JBI BEST PRACTICE
Evidence-based information sheets for health professionals

Efficacia del supporto post-dimissione pianificato e strutturato ai pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva per ridurre le riammissioni ospedaliere

Raccomandazioni*

Tutti i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ospedalizzati a causa di una riacutizzazione della BPCO, dovrebbero usufruire di un programma di dimissione personalizzato e strutturato con un supporto post-dimissione nel contesto sanitario locale. **(Grado A)**

* Per una definizione dei "Gradi di raccomandazione" del JBI vedere al seguente indirizzo: https://jbi.global/jbi-approach-to-EBHC.

Fonte di informazione

Questo foglio informativo sulle Best Practice è stato ricavato da una revisione sistematica pubblicata nel 2017 nel database JBI delle revisioni sistematiche e rapporti di implementazione.[1]

Background

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia polmonare progressiva caratterizzata da una persistente limitazione del flusso d'aria e da una maggiore risposta infiammatoria delle vie aeree. I sintomi fisici della BPCO includono affanno, riduzione dei livelli di attività fisica e malnutrizione. I pazienti vengono spesso riammessi in ospedale dopo il ricovero a causa di una riacutizzazione acuta della BPCO (peggioramento dei sintomi oltre la normale variazione giornaliera, che richiede un intervento medico). Il passaggio dall'ospedale a casa può essere impegnativo sia perché le persone sono affette da comorbilità, sia perché negli ultimi decenni vi è stata una riduzione della durata media della degenza ospedaliera. Iniziative di dimissione strutturata (per es. screening per problemi post-dimissione, protocolli di pianificazione delle dimissioni, visite domiciliari post-dimissione) possono ridurre il tasso di riammissione ospedaliera delle persone con BPCO dopo il ricovero ospedaliero a causa di una riacutizzazione della malattia.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è presentare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia di un supporto strutturato alla dimissione ospedaliera per le persone con BPCO ricoverate per una riacutizzazione.

Tipo(i) di intervento

Questa revisione ha preso in considerazione gli interventi di dimissione, inclusi la preparazione e il supporto alla dimissione dopo il trattamento, (come as esempio lo screening, la preparazione intensiva alla dimissione, il follow-up telefonico dopo la dimissione) in pazienti adulti (≥ 18 anni) a cui era stata diagnosticata la BPCO e ricoverati in ospedale a causa di una riacutizzazione della BPCO.

Qualità degli studi

Tutti i 10 studi inclusi (sei studi clinici randomizzati controllati, tre studi quasi sperimentali e uno studio di coorte comparabile) sono stati valutati da due revisori indipendenti utilizzando strumenti di valutazione critica standardizzati quali il Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MAStARI) del Joanna Briggs Institute. Tutti gli studi sono stati considerati di buona qualità metodologica; tuttavia, a nessuno dei pazienti e dei ricercatori è stato celato il tipo di intervento. Per estrarre dagli studi inclusi i dati rilevanti sono stati utilizzati strumenti standardizzati di estrazione dei dati del JBI-MAStARI.

Risultati

Gli studi inclusi in questa revisione sono stati pubblicati tra il 2002 e il 2015, in sette diversi paesi: tre negli Stati Uniti, due in Spagna, due in Danimarca, uno in Slovenia, uno in Australia e uno studio è stato condotto sia in Belgio che in Spagna.
Sono stati inclusi un totale di 1.723 partecipanti (66-266 per studio); l'età media dei pazienti variava da 60 a 75 anni. Cinque studi includevano pazienti con BPCO di grado da moderato a molto grave, e sei includevano solo pazienti con BPCO grave o molto grave. Tutti gli studi si sono concentrati sull'adattamento dell'intervento ai pazienti al fine di migliorare la compliance al trattamento. Gli interventi sono stati proposti come “pacchetti” ed erano combinazioni di singoli interventi; nessuno studio ha incluso gli stessi identici interventi. Tutti gli studi includevano un intervento che comprendeva la valutazione dei bisogni del paziente e il contatto programmato con il personale sanitario competente. Tutti gli studi includevano pazienti seguiti dal proprio medico di famiglia. Il controllo post-dimissione variava da sette giorni alla fine del follow-up. Il tasso di riammissione è stato riportato a 30, 90, 180 e/o 360 giorni di follow-up. I dati rilevanti sono stati sintetizzati in una meta-analisi, e sulla base del tasso di eventi sono stati calcolati la riduzione del rischio relativo (RRR), la riduzione del rischio assoluto (ARR), il numero necessario per il trattamento (NNT) e il rischio relativo (RR) con intervalli di confidenza del 95% (CI).
Gli interventi in questo studio sono stati in generale raggruppati in tre categorie in base a quando l'intervento era stato eseguito.
La pianificazione pre-dimissione (in ospedale) include: l’infermiere di coordinamento, informazioni ai servizi di assistenza primaria (infermiere e/o medico di base), informazioni all'infermiere di riferimento, piano di assistenza personalizzato, programma educativo sull'autogestione, coinvolgimento attivo dei pazienti e dei caregiver nel processo di pianificazione della dimissione o riunione sul caso.
La pianificazione post-dimissione (a domicilio) include: visita a domicilio da parte dell’operatore dell'ospedale (coordinatore), visita a casa dell'infermiere di riferimento, telefonate di follow-up avviate dall’operatore dell'ospedale, numero diretto diurno dal lunedì al venerdì, notturno 24–7, teleassistenza, ambulatorio, coinvolgimento attivo dei pazienti e programma di esercizi.
Il collegamento (attività che copre i periodi pre e post-dimissione) include: visite domiciliari da parte dell'operatore che coordina la dimissione e dell’operatore di riferimento, il supporto da parte di infermieri specializzati ai pazienti e all’operatore di riferimento, operatori sanitari che erogano assistenza tramite call center sul web, supporto di teleassistenza al paziente e al personale di riferimento e coordinamento del piano del paziente tra territorio e specialista ospedaliero. Tutti gli studi hanno utilizzato diverse combinazioni di queste attività.
Le grandezze assolute della dimensione dell'effetto complessivo sono state: per la riduzione delle riammissioni al follow-up di 30 giorni (RR) 0,67 (95% CI: 0,45-0,98), per la riduzione delle riammissioni al follow-up di 180 giorni (RR) 0,74 (95% IC: 0,51-1,08).
Nonostante una serie di interventi innovativi in studi ben condotti, non è stato possibile identificare un singolo "pacchetto" di interventi che potebbre essere raccomandato in futuro.

Conclusioni

Sulla base di evidenze di qualità da moderata a bassa, la revisione sistematica supporta il sostegno post-dimissione pianificato e strutturato, e degli interventi nei pazienti con BPCO per ridurre significativamente il tasso di riammissione entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera. Sembra che il rischio di essere riammessi possa essere ridotto se i pazienti ricevono una pianificazione e un supporto sistematico delle dimissioni, tuttavia l'analisi non è stata in grado di identificare un singolo insieme di interventi che potrebbe essere raccomandato.

Implicazioni per la pratica

Questa revisione ha trovato evidenze di qualità da moderata a bassa per raccomandare una pianificazione sistematica della dimissione e supporto e interventi post-dimissione, ma nessuna evidenza per raccomandare un intervento specifico o un gruppo di interventi. Sembra che gli interventi che supportano i pazienti, combinati con le risorse locali, possano ridurre il rischio di riospedalizzazione.

Efficacia del supporto post-dimissione pianificato e strutturato ai pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva per ridurre le riammissioni ospedaliere

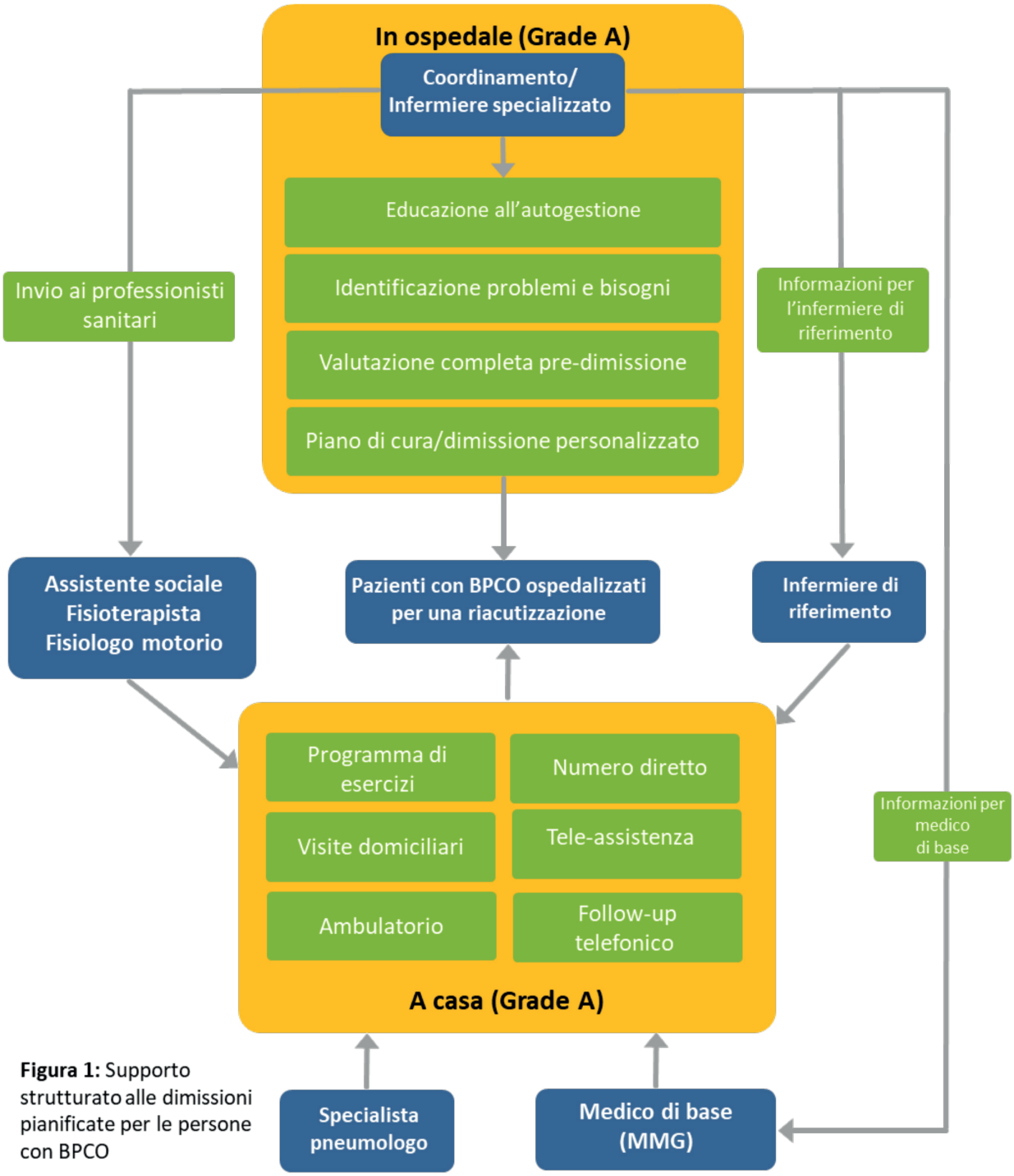

Figura 1: Supporto strutturato alle dimissioni pianificate per le persone con BPCO

Partecipanti	Partecipante/attore, ad es. uno specifico professionista sanitario, un gruppo di pazienti	Azione	Azione suggerita che può essere intrapresa e suo grado di raccomandazione.
Condizione/Diagnosi o Presentazione	Condizione o diagnosi, ad es. 'ferita acuta' or condizione specifica insorta, es. 'infezione'.	Contesto	Contesto specifico o situazione, ad es. 'reparto di emergenza' o 'ambulatorio di telemedicina'.

Bibliografia

1. Pedersen PU, Ersgard KB, Soerensen TB, Larsen P. Effectiveness of structured planned post discharge support to patients with chronic obstructive pulmonary disease for reducing readmission rates: a systematic review. JBI Database System Rev Implement rep. 2017;15(8):2060-86.

Autore del riassunto

Ashley Whitehorn[1]

[1] The Joanna Briggs Institute

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato sviluppato dal Joanna Briggs Institute. Inoltre, questo foglio informativo è stato esaminato dai referenti degli International Joanna Briggs Collaborating Centers.

.

Autori della traduzione italiana

Lucia Mauro[a], Claudia Lorenzetti[a] , Maria Matarese[b]
[a] Azienda ospedaliera S.Camillo-Forlanini, Roma
[b] Università Campus Bio-medico di Roma
[a, b] Esperti CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group

Centre of Excellence for Nursing Scholarship

JBI
CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship
A JBI Affiliated Group

Direttore Stefano Casciato

Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Whitehorn A. Effectiveness of structured planned post discharge support to patients with chronic obstructive pulmonary disease for reducing readmission rates. [Best Practice Information Sheets]. Joanna Briggs Institute EBP Database. 2019; 21(1):1-4.

JBI

This Best Practice Information Sheet was developed by JBI and derived from the findings of a single systematic review published in JBI Evidence Synthesis. Each Best Practice Information Sheet has undergone a two stage peer review by nominated experts in the field.

Note: The information contained in this Best Practice Information Sheet must only be used by people who have the appropriate expertise in the field to which the information relates. While care has been taken to ensure that this Best Practice Information Sheet summarizes available research and expert consensus, any loss, damage, cost or expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on this information (whether arising in contract, negligence, or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded.

Copyright © 2019 JBI

© JBI 2019. JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au | https://jbi.global