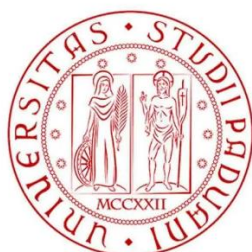


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE

NELLA DIMISSIONE DEI PAZIENTI:

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatrice: **Dott. Rizzo Chiara**

Laureanda: **Williams Abibatu**

Matricola: 2023267

Anno Accademico 2022/2023

“Nell’agire professionale l’Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l’ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell’interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.” **_Capo 1, Art.3 Codice Deontologico infermieri**

ABSTRACT

INTRODUZIONE: La pianificazione delle dimissioni, è parte integrante della continuità delle cure. Si tratta di un processo interdisciplinare a livello ospedaliero che dovrebbe essere accessibile ai pazienti e alle loro famiglie, consentendo loro di sviluppare un piano di cura realizzabile per il periodo successivo all'ospedalizzazione (Volland, 1989). In un'epoca in cui i costi sanitari stanno aumentando, la pianificazione delle dimissioni sta acquisendo sempre maggiore importanza, poiché i pazienti richiedono cure di alta qualità ed economiche. Gli infermieri rivestono un ruolo cruciale in questo processo poiché sono direttamente coinvolti nelle attività di assistenza diretta ai pazienti. È compito degli infermieri condurre una valutazione accurata dei pazienti, esaminare le loro necessità di assistenza e fornire informazioni complete ai pazienti e alle loro famiglie al momento della dimissione. Tuttavia, attualmente, ci sono molteplici problematiche che rendono questo compito complicato, quali: vincoli e tempo, sovraccarico di pazienti e caregiver e comorbidità coesistenti che aggiungono complicazioni alle esigenze di cura del paziente a domicilio (Luther et al., 2019). Questa mancanza di una corretta procedura di dimissione può risultare nella riammissione in ospedale dei pazienti dopo la dimissione.

Le riammissioni ospedaliere, oltre ad essere un costo prevedibile, rappresentano un'esperienza negativa per i pazienti, che per loro significa non essere in grado di gestire la loro condizione di salute in modo adeguato. La pianificazione della dimissione mira a ridurre i ritardi nelle dimissioni dall'ospedale, a potenziare il coordinamento dei servizi nella post-dimissione e a ridurre la riospedalizzazione. Un piano di dimissione strutturato e personalizzato per un singolo paziente potrebbe implicare una riduzione del tempo di degenza e della riammissione in ospedale e, soprattutto, può aumentare la soddisfazione del paziente per l'assistenza sanitaria ricevuta (Gonçalves-Bradley et al., 2022).

OBIETTIVO: L'obiettivo è quello di ricercare in letteratura evidenze scientifiche rispetto al ruolo infermieristico nel processo di dimissione e di individuare quanto

una corretta gestione del processo di dimissione possa migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza alle persone curate.

METODI: È stata redatta una revisione della letteratura mediante consultazione delle banche dati: Pubmed, International Library of Medicine, Cochrane Library, Embase e Google Scholar. Sono state adottate varie strategie di ricerca durante l'analisi. Sono state utilizzate diverse combinazioni di termini tradotti accuratamente in inglese, utilizzando l'operatore booleano "and" e "or" per allargare il campo di ricerca.

RISULTATI: Sono stati selezionati 27 articoli ritenuti pertinenti per l'analisi e ulteriori ricerche sono state condotte manualmente portando il totale a 34 articoli e riviste inclusi nella revisione.

DISCUSSIONE: Dall'analisi degli articoli emergono vari temi. La letteratura sottolinea che un principio fondamentale per garantire una dimissione efficace è coinvolgere appieno sia il paziente che il caregiver nella pianificazione della dimissione, enfatizzando al contempo l'importanza di una comunicazione efficace tra gli operatori sanitari e i pazienti. Sono state individuate diverse strategie per migliorare la comunicazione, tra cui l'uso di documenti con caratteri grandi e formati accessibili, registrazioni su nastro magnetico, videocassette e, in alcuni casi, l'impiego di intermediari o interpreti. In merito al ruolo dell'infermiere prima della dimissione, emerge l'importanza dell'educazione del paziente e del caregiver, sin dal momento del ricovero e durante la dimissione stessa. Ciò include la coordinazione delle dimissioni e l'identificazione e la pianificazione delle necessità legate alla dimissione, compresa la valutazione del rischio di riammissione.

CONCLUSIONE: Dalla revisione emerge che una cattiva gestione nella pianificazione dell'assistenza al momento delle dimissioni dall'ospedale può mettere a repentaglio la sicurezza del paziente e portare a cure inferiori agli standard, tra cui l'insoddisfazione dei bisogni di assistenza, riammissioni ospedaliere, il peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti e, in alcuni casi,

anche la mortalità. D'altro canto, una pianificazione adeguata delle dimissioni può contribuire ad aumentare la soddisfazione dei pazienti e a ridurre le riammissioni ospedaliere.

Keywords: Patient education, patient discharge, discharge planning process, patient discharge problems, patient discharge screening, nursing education, hospital discharge, educational intervention, patient discharge screening, quality of care, hospital readmission, communication, discharge scale, nursing discharge scale, nursing discharge form, discharge form.

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	5
1.1 Problema legata alla dimissione	5
1.2 Fenomeno della dimissione e i fattori di criticità	6
1.3 Tipologie di dimissioni	8
1.3.1 Dimissione ritardata	10
1.3.2 Dimissione difficile	12
1.3.3 I motivi alla base e le conseguenze dei ritardi nella dimissione dei pazienti non acuti	13
1.4 Dimissione pianificata e le riammissioni ospedalieri	19
1.5 Ruolo dell'infermiere nella preparazione della dimissione	22
1.5.1 Caregiver	25
1.5.2 Interventi per migliorare la comunicazione alle dimissioni ospedaliere ...	27
1.6 Scheda di dimissione infermieristica	30
1.6.1 Caratteristiche della scheda di dimissione infermieristica	31
1.6.2 Checklist per le dimissioni	33
CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI	35
2.1 Obiettivo	35
2.2 Disegno di Studio	35
2.3 Quesiti di ricerca	35
2.4 Metodologia	35
2.5 Criteri di inclusione ed esclusione	36
2.6 Strategia di ricerca	36
CAPITOLO 4. DISCUSSIONE	43
4.1 Primo quesito di ricerca	43

4.2 Secondo quesito di ricerca.....	44
4.3 Terzo quesito di ricerca	45
4.3.1 Indice di BRASS.....	45
CAPITOLO 5. CONCLUSIONE	49
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

Durante il mio tirocinio presso il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), ho avuto modo di osservare un problema ricorrente riguardante le lettere di dimissione dei pazienti provenienti dall'ospedale. Ho notato che spesso queste lettere erano poco chiare e mancavano di dati particolarmente rilevanti per una corretta gestione del paziente durante il periodo post-dimissione.

Uno dei punti critici che ho riscontrato riguarda il mancato menzionare il giorno di inserimento del catetere e il suo calibro. Queste informazioni sono fondamentali per il personale dell'ADI al fine di garantire un'adeguata gestione e monitoraggio del paziente e per prevenire eventuali complicanze legate all'utilizzo del catetere.

Inoltre, ho notato che la mancanza di informazioni riguardanti la gestione delle ulcere da decubito è un altro problema comune. Spesso, le lettere di dimissione non specificavano il tipo di prodotto per la medicazione da utilizzare, se il paziente fosse allergico ad alcuni farmaci o la durata prevista per la medicazione stessa. Questo crea un'incertezza significativa per il personale dell'ADI, che si trova a dover prendere decisioni importanti senza avere tutte le informazioni necessarie. Di conseguenza, si rende spesso necessario contattare il medico di base per ottenere dettagli più specifici, causando un ulteriore ritardo nella gestione del paziente.

Sensibile a questo problema, ho prestato particolare attenzione al comportamento degli infermieri durante i successivi periodi di tirocinio nelle altre Unità Operative, concentrandomi sulla pianificazione delle dimissioni dei pazienti. Purtroppo, ho notato che solo in alcuni casi vi era un comportamento coerente che coinvolgeva anche il paziente nella pianificazione della dimissione. Spesso, l'obiettivo principale delle dimissioni era quello di liberare un posto letto per un nuovo paziente, e questo poteva portare a una pianificazione affrettata e a una mancanza di attenzione nei confronti della gestione post-dimissione. È preoccupante che i pazienti spesso si trovassero a dover rincorrere medici e infermieri per richiedere spiegazioni più dettagliate riguardo alle istruzioni post-dimissione. Questo indica una carenza nella comunicazione durante il processo di dimissione, con un'insufficiente trasmissione delle informazioni rilevanti al paziente. È

fondamentale che essi ricevano istruzioni chiare e comprensibili sulle loro condizioni di salute, le terapie in corso e le precauzioni da seguire, al fine di garantire una corretta gestione e cura di sé stessi una volta dimessi.

Precedenti studi hanno evidenziato la carenza di comunicazione tra il personale ospedaliero e i medici di base. Quando non c'è una solida integrazione tra i pazienti e i loro medici di base nel processo di dimissione, si può aumentare il rischio per i pazienti. Questo può portare a problemi come la mancata fornitura dei servizi domiciliari necessari, errori terapeutici, visite ambulatoriali incomplete e frequenti riammissioni (Balaban et al., 2008).

Per affrontare questo problema, è necessario promuovere una cultura di coinvolgimento attivo del paziente nella pianificazione delle dimissioni. Gli infermieri e i medici devono dedicare il tempo necessario per spiegare al paziente le procedure di dimissione, fornendo istruzioni chiare e rispondendo alle loro domande e preoccupazioni. Dovrebbero essere stabilite linee guida chiare per la compilazione delle lettere di dimissione, che includano tutti i dettagli rilevanti per una corretta gestione post-dimissione. Inoltre, sarebbe utile promuovere una maggiore collaborazione tra l'ospedale, il medico di base e l'ADI, in modo da garantire una trasmissione accurata e completa delle informazioni relative al paziente. Infine, potrebbe essere valutata l'implementazione di un sistema di controllo qualità per verificare la completezza e la chiarezza delle lettere di dimissione prima che vengano consegnate all'ADI. Ciò garantirebbe che tutte le informazioni necessarie siano correttamente riportate e che le eventuali lacune vengano identificate e corrette tempestivamente.

Ho scelto di esplorare questo ambito, ed ho notato che la letteratura italiana presenta una carenza di studi riguardanti questo argomento. Considerando gli studi condotti in contesti molto diversi dal nostro Paese, ha reso i confronti piuttosto complessi.

CAPITOLO 1: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Problema legata alla dimissione

L'atto di dimettere i pazienti dall'ospedale costituisce un processo complesso e spesso caotico. La comunicazione tra i membri del team multidisciplinare e con il paziente è essenziale per coordinare la cura dei pazienti in vista della loro dimissione. Questo processo può talvolta lasciare i pazienti con domande irrisolte riguardo ai cambiamenti terapeutici, ai piani di follow-up e alla gestione dei sintomi. È di vitale importanza che i team operino in modo coordinato per garantire che il paziente lasci l'ospedale ben preparato per affrontare il prossimo contesto assistenziale (Trivedi et al., 2021).

Il periodo di ospedalizzazione e il momento delle dimissioni possono risultare stressanti per le persone coinvolte, le loro famiglie e gli amici. È sempre più evidente che le dimissioni ospedaliere per essere efficaci richiedono una stretta collaborazione tra il Servizio Sanitario Nazionale, le autorità locali, le organizzazioni per assistenza domiciliare, la medicina di base, settori indipendenti e organizzazioni di volontariato nel processo di pianificazione e fornitura dei servizi, è essenziale definire chiaramente le rispettive competenze di ciascun attore coinvolto. Senza questa collaborazione, non sarà possibile soddisfare i diversi bisogni delle comunità locali e degli individui (Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, 2003). La complessità intrinseca nel coordinare un vasto numero di attori, spesso operanti in organizzazioni distinte, fa sì che la dimissione ospedaliera possa essere considerata un episodio vulnerabile, dipendente dal fattore tempo e ad alto rischio nel percorso del paziente. Un esempio significativa di tale complessità è la “dimissione tardiva”, in cui il paziente rimane in ospedale a causa dell’incapacità di coordinare adeguatamente le cure tra le diverse agenzie (Waring et al., 2014). Secondo uno studio eseguito da Hesselink G et al., le informazioni che si ricevono dall’ospedale verso l’assistenza comunitaria spesso presentano lacune, sono poco comprensibili e ritardate. In particolare, i medici che lavorano in ospedale e i medici di famiglia ritengono che la qualità delle informazioni scambiate dall’ospedale al medico di base sia insufficiente. Il coordinamento dell’assistenza

risulta spesso ostacolata a causa della mancanza di conoscenza e collaborazione tra gli operatori sanitari. Queste due figure (medici ospedalieri e medici di famiglia) ritengono che i medici ospedalieri non siano ben informati sulla situazione domiciliare dei pazienti. Rispettivamente, il 59% e l'81% sperimentano una mancanza di chiarezza riguardo ai compiti e alle responsabilità previste al momento della dimissione da parte del medico di famiglia (Hesselink et al., 2013). Secondo Victor et al. quasi il 30% delle persone anziane subisce un certo ritardo nella dimissione dall'ospedale, che è noto per esporre i pazienti a ulteriori rischi correlati all'ospedale, crea dipendenza emotiva e fisica, sostenere costi ospedalieri aggiuntivi e limitare la disponibilità di posto letto. Allo stesso tempo, la dimissione prematura o dimissione senza adeguate disposizioni per il proseguimento delle cure possono causare complicazioni nel processo di recupero del paziente. Ad esempio, il tasso di riammissione entro 28 giorni per gli anziani è raddoppiato da 103.000 nel 2001-2 a 201.000 nel 2010-11, suggerendo la necessità di fare di più per sostenere il recupero del paziente dopo l'assistenza acuta (Victor et al., 2000).

1.2 Fenomeno della dimissione e i fattori di criticità

Perché nella sanità sta emergendo un crescente interesse per il processo di 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 (Saiani et Al., 2005). Gli anziani, ossia coloro che hanno un'età pari o superiore a 65 anni, rappresentano la principale utenza dei servizi sanitari, soprattutto per quanto riguarda l'utilizzo dei letti ospedalieri per pazienti acuti. Sin dalla creazione del Servizio Sanitario Nazionale, si è avuta la preoccupazione che gli anziani potessero occupare in modo inappropriato i letti ospedalieri per acuti, quando in realtà avrebbero potuto beneficiare di altre forme di assistenza più appropriate ai loro bisogni (Victor et al., 2000).

Nel contesto attuale, si stanno verificando profonde trasformazioni all'interno delle strutture familiari che influenzeranno la loro capacità di assumere una preziosa funzione di assistenza. Le famiglie si trovano sempre più in difficoltà nel gestire situazioni impreviste come il ricovero ospedaliero per una condizione acuta, il periodo successivo di convalescenza o il supporto necessario per un membro con una disabilità permanente. Un altro aspetto critico del Sistema Sanitario è il controllo delle spese, in particolare per quanto riguarda la gestione degli ospedali. Le misure di razionalizzazione comprendono la riduzione della durata del ricovero, il numero di posti letto e il potenziamento dell'assistenza nella comunità, oltre allo sviluppo del Day Hospital, del Day Surgery e dell'assistenza domiciliare anche per pazienti acuti. Al fine di ottimizzare il periodo di degenza e garantire, se necessario, la continuità delle cure e della riabilitazione, diventa sempre più importante:

- preparare tempestivamente il paziente per la dimissione;
- attivare percorsi clinico-assistenziali integrati che si estendano anche dopo la dimissione;
- valorizzare il ruolo della famiglia e delle risorse informali come partner del team di assistenza. L'obiettivo è ridurre le riammissioni ospedaliere o le ospedalizzazioni evitabili (come i ricoveri ripetuti) e garantire un'assistenza personalizzata attraverso una risposta coesa (“Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4,” n.d.).

Pur offrendo ampie risorse e competenze per la diagnosi e la cura di una vasta gamma di malattie, gli ospedali possono essere luoghi che generano timore e confusione. Spesso, i trattamenti avvengono in modo rapido e senza spiegazioni dettagliate. Conoscere cosa aspettarsi può aiutare i pazienti a gestire e partecipare attivamente alle cure durante il loro periodo di degenza. Acquisire una maggiore comprensione di ciò che accade negli ospedali e delle ragioni alla base delle loro azioni può aiutare i pazienti a sentirsi meno intimiditi durante l'esperienza ospedaliera, a mantenere un maggiore controllo e a sentirsi più sicuri riguardo alla propria salute una volta dimessi (Michael Joseph Pistoria, MEng, DO, Lehigh Valley Hospital - Coordinated Health, n.d.).

1.3 Tipologie di dimissioni

Una dimissione segna la conclusione di un periodo di assistenza, diagnosi e cura, aprendo la porta a una nuova fase in cui la persona, se necessario, viene affidata ad altri servizi o operatori. Questo momento è di fondamentale importanza nel percorso di ricovero, poiché segna il passaggio da cure ad alta intensità, ma sporadiche, a un approccio caratterizzato da una minore intensità ma con continuità, con orari, approcci e professionisti diversi. Il paziente è considerato pronto per la dimissione quando:

- è stato valutato che non necessita più di cure in regime di ricovero e può fare ritorno a casa o continuare il suo percorso in una residenza per post-acuti (che può essere di lunga degenza o domiciliare);
- questa decisione è stata presa da un team multidisciplinare che ha esaminato attentamente le possibili criticità e valutato il bisogno di un adeguato supporto dopo la dimissione.
- il paziente, insieme alla sua famiglia, è consapevole della necessità di essere dimesso e si sente preparato ad affrontare questa transizione (“Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4,” n.d.).

La dimissione del paziente non è basata esclusivamente sulla sua condizione clinica. Mentre per alcuni pazienti la dimissione può avvenire in modo ordinario, discutendo con loro la lettera di dimissione ospedaliera, per altri, spesso definiti “fragili” a causa di patologie, necessità di assistenza o difficoltà sociali, la dimissione richiede una pianificazione specifica. Per questi pazienti, le dimissioni non possono essere improvvisate o lasciate alla discrezione del singolo operatore; devono invece seguire un programma concordato da diverse parti interessate, tra cui le direzioni sanitarie e i reparti ospedalieri, i medici di medicina generale, i servizi territoriali e sociali, le strutture di riabilitazione, le residenze sanitarie e altri soggetti. Questo processo comporta la definizione di percorsi personalizzati in cui ciascun operatore assume responsabilità specifiche (“Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4,” n.d.)

La letteratura individua tre tipologie di dimissioni ospedaliere:

1. **Dimissione precoce:** si verifica quando la durata della degenza del paziente per una determinata condizione è inferiore alle aspettative previste per il relativo *Diagnosis Related Group* (DRG). Tuttavia, è importante notare che le dimissioni precoci possono causare disagi se diventano una strategia per accelerare il ricambio dei letti, portando a nuovi ricoveri o complicazioni legate alla mancata stabilizzazione clinica. Le riammissioni possono essere causate da trattamenti inefficaci durante il primo ricovero o da una suddivisione artificiale dei ricoveri per soddisfare gli standard dei DRG e aumentare la produttività del reparto. Il fenomeno delle riammissioni non è ancora stato definito in modo uniforme nelle programmazioni ospedaliere regionali, ma di solito si riferisce a ricoveri che avvengono entro un breve periodo dalla dimissione (solitamente meno di 30 giorni).
2. **Dimissione ritardata:** si verifica quando la durata della degenza di un paziente supera notevolmente le giornate previste per quel determinato DRG. Questi ritardi possono essere dovuti a difficoltà nell'organizzare il supporto necessario per la successiva fase di cura o alla necessità per i familiari di adeguarsi alla nuova situazione.
3. **Dimissione difficile:** si verifica quando a un evento acuto (come un ictus o una frattura del collo del femore in 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 possa essere classificato come "difficile", con conseguenze significative per il paziente e la sua famiglia. Utilizzando queste stime per un distretto con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille, ci si aspetterebbe circa 350-400 dimissioni difficili all'anno (“Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4,” n.d.).

1.3.1 Dimissione ritardata

La dimissione ritardata dall'ospedale si verifica quando una persona è clinicamente pronta per essere dimessa a casa o in un altro ambiente, ma mancano accordi per il trasferimento e le cure successive, quindi la persona rimane in ospedale (Gonçalves-Bradley et al., 2022). Le dimissioni ritardate sono un problema diffuso a livello globale. Nel Regno Unito, ad esempio, l'incremento significativo delle dimissioni ritardate ha suscitato notevole preoccupazione, soprattutto in relazione all'aumento dei tassi di mortalità. Questa situazione ha spinto i responsabili politici e i dirigenti sanitari a affrontare la questione della durata dei ricoveri dei pazienti, cercando di ridurre i costi e migliorare la gestione del flusso dei pazienti ospedalieri (Micallef et al., 2020). I ritardi possono essere causati da una valutazione incompleta durante il ricovero, all'interruzione di accordi di assistenza a lungo termine, l'accesso problematico all'assistenza sanitaria e sociale di follow-up o una comunicazione inefficace tra gli ospedali e gli operatori sanitari e sociali della comunità (Gonçalves-Bradley et al., 2022).

Le dimissioni ritardate per ragioni non cliniche colpiscono anche i pazienti che necessitano di cure palliative. Inoltre, negli ultimi anni il numero di persone che muoiono negli ospedali è aumentato (Pellico-López et al., 2022).

Spesso, la durata del ricovero si prolunga oltre i tempi previsti a causa delle difficoltà nell'organizzare i supporti per la nuova destinazione o quando i familiari necessitano di tempo per affrontare la nuova situazione. Esiste una degenza media definita per ogni DRG e un valore soglia per le giornate di ricovero chiamato "*trim point*", oltre il quale viene definito "ritardato" (*outliers*). Si stima che circa il 30% di tutte le dimissioni siano ritardate per motivi non clinici ("Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4," n.d.). È della massima importanza che le dimissioni ospedaliere non siano viste come un "punto finale", ma piuttosto come un ulteriore passo nel percorso del paziente attraverso l'assistenza ospedaliera per fase acuta. (Micallef et al., 2020).

Uno studio condotto da Victor e al., attraverso una revisione retrospettiva dei casi clinici svolti in tre ospedali in Inghilterra, coinvolgendo 456 pazienti di età pari o superiore a 75 anni che erano stati ricoverati dalle loro abitazioni e dimessi dai

reparti specialistici per l'assistenza agli anziani, è emerso che il 27% dei pazienti ha subito un ritardo nella dimissione dall'ospedale di oltre tre giorni. Un'analisi statistica multivariata ha individuato tre fattori che hanno predetto in modo indipendente questo ritardo nella dimissione:

- l'assenza di un assistente familiare;
- l'ingresso in una casa di cura/residenziale e
- il personale del team di valutazione delle dimissioni.

Inoltre, è stato evidenziato che il ritardo nella dimissione non era correlato né a fattori di vulnerabilità ipotizzati, come la dipendenza multipla e la presenza di più patologie, né a fattori predisponenti, come l'età o la residenza solitaria degli anziani. Questo studio sottolinea l'importanza del problema della dimissione ritardata degli anziani dagli ospedali, concludendo che tale ritardo è collegato in modo indipendente a due questioni organizzative principali. Innanzitutto, l'accesso all'assistenza a lungo termine comporta procedure di valutazione lunghe, incertezza riguardo a chi ne paga i costi e liste d'attesa. In secondo luogo, la natura del team incaricato della valutazione delle dimissioni è stata associata ai ritardi, con il team coordinato dagli infermieri che ha registrato il minor numero di invii per valutazioni multidisciplinari e i ritardi più lunghi. Inoltre, l'assenza di un assistente familiare è stata ritenuta un elemento contributivo ai ritardi, mettendo così in luce l'importanza della famiglia e degli amici nell'assistenza post-ospedaliera e nel sostegno degli anziani nella comunità (Victor et al., 2000).

Le dimissioni possono essere ritardate o complicate da varie ragioni di natura sanitaria e sociale. Le principali cause di dimissioni ritardate includono:

1. Una valutazione inadeguata del paziente da parte del personale medico e infermieristico, che può derivare dalla mancanza di conoscenza tempestiva delle sue condizioni sociali.
2. Una cattiva organizzazione nella gestione delle procedure necessarie alla dimissione, come la prenotazione del trasporto o i contatti con i servizi esterni.

3. Una comunicazione insufficiente tra l'ospedale e i servizi che dovrebbero prendersi cura del paziente dopo il ricovero.

In alcuni casi, le dimissioni ritardate possono essere utili per la famiglia e il paziente, ma non rappresentano un indicatore di efficienza ospedaliera. Tuttavia, possono costituire un problema economico ed etico significativo poiché possono portare a una distribuzione non equa delle risorse sanitarie. Dal punto di vista puramente sanitario, una degenza prolungata non è desiderabile, poiché aumenta il rischio di infezioni ospedaliere e, soprattutto negli anziani, il rischio di confusione mentale, rendendo più difficile il ritorno a casa (“Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4,” n.d.).

Eliminare i "ritardi" tende ad essere una sfida complessa poiché non sono sempre facilmente identificabili. All'esame approfondito della questione nei diversi contesti nazionali emerge chiaramente che il concetto di "dimissione ritardata" manca di chiarezza e richiede urgentemente una definizione adeguata (“Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4,” n.d.).

1.3.2 Dimissione difficile

In base a uno studio condotto presso un ospedale di medie dimensioni da Meschi et al., sono state esaminate le problematiche associate alle "dimissioni difficili"; queste situazioni comportano un onere economico, emotivo e organizzativo che va oltre le risorse dei pazienti e delle loro famiglie, richiedendo l'intervento specifico dei servizi territoriali. Nel corso di un intero anno, dal 1° luglio 2001 al 30 giugno 2002, sono stati identificati 591 casi di dimissioni difficili. La ricerca ha evidenziato che questa problematica riguarda principalmente pazienti anziani, con una distribuzione equa tra uomini e donne. Circa il 25% dei pazienti nel campione aveva recentemente subito un intervento chirurgico, e le difficoltà legate alle dimissioni erano principalmente associate a complessi problemi sociali e di salute. Questi pazienti affrontavano lunghe degenze che comportavano numerosi trasferimenti all'interno dell'ospedale a causa di gravi condizioni di salute, come ictus e neoplasie invalidanti. Circa la metà dei pazienti è riuscita a fare ritorno a casa, mentre gli altri

hanno necessitato di essere ospitati in strutture territoriali come case di riposo. Il periodo medio tra la dimissione indicata dal medico ospedaliero e quella effettiva è stato di 10 giorni, contribuendo a un totale annuo di 6.106 giorni di ricovero non necessari. Le variabili che sembrano essere associate alle dimissioni complesse includono l'età avanzata, la perdita di autonomia fisica e cognitiva, la presenza di patologie croniche come l'insufficienza cardiaca, la dipendenza dall'ossigenoterapia a lungo termine, l'insufficienza renale, il diabete e situazioni che si avvicinano alla fase terminale (Meschi et al., 2004).

Le dimissioni difficili possono essere causate da una serie di fattori:

- l'imprevedibilità dell'evento: l'evento è spesso imprevisto, il che significa che le famiglie potrebbero non essere pronte ad affrontare rapidamente i nuovi e impegnativi bisogni assistenziali di un loro familiare. Questi bisogni possono richiedere un'organizzazione rapida, come assicurare la disponibilità dei familiari durante i turni, adattare l'ambiente domestico per agevolare l'assistenza o cercare risorse esterne o attrezzature speciali;
- alcuni problemi possono richiedere una considerevole mobilitazione di risorse, coinvolgendo numerosi professionisti e servizi per garantire una transizione senza intoppi. Un esempio di ciò è la dimissione di un paziente che richiede terapia con ossigeno a lungo termine;
- la mancanza di risorse immediate può rappresentare un ulteriore ostacolo. Ad esempio, potrebbe essere difficile trovare un letto disponibile in una struttura di riabilitazione (“Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4,” n.d.).

1.3.3 I motivi alla base e le conseguenze dei ritardi nella dimissione dei pazienti non acuti.

La dimissione ritardata dall'ospedale per acuti è stata motivo di preoccupazione negli ultimi 10 anni (Bryan, 2010). La lunga permanenza in ospedale dei pazienti non acuti che richiedono cure di mantenimento rappresenta una minaccia crescente per l'incremento della percentuale di giorni di degenza ospedaliera dedicati ai

pazienti acuti (Salonga-Reyes et al., 2016). Questi ritardi sono state associate a un notevole sovraffollamento del pronto soccorso e al blocco dei letti a causa dell'inefficienza e degli sprechi che questo fenomeno comporta (Micallef et al., 2020).

Il Comitato Sanitario Scelto sulle Dimissioni Ritardate sostiene che i ritardi nelle dimissioni possono essere considerati sia sintomi che cause di una gestione inadeguata negli ospedali e di una comunicazione carente tra l'assistenza sanitaria e quella sociale. Oltre a questa analisi, il Comitato ha discusso l'importanza di concentrarsi sull'esperienza individuale di ciascun paziente.

Le problematiche relative alle dimissioni ospedaliere possono rientrare in diverse categorie, che includono dimissioni:

1. Troppo precipitate.
2. Ritardate.
3. Gestite in modo inadeguato dal punto di vista del paziente o del caregiver.
4. Dirette verso un ambiente non sicuro.

Le cause di tali difficoltà sono molteplici e comprendono:

- Fattori interni all'ospedale, come gli orari delle visite, l'attesa dei risultati di test diagnostici, i ritardi nell'assegnazione della verifica del domicilio e nella sua attuazione, l'organizzazione e la gestione delle cure e la disponibilità di mezzi di trasporto.
- Problemi di coordinamento tra diversi servizi sanitari, sociali e comunitari.
- Problemi legati alla capacità e alle risorse, tra cui la disponibilità limitata di posti per l'assistenza di transizione o di riabilitazione, le difficoltà legate alle case di cura e la disponibilità di assistenza domiciliare.
- Coinvolgimento e scelte del paziente e del caregiver, come la mancanza di coinvolgimento nella decisione sull'assistenza e la limitata disponibilità di opzioni di cura, nonché il coinvolgimento limitato dei fornitori privati nella

pianificazione operativa e strategica (Discharge from hospital: pathway, process and practice. Great Britain, Department of Health, 2003).

In base allo studio retrospettivo condotto da Salonga R. et al., che ha coinvolto l'analisi di 406 pazienti non acuti ricoverati in un servizio di medicina generale terziaria, è emerso che 131 di essi hanno sperimentato prolungate permanenze in ospedale. Per questi 131 pazienti, sono stati identificati ritardi che rappresentavano il 90% dei casi di dimissioni non acute (OBD), pari a 5.420 su 6.033. La principale causa di tali ritardi è stata la mancanza di posti letto disponibili per l'assistenza residenziale, che ha costituito il 44% dei casi di OBD. Le attese per le decisioni in merito alle richieste di tutela hanno rappresentato il 13%, mentre le nomine dei tutori, le richieste di amministratore pubblico e le decisioni di finanziamento per attrezzature o pacchetti di assistenza hanno contribuito ognuna tra il 4% e il 5% dei casi di OBD. Il rifiuto delle cure da parte dei familiari e/o degli assistenti è stato responsabile del 7% dei ritardi. Le attese per le valutazioni del team di valutazione dell'assistenza agli anziani (ACAT), i rapporti degli assistenti sociali, le revisioni effettuate dai geriatri o dagli psichiatri e la conferma della procura permanente hanno rappresentato ciascuno tra l'1% e il 3% dei casi di OBD (Salonga-Reyes et al., 2016).

Le persone anziane con bisogni sanitari complessi sono particolarmente vulnerabili alle dimissioni ritardate, con conseguenze negative per la loro salute e il loro benessere (Bryan, 2010). Nel 2000, secondo quanto stimato dall'Audit Office nazionale, nel 1998/99 circa 2,2 milioni di giorni di degenza sono stati causati da ritardi nelle dimissioni in questo gruppo, con un costo annuale di circa 170 milioni di sterline per il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) del Regno Unito. La Commissione Sanitaria della Camera dei Comuni ha concluso che i trasferimenti ritardati hanno coinvolto il 6% di tutti i posti letto per acuti, causando una spesa di 720 milioni di sterline per il Servizio Sanitario Nazionale nel 2001/2. Inoltre, esistono importanti ragioni di salute che inducono a prevenire i trasferimenti ritardati; gli anziani che rimangono in ospedale hanno meno possibilità di recuperare l'indipendenza e sono più vulnerabili alle infezioni nosocomiali. Questo problema non è limitato solo al Regno Unito ed è riconosciuto anche in paesi come Svezia, Norvegia, Nuova Zelanda e Stati Uniti (Bryan, 2010).

Nel 2001-2002, Bryan et al. (Bryan, 2010) hanno avviato un progetto volto a esaminare le ragioni alla base dei ritardi nelle dimissioni in un'area del sud dell'Inghilterra. In collaborazione con il Primary Health Care Trust e i servizi sociali locali, i ricercatori hanno collaborato nella compilazione di elenchi settimanali di pazienti considerati idonei alla dimissione dal punto di vista medico, ma che rimanevano ricoverati in attesa dell'approvazione di tutte le parti coinvolte per il loro trasferimento. Questi registri sono stati analizzati per un periodo di 12 mesi. L'analisi ha confermato che i ritardi nei trasferimenti rappresentano un problema persistente, ma non ha fornito informazioni sulle cause sottostanti. Sono stati quindi acquisiti dati dettagliati relativi a due settimane distinte tramite l'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti, al fine di investigare i fattori sottostanti. La prima settimana campione è stata selezionata casualmente tra le settimane con un numero medio approssimativo di pazienti che hanno registrato ritardi nella dimissione. La scelta della seconda settimana è stata effettuata tra due settimane che presentavano un livello insolitamente elevato di ritardi. Nessuna delle due settimane selezionate coincideva con il periodo in cui si prevedevano che i problemi meteorologici invernali avrebbero influenzato il ricovero ospedaliero.

I dati sono stati estratti dalle cartelle cliniche dei pazienti da un ricercatore indipendente e successivamente verificati da un secondo ricercatore. Al momento dell'analisi, l'aria di studio contava una popolazione di 289.200 abitanti, di cui 46.272 (16%) residenti di età superiore ai 65 anni. I dati relativi ai ricoveri ospedalieri durante il periodo di studio di 12 mesi hanno rivelato che 8.645 persone di età superiore a 65 anni (il 18,7% del totale) avevano fatto ricorso all'ospedale: il 39% per cure diurne, il 28% per chirurgia elettiva, il 30% come ricoveri d'urgenza e il 24% per altre motivazioni. Si stima che circa il 7-10% delle persone che utilizzavano i servizi ospedalieri ricevessero già assistenza dai servizi sociali. Inoltre, circa il 2% degli anziani è deceduto durante il ricovero ospedaliero. Tra i pazienti dimessi, l'83% è ritornato al luogo di residenza originaria, il 3% si è trasferito in altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale e il 14% ha trovato alloggio altrove (come strutture di assistenza intermedia, case di parenti o residenze per l'assistenza a lungo termine).

Durante le due settimane di studio, un totale di 125 persone ha sperimentato ritardi nel processo di dimissione. Sono stati calcolati il numero di persone coinvolte in ogni delle nove fasi individuate del processo di dimissione (che saranno descritte di seguito) e la durata totale e media dell'attesa per la dimissione da parte di queste persone. I dati hanno evidenziato un modello simile di ritardi sia nella settimana "tipica" selezionata casualmente (settimana 1) sia nella settimana in cui si è riscontrato un numero insolitamente elevato di pazienti in ritardo (settimana 2). La durata media complessiva del ritardo già sperimentato dai pazienti al momento dell'indagine era superiore a 4 settimane, pari a 29 giorni.

Le fasi di dimissione che hanno presentato i ritardi più significativi sono state identificate come quelle in cui tre o più pazienti hanno subito ritardi di 21 giorni o più durante ciascuna settimana di studio. Cinque stadi soddisfacevano tali criteri e, complessivamente, rappresentavano il 78,7% (3.170 su 4.029) di tutti i giorni di ritardo riscontrati in 97 dei 125 pazienti (pari al 77,6% del totale). Queste fasi e il numero di persone coinvolte (numero medio di giorni di ritardo) sono state le seguenti: le cause dei ritardi nel processo di dimissione che coinvolgevano meno di tre pazienti in ciascuna settimana di studio si sono verificate nella fase di valutazione sanitaria (di tutti i tipi), nelle valutazioni effettuate dal responsabile sanitario e nella fornitura di ausili domestici e adattamenti. Inoltre, un numero limitato di pazienti ha sperimentato ritardi dovuti anche a controversie riguardanti i piani di cura e procedimenti legali. Tuttavia, il numero di pazienti coinvolti in ritardi per una specifica causa potrebbe non sempre rappresentare un indicatore accurato dell'importanza di tale fattore, poiché in alcuni casi la durata media dei ritardi potrebbe risultare elevata; per esempio, i pazienti coinvolti in dispute sui loro piani di cura hanno registrato ritardi medi di oltre 70 giorni.

Le fasi di dimissione che hanno presentato i ritardi più significativi sono state identificate come quelle in cui tre o più pazienti hanno subito ritardi di 21 giorni o più durante ciascuna settimana di studio. Cinque stadi soddisfacevano tali criteri e, complessivamente, rappresentavano il 78,7% (3.170 su 4.029) di tutti i giorni di ritardo riscontrati in 97 dei 125 pazienti (pari al 77,6% del totale). Queste fasi e il numero di persone coinvolte (numero medio di giorni di ritardo) sono state:

- Attesa di una decisione sul finanziamento dei servizi sociali, coinvolgendo 37 persone con una media di ritardo di 40,7 giorni.
- Ricerca di una collocazione in case di cura: tramite servizi sociali, 14 persone con una media di ritardo di 37,4 giorni, oppure privatamente, coinvolgendo 15 persone con una media di ritardo di 20,1 giorni.
- Ritardi dovuti a questioni familiari, 14 persone con una media di ritardo di 27,8 giorni.
- Indisponibilità dell'assistenza domiciliare, 8 persone con una media di ritardo di 29,3 giorni.
- Assenza di letti subacuti del Servizio Sanitario Nazionale (NHS), coinvolgendo 9 persone con una media di ritardo di 23,7 giorni.

Il risultato dello studio ha evidenziato che i ritardi nei trasferimenti potevano verificarsi in qualsiasi fase del processo di dimissione. Tuttavia, i principali ostacoli riscontrati riguardavano l'approvazione per il finanziamento pubblico dei servizi di assistenza sociale, la garanzia di disponibilità di posti in case di cura residenziali, la risoluzione di controversie familiari relative a possibili accordi e l'organizzazione di servizi di assistenza domiciliare o letti subacuti forniti dal Servizio Sanitario Nazionale (Bryan, 2010).

Un gruppo di ricercatori negli Stati Uniti hanno interrogato una serie di personale ospedaliero riguardo alle dimissioni ritardate. Gli infermieri erano più propensi dei medici ad affermare che i ritardi erano dovuti a comunicazioni inadeguate e a giri di reparto e altre conferenze. Al contrario, i medici tendevano più frequentemente a collocare la responsabilità dei ritardi nella consegna dei risultati degli esami e alla disponibilità limitata di letti per la terapia subacuta. Quasi tutti i medici indicavano che le decisioni sulle dimissioni venivano prese durante la mattina, e oltre il 60% di essi riferiva che gli ordini di dimissione venivano solitamente redatti prima di mezzogiorno. Tuttavia, nessuna infermiera condivideva questa opinione, sostenendo che gli ordini non venivano scritti prima di mezzogiorno (Vetter, 2003).

La carenza di una pianificazione adeguata delle dimissioni è stata individuata come un ulteriore elemento che influisce negativamente sull'efficacia e la tempestività del

processo di dimissione, con conseguenti ritardi nelle dimissioni e un aumento dei tassi di riammissione. Questo problema si traduce direttamente in ritardi nelle dimissioni e in un aumento dei tassi di riammissione ed è una situazione controproducente, soprattutto perché la pianificazione delle dimissioni dovrebbe essere un mezzo efficace per evitare ritardi non necessari. È importante sottolineare che questo fattore può essere affrontato già durante il periodo di degenza del paziente in ospedale (Micallef et al., 2020).

Due revisioni sistematiche (Philp I et al., Glasby J et al.) hanno esaminato le dimissioni ritardate da due prospettive diverse: una relativa agli anziani e l'altra riguardante l'impatto finanziario e organizzativo delle dimissioni ritardate nella gestione delle cure ospedaliere acute. Questi studi sono stati condotti in risposta alle crescenti preoccupazioni circa l'aumento della domanda di letti ospedalieri per pazienti acuti a causa dell'invecchiamento della popolazione. Tuttavia, le conclusioni degli autori sono discordanti: mentre una revisione suggerisce che le prove di un legame tra dimissioni ritardate e l'età avanzata sono deboli (Glasby J et al.), l'altra enfatizza che l'età è effettivamente un fattore cruciale (Philp I et al.). Nonostante l'incertezza nei risultati di questi studi, sembra che l'invecchiamento e le malattie correlate stiano diventando sempre più rilevanti come cause di dimissioni ritardate. Inoltre, l'età, insieme alle comorbilità associate, emerge come un fattore che influisce sul tasso di dimissioni ritardate, rendendo più complessa la pianificazione e l'esecuzione delle dimissioni e dei trasferimenti delle cure (Micallef et al., 2020).

1.4 Dimissione pianificata e le riammissioni ospedalieri

La pianificazione delle dimissioni rappresenta un'importante responsabilità interdisciplinare volta a coordinare l'assistenza lungo tutto il continuum di cure. Questo processo abbraccia diverse fasi, tra cui l'analisi dei ricoveri, la formulazione di decisioni riguardanti l'assistenza successiva all'ospedale, l'instaurazione di una comunicazione completa, il coinvolgimento di un team multidisciplinare e l'esecuzione delle procedure di dimissione (Foust, 2007).

La pianificazione delle dimissioni può dimostrarsi efficace nel ridurre le riammissioni ospedaliere. Secondo una recente revisione Cochrane, sembra che la pianificazione personalizzata delle dimissioni sia associata a una riduzione della durata del ricovero ospedaliero e dei tassi di riammissione, soprattutto tra gli individui più anziani (Henke et al., 2017).

Le riammissioni ospedaliere non pianificate possono essere indicative di una qualità delle cure inferiore (Becker et al., 2021). Essi possono essere dolorose, scomode e aumentare il rischio di danni correlati all'assistenza sanitaria sia per i pazienti che per le loro famiglie (Considine et al., 2020). Uno studio precedente ha dimostrato che il periodo di rischio più elevato per una riammissione ospedaliera non pianificata è entro i primi 3 giorni dalla dimissione dall'ospedale (Considine et al., 2020).

Secondo il programma di assicurazione sanitaria nazionale degli Stati Uniti, Medicare, il 15% dei pazienti dimessi dall'ospedale viene riammesso entro 30 giorni, e uno su quattro di questi casi potrebbe essere stato evitato. Questo fenomeno ha un costo annuale stimato di 20 miliardi di dollari negli Stati Uniti, inoltre, queste riammissioni impongono oneri significativi non solo al sistema sanitario, ma anche ai singoli pazienti (Becker et al., 2021),(Yang et al., 2018). Di conseguenza, le autorità sanitarie stanno cercando interventi per migliorare la transizione delle cure e stanno introducendo penalizzazioni per gli ospedali che presentano elevate riammissioni (Becker et al., 2021).

La riduzione delle riammissioni ospedaliere entro 30 giorni rappresenta un obiettivo di primaria importanza nelle attuali politiche di pagamento a livello nazionale negli Stati Uniti con l'obiettivo di limitare i costi sanitari superflui e a migliorare la qualità delle cure ospedaliere (Yang et al., 2018).

Molte riammissioni possono essere evitate se le cure fornite durante il precedente ricovero sono di alta qualità. A partire dall'ottobre 2012, i Centri per i servizi Medicare e Medicaid (CMS) hanno introdotto il Programma di Riduzione delle Riammissioni, che impone penalizzazioni finanziarie agli ospedali il cui tasso di riammissione supera gli standard predefiniti. Le riammissioni, considerate in base al rischio, fungono anche da indicatore di qualità delle cure ospedaliere e vengono

pubblicate sul sito web Hospital Compare (Yang et al., 2018). Grazie a questi incentivi significativi, gli ospedali hanno implementato diverse strategie per limitare le riammissioni. Hansen et al. hanno esaminato e categorizzato queste azioni in tre categorie: 1) interventi prima della dimissione, 2) interventi dopo la dimissione e 3) interventi di "ponte" tra i diversi ambienti di cura, che vengono applicati sia prima che dopo che il paziente lascia l'ospedale (Hansen et al., 2011).

- 1) Gli interventi prima della dimissione includono attività come:
 - la riconciliazione dei farmaci,
 - l'istruzione del paziente,
 - la pianificazione della dimissione e
 - l'impostazione di un appuntamento di follow-up prima che il paziente lasci l'ospedale.
- 2) Gli interventi successivi alla dimissione coinvolgono il coordinamento e la gestione, come:
 - le chiamate di follow-up ai pazienti,
 - una comunicazione rapida con i fornitori di cure ambulatoriali e
 - visite domiciliari tempestive.
- 3) Gli interventi "ponte" comprendono:
 - la continuità della cura da parte del medico tra l'ambito ambulatoriale e ospedaliero,
 - la transizione assistita da coach e
 - le istruzioni per la dimissione dall'ospedale progettate per mettere al centro il paziente.

Tuttavia, le prove sull'efficacia di questi interventi variano. Sebbene molti di essi siano efficaci nel ridurre le riammissioni, quelli più efficaci risultano spesso essere complessi e mirati a sostenere la capacità dei pazienti di prendersi cura di sé. In generale, nessun singolo intervento o misura adottata singolarmente sembra essere

associato a una riduzione significativa del rischio di riammissione. Il fatto che molte riammissioni avvengano entro 30 giorni dalla dimissione, nonostante l'influenza di molti fattori esterni all'ospedale, suggerisce che ci siano opportunità di miglioramento (Hansen et al., 2011).

Il principio fondamentale per garantire dimissioni efficaci e un adeguato passaggio nell'assistenza è l'impiego attivo e la partecipazione paritaria dei pazienti e dei loro caregiver come partner essenziali nell'assistenza e nella pianificazione delle dimissioni (“Discharge from hospital: pathway, process and practice - Social Care Online,” n.d.)

1.5 Ruolo dell’infermiere nella preparazione della dimissione

Per garantire una dimissione sicura ed efficace del paziente dall'ospedale, è essenziale operare all'interno di un team multidisciplinare (Trivedi et al., 2021). Nella maggior parte degli ospedali, l'infermiere rimane il principale fornitore di assistenza al paziente e svolge il ruolo di coordinatore delle dimissioni, fornendo l'ultima opportunità per correggere eventuali carenze prima della dimissione (Weiss et al., 2014).

La pianificazione della dimissione dovrebbe iniziare il giorno del ricovero, un concetto spesso teorico ma non sempre applicato nella pratica clinica. Questo diviene evidente quando un infermiere domiciliare si presenta e scopre che il paziente e la famiglia sono scarsamente preparati per l'assistenza post-dimissione. Di solito, i pazienti devono attendere (talvolta per ore) che un infermiere li incontri per discutere della dimissione dall'ospedale. Quando l'infermiere arriva per leggere gli ordini di dimissione, il paziente è invitato a firmare una dichiarazione di comprensione. In genere mentre il paziente firma il modulo, l'infermiere chiede *“hai qualche domanda?”* Tuttavia, non sarebbe più utile se l'infermiere chiedesse al paziente e alla famiglia come intendono gestire tali ordini una volta rientrati a casa? (Wepfer, 2014)

Ciascun infermiere impiega una combinazione unica di istruzione, esperienza, abilità, competenza comunicativa, leadership e altri attributi non misurati durante

la fornitura dell'assistenza. Le variazioni in questi attributi sono significative e presumibilmente influenzano i risultati della cura dei pazienti (Yakusheva et al., 2019). In sostanza, l'infermiere responsabile della pianificazione delle dimissioni svolge il ruolo di mediatore tra l'assistenza ospedaliera e quella ambulatoriale o di follow-up. Il loro obiettivo è assicurare che il paziente e la sua famiglia siano ben informati su come gestire la situazione dopo la dimissione, al fine di prevenire lesioni e favorire una pronta guarigione (“Patient Care,” 2019). La preparazione degli infermieri per il momento della dimissione rappresenta un elemento cruciale per il successo del passaggio dal contesto ospedaliero al ritorno a casa. In modo ideale, questa preparazione assicura una continuità nella cura senza interruzioni per rispondere alle esigenze dei pazienti dopo la dimissione, contribuendo a prevenire il ricovero ospedaliero. Questo processo di preparazione alla dimissione si compone di tre componenti chiave:

1. l'identificazione e la pianificazione delle necessità durante la dimissione, inclusa la valutazione del rischio di riammissione;
2. l'educazione durante il periodo di dimissione (interventi educativi); e
3. la coordinazione delle dimissioni (organizzazione di eventuali supporti necessari dopo la dimissione).

Il contesto ospedaliero, o per essere più specifici, alcune strutture e procedure, possono rappresentare un ostacolo significativo per l'efficace realizzazione della preparazione infermieristica in vista della dimissione (Mabire et al., 2019). Degli studi precedenti come quelle svolte da McHught et al. e Nosbuch et al., hanno dimostrato che la preparazione infermieristica alla dimissione può essere compromessa quando gli infermieri operano in contesti con personale insufficiente (Mabire et al., 2019). Oltre al carico di lavoro eccessivo, le carenze nel personale infermieristico, l'autonomia limitata, le relazioni interdisciplinari fragili, il supporto manageriale insufficiente, la mancanza di risorse e la scarsa integrazione nei processi decisionali nel reparto, possono provocare interruzioni nella preparazione del paziente alla dimissione. A causa delle difficoltà nell'adempiere ai compiti infermieristici prioritari e nella gestione delle cure, spesso gli infermieri si trovano costretti a razionare le loro prestazioni, il che rende più probabile che non riescano

a completare questo fondamentale lavoro di preparazione alla dimissione (Mabire et al., 2019). Una precedente ricerca ha evidenziato che un periodo limitato per coordinare l'assistenza può portare a ritardi nelle dimissioni, ridotta opportunità per l'insegnamento al paziente, minore coinvolgimento e soddisfazione da parte del paziente, successive revisioni del piano di assistenza e difficoltà per gli operatori sanitari della comunità. Una pianificazione inadeguata delle dimissioni può causare una serie di effetti negativi che si verificano successivamente, contribuendo inavvertitamente a visite al pronto soccorso, riammissioni ospedaliere non pianificate ed eventi avversi post-ospedalizzazione (Foust, 2007).

Bull e Roberts hanno delineato quattro fasi cruciali per garantire una corretta dimissione ospedaliera:

- 1) comprendere a fondo le esigenze del paziente;
- 2) individuare i piani iniziali di dimissione;
- 3) preparare adeguatamente il paziente al ritorno a casa; e
- 4) valutare la transizione degli anziani nella comunità, compreso il ripristino delle cure.

Le dimissioni effettuate in modo appropriato coinvolgevano fortemente diverse figure professionali e comprendevano la notifica preventiva agli infermieri che operavano nella comunità (Foust, 2007).

In base a uno studio qualitativo condotto da Kang et al., è emerso che, sebbene l'educazione alla dimissione non fosse un compito esclusivo degli infermieri, erano gli infermieri stessi a prendersi la responsabilità di coordinare e chiarire le informazioni per garantire che i pazienti le comprendessero. Questo avveniva in assenza di comunicazione sulla dimissione tra i team multidisciplinari. Per garantire che i pazienti ricevessero adeguate istruzioni per soddisfare le loro necessità dopo la dimissione, gli infermieri hanno dedicato un notevole impegno e tempo a gestire altre priorità concorrenti, oltre ai loro compiti infermieristici. Hanno dovuto bilanciare il loro tempo cercando attivamente informazioni sulle dimissioni dei pazienti, spesso *“rincorrendo i medici”* per ottenere informazioni mancanti o cercando dati clinici da diversi professionisti sanitari. Gli infermieri hanno

enfaticamente l'importanza di valutare attentamente i bisogni individuali e la situazione dei pazienti prima di impartire istruzioni sulla dimissione. Identificare i fattori specifici dei pazienti, come il loro livello di alfabetizzazione sanitaria e le capacità cognitive, consente a loro di personalizzare i loro metodi di insegnamento in base alle esigenze di apprendimento e alla capacità di autogestione dei pazienti. Essi sottolineano inoltre l'importanza di riconoscere le circostanze individuali dei pazienti e le sfide che potrebbero affrontare dopo il ricovero nel recepire le istruzioni di dimissione. Ad esempio, alcuni infermieri hanno riportato che alcune delle sfide che ostacolano i pazienti nel raggiungere le aspettative di dimissione includono la difficoltà nell'accedere ai farmaci, ai mezzi di trasporto o al supporto sociale. Altri hanno discusso degli ostacoli nell'impartire istruzioni ai pazienti senza dimora e dell'importanza di organizzare il supporto sociale in modo che possano seguire le istruzioni dopo la dimissione. Per alcuni infermieri, coinvolgere i familiari dei pazienti nell'educazione alla dimissione era fondamentale per comprendere i bisogni e le tradizioni culturali dei pazienti, oltre a fornire un supporto emotivo che facilitasse il successo del processo di recupero. Altri hanno indicato che coinvolgere i familiari nell'educazione alla dimissione era cruciale anche per garantire il supporto fisico ed emotivo necessario per aiutare i pazienti ad adattarsi positivamente alla loro condizione (Kang et al., 2020).

1.5.1 Caregiver

L'evoluzione dell'assistenza centrata sul paziente richiede una trasformazione fondamentale nella relazione tra professionisti, pazienti e caregiver, in modo che questi ultimi siano coinvolti come partner attivi a tutti i livelli della pianificazione delle dimissioni. L'assistenza centrata sul paziente va oltre il semplice mantenere il paziente informato sulle decisioni relative alle sue cure, coinvolgendolo come parte attiva nel processo. Questo implica una trasformazione del potere e del controllo da un predominio professionale a una condivisione, dove i professionisti portano la loro esperienza tecnica e professionale, mentre i pazienti e i caregiver contribuiscono con la loro esperienza individuale, competenze e obiettivi. La comunicazione efficace è un elemento fondamentale in un approccio centrato

sul paziente. Fornire informazioni o documentazione sulle dimissioni dei pazienti può essere utile. I pazienti e i loro caregiver possono avere registrazioni personali degli eventi e dei piani futuri, consentendo loro di elaborare le informazioni a loro ritmo, porre domande e esprimere preoccupazioni. È importante assicurarsi che anche i pazienti con difficoltà di comunicazione, come dopo un ictus, siano coinvolti il più possibile nella pianificazione della loro assistenza. In situazioni di emergenza, come un ricovero, è ancora più cruciale riconoscere il ruolo dei caregiver fin dall'inizio del processo per garantire una gestione adeguata di tutte le fasi. Il periodo di ricovero è un momento critico per spiegare ai pazienti e ai loro caregiver cosa aspettarsi e come saranno coinvolti nelle decisioni. Bisogna ricordare loro che sono gli esperti delle loro esperienze e di cosa significhi prendersi cura di qualcuno con specifici problemi o disabilità (“Discharge from hospital: pathway, process and practice - Social Care Online,” n.d.).

Il personale deve considerare che pazienti e caregiver possono avere bisogni diversi, e i secondi hanno diritto a una valutazione separata. Se il paziente è mentalmente in grado di contribuire alla pianificazione dell'assistenza, dovrebbe essere chiesto il permesso di condividere informazioni con il caregiver. Tuttavia, in situazioni in cui il paziente non è in grado di farlo, il parente più prossimo può assumere questo ruolo. Se il paziente rifiuta di coinvolgere il caregiver nelle decisioni sull'assistenza futura, l'interessato dovrebbe essere informato e sapere che ha diritto a una valutazione più “*rinforzata*”. In situazioni in cui ci sono conflitti tra i bisogni o desideri del caregiver e le aspirazioni del paziente, il personale dovrebbe rivedere il piano assistenziale per trovare soluzioni realistiche per tutte le parti coinvolte. Le “*case conference*” multidisciplinari possono essere un modo efficace di collaborare per trovare soluzioni adeguate.

Con il giusto sostegno, i caregiver sono spesso disposti a svolgere o continuare il loro ruolo. Tuttavia, devono avere il tempo per considerare le opzioni e il loro impatto sulla loro vita. Queste decisioni possono riguardare il livello di assistenza, l'impatto sulla loro vita quotidiana, gli impegni e le conseguenze finanziarie. È importante fornire loro informazioni complete sulle reti di supporto e i servizi disponibili. I bisogni dei caregiver dovrebbero essere costantemente rivalutati per

tener conto sia delle loro esigenze socio-sanitarie che del ruolo di assistenza che stanno svolgendo.

1.5.2 Interventi per migliorare la comunicazione alle dimissioni ospedaliere

Una comunicazione efficace tra operatori sanitari e pazienti comprende: lo scambio di informazioni mediche e la fornitura di un'assistenza empatica, che costituisce un aspetto cruciale nel trattamento dei pazienti (soprattutto gli anziani) in ospedale (Boge et al., 2019). La mancanza di un'educazione adeguata dei pazienti al momento della dimissione ospedaliera è correlata a un aumento del rischio di insuccesso del trattamento e di riammissione in ospedale (Becker et al., 2021). Ashbrook et al. sostengono che una formazione completa sulla dimissione può migliorare la comprensione del paziente e ridurre le riospedalizzazioni non necessarie (Ashbrook et al., 2013a). Alla dimissione, gli operatori sanitari devono comunicare informazioni critiche, come la diagnosi e il trattamento dei pazienti, mentre tengono conto delle condizioni, delle percezioni e dei bisogni individuali dei pazienti. Tuttavia, è possibile che i pazienti non riescano a comprendere o ricordare queste informazioni, il che può portare a confusione, interpretazioni errate e difficoltà nella gestione del loro regime terapeutico. La mancanza di competenza in materia di salute, l'ansia, il deterioramento cognitivo o le barriere linguistiche possono ulteriormente limitare la capacità dei pazienti di comprendere le informazioni mediche condivise alla dimissione, con conseguenti possibili insuccessi terapeutici (Becker et al., 2021). Ricerche precedenti hanno evidenziato che una percentuale clinicamente significativa di pazienti dimessi dagli ospedali non riesce a ricordare la propria diagnosi e le istruzioni relative alla dimissione. Questa mancanza di educazione dei pazienti prima della dimissione è stata collegata a un aumento del rischio di riammissione ospedaliera e di mortalità. Nonostante siano diversi i fattori che influenzano il rischio di riammissioni ospedaliere, le mancanze nella formazione dei pazienti al momento della dimissione ospedaliera possono costituire uno dei principali fattori modificabili (Becker et al., 2021). L'istruzione dei pazienti alla dimissione riguardante i farmaci, la diagnosi o il regime terapeutico potrebbe in parte giustificare una riduzione del rischio di

riammissione ospedaliera. Studi precedenti hanno sottolineato il ruolo fondamentale dei membri della famiglia nel processo di dimissione dei pazienti anziani, soprattutto quelli che presentano fragilità, delirio o altri deficit cognitivi. L'educazione rivolta ai membri della famiglia potrebbe altresì contribuire a semplificare il processo di dimissione per questa categoria di pazienti ad alto rischio (Becker et al., 2021).

Gli interventi di comunicazione alla dimissione sono stati collegati a un aumento della soddisfazione del paziente. Alcune ricerche hanno dimostrato che la soddisfazione del paziente non solo può influenzare i risultati clinici, ma può anche prevenire reclami o addirittura denunce per negligenza. Attualmente, la soddisfazione del paziente è considerata un indicatore cruciale di qualità nell'assistenza sanitaria. In diversi paesi, tra cui gli Stati Uniti, le normative stanno sempre più richiedendo la valutazione dell'esperienza ospedaliera dei pazienti attraverso misurazioni legate all'esperienza del paziente, come l'Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). L'HCAHPS valuta la percezione dei pazienti riguardo alle cure fornite, e una soddisfazione elevata dei pazienti è associata a punteggi favorevoli nell'HCAHPS. I risultati dell'HCAHPS degli ospedali sono pubblicamente accessibili su Internet e influenzano non solo la reputazione di un ospedale, ma anche i rimborsi per le cure fornite. Questo è il motivo per cui il miglioramento della soddisfazione dei pazienti è diventato un punto focale nei sistemi sanitari (Becker et al., 2021).

Gli interventi di comunicazione alla dimissione possono contribuire a migliorare la comprensione del paziente riguardo alla sua malattia, al trattamento e al regime terapeutico successivo (Becker et al., 2021). La comunicazione deve adattarsi alle capacità individuali di comprensione e apprendimento. Le informazioni devono essere fornite in un linguaggio semplice e in vari formati appropriati, inclusi linguaggi delle minoranze etniche e lingua dei segni, se necessario. Questo potrebbe includere documenti in caratteri grandi e formati accessibili. I formati alternativi, come registrazioni su nastro magnetico, videocassette o CD-ROM interattivi, possono essere adeguati per fornire informazioni ai pazienti. In alcuni casi, potrebbe essere necessario coinvolgere un intermediario o un interprete per offrire assistenza aggiuntiva. È importante garantire che diversi operatori lavorino insieme per

assicurare la coerenza e la continuità delle informazioni, facendo tutti gli sforzi necessari in tal senso (“Discharge from hospital: pathway, process and practice - Social Care Online,” n.d.). È noto che la comprensione del paziente è un fattore indipendente correlato all'aderenza ai piani terapeutici, un aspetto di grande importanza per il recupero del paziente. Inoltre, nell'ambito dell'assistenza centrata sul paziente, la comprensione consente ai pazienti di affrontare informazioni e istruzioni mediche complesse in modo più efficace e di prendere decisioni cliniche informate. Di conseguenza, gli interventi di comunicazione alla dimissione potrebbero migliorare la comprensione del paziente, aiutandolo a partecipare in modo più attivo al processo decisionale clinico (Becker et al., 2021).

Due revisioni sistematiche condotte da Newnham et al. e Hoek et al., hanno esaminato le relazioni tra gli interventi di dimissione facilitati da informazioni scritte o tecnologie informatiche, come i video, e la comprensione e la soddisfazione del paziente. Nel primo studio condotto da Newnham et al., sono state esaminate le pratiche di comunicazione delle dimissioni ospedaliere preferite da pazienti e operatori sanitari, nonché la loro associazione con la soddisfazione dei pazienti, degli operatori sanitari e con la comprensione del paziente della propria condizione medica. Attraverso la revisione di 30 studi con 3489 pazienti, Newnham et al. hanno concluso che le soluzioni informatiche ben progettate possono migliorare la comunicazione, il coordinamento e la memorizzazione delle informazioni. Nel secondo studio condotto da Hoek et al., l'obiettivo era di fornire una panoramica delle diverse modalità per fornire istruzioni di dimissione nel pronto soccorso e valutare la loro associazione con la comprensione del paziente. Basandosi su 51 articoli inclusi nella revisione, Hoek et al. hanno concluso che la comunicazione verbale delle istruzioni di dimissione ai pazienti potrebbe non essere sufficiente e che è necessario integrare informazioni video o scritte (Becker et al., 2021).

Negli istituti di insegnamento, in particolare, la formazione riguardo alle dimissioni può essere impartita da diversi professionisti medici: stagisti, specializzandi e medici ospedalieri, i quali potrebbero non avere ruoli ben definiti nella fornitura di queste istruzioni. Di conseguenza, assicurare istruzioni complete sulla dimissione potrebbe richiedere un sistema ben strutturato per garantire che tutti gli aspetti

dell'educazione alla dimissione siano adeguatamente coperti (Ashbrook et al., 2013b). In base a studi precedenti, infermieri e medici hanno valutato la comunicazione verbale come l'approccio preferito per condividere informazioni riguardo all'educazione alla dimissione (Ashbrook et al., 2013b).

Yang et al. hanno avanzato l'ipotesi che negli ospedali in cui il personale mantiene una comunicazione e una reattività più efficaci non solo durante la dimissione, ma durante l'intera permanenza del paziente, si potrebbero riscontrare tassi di riammissione più bassi per due motivi principali: 1) Il rapporto costruito tra il personale e il paziente durante il periodo di ricovero potrebbe migliorare l'efficacia di qualsiasi formazione e comunicazione prevista nei processi di post-dimissione o di transizione discussi in precedenza; e 2) Potrebbe sussistere un effetto residuo di apprendimento e/o comportamentale derivante dall'esperienza ospedaliera, il quale potrebbe influenzare il comportamento del paziente, compresa l'aderenza alle istruzioni di dimissione (Yang et al., 2018).

1.6 Scheda di dimissione infermieristica

L'articolo 27 del Codice Deontologico afferma che "l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi".

Pertanto, è essenziale che la documentazione infermieristica di dimissione sia accurata, dettagliata e completa. Questa documentazione dovrebbe riflettere in modo adeguato tutto il trattamento ricevuto dal paziente durante il periodo di ricovero, i suoi bisogni sia passati che attuali, e fornire una chiara descrizione del percorso da seguire una volta che il paziente lascia l'ospedale (Vannini, 2017).

La dimissione richiede un approccio mirato e una documentazione personalizzata in base alla destinazione del paziente, che sia il suo domicilio o un'altra struttura di cura, o ancora, l'assistenza domiciliare. Nel caso in cui il paziente sia dimesso a casa, è essenziale valutare il suo livello di autonomia e assicurarsi che abbia compreso appieno le istruzioni fornite dal medico e dall'infermiere. Un aspetto cruciale è l'educazione terapeutica: insegnare al paziente come affrontare specifici

problemi di salute e addestrarlo all'uso di dispositivi (dal glucometro a ventilatori domiciliari) è fondamentale per prevenire complicazioni e riammissioni premature in ospedale (Vannini, 2017).

La scheda di dimissione infermieristica deve includere una descrizione dettagliata degli interventi previsti per il paziente, come la pianificazione di medicazioni o visite di follow-up, nonché raccomandazioni per la cura e il trattamento. Nel caso in cui il paziente sia trasferito in un'altra struttura sul territorio, questo può spesso garantire una maggiore continuità nell'assistenza; quindi, è fondamentale assicurare un adeguato "passaggio di consegne". Nei casi più complessi, è spesso necessaria una pianificazione multidisciplinare che coinvolga diversi professionisti, tra cui medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc. Questi professionisti collaborano per pianificare, attuare e monitorare gli interventi sul paziente. Una corretta pianificazione di dimissione può migliorare gli esiti del paziente, ridurre le riammissioni in ospedale e contenere i costi assistenziali (Vannini, 2017). (Allegato 1)

1.6.1 Caratteristiche della scheda di dimissione infermieristica

La scheda di dimissione comprende:

1. dati anagrafici, anamnesi, condizioni di vita e informazioni sulla situazione familiare del paziente;
2. la destinazione prevista per il paziente, compresi i contatti con altri professionisti sanitari sul territorio o in altre strutture, nonché eventuali richieste di ausili o attrezzature;
3. i bisogni pregressi e attuali del paziente. È importante segnalare se ci sono stati cambiamenti nelle condizioni del paziente durante il ricovero, come un progressivo peggioramento della mobilità, la perdita di autonomia rispetto allo stato precedente al ricovero o l'insorgenza di nuove condizioni psicofisiche, come l'emiplegia o una diminuzione della forza muscolare. È utile anche fornire dettagli sui bisogni effettivi del paziente al momento della dimissione, con particolare enfasi su:

- **bisogno di movimento:** specificare se il paziente è autonomo nel movimento, parzialmente autonomo (ad esempio, in caso di emiplegia o paraplegia) o totalmente dipendente;
- **bisogno di igiene:** indicare il grado di autonomia del paziente nelle cure igieniche.
- bisogno di riposo e sonno: segnalare se il paziente ha richiesto l'uso di farmaci per dormire durante il ricovero;
- **bisogno di alimentazione e idratazione:** descrivere il tipo di dieta seguita dal paziente e quella di cui ha bisogno (ad esempio, dieta diabetica, iposodica, senza glutine), specificare il livello di autonomia nella gestione dell'alimentazione e indicare se sono necessari dispositivi (come il sondino nasogastrico, il gastrostoma o la nutrizione parenterale);
- **bisogno di assistenza respiratoria o cardiocircolatoria:** segnalare se il paziente richiede terapie come l'ossigenoterapia o la ventilazione domiciliare per mantenere la funzione cardiocircolatoria.
- **bisogno di eliminazione urinaria e/o intestinale:** descrivere le abitudini del paziente per quanto riguarda l'eliminazione urinaria e intestinale, segnalando l'eventuale presenza di cateteri vescicali o stomie.
- **bisogno di comunicazione e interazione:** valutare il grado di comunicazione del paziente, ad esempio, se presenta afasia o disfasia, e la sua capacità di chiedere aiuto in caso di necessità.
- **bisogno di procedure terapeutiche** (come medicazioni o terapie): elencare le procedure terapeutiche che il paziente deve seguire dopo la dimissione e fornire dettagli su come devono essere eseguite.

Se il paziente viene dimesso con dispositivi come un catetere vescicale, un sondino nasogastrico (SNG) o accessi venosi, è essenziale fornire informazioni riguardo alla data di posizionamento di tali dispositivi e indicare chiaramente quando devono essere rimossi o sostituiti (Vannini, 2017).

1.6.2 Checklist per le dimissioni

Nella Linea Guida Discharge from hospital: pathway, process and practice. Great Britain, Department of Health, 2003 si proponeva una checklist per le dimissioni da compilare 48 ore prima delle dimissioni.

Tabella I. Checklist per le dimissioni

Compito	Eseguito da e commenti	Data/firma
Dati al paziente consigli scritti e verbali		
Discussa con il caregiver/famigliare l'assistenza al paziente		
Confermati gli arrangiamenti		
Avvertita la famiglia/caregiver della data di dimissione		
Il caregiver comprende come utilizzare qualsiasi equipaggiamento specialistico fornito		
Confermato il trasferimento delle responsabilità di coordinamento dell'assistenza e predisposte note per il nuovo coordinatore		
Lettera di dimissione scritta e firmata		
Scritta la lettera del medico di base		
Lettera inviata via fax o e-mail all'assistenza primaria		

Provveduto per il trasporto: per conto proprio da parte dell'ospedale		
Confermati gli accordi per gli ausili a domicilio		
Completato l'addestramento per l'utilizzo degli ausili		
Chiesto ai parenti di portare abiti da far indossare al paziente per uscire		
Chiave di casa Riscaldamento acceso Cibo disponibile		
Discutere con il paziente e/o il caregiver le istruzioni sui farmaci		
Preparare le prescrizioni		
Consegnare le prescrizioni		
Informare i terapisti di comunità		
Informare gli infermieri di comunità		
Fissato un appuntamento di controllo		
Confermare il trasporto		

CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

L'obiettivo principale era quello di ricercare in letteratura evidenze scientifiche rispetto al ruolo infermieristico nel processo di dimissione e di individuare quanto una corretta dimissione possa migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza alle persone curate.

2.2 Disegno di Studio

Revisione della letteratura

2.3 Quesiti di ricerca

- Qual è il ruolo dell'infermiere nel processo di dimissione?
- La pianificazione del processo di dimissione può favorire una rapida deospedalizzazione, ridurre il rischio di riacutizzazione del quadro, aumentare la soddisfazione sanitaria ricevuta?
- Quali strumenti possono essere utili all'infermiere per la gestione del processo di dimissione?

2.4 Metodologia

È stata effettuata una revisione della letteratura in modo ampio e completo con l'obiettivo di esaminare gli studi riguardanti il ruolo dell'infermiere nella dimissione, le cause delle dimissioni ospedaliere ritardate e i metodi per una pianificazione efficace della dimissione.

La revisione degli studi è stata effettuata mediante una ricerca su diverse banche dati elettroniche, tra cui PubMed, Library of Midline, Cochrane Library, Embase e Google Scholar. L'obiettivo principale era quello di ricercare in letteratura evidenze

scientifiche rispetto al ruolo infermieristico nel processo di dimissione e di individuare quanto una corretta dimissione possa migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza alle persone curate.

2.5 Criteri di inclusione ed esclusione

Gli articoli inclusi nello studio hanno riguardato pazienti di età uguale o superiore a 45 anni ricoverati in ospedale in situazioni acute e/o croniche, nelle specialità mediche come medicina, chirurgia, cardiologia e pronto soccorso. La metodologia di analisi ha compreso sia studi qualitativi che quantitativi, nonché revisioni della letteratura per massimizzare la raccolta di prove. Gli studi selezionati sono stati inclusi nell'analisi se erano disponibili in abstract o testo completo, nelle lingue italiano e inglese, con l'obiettivo di integrare una vasta gamma di evidenze scientifiche. I criteri di esclusione hanno interessato pazienti pediatrici, pazienti psichiatrici e articoli pubblicati prima del 2000.

2.6 Strategia di ricerca

Nella prima fase è stata condotta una ricerca mediante banche dati elettroniche, tra cui PubMed e Midline con testo completo. Inoltre, è stata condotta anche una ricerca manuale delle citazioni bibliografiche ritenute significative per rintracciare le fonti primarie.

Nella seconda fase della ricerca, sono state utilizzate combinazioni di termini in lingua inglese, collegati tra loro dall'operatore booleano "AND". Successivamente, è stato applicato l'operatore logico "OR" per ampliare ulteriormente la ricerca.

Dopo aver identificato gli studi, è stato avviato il processo di selezione. Inizialmente, sono stati rimossi gli studi duplicati. Gli altri studi sono stati esaminati e selezionati in base a criteri di inclusione. Il processo di selezione è stato suddiviso in varie fasi. Inizialmente, è stata esaminata la pertinenza di ciascuno studio attraverso la lettura del titolo. In seguito, sono stati valutati tramite la lettura dell'abstract. Infine, gli studi presi in considerazione sono stati sottoposti a una

valutazione più approfondita mediante la lettura completa dell'articolo al fine di determinare se fossero in grado di rispondere ai quesiti di ricerca proposta da questa indagine.

La consultazione dei dati in formato digitale full text è stata resa possibile tramite il servizio Auto-Proxy fornito dalla Biblioteca Pinali dell'Università di Padova.

I termini utilizzati sono stati:

- *Patient education*
- *Patient discharge*
- *Patient discharge problems*
- *Discharge planning*
- *Discharge problems*
- *Nursing education*
- *Hospital discharge*
- *Patient discharge screening*
- *Quality of care*
- *Educational intervention*
- *Discharge planning process*
- *Hospital readmission*
- *Communication*

Successivamente, è stata condotta una ricerca scritta anche su periodici come Assistenza Infermieristica e Ricerca, Nurse 24, Evidence-Based Nursing, e Emergency Live, Google Scholar.

I termini aggiunti sono stati:

- *Discharge scale*

- *Nursing discharge scale*
- *Nursing discharge form*
- *Discharge form*

Nella letteratura sono stati individuati diversi studi che confermano l'efficacia della pianificazione della dimissione, ma sono rari quelli che affrontano la radice del problema. Gli studi sulla pianificazione delle dimissioni sono datati e prevalentemente in lingua straniera. Inoltre, la maggior parte di essi si concentra sulla fase conclusiva della dimissione. Al contrario, esistono molti studi sulla dimissione dei pazienti anziani, per i quali solitamente si parla di "dimissione protetta" e non di "dimissione pianificata". Ancora meno articoli evidenziano il ruolo cruciale dell'infermiere nella dimissione dei pazienti durante il loro ricovero ospedaliero.

Infine, tra i vari articoli individuati sono stati selezionati 34 articoli e riviste considerati più inerenti allo studio in esame.

Tabella II. PIO relativo al primo quesito

P	Patient (paziente)	Età uguale o superiore ai 45 anni
I	Intervention (intervento)	Dimissione ospedaliera
O	Outcome (risultati)	Ruolo dell'infermiere nella dimissione

Tabella III. PIO relativo al secondo quesito

P	Patient (paziente)	Età uguale o superiore ai 45 anni
I	Intervention (intervento)	Dimissione ospedaliera pianificata
O	Outcome (risultati)	rapida deospedalizzazione, ridurre il rischio di riacutizzazione del

		quadro, aumentare la soddisfazione sanitaria ricevuta.
--	--	--

Tabella IV. PIO relativo al terzo quesito

P	Patient (paziente)	Età uguale o superiore ai 45 anni
I	Intervention (intervento)	Dimissione ospedaliera
O	Outcome (risultati)	strumenti utilizzati utili all'infermiere per la gestione del processo di dimissione

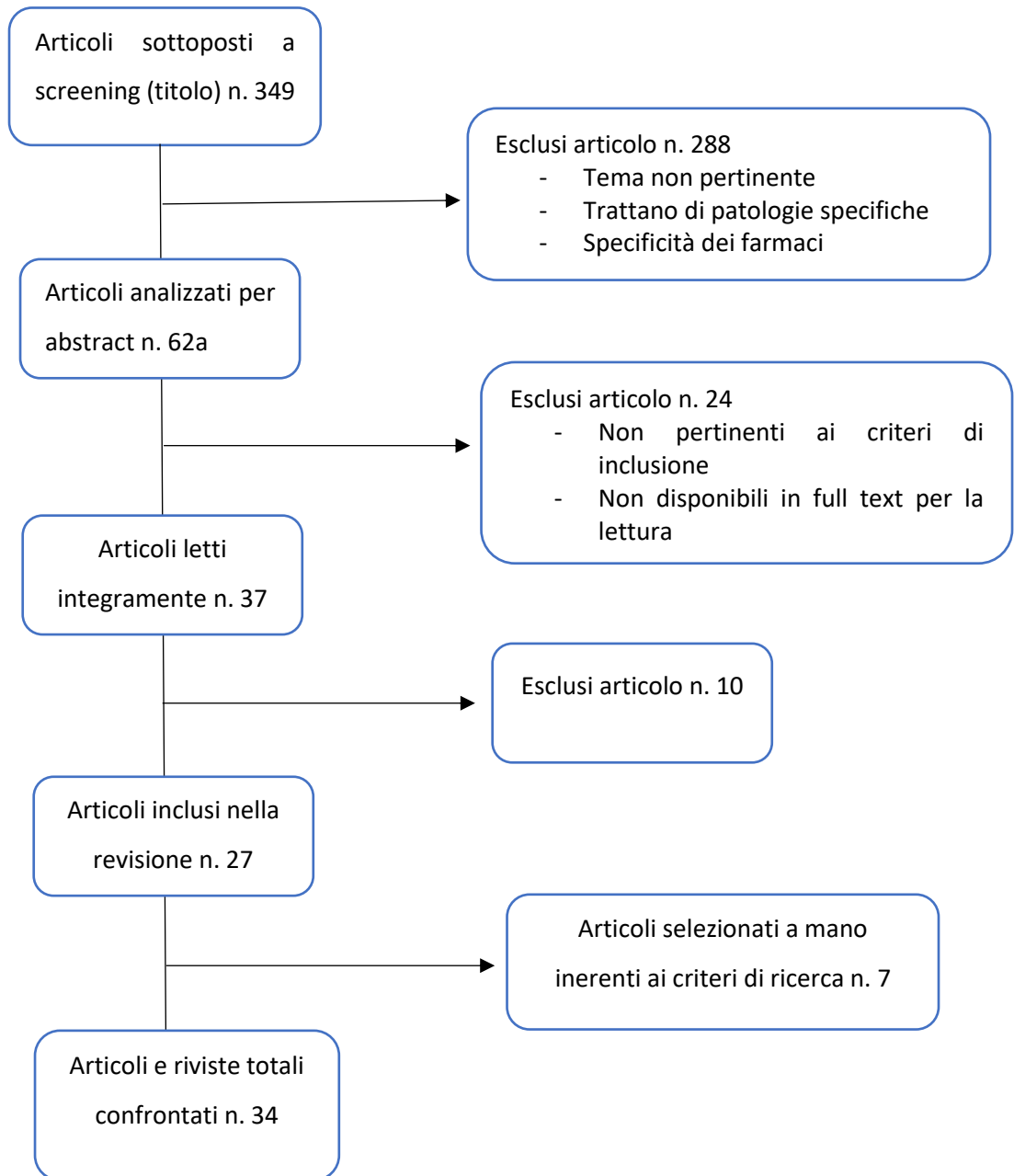
Tabella V. Criteri di inclusione ed esclusione

Banca dati	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Pubmed Medline Cochrane Library Embase	<ul style="list-style-type: none"> - Studi relativi alla pianificazione della dimissione - Studi relativi al ruolo dell'infermiere nella pianificazione della dimissione - Studi relativi a schede di dimissione ospedaliera - Studi relativi a scale utilizzati nella dimissione - Studi relativi alle riammissioni ospedaliere - Studi relativi a paziente di età uguale o maggiore a 45 anni - Articolo in lingua straniera - Articoli in lingua italiana - Articoli in abstract - Articoli in free full text 	<ul style="list-style-type: none"> - Studi relativi a pazienti pediatrici - Studi relativi a pazienti psichiatrici - Studi antecedenti all'anno 2000 - Pazienti in condizione terminali

CAPITOLO 3. RISULTATI

Di tutti gli articoli individuati, una volta rimossi i duplicati, è stato effettuato un esame dei titoli di 349 articoli. Successivamente, di questi, sono stati selezionati 61 articoli e 288 sono stati esclusi. Dopo la valutazione degli abstracts, 24 articoli non pertinenti ai criteri di inclusione sono stati eliminati. Successivamente, 37 articoli sono stati letti integralmente, e di questi, 25 sono stati inclusi nell'analisi. Attraverso la consultazione dei riferimenti bibliografici dei 25 articoli, sono stati individuati ulteriori articoli che hanno fornito risposte alle domande di ricerca, aggiungendoli all'analisi. Per ottenere risposte alla terza domanda di ricerca, è stata effettuata una ricerca su periodici, tra cui Assistenza Infermieristica e Ricerca, Nurse 24, Evidence-Based Nursing e Emergency Live, dai quali sono stati individuati riviste e articoli rilevanti per l'analisi. In totale, sono stati utilizzati 34 articoli e riviste.

Flow chart del processo di selezione degli studi



CAPITOLO 4. DISCUSSIONE

4.1 Primo quesito di ricerca

Qual è il ruolo dell'infermiere nel processo di dimissione?

La pianificazione delle dimissioni in ambito ospedaliero è un processo complesso che richiede un team multidisciplinare per garantire una dimissione sicura ed efficace dei pazienti. Dalla letteratura è emerso che gli infermieri assumono il ruolo di caregiver per i pazienti durante il periodo di cure acute e svolgono un ruolo cruciale nell'affrontare le esigenze educative dei pazienti in vista della dimissione, prendendo in considerazione le dimensioni biologiche, psicologiche e sociali del processo di recupero dei pazienti. Mentre altri professionisti sanitari partecipano all'educazione dei pazienti, gli infermieri ricoprono una posizione centrale nella preparazione dei pazienti. Questo processo inizia già al momento del ricovero e prosegue per tutta la durata della degenza ospedaliera del paziente. Tuttavia, questo processo può essere ostacolato da fattori come il carico di lavoro e le carenze nel personale, mettendo a repentaglio la preparazione del paziente alla dimissione. Gli infermieri affrontano queste sfide bilanciando la loro attività tra la ricerca di informazioni sulle dimissioni dei pazienti e altre responsabilità. Inoltre, riconoscono l'importanza di adattare le istruzioni alla situazione individuale dei pazienti, compresi i loro bisogni culturali e sociali. Coinvolgere i familiari può contribuire al successo del processo di recupero. Il primo passo cruciale nella pianificazione delle dimissioni è lo screening dei pazienti per valutare la necessità di ulteriori valutazioni e interventi al momento della dimissione. La mancanza di un'adeguata pianificazione delle dimissioni può portare a esiti post-ospedalieri negativi, tra cui la riammissione ospedaliera e, in alcuni casi, la morte.

4.2 Secondo quesito di ricerca

La pianificazione del processo di dimissione può favorire una rapida deospedalizzazione, ridurre il rischio di riacutizzazione del quadro, aumentare la soddisfazione sanitaria ricevuta?

La letteratura afferma che una pianificazione inadeguata dell'assistenza al momento della dimissione dall'ospedale può mettere a repentaglio la sicurezza del paziente e comportare cure mediche inferiori agli standard tra cui; esigenze di assistenza continua non soddisfatte, peggioramento imprevisto o complicanze mediche, disagio psicologico, riammissioni ospedaliere e morte. I pazienti e chi se ne prende cura sono abitualmente impreparati al passaggio dall'ospedale a casa. Con ricoveri più brevi e carichi elevati di pazienti sia per i medici che per gli infermieri, la pianificazione delle dimissioni è spesso affrettata e incompleta (Balaban et al., 2008). La mancanza di istruzioni dettagliate al momento della dimissione è collegata a un aumento delle riammissioni ospedaliere, e una formazione completa in occasione della dimissione è una strategia proposta per ridurre le riammissioni evitabili (Ashbrook et al., 2013b),(Rhudy et al., 2010).

D'altra parte, la letteratura suggerisce che una pianificazione adeguata delle dimissioni può portare a una rapida deospedalizzazione, aumentare la soddisfazione dei pazienti e, inoltre, contribuire a ridurre le riammissioni entro i 30 giorni dalla dimissione ospedaliera.

I vantaggi di una pianificazione efficace delle dimissioni per il paziente includono:

- La soddisfazione dei propri bisogni.
- La massimizzazione dell'indipendenza.
- La sensazione di essere coinvolto attivamente nel processo assistenziale, anziché sentirsi impotente.
- L'evitare mancanze non necessarie o sforzi duplicati.
- La comprensione e l'accettazione del piano di cura.
- L'esperienza di un percorso assistenziale coeso, non frammentato.

- La sensazione di essere adeguatamente supportato e di aver preso decisioni adeguate al proprio futuro assistenziale (“Discharge from hospital: pathway, process and practice - Social Care Online,” n.d.).

4.3 Terzo quesito di ricerca

Quali strumenti possono essere utili all’infermiere per la gestione del processo di dimissione.

La pianificazione della dimissione è un'azione assistenziale finalizzata a garantire la continuità delle cure. Questo processo comporta una valutazione approfondita dei bisogni del paziente, prendendo in considerazione ciascun problema individualmente (Cristiano Antonio, 2022). La letteratura ha evidenziato l'indice di BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) come uno strumento utilizzato in questo contesto.

4.3.1 Indice di BRASS

L’indice di Brass (allegato 2) è uno strumento che può essere utilizzato fin dall'ingresso in reparto per identificare i pazienti che potrebbero necessitare di una lunga permanenza ospedaliera o affrontare una dimissione difficile.

L'indice di BRASS fu sviluppato come uno strumento di pianificazione della dimissione principalmente destinato ai pazienti di età superiore a 65 anni.

Nel corso della loro ricerca, le autrici (Blaylock e Cason, 1992) hanno individuato i seguenti fattori, basati sulla revisione della letteratura e sulla loro esperienza nell'ambito dell'assistenza geriatrica e gerontologica:

- Età
- Stato funzionale
- Stato cognitivo
- Supporto sociale e condizioni di vita

- Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso
- Numero di problemi clinici attivi

Inoltre, hanno incluso elementi come il modello comportamentale, la mobilità, i deficit sensoriali e il numero dei farmaci assunti poiché, sebbene non facciano parte dello stato funzionale o cognitivo, risultano rilevanti per la popolazione anziana (Cristiano Antonio, 2022).

I dati vengono raccolti mediante la compilazione della scala e interviste con i familiari o i caregiver del paziente. La scala di BRASS include 10 items (come precedentemente menzionato) e il punteggio totale varia da 0 a 40 (Cristiano Antonio, 2022).

I pazienti possono essere categorizzati in tre gruppi distinti:

- quelli con un punteggio basso (inferiore a 10) che richiedono poche risorse per la pianificazione della dimissione e hanno bisogni limitati;
- quelli con un punteggio moderato (compreso tra 10 e 19), che presentano problemi più complessi e richiedono una pianificazione della dimissione più approfondita, ma che potrebbero non richiedere l'istituzionalizzazione;
- quelli con un punteggio alto (superiore a 19), che hanno problemi gravi e necessitano di una pianificazione della dimissione molto dettagliata, con un'elevata probabilità di ulteriore istituzionalizzazione (Dal Molin et al., 2014).

In termini di durata, la scala è semplice e rapida da compilare, richiedendo circa 15 minuti, e necessita di un addestramento minimo.

In conclusione, la scala di BRASS, somministrata come parte dell'assessment in fase di ammissione del paziente in ospedale, è uno strumento utile per identificare i pazienti a rischio di prolungata ospedalizzazione e dimissione complicata. Questo è particolarmente importante per identificare coloro che richiederanno servizi aggiuntivi, compresi il supporto familiare, per la cura extraospedaliera.

Gli infermieri possono utilizzare le informazioni fornite dalla scala di BRASS per pianificare interventi educativi durante il periodo di ricovero e per sviluppare programmi di assistenza domiciliare.

Le persone anziane possono mostrare cambiamenti nel loro stato funzionale nel corso del ricovero. Questo enfatizza l'importanza di un'accurata valutazione, anche quando sembra difficile o poco promettente, in quanto rappresenta un segno di rispetto per ogni individuo e riflette un atteggiamento ottimistico riguardo alle potenzialità dell'anziano e alle sue capacità di rispondere in modo significativo a un progetto di cura (Cristiano Antonio, 2022).

Percorso post-dimissione	Interventi da includere nel piano di dimissione
Rientro a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> – Assicurare informazioni – Attivare interventi di educazione terapeutica per migliorare la capacità di autogestione per problemi temporanei o definitivi
Rientro a domicilio con attivazione di servizi (prestazioni mediche, infermieristiche o sociali programmate e di supporto)	<ul style="list-style-type: none"> – Informare e discutere col paziente e i familiari gli obiettivi assistenziali da garantire a domicilio – Condividere con i familiari la richiesta di attivazione dei servizi territoriali – Valutare le informazioni da trasmettere ai colleghi dell'assistenza territoriale o del distretto (ADI ecc.) per garantire continuità – Garantire informazioni sulle modalità e recapiti dei servizi
Attivazione del servizio sociale per residenze sanitarie protette, strutture riabilitative, o strutture di accoglienza sociale	<ul style="list-style-type: none"> – Condividere con i familiari o le persone di riferimento la richiesta di attivazione servizi sociali – Attivare il servizio sociale – Valutare le informazioni da trasmettere a coloro che assicureranno le prestazioni nell'ambito residenziale
Attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) che di solito inizia con una valutazione multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> – Condividere con i familiari o le persone di riferimento la richiesta di attivazione dell'ADI – Attivare precocemente la valutazione multidimensionale – Trasmettere informazioni ai colleghi del servizio domiciliare integrato
Trasferimento a un servizio per post acuti	<ul style="list-style-type: none"> – Condividere con i familiari o le persone di riferimento l'attivazione del servizio post acuti concordando anche tempi e modalità del trasporto – Attivare il servizio – Organizzare il trasferimento del paziente – Garantire le informazioni sulla situazione assistenziale del paziente e sulle esigenze di continuità

Figura 1 Blaylock Risk Assessment Screening Score (Menghini, 2008)

CAPITOLO 5. CONCLUSIONE

La dimissione dei pazienti è un processo complesso che coinvolge diverse figure professionali e spesso presenta sfide nella sua riorganizzazione. Per assicurare una dimissione efficace e tempestiva, è essenziale disporre di opzioni assistenziali alternative appropriate, in grado di garantire l'identificazione e la soddisfazione di qualsiasi necessità di riabilitazione, recupero e continuità dell'assistenza socio-sanitaria.

Un passo cruciale per migliorare la sicurezza di questo processo è fornire istruzioni educative di alta qualità ai pazienti. La mancanza di comunicazione efficace tra infermieri e medici, insieme a confusioni sulle responsabilità per informazioni specifiche, rappresenta un'opportunità per implementare miglioramenti. È importante evitare che piani terapeutici ben pianificati falliscano a causa di una cattiva educazione del paziente al momento della dimissione. La letteratura evidenzia la necessità di adottare un approccio più sistematico nell'educazione alla dimissione, coinvolgendo tutto il personale sanitario.

I principi chiave per un efficace processo di dimissione includono:

- Evitare ricoveri non necessari e facilitare dimissioni efficaci attraverso un approccio sistemico ai processi di valutazione e ai servizi erogati.
- Coinvolgere attivamente individui e assistenti come partner nel processo di assistenza e pianificazione della dimissione.
- Considerare le dimissioni come un processo continuo, pianificato fin dalla prima occasione attraverso servizi primari, ospedalieri e sociali, con un focus sulla comprensione e partecipazione del paziente nelle decisioni di pianificazione.
- Assegnare un coordinatore responsabile del processo di dimissione, con collegamento tempestivo tra il coordinatore del paziente nella comunità prima del ricovero. La figura che più si presta a tale ruolo è l'infermiere.
- Fornire un quadro di team working integrato multidisciplinare per gestire tutti gli aspetti delle dimissioni.

- Organizzare la verifica e l'erogazione di assistenza socio-sanitaria continua in modo che i pazienti comprendano la continuità dei servizi, i loro diritti e ricevano informazioni per prendere decisioni informate sulla loro cura.

BIBLIOGRAFIA

Ashbrook, L., Mourad, M., Sehgal, N., 2013b. Communicating discharge instructions to patients: A survey of nurse, intern, and hospitalist practices. *Journal of Hospital Medicine* 8, 36–41. <https://doi.org/10.1002/jhm.1986>

Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 4, n.d. . 28/10/2013 17.

[matdid358270.pdf](#)

Balaban, R.B., Weissman, J.S., Samuel, P.A., Woolhandler, S., 2008. Redefining and Redesigning Hospital Discharge to Enhance Patient Care: A Randomized Controlled Study. *J Gen Intern Med* 23, 1228–1233. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0618-9>

Becker, C., Zumbrunn, S., Beck, K., Vincent, A., Loretz, N., Müller, J., Amacher, S.A., Schaefer, R., Hunziker, S., 2021. Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 4, e2119346. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19346>

Boge, R.M., Haugen, A.S., Nilsen, R.M., Bruvik, F., Harthug, S., 2019. Measuring discharge quality based on elderly patients' experiences with discharge conversation: a cross-sectional study. *BMJ Open Qual* 8, e000728. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000728>

Bryan, K., 2010. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *British Medical Bulletin* 95, 33–46. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq020>

Considine, J., Berry, D., Sprogis, S.K., Newnham, E., Fox, K., Darzins, P., Rawson, H., Street, M., 2020. Understanding the patient experience of early unplanned hospital readmission following acute care discharge: a qualitative descriptive study. *BMJ Open* 10, e034728. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034728>

- Cristiano Antonio, 2022. Dimissione di un paziente dall'ospedale: l'indice e la scala di Brass. Emergency Live. URL <https://www.emergency-live.com/it/salute-e-sicurezza/quando-avviene-la-dimissione-di-un-paziente-dallospedale-lindice-e-la-scala-di-brass/> (accessed 10.11.23).
- Dal Molin, A., Gatta, C., Derossi, V., Guazzini, A., Cocchieri, A., Vellone, E., Alvaro, R., Rasero, L., 2014. Hospital Discharge: Results From an Italian Multicenter Prospective Study Using Blaylock Risk Assessment Screening Score. *International Journal of Nursing Knowledge* 25, 14–21. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12016>
- Discharge from hospital: pathway, process and practice - Social Care Online [WWW Document], n.d. URL <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/discharge-from-hospital-pathway-process-and-practice/r/a11G00000017vlqIAA> (accessed 10.11.23).
- documentazione_Dimissioni_ospedaliere_prandi.pdf, n.d.
- Foust, J.B., 2007. Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research* 20, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2006.01.005>
- Gonçalves-Bradley, D.C., Lannin, N.A., Clemson, L., Cameron, I.D., Shepperd, S., 2022. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>
- Hansen, L.O., Young, R.S., Hinami, K., Leung, A., Williams, M.V., 2011. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med* 155, 520–528. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00008>
- Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, 2003. Discharge from Hospital: pathway, process and practice.
- Henke, R.M., Karaca, Z., Jackson, P., Marder, W.D., Wong, H.S., 2017. Discharge Planning and Hospital Readmissions. *Med Care Res Rev* 74, 345–368. <https://doi.org/10.1177/1077558716647652>

- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Wollersheim, H., Vernooij-Dassen, M., 2013. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *Int J Qual Health Care* 25, 66–74. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs066>
- Kang, E., Tobiano, G.A., Chaboyer, W., Gillespie, B.M., 2020. Nurses' role in delivering discharge education to general surgical patients: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 76, 1698–1707. <https://doi.org/10.1111/jan.14379>
- Lalani, N.S., Gulzar, A.Z., 2001. NURSES' ROLE IN PATIENTS' DISCHARGE PLANNING AT THE AGA KHAN UNIVERSITY HOSPITAL, PAKISTAN. *Journal for Nurses in Professional Development* 17, 314.
- Luther, B., Wilson, R.D., Kranz, C., Krahulec, M., 2019. Discharge Processes: What Evidence Tells Us Is Most Effective. *Orthopaedic Nursing* 38, 328–333. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000601>
- Mabire, C., Bachnick, S., Ausserhofer, D., Simon, M., 2019. Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 90, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.016>
- Menghini, V., 2008. La dimissione del paziente anziano: uno strumento per la valutazione del rischio - l'indice di BRASS - I Luoghi della Cura Rivista Online. I Luoghi della Cura. URL <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2008/03/la-dimissione-del-paziente-anziano-uno-strumento-la-valutazione-del-rischio-lindice-brass/> (accessed 10.11.23).
- Meschi, T., Fiaccadori, E., Cocconi, S., Adorni, G., Ridolo, E., Stefani, N., Schianchi, T., Novarini, A., Spagnoli, G., Caminiti, C., Pini, M., Borghi, L., 2004. [Analysis of the problem of “difficult hospital discharges” in the University Hospital of Parma]. *Ann Ital Med Int* 19, 109–117.
- Micallef, A., Buttigieg, S.C., Tomaselli, G., Garg, L., 2020. Defining Delayed Discharges of Inpatients and Their Impact in Acute Hospital Care: A

Scoping Review. *Int J Health Policy Manag* 11, 103–111. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.94>

Michael Joseph Pistoria, MEng, DO, Lehigh Valley Hospital - Coordinated Health, n.d. Ricovero ospedaliero - Argomenti speciali [WWW Document]. Manuale MSD, versione per i pazienti. URL <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/argomenti-speciali/trattamento-ospedaliero/ricovero-ospedaliero> (accessed 9.19.23).

Patient Care: The Nurse's Role in Discharge Planning [WWW Document], 2019. . NurseTogether. URL <https://www.nursetogether.com/patient-care-nurses-role-discharge-planning/> (accessed 10.8.23).

Pellico-López, A., Herrero-Montes, M., Cantarero Prieto, D., Fernández-Feito, A., Cayon-De las Cuevas, J., Parás-Bravo, P., Paz-Zulueta, M., 2022. Patient deaths during the period of prolonged stay in cases of delayed discharge for nonclinical reasons at a university hospital: a cross sectional study. *PeerJ* 10, e13596. <https://doi.org/10.7717/peerj.13596>

Rhudy, L.M., Holland, D.E., Bowles, K.H., 2010. Illuminating Hospital Discharge Planning: Staff Nurse Decision Making. *Appl Nurs Res* 23, 198–206. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.12.003>

Salonga-Reyes, A., Scott, I.A., Salonga-Reyes, A., Scott, I.A., 2016. Stranded: causes and effects of discharge delays involving non-acute in-patients requiring maintenance care in a tertiary hospital general medicine service. *Aust. Health Review* 41, 54–62. <https://doi.org/10.1071/AH15204>

Trivedi, S.P., Kopp, Z., Williams, P.N., Hupp, D., Gowen, N., Horwitz, L.I., Schwartz, M.D., 2021. Who is Responsible for Discharge Education of Patients? A Multi-Institutional Survey of Internal Medicine Residents. *J Gen Intern Med* 36, 1568–1575. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06508-4>

Vannini, C., 2017. Scheda dimissione infermieristica a garanzia della continuità assistenziale [WWW Document]. Nurse24.it. URL

<https://www.nurse24.it/studenti/risorse-studenti/scheda-dimissione-infermieristica-e-continuita-assistenziale.html> (accessed 10.10.23).

- Vetter, N., 2003. Inappropriately delayed discharge from hospital: What do we know? *BMJ* 326, 927–928. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7395.927>
- Victor, C.R., Healy, J., Thomas, A., Seargeant, J., 2000. Older patients and delayed discharge from hospital. *Health & Social Care in the Community* 8, 443–452. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00270.x>
- Waring, J., Marshall, F., Bishop, S., Sahota, O., Walker, M., Currie, G., Fisher, R., Avery, T., 2014. Hospital discharge and patient safety: reviews of the literature, in: *An Ethnographic Study of Knowledge Sharing across the Boundaries between Care Processes, Services and Organisations: The Contributions to ‘Safe’ Hospital Discharge*. NIHR Journals Library.
- Weiss, M.E., Costa, L.L., Yakusheva, O., Bobay, K.L., 2014. Validation of Patient and Nurse Short Forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Their Relationship to Return to the Hospital. *Health Serv Res* 49, 304–317. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12092>
- Wepfer, V.M., 2014. Discharge Planning. *AJN The American Journal of Nursing* 114, 13. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000457394.98317.92>
- Yakusheva, O., Weiss, M.E., Bobay, K.L., Costa, L., Hughes, R.G., Hamilton, M., Bang, J., Buerhaus, P.I., 2019. Individual Nurse Productivity in Preparing Patients for Discharge Is Associated With Patient Likelihood of 30-Day Return to Hospital. *Med Care* 57, 688–694. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001170>
- Yang, L., Liu, C., Huang, C., Mukamel, D.B., 2018. Patients’ perceptions of interactions with hospital staff are associated with hospital readmissions: a national survey of 4535 hospitals. *BMC Health Serv Res* 18, 50. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2848-9>

ALLEGATI

Allegato 1: Esempio di scheda di dimissione infermieristica

Sample Discharge Form

Name of Shelter Guest:		DOB / Age: Gender: Male / Female	
Residence Address (street, county, state):			
Current Location: <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Other:		Current Location: Name, Address (include county, city and state) & Phone	
Do you have any chronic/acute health care conditions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, describe health care condition:	
Were you receiving any of the following services/support in your home prior to evacuation or will you need any of the following when you return?			
Care/Item	Services Needed	Name and location of pre-hurricane services	
<input type="checkbox"/> Home Health			
<input type="checkbox"/> Hospice Care			
<input type="checkbox"/> Durable Medical Equipment			
<input type="checkbox"/> Physical Therapy			
<input type="checkbox"/> Oxygen			
<input type="checkbox"/> Dialysis			
<input type="checkbox"/> Psychiatric/Psychological			
<input type="checkbox"/> Other			
Local Jurisdiction Ready For Return? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	TYPE OF TRANSPORTATION NEEDED: <input type="checkbox"/> Wheelchair accessible <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Bariatric capable Ambulance <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Other	Is wheelchair: <input type="checkbox"/> Powered <input type="checkbox"/> Oversized <input type="checkbox"/> Manual Able to fold up: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Needs immediate follow up for medical care? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Needs immediate case management? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Flu shot given? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Destination availability confirmed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> UNKNOWN	Do you need assistance to get to destination? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Return Location: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Assisted Living <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Need Shelter	Address (include county, city & state):	Contact Name and Phone:	
Do you use oxygen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No AMOUNT (flow) _____ Do you have enough oxygen to return home? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Do you have a pet in shelter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type Pet Name _____ Have arrangements been made to reunite with pet? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
COMMENTS:			
Name of Assessor/Data Collector:		Date of Assessment:	

State of Texas FNSS Integration Committee. (2013, March 1). State of Texas functional needs support services tool kit. Retrieved from <https://www.preparingtexas.org/preparedness.aspx?page=32137bc8-eed7-42bb-ad7e-2765fd8abdb9>



Allegato 2: Scala BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

SCALA BRASS (*Blaylock Risk Assessment Screening Score*)

ETA' (una sola opzione)	Punteggio
55 anni o meno	0
56 – 64 anni	1
65 – 79 anni	2
80 anni e più	3

CONDIZIONI DI VITA E SUPPORTO SOCIALE (una sola opzione)	Punteggio
Vive col coniuge	0
Vive con la famiglia	1
Vive solo con il sostegno del familiare	2
Vive solo con il sostegno di amici/conoscenti	3
Vive solo senza alcun sostegno	4
Assistenza domiciliare/residenziale	5

STATO FUNZIONALE (una sola opzione)		Punteggio
Autonomo (<i>indipendente in ADL e IADL</i>)		0
Dipendente in	Alimentazione/nutrizione	1
	Igiene/abbigliamento	1
	Andare in bagno	1
	Spostamenti/mobilità	1
	Incontinenza intestinale	1
	Incontinenza urinaria	1
	Preparazione del cibo	1
	Responsabilità nell'uso di medicinali	1
	Capacità di gestire il denaro	1
	Fare acquisti	1
Utilizzo di mezzi di trasporto	1	

STATO COGNITIVO <i>(una sola opzione)</i>	Punteggio
Orientato	0
Disorientato in alcune sfere* qualche volta	1
Disorientato in alcune sfere* sempre	2
Disorientato in tutte le sfere* qualche volta	3
Disorientato in tutte le sfere* sempre	4
Comatoso	5

* Sfere: spazio, tempo, luogo e sé

MODELLO COMPORTAMENTALE <i>(una sola opzione)</i>	Punteggio
Appropriato	0
Wandering (CONFUSO)	1
Agitato	1
Confuso	1
Altro	1

MOBILITA' <i>(una sola opzione)</i>	Punteggio
Deambula	0
Deambula con aiuto di ausili	1
Deambula con assistenza	2
Non deambula	3

DEFICIT SENSORIALI <i>(una sola opzione)</i>	Punteggio
Nessuno	0
Deficit visivi o uditivi	1
Deficit visivi e uditivi	2

NUMERO DI RICOVERI PREGRESSI AL PRONTO SOCCORSO <i>(una sola opzione)</i>	Punteggio
Nessuno negli ultimi 3 mesi	0
Uno negli ultimi 3 mesi	1
Due negli ultimi 3 mesi	2
Più di due negli ultimi 3 mesi	3

NUMERO DI PROBLEMI CLINICI ATTIVI <i>(una sola opzione)</i>	Punteggio
Tre problemi clinici	0
Da tre a cinque problemi clinici	1
Più di cinque problemi clinici	2

NUMERO DI FARMACI ASSUNTI <i>(una sola opzione)</i>	Punteggio
Meno di tre farmaci	0
Da tre a cinque farmaci	1
Più di cinque farmaci	1

Punteggio totale <i>(somma dei punteggi)</i>	
--	--

Punteggio totale - Indice di rischio

0-10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione
≥ 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

DATA..... FIRMA.....