

## Dimissioni ospedaliere

**L**a dimissione di un paziente (dall'ospedale al territorio, a domicilio o in altre strutture, ma anche il passaggio da un reparto all'altro) è un momento critico nel percorso di qualunque paziente perché si modificano i regimi di cura, cambiano i contesti e gli operatori sanitari, l'intensità e la tipologia di interventi. È un momento critico sia per il paziente sia per chi lo accoglie. La preparazione alla dimissione è responsabilità del medico e dell'infermiere, che devono dare al paziente e a chi lo assiste le informazioni necessarie per assumere le terapie, riconoscere le complicanze, affrontare (o evitare) i principali problemi.

La preparazione del paziente alla dimissione è quindi una responsabilità infermieristica ma anche un diritto del paziente, che deve essere coinvolto e accompagnato.<sup>1</sup>

### Aspetti clinici ed epidemiologici

La riduzione dal 1980 al 1999 del 48% dei posti letto negli ospedali pubblici e privati (da 542.000 a 280.000), del 45% delle giornate di degenza (da 138 milioni a 76 milioni) e del 41% della degenza media (da 12,9 a 7,7 giorni) ha profondamente modificato la popolazione di pazienti assistiti sul territorio.<sup>2</sup> Questi cambiamenti, però, non sono stati accompagnati da un rafforzamento dei servizi territoriali.

A questo fenomeno si associa quello

del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'aumento di anziani fragili, con più malattie spesso croniche. Le famiglie sono sempre meno in grado di assistere un congiunto, sia durante l'ospedalizzazione sia durante il lungo e complesso periodo della convalescenza.<sup>1</sup> Pertanto per garantire una dimissione sicura, evitare problemi che potrebbero portare a un nuovo ricovero e, allo stesso tempo, assicurare la continuità degli interventi assistenziali, è necessario:

- ▶ preparare il paziente alla dimissione;
- ▶ attivare piani assistenziali e percorsi integrati per evitare l'interruzione delle cure tra ospedale e territorio;
- ▶ coinvolgere e valorizzare il ruolo della famiglia e delle risorse informali.

### Il momento della dimissione

Un paziente è pronto per essere dimesso quando:

- ▶ le sue condizioni sono tali da non richiedere più il ricovero in ospedale;
- ▶ è in grado di rimanere a casa;
- ▶ si sente in grado di tornare a casa.

Non sono solo le condizioni cliniche a definire la dimissibilità del paziente. Fortunatamente nella maggior parte dei casi la dimissione non comporta difficoltà (il medico dà alcune indicazioni e discute la lettera di dimissione). Tuttavia, per alcuni pazienti definiti "fragili" (per patologia, necessità assistenziali o difficoltà sociali) la dimissione deve essere

- 
- ➔ Lettera di dimissione medica e infermieristica . . . . . 2
  - ➔ Come organizzare la dimissione . . . . . 2
- 

preparata e non improvvisata o affidata alla disponibilità del singolo operatore; richiede il coordinamento tra più strutture e soggetti (reparti ospedalieri, medici di medicina generale, servizi territoriali e sociali, strutture di riabilitazione, residenze sanitarie) e la definizione di percorsi per il paziente.

In questi casi bisognerebbe iniziare a organizzare la dimissione già al momento dell'accettazione o al massimo in terza giornata.

### Tipi di dimissione ospedaliera

Per convenzione si riconducono le dimissioni a 4 diversi tipi che vengono di seguito descritti.

#### Dimissione precoce

La dimissione precoce avviene quando la durata della degenza è inferiore rispetto alle attese per quel DRG (Diagnosis Related Group). Esiste una degenza media definita per ogni DRG e un valore soglia per le giornate di ricovero (detto *trim point*). A volte i pazienti vengono dimessi prima per "liberare" il posto letto. Non sempre è una strategia efficace perché se il paziente o la famiglia non so-

no pronti, oltre al disagio possono avere problemi che portano a un nuovo ricovero potenzialmente evitabile. Questo è un fenomeno relativamente frequente, sia per la scarsa qualità di cura e assistenza (trattamenti inefficaci che non hanno portato alla completa stabilizzazione), sia perché le dimissioni non sono state preparate. Non c'è un accordo sulla definizione di ricovero ordinario ripetuto o riammissione: per le regioni Veneto e Toscana, per esempio, sono i ricoveri che avvengono nello stesso presidio entro 30 giorni dalla dimissione per la stessa diagnosi principale; per la regione Lombardia entro 45 giorni e per il Lazio entro l'anno solare. I ricoveri entro 3 giorni dalla dimissione sono considerati i più inappropriati: tanto più è breve l'intervallo di tempo trascorso tra i 2 ricoveri, tanto maggiore è la probabilità che il nuovo ricovero sia dovuto a una dimissione non pianificata.<sup>3</sup>

### Dimissione del fine settimana o in giornate atipiche

E' la dimissione effettuata dal venerdì pomeriggio alla domenica o nei giorni festivi. Può creare problemi ai pazienti e ai loro familiari soprattutto nell'approvvigionamento di farmaci e presidi e nell'attivazione del medico di medicina generale o dei servizi di assistenza domiciliare programmata.

### Dimissione ritardata

Si ha una dimissione ritardata quando la durata della degenza supera le giornate attese per quel DRG. I motivi che prolungano la degenza possono essere sociali (il paziente non ha un domicilio adeguato ad accoglierlo), legati alla difficoltà di attivazione di supporti e servizi e quindi alla mancanza di organizzazione o alle difficoltà di comunicazione tra ospedale e territorio.<sup>4</sup> Si stima che il 30% delle dimissioni venga ritardato per motivi non clinici.<sup>5-6</sup>

Un ritardo nella dimissione può essere utile alla famiglia ma è un indicatore di scarsa efficienza ospedaliera perché, oltre ad aumentare i costi, aumenta anche i rischi per il paziente di contrarre infezioni in ospedale e, in particolare negli anziani, di disorientamento.

### Dimissione difficile

Si verifica quando c'è una disabilità permanente o temporanea per un evento acuto (per esempio un ictus o la frattura del femore in un anziano). Si stima che il 2-3% di tutte le dimissioni siano da classificare come "difficili" (250.000-300.000 casi all'anno). Applicando queste stime a un distretto di 100.000 abitanti con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille (16.000 ricoveri annui), si possono calcolare 350-400 dimissioni difficili l'anno.<sup>2</sup>

Più l'evento è imprevedibile, più è difficile pianificare. Per esempio, non è facile trovare subito un posto letto in una RSA o in un centro di riabilitazione; come anche attivare un'assistenza domiciliare integrata o avere subito a disposizione un letto antidecubito; o, ancora, trovare persone disponibili a rimanere a casa ad assistere la persona (dalla badante, che va addestrata, al familiare che deve riorganizzarsi sul lavoro).

I pazienti le cui dimissioni creano difficoltà sono soprattutto gli anziani, le persone con scarsa autonomia, quelli con patologie croniche, in ossigenoterapia cronica, con insufficienza renale, i diabetici e i pazienti terminali.

### Lettera di dimissione

Le indicazioni che il paziente deve seguire alla dimissione possono essere trasmesse con la lettera di dimissione (sia medica sia infermieristica). Le informazioni contenute nella lettera di dimissione infermieristica possono essere rivolte sia al paziente sia agli infermieri che lo assisteranno a domicilio e generalmente riguardano alcune prestazioni da eseguire: per esempio, le medicazioni delle lesioni da decubito o la gestione della nutrizione enterale. L'importante è che la lettera di dimissione infermieristica (sarebbe ottimale averla integrata con quella clinica) non sia un doppiopione di quella medica.

I contenuti della lettera di dimissione dovrebbero dare indicazioni su come gestire le difficoltà a domicilio e non solo dire che cosa è stato fatto in ospedale.

Non è sempre chiaro se la lettera di dimissione debba essere rivolta agli

infermieri che seguiranno il paziente o ai familiari: sarebbe invece utile (perché hanno linguaggi e contenuti diversi) distinguere le informazioni da dare alla famiglia e quelle da fornire agli operatori. In ogni caso, non si può considerare assolto l'obbligo dell'informazione solo con la lettera: se la comunicazione scritta garantisce memoria e sicurezza, quella verbale o telefonica è immediata e favorisce il confronto sulle scelte. La lettera di dimissione deve perciò essere sempre accompagnata da un contatto diretto.

La lettera di dimissione è infatti uno strumento a sostegno della dimissione pianificata, non il piano di dimissione (vedi oltre).

### Come organizzare la dimissione

C'è un'ampia variabilità tra ospedali e reparti sulle modalità di dimissione. Mentre sono ormai diffusi i protocolli per l'applicazione di tecniche, è raro trovare protocolli di dimissione. In genere è il medico a decidere quando dimettere il paziente e a comunicarlo all'infermiere e di solito è il coordinatore infermieristico (caposala) o l'infermiere in collaborazione (quando possibile) con l'assistente sociale a organizzare il rientro a domicilio. A volte invece si lascia che sia la famiglia ad attivare il medico curante.

Nel caso di pazienti acuti bisognerebbe iniziare a preoccuparsi della dimissione non appena è stata superata la fase critica o acuta, perché è un percorso in cui vanno coinvolti sia i diversi operatori sanitari sia il paziente e i familiari.

La maggioranza dei pazienti viene dimessa senza bisogno di una dimissione pianificata, in questi casi è sufficiente fornire solo alcune indicazioni da rispettare e gli appuntamenti per le visite successive. Molti pazienti con un percorso cronico richiedono invece dimissioni pianificate; una frazione più piccola, infine, richiede interventi complessi per una dimissione protetta.

Al riguardo è bene distinguere tra dimissione pianificata, dimissione protetta e continuità assistenziale.

Per dimissione protetta si intende il passaggio del paziente a un'altra strut-

tura: residenziale, di lungodegenza, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio o centri di accoglienza sociali.

Per dimissione pianificata, invece, si intende la stesura di un percorso di dimissione; comporta lo sviluppo di un piano individualizzato di dimissione prima che il paziente lasci l'ospedale. Quando la dimissione prevede una presa in carico del paziente (non sono sufficienti le informazioni o gli interventi educativi), si parla di continuità assistenziale. I soggetti che hanno bisogno di continuità assistenziale sono pazienti instabili, che richiedono supervisione e controllo. La continuità assistenziale si basa su un approccio multidisciplinare che promuove l'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 dedica al tema della continuità assistenziale uno dei 10 obiettivi per la "strategia del cambiamento": "promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari. L'obiettivo prioritario è di integrare i diversi servizi con il supporto del medico e dell'assistenza sanitaria di base".

La continuità da garantire si articola in modi diversi secondo i problemi del paziente:<sup>7</sup>

- ▶ continuità nelle informazioni: nel passaggio tra ospedale e territorio (ma anche tra reparto e reparto) vanno trasmesse le informazioni essenziali per non interrompere il piano di cura. Le informazioni dovrebbero comprendere non solo i dati clinici e assistenziali, ma anche le preferenze del paziente, i suoi valori e la situazione familiare e sociale, altrettanto importanti per garantire servizi appropriati;
- ▶ continuità relazionale: per un paziente è importante, anche se non è sempre facile da garantire dal punto di vista organizzativo, avere persone e punti stabili di riferimento. Anche per gli operatori è più semplice valutare i cambiamenti di un paziente che conoscono e che hanno seguito.

Non è tuttavia facile garantire continuità (in particolare nelle malattie croniche o complicate) coordinando gli interventi di diversi professioni-

sti, che non devono intralciarsi. La condivisione di piani di lavoro o di protocolli di assistenza facilita la continuità.

Un aspetto importante è la flessibilità: l'assistenza va adattata ai cambiamenti dei bisogni del paziente e della situazione, particolarmente rilevanti nelle situazioni assistenziali a lungo termine.

### La dimissione pianificata

La dimissione pianificata prevede 4 fasi:

- ▶ valutare il paziente e i suoi bisogni;
- ▶ stendere un piano personalizzato di dimissione coinvolgendo il paziente e i familiari;
- ▶ valutare i problemi e attivare gli in-

terventi non appena si stabilizzano le condizioni cliniche;

- ▶ attivare un follow up telefonico, domiciliare od ospedaliero.

Valutando i pazienti si possono identificare quelli a rischio di dimissione difficile. La dimissione pianificata dovrebbe iniziare all'accettazione o, al massimo, entro la terza giornata di degenza. Una valutazione accurata del paziente include l'analisi delle sue abilità funzionali, del sistema di supporto sociale, dello stato mentale e della situazione clinico-assistenziale. La valutazione inizia con un'intervista al paziente (gli ambiti da indagare sono elencati nel box) e il coinvolgimento della famiglia o delle reti di riferimento.<sup>6</sup>

### Ambiti da indagare nel corso dell'intervista al paziente<sup>6</sup>

Valutazione delle attività di vita quotidiana:

- autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL)
- capacità di identificare e gestire le limitazioni

Valutazione dello stato mentale:

- confusione
- capacità di rispondere a domande semplici
- capacità di partecipare all'organizzazione della dimissione
- disponibilità ad apprendere nuove informazioni
- *compliance* nel seguire le indicazioni fornite

Valutazione dello stato psicologico:

- umore
- reazione alla malattia o alla disabilità
- presenza di depressione latente
- fiducia e autostima nella capacità di prendersi cura della propria situazione

Valutazione delle risorse familiari:

- disponibilità e motivazione dei familiari a prendersi cura del paziente
- tensione o conflitto con i familiari
- disponibilità di aiuto nella gestione dei pasti, della casa e delle altre attività strumentali (per esempio fare la spesa)
- disponibilità di persone in grado di aiutare nell'assistenza post ospedaliera

Valutazione della situazione domiciliare:

- caratteristiche del domicilio
- barriere architettoniche
- compatibilità del domicilio rispetto ai problemi di salute

Valutazione dell'esigenza di presidi, sussidi o altro:

- bisogno di sussidi (sollevatore, materasso antidecubito, girello, pompe per la nutrizione entrale, carrozzella, aspiratore eccetera)
- possibilità di adattare la stanza da letto per accogliere questi presidi
- necessità di addestramento della famiglia durante la degenza (mobilitazione o uso di presidi complessi)
- complessità del piano terapeutico e informazioni da fornire

Valutazione delle preferenze:

- aspettative e desiderio del paziente di rientrare a domicilio
- servizi utilizzati prima del ricovero
- servizi disponibili nella comunità in cui vive il paziente

Valutazione dei bisogni educativi:

- necessità di dieta, terapie o programma riabilitativo
- interesse e motivazione ad apprendere
- capacità e disponibilità a seguire le indicazioni e i consigli
- conoscenze da garantire prima della dimissione (per esempio per il diabetico la gestione delle crisi ipoglicemiche)

Uno degli strumenti più citati per identificare i pazienti a rischio di dimissione difficile è il BRASS index (Blaylock Risk Assessment Screening and Score,<sup>8</sup> vedi tabella 1), che individua i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. I dati vengono raccolti dalla cartella clinica, intervistando i parenti o chi assiste il malato. L'indice di BRASS indaga 10 dimensioni (età, situazione di vita, supporto emozionale, stato funzionale, stato cognitivo, modello comportamentale, mobilità, deficit sensoriali, numero di accessi al pronto soccorso prima del ricovero, problemi clinici attivi numero di farmaci assunti) e individua 3 classi di rischio: basso, medio e alto.

### Il piano di dimissione

La pianificazione della dimissione prevede e garantisce gli interventi necessari per mettere il paziente (sia acuto<sup>9</sup> sia cronico<sup>10</sup>) nelle condizioni di continuare il piano di cura riconoscendo e prevenendo le possibili complicanze. Gli interventi possono spaziare dalla semplice informazione all'educazione terapeutica, alla valutazione multidimensionale, all'attivazione dei servizi.

Importante è anche il tempo di attivazione: non si può istruire un paziente alla gestione di una terapia con anticoagulante orale il giorno prima della dimissione, ma è necessario iniziare subito dopo che il medico ha comunicato e impostato la terapia, utilizzando tutte le occasioni per dimostrare come dosare il farmaco, come interpretare i valori di INR ed evitare rischi.<sup>1</sup> Oltre che sulla malattia e i trattamenti, al paziente e ai familiari devono essere fornite informazioni su:

- ▶ tempi e segni di recupero;
- ▶ aspetti economici (assicurazioni);
- ▶ controllo del dolore e gestione e controllo dei sintomi;
- ▶ possibili complicanze;
- ▶ quando chiamare il medico;
- ▶ attività consentite e proibite;
- ▶ procedure da attivare per avere un'assistenza infermieristica a domicilio;
- ▶ come assumere (o far assumere) i farmaci;
- ▶ effetti secondari della terapia;

TABELLA 1. Indice di Brass

Punteggio (da 0 a 40)	Classi di rischio
0-10 rischio basso	soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono un particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione; la disabilità è molto limitata
11-20 rischio medio	soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione
21-40 alto rischio	soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure in istituzioni

▶ controllo delle complicanze e problemi potenziali post dimissione. In particolare, quando la dimissione è al venerdì pomeriggio o al sabato, i pazienti e i loro familiari devono avere informazioni su come procurarsi i farmaci o i presidi necessari e a chi rivolgersi in caso di problemi. Tutti questi aspetti vanno affrontati precocemente, durante la degenza. L'adattamento e l'apprendimento del paziente e dei familiari richiedono infatti tempo.

Per rendere più semplice e snella la pianificazione scritta, si possono predisporre:

- ▶ percorsi educativi standard per gruppi di pazienti con problemi omogenei e strumenti informativi (diari di automonitoraggio per il paziente diabetico, opuscoli informativi);
- ▶ percorsi clinici, diagnostici, terapeutici e assistenziali che includono anche gli aspetti da presidiare per una dimissione efficace;
- ▶ mappa dei servizi disponibili nella

TABELLA 2. Strategie in base al percorso post dimissione<sup>1</sup>

Percorso post dimissione	Interventi da includere nel piano di dimissione
rientro a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>● assicurare le informazioni</li> <li>● attivare interventi di educazione terapeutica per migliorare le capacità di autogestione per problemi temporanei o permanenti</li> </ul>
rientro a domicilio con attivazione di servizi (prestazioni mediche, infermieristiche o sociali programmate e di supporto. Per esempio terapie iniettive, controlli pressori, medicazioni, aiuto per confezionamento pasti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● informare e discutere con il paziente e i familiari gli obiettivi assistenziali da garantire a domicilio</li> <li>● condividere la richiesta di attivazione dei servizi territoriali</li> <li>● valutare le informazioni da trasmettere ai colleghi dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) o del distretto</li> <li>● garantire informazioni sulle modalità e recapiti dei servizi (solitamente attivati su richiesta della famiglia e del medico di medicina generale presso il distretto locale)</li> </ul>
attivazione del servizio sociale per residenze sanitarie protette, strutture riabilitative o strutture di accoglienza sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>● condividere la richiesta di attivazione dei servizi sociali e, se necessario, attivarli</li> <li>● valutare le informazioni da trasmettere ai colleghi di ADI, distretto eccetera</li> </ul>
attivazione dell'assistenza domiciliare integrata che di solito inizia con una valutazione multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>● condividere con i familiari o le persone di riferimento la richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare integrata</li> <li>● attivare precocemente la valutazione multidimensionale</li> <li>● trasmettere informazioni ai colleghi del servizio domiciliare integrato</li> </ul>
trasferimento a un servizio per post acuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>● condividere con i familiari o le persone di riferimento l'attivazione del servizio post acuti concordando anche tempi e modalità del trasporto e, se necessario, attivarlo</li> <li>● organizzare il trasferimento del paziente</li> <li>● garantire le informazioni sulla situazione assistenziale del paziente e sulle esigenze di continuità</li> </ul>

zona, con numeri di telefono, indirizzi e orari, modalità di attivazione, per poter dare riferimenti precisi ai familiari, anche su come e dove acquisire gli ausili consigliati per evitare inutili sprechi di tempo e disagi.

La pianificazione della dimissione dovrebbe essere fatta in gruppo con discussione del caso in riunioni multidisciplinari cui partecipino anche il paziente e la famiglia.

In molti casi la responsabilità di coordinare la dimissione è affidata a un infermiere esperto, ma anche ad altre figure, in base ai contesti, ai modelli organizzativi adottati e al problema prevalente. La scelta del profilo professionale del coordinatore non è neutrale: quando il coordinatore è un terapeuta occupazionale i pazienti sono orientati a un'assistenza basata sulla terapia occupazionale. Allo stesso modo l'assistente sociale indirizza con maggior frequenza ai servizi sociali<sup>11</sup> e l'infermiere ai servizi di assistenza infermieristica domiciliare.

In Italia le esperienze più diffuse di *case manager* (che nel nostro contesto è prevalentemente una figura infermieristica) si stanno concentrando sulla gestione della dimissione.<sup>12</sup>

### Vantaggi della dimissione protetta o pianificata

Le dimissioni pianificate aumentano l'aderenza alla terapia e la soddisfazione dei pazienti, delle famiglie e degli operatori; migliorano la qualità percepita e rinforzano l'attitudine a lavorare in équipe. I piani di dimissione, elaborati già in terza giornata, aumentano la probabilità di ritorno a casa con successo e riducono la durata della degenza.<sup>4,13</sup>

I tempi di ricovero sono coerenti con i

bisogni dei pazienti, si riduce la probabilità di una nuova ospedalizzazione a breve termine (ricoveri ripetuti) e diminuisce l'incidenza di complicanze post ricovero.<sup>14-15</sup>

Una valutazione formale prima della dimissione riduce i ricoveri dovuti a problemi evitabili o a complicanze risolubili con una buona organizzazione. Anche il follow up è molto utile nel ridurre l'incidenza di complicazioni.

Inoltre i pazienti sono più soddisfatti dell'assistenza, hanno meno problemi perché informati e sono meno ansiosi. Anche i familiari riescono a impegnarsi nell'assistenza con maggiore tranquillità e sicurezza. Avere più informazioni sulla malattia e sui servizi attivabili sul territorio aumenta la soddisfazione, riduce il senso di abbandono e di impotenza che si prova quando non si sa che cosa fare, a chi rivolgersi e come muoversi.

Le dimissioni pianificate stimolano il lavoro in équipe e contribuiscono a potenziare la visibilità, l'integrazione e l'efficacia della comunicazione tra i servizi territoriali e ospedalieri. E' molto importante che la comunicazione tra servizio ospedaliero e territoriale sia efficace. Questo aumenta la capacità di lavorare insieme e di comprendere le difficoltà, i carichi di lavoro e le specificità di ogni operatore.

### Bibliografia

1. Saiani L, Palese A, Brugnolli A et al. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2004;23:233-49.
2. Maciocco G, Comodo N. Cure intermedie: basi concettuali. *Prospettive sociali e sanitarie* 2004;3:1-3.
3. Fabbri D. Comportamenti opportunistici e riforma sanitaria: i ricoveri ripetuti e i trasferimenti negli ospedali dell'Emilia Roma-

gna. In Fiorentini G. *Il Servizio sanitario in Italia*. Il Mulino, Bologna, 2000.

4. Shepperd S, Parkes J, McClaran J et al. Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1.
5. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG et al. The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. *Medical Care* 1989;27:112-29.
6. Naylor MD, Broton D, Campbell R et al. Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Journal of American Medical Association* 1999;281:613-20.
7. Haggerty JL, Reid RJ, Feeman GK et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2003;327:1219-21.
8. Miastiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A et al. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *Journal of Advanced Nursing* 1999;5:1050-56.
9. Caplan GA, Williams AJ, Daly B et al. A randomised controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from emergency department-the DEED study. *Journal of American Geriatrics Society* 2004;52:1417-23.
10. Phillips CO, Wright SM, Kern DE et al. Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *Journal of American Medical Association* 2004;291:1358-67.
11. Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkkel D et al. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 1997;25:1233-40.
12. Chiari P, Santullo A. *L'infermiere case manager*. McGraw-Hill 2001.
13. Mamon J, Steinwachs DM, Fahei M et al. Impact of hospital discharge planning on meeting patients needs after returning home. *Health Services Research* 1992;27:155-75.
14. Evans RL, Hendricks RD. Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial. *Medical Care* 1993;31:358-70.
15. Lagoe RJ, Cheryl M, Noetsche MM. Hospital readmission: predicting the risk. *Journal of Nursing Care Quality* 2001;15:69-83.