia dell'insegnamento e documentare interventi e obiettivi oggetto di continuità.

La lettera di dimissione corretta è un punto chiave della dimissione protetta per fare in modo che le informazioni passino correttamente.

Gli organismi nazionali ed internazionali hanno stabilito degli standard da rispettare quando si scrive la lettera di dimissione:

1. identificazione del paziente
2. data di ricovero e di dimissione
3. diagnosi d'ingresso e motivazione del ricovero
4. diagnosi di dimissione
5. problemi attivi in dimissione
6. trattamento ricevuto
7. prognosi
8. lista completa e revisionata dei farmaci
9. informazioni sui farmaci sospesi o iniziati durante il ricovero e motivazioni
10. appuntamenti di follow-up
11. contatti dello staff medico
12. contatti del caregiver.

Mennuni et al. (2016) affermano che purtroppo molte volte questi passaggi vengano omessi e che per di più vengano dimenticate le informazioni che sono riportate nella documentazione infermieristica integrata, volte a garantire un adeguato rispetto delle cure e delle procedure da adottare per garantire dei risultati ottimali. Gli elementi della documentazione integrata infermieristica possono comprendere interventi infermieristici o educativi effettuati sul paziente o sul caregiver, indicazioni su visite specialistiche /esami di controllo post-dimissione, elenco dei problemi che possano favorire l'aderenza terapeutica e gli automonitoraggi.

Sul piano regionale la procedura per la presa in carico del paziente fragile dall'ospedale segue un progetto che coinvolge le aziende ospedaliere e territoriali, tiene conto della continuità assistenziale e si propone di descrivere modalità e responsabilità delle istituzioni coinvolte definendo i passaggi seguiti per le dimissioni di pazienti che necessitano di assistenza.

La finalità della dimissione protetta assicura la continuità assistenziale fra ospedale e territorio e l'integrazione fra i servizi di quest'ultimo e i servizi ospedalieri. I destinatari sono pazienti adulti e anziani che non sono autonomi o richiedono interventi di carattere sanitario o sociale da prestarsi a domicilio o in altre strutture territoriale.

A seconda del bisogno della persona i percorsi assistenziali riguardano:

- l'assistenza domiciliare integrata con priorità per i pazienti affetti da gravi patologie;
- l'assistenza infermieristica domiciliare rivolta a pazienti non autosufficienti che non richiedono però un controllo assiduo da parte del medico di medicina generale;
- l'assistenza domiciliare di tipo socio assistenziale che prevede la fornitura dei pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno sociale;
- l'assistenza nelle altre strutture come Hospice o residenze sanitarie assistite;
- altre strutture della rete dei servizi socio assistenziali.

Per attivare l'assistenza domiciliare è necessario seguire uno specifico iter al fine di attivare la presa in carico specificando modalità e tempi e di predisporre un Piano Assistenziale Individuale.

L'assistenza nelle strutture della rete dei servizi sanitari territoriali o nelle strutture sociosanitarie si può attivare in due casi:

- in caso di impossibilità della famiglia ad accogliere a domicilio il paziente anche per assenza di familiari di riferimento.
- in una situazione caratterizzata da bisogni di tipo socio assistenziale.

1.4 : L'importanza del ruolo della famiglia/ caregiver

Gli interventi messi in atto in accordo con le strutture sanitarie determinano il buon esito di questa fase delicata che è il passaggio dalla dimensione ospedaliera a quella familiare. La famiglia rappresenta l'appoggio fondamentale per la continuità assistenziale del paziente al momento del rientro a domicilio, sia nell'allestire un ambiente adatto (in caso di ridotta mobilità del paziente) che nel gestire le necessità socio assistenziali. Diventa quindi fondamentale individuare già da subito nel momento del ricovero la persona che potrà fungere da caregiver all'interno della famiglia per la continuità assistenziale. Il caregiver potrà essere coinvolto gradualmente durante il ricovero nelle pratiche di cure dell'assistito per favorire un buon rientro a domicilio.

È importante quindi dare informazioni su tutti gli aspetti della malattia e fornire tutti i dati necessari riguardo alle cure che continueranno a domicilio. Più informazioni fornite al caregiver più aumentano la loro efficacia: sono meno ansiosi, timorosi e riescono a impegnarsi nell'assistenza con maggiore tranquillità e sicurezza.

La presenza del caregiver è risultata fondamentale, sia durante la degenza che nel momento della dimissione dell'assistito.

Il caregiver diventa molto di più di una "persona che presta le cure", essendo responsabile in modo diretto del benessere della persona che assiste.

1.5: L'infermiere e la continuità assistenziale

Il Profilo Professionale dell'infermiere L.739/94 comma 2 indica che **l'assistenza infermieristica preventiva, curativa e preventiva è di natura tecnica, relazionale, educativa.** Il comma 3 enuncia la partecipazione **dell'infermiere all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività e pianifica, gestisce e valuta gli interventi, garantendo la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.**

Anche nella gestione della dimissione la relazione infermiere-paziente è fondamentale. È necessario innanzitutto usare un linguaggio semplice, chiaro e comprensibile. Ciò a vantaggio del contratto educativo. Il paziente in questo modo capisce ciò che è necessario venga fatto per raggiungere al meglio i risultati da conseguire.

Più in particolare nell'impostare il **contratto educativo** si deve tener conto di questi importanti aspetti:

- Il piano educativo deve essere negoziato e condiviso con il paziente;
- Deve contenere gli obiettivi educativi da raggiungere nel tempo, rafforzando la motivazione del paziente.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce gli interventi educativi come "educazione terapeutica" avendo come finalità ad aiutare il paziente e la sua famiglia a capire la natura della malattia, a collaborare alla realizzazione di un percorso terapeutico per prendersi cura della propria salute. (World Health Organization,2001)

Il processo educativo del paziente è ciclico e continuo, in esso l'infermiere elabora un percorso terapeutico adatto alla situazione del paziente, condividendo gli obiettivi, i metodi di insegnamento e la modalità di valutazione.

Le fasi del processo educativo sono:

- Conoscenza del paziente e dei suoi bisogni educativi
- Diagnosi educativa
- Definizione degli obiettivi/ Contratto educativo
- Scelta dei metodi d'insegnamento
- Organizzazione dell'intervento educativo e monitoraggio
- Valutazione dei risultati e del processo educativo

Nell'approccio con la persona anziana l'infermiere garantisce la sicurezza ambientale e identifica i bisogni assistenziali necessari, elaborando un piano di cure adatto alla persona, in autonomia oppure in collaborazione del team multidisciplinare, assicurando anche il comfort della famiglia.

Attraverso le diagnosi infermieristiche l'infermiere individua inoltre i fattori di rischio che aumentano la fragilità del paziente. Il momento del ricovero può indurre nell'anziano, ad esempio, disorientamento, depressione, alterazione del ritmo sonno/veglia. In questo senso l'infermiere ha un ruolo **protettivo e rassicurante** cercando di offrire **tranquillità** e sicurezza.

La relazione infermiere-paziente è fondamentale e si costruisce fin da subito con l'aiuto dell'ascolto attivo. L'atteggiamento empatico può essere d'aiuto qualora si cerchi di capire l'umore del paziente, cercando di acquisire la sua fiducia. Spesso i pazienti anziani fragili presentano ipoacusia o sono ipovedenti, e questo può generare delle barriere importanti nella comunicazione che devono essere considerate. L'ascolto empatico fa sì che l'infermiere possa capire lo stato d'animo del paziente, se prova ansia, paura, gioia o dolore senza correre il rischio di diventare invadenti.

Capitolo 2: Materiali e Metodi Della Revisione

2.1 : Fonti dei dati

Questa revisione della letteratura è stata effettuata partendo dal problema precedentemente riportato, con la costruzione del quesito di ricerca:

- Quali sono gli elementi che causano più frequentemente la riammissione in ospedale?
- Quali sono gli interventi che migliorano la continuità assistenziale?
- Quale ruolo ha l'infermiere nella dimissione protetta?

Per guidare la revisione della letteratura sono stati elaborati tre elementi del metodo PICO raffigurato nella Tabella 3.

Tabella 3.

PICO

P	Paziente ospedalizzato fragile >= 75 anni
I	Interventi infermieristici per preparare la dimissione
C	// //
O	Dimissione protetta e sicura

La ricerca è stata effettuata a partire da settembre 2021 fino a gennaio 2022. La fonte principale nel reperire il materiale per scrivere la tesi di revisione della letteratura è stata la raccolta dalla Banca dati PubMed, collegandosi tramite il sistema “auth-proxy” della Biblioteca Pinoli dell'Università degli Studi di Padova.

Lo scopo di questa tesi è quella di analizzare e comprendere il ruolo dell'infermiere nel percorso di dimissione a domicilio del paziente fragile.

2.2: Parole chiave e stringe di ricerca

La ricerca nella banca dati bibliografica PUBMED è stata fatta utilizzando l'operatore booleano AND. I **Filtri** sono stati selezionati nel seguente modo:

- Testo full text gratuito;

- pubblicato negli ultimi 10 anni, dal 2011 al 2021;
- lingua inglese, italiano;
- studi riferiti alla popolazione umana;
- età: +75 anni.

Le **stringhe di ricerca** sono state costruite con l'aiuto delle seguenti **parole chiave**: “*discharge*”, “*elderly patient*”, “*nurse*”, “*nurse education*”, “*protective discharge*” e sono rappresentate nella **Tabella I**

Stringe di ricerca	Articoli reperiti	Articoli selezionati
Discharge elderly patient	59	4
Nurse education	42	3
Protective discharge	29	5
Follow-up after hospital discharge	30	4

2.3: Criteri di selezione e materiale reperito

Per comporre la tesi sono stati selezionati 160 articoli. Da questa selezione sono stati utilizzati un totale di 16 articoli che sono stati considerati pertinenti alle caratteristiche desiderate per l'andamento della tesi e sono stati rappresentati nella **Tabella II** (Allegato1). Il materiale reperito mira a valutare come costruire un piano di cura individualizzato al momento del rientro a domicilio, integrando in maniera corretta i servizi ospedalieri e i servizi territoriali. Sono stati esclusi gli articoli che non rispondono ai criteri di ricerca o non utili ai quesiti di ricerca.

Capitolo 3: Risultati

3.1 : Fattori che possono aumentare il rischio di ammissione

Nella ricerca si soffermati sulle pratiche che, se non eseguite correttamente al momento della dimissione, possono essere causa di riammissione ospedaliera precoce.

Lo studio di Abu et al. (2018) ha analizzato attraverso interviste semistrutturate rivolte a diversi sanitari quelle che potevano essere le criticità al momento della dimissione ospedaliera. I risultati dello studio indicano che esistono **tre temi cardine correlati alla struttura sanitaria** che possono influire al fallimento al momento della dimissione:

> **informazioni** sulla dimissione del paziente non personalizzate e sovraccariche

- Sarebbe opportuno rendere le informazioni contenute nella lettera di dimissione più facilida leggere, con caratteri più grandi ed evidenziate.

> **tempistica** delle informazioni circa la dimissione ed l'assistenza post-dimissione

- Sono stati riscontrati pareri diversi riguardo la discussione con il paziente degli aspetti cheriguardano il rientro a domicilio subito dopo il periodo acuto, non volendo indurre l'impressione sbagliata riguardo una degenza breve con lo scopo di una dimissione precoce.

> **comunicazione errata**

- Le interruzioni durante il passaggio d'informazioni, oppure una comunicazione nel momento della dimissione in “maniera affrettata” e anche nelle visite di follow-up hanno riportato effetti negativi.
- Anche il linguaggio può diventare una barriera che contribuisce in modo notevole all'adesione del piano terapeutico dopo la dimissione. Nel caso di pazienti stranieri la collaborazione con l'interprete si è dimostrata in tal senso utile. Nel momento del follow-up telefonico la conversazione rimaneva incerta nonostante la presenza dell'interprete.
- Nello stesso studio sono indicati altri **tre indicatori collegati a fattori esterni:**

> **il coinvolgimento del caregiver**

- La presenza del caregiver è risultata fondamentale, sia durante la degenza che nel momento della dimissione dell'assistito

> un **ambiente abitativo sicuro e stabile**

- La sicurezza ambientale si è dimostrata fondamentale nel prevenire il rischio di cadute nei pazienti dimessi a domicilio. Quindi è importante a valutare e predisporre in modo appropriato l'ambiente domiciliare per favorire uno spostamento sicuro e non impegnativo, come l'utilizzo delle scale oppure la presenza di ostacoli.

> **l'accesso alle risorse sanitarie e comunitarie**

- Si è visto che i pazienti che abitavano in zone rurali oppure lontani dalle città, hanno avuto difficoltà nell'acquisire il fabbisogno necessario per il proseguo delle cure, l'accesso ai farmaci e alle strutture sanitarie. Inoltre, si è constatato che questo problema è stato riscontrato nell'eseguire le visite specialistiche, in quanto le persone che abitano lontane dalle grandi città e non avevano accesso ai mezzi di trasporto erano a rischio maggiore di non presentarsi alle visite di controllo, a ritirare farmaci oppure a fare la spesa.

Anche Everink et al. (2016) hanno indicato gli stessi fattori che influenzano la dimissione domiciliare nei pazienti anziani non colpiti da ictus ricoverati in un'unità di riabilitazione ospedaliera.

D'Ilio et al. (2014) hanno analizzato diversi approcci (es. Assistenza domiciliare integrata) al fine di ridurre i giorni di ricovero non necessari e un uso più intelligente ed economico delle risorse. Le domande di ricerca sono le seguenti, per quantificare il tempo di attesa tra la dimissione e il ricovero in struttura riabilitativa e per accertare se i pazienti sono inviati alla struttura corretta.

Rosman et al.(2015) condotto un'analisi di pazienti che hanno sperimentato un periodo di attesa in ospedale dopo l'idoneità alla dimissione in un unico ospedale per verificare come il prolungamento della degenza ospedaliera prolungata e inappropriata e l'idoneità dei pazienti alla dimissione protetta.

Nello studio di Gharra et.al (2019) stato esaminato se le valutazioni dei pazienti del briefing sulle dimissioni ospedaliere e la revisione del riepilogo delle dimissioni da parte dei medici di base post-dimissione sono associate a riammissioni a 30 giorni. Il modello che includeva valutazione post-dimissionale ha ottenuto risultati migliori rispetto al basale intraospedaliero, al briefing di dimissione ospedaliera e ai modelli di visita dei medici di base.

Il processo decisionale di dimissione per gli anziani ospedalizzati può essere un processo complicato che coinvolge valutazioni funzionali, valutazione delle capacità e coordinamento delle risorse. I fornitori possono sentirsi spinti a raccomandare che un adulto più anziano con complessi bisogni assistenziali venga dimesso in una struttura infermieristica qualificata piuttosto che a casa, contraddicendo potenzialmente i desideri del paziente. Ciò può portare a un dilemma professionale ed etico. Wong et al.(2020) attraverso raccolta dell'informazioni, suscitando obiettivi e preferenze e identificando le risorse della comunità, il team sanitario può aiutare a massimizzare l'indipendenza degli anziani vulnerabili.

Robert et al. (2021) indicano l'efficacia di un programma di cure transitorie incentrato sulle funzioni, l'Unità di assistenza sub-acuta per gli anziani fragili nel ridurre la durata della degenza in ospedale, nonché l'uso di cure acute post-dimissione e la continuità delle cure.

Marmol et al. (2017) indagato sui fattori che influenzano la tensione del caregiver informali appena prima della dimissione dei pazienti ricoverati. I caregiver dei pazienti ricoverati a rischio di ulcere avevano punteggi di sforzo significativamente più alti dovuto alla dipendenza dalle attività della vita quotidiana.

Simmons et al. (2016) hanno indagato la presenza di dolore nei pazienti al momento della dimissione e durante il ritorno a domicilio valutando il dolore tramite una intervista strutturata riguardo l'intensità del dolore (espresso attraverso la scala numerica 0-10) e alcune domande che avevano lo scopo di identificare il cambiamento del dolore nei momenti di transazione ospedale-struttura infermieristica qualificata. Lo studio ha valutato pazienti anziani con età maggiore uguale ai 65 anni, dimessi da una struttura ospedaliera qualificata statunitense. Il 40% dei pazienti partecipanti a questo studio dopo la dimissione venivano affidati a strutture infermieristiche qualificate e un 23% di questa popolazione, dopo una settimana dal ricovero nelle strutture di continuità delle cure lamentavano un dolore di quattro punti superiore (su una scala numerica da 0 a 10) rispetto al giorno della dimissione, portando ad una riammissione ospedaliera. I risultati indicano l'importanza della gestione del dolore a domicilio in quanto le conseguenze del dolore grave portano alla riduzione delle attività fisiche con una diminuzione delle attività funzionali giornaliere e incremento del rischio di depressione e nuova ospedalizzazione. Viene suggerito che i pazienti dovrebbero essere istruiti a segnalare la presenza del dolore e gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado di cogliere la soglia del dolore e i cambiamenti all'entità dello stesso. Ovviamente la gestione del dolore deve essere iniziata già al momento del ricovero ospedaliero, interrogando il paziente sulla presenza di dolore e cercando di ottenere una buona gestione dello stesso.

Nello studio di Johansen et al. (2017) è stato dimostrato che il 30-40% dei ricoveri ospedalieri, di popolazione anziana con età ≥ 70 anni, sono dovuti agli eventi avversi da farmaco. Le complicanze legate agli effetti collaterali dei farmaci avvengono per i seguenti motivi: somministrazione errata, non aderenza alla terapia oppure mancato monitoraggio. Per migliorare l'aderenza e l'utilizzo corretto della terapia farmacologica questo studio propone il modello di gestione integrata dei farmaci e si basa

sulla collaborazione interdisciplinare tra farmacisti clinici, medici, infermieri e pazienti. Questo modello è stato utilizzato in Irlanda del Nord e Svezia e sono stati registrati risultati simili con un minor tempo di degenza ospedaliera e la riduzione del numero di ricoveri dovuti alle complicanze causate dalla terapia farmacologica.

Il monitoraggio post ricovero veniva valutato dal medico di medicina generale attraverso il follow-up telefonico; per i pazienti che avevano necessità di cure integrate veniva attivata l'assistenza domiciliare che includeva nel team multidisciplinare la presenza di un farmacista che assicurava assistenza farmaceutica.

3.2: Interventi per migliorare la assistenza post-dimissione

La fragilità è uno stato di vulnerabilità caratterizzata da una scarsa capacità di far fronte a episodi acuti ed è fortemente associata ad esiti avversi. Pertanto, **il grado di fragilità** deve essere sempre valutato e considerato per mantenere il benessere del paziente a domicilio ed evitare il rischio di riospedalizzazione. Nello studio di So R.K.L. et al. (2018) è stato valutato il grado di fragilità dei pazienti dopo un ricovero ospedaliero. Il 72% degli anziani monitorati erano deceduti in seguito alla dimissione oppure erano dipendenti dalle cure ospedaliere. I punteggi di fragilità più elevati si associavano ad un aumento della mortalità e alla dipendenza delle cure sanitarie nei successivi 30 giorni. I risultati indicano che la fragilità ha un'influenza sul percorso clinico e che tale valutazione dovrebbe essere inclusa nella discussione degli obiettivi e delle aspettative di cura.

Un ruolo importante ha sicuramente il follow-up dei pazienti fragili dopo un evento acuto che ne ha determinato un ricovero ospedaliero. Il follow-up può essere eseguito in diverse maniere:

- tramite una valutazione classica con visita ambulatoriale
- tramite contatto telefonico
- tramite visita domiciliare

Toth et al. (2017) hanno valutato nel loro studio l'effetto del follow-up telefonico nei pazienti a rischio di riospedalizzazione tramite l'analisi retrospettiva delle riammissioni in ospedale a 30 e 60 giorni e accessi al Pronto Soccorso oppure mortalità, evidenziando che la modalità di follow-up per 14 giorni di rientro a domicilio riduce le conseguenze sopra elencate.

Lo studio clinico multicentrico randomizzato di Buurman et al. (2016) ha analizzato l'impatto sul grado di autonomia e il rischio di ospedalizzazioni e mortalità di un follow-up dopo la dimissione nel paziente anziano. Il paziente eseguiva il primo contatto con l'infermiere domiciliare già durante il ricovero e venivano quindi programmati accessi domiciliari da parte del servizio territoriale nei giorni e nelle settimane successive la dimissione. I pazienti arruolati nello studio avevano un'età media di 80 anni con un alto rischio di fragilità. Nel gruppo di intervento che proseguiva con un follow-up domiciliare post dimissione si assisteva

ad una riduzione della mortalità complessiva a 1 mese e a 6 mesi dalla dimissione. Tuttavia, tale intervento non sembrava avere un impatto significativo sulla riduzione dell'autonomia nello svolgere attività giornaliere (valutate tramite indice di Katz, che comprende la valutazione riguardo l'autonomia nel lavarsi, vestirsi, uso dei servizi, trasferimento, continenza, alimentarsi). I risultati di questo studio dimostrano l'importanza nella gestione della transizione ospedale-territorio e il ruolo dell'infermiere nell'attuare un adeguato follow-up dopo la dimissione. Ovviamente i risultati rimangono incerti nei pazienti con deficit cognitivo maggiore, caratterizzati da maggior fragilità, che spesso non vengono arruolati negli studi.

Lo studio di Barker et al. (2019) ha dimostrato che il follow-up telefonico può rendersi utile anche nel caso delle cadute a domicilio. In questo studio si è visto che le persone con la fascia d'età tra i 60 e 90 anni che accedono al Pronto Soccorso per cadute accidentali sono a rischio aumentato di incorrere in nuove cadute con successivo nuovo accesso ospedaliero. È stato dimostrato che interventi di follow-up telefonico in cui i pazienti venivano monitorate educati a pratiche corrette riduce notevolmente la possibilità di cadute, fratture e ferite accidentali, tutto ciò identificando ed eliminando i fattori di rischio.

Come abbiamo visto nel capitolo precedente il dolore e la polifarmacologia risultano fattori di rischio per riospedalizzazione, pertanto risulta fondamentale la corretta gestione di questi fattori a domicilio. Analizzando i risultati di alcuni studi viene indicato come diventa importante conoscere da parte del paziente e del caregiver la gestione della terapia del dolore nonché la gestione della terapia farmacologica. Questo fattore contribuisce in gran parte al benessere dell'assistito e alla sua permanenza a lungo a domicilio. Un ruolo importante è svolto dall'educazione terapeutica.

Allen et al. (2018) hanno evidenziato l'efficacia dei risultati ottenuti nel coinvolgimento proattivo delle persone anziane che hanno malattie croniche. La maggior parte della popolazione inclusa nello studio ha espresso il desiderio di imparare in modo autonomo la gestione della propria malattia. Quindi l'assistenza e la progettazione del piano terapeutico dovrebbe essere personalizzata in base alle capacità e conoscenza di ciascuna persona.

3.3 Ruolo dell'infermiere nel gestire la dimissione protetta

Le **cure primarie** costituiscono un punto di riferimento attraverso il quale gli individui vengono guidati nel servizio sanitario:

- Sono centrate sulla persona, sulla famiglia e sulla comunità a cui essa appartiene
- Sono un luogo di relazioni di fiducia che si instaurano tra pazienti e professionisti al fine di rendere partecipi gli assistiti riguardo alle decisioni inerenti alla propria salute;
- Promuovono la salute ed il benessere della persona e della società attraverso interventi relativi alla prevenzione e che favoriscono la promozione della salute stessa;
- Sono costituite da un team di lavoro che si avvicina ai problemi relativi alla salute in modo olistico.

I principali **obiettivi** delle **cure primarie** sono:

- Promozione del benessere e possibilità di affrontare nella comunità i principali problemi della salute. Ciò va inteso come un processo che migliori la salute stessa in modo da conseguire uno stato di benessere fisico, mentale e sociale; responsabilità che coinvolge tutti gli aspetti collegati alla salute (indicazioni OMS) e non esclusivamente quelli relativi al settore sanitario.
- Farsi carico in modo completo e globale, della salute dei pazienti e delle loro famiglie nella dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed assistenziale e nelle diverse fasi di evoluzione della sua salute.
- Favorire la continuità assistenziale tramite la coordinazione dell'assistenza per prevenire i cambiamenti e le interruzioni.

L'infermiere contribuisce al passaggio del paziente dall'ospedale al proprio domicilio, e riveste due ruoli fondamentali:

1. **Nella struttura ospedaliera** l'infermiere istruisce il paziente e il caregiver per la dimissione dando le informazioni necessarie riguardo alla terapia, alle medicazioni, alle visite di controllo e agli accorgimenti necessari per il rientro a domicilio. Per i pazienti "fragili" che necessitano cure integrate, l'infermiere di reparto si mette in contatto telefonico con la **Centrale Operativa Territoriale** per comunicare il rientro a domicilio del paziente che necessita cure a domicilio e comunica i dati necessari per la continuità assistenziale attraverso fax/ e-mail.
2. **Nel territorio** l'infermiere dell'Assistenza **Domiciliare Integrata** si mette in contatto con la famiglia dell'assistito. Nel primo incontro l'infermiere si reca al domicilio della persona, a volte accompagnato dal medico di cure integrate. Questo momento iniziale conoscitivo serve per prendere visione delle condizioni di salute della persona e delle prescrizioni del medico di medicina generale. Già da subito l'infermiere valuta anche la capacità e la disponibilità del caregiver a collaborare nel bisogno assistenziale del paziente, insegnando interventi di educazione terapeutica e fornendo alla famiglia dell'assistito il materiale necessario. Il servizio territoriale offre anche l'assistenza telefonica, sempre attraverso l'infermiere, tutti i giorni della settimana per le situazioni in cui il caregiver oppure l'assistito si trova in difficoltà, dando dei consigli telefonici per le problematiche più semplici, però se queste si dimostrassero complesse l'infermiere potrebbe decidere in autonomia di recarsi al domicilio dell'assistito.

La definizione dell'**assistenza infermieristica** revisionata negli anni '60 da Virginia Henderson e pubblicata nel libro "Basic Principles of Nursing Care", afferma che:

"Funzione specifica dell'infermiera è quella di assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione (o a portarlo a una morte serena); atti che compirebbe da solo se disponesse della forza, della

volontà e delle condizioni necessarie, e **favorire la sua partecipazione in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza**”.

Lo stesso principio è disegnato come coinvolgimento proattivo delle persone anziane nella gestione delle malattie croniche nello studio di Allen et al. (2018). La maggior parte della popolazione incluso nello studio ha espresso il desiderio di imparare in modo autonomo la gestione della propria malattia. Quindi l'assistenza e la progettazione del piano terapeutico viene personalizzata in base alle capacità e conoscenza di ciascuna persona, mettendo in atto degli **interventi di educazione terapeutica**.

Gli interventi infermieristici per migliorare la qualità dell'assistenza post dimissione:

Attraverso il **follow-up telefonico** e lo si riscontra nello studio di Toth et al. (2017) che riporta risultati positivi se viene fatto dopo 14 giorni dalla dimissione, riducendo la riammissione ospedaliera non programmata a 30-60 giorni dal rientro a domicilio. Il follow-up telefonico si è dimostrato utile anche nello studio di Barker et al. (2019) dove i pazienti venivano monitorati dopo il rientro a domicilio in seguito ad eventi acuti di caduta, e grazie all'identificazione e riduzione dei fattori di rischio si otteneva una riduzione del rischio di caduta.

Un ruolo fondamentale nell'educazione terapeutica lo riveste la **gestione della terapia farmacologica** e quella del **dolore**, che come abbiamo visto rappresenta uno dei motivi principali dei ricoveri non programmati. Lo studio di Simmons et al. (2016) offre indicazioni sulla importanza della gestione del dolore conoscendo i livelli di intensità da parte del paziente. Problematiche come ridotta mobilità, depressione, problematiche del sonno, perdita dell'appetito e isolamento sociale possono essere conseguenze di una gestione inefficace del dolore. I pazienti devono essere istruiti a capire bene e a non sottovalutare il proprio livello del dolore, cercando assieme all'infermiere la terapia adatta ad ogni intensità. Lo studio ha dimostrato che livelli di dolore da moderato a grave su una scala numerica da 0 a 10 influenzano in modo significativo lo stato funzionale e la qualità di vita delle persone anziane.

Una gestione non corretta del dolore potrebbe portare ad una cronicizzazione del dolore, portando come conseguenza un peggioramento delle condizioni di salute.

L'instaurarsi di un corretto rapporto infermiere-paziente-caregiver a domicilio, e un piano di cura individualizzato adatto alle necessità dell'assistito sono stati analizzati nello studio di Buurman et al. e i servizi territoriali per i pazienti che presentano difficoltà nelle cure primarie prima della dimissione. Nel momento della stessa è stato progettato un piano di assistenza in base ai bisogni della persona che verrà presa in carico. I risultati di questo studio indicano che le cure domiciliari integrate beneficiano di maggiori risultati nel momento in cui i pazienti, i caregiver conoscono già le infermiere che andranno a domicilio al termine del ricovero ospedaliero.

4. Discussione e conclusioni

4.1 : Discussione

Con il passare degli anni le esigenze della popolazione sono cambiate. Si è visto attraverso studi demografici che l'aspettativa di vita delle persone è in costante aumento con una parallela riduzione nei paesi occidentali dell'indice di natalità. Per questi motivi diventa fondamentale migliorare l'assistenza sanitaria della popolazione anziana.

Ovviamente l'invecchiamento della popolazione porta a un maggior numero di ospedalizzazione di pazienti anziani, molto spesso fragili, che sono esposti a rischio di riospedalizzazione. Molto spesso però queste riospedalizzazioni non sono solamente legate alla storia naturale della patologia ma si associano a scorretta gestione della dimissione ospedaliera e del rapporto tra l'ospedale e territorio. In questa tesi si è voluto ricercare il ruolo dell'infermiere nel momento della dimissione enfatizzando il ruolo dell'educazione terapeutica non solo dell'assistito ma anche della famiglia o del caregiver, che continueranno l'assistenza a domicilio.

Osservando gli articoli scelti per la revisione si è vista una forte correlazione tra i fattori che possono contribuire a ripetute riammissioni ospedaliere e la modalità stessa di dimissione. L'infermiere riveste un ruolo importante, sia nel momento del ricovero, della dimissione, sia nell'accompagnamento a domicilio attraverso l'assistenza domiciliare integrata.

I fattori che prolungano la permanenza nell'ospedale possono essere correlati a questioni sociali, infezioni nosocomiale, peggioramento della funzione e cognizione, umore depresso, rischio di ulcera da pressione, resistenza agli antibiotici, necessità di sondino, tracheotomia oppure terapia psichiatrica.

Si è visto con la revisione degli articoli che gli interventi che portano a buoni risultati durante la dimissione passano attraverso una buona comunicazione:

- La corretta comunicazione tra infermiere-paziente-caregiver durante la educazione terapeutica nell'utilizzo dei farmaci oppure nel confezionamento delle medicazioni, con termini appropriati e adeguati alla capacità di comprensione del paziente.
- La giusta comunicazione tra i professionisti sanitari durante la consegna e il passaggio d'informazione nel momento della transizione dall'ospedale al domicilio.

Anche il coinvolgimento attivo da parte del paziente si è dimostrato efficace nella progettazione del piano assistenziale, perché si è visto che le conoscenze riguardo all'utilizzo dei farmaci oppure alla gestione del dolore diventano capacità preziose di cui il paziente si può avvalere a domicilio oppure nella permanenza nelle strutture di cure specifiche, senza ricorrere a ulteriori ricoveri.

Il follow-up da parte del personale infermieristico ospedaliero oppure domiciliare ha fatto sì che il paziente fragile e il suo caregiver mantengano una continuità nelle cure e ha aumentato anche il benessere nella permanenza a domicilio. Alcuni pazienti hanno dichiarato che in

assenza del follow-up nella transizione dall'ospedale al domicilio si sentivano "abbandonati" dal sistema sanitario e questo aumentava il rischio di errore nell'assumere la terapia farmacologica, insorgenza di depressione e rischio di riammissione nell'ospedale.

La grande parte degli articoli selezionati, hanno dimostrato che in molti casi i pazienti fragili necessitano, e fortunatamente possono accedere all'assistenza domiciliare integrata, servizio multidisciplinare che permette al paziente di essere seguito per la cronicità della sua malattia nel suo proprio ambito domiciliare. L'assistenza a livello domiciliare ha lo scopo di continuità delle cure in modo personalizzato, evitando il ricorso inopportuno alla struttura ospedaliera oppure residenziale. L'infermiere dell'assistenza integrata offre supporto al paziente fragile insegnando attraverso l'educazione terapeutica metodi da adottare con l'obiettivo del recupero delle capacità rafforzando le proprie abilità per portare alla autonomia, accompagna la famiglia nei momenti difficili o terminali del paziente, essendo di supporto quando l'assistito necessita le cure palliative.

Al rientro a domicilio del paziente, l'infermiere valuta il bisogno di dispositivi che potrebbero essere necessari per migliorare il benessere dell'assistito.

4.2 Conclusioni

Dagli articoli selezionati si sono ricavati accorgimenti che possono essere considerati utili nel momento in cui si prepara la dimissione del paziente. L'infermiere rappresenta la figura professionale che può guidare l'assistenza del paziente dall'ambito ospedaliero fino al rientro a domicilio in condizioni di sicurezza. Utilizzando l'**empowerment** si può coinvolgere in modo attivo, in base alle capacità residue, la persona nella gestione e comprensione delle proprie condizioni di salute. L'empowerment si realizza attraverso il supporto al **self-care** che significa sviluppare con i pazienti la consapevolezza di come la malattia condizioni la loro vita e la loro salute, aiutarli nella gestione dei sintomi, delle cure e quindi del decorso della malattia stessa.

Si è visto come il follow-up diventi molto importante, in tutte le sue sfumature, per garantire un buon livello di salute, ridurre il rischio di complicanze e di riospedalizzazione del paziente fragile.

In particolar modo i pazienti fragili possono trarre il massimo beneficio nella gestione della cronicità attraverso i servizi domiciliari integrati.

Lo sviluppo del ruolo dell'infermiere di famiglia, all'interno delle cure primarie, può rispondere alle necessità descritte nelle evidenze. E certamente un ambito in cui l'infermiere potrà contribuire in maniera significativa al miglioramento dell'assistenza post-dimissione. Serviranno ulteriori studi per verificare l'efficacia dei modelli organizzativi adottati.

Bibliografia

Anna Barker, Peter Cameron¹, Leon Flicker, Glenn Arendts, Caroline Brand, Christopher Etherton-Ber, Andrew Forbes, Terry Haines, AnneMarie Hill, Peter Hunter, Judy Lowthian, Samuel R. Nyman, Julie Redfern, De Villiers Smit, Nicholas Waldron, Eileen Boyle, Ellen MacDonald, Darshini Ayton, Renata Morello, Keith Hill(2019).PLoS Med 16(5): e1002807. <https://doi.org/10.1371/journal.Pmed.1002807>

Anna Brugnolli & S.L.(2013),Trattato di cure infermieristiche. (ed. 2013,Vol.1) , 134. Idelson-Gnocchi

Bianca M Buurman, Juliette L Parlevliet, Bob AJ van Deelen, Rob J de Haan, Sophia E de Rooij (2016). Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients . The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. Health Services Research, JAMAInternMed. 2016; 176(3):302- 309.doi:10.1001/jamainternmed.2015.8042

D'Ilio, I., Raimondi, A. M., Radice, L., & Di Mauro, S. (2014). Tempi di attesa tra evento acuto e riabilitazione: continuità dell'assistenza infermieristica e riabilitativa. Analisi e proposte di un Servizio di Dimissioni Protette [Waiting time between acute event and rehabilitation: continuity of nursing care and rehabilitation. Analysis and suggestions for a Service of Protected Discharge]. *Professioni infermieristiche*, 67(2), 67–74. <https://doi.org/10.7429/pi.2014.672067>

European Union Programme for Employment and Social Solidarity- PROGRESS (2007-2013).Regione Veneto. Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane. Le buone prassi, 32-34

Everink, I. H., van Haastregt, J. C., van Hoof, S. J., Schols, J. M., & Kempen, G. I. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. *BMC geriatrics*, 16, 5. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0187-4>

Hawa O. Abu, Milena D. Anatchkova, Nathaniel A. Erskine, BAa, Joanne Lewis, David D McManus, Catarina I. Kiefe, and Heena S. Santry(2018). Are we “missing the big picture” in Transitions of Care? Perspectives of Healthcare Providers Managing Patients with Unplanned Hospitalization. *Appl.Nurs Res.*, 60-66, doi: 10.1016/j.apnr.2018.09.006.

Jacqueline Allen RN, Alison M. Hutchinson, Rhonda Brown, Patricia M. Livingston (2018). User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients’ and carers’ perspectives. wileyonlinelibrary.com/journal/hex, doi: 10.1111/hex.12646

Jeanette Schultz Johansen, Kjerstin Havnes, Kjell H. Halvorsen, Stine Haustreis, Lillann Wilsgård Skaue, Elena Kamycheva, Liv Mathiesen, Kirsten K. Viktil, Anne Gerd Granås, Beate H. Garcia (2017). Interdisciplinary collaboration across secondary and primary care to improve medication safety in the elderly (IMMENSE study): study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2018;8:e020106. doi:10.1136/bmjopen-2017-020106

Matthew Toth, MarkHolmes, CourtneyVanHoutven, MarkToles, Morris Weinberger, and Pam Silberman (2017). Rural–Urban Differences in the Effect of Follow-Up Care on Postdischarge Outcomes. *Health Services Research*, 52:4, doi:10.1111/1475-6773.12543

Mauro, M.(2016). Gestione della dimissione ospedaliera (ed. 2016 vol.17),671.Gital Cardiol.

Pérez Mármol, J. M., Flores Antigüedad, M. L., Castro Sánchez, A. M., Tapia Haro, R. M., García Ríos, M., & Aguilar Ferrándiz, M. E. (2018). Inpatient dependency in activities of daily living predicts informal caregiver strain: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e177–e185. <https://doi.org/10.1111/jocn.13900>

Ralph K. L. So, Jonathan Bannard-Smith, Chris P. Subbe, Daryl A. Jones, Joost van Rosmalen, Geoffrey K. Lighthall (2018). The association of clinical frailty with outcomes of patients reviewed by rapid response teams: an international prospective observational cohort study. *Critical Care*, 22:227, <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2136-4>

Rayan-Gharra, N., Shadmi, E., Tadmor, B., Flaks-Manov, N., & Balicer, R. D. (2019). Patients' ratings of the in-hospital discharge briefing and post-discharge primary care follow-up: The association with 30-day readmissions. *Patient education and counseling*, 102(8), 1513–1519. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.03.018>

Sinn, C. L., Tran, J., Pauley, T., & Hirdes, J. (2016). Predicting Adverse Outcomes After Discharge From Complex Continuing Care Hospital Settings to the Community. *Professional case management*, 21(3), 127–E4. <https://doi.org/10.1097/NCM.000000000000148>

Robert, B., Sun, A. H., Sinden, D., Spruin, S., & Hsu, A. T. (2021). A Case-Control Study of the Sub-Acute Care for Frail Elderly (SAFE) Unit on Hospital Readmission, Emergency Department Visits and Continuity of Post-Discharge Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(3), 544–550.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.020>

Rosman, M., Rachminov, O., Segal, O., & Segal, G. (2015). Prolonged patients' In-Hospital Waiting Period after discharge eligibility is associated with increased risk of infection, morbidity and mortality: a retrospective cohort analysis. *BMC health services research*, 15, 246. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0929-6>

Sandra F. Simmons, John F. Schnelle, Avantika A. Saraf, Chris Simon Coelho, Mary Lou Jacobsen, Sunil Kripalani, Susan Bell, Amanda Mixon, and Eduard E. Vasilevskis (2016). Pain and Satisfaction With Pain Management Among Older Patient During the Transition From Acute to Skilled Nursing Care. *Gerontologist*, 56(6), 1138-114, doi:10.1093/geront/gnv058

Wong, S. P., Sharda, N., Zietlow, K. E., & Heflin, M. T. (2020). Planning for a Safe Discharge: More Than a Capacity Evaluation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), 859–866. <https://doi.org/10.1111/jgs.16315>

Sitologia

<https://www.ilpuntopensionielavoro.it/site/home/economia-societa/la-spinta-demografica-per-una-nuova-economia-argento.html>

<http://anzianievita.it/salute-e-beenessere/che-cose-la-fragilita-nellanziano/>

<http://www.salute.gov.it>

<https://www.anzianiincasa.it/caregiverieianzianoioniautosuficiente/>

<https://www.fnopi.it/en/>

<https://www.who.int/>

ALLEGATO - Tabella riassuntiva degli articoli inclusi nella revisione della letteratura

Autore	Anno	Titolo	Campione, disegno e setting	Obiettivi	Risultati
Anna Barker Cameron I.P., Flicker L., Arendts G., Brand C. Etherton Beer C., Forbes A., Haines T., Hill AM., Hunter P., Lowthian J., Nyman S.R., Redfern J., Smit DV., Waldron N., Boyle E., MacDonald E., Ayton D.,Morello R., Hill K.	2019	Evaluation of Respond, a patient centred program to prevent falls in older people presenting to the emergency department with a fall.	D: studio randomizzato controllato trial (RCT). In questo studio le persone con la fascia d'età tra i 60e 90 anni che accedono al Pronto Soccorso per cadute accidentali sono a rischio aumentato di incorrere in nuove cadute con successivo nuovo accesso ospedaliero. S: in Australia	Follow-up telefonico può rendersi utile nel caso delle cadute a domicilio.	Lo studio ha di-mostrato che il follow-up telefonico in cui i pazienti venivano monitorati e educati a pratiche corrette riduce notevolmente la possibilità di cadute, fratture e ferite accidentali, tutto ciò identificando ed eliminando i fattori di rischio.
Buurman B.M., Parlevliet J.L., Deelen B.AJ Haan R.J, Rooij S.E.	2016	Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients. The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial Health Services Research.	D: studio multicentrico randomizzato. I pazienti arruolati in totale 1070 pz. idonei tra 1settembre 2010 e il 1marzo 2014 e nello studio avevano un'età media di 80 anni con un alto rischio di fragilità. Il paziente eseguiva il primo contatto con l'infermiere domiciliare già durante il ricovero e venivano programmati accessi domiciliari da parte del servizio territoriale nei giorni e nelle settimane successive la dimissione. S: condotto in 3 ospedali nei Paesi Bassi.	Analizzare l'impatto sul grado di autonomia e il rischio di ospedalizzazioni e mortalità di un follow-up dopo la dimissione nel paziente anziano.	Nel gruppo di intervento che proseguiva con un follow-up domiciliare post-dimissione si assisteva una riduzione della mortalità complessiva a 1 mese e a 6 mesi dalla dimissione. I risultati di questo studio dimostrano l'importanza nella gestione della transizione ospedale-territorio e il ruolo dell'infermiere nell'attuare un adeguato follow-up dopo la dimissione. I risultati rimangono incerti nei pazienti con deficit cognitivo maggiore, caratterizzati da maggior fragilità, che spesso non vengono arruolati negli studi.

<p>Abu H.O., Anatchkova M.D., Erskine N.A Baa, Lewis J McManus D Kiefe C.I., Santry H.S.</p>	<p>2018</p>	<p>Are we “missing the big picture” in Transitions of Care? Perspectives of Healthcare Providers Managing Patients with Unplanned Hospitalization.</p>	<p>D: studio qualitativo che utilizza interviste semi-strutturate. Condotte tra febbraio e settembre 2016 presso un unico centro medico accademico. Stati arruolati 15 operatori sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti che hanno subito un ricovero non pianificato.</p>	<p>Analizzare attraverso interviste semistrutturate rivolte a diversi sanitari quelle che potevano essere le criticità al momento della dimissione ospedaliera.</p>	<p>I risultati dello studio indicano che esistono 3 temi cardine correlati alla struttura sanitaria che possono influire al fallimento nel momento della dimissione: informazioni, tempistica, comunicazione errata. Altri 3 indicatori collegati a fattori esterni: il coinvolgimento del caregiver, un ambiente abitativo sicuro e stabile e l'accesso alle risorse sanitarie e comunitarie.</p>
<p>D'Ilio I., Raimondi A.M., Radice L., Di Mauro S.</p>	<p>2014</p>	<p>Waiting time between acute event and rehabilitation: continuity of nursing care and rehabilitation. Analysis and suggestions for a Service of Protected Discharge.</p>	<p>D: Studio osservazionale. S: All'Ospedale San Gerardo di Monza, nell'ambito della riabilitazione post-acuta del paziente, si analizza la fase tra la dimissione dall'ospedale e la data prevista di ricovero in strutture riabilitative.</p>	<p>Lo scopo di questo studio è quello di determinare la distribuzione dei giorni di attesa. Inoltre, vengono analizzati diversi approcci (es. Assistenza domiciliare integrata) al fine di ridurre i giorni di ricovero non necessari e un uso più intelligente ed economico delle risorse. Le domande di ricerca sono le seguenti, per quantificare il tempo di attesa tra la dimissione e il ricovero in struttura riabilitativa e per accertare se i pazienti sono inviati alla struttura corretta.</p>	<p>Sono state prese in considerazione 1083 persone, di cui il 55% (N=652) è stato dimesso dall'ospedale in seguito. Questo porta a 4505 giorni di ricovero inappropriato.</p>
<p>Schultz Jo- hansen J., Havnes K., Halvorsen K</p>	<p>2017</p>	<p>Interdisciplinary collaboration across secondary</p>	<p>D: Randomizzato controllato. Arruolati un totale di 500 pazienti di età ≥ 70 anni stati inclusi e randomizzati al gruppo di controllo</p>	<p>Per migliorare l'aderenza e l'utilizzo corretto della terapia farmacologica serve collaborazione</p>	<p>Stato dimostrato che il 30-40% dei ricoveri ospedalieri, di popolazione anziana con età ≥ 70 anni, sono dovuti agli eventi avversi da farmaco. Il</p>

Haustreis S., Skaue L.W., Kamycheva E., Mathiesen L Viktil K.K. Granas A.G. Garcia B.H.		and primary care to improve medication safety in the elderly (IMMENSE study): study protocol for a randomised controlled trial.	(assistenza standart) o di intervento (1:1). S: nell'ambiente sanitario norvegese.	interdisciplinare tra farmacisti clinici, medici, infermieri e pazienti.	monitoraggio post ricovero veniva valutato dal medico di medicina generale attraverso il follow-up telefonico e veniva attivata l'assistenza domiciliare che includeva nel team multidisciplinare la presenza di un farmacista che assicurava assistenza farmaceutica. Questo a portato la riduzione di ricoveri dovuti alle complicanze causate dalla terapia farmacologica.
Allen RN., Hutchinson A.M., Brown R., Livingston P	2018	User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives	D: descrittivo qualitativo utilizzando interviste. I pazienti (n=19) e gli assistenti (n=7) hanno partecipato a interviste semi-strutturate sulla loro esperienza di transizione dall'ospedale a casa in un ambiente sanitario urbano australiano.	L'assistenza e la progettazione del piano terapeutico deve essere personalizzata in base alle capacità e conoscenza di ciascuna persona.	Evidenziato l'efficacia dei risultati ottenuti nel coinvolgimento proattivo delle persone anziane che hanno malattie croniche per imparare in modo autonomo la gestione della propria malattia.
Everink I.HJ, Van Haastregt J.CM, Sofia JM Van Hoof S.JM, Jos MGA Schols, Gertrudis IJM Kempen	2016	Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of olderpatients: a systematic review.	D: revisione sistematica. È stata eseguita una ricerca sistematica della letteratura nei database PubMed, EMBASE, CINAHL e Web of Science per recuperare articoli pubblicati tra gennaio 2000 e ottobre 2015. La ricerca si è concentrata sui fattori relativi alla dimissione domiciliare dopo la riabilitazione per i pazienti più anziani. Sono stati inclusi studi se la dimissione domiciliare dopo la riabilitazione è stata valutata come misura di esito e se la popolazione	Lo scopo di questa revisione è fornire una panoramica dei fattori che influenzano la dimissione domiciliare nei pazienti anziani non colpiti da ictus ricoverati in un'unità di riabilitazione ospedaliera.	Sono stati inclusi diciotto studi. La qualità metodologica è stata da moderata a buona in 15 studi. I fattori significativamente associati alla dimissione domiciliare sono l'età più giovane, l'etnia non bianca, l'essere sposati, il migliore stato funzionale e cognitivo e l'assenza di depressione.

			non colpita da ictus aveva, in media, 65 anni o più e ricoverata in un'unità di riabilitazione ospedaliera.		
Marmol J.M.P., Antiguada M.F.L., Castro Sánchez A.M., Tapia Haro R.M., Garcia Rios M.G.	2017	Inpatient dependency in activities of daili living predicts informal caregiver strain: A crossectional studi.	D: studio trasversale. Lo studio ha coinvolto 100 pazienti ricoverati e 100 assistenti informali provenienti da sette diverse unità ospedaliere. Sono stati registrati i fattori sociodemografici, clinici, funzionali e cognitivi dei pazienti ricoverati-caregiver e dei ceppi del caregiver. Sono state eseguite analisi descrittive, di correlazione bivariata e di regressione multipla.	Indagare quali fattori influenzano la tensione del caregiver nei caregiver informali appena prima della dimissione dei pazienti ricoverati.	I caregiver dei pazienti ricoverati a rischio di ulcere avevano punteggi di sforzo significativamente più alti. La dipendenza dalle attività dei punteggi della vita quotidiana e dei punteggi dello stato cognitivo erano statisticamente inversamente proporzionali allo sforzo del caregiver. Quasi il 27% della varianza totale del ceppo del caregiver era dovuto alla dipendenza dalle attività della vita quotidiana.
Robert B., Sun A.H., Sinden D., Spruin S., Hsu A.T.	2021	A Case-Control Study of the Sub-Acute Care for Frail Elderly (SAFE) Unit on Hospital Readmission, Emergency Department Visits and Continuity of Post-Discharge Care	D: studio caso controllo S: Ambiente e partecipanti: una casa di cura con 450 posti letto situata in Ontario, Canada, dove ha sede l'Unità SAFE. La popolazione dello studio comprendeva pazienti fragili e anziani di età pari o superiore a 60 anni che hanno ricevuto assistenza nell'Unità SAFE tra il 1 marzo 2018 e il 28 febbraio 2019 (n = 153) a controlli comprendenti altri pazienti ospedalizzati (n = 1773). Metodi: Abbiamo collegato il livello di struttura ai database amministrativi sanitari provinciali sui ricoveri ospedalieri e le visite al pronto soccorso (ED) e il database dei reclami del Piano di assicurazione sanitaria dell'Ontario per le fatture dei	Lo scopo è l'efficacia di un programma di cure transitorie incentrato sulle funzioni, l'Unità di assistenza sub-acuta per gli anziani fragili (SAFE), nel ridurre la durata della degenza (LOS) in ospedale, nonché l'uso di cure acute post-dimissione e la continuità cura.	I pazienti SAFE avevano una LOS mediana ospedaliera di 13 giorni [intervallo interquartile (IQR): 8-19 giorni], con il 75% che aveva meno di 1 giorno in un letto ALC. In confronto, la LOS mediana nel gruppo di controllo era di 15 giorni (IQR: 10-24 giorni), con un terzo di quei giorni trascorsi in un letto ALC (mediana: 5 giorni, IQR: 3-10 giorni). I pazienti SAFE avevano maggiori probabilità (64,1%) di essere dimessi a casa rispetto ai pazienti di controllo (46,3%). Entrambi i gruppi hanno sperimentato probabilità simili a 30 giorni di visite al pronto soccorso, riammissione in ospedale e follow-up con un medico di famiglia.

			medici per indagare sulla LOS durante il ricovero dell'indice, probabilità di 30 giorni di post- dimissione, visite al pronto soccorso, riammissione in ospedale e follow-up con i medici di famiglia.		
Rosman M., Rachminov O., Segal O., Gad Segal	2015	Prolonged patients' In Hospital Waiting period after discharge eligibility is associated with increased risk of infection, morbidity and mortality: a retrospective cohort analysis.	D: un'analisi di coorte retrospettiva. Condotta un'analisi di coorte retrospettiva di pazienti che hanno sperimentato un periodo di attesa in ospedale (IHWP) dopo l'idoneità alla dimissione in un unico ospedale terziario.	Lo scopo è verificare il prolungamento della degenza ospedaliera prolungata e inappropriata e l'idoneità dei pazienti alla dimissione protetta.	Abbiamo esaminato i record di 245 pazienti di cui 104 pazienti hanno soddisfatto i nostri criteri di inclusione. La durata media di IHWP è stata di $15,7 \pm 4,79$ giorni durante i quali 9 (8,7%) pazienti sono morti. L'end-point composito primario dello studio, la mortalità intraospedaliera o l'infezione acquisita in ospedale (polmonite, UTI o sepsi) si sono verificati in 32 (31 %) pazienti. Il momento più rischioso è stato durante i primi 3 giorni di IHWP: il 63,7% dei pazienti ha avuto una complicazione e il 44% delle complicanze totali si è verificato durante questo periodo. Il verificarsi di qualsiasi complicazione durante l'IHWP era associato, con significatività statistica, ad un aumento del rischio di mortalità durante il primo anno dopo l'inizio dell'IHWP (HR = 6,02, p = 0,014).
Gharra N.R., Shadmi E., B Tadmor B., Flaks- Manov N., Ran D Balicer R.D	2019	Patients' ratings of the in hospital discharge briefing and post-discharge	D: studio prospettico. Su 594 pazienti di medicina interna presso un centro medico terziario in Israele. Il questionario di riferimento intraospedaliero includeva caratteristiche sociodemografiche, stato di salute fisico, mentale e	Abbiamo esaminato se le valutazioni dei pazienti del briefing sulle dimissioni ospedaliere e la revisione del riepilogo delle dimissioni da parte dei medici di base (PCP)	L'entità della revisione da parte dei PCP del riepilogo delle dimissioni dall'ospedale alla visita post-dimissione è stata valutata superiore al briefing delle dimissioni ospedaliere (3,46 vs. 3,17, p = 0,001) ed è stata associata a minori probabilità di riammissione (OR = 0,35,

		primary care follow-up: The association with 30-day readmission.	funzionale. I pazienti sono stati intervistati telefonicamente sui processi di dimissione e post-dimissione. I dati clinici e l'utilizzo dei servizi sanitari sono stati recuperati da un data warehouse centrale. Le regressioni multivariate hanno modellato la relazione tra le caratteristiche di base in ospedale, il briefing delle dimissioni, l'indicatore della visita PCP, la revisione del riepilogo delle dimissioni PCP e le riammissioni a 30 giorni.	post-dimissione sono associate a riammissioni a 30 giorni.	IC 95% 0,26-0,45). Il modello che includeva questa valutazione ha ottenuto risultati migliori rispetto al basale intraospedaliero, al briefing di dimissione ospedaliera e ai modelli di visita PCP (statistica C = 0,87, rispetto a: 0,70, 0,81, 0,81, rispettivamente).
Toth M., Holmes M., VanHoutven C., Toles M., Weinberger M., Silberman P.	2017	Rural-Urban Differences in the Effect of Follow-Up Care on Post-discharge Outcomes	D: analisi retrospettiva. Metodo di estrazione dei dati: l'ammissione all'indice dall'MCBS come qualsiasi ammissione senza una precedente ammissione entro 60 giorni.	Valutare le differenze tra zone rurali e urbane nella qualità dell'assistenza post-dimissione tra i beneficiari di Medicare, controllando la distorsione di selezione dei servizi post-dimissione.	Stato valutato l'effetto del follow-up telefonico nei pazienti a rischio di riospedalizzazione tramite l'analisi retrospettiva delle riammissioni in ospedale a 30 e 60 giorni e accessi al Pronto Soccorso oppure mortalità, evidenziando che la modalità di follow-up per 14 giorni di rientro a domicilio riduce le conseguenze sopra elencate.
So R.K.L., Bannard-Smith J., Subbe C.P., Jones D.A., Rosmalen J., Lighthall G.K.	2018	The association of clinical frailty with outcomes of patients reviewed by rapid response teams: an international prospective observational cohort study.	D: studio di coorte osservazionale prospettico multinazionale. I centri con RRT hanno raccolto dati in un periodo di 7 giorni, con follow-up di tutti i pazienti nelle 24 ore successive alla chiamata RRT e alla dimissione dall'ospedale o 30 giorni dopo l'evento scatenante. Tra 1133 pazienti, il 40% è stato selezionato come fragile Il 72% dei pazienti sottoposti a screening come fragili erano morti o dipendenti da cure	Valutare la frequenza e l'associazione della fragilità con gli esiti clinici nei pazienti soggetti alla revisione del team di risposta rapida (RRT).	I risultati indicano che la fragilità ha un'influenza sul percorso clinico e che tale valutazione dovrebbe essere inclusa nella discussione degli obiettivi e delle aspettative di cura. Il follow-up è importante dei pazienti fragili dopo un evento acuto che ne ha determinato un ricovero ospedaliero e può essere eseguito tramite visita ambulatoriale, contatto telefonico e visita domiciliare.

			ospedaliere entro 30 giorni.		
Simmons S.F., Schnelle J.F. Saraf A.A., Coelho C.S. Jacobsen M. Kripalani S., Bell S., Mixon A., Vasilevskis E.	2016	Pain and Satisfaction With Pain Management Among Older Patients During the Transition From Acute to Skilled Nursing Care.	D: interviste strutturate. Pazienti con 188 beneficiari Medicare dimessi in 23 SNF di area da un centro medico accademico. Il livello di dolore (0-10) e la soddisfazione per la gestione del dolore sono stati valutati al momento del ricovero, della dimissione ed entro 1 settimana dal passaggio all' SNF.	Esaminare la prevalenza del dolore da moderato a severo (relativo al pre-ricovero) e la soddisfazione per la gestione del dolore tra i pazienti anziani in terapia intensi va dimessi al SNF.	I risultati indicano l'importanza della gestione del dolore a domicilio in quanto le conseguenze del dolore grave portano alla riduzione delle attività fisiche con una diminuzione delle attività funzionali giornaliere e incremento del rischio di depressione e nuova ospedalizzazione. Viene suggerito che i pazienti dovrebbero essere istruiti a segnalare la presenza del dolore e gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado di cogliere la soglia del dolore e i cambiamenti all'entità dello stesso.
Sinn CL.,J.,Tran J., Pauley T., Hirdes J.	2016	Predicting Adverse Outcomes After Discharge From Complex Continuing Care Hospital Settings to the Community.	D: professional case management. S: Strutture di pratica primaria: CCC, assistenza domiciliare, comunità. Metodologia e campione: il campione includeva tutti i pazienti CCC in Ontario valutati con il Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 tra gennaio 2003 e dicembre 2010 e che sono stati successivamente valutati con il Resident Assessment Instrument-Home Care entro 6 mesi dalla dimissione nella comunità (n = 9.940). Per ciascun risultato sono stati sviluppati modelli di regressione logistica multivariata separati.	Scopo dello studio è identificare i fattori di rischio e di protezione valutati al momento del ricovero in terapia continua complessa (CCC) che erano associati a tre esiti avversi (morte, riammissione e incidenza o mancato miglioramento della possibile depressione) per le persone dimesse dal CCC a la comunità con i servizi di assistenza domiciliare.	Entro 6 mesi, il 4,9% del campione era morto, il 6,5% è stato riammesso in qualsiasi struttura dell'Ontario CCC e il 13,7% ha mostrato sintomi di nuova possibile depressione o mancato miglioramento della possibile depressione. L'insufficienza cardiaca, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'instabilità della salute, l'alimentazione endovenosa/per sondino e l'ulcera da pressione erano associati ad un aumentato rischio di morte. Difficoltà di comprensione, possibile depressione, BPCO, condizioni instabili, episodio acuto o riacutizzazione, prognosi a breve termine, peggioramento dell'autosufficienza e ottimismo del paziente o del caregiver sulla dimissione sono stati associati ad un aumento del rischio di riammissione. I sintomi

					depressivi o la depressione esistenti, le relazioni instabili, la multimorbilità e la polifarmacia erano associati al rischio di incidenza o al mancato miglioramento della possibile depressione. L'ottimismo sul potenziale riabilitativo e l'elevato coinvolgimento sociale erano protettivi rispettivamente contro la riammissione e gli esiti depressivi.
Wong S.P., Sharda N., Kahli E, Zietlow Mitchell T, Heflin M.T	2020	Planning for a Safe Discharge: More Than a Capacity Evaluation.	D: studio osservazionale analitico. Descrivere un quadro decisionale di dimissione incentrato sulla valutazione e gestione interprofessionale, sul follow-up longitudinale, sull'istruzione e sul supporto per i pazienti e le famiglie.	Raccogliere informazioni, suscitando obiettivi e preferenze e identificando le risorse della comunità, il team sanitario può aiutare a massimizzare l'indipendenza degli anziani vulnerabili.	Il processo decisionale di dimissione per gli anziani ospedalizzati può essere un processo complicato che coinvolge valutazioni funzionali, valutazione delle capacità e coordinamento delle risorse. I fornitori possono sentirsi spinti a raccomandare che un adulto più anziano con complessi bisogni assistenziali venga dimesso in una struttura infermieristica qualificata piuttosto che a casa, contraddicendo potenzialmente i desideri del paziente. Ciò può portare a un dilemma professionale ed etico per i fornitori, che apprezzano l'autonomia del paziente e il processo decisionale condiviso.