



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimenti di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**Le responsabilità e il ruolo dell'infermiere nel corretto
utilizzo della scheda BRASS in ambito di dimissioni
protette**

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatore: Prof. Corso Barbara

Correlatore: Dott.ssa Tormena Deborah

Laureando: Antoniol Elisa

(MATRICOLA n°:2010436)

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

ABSTRACT

Background: La definizione di standard minimi di azione e l'unificazione di un percorso di dimissione protetta su scala regionale hanno fornito indicazioni precise per quanto riguarda i ruoli e le funzioni dei vari professionisti sanitari, in particolare modo dell'infermiere che in questo percorso assume un ruolo cruciale per il buon funzionamento della procedura.

Obiettivo: Analizzare quali siano i principali interventi e le linee guida per quanto riguarda il percorso del paziente fragile: il suo riconoscimento, la presa in carico, fino alla dimissione per avere il più idoneo piano di cura individualizzato.

Materiali e Metodi: È stata effettuata una revisione della letteratura tramite le principali banche dati internazionali, ricercando materiali inerenti all'argomento e facendo una descrizione di cosa il nuovo Decreto n°31 del 2023 richieda per ottimizzare il percorso di dimissione protetta.

Risultati: La letteratura scientifica sottolinea come le procedure di dimissione protetta, se ben programmate, favoriscano una continuità assistenziale migliore, agevolando il rientro a domicilio del paziente con agganci a servizi territoriali oppure seguendolo in una istituzionalizzazione o percorso riabilitativo.

L'analisi del decreto evidenzia come, con l'introduzione di una nuova procedura, ci sarà una consapevolezza maggiore da parte di tutte le figure professionali nell'individuare, con l'aiuto di apposite scale, pazienti a rischio di dimissione difficile e di come la loro continuità assistenziale verrà gestita rispettando precisi tempi di azione, programmando percorsi personalizzati in continuo aggiornamento in base alla condizione del paziente.

Conclusioni: Si può sottintendere come l'aumento di ricoveri con esiti di dimissione protetta abbia reso fondamentale l'introduzione di un percorso che monitori il paziente in tutti i suoi passaggi durante il ricovero ma soprattutto al momento della dimissione.

L'infermiere è il punto di partenza per il corretto innesco e funzionamento di tale percorso, facendosi carico di responsabilità sempre più marcate durante questo processo.

Parole chiave: *Blaylock Risk Ass, disability, frailty, comorbidity, Protective discharge, dimissioni protette.*

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 3
CAPITOLO PRIMO: LA DIMISSIONE PROTETTA.....	pag. 5
1.1 DEFINIZIONE.....	pag. 5
1.2 CRITERI PER IDENTIFICARE IL SOGGETTO FRAGILE A RISCHIO DI DIMISSIONE PROTETTA.....	pag. 7
1.3 FASI PRINCIPALI DELLA DIMISSIONE PROTETTA.....	pag. 9
1.4 RUOLO DELL' INFERMIERE.....	pag. 11
CAPITOLO SECONDO: NORMATIVA REGIONALE.....	pag. 13
2.1 PERCORSO UNICO REGIONALE PER LA DIMISSIONE PROTETTA	pag. 13
2.2 BENEFICI NELL'APPLICAZIONE DELLA NUOVA NORMATIVA.....	pag. 15
2.3 RUOLO E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE NELLA PRESA IN CARICO.....	pag. 17
2.4 INDICATORI E POSSIBILI RISULTATI ATTESI.....	pag. 21
CAPITOLO TERZO: MATERIALI E METODI.....	pag. 23
3.1 MATERIALI E METODI DELLA REVISIONE.....	pag. 23
CAPITOLO QUARTO: RISULTATI.....	pag. 25
4.1 RISULTATI.....	pag. 25
CAPITOLO QUINTO :DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	pag. 29
5.1 DISCUSSIONE	pag. 29

5.2 CONCLUSIONI.....pag. 31

BIBLIOGRAFIA, RIFERIMENTI NORMATIVI

ALLEGATI

INTRODUZIONE

L'interesse per quanto riguarda il percorso di dimissione ospedaliera protetta ha iniziato a comparire in me dopo aver svolto una parte del mio tirocinio formativo nella Centrale Operativa Territoriale dell'ospedale di Feltre.

In questo periodo di tirocinio ho realmente compreso quanto lavoro e quanti professionisti siano coinvolti quando un paziente fragile viene dimesso. Mi ha incuriosita come partendo dalla compilazione di una singola scheda, si attivino più servizi e una serie di valutazioni multidisciplinari incentrate e finalizzate al corretto riconoscimento dei bisogni del paziente in fase di gestione e dimissione.

Molto spesso noi come studenti non comprendiamo appieno l'importante lavoro dietro alla frase "domani il paziente verrà dimesso ed andrà ...", credo che questo tirocinio mi abbia aiutata ad avere un più completo quadro di tutte le fasi che un paziente attraversa durante la sua ospedalizzazione.

La dimissione ospedaliera rappresenta un momento cruciale nella gestione delle cure sanitarie di un paziente. È il passaggio in cui il paziente fa il suo ritorno alla vita quotidiana, dopo aver ricevuto cure ospedaliere per una malattia o un intervento chirurgico. Tuttavia, nonostante la sua importanza, la dimissione ospedaliera può essere un periodo di vulnerabilità per i pazienti, con il rischio di complicazioni, errori di comunicazione e mancanza di coordinamento tra i vari attori coinvolti nella cura del paziente. Questo è particolarmente critico in un'epoca in cui l'assistenza sanitaria sta diventando sempre più complessa e il ricorso all'ospedalizzazione è in costante aumento.

Inoltre per quanto riguarda l'Azienda ULSS 1 Dolomiti, dal 3 aprile 2023 è stata introdotta una nuova direttiva regionale che, fornendo indicazioni generali per la redazione di specifiche procedure aziendali, vuole uniformare in tutta la regione una linea comune per quanto riguarda: procedure aziendali, continuità assistenziale e costante monitoraggio delle Centrali Operative Territoriali.

In definitiva, questa tesi si propone l'obiettivo di contribuire alla comprensione dell'importanza della dimissione ospedaliera protetta nell'ambito dell'assistenza sanitaria contemporanea e di fornire indicazioni pratiche di come sia migliorato il processo di dimissione a beneficio dei pazienti, delle loro famiglie e della comunità medica facendo un'analisi di cosa il nuovo Decreto n.31 del 03 Aprile 2023 comporti in ambito di dimissioni protette e che obiettivi si pone di raggiungere questa nuova normativa.

CAPITOLO PRIMO: LA DIMISSIONE PROTETTA

1.1 DEFINIZIONE

Le dimissioni ospedaliere protette sono un modello assistenziale che si è sviluppato negli ultimi decenni, in risposta alle esigenze di una popolazione sempre più anziana e con patologie croniche.

Le dimissioni ospedaliere protette sono un modello assistenziale che ha origine negli Stati Uniti negli anni '70. In quel periodo, si iniziò a riconoscere l'importanza di garantire una continuità assistenziale tra l'ospedale e il setting assistenziale di destinazione, al fine di ridurre il rischio di re-ospedalizzazione e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

In Italia, le dimissioni ospedaliere protette sono state introdotte negli anni '80. In un primo momento si trattava di un modello assistenziale sperimentale, che veniva applicato solo in alcuni ospedali. Negli anni '90, le dimissioni ospedaliere protette hanno iniziato a diffondersi in modo più capillare, grazie anche alla pubblicazione di linee guida e protocolli operativi.

La dimissione protetta è un concetto che si riferisce a un processo di dimissione ospedaliera attentamente pianificato e gestito al fine di garantire una transizione sicura ed efficace del paziente dall'ambiente ospedaliero al suo ambiente domestico o ad un'altra forma di assistenza post-ricovero. Questo processo si concentra sulla prevenzione di complicazioni, la gestione delle cure post-ricovero e il coinvolgimento attivo del paziente e del suo team di assistenza sanitaria.

Questo concetto è stato sviluppato per ridurre al minimo i rischi e le complicanze che possono sorgere durante questa fase critica del percorso di cura. Le dimissioni ospedaliere possono essere momenti di grande fragilità per i pazienti, poiché spesso comportano il passaggio da un ambiente altamente supervisionato e medicalizzato ad uno meno controllato, con conseguenti rischi legati alla gestione della terapia, alla comprensione delle istruzioni mediche e all'accesso ai servizi di follow-up.

Le dimissioni ospedaliere protette sono particolarmente importanti per i pazienti anziani, quelli con malattie croniche o complesse, e per coloro che richiedono cure a lungo termine.

Questo approccio mira a migliorare la qualità delle cure, riducendo le riammissioni ospedaliere non necessarie e migliorando l'esperienza complessiva del paziente durante la transizione dalla struttura ospedaliera alla sua dimissione.

In conclusione, le dimissioni ospedaliere protette sono un modello assistenziale efficace per garantire un passaggio sicuro ed indolore dal ricovero in ospedale al rientro a casa o in struttura.

1.2 CRITERI PER IDENTIFICARE IL SOGGETTO FRAGILE A RISCHIO DI DIMISSIONE PROTETTA

Il percorso di segnalazione e dimissione protetta è rivolto a tutti i pazienti definiti *fragili*.

Il paziente fragile è un paziente vulnerabile, un paziente che molte volte è affetto da malattie croniche complesse, con presenza di comorbidità, instabilità clinica, politerapia e con ridotta autosufficienza, in alcuni casi si possono aggiungere problematiche sociali e familiari che ne rendono ancor più difficile la gestione.

Ma come si identificano e classificano i pazienti fragili?

Lo strumento utilizzato è la Scala di BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) che *“identifica i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata con la conseguente necessità di pianificare la dimissione protetta”*. Mennuni *et al.*(2016).

La scheda BRASS comprende una scala con un punteggio che parte da 0 ed arriva ad un massimo di 40 punti ,suddivisi in 10 elementi, più il punteggio risulterà alto più la dimissione sarà difficoltosa.

I 10 criteri della BRASS sono l'età del paziente, la condizione di vita/supporto sociale, lo stato funzionale, lo stato cognitivo, il modello comportamentale, la mobilità, i deficit sensoriali, il numero di ricoveri precedenti/visite al pronto soccorso, il numero di problemi clinici attivi e il numero di farmaci assunti.

Da 0-10 il punteggio risulta a basso rischio fra cui rientrano soggetti che non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione oppure pazienti con disabilità limitata

Da 11-19 rientriamo nella categoria a medio rischio con soggetti legati a situazioni cliniche complesse ma che non richiedono istituzionalizzazione post-dimissione.

Con punteggio maggiore di 20 si parla di soggetti ad alto rischio, con problematiche rilevanti che richiedono continuità di cura in strutture riabilitative o a lunga degenza o residenziali.

1.3 FASI PRINCIPALI DELLA DIMISSIONE PROTETTA

Come riportato nel “Trattato di Cure Infermieristiche” di Saiani e Brugnolli (2013) le fasi principali nell’individuazione di piani assistenziali personalizzati sono:

- ° *Elaborazione di un piano scritto;*
- ° *Attivazione di servizi e risorse;*
- ° *Accrescere la collaborazione e adesione del paziente al piano di cura tramite delle strategie;*
- ° *Documentazione di obiettivi ed interventi, e valutare l’efficacia degli insegnamenti.*

Il documento fondamentale per un passaggio adeguato di queste informazioni è la lettera di dimissione.

Gli standard minimi per la corretta compilazione della lettera di dimissione sono stati stabiliti da organismi nazionali ed internazionali in maniera da evitare che essa risulti incompleta e perciò meno efficace

Nella lettera di dimissione devono essere riportati:

1. Identificazione del paziente;
2. Data di ricovero e di dimissione;
3. Diagnosi d’ingresso e motivazione del ricovero;
4. Diagnosi di dimissione;
5. Problemi attivi in dimissione;
6. Trattamento ricevuto;
7. Prognosi;
8. Lista completa e revisionata dei farmaci;

9. Informazioni sui farmaci sospesi o iniziati durante il ricovero e motivazioni;

10. Appuntamenti di follow-up,

11. Contatti dello staff medico,

12. Contatti del caregiver.

Altre raccomandazioni per una corretta completezza della lettera di dimissione sono:

- Un sommario per la dimissione, sia medico sia infermieristico, dovrebbe iniziare ad essere compilato all'ingresso del paziente ed aggiornato nel corso del ricovero, preferenzialmente su modulistica elettronica.
- La lettera di dimissione deve rispondere ai criteri minimi standard ed essere redatta su moduli standardizzati.
- La valutazione multidimensionale infermieristica e gli interventi educativi/informativi espletati per il paziente e il caregiver.

Nei capitoli successivi verrà discusso come l'infermiere deve agire e collaborare con le altre figure professionali in ambito di dimissioni protette.

1.4 RUOLO DELL' INFERMIERE

Quando si parla di dimissione protetta non agisce mai un solo infermiere ma c'è un lavoro di equipe fra :

- infermiere di reparto;
- infermiere Case Manager di reparto;
- infermiere Case Manager dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- infermiere Case Manager delle Cure Palliative;
- infermiere di COT (Centrale Operativa Territoriale).

Nello specifico, andando ad analizzare il loro ruolo ad uno ad uno si ha che l'infermiere di reparto in primis prende in carico il paziente e la sua rete relazionale sul piano di autocura e assistenza, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico, inoltre ricopre un ruolo iniziale per la segnalazione di possibili dimissioni difficili con l'utilizzo della scheda BRASS.

L' infermiere Case Manager di reparto che si interfaccia con il paziente, gli infermieri, il medico di reparto e i familiari per avere un confronto e comprendere ciò che verrà fatto con il paziente in caso di dimissione (es. ipotesi di istituzionalizzazione ,richieste ausili, aggancio con i servizi del territorio).

Infermiere Case Manager dell'ADI che, dopo aver raccolto le segnalazioni di schede BRASS, ne valuta la possibile presa in carico da parte di un servizio assistenziale infermieristico domiciliare, occupandosi del percorso individuale di cura della persona malata, creando dunque un processo assistenziale tarato sul singolo paziente e agevolandone il rientro al domicilio.

Infermiere Case Manager delle Cure Palliative che si attiva in caso di segnalazione di paziente oncologico o di paziente richiedente una terapia del dolore se possibile a domicilio, oppure di un follow-up per un periodo di degenza in Hospice.

Nella parte finale di questo processo abbiamo l'infermiere di COT, che oltre a raccogliere le segnalazioni di schede BRASS coordina il team multidisciplinare nel processo di pianificazione della dimissione, creando collegamenti con le Istituzioni territoriali che interverranno nella fase successiva alla dimissione.

Fondamentale nella gestione di tali processi, l'infermiere della COT è un professionista che svolge un ruolo di collegamento tra l'azienda e i servizi sociali e sanitari territoriali per la gestione clinica dei casi complessi (ad es. pazienti terminali, pazienti anziani o da riabilitare). Tale figura gestisce un modello organizzativo assistenziale che si prende cura del paziente durante la fase della sua malattia con riferimento alla continuità delle cure. Basandoci sulle ricerche della bibliografia, per quanto riguarda le competenze attese dall'infermiere troviamo che: *“Con una maggiore conoscenza sui determinanti e sulle componenti della fragilità, e sulle relazioni tra di essi, gli infermieri possono dare un contributo considerevole alla prevenzione di esiti avversi negli anziani fragili.”* (Robbert J Gobbens. 2012).

Quindi si può dire che il ruolo dell'infermiere, ancor prima delle mansioni sovra riportate, si basa in primis sull'assistenza e prosegue poi con la progettazione personalizzata di un piano terapeutico basato sulle capacità e conoscenze di ciascun paziente, attivando così un più idoneo piano terapeutico, dando anche importanza al ruolo che i familiari e i caregiver ricoprono nell'assistenza del paziente, informandoli e aiutandoli a comprendere la situazione clinica del paziente e delle ipotesi di dimissione (es: eventuale istituzionalizzazione, richiesta ausili, aggancio con i servizi del territorio etc.).

CAPITOLO SECONDO: NORMATIVA REGIONALE

2.1 PERCORSO UNICO REGIONALE PER LA DIMISSIONE PROTETTA

Con l'emanazione del nuovo Decreto Regionale n.31 del 03 Aprile 2023 si evidenzia la necessità di assicurare un intervento omogeneo nella Rete integrata dei servizi per garantire una più efficiente continuità assistenziale per la persona fragile di qualsiasi età al momento della dimissione ospedaliera.

La procedura si applica a tutte le dimissioni presso le Unità Operative dell'AULSS 1 Dolomiti.

Essa è principalmente rivolta a persone anziane ma può essere applicata anche a utenti di ogni età che richiedono passaggi fra i nodi della rete ospedale-servizi territoriali come ad esempio pazienti che necessitano di interventi riabilitativi o di educazione terapeutica, con neoplasie in fase terminale, con complessità sanitaria che presentano pluripatologie e/o problemi di funzioni vitali che richiedono dispositivi tecnologici di sostituzione (es. persone portatrici di stomie, con nutrizione artificiale, con insufficienza respiratoria non necessariamente ventilata assistita).

Vengono inoltre evidenziati soggetti: con complessità assistenziali, affetti da disabilità, con una mancata autonomia nelle attività di vita quotidiana, richiedenti un rilevante supporto o utilizzo di dispositivi fisici, con particolari complessità sociali e/o relazionali (inadeguata abitazione, nucleo familiare non idoneo o un difficoltà nell' accedere ai servizi, difficile fruizione dei trasporti, altro).

Il percorso di dimissione protetta sopra descritto si articola in 5 fasi che comprendono: l'identificazione precoce della persona eleggibile alla dimissione protetta, la segnalazione alla COT, una valutazione multidisciplinare seguita dalla definizione di un progetto con pianificazione di dimissione per poi concludersi con l'effettiva dimissione.

Per garantire standard minimi Regionali che l'Azienda dovrà ottenere, ogni operatore coinvolto è tenuto a saper utilizzare gli strumenti definiti nel Decreto stesso, con tempistiche e modalità corrette.

2.2 BENEFICI NELL'APPLICAZIONE DELLA NUOVA NORMATIVA

Unificare le procedure di dimissione protetta offre numerosi benefici, sia per i pazienti sia per il sistema sanitario in generale.

Le direttive definite nel Decreto n°31 redatto il 3 Aprile 2023 erano da applicare entro il 31 Agosto 2023.

Non tutte le centrali operative nel territorio in precedenza lavoravano con le stesse metodologie e procedure, quindi questo nuovo decreto non ha lo scopo di imporre una metodologia di lavoro definita e uguale per ogni ULSS ma si propone di fornire delle linee guida che possano essere adattate da ogni ULSS della regione in base alle proprie necessità ma mantenendo comunque un'omogeneità di intervento nella Rete Integrata dei Servizi. Ciò consente di avere nel territorio standard minimi di prestazione riconoscibili in ogni ULSS della regione Veneto, ma rivisitati in base alle modalità di intervento della singola Azienda.

Riassumendo, l'unificazione delle normative in ambito di dimissioni protette ospedaliere porterebbe ad una serie di benefici tra i quali:

- Migliore omogeneità delle procedure e degli standard di qualità: le dimissioni protette sarebbero erogate secondo criteri uniformi su tutto il territorio regionale, garantendo un'assistenza di qualità equamente accessibile a tutti i pazienti.
- Migliore integrazione tra ospedale e territorio: le dimissioni protette sarebbero un'occasione per rafforzare la collaborazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali, favorendo un passaggio più fluido dal ricovero al domicilio.
- Riduzione dei costi: le dimissioni protette possono contribuire a ridurre i costi sanitari, in quanto possono prevenire le riammissioni ospedaliere e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

L'unificazione delle normative in ambito di dimissioni protette ospedaliere è una misura importante per migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti, garantendo

lo stesso percorso di dimissione ad un paziente indipendentemente dall'ospedale in cui è ricoverato.

2.3 RUOLO E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE NELLA PRESA IN CARICO

Come esplicito in precedenza le dimissioni protette rappresentano un modello assistenziale che prevede il passaggio programmato e concordato di un paziente dal ricovero in ospedale ad un altro setting assistenziale, come la casa o una struttura residenziale. Questo modello si applica in accordo con il paziente e prevede un coordinamento tra il medico curante e i servizi sanitari del territorio di appartenenza.

L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nelle dimissioni protette. È responsabile della valutazione del paziente e della sua famiglia, al fine di identificarne i bisogni assistenziali e di pianificare il percorso di dimissione. L'infermiere si occupa inoltre di fornire al paziente e alla famiglia informazioni e supporto, al fine di facilitare il processo di adattamento al nuovo setting assistenziale.

In questa nuova normativa per ogni fase in precedenza descritta è definito ciò che ogni infermiere deve fare in relazione al contesto in cui si trova.

Nella fase 1 l'infermiere di reparto è responsabile dell'identificazione del soggetto fragile e a rischio di dimissione difficile.

L'infermiere è il professionista sanitario che ha il maggior contatto con il paziente e la sua famiglia, e che può quindi raccogliere le informazioni necessarie per valutare il rischio di dimissione difficile.

L'identificazione precoce dei soggetti a rischio di dimissione difficile è fondamentale per garantire un passaggio sicuro e indolore dal ricovero in ospedale al rientro a casa o in struttura.

Identificare i soggetti a rischio di dimissione difficile consente all'infermiere e al team di assistenza sanitaria di adottare misure preventive, come l'assegnazione di risorse aggiuntive, la pianificazione anticipata della dimissione e il coinvolgimento di servizi sociali o di assistenza domiciliare, al fine di migliorare l'outcome del paziente e ridurre il rischio di riammissioni premature.

La normativa prevede che entro le 72 ore dall'ingresso del paziente esso venga identificato con l'ausilio della scala di BRASS e l'infermiere ne segnali le caratteristiche tramite applicativo informatico, in tempo reale, a tutti gli attori del processo così da consentirne il tracciamento e il monitoraggio del percorso.

Entro le 24 ore dalla segnalazione deve essere fatta una valutazione preliminare che comprende: scheda SVAMA, scala di Braden, accertamento infermieristico, scheda della presa in carico del servizio di cure palliative (in caso di paziente oncologico) e consulenza di eleggibilità.

Entro le 48/72 ore deve essere fatto il completamento della valutazione preliminare così da poter passare ad una pianificazione e stesura di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e la convocazione di un'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVMD) ove previsto.

Tutto ciò porterà poi all'assegnazione di un Setting territoriale (Residenze Sanitarie Assistenziali, ADI, Ospedale di Comunità, Hospice etc.) che sarà individuato grazie ad un continuo monitoraggio, da parte della COT, dell'attivazione del percorso, il suo decorso e l'esito finale.

Durante la segnalazione che ritroviamo nella Fase 2 del decreto, troviamo l'infermiere Case Manager dell'unità operativa di degenza del paziente che, in collaborazione con il Medico, avvia il percorso di segnalazione del paziente a rischio di dimissione difficile. Entrambi collaborano inoltre, ove presente, con l'assistente sociale ospedaliero che effettua un colloquio preliminare con il paziente, o il suo caregiver, a scopo informativo per rilevare la presenza di una rete familiare di supporto, informare sulla rete dei servizi che il territorio offre e condividere un'iniziale ipotesi di progetto assistenziale post-degenza. Nella segnalazione viene utilizzata una scheda sintetica di segnalazione con dei campi obbligatori che forniscono un quadro del paziente che però possono essere ampliati in base alle necessità dell'Azienda.

La scheda sintetica di segnalazione informatizzata ha come caratteristica quella di essere dinamica, ovvero essa consente di aggiornare le informazioni in qualsiasi momento durante il ricovero.

Nella fase 3 di valutazione preliminare vi sono strumenti e scale di valutazione (Scala di Braden, consulenze di eleggibilità etc.) a carico dell'infermiere e in collaborazione con il medico.

La corretta compilazione degli strumenti di valutazione è un'importante responsabilità dell'infermiere.

L'infermiere deve essere in grado di raccogliere le informazioni necessarie per una valutazione accurata e di compilare gli strumenti in modo completo e corretto.

La corretta compilazione degli strumenti di valutazione è importante per garantire la sicurezza del paziente mentre, una valutazione accurata, consente di: identificare i bisogni assistenziali del paziente, pianificare un percorso di dimissione appropriato e migliorare la qualità dell'assistenza (dato che una valutazione accurata consente di fornire al paziente un'assistenza personalizzata e di prevenire le possibili complicanze).

Nella penultima fase descritta, ovvero al momento della Definizione del progetto e la Pianificazione della dimissione, come fondamenta troviamo tutte le valutazioni cliniche, funzionali, assistenziali e sociali eseguite dall'infermiere di reparto e dai professionisti dell'Unità Operativa di degenza o del territorio.

Questo Team multidisciplinare ha come obiettivo quello di definire chi dovrà prendere in carico l'ipotesi di progetto assistenziale post-dimissione.

Per raggiungere questa decisione viene notificata alla COT che si occupa della supervisione e del monitoraggio dei percorsi e di verifica degli stessi, conducendo così al termine l'ultima fase di dimissione e verifica dell'esito.

L'esito di una dimissione protetta è un indicatore importante della qualità dell'assistenza. Un esito positivo è un segno che il percorso di dimissione è stato efficace e che il paziente è in grado di rientrare a casa o in struttura in condizioni di sicurezza e con un adeguato livello di assistenza con un basso rischio di futuro ricovero.

La dimissione può concludersi con: il rientro a domicilio con eventuale attivazione di servizi di Cure Domiciliari, inserimento in Ospedale di comunità, inserimento in Unità Riabilitativa Territoriale, ingresso in Hospice o ingresso in Struttura Residenziale Protetta.

In questa fase la collaborazione con l'assistente sociale è fondamentale per un ulteriore supporto al paziente e ai caregiver agevolandone l'accesso ai servizi territoriali.

Durante e dopo questo processo l'infermiere della COT ha il dovere di effettuare un continuo monitoraggio della situazione e del contesto clinico del paziente, saper rilevare situazioni particolari che possano condizionare i tempi di dimissione e di notificare a tutte le parti della data di dimissione e sul progetto fungendo così da intermediario fra le varie figure ed istituzioni.

2.4 INDICATORI E POSSIBILI RISULTATI ATTESI

Per valutare l'efficacia di questa nuova normativa in relazione al ruolo svolto dall'infermiere e dall'equipe multidisciplinare la regione del Veneto, con il supporto di Azienda Zero, monitora il percorso unico regionale tramite indicatori e strumenti. Fra di essi troviamo: la presenza di un infermiere Case manager o referente per le dimissioni protette in ogni Unità Operativa di degenza così da garantire una copertura nei vari reparti per il riconoscimento di pazienti a rischio di dimissione protetta e la formazione del personale sanitario per incrementare una tempestiva identificazione e segnalazione del paziente a rischio attraverso il più consapevole utilizzo degli strumenti per il riconoscimento e le tempistiche in cui essi vanno utilizzati. A tale scopo la Regione prevede una formazione sul campo (strumenti e servizi territoriali) dei professionisti coinvolti nel processo di dimissioni che in 3 anni dovrebbe arrivare al 70% .

Come indicatore di risultato il piano prevede che in 3 anni si raggiunga il 90% di pazienti con ipotesi di progetto alla dimissione confermato dal progetto terapeutico sul totale dei soggetti segnalati.

Ciò significa che in 3 anni, l'infermiere, svilupperà una propria ipotesi di dimissione attraverso la scheda sintetica di segnalazione sempre più affine al progetto terapeutico sviluppato in equipe con le figure professionali del percorso di dimissione.

Se tale percentuale sarà raggiunta la nuova normativa avrà effettivamente portato benefici alle ULSS della Regione, fornendo loro linee guida per un percorso di dimissione protetta che i vari distretti hanno applicato, e adattato individualmente in base alle singole esigenze, fornendo un servizio più definito e completo.

CAPITOLO TERZO: MATERIALI E METODI

3.1 MATERIALI E METODI

Lo scopo di questa tesi è quella di analizzare e comprendere il ruolo dell'infermiere nel percorso di dimissione del paziente fragile seguendo le nuove direttive regionali secondo il Decreto n°31 del 2023 e di riflettere su che benefici che esso comporta.

A tal proposito è stata condotta una ricerca bibliografica, che per analizzare cosa la letteratura offre in ambito di dimissioni protette e il confronto di queste con la nuova normativa della regione Veneto.

La letteratura è stata effettuata partendo dal problema precedentemente riportato, con la costruzione del quesito di ricerca:

- Cosa si intende per dimissione protetta?
- Quali sono gli interventi infermieristici in relazione alle dimissioni protette?
- In che modo la nuova normativa regionale va a modificare la precedente procedura?

Per lo svolgimento della revisione della letteratura sono stati elaborati 3 elementi del metodo PICO. (Tabella I).

Tabella I. PICO.

PICO	
P	PAZIENTE FRAGILE
I	NUOVA NORMATIVA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE FRAGILE AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE
C	////
O	DIMISSIONE PROTETTA PIU' OMOGENEA NELLA REGIONE

Per questo lavoro sono stati consultati gli articoli scientifici presenti nel database online "PubMed" utilizzando le seguenti parole chiave: Blaylock Risk Ass, disability, frailty, comorbidity, Protective discharge combinate con gli operatori booleani. (Tabella II).

I criteri di selezione degli articoli erano: popolazione adulta, lingua inglese o italiano con arco temporale di 8 anni dal 2011 al 2020 (escludendo articoli inerenti alle dimissioni in

epoca COVID-19), pubblicazione con la presenza del full text, studi riferiti alla popolazione umana.

CAPITOLO QUARTO: RISULTATI

4.1 RISULTATI

Per questa tesi sono stati trovati 80 articoli, di cui 4 sono stati utilizzati (e sono riportati nell' Allegato 1), poiché considerati pertinenti alle caratteristiche di inclusione di questa tesi. (Tabella II)

Tabella II. Risultati di ricerca.

Stringhe di ricerca	Articoli reperiti	Articoli selezionati
Blaylock Risk Assessment Screening Score	7	1
(disability)AND (frailty)AND (comorbidity)	32	2
Protective discharge	45	1

Il materiale reperito mira a fornire definizioni e spiegazioni per quanto riguarda la figura dell' infermiere in relazione al tema trattato e offrire una chiave di lettura della BRASS, descrivendo com'è strutturata e dando un' interpretazione al punteggio ottenuto dopo la sua compilazione.

La ricerca della letteratura ha fornito le basi per quanto riguarda la definizione e la descrizione del paziente fragile, l'inquadramento del ruolo infermieristico (in generale e successivamente quando si parla di relazione d'aiuto rispetto a casi clinici con dimissione complessa), ed ha fornito indicazioni sugli strumenti che vengono utilizzati nell'approccio al paziente.

Questa raccolta di articoli ha creato una base di partenza facilitando la comprensione del Decreto successivamente analizzato, permettendo un più accurato sviluppo della revisione. Partendo dal concetto di fragilità, descritto da Gobbens *et al.* (2010) come: *“Uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute”* e ripreso da Fried *et al.* (2004) descrivendola come: *“una*

sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza allo stress, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse correlata a pluripatologia, disabilità, rischio di istituzionalizzazione e mortalità”, capiamo come, nella parola ‘fragile’, venga compresa un’ampia categoria di soggetti con problematiche assistenziali multiple che causano uno stato clinico complesso che richiede un lavoro mirato da parte di un’equipe multidisciplinare.

Per la comprensione dello strumento di valutazione BRASS, è stato preso in visione l’articolo di Mauro (2016) che ha descritto: come questa scala di valutazione venga utilizzata, com’è strutturata e come a seguito di compilazione vada poi interpretata, che informazioni si possano ricavare dal punteggio ottenuto dopo la compilazione così da permettere al personale sanitario di avere un quadro del paziente e della sua situazione. Soffermandoci poi sul ruolo dell’infermiere troviamo nella definizione di assistenza infermieristica revisionata negli anni ’60 da Virginia Henderson e pubblicata nel libro “Basic Principles of Nursing Care”:

“Funzione specifica dell’infermiera è quella di assistere l’individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione (o a portarlo a una morte serena); atti che compirebbe da solo se disponesse della forza, della volontà e delle condizioni necessarie, e favorire la sua partecipazione in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza”.

Questa descrizione è poi stata arricchita da Gobbens *et al.* (2012) che ci fa apprendere come le competenze pratico-teoriche dell’infermiere siano incisive e in correlazione con una corretta assistenza, rendendolo in grado di riconoscere ogni bisogno e conseguentemente saper identificare piani di intervento adeguati.

Gobbens *et al.* (2012) fa capire questo tema sostenendo che:

“ Con una maggiore conoscenza sui determinanti e sulle componenti della fragilità, e sulle relazioni tra di essi, gli infermieri possono dare un contributo considerevole alla prevenzione di esiti avversi negli anziani fragili”.

In seguito allo studio degli articoli precedentemente riportati si è creata una base per la comprensione dell’argomento trattato nel Decreto n°31 del 3 Aprile 2023.

Questo Decreto fornisce linee guida per la gestione delle dimissioni protette a livello Regionale così da rendere più omogenee le modalità di intervento all'interno delle ULSS venete.

Esso descrive le fasi principali del progetto e fa capire come l'infermiere sia il punto di partenza per far sì che si attivi la procedura.

Analizzando il testo si può inoltre notare come la collaborazione fra i servizi sul territorio e la COT seguano procedure ben definite e come gli infermieri che ci lavorano fungano da supervisori delle situazioni cliniche dei pazienti, tramite passaggi di informazioni digitalizzate ed aggiornate in tempo reale e come essi abbiano un ruolo intermediario fra Unità Operativa Ospedaliera e servizi presenti sul territorio.

CAPITOLO QUINTO: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 DISCUSSIONE

Le dimissioni ospedaliere protette sono un modello assistenziale che prevede il passaggio programmato e concordato di un paziente dal ricovero in ospedale ad un altro setting assistenziale, come la casa o una struttura residenziale. Questo modello si applica in accordo con il paziente o con il suo caregiver e prevede un coordinamento tra il medico curante e i servizi sanitari del territorio di appartenenza.

L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nelle dimissioni ospedaliere protette. È responsabile della valutazione del paziente e della sua famiglia, della pianificazione del percorso di dimissione e della fornitura di informazioni e supporto.

Essendo il professionista sanitario che ha il maggior contatto con il paziente e la sua famiglia, è quindi in grado di raccogliere le informazioni necessarie per una valutazione accurata.

L'identificazione precoce dei soggetti a rischio di dimissione difficile è fondamentale per garantire un passaggio sicuro dal ricovero in ospedale al rientro a casa o in struttura.

La corretta compilazione degli strumenti di valutazione è importante per garantire la sicurezza del paziente, migliorarne la qualità dell'assistenza e ottimizzare le risorse. L'infermiere deve essere in grado di compilare gli strumenti di valutazione in modo completo ed accurato.

Con questa tesi si può notare come il tema di dimissione ospedaliera protetta stia avendo sempre più rilevanza in quanto si è sentita la necessità di formare un piano omogeneo su base regionale definendo: fasi, tempi d'azione, standard minimi di prestazione, figure professionali e rispettive funzioni e ruoli, così da garantire un servizio mirato sul territorio e personalizzato al paziente, seguendolo passo per passo mettendo a disposizione una vasta rete di servizi incentrata sulle specifiche richieste ed esigenze.

Il punto di partenza è l'infermiere che ricopre un ruolo fondamentale durante tutte le fasi del percorso di dimissione dovendo apprendere l'utilizzo di nuovi strumenti per la segnalazione e la valutazione tenendo conto delle tempistiche che la normativa stabilisce.

In conclusione, le dimissioni ospedaliere protette sono un modello assistenziale efficace per garantire un passaggio sicuro e indolore dal ricovero in ospedale al rientro a casa o in struttura. L'infermiere svolge un ruolo fondamentale in questo processo, attraverso la valutazione del paziente e della sua famiglia, la pianificazione del percorso di dimissione e la fornitura di informazioni e supporto.

Si vuole far notare che l'elaborato svolto presenta dei limiti intrinseci dati dalla scarsità di articoli scientifici inerenti a questo argomento ma soprattutto dal fatto che il Decreto stesso è entrato in vigore ad Agosto e di conseguenza non ci sono attualmente dati rilevanti ai fini della sua valutazione.

5.2 CONCLUSIONI

Nel corso di questa tesi, è stato esaminato in dettaglio il concetto di "Dimissione Ospedaliera Protetta" e il suo ruolo cruciale nel garantire una transizione sicura ed efficace del paziente dal contesto ospedaliero all'ambiente domestico o ad un'altra forma di assistenza post-ricovero.

Da quanto analizzato si evince come l'infermiere in base al contesto lavorativo in cui opera, abbia un ruolo di fondamentale importanza dal riconoscimento iniziale del paziente fragile fino alla dimissione post ricovero; con il Decreto n°31 del 3 Aprile 2023 la Regione Veneto ha voluto riconoscere le responsabilità dell'infermiere riguardo questa tematica.

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Saiani L & amp; Anna Brugnolli A.& amp; S.L. (2013), Trattato di cure infermieristiche. (ed. 2013, Vol.1) , 134. Idelson-Gnocchi

-Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *The Journals of Gerontology: Series A*. 1 marzo 2004;59(3):M255–63.

-Gobbens RJ, Assen MALM van, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. Determinants of Frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*. 1 giugno 2010;11(5):356–64.

-Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Schols JM. Testing an integral conceptual model of frailty. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(9):2047–60.

-Henderson V.(1960), *Basic Principles of Nursing Care*. Amer Nurses Pub (ed. 1 giugno 1997).

-Mauro, Mennuni.(2016). *Gestione della dimissione ospedaliera* (ed. 2016 vol.17),671.Gital Cardiol.

-Wong, S. P., Sharda, N., Zietlow, K. E., & Heflin, M. T. (2020). Planning for a Safe Discharge: More Than a Capacity Evaluation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), 859–866. <https://doi.org/10.1111/jgs.16315>.

-DDR n. 31 del 03/04/2023 All.A “Percorso unico Regionale per la dimissione ospedaliera protetta”.

ALLEGATI - Tabella riassuntiva degli articoli inclusi nella revisione

Allegato 1. Analisi degli articoli selezionati.

Titolo	Tipo di studio	Campione	Obiettivo	Autore	Anno
Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care.	Revisione narrativa.	Popolazione anziana: pluripatologica, con disabilità e/o fragilità	Fornire una base per distinguere le tre condizioni cliniche (comorbilità, fragilità e disabilità) negli anziani e mostrare come conoscerne la loro distinzione possa migliorare la nostra comprensione e dei problemi così da sviluppare migliori strategie di cura.	Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G.	2004

Titolo	Tipo di studio	Campione	Obiettivo	Autore	Anno
Determinants of Frailty.	Studio trasversale.	Un campione rappresentativo di 484 persone residenti in comunità di età pari o superiore a 75 anni.	Determinare quali fattori predicono la fragilità e quali sono i suoi fattori (Fisici, psicologici e sociali) negli anziani in una comunità	Gobbens RJ, Assen MALM van, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA.	2010
Testing an integral conceptual model of frailty.	Studio osservazionale analitico.	Abitanti di una comunità di età pari o superiore a 75 anni.	Testare ipotesi derivate da un modello concettuale di fragilità.	Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Schols JM.	2012
More Than a Capacity Evaluation.	Studio osservazionale analitico.	Pazienti geriatrici con percorso di dimissione protetta.	Identificare le risorse della comunità, accogliendo e sintetizzando informazioni al fine di massimizzare e l'indipendenza per i pazienti fragili.	Wong, S. P., Sharda, N., Zietlow, K. E., & Heflin, M. T	2020