

Pianificare la dimissione dei soggetti adulti ricoverati nel dipartimento chirurgico: uno studio osservazionale

Sara Colognesi¹, Cristina Fagnani¹, Federica Panceri¹, Manuela Ruggero¹, Filomena Di Florio¹, Valentina Fantini², Patrizia Boracchi³, Annalisa Orenti³, Maria Adele Fumagalli⁴, Marco Vergani⁴

¹Chirurgia Specialistica, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Vimercate

²Gastroenterologia-Pneumologia, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII Bergamo

³Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Laboratorio di Statistica Medica, Epidemiologia e Biometria "G. A. Maccaro", Università degli Studi di Milano

⁴Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Vimercate

Corrispondenza: colognesi.sara@gmail.com

INQUADRAMENTO

In un contesto caratterizzato da una popolazione con bisogni sanitari e sociali complessi (Fondazione ISTUD, 2013; OCSE, 2017) e da costanti cambiamenti nei sistemi sanitari, è possibile che sempre più spesso l'uscita dalla struttura ospedaliera non si possa limitare alla discussione della lettera di dimissione, ma debba prevedere l'organizzazione del rientro a domicilio o il trasferimento verso altre istituzioni in modo da garantire la continuità delle cure attivando un "piano di dimissione", pratica considerata indispensabile in molti Paesi (Department of Health, 2010; Registered Nurses' Association of Ontario, 2014; Agency for Healthcare Research and Quality, 2017;). All'interno del dipartimento chirurgico gli avanzamenti tecnologici, strumentali, nella fornitura di cure hanno prodotto una notevole riduzione nella durata della degenza e una permanenza prolungata può significare un ritardo nell'effettuazione di future procedure per l'indisponibilità di posti letto: una pianificazione efficace può portare al riconoscimento di molte situazioni non cliniche in grado di influenzare il percorso di uscita dall'ospedale (Gonçalves-Bradley et al., 2016). Inoltre, proprio nel passaggio tra un ambiente di cura e l'altro diventa critico individuare e eventuali incongruenze tra le necessità dell'utente e le sue risorse, allo scopo di minimizzare eventuali problemi post-ricovero.

La letteratura cita numerosi esempi di interventi che possono supportare il percorso di dimissione (Mistiaen et al., 2007; Scott, 2010; Gonçalves-Bradley et al., 2016), così come diversi sono i contributi che hanno analizzato la situazione dei pazienti dopo l'uscita dalla struttura ospedaliera e le difficoltà incontrate (Arora et al., 2010; Holland et al., 2011; Stella et al., 2014), ma in molti casi la loro descrizione e/o sperimentazione riguarda popolazioni miste, soggetti anziani o pazienti afferenti al dipartimento internistico. Ancora, alcune pubblicazioni italiane che riguardano i problemi post-dimissione si sono focalizzate principalmente sulla descrizione di aree specifiche (Menarello, et al., 2009), oppure hanno analizzato il fenomeno dalla prospettiva dei professionisti sanitari (Saiani, et al., 2007).

Descrivere le risorse attivate durante il ricovero ospedaliero, le condizioni alla dimissione e i problemi di salute sperimentati dai soggetti dopo l'uscita dalla struttura ospedaliera potrebbe rappresentare un importante punto di partenza nell'aiutare i professionisti sanitari a ridefinire l'intero processo di presa in carico del paziente chirurgico in ospedale e migliorare la pianificazione della dimissione.

OBIETTIVI

Descrivere se e quali interventi a supporto della dimissione sono stati intrapresi dall'équipe sanitaria nei soggetti ricoverati nel Dipartimento Chirurgico;

Indagare il luogo di domicilio, lo stato di salute e gli eventuali problemi incontrati dai pazienti ricoverati nel Dipartimento Chirurgico Nel periodo successivo alla dimissione.

METODI

Raccolta dati

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti adulti (età ≥ 18 anni) consecutivamente ammessi nel Dipartimento Chirurgico dell'ospedale di Vimercate nel periodo Novembre 2016 – Giugno 2017, ad eccezione dei soggetti ammessi nella Week Surgery e con ricoveri brevi (24 ore). Lo studio non ha comportato nessuna modificazione della pratica clinica usuale. I dati sono stati raccolti alla dimissione dall'analisi della documentazione clinica e hanno compreso: data di nascita, genere, condizioni sociali, interventi a supporto della dimissione, luogo di dimissione, eventuali cambiamenti nella terapia farmacologica, stato funzionale, stato cognitivo e presenza di dispositivi medici e/o medicazioni. Nei 40 giorni successivi gli infermieri del gruppo di ricerca hanno contattato telefonicamente i pazienti o i loro familiari e attraverso un'intervista non strutturata sono state raccolte informazioni sul luogo dove si trovavano, sulle loro condizioni cliniche e sugli eventuali problemi sperimentati dopo la dimissione dall'ospedale. Per identificare gli interventi a supporto della dimissione è stata scelta la seguente definizione "azioni effettuate con lo scopo di facilitare e rendere sicura la transizione tra diversi setting di cura" (Registered Nurses' Association of Ontario, 2014).

Lo stato funzionale è stato descritto utilizzando le scale di valutazione dell'autonomia delle attività di base (ADL) e delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL), che indagano rispettivamente la capacità di compiere funzioni fondamentali (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) e funzioni fisiche più complesse o che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma (per esempio, preparare i pasti, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono) (Katz 1963; Lawton e Brody 1969).

Metodi statistici

La descrizione degli interventi intrapresi durante il ricovero a supporto della dimissione e della situazione dei soggetti a 40 giorni dalla dimissione ospedaliera è stata effettuata mediante distribuzioni di frequenza. Nel caso dell'età sono riportate mediana, primo e terzo quartile, dal momento che è una variabile con distribuzione asimmetrica, non gaussiana, mentre nel caso di variabili categoriche sono riportate frequenze assolute e percentuali. La raccolta dei dati è stata fatta mediante Microsoft Access con maschera di input dati e l'analisi dei dati è stata fatta con il software statistico R, versione 4.0.0.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico provinciale (Delibera n° 888 del 30/09/2016). Al momento del reclutamento, ai soggetti (o al familiare/tutore) sono state fornite informazioni riguardanti la ricerca ed essi sono stati inclusi nella sperimentazione solo dopo aver fornito consenso scritto alla partecipazione.

RISULTATI

Partecipanti

Sono stati inclusi nello studio 263 pazienti ricoverati nel Dipartimento Chirurgico della struttura ospedaliera di Vimercate, di cui 257 sono stati contattati telefonicamente nella seconda parte della raccolta dati (6 sono deceduti dopo la dimissione). I partecipanti avevano tra 18 e 93 anni e un'età mediana di 67 anni (IQR: 51.5-76 anni); il 47.1% di essi era di sesso femminile, il 64.6% viveva con il coniuge e meno di 1/4 abitava solo.

Situazione alla dimissione

133 (50.6%) pazienti hanno ricevuto interventi a supporto della dimissione, che hanno compreso esclusivamente azioni effettuate in ambito ospedaliero e sono stati codificati in quattro categorie: interventi di educazione sanitaria, segnalazione alle cure territoriali, contatto con altre strutture di ricovero, consulenza del servizio sociale ospedaliero. Per 82 soggetti (31.2%) sono stati effettuati interventi di educazione sanitaria per sviluppare abilità di autocura, che sono stati documentati all'interno del diario infermieristico e hanno incluso percorsi di addestramento all'utilizzo di dispositivi medici o riguardanti altri argomenti (Tabella 1).

	N°	%
• Medicazione ferita chirurgica	12	14.6
• Gestione tracheostomia	4	4.9
• Gestione dispositivi urinari (catetere vescicale, catetere nefrostomico)	14	17
• Norme per stent ureterale	19	23.2
• Gestione stomie urinarie/intestinali	5	6.1
• Gestione dispositivi ortopedici	20	24.4
• Gestione dispositivi medici (drenaggi, gastrostomia percutanea, ossigenoterapia, catetere venoso centrale)	4	4.9
• Prevenzione lesioni da pressione (Ldp)	4	4.9

Tabella 1. – Argomenti di educazione sanitaria.

Per 6 di questi pazienti, in aggiunta all'intervento educativo, è stato segnalato il caso all'équipe delle cure domiciliari, cioè è stata completata una scheda con la descrizione delle condizioni dei soggetti e inviata ai servizi territoriali competenti che, in accordo con il medico di medicina generale, hanno valutato la situazione, l'appropriatezza del rientro a casa e l'eventuale necessità di erogare prestazioni infermieristiche e/o fisioterapiche al domicilio. Il contatto con strutture sanitarie o socio-sanitarie è consistito nel trasmettere informazioni cliniche e socio-anagrafiche dei soggetti alla tipologia di struttura più adatta alle condizioni e necessità del caregiver e utente, in alcuni casi integrando i dati inviati attraverso colloqui telefonici tra i professionisti sanitari. Questo intervento ha coinvolto 49 (18.6%) degenti: 34 (69.4%) di essi hanno continuato il ricovero in strutture riabilitative, 10 (20.4%) presso unità di Cure Subacute, 3 (6.1%) in altri ospedali, e 2 (4.1%) sono stati istituzionalizzati in strutture di lungodegenza.

Il ricorso alla consulenza dell'assistente sociale consisteva nel coinvolgimento dell'assistente sociale ospedaliera nella pianificazione della dimissione: veniva effettuata la segnalazione del caso compilando una modulistica apposita, che le consentiva di effettuare un colloquio con il paziente e/o i familiari, stilare una relazione sociale e collaborare con gli infermieri e il Coordinatore Infermieristico. Questo intervento è stato attivato in due casi e ha permesso ad un paziente di essere accolto presso una struttura di Cure Intermedie e ad un altro di essere ricoverato presso una struttura di lungodegenza.

Nella Tabella 2 sono illustrate le caratteristiche dei soggetti in relazione agli interventi attivati.

Gli interventi a supporto della dimissione sono stati pianificati per la maggioranza dei soggetti dipendenti nelle ADL/IADL (85.6%), con uno stato cognitivo alterato (89.5%) e per tutti quei pazienti che erano già seguiti dall'équipe di cure domiciliari o risiedevano in una struttura di lungodegenza prima del ricovero.

I pazienti per i quali è stata richiesta la consulenza dell'assistente sociale, erano anziani (età mediana 84.5 anni) vivevano in famiglia o già seguiti dall'équipe delle cure territoriali, non autonomi e disorientati; entrambi i soggetti necessitavano di completo aiuto nelle ADL e IADL e presentavano agitazione psicomotoria ed episodi di aggressività. La maggior parte dei pazienti per i quali è stato necessario il contatto con altre strutture di ricovero, viveva con il coniuge o in famiglia (73.5%); solo uno al momento dell'ammissione risiedeva già in una struttura di lungodegenza e meno della metà era portatore di un dispositivo medico. Anche in questo gruppo la maggioranza non era autonomo nello svolgimento di ADL e/o IADL, ma, sebbene 9 fossero disorientati, non presentavano disturbi del comportamento. Le funzioni più compromesse erano, in ordine decrescente, l'utilizzo di mezzi di trasporto, gli spostamenti/mobilità, la capacità di raggiungere il bagno, la preparazione del cibo, l'igiene/ abbigliamento, fare acquisti, l'incontinenza urinaria, la responsabilità dell'uso di medicinali, la capacità di gestire il denaro, l'alimentazione, l'incontinenza intestinale. Tre utenti autonomi hanno beneficiato di questo intervento per completare il proprio percorso riabilitativo dopo la dimissione. Al contrario, i pazienti ai quali è stata effettuata educazione sanitaria erano più giovani (età mediana 66 anni), per il 67.1% autonomi o dipendenti in una sola delle ADL/IADL, tutti avevano un dispositivo medico e in alcuni casi anche una medicazione; in particolare, uno degli utenti è stato dimesso con una medicazione con drenaggio.

Il contatto contemporaneo con l'équipe di cure domiciliari e l'effettuazione di interventi di educazione sanitaria ha riguardato solo pazienti che disponevano di una rete familiare/amicale e con una medicazione e/o dispositivo medico. In una sola situazione questo intervento ha coinvolto un soggetto indipendente nelle attività di vita quotidiana, ma con presenza di gastrostomia percutanea e necessità di supervisione nella gestione della medicazione. La maggioranza dei pazienti inclusi (80.6%) sono stati dimessi verso casa in autonomia o con l'aiuto di familiari o altre figure. Gli interventi di educazione sanitaria hanno coinvolto esclusivamente pazienti dimessi verso il domicilio, ugualmente suddivisi tra soggetti autonomi e con necessità di aiuto, il contatto con l'équipe di cure solo pazienti dimessi verso il domicilio con aiuto.

	Nessun intervento	Educazione sanitaria	Educazione sanitaria e Cure domiciliari	Contatto con strutture	Assistente sociale
	130 (49.4%)	76 (28.9%)	6 (2.3%)	49 (18.6%)	2 (0.8%)
<i>Età mediana (IQR)</i>	62.5 (43-73)	66 (52.5-74.2)	77(73.2-83)	75 (67-80)	84.5(83.2-85.7)
<i>Stato funzionale</i>					
• Indipendente	115 (88.5%)	40 (52.6%)	1 (16.7%)	3 (6.1%)	-
• Dipendente in una ADL/IADL	7 (5.4%)	11 (14.5%)	-	-	-
• Dipendente in due o più ADL/IADL	8 (6.1%)	25 (32.9%)	5 (83.3%)	46(93.9%)	2 (100%)
<i>Stato cognitivo</i>					
• Orientato	128 (98.5%)	73 (96%)	3 (50%)	40 (81.6%)	-
• Disorientato	2 (1.5%)	3 (4%)	3 (50%)	9 (18.4%)	2 (100%)
<i>Lesioni cutanee</i>					
• Nessuna lesione	70 (53.9%)	39 (51.3%)	1 (16.7%)	4 (8.2%)	-
• Ferita chirurgica	58 (44.6%)	35 (46.1%)	4 (66.6%)	44 (89.8%)	2 (100%)
• Ldp, lesioni vascolari/traumatiche	2 (1.5%)	2 (2.6%)	1 (16.7%)	1 (2%)	-
<i>Dispositivi medici</i>					
• Catetere vescicale	-	11 (14.5%)	3 (50%)	12 (24.5%)	1 (50%)
• Stent ureterale	-	19 (25%)	-	-	-
• Tracheostomia	1 (0.8%)	4 (5.3%)	-	-	-
• Derivazioni intestinali/urinarie	1 (0.8%)	7 (9.2%)	-	2(4.1%)	-
• Dispositivi ortopedici	-	19 (25%)	-	2 (4.1%)	-
• Altro	-	3 (3.9%)	1 (16.6%)	-	-
<i>Condizioni sociali</i>					
• Vive con coniuge	90 (69.1%)	52 (68.4%)	2 (33.4%)	26 (53.1%)	-
• Vive con famiglia	22 (16.9%)	13 (17.1%)	3 (50%)	10 (20.4%)	1 (50%)
• Vive solo	18 (13.8%)	11 (14.5%)	-	11 (22.4%)	-
• Assistenza domiciliare o lungodegenza	-	-	1 (16.6%)	2 (4.1%)	1 (50%)

Tabella 2. – Caratteristiche dei soggetti a seconda del tipo di intervento di supporto alla dimissione.

Situazione al follow-up

A circa 40 giorni dalla dimissione (mediana 41 giorni, intervallo interquartile 40-41 giorni) è stata fatta una telefonata di follow-up. Quasi il 90% dei pazienti era al proprio domicilio, mentre l'11.3% degli individui esaminati risultava ricoverato in strutture per acuti o istituzionalizzato (Tabella 3).

Tra le strutture elencate sono comprese le cosiddette "Cure Subacute" e le "Cure Intermedie", due tipologie di servizi presenti in Regione Lombardia che si differenziano per il target di pazienti verso sui si dedicano: le prime hanno ha l'obiettivo di erogare cure necessarie a garantire l'uscita dalla fase acuta del ricovero, le seconde sono dedicate a persone fragili, non autosufficienti, che hanno terminato il loro percorso clinico acuto e post-acuto ma necessitano di un ulteriore periodo di assistenza per migliorare il più possibile lo stato di salute prima del rientro al domicilio o l'inserimento in lungodegenza.

	Alla dimissione	Al follow-up
• A casa in autonomia	161 (61.2%)	170 (64.6%)
• A casa con supporto familiare/badante	51 (19.4%)	58 (22%)
• Struttura di lungodegenza	3 (1.1%)	4 (1.5%)
• Cure subacute	10 (3.8%)	2 (0.8%)
• Cure intermedie	1 (0.4%)	2 (0.8%)
• Struttura riabilitativa	34 (13%)	11 (4.2%)
• Struttura ospedaliera	3 (1.1%)	10 (3.8%)
• Deceduti	-	6 (2.3)

Tabella 3. – Luogo di dimissione e follow-up.

Al momento del follow-up, 16 (7.5%) dei pazienti che erano stati dimessi al proprio domicilio hanno riacquisito la completa autonomia, 15 (7.1%) hanno peggiorato le proprie condizioni, rendendo necessario l'aiuto di familiari e/o altri caregiver, mentre per 7 (3.3%) è stato necessario un ricovero in strutture riabilitative o ospedaliere; al contrario, 25 (73.5%) dei soggetti ricoverati in strutture di riabilitazione, 2 (66.7%) nelle strutture ospedaliere e 2 (20%) presso unità di Cure Subacute sono rientrati al domicilio.

Tra i pazienti dimessi verso una struttura di degenza, 3 (5.9%) hanno proseguito l'iter terapeutico presso unità di Cure Intermedie, 4 (7.8%) sono stati ricoverati in strutture riabilitative o ospedaliere, 1 (2%) è stato istituzionalizzato in una struttura di lungodegenza.

La raccolta dati è stata completata indagando la situazione dei pazienti dopo la dimissione: 143 (55.6%) hanno riferito di stare completando l'iter terapeutico attraverso l'esecuzione di terapia fisica, visite di controllo e/o esami strumentali, 80 (31.2%) hanno riferito di non aver avuto alcun problema, 6 (2.3%) di aver migliorato le proprie condizioni di salute dopo il ricovero. Ventotto (10.9%) persone intervistate hanno segnalato la presenza di difficoltà (Tabella 4).

	Problemi di salute legati al ricovero 10 (35.7%)	Altri problemi di salute 10 (35.7%)	Riospedalizzazione / Accessi in Pronto Soccorso 8 (28.6%)
<i>Dispositivi medici</i>			
Presenza	3 (30%)	2 (20%)	5 (62.5%)
Assenza	7 (70%)	8 (80%)	3 (37.5%)
<i>Cambiamenti nella terapia farmacologica</i>			
Aumento del numero di farmaci	-	-	2 (25%)
Nessun cambiamento	10 (100%)	10 (100%)	6 (75%)
<i>Interventi di supporto alla dimissione</i>			
Nessun intervento	7 (70%)	5 (50%)	2 (25%)
Educazione sanitaria	2 (20%)	1 (10%)	3 (37.5%)
Educazione sanitaria e cure domiciliari	-	-	2 (25%)
Contatto con strutture	1 (10%)	3 (30%)	1 (12.5%)
Assistente sociale	-	1 (10%)	-
<i>Luogo di dimissione</i>			
Domicilio	9 (90%)	6 (60%)	7 (87.5%)
Struttura di ricovero	1 (10%)	4 (40%)	1 (12.5%)

Tabella 4. – Problemi al follow-up (N= 28).

I problemi post-dimissione hanno coinvolto portatori di stomie (urinarie/intestinali), tracheostomia, catetere vescicale, catetere sovrapubico e gastrostomia percutanea endoscopica (PEG).

Tra i problemi di salute legati al ricovero, i pazienti hanno riferito infezioni del sito chirurgico o altre complicanze tardive legate all'intervento; per la maggior parte erano rientrati in autonomia al domicilio subito dopo il ricovero e non avevano dispositivi medici né ricevuto interventi a supporto della dimissione. Chi ha raccontato di essere stato ri-ospedalizzato o di essersi recato in Pronto Soccorso ha riferito problemi medici come febbre o difficoltà respiratorie, mentre "altri problemi di salute" hanno compreso difficoltà insorte dopo la dimissione ma indipendenti dal ricovero: ad esempio, una persona ha riferito di stare trattando un'ustione alla mano dovuta ad un incidente domestico.

DISCUSSIONE

Le pubblicazioni sull'argomento descrivono un piano di dimissione come una sequenza programmata ed integrata di interventi volti a facilitare la continuità delle cure nel passaggio dell'utente da un setting all'altro (Rorden e Taft, 1990; Registered Nurses' Association of Ontario, 2014; Gonçalves-Bradley et al., 2016): alcuni esempi sono l'identificazione precoce dei soggetti, la creazione di opuscoli informativi e/o l'istituzione di team multidisciplinari che si prendano carico del caso, fino all'effettuazione di telefonate di follow-up e visite domiciliari prima e dopo l'uscita dalla struttura ospedaliera (Mistiaen et al., 2007; Scott, 2010; Gonçalves-Bradley et al., 2016). Nel contesto analizzato è stato possibile riconoscere quattro diversi interventi in grado di supportare pazienti e caregiver nel percorso di dimissione, che rappresentano vere e proprie parti di un piano di dimissione e hanno influenzato il percorso dei soggetti all'uscita dalla struttura ospedaliera. Tuttavia, manca una standardizzazione nell'identificazione dei soggetti con necessità di continuità assistenziale, né è documentato un programma di azioni da intraprendere in preparazione all'uscita dalla struttura ospedaliera o di valutazione degli outcome. L'équipe infermieristica ha considerato l'educazione sanitaria come parte fondamentale del percorso di preparazione alla dimissione, coinvolgendo quasi in egual misura soggetti autonomi e con necessità di aiuto e quindi paziente e/o caregiver: questo intervento emerge tra quelli registrati a supporto della dimissione e concorda con quanto riportato in letteratura, che considera essenziale l'aspetto dell'informazione alla persona per ottimizzare i processi di transizione tra diversi setting (Registered Nurses' Association of Ontario, 2014), sottolineando come gli interventi in grado di supportare e coinvolgere attivamente i soggetti sembrano avere una maggior efficacia (Braet et al., 2016). I casi segnalati all'assistente sociale ospedaliera sono le situazioni più complesse, con pazienti in condizioni di dipendenza totale e con problemi cognitivi: il ricorso al confronto tra professionisti e la gestione multidisciplinare del caso rappresenta un elemento indispensabile per un piano di dimissione efficace (Registered Nurses' Association of Ontario, 2014), perché parte dall'idea che l'accompagnamento alla dimissione in queste situazioni necessita di competenze aggiuntive per l'individuazione del setting di cura adeguato e l'attivazione delle risorse della rete. I dati sono coerenti anche con il luogo di dimissione: gli interventi educativi e informativi mirano a sviluppare abilità di autocura e/o a riconoscere precocemente eventuali complicanze e sono necessari al domicilio, dove la presenza di professionisti sanitari non è continuativa. Allo stesso modo, la segnalazione degli utenti all'équipe di cure territoriali è stata prevista per pazienti che rispondono alle caratteristiche necessarie per l'attivazione di prestazioni domiciliari: grado di dipendenza elevato, supporto sociale presente, medicazioni e/o dispositivi medici. Ancora, nessuno dei pazienti dimessi verso strutture di ricovero manifestava agitazione psicomotoria o episodi di aggressività, caratteristiche in grado di diminuire la compliance e quindi ostacolanti all'ammissione in tali tipologie di percorsi. Tra gli aspetti critici c'è da segnalare il fatto che gli interventi educativi sono tracciati esclusivamente all'interno del diario infermieristico e gli argomenti si concentrano principalmente sulla gestione di dispositivi medici, che, anche se in letteratura vengono citati dai professionisti sanitari come possibile fonte di criticità nei soggetti anziani (Saiani, et al., 2007), non esauriscono le potenziali aree meritevoli di approfondimento specifiche per la popolazione chirurgica, come, ad esempio, la gestione della ferita e il controllo del dolore (Holland et al., 2011; Stella et al., 2014), oppure la prevenzione delle cadute e delle lesioni da pressione. Inoltre, ci sono molte differenze legate alle tipologie di dispositivi medici di cui i pazienti sono portatori: stomie urinarie/intestinali e tracheostomie cambiano definitivamente l'anatomia corporea, richiedendo un periodo di addestramento all'utilizzo e al riconoscimento precoce delle complicanze, mentre in presenza di uno stent ureterale è sufficiente fornire consigli comportamentali a cui attenersi, in attesa della rimozione pianificata dallo specialista. Questi aspetti emergono anche dall'analisi della situazione dei pazienti al follow-up: le difficoltà riguardano solo soggetti con alcune tipologie di dispositivi medici o in alcuni casi, come tra i "problemi legati al ricovero" riguardano per la maggior parte persone che ne sono prive.

La percentuale di pazienti chirurgici che ha riportato problemi è difficilmente confrontabile con altri studi sull'argomento, a causa di difformità nella metodologia di raccolta dati e/o reclutamento dei soggetti (Holland et al., 2011; Stella et al., 2014): l'aver raccolto i dati dopo 40 giorni ha permesso di avere una visione maggiormente completa di quanto accaduto dopo la dimissione ospedaliera, ma l'assenza di un questionario strutturato potrebbe non aver consentito di cogliere e registrare alcune difficoltà, come il bisogno di informazioni dei soggetti, di supporto

emotivo o difficoltà incontrate con la terapia farmacologica. Alcune difficoltà potrebbero dipendere anche dal contesto specifico in cui sono stati raccolti i dati: ad esempio, secondo Stella et al., (2014) uno dei problemi più comuni nei pazienti chirurgici risultava essere la prenotazione delle visite e degli esami di follow-up. Secondo i nostri dati, la maggior parte dei soggetti intervistati ha riferito di stare completando l'iter terapeutico attraverso l'esecuzione di terapia fisica, visite di controllo e/o esami strumentali, dimostrando l'esistenza di percorsi strutturati in grado di accompagnare i pazienti nel periodo post-dimissione che potrebbero aver contribuito a prendere in carico le eventuali difficoltà insorte.

Limiti

Sebbene si sia cercato di garantire in ogni fase l'accuratezza nella raccolta dati e nella conduzione del progetto, lo studio ha diversi limiti. Innanzitutto, i risultati potrebbero essere scarsamente generalizzabili per la scelta di un campionamento di convenienza e del coinvolgimento di una singola struttura ospedaliera. In secondo luogo, la scelta di effettuare un'intervista con domande aperte nel follow-up potrebbe aver influenzato la raccolta di informazioni in questa fase.

CONCLUSIONI

Anche se è stato possibile identificare gli interventi in grado di supportare pazienti e caregiver nel percorso di dimissione e c'è una coerenza rispetto al luogo di dimissione e alle condizioni dei soggetti, potrebbe essere utile implementare strumenti in grado di tracciare il processo di presa in carico, ad esempio standardizzando la fase di identificazione degli utenti con necessità di continuità di cure, anche in un momento precedente al ricovero per i soggetti sottoposti ad interventi chirurgici in elezione; inoltre, gli interventi di educazione sanitaria potrebbero essere completati dall'utilizzo di materiale informativo, allo scopo di garantire un ottimale passaggio di informazioni all'utente. Nella situazione post-dimissione emergono alcune differenze rispetto alla letteratura, soprattutto nelle caratteristiche dei problemi post-dimissione.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare tutti coloro che hanno permesso e contribuito alla realizzazione di questo progetto, in particolare i colleghi infermieri delle strutture coinvolte grazie ai quali è stato possibile effettuare la raccolta dati.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (2017) *Strategy 4: Care transitions from hospital to home: IDEAL Discharge Planning*. Rockville.
- Arora VM et al. (2010) *Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: a mixed methods study*. *Journal of Hospital Medicine*, 5 (7), 385-391.
- Braet A et al. (2016) *Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review*. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14 (2), 106-173.
- Department of Health (2010) *Ready to go? Planning the discharge and the safe transfer of patients from hospital and intermediate care*. London.
- Fondazione ISTUD (2013) *Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza*. Report di ricerca.
- Gonçalves-Bradley DC et al. (2016) *Discharge planning from hospital*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 27(1) Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub5.
- Holland DE et al. (2011) *Problems and Unmet Needs of Patients Discharged "Home to Self-Care"*. *Professional Case Management*, 16 (5), 240-250.
- Katz, T.F. (1963) *A.D.L. Activities of Daily Living*. *Journal of American Medical Association*, 185, 914-919.
- Lawton MP e Brody EM (1969) *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist*, 9, 179-186.

- Menarello G et al. (2009) *Le conoscenze dei pazienti sui farmaci alla dimissione*. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 28 (4), 176-182.
- Mistiaen P et al. (2007) *Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review*. BMC Health Services Research, 7 (47) doi: 10.1186/1472-6963-7-47.
- OCSE (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2014) *Clinical best practice guidelines: Transitional Care*. Toronto.
- Rorden JW e Taft E (1990) *Discharge planning guide for nurses*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Saiani L et al. (2007) [*Epidemiology of problems related to drugs and devices in nursing*]. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 23 (6), 184-193.
- Scott IA (2010) *Preventing the rebound: improving care transition*. Australian Health Review, 34 (4), 445-451.
- Stella SA et al. (2014) *Postdischarge problems identified by telephone calls to an advice line*. Journal of Hospital Medicine, 9 (11), 695-699.