

L'informazione essenziale e irrinunciabile alla dimissione dal reparto per acuti dopo sindrome coronarica Parte 2: progetto per migliorare la qualità delle cure

The bare minimum of information at discharge after acute coronary syndrome. Part 2: the quality improvement project

Francesco Fattirolli¹, Elisabetta Angelino²

ABSTRACT: *The bare minimum of information at discharge after acute coronary syndrome. Part 2: the quality improvement project. F. Fattirolli, E. Angelino.*

An Acute Coronary Syndrome is a fine example of the communicative difficulties that precede and characterize hospital discharge. In recent years, due to the rapid changes in therapeutic approaches, hospitalizations have become extremely brief. This entails the risk of inadequate information at discharge, significantly affecting the quality of treatment compliance and the adoption of lifestyle modifications for an effective secondary prevention. There are a series of issues that the health practitioner should cover at discharge with the patient and family members: history of disease and prognosis, risk factors and strategies for their control, aims of treatment, instructions on drugs, diet and physical activity, need for medical check-up; and, last but not least, to verify that the information has been understood. Information on drug treatment is all too often left to patient's interpretation of hearsay or of the discharge letter, the new drug

regime can easily be misunderstood or arbitrarily integrated into pre-existing drug regimes. Health practitioners must discuss issues, regardless of whether they are asked direct questions; and they should verify what imparted information has been correctly understood and assimilated.

A rapid turn-over is crucial to the organization of acute units, therefore we need to identify a solution that ticks all the boxes of a good discharge in a reasonably brief time. Imparting information should be an integral component of care delivery, and the responsible practitioners (doctors and/or nurses) should be identified.

We propose a standardized discharge form, containing the essential information, as a point of reference to be applied in different clinical settings.

Keywords: acute coronary syndrome, hospital discharge, care transitions, physician-patient communication, patient education.

Monaldi Arch Chest Dis 2012; 78: 138-147.

¹ Dipartimento Area Critica Medico Chirurgica Università di Firenze; Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, SOD Riabilitazione Cardiologica.

² Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Torino.

Corresponding author: Francesco Fattirolli, Department of Medical and Surgical Critical Care, University of Florence, Cardiac Rehabilitation Unit, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi; Via delle Oblate 4, I-50141 Florence, Italy; E-mail address: francesco.fattirolli@unifi.it

Introduzione

Tra gli aspetti centrali nella cura del paziente ricoverato per un evento acuto, il momento della dimissione rappresenta una potenziale criticità. Se anche la dimissione non viene inclusa tra le attività "strategiche" del percorso di cura, il trattamento per il quale sono state impegnate considerevoli risorse umane ed economiche, può rischiare di produrre un effetto che rimane circoscritto all'immediatezza dell'atto terapeutico, senza consolidarsi in un risultato duraturo. Attualmente il passaggio tra la degenza ospedaliera ed il rientro a domicilio sembra contrastare con l'efficacia dell'organizzazione del ricovero nella fase acuta, in quanto non è altrettanto strutturato sotto il profilo della qualità e non offre una adeguata garanzia di continuità dell'assistenza.

Questo aspetto non è stato finora trattato in modo ampio nei documenti delle principali Società Scientifiche Cardiologiche. Solo recentemente il richiamo alla modalità ed ai contenuti della dimissione ospedaliera è stato affrontato con maggiore sistematicità: le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia "Cardiovascular disease prevention in clinical practice" [1], pongono come strategico per la riduzione del rischio di eventi, con raccomandazione di classe 1 livello B, che la dimissione dei pazienti con malattie cardiovascolari avvenga secondo una modalità strutturata, per la gestione ottimale del decorso post-dimissione.

L'importanza del momento della dimissione è analoga in pazienti ricoverati per diverse cause, quali scompenso cardiaco acuto, intervento cardiocirurgico, procedura di rivascolarizzazione, ma per la

rilevanza epidemiologica e le modificazioni negli ultimi anni delle modalità di cura che hanno reso la durata del ricovero estremamente breve, la Sindrome Coronarica Acuta (SCA) rappresenta l'esempio più appropriato del problema della comunicazione e del trasferimento delle informazioni che precede ed accompagna la dimissione ospedaliera.

Criticità della informazione alla dimissione

I fattori connessi alle numerose criticità della dimissione sono stati trattati nella parte 1 di questo lavoro, in cui si sono esaminate le modalità di comunicazione alla dimissione con una attenzione particolare a quanto ostacoli il paziente nella comprensione delle informazioni ricevute e a come questi aspetti siano connessi con una modalità di dimissione ospedaliera che espone al rischio di una inefficace gestione dei trattamenti terapeutici e delle strategie per mantenere il proprio stato di salute [2].

La (peraltro limitata) letteratura richiama l'attenzione sulla drammatica carenza di tempo dedicato all'informazione, che si traduce in una serie di conseguenze tuttora ignorate o sottovalutate. Le informazioni alla dimissione sono caratterizzate frequentemente da notizie frettolose e talvolta contraddittorie, limitate nei contenuti, non adeguate ai bisogni individuali ma spesso basate su raccomandazioni generiche e poco incisive e fornite con modalità comunicative inadeguate. Naturalmente, tra le diverse realtà assistenziali, ci sono differenze nella qualità della comunicazione e nella capacità di comprensione e di elaborazione delle informazioni da parte dei pazienti

medesimi. In ogni caso tuttavia, la degenza ospedaliera dopo un evento acuto rappresenta il momento di massima disponibilità del paziente ad ascoltare notizie ed a ricevere indicazioni sulla sua malattia e sulle modalità di cura successiva.

La letteratura internazionale ha da tempo focalizzato l'attenzione sul problema della comunicazione tra ospedale e cure primarie, ponendo la lettera di dimissione come uno degli snodi irrinunciabili alla ottimizzazione del trasferimento delle informazioni, in quanto un inaccurato passaggio di notizie influenza negativamente la continuità della cura e contribuisce all'incidenza di eventi avversi successivi. Le Società scientifiche e gli Organismi istituzionali hanno esercitato, negli ultimi anni, un forte richiamo affinché la lettera di dimissione potesse diventare uno strumento sempre più efficace, completo e fruibile per colmare questa lacuna.

Tuttavia sia la lettera di dimissione che gli interventi strutturati con finalità educative raccomandati per tutti i pazienti con malattia coronarica (in genere indicati come interventi di "counseling"), non possono colmare il difetto di comunicazione che si realizza al termine di un ricovero, ad esempio dopo una SCA, per le ragioni esposte qui di seguito e sintetizzate nella Figura 1.

Lettera di dimissione - È il mezzo di trasferimento delle notizie sul ricovero dal medico ospedaliero al medico curante e risulta quindi il principale, se non unico, strumento informativo tra ospedale e territorio. La chiarezza e completezza dei contenuti, fondamentali per un corretto "handoff", sono necessari per la prevenzione del rischio di nuovi eventi in



Figura 1. - Aspetti della comunicazione ospedaliera.

un momento di alta “vulnerabilità” del paziente nel passaggio tra successivi momenti di cura. Per sua natura però, la lettera di dimissione non può essere lo strumento di comunicazione *con* il paziente, poiché è rivolta ad un medico ed è caratterizzata dai contenuti propri della comunicazione sanitaria.

Counseling - Strumento fondamentale per l’educazione del paziente e per l’impostazione della prevenzione secondaria. Richiede un contesto ambientale particolare definito anche da una disponibilità adeguata di tempo e da una disponibilità di figure professionali tecnicamente preparate, che molto difficilmente è realizzabile al momento della dimissione da un reparto per acuti. Si dovrebbe configurare più propriamente come componente dell’intervento terapeutico in un ambulatorio orientato alla prevenzione dopo la dimissione, oppure realizzare nell’ambito del programma strutturato di riabilitazione, di cui è parte integrante.

La drammatica riduzione del tempo disponibile per l’educazione dei pazienti con SCA, influenza lo stato di conoscenza sulla malattia e sui sintomi ad essa correlati: è stato osservato, su un campione molto ampio, che il pregresso infarto non determina nei pazienti una maggiore capacità di individuare i sintomi rispetto alla popolazione generale, mettendo in evidenza la necessità di istruzioni specifiche che possano garantire una maggiore sicurezza dopo la dimissione. Poiché un più elevato livello di conoscenza (della malattia, delle cure, dei comportamenti corretti per la salute) risulta correlato ad una più alta percezione del rischio, si può dedurre che informazioni accurate ed istruzioni dettagliate su sintomi

e norme di comportamento siano in grado di favorire le decisioni in caso di instabilizzazione clinica e di supportare il mantenimento di adeguate modalità di prevenzione [3].

Gli aspetti organizzativi

Tra i molteplici fattori che possono incidere sfavorevolmente sull’evoluzione del paziente dimesso dopo una SCA, ve ne sono alcuni connessi con aspetti del programma di cura che possono essere definiti “organizzativi”.

Nella Figura 2, schematicamente, si riporta una sintesi dei fattori correlati ad alcuni determinanti dei diversi profili di rischio dopo una SCA.

La definizione di “difetto organizzativo” include sia la non pianificazione di un follow-up adeguato e personalizzato sulla base delle caratteristiche del soggetto e dell’evento malattia, che la mancata messa a punto di un programma di prevenzione secondaria strutturato, in particolare per i soggetti con maggiore concentrazione di fattori di rischio.

Unitamente a questi elementi – ed a loro strettamente connessa – vi è anche la carenza di informazioni alla dimissione, che può incidere in maniera determinante sulla aderenza alla terapia e sulla adozione efficace delle norme comportamentali per un percorso virtuoso di prevenzione.

È necessario considerare anche che la continuità terapeutico-assistenziale richiede al medico (ed anche agli altri infermieri) un forte impegno soprattutto nell’evitare di scaricare sul paziente le difficoltà prodotte da informazioni mancanti, da incertezze

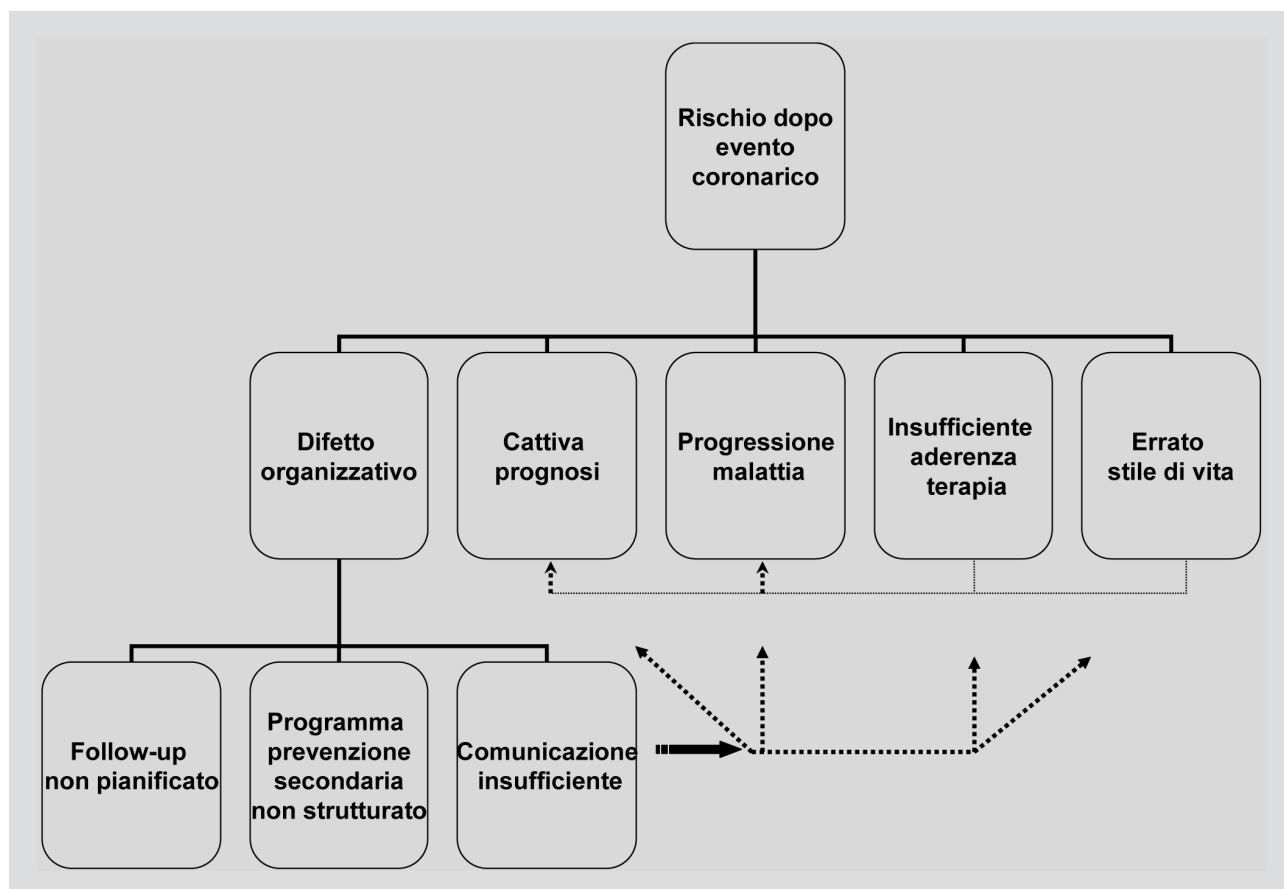


Figura 2. - Fattori correlati con il “rischio” dopo SCA.

diagnostiche, da problemi di terapia. A volte invece proprio nelle situazioni più precarie il medico contribuisce ad aumentare l'incertezza. Anche quando si affronta il tema dell'aderenza si considera quasi sempre solo ciò che il paziente deve o non deve fare e quanto egli rispetti i tempi ed i modi giusti nel seguire le prescrizioni. L'aderenza ha però anche quello che potremmo definire un "versante" medico: anche il medico deve essere aderente a delle norme comportamentali definite anche da un punto di vista comunicativo/informativo e caratterizzate dal rispetto di requisiti quali-quantitativi. Così come per l'aderenza del paziente sono preziosi diari giornalieri o altri sistemi di auto-monitoraggio, il medico potrebbe trarre beneficio dall'utilizzo, ad esempio, di una *check-list* da applicare alla modalità della dimissione, al fine di verificare il proprio livello di aderenza rispetto a quanto pianificato e condiviso con l'equipe e più in generale con l'organizzazione di appartenenza.

La modalità dell'informazione alla dimissione

Gli studi sulle strategie di dimissione sono limitati: una revisione sistematica del 2007 sulla comunicazione alla dimissione era focalizzata in maniera quasi esclusiva sulla modalità di trasmissione delle informazioni sanitarie, dall'ospedale al medico curante, attraverso la lettera di dimissione, con la sola indicazione, per quanto concerne il paziente, della opportunità che il medesimo restasse in possesso di una copia [4].

La Society of Hospital Medicine [5] su 374 articoli reperiti dal 1975 al 2007 sottoposti a valutazione, aveva incluso soltanto 10 lavori ritenuti qualitativamente validi, da cui un Panel di esperti ha condiviso le raccomandazioni riportate nella Tabella 1, che definiscono le modalità della dimissione sulla base di aspetti organizzativi, di struttura e di relazione tra personale sanitario e paziente.

I contenuti dell'informazione al paziente

La conoscenza da parte del paziente della diagnosi e del piano di cura è da considerarsi componente integrante dell'educazione e fa parte dei diritti del malato che deve "ricevere completa ed esauriente informazione su diagnosi trattamento e prognosi" [6].

Per un sistema *high quality* centrato sul paziente [7], quando la dimissione avviene dopo il ricovero per SCA, vengono identificati alcuni punti qualificanti che il personale sanitario deve garantire nella programmazione della dimissione stessa: informazione del paziente e dei familiari sulla storia della malattia e sulla prognosi; fattori di rischio e strategie per contenerli; obiettivi del piano di trattamento; istruzioni su farmaci, dieta, attività fisica; necessità dei controlli medici; verifica della comprensione delle istruzioni (Tabella 2).

Tabella 1. - Raccomandazioni per la dimissione [da 5]

Programma	Definire il tempo dedicato
	Usare lista di argomenti preordinata
	Formare i nuovi membri dello staff alla metodologia
Comunicazione verbale	Favorire il processo interattivo
	Dare priorità al paziente durante il colloquio
	Non anticipare il paziente
Contenuti	Tutti i pazienti devono essere coinvolti
	Avere la disponibilità di un luogo idoneo

L'importanza di applicare sistematicamente una modalità strutturata e standardizzata dell'informazione può essere dedotta anche dai dati che riportano la percezione del paziente, una volta rientrato a casa, di quello che è stato l'evento malattia e delle sue possibili cause. Interviste telefoniche effettuate 2 mesi dopo la dimissione dopo infarto miocardico acuto, hanno evidenziato solo una parziale comprensione delle informazioni ricevute durante il ricovero: meno del 50% degli intervistati avevano compreso la diagnosi, e anche il riconoscimento dei fattori di rischio connessi alla malattia era critico. Nello specifico il diabete veniva citato dal 46% dei soggetti intervistati, il fumo dal 33%, l'ipercolesterolemia dal 27%, l'ipertensione dal 22%, l'obesità dal 14%, la sedentarietà dal 10%.

È stato dimostrato inoltre, che collocare l'inizio di programmi di educazione/informazione finalizzati agli aspetti di prevenzione già durante la degenza in ospedale – e garantire una comunicazione efficace pre-dimissione – sia in grado di favorire anche la compliance long term. [8]. La Tabella 3 riassume le principali azioni che consentono di prevenire i più frequenti errori e promuovere le azioni più efficaci da parte del paziente.

Le responsabilità della avvenuta comprensione possono essere certamente attribuite sia alla completezza ed efficacia della comunicazione erogata che

Tabella 2. - Azioni per una "buona dimissione"

Informare paziente e familiari sulla storia della malattia e sulla prognosi
Informare il paziente sui fattori di rischio e sul modo per contenerli
Informare il paziente sugli obiettivi del piano di trattamento, dare istruzioni su farmaci, dieta, attività fisica
Iniziare intervento di prevenzione (es. cessazione fumo, alimentazione, etc.)
Istruire il paziente sulle necessità dei controlli medici
Includere interventi multidisciplinari
Verificare la comprensione delle istruzioni
Utilizzare materiale scritto

Tabella 3. - Azioni per migliorare la transizione tra degenza e domicilio [rielaborata da 8-9-10-11-12]

Per la discontinuità	Lettera di dimissione
	Contatto con il medico curante
	Descrizione dettagliata degli esami eseguiti
	Programma di follow-up
Per gli errori terapeutici	Avere la storia completa della terapia precedente con indicazioni, dosaggi, durata, assunzione ed aderenza
	Paragonare ed allineare una precedente terapia con la nuova per evitare commistioni o ripresa della precedente con abbandono della nuova (<i>reconciliation</i>)
	Istruzione verbale e scritta con schemi e supporti visivi dello schema terapeutico
	Informazioni su effetto dei farmaci, ruolo nella prevenzione, rischi di interruzione, responsabilizzazione per favorire aderenza
Per favorire l'autocura	Intervento multidisciplinare
	Istruzioni dettagliate e proiettate alla realtà sociale specifica del soggetto
	Uso di linguaggio accessibile
	Contatto telefonico post-dimissione in soggetti a rischio di cattiva aderenza
Per la comunicazione efficace	Focalizzare sui sintomi
	Coinvolgere tutto lo staff
	Usare immagini visive per messaggi complessi
	Corredare di materiale scritto per rinforzo
	Incoraggiare paziente e familiari alle domande

alla capacità del paziente di ricordare le informazioni ricevute [13]. Le American College of Cardiology Guidelines Applied in Practice (ACC-GAP) per le SCA hanno identificato le modalità di dimissione da attuare secondo un protocollo standardizzato (*discharge contract*, Tabella 4): l'attenzione è stata fo-

calizzata sulle principali indicazioni che, al momento della dimissione, il paziente non solo dovrebbe avere ricevuto ma anche compreso; questa procedura viene applicata in maniera sistematica dalle strutture aderenti al progetto in quanto oggetto di verifica della qualità delle prestazioni [14].

Tabella 4. - Il *Discharge Contract* contiene i seguenti item [modificata da 14]

So di avere avuto una SCA e che devo:	
Prendere le medicine Ho compreso che i farmaci mi aiutano a prevenire episodi futuri e possono prolungarmi la vita	Mi è stato fornito l'elenco dei farmaci Ho ricevuto istruzioni sulla mia terapia
Smettere di fumare Ho capito che il fumo aumento la possibilità di avere un nuovo episodio e che può accorciarmi la durata della vita	Mi è stato detto di smettere; mi sono stati prescritti farmaci; mi è stato indicato a chi riferirsi per sostegno anti-fumo
Seguire una dieta adeguata Ho capito che una dieta con pochi grassi mi aiuta a ridurre il rischio di nuovi episodi	Ho ricevuto le indicazioni sulla dieta Ho ricevuto le indicazioni per contattare il servizio dietetico
Fare regolare attività fisica	Ho ricevuto istruzioni per i prossimi giorni Ho ricevuto indicazioni per accedere ad un programma di CR Ho avuto i contatti con la struttura di CR Non applicabile al mio caso perché:
Informazioni sulla malattia di cuore	Ho ricevuto materiale educativo So riconoscere i segni e i sintomi di un attacco di cuore e cosa devo fare se avviene
Follow-up	Ho un programma di appuntamenti per i controlli Il numero di telefono di riferimento è:

Effetti dell'informazione alla dimissione sulla prognosi

Ulteriori approfondimenti sono necessari per definire quali devono essere i contenuti ideali, i canali di comunicazione efficaci, i tempi e gli elementi appropriati per una dimissione efficace dalle aree intensive. Sono ancora controverse, seppure poco studiate, le relazioni tra qualità del processo di dimissione ed i possibili effetti su mortalità e morbilità a breve, medio e lungo termine [15].

Una analisi Cochrane ha valutato gli studi relativi ai programmi di dimissione strutturati e *tailored*, rispetto a modalità generiche, per valutare se essi migliorano l'utilizzo appropriato delle cure, se migliorano la prognosi, se hanno effetti su costi ospedalieri e sanitari. Sono stati presi in esame trial in prevalenza relativi a pazienti anziani o con patologie neurologiche o con scompenso cardiaco, mentre non sono stati compresi studi condotti su pazienti con malattia coronarica. Il Panel è giunto alla conclusione che i risultati depongono per un marginale miglioramento del tasso di re-ricoveri, mentre non sono sufficientemente indicativi i dati sul miglioramento della prognosi. Viene comunque sottolineato che non vi sono studi disegnati per una adeguata valutazione di questo outcome e che ogni conclusione risulta al momento arbitraria, anche se la tendenza sembra essere per un effetto favorevole, nonostante la grande disomogeneità degli interventi attuati al fine di una dimissione "strutturata" [16].

Recentemente l'Institute for Healthcare Improvement ha promosso l'iniziativa STAAR (State Action on Avoidable Rehospitalisation) per la riduzione dei re-ricoveri. L'analisi dei modelli sperimentati in ospedali statunitensi con l'utilizzo di strategie tra loro molto diverse, ha consentito di selezionare i 15 che hanno avuto la migliore valutazione di efficacia e tra questi il migliore è risultato essere un programma applicato nell'ospedale universitario di Boston. Tale programma, denominato *Re-engineered discharge*, attraverso una modalità strutturata di dimissione ospedaliera, ha potuto dimostrare una riduzione dei re-ricoveri (con un follow-up breve, 30 giorni) di circa il 30% [17]. Non vi sono al momento dati che possano essere applicabili a variazioni sulla prognosi o sui nuovi ricoveri a medio-lungo termine.

Dopo una SCA, quanto un intervento informativo-educativo adeguato, erogato già prima della dimissione, possa essere determinante per la prognosi a breve termine, lo si deduce anche indirettamente, considerando quanto sia decisiva l'aderenza ai comportamenti prescritti. La popolazione dell'OASIS 5 (oltre 18 mila pazienti dopo SCA) in terapia farmacologica ottimizzata, ha mostrato già dopo 6 mesi dalla dimissione un rischio pari a 3,77 volte superiore di morte, re-infarto o ictus, in coloro che avevano ripreso a fumare e non seguivano le indicazioni su dieta ed attività fisica rispetto ai pazienti aderenti alla indicazioni alla dimissione. Questo dimostra drammaticamente come la prognosi a breve scadenza (come possono essere considerati 6 mesi) possa essere influenzata dallo stile di vita e da un atteggiamento individuale orientato alla prevenzione e come, di conseguenza, per modificare il rischio di peggiore prognosi sia decisivo il ruolo del personale sanitario

anche attraverso una modalità strutturata di informazione completa ed esaustiva alla dimissione [18].

Coerentemente con quanto descritto in questo registro, la partecipazione alla riabilitazione può essere un aspetto determinante nella riduzione di morbilità e mortalità dopo un evento acuto, particolarmente in pazienti a rischio più elevato nei quali l'indicazione dovrebbe essere irrinunciabile, come indicato dalla Consensus delle Società Cardiologiche nazionali [19]. Nella realtà, tuttavia, non sembra che ciò avvenga in modo sistematico: ad una analisi multivariata dei predittori di invio alla riabilitazione condotta nello stato del Michigan, i meno rappresentati risultavano proprio coloro che potevano ricevere il maggiore beneficio: gli ipertesi, i diabetici, gli affetti da scompenso cardiaco, patologie croniche polmonari, pregresso infarto, esiti di angioplastica o by-pass coronarico e quanti erano gravati da maggiori comorbilità [20].

Anche se non direttamente trasferibile ai pazienti con SCA, è indicativo che su una casistica di circa 2300 pazienti sottoposti a PCI (di cui tuttavia circa la metà eseguite in emergenza/urgenza), sia stata documentata una significativa riduzione della mortalità per tutte le cause a 10 anni, nei pazienti che avevano partecipato a programmi di riabilitazione [21]; questo risultato, difficile da interpretare in considerazione dei molti fattori di confondimento presenti in analisi di questo genere, permette tuttavia di considerare il possibile effetto, anche a distanza, degli aspetti educativi propri della riabilitazione.

Se dopo una SCA i pazienti venissero sistematicamente inviati a programmi di riabilitazione e/o prevenzione secondaria strutturata – che includono il completamento del programma di cura, l'ottimizzazione e la verifica dell'aderenza alla terapia e l'impostazione della prevenzione a lungo termine – potrebbe essere meno vincolante affrontare alcuni di questi temi alla dimissione. Tuttavia va ricordato che i pazienti con STEMI e NSTEMI che vengono indirizzati alla riabilitazione in Italia sono tuttora una minima parte (meno del 17% nel registro Blitz 4 Qualità), e che i pochi pazienti avviati a programmi ambulatoriali rientrano al proprio domicilio dopo la dimissione per poi essere ammessi dopo giorni o settimane al programma riabilitativo, risultando quindi esposti ai rischi precedentemente descritti in mancanza di un piano di dimissione strutturato.

La gestione della terapia farmacologica

Un'ampia letteratura in questi ultimi anni ha affrontato il tema dell'interruzione della terapia dopo la dimissione dall'ospedale. Nei trial come è noto l'aderenza anche a distanza di alcuni anni è estremamente elevata, mentre nel mondo reale sono descritte interruzioni spontanee fino al 50% nel primo anno dopo la prescrizione. Nello specifico della SCA, l'analisi di studi dei registri CRUSADE-ACTION ha dimostrato che l'interruzione dei farmaci evidence-based era significativamente più alta in coloro che non avevano ricevuto spiegazioni sulla terapia, che non avevano un programma di follow-up pianificato o non avevano partecipato ad un programma di riabilitazione, con una relazione diretta tra interruzione e scarsa conoscenza di funzione ed

effetti dei farmaci assunti [22]. Anche le già citate Linee Guida ESC sulla Prevenzione Cardiovascolare [1] dedicano un ampio spazio al tema della aderenza ai trattamenti ed alle iniziative da utilizzare al fine di ottenere la migliore gestione della terapia.

Le informazioni sulla terapia farmacologica sono frequentemente delegate all'interpretazione del paziente di quanto riferito a voce da un medico o dall'infermiere, o a quanto riportato nella lettera di dimissione [23]. Questa insufficiente comunicazione fa sì che facilmente il nuovo schema terapeutico non sia compreso e, al rientro a domicilio, venga intersecato arbitrariamente con terapie già assunte in passato: questo aspetto, frequentemente ignorato, è invece fondamentale per quei soggetti che già assumevano farmaci prima del ricovero. Questo è uno dei temi, denominato "*medication reconciliation*", su cui viene posta particolare attenzione da parte della Agency for Healthcare Research and Quality [24]. Molti pazienti che vengono ricoverati, per qualsiasi causa, hanno già un trattamento farmacologico cronico: al rientro a domicilio sono frequentissime le embricazioni tra cura abituale e nuova prescrizione, con rischio di inefficacia, di effetti collaterali o anche di gravi complicanze. Alle nuove prescrizioni vengono aggiunti i vecchi farmaci: "questa medicina la prendevo da molti anni, per cui la proseguo" o addirittura il trattamento precedente è mantenuto integralmente con la sospensione dei nuovi farmaci essenziali: "non ho capito bene, per non fare sbagli proseguo con la precedente". Nel Medical Reconciliation Project sia i medici che gli infermieri hanno il compito, seguendo una specifica procedura, di ricostruire analiticamente il trattamento precedente, di illustrare il nuovo che viene prescritto, con la spiegazione dettagliata di ciò che è cambiato, di che cosa è mantenuto del precedente, e di ciò che è stato sospeso.

Le strategie operative utilizzate sono: la consegna di schemi su tempi e modi di assunzione dei farmaci, le informazioni erogate in modo da far prendere confidenza con la gestione dei farmaci, il calendario della loro assunzione con indicazione degli orari e del rapporto con i pasti, l'illustrazione dettagliata della nuova terapia confrontandola con la precedente ed infine il coinvolgimento del familiare/caregiver, e la descrizione di strumenti (es. contenitori) per facilitarne la distribuzione giornaliera/settimanale.

I contenuti essenziali dell'informazione alla dimissione

L'informazione alla dimissione è spesso incompleta, poco sistematica, e caratterizzata da una comunicazione poco efficace: le istruzioni dovrebbero essere invece molto specifiche e concrete, includendo oltre alla modalità appropriata di gestione del farmaco, anche il modo di affrontare i sintomi, le situazioni per cui bisogna rivolgersi al medico oppure al pronto soccorso.

In letteratura non sono disponibili lavori che analizzano diffusamente i quesiti che dovrebbe porsi l'organizzazione sanitaria, attraverso i suoi professionisti, per garantire un modello di dimissione ottimale o migliorare quello adottato abitualmente pur se frequentemente non strutturato.

Tabella 5. - Domande poste ai pazienti con intervista a domicilio dopo la dimissione [da 25]

Quali informazioni sono state fornite per il ritorno a casa?
Chi ha fornito le informazioni?
Cosa pensi possa essere di aiuto per capire ed utilizzare le informazioni?
Cosa pensi possa essere di aiuto per favorire il tuo recupero?
Cosa potrebbe avere fatto lo staff per migliorare il tuo rientro a domicilio?

In una esperienza condotta su pazienti chirurgici è stata valutata la percezione della qualità della dimissione con un'intervista successiva al rientro a domicilio. I contenuti e la formulazione delle domande mostrano come l'attenzione sia spostata sul paziente, sui suoi bisogni, sulle sue aspettative, nell'ottica del miglioramento del "sistema" dimissione [25] (Tabella 5).

Va considerato che in fase sub-acuta vi può essere, per motivi legati alla cultura, al carattere del soggetto, allo stato emozionale contingente, una più o meno evidente incapacità del paziente di porre quesiti utili alla gestione della fase successiva del suo decorso. Le domande poste dai pazienti alla dimissione dopo un evento coronarico sono molteplici e possono ampiamente variare da soggetto a soggetto.

Il personale infermieristico di una delle UTIC della A.O.U. Careggi Firenze ha rilevato, in un trimestre, un ventaglio di domande frequenti poste dai pazienti alla dimissione, producendo in tal modo un elenco che si ritiene possa essere considerato rappresentativo e quindi di riferimento rispetto a quello che in genere i pazienti vorrebbero sapere (Tabella 6).

Tabella 6. - Le più frequenti domande dei pazienti ricoverati per SCA raccolte dagli infermieri di una UTIC dell'AOU Careggi Firenze

- Cosa mi è successo
- Sarò malato per sempre
- Mi può succedere di nuovo
- Come capire i sintomi
- Quando devo tornare in ospedale
- Come mi devo comportare
- Devo stare a dieta
- Cosa si può mangiare
- Posso guidare
- Posso spostare pesi
- Quando tornare al lavoro
- Che dottore cercare
- Che esami fare
- Devo prendere tutte le medicine
- Potrò riprendere attività sessuale
- Devo proprio smettere di fumare
- Posso bere alcoolici
- Cosa si fa in riabilitazione

È opportuno che la comunicazione alla dimissione sia orientata alle domande più frequenti alle quali il personale sanitario deve dare risposte, indipendentemente dal fatto che le stesse siano esplicitate dal singolo paziente, e va verificato sempre che cosa sia stato compreso e che cosa sia stato trattenuto dell'informazione erogata.

Poiché è possibile che diversi operatori siano coinvolti nella dimissione del paziente, è necessario definire a priori e già durante la fase di ricovero, a chi compete e quando, dare una certa informazione e garantire l'omogeneità delle indicazioni o delle risposte alle domande da parte di *tutti* i componenti dell'équipe sanitaria.

La gestione organizzativa di una degenza per acuti è caratterizzata dal poco tempo disponibile per

cui si deve identificare una strategia operativa che renda possibile soddisfare tutti i requisiti per una buona dimissione in un tempo adeguato ma breve.

Devono pertanto essere individuate delle modalità informative che facciano integralmente parte dell'intervento di cura, selezionando le informazioni sulla base di priorità rilevanti per la sicurezza del paziente, ed infine identificando quali siano le figure responsabili (medici e/o infermieri) della trasmissione delle stesse [26].

Un esempio di quali dovrebbero essere i contenuti dell'informazione alla dimissione sono riportati nello schema seguente, rielaborato ed adattato dal "Healthcare provider ACS patients/caregiver education reference guide" sviluppato dal gruppo di lavoro della Society of Hospital Medicine (Tabella 7).

Tabella 7. - Informazioni alla dimissione dopo SCA [modificato da Healthcare provider ACS patients/caregiver education reference guide; www.hospitalmedicine.org]

<i>Principi</i>	<i>Contenuti essenziali</i>	<i>Punti chiave</i>
Spiegazione esaustiva della diagnosi		Consegna di materiale adeguato al livello culturale di paziente/familiari
Programma di follow-up con appuntamenti		Regolarità, accessibilità, praticabilità
Informazioni sulla alimentazione		
Istruzioni sulla terapia farmacologica	<p>Nuova terapia e necessità di prosecuzione</p> <p>Non interrompere senza consultare il curante</p> <p>Quali sono i farmaci</p> <p>Possibili effetti collaterali</p> <p>Rinforzi e facilitazioni</p>	<p>Consegna di schemi su tempi e modi di assunzione farmaci</p> <p>Utilizzo prima della dimissione di strumenti per far prendere confidenza con la gestione della terapia</p> <p>Calendario di assunzione terapia con indicazione di orari, rapporto con i pasti</p> <p>Illustrazione della nuova terapia rispetto ad una precedente</p> <p>Coinvolgimento di familiare/caregiver sulla gestione dei farmaci</p> <p>Uso di contenitori per facilitare la distribuzione giornaliera/settimanale dei farmaci</p>
Istruzioni specifiche su quando rivolgersi al medico	Riconoscimento sintomi	Evitare ritardi per urgenze
Esami di controllo	Calendario e motivi di effettuazione	Regolarità
Attività	<p>Ripresa del lavoro</p> <p>Attività sessuale</p> <p>Guida dell'auto</p> <p>Attività di vita quotidiana</p>	
Cessazione del fumo	<p>Illustrazione dei vantaggi della sospensione</p> <p>Favorire il contatto con il curante per trattamenti per favorire l'astinenza dal fumo</p>	
Riabilitazione e prevenzione secondaria	Raccomandazione e indicazioni per programma di Cardiologia riabilitativa o di interventi strutturati per la correzione di fattori di rischio	

Tabella 8. - Check List per un progetto di informazione irrinunciabile alla dimissione dopo SCA

	NO	SI	Effettuato da	
			Medico	Infermiere
Disponibilità di un luogo idoneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Definizione di un tempo dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Utilizzo di una lista preordinata di argomenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Informazioni su malattia e prognosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sui sintomi e istruzioni su cosa fare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istruzioni verbali e scritte sui farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sull'effetto dei farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sui rischi di interruzione dei farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni su dieta, attività fisica, lavoro, attività sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sui fattori di rischio e su come contenerli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazioni per controlli e follow up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzo di immagini visive per messaggi complessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzo e consegna di materiale scritto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifica della avvenuta comprensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazio alle domande del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione di un contatto telefonico per pazienti a rischio di cattiva aderenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo totale dedicato (minuti)	_____			

Traendo spunto da quanto esposto in precedenza, è stata elaborata questa scheda (Tabella 8) come proposta di lavoro per una modalità di dimissione standardizzata.

La lista di argomenti rappresenta una guida di riferimento con lo scopo di rilevare, per ogni paziente, le strategie operative ed i contenuti che vengono utilizzati per fornire le informazioni essenziali ed irrinunciabili alla dimissione, allo scopo di facilitare l'adozione di comportamenti omogenei, e consentire di rilevare le criticità più significative, nelle diverse realtà assistenziali come modello verso una cura di qualità.

Riassunto

La sindrome coronarica acuta rappresenta un esempio del problema della comunicazione e del trasferimento delle informazioni che precede ed accompagna la dimissione ospedaliera. La durata del ricovero negli ultimi anni è divenuta estremamente breve per le rapide modificazioni delle modalità di cura della malattia con il rischio di una carenza di informazioni, che può incidere in maniera determinante sulla aderenza alla terapia e sulla adozione delle norme comportamentali per un percorso virtuoso di prevenzione. Vi sono una serie di punti qualificanti che il personale sanitario deve garantire nella programmazione della di-

missione stessa: informazione del paziente e dei familiari sulla storia della malattia e sulla prognosi; fattori di rischio e strategie per contenerli; obiettivi del piano di trattamento; istruzioni su farmaci, dieta, attività fisica; necessità dei controlli medici; verifica della comprensione delle istruzioni. Le informazioni sulla gestione della terapia farmacologica sono frequentemente delegate all'interpretazione da parte del paziente di quanto riferito a voce, o a quanto riportato nella lettera di dimissione. Facilmente il nuovo schema terapeutico non viene compreso o può essere intersecato arbitrariamente con terapie già assunte in passato. Il personale sanitario deve affrontare una serie di argomenti, indipendentemente dall'aver ricevuto specifiche domande da parte del paziente e deve essere verificato cosa sia stato compreso e che cosa trattenuto dell'informazione erogata. La gestione organizzativa di una degenza per acuti è caratterizzata dal poco tempo disponibile per cui si deve mettere a punto una strategia operativa che renda possibile soddisfare tutti i requisiti per una buona dimissione in un tempo breve ma adeguato. Le modalità informative devono essere parte integrante dell'intervento di cura, identificando quali siano le figure responsabili (medici e/o infermieri) della trasmissione delle stesse.

Viene proposta una scheda per una modalità di dimissione standardizzata, contenente informa-

zioni essenziali ed irrinunciabili, come guida di riferimento da applicare nelle diverse realtà assistenziali.

Parole chiave: sindrome coronarica acuta, dimissioni ospedaliere, continuità di cura, comunicazione medico-paziente, educazione del paziente.

Bibliografia

- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syväne M, Scholte op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2012 Jul; 33 (13): 1635-701.
- Angelino E, Fattiroli F. L'informazione essenziale e irrinunciabile alla dimissione dal reparto per acuti dopo sindrome coronarica. Parte 1. *Monaldi Arch Chest Dis* 2012; 78: 79-84.
- Dracup K, McKinley S, Doering LV, Riegel B, Meischke H, Moser DK, Pelter M, Carlson B, Aitken L, Marshall A, Cross R, Paul SM. Acute coronary syndrome: what do patients know? *Arch Intern Med* 2008 May 26; 168 (10): 1049-54.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007 Feb 28; 297 (8): 831-41.
- Arora VM, Manjarrez E, Dressler DD, Basaviah P, Halasyamani L, Kripalani S. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *J Hosp Med* 2009 Sep; 4 (7): 433-40.
- Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc* 2005 Aug; 80 (8): 991-4.
- Villanueva T. Transitioning the patient with acute coronary syndrome from inpatient to primary care. *J Hosp Med* 2010 Sep; 5 Suppl 4: S8-14.
- Rockson SG, deGoma EM, Fonarow GC. Reinforcing a continuum of care: in-hospital initiation of long-term secondary prevention following acute coronary syndromes. *Cardiovasc Ther* 2007 Oct; 21 (5): 375-88.
- Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med* 2007 Sep; 2 (5): 314-23.
- Cua YM, Kripalani S. Medication use in the transition from hospital to home. *Ann Acad Med Singapore* 2008 Feb; 37 (2): 136-6.
- Epstein RS. Medication adherence: hope for improvement? *Mayo Clin Proc* 2011 Apr; 86 (4): 268-70.
- Ali RC, Melloni C, Ou FS, Schmader K, Ohman EM, Roe MT, Peterson ED, Alexander KP. Age and persistent use of cardiovascular medication after acute coronary syndrome: results from medication applied and sustained over time. *J Am Geriatr Soc* 2009 Nov; 57 (11): 1990-6.
- Sanderson BK, Thompson J, Brown TM, Tucker MJ, Bitner V. Assessing patient recall of discharge instructions for acute myocardial infarction. *J Healthc Qual* 2009 Nov-Dec; 31 (6): 25-33.
- Rogers AM, Ramanath VS, Grzybowski M, Riba AL, Jani SM, Mehta R, De Franco AC, Parrish R, Skorcz S, Baker PL, Faul J, Chen B, Roychoudhury C, Elma MA, Mitchell KR, Froehlich JB, Montoyo C, Eagle KA; American College of Cardiology Foundation Bethesda, MD. The association between guideline-based treatment instructions at the point of discharge and lower 1-year mortality in Medicare patients after acute myocardial infarction: the American College of Cardiology's Guidelines Applied in Practice (GAP) initiative in Michigan. *Am Heart J* 2007 Sep; 154 (3): 461-9.
- Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Effective Discharge Communication in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2012 Jan 4.
- Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jan 20; (1): CD000313.
- Boutwell A, Griffin F, Hwu S, Sharmon D. Effective interventions to reduce rehospitalisations: a compendium of 15 promising interventions. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge MA, 2009.
- Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation* 2010 Feb 16; 121 (6): 750-8.
- Greco C, Cacciatore G, Gulizia M, Martinelli L, Oliva F, Olivari Z, Seccareccia F, Temporelli PL, Urbinati S; Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri; Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology; Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa. *Monaldi Arch Chest Dis* 2011 Mar; 76 (1): 1-12.
- Aragam KG, Moscucci M, Smith DE, Riba AL, Zainea M, Chambers JL, Share D, Gurm HS. Trends and disparities in referral to cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention. *Am Heart J* 2011 Mar; 161 (3): 544-551.
- Goel K, Lennon RJ, Tilbury RT, Squires RW, Thomas RJ. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events after percutaneous coronary intervention in the community. *Circulation* 2011 May 31; 123 (21): 2344-52.
- Melloni C, Alexander KP, Ou FS, LaPointe NM, Roe MT, Newby LK, Baloch K, Ho PM, Rumsfeld JS, Peterson ED. Predictors of early discontinuation of evidence-based medicine after acute coronary syndrome. *Am J Cardiol* 2009 Jul 15; 104 (2): 175-81.
- Calvert SB, Kramer JM, Anstrom KJ, Kaltenbach LA, Stafford JA, Allen LaPointe NM. Patient-focused intervention to improve long-term adherence to evidence-based medications: a randomized trial. *Am Heart J* 2012 Apr; 163 (4): 657-65.
- Gleason KM, Brake H, Agramonte V, Perfetti C. Medications at transitions and clinical handoffs. Toolkit for medication reconciliation AHRQ Pub. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville MD; 2012.
- McMurray A, Johnson P, Wallis M, Patterson E, Griffiths S. General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *J Clin Nurs* 2007 Sep; 16 (9): 1602-9.
- McCarthy DM, Engel KG, Buckley BA, Forth VE, Schmidt MJ, Adams JG, Baker DW. Emergency Department Discharge Instructions: Lessons Learned through Developing New Patient Education Materials. *Emerg Med Int* 2012; 2012: 306859.