



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**DIMISSIONE PIANIFICATA VS DIMISSIONE PROTETTA: QUALI GLI
ELEMENTI DELLA BRASS MAGGIORMENTE PREDITTIVI PER
INTERCETTARE IL BISOGNO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.
INDAGINE RETROSPETTIVA NELL'AZIENDA ULSS 7.**

Relatore: Dott.ssa Dorigo Mara

Laureanda: Brunello Giulia

Matr. 1045141

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE 1

CAPITOLO 1 – DEFINIZIONE DEI CONCETTI 3

1.1 La continuità assistenziale: aspetti normativi 3

1.1.1 PSSR Veneto 2012-2016: la Centrale Operativa Territoriale (COT)..... 4

1.2 Dimissione ospedaliera e continuità assistenziale 6

1.3 Revisione della letteratura sulla dimissione difficile 8

1.3.1 La dimissione pianificata 10

1.3.2 La dimissione protetta o difficile 10

1.4 Scale di valutazione della complessità della dimissione..... 11

1.4.1 Brass Index 12

CAPITOLO 2 – INDAGINE RETROSPETTIVA AZIENDA ULSS 7..... 15

2.1 Il percorso di segnalazione alla COT del paziente in dimissione 16

2.2 Disegno dello studio 17

2.2.1 Il campione 18

2.2.2 Materiali e metodi 18

CAPITOLO 3 – PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI RISULTATI..... 21

3.1 La popolazione oggetto di indagine 21

3.2 Il campione oggetto di indagine..... 22

3.2.1 Item “Età” 22

3.2.2 Item “Situazione familiare” 23

3.2.3 Items “Stato funzionale” e “Mobilità” 24

3.2.4 Item “Stato Cognitivo” 26

3.2.5 Item “Farmaci assunti prima del ricovero” 27

3.3 Analisi dell’adeguatezza dei nuovi criteri di ammissione alla valutazione 27

3.4 Limiti dell’indagine 29

CONCLUSIONI 31

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

La dimissione ospedaliera viene di norma pianificata al termine di un periodo di ricovero finalizzato alla diagnosi e cura della malattia e all'assistenza della persona malata. Il momento della dimissione rappresenta attualmente una criticità nella gestione assistenziale dell'utente, in particolar modo la dimissione di pazienti "fragili" assume una funzione decisiva per la "continuità assistenziale", in quanto rappresenta il momento nel quale viene assicurata un'attenta valutazione clinico-assistenziale del malato e vengono predisposte le operazioni necessarie, dal punto di vista gestionale, organizzativo ed informativo, per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori.

Attraverso l'introduzione (a partire da luglio 2014) del BRASS Index Modificato in alcune unità operative, la presente indagine ha lo scopo di analizzare il fenomeno delle dimissioni difficili all'interno dell'Azienda ULSS 7.

L'indagine ha coinvolto 124 pazienti segnalati dalle unità operative di Lungodegenza (del Presidio Ospedaliero De Gironcoli di Conegliano), Medicina Maschile (del Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto) e Medicina Generale (del Presidio Ospedaliero di Conegliano), nel periodo gennaio-luglio 2015.

Dopo aver identificato il campione di 75 pazienti, si è proceduto con l'analisi degli items presenti nel Brass Index per identificare la presenza di elementi predittivi di una necessità di continuità delle cure.

Dall'indagine è emersa la presenza di items che possono essere considerati predittivi di una necessità di continuità post-dimissione: in particolar modo alcuni di questi items se simultaneamente presenti nello stesso paziente possono essere utilizzati per la precoce identificazione di tutti i pazienti che necessitano di una progettualità per le cure dopo la dimissione dall'ospedale.

Inoltre, in seguito alla raccolta delle schede Brass svolta nel periodo luglio-dicembre 2014 da parte del Servizio di Cure Primarie, è stato dimostrato come il numero delle richieste e la coerenza delle stesse non fossero pertinenti con la necessità di dimissione protetta.

A partire da gennaio 2015 sono stati quindi introdotti dei criteri di compilazione del Brass Index per ridurre il numero di richieste e aumentarne la pertinenza.

A tal proposito, un'ulteriore parte dell'indagine si è svolta per identificare se l'introduzione dei criteri di compilazione sia stata opportuna e significativa.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è assistito ad un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione. Numerosi fattori hanno contribuito a determinare questo fenomeno: l'aumento dell'età della popolazione ricoverata, l'incremento della frequenza di patologie croniche, l'innovazione tecnologica e la necessità di ridurre la degenza ospedaliera, hanno costretto amministratori ed operatori a riprendere in considerazione il momento della dimissione.

Inoltre nel quadro dei profondi mutamenti che si stanno verificando nell'organizzazione della Sanità Italiana, si profila l'esigenza di un collegamento sempre più integrato tra i diversi servizi socio sanitari che vanno a costituire la rete dei servizi, al fine di coordinare e ottimizzare gli interventi.

Al momento attuale la rete dell'assistenza sanitaria è organizzata con la logica di tanti contenitori che hanno una gestione temporanea del paziente fino alla risoluzione dell'evento che ne ha motivato la presa in carico.

La criticità di questo sistema è data dal passaggio dell'assistito da una struttura all'altra. In particolar modo si rende necessario coordinare il percorso assistenziale dei pazienti complessi per garantire una risposta il più possibile adeguata e continuativa nel tempo.

Partendo da queste considerazioni, si è progettata un'indagine retrospettiva volta ad analizzare il fenomeno delle dimissioni difficili all'interno dell'Azienda ULSS 7.

Nel mese di luglio 2014 l'Azienda ha introdotto all'interno di alcune unità operative l'uso del Brass Index Modificato, uno strumento volto a identificare i pazienti con necessità di dimissione protetta.

La raccolta delle segnalazioni è stata fatta dal Servizio di Cure Primarie per il periodo compreso tra luglio-dicembre 2014, mentre l'indagine retrospettiva argomento della tesi fa riferimento al periodo gennaio-luglio 2015, dopo l'inserimento dei criteri di ammissione alla segnalazione dei pazienti.

Sono state raccolte tutte le segnalazioni pervenute in questo periodo per valutare se i criteri inseriti a partire da gennaio 2015 siano stati utili alla riduzione delle segnalazioni.

Inoltre sono state valutate tutte le schede Brass pervenute per poter identificare la presenza di items del Brass Index predittivi della necessità di continuità delle cure, ponendo gli items in questione in relazione con la tipologia di progettualità post-dimissione.

CAPITOLO 1 – DEFINIZIONE DEI CONCETTI

1.1 La continuità assistenziale: aspetti normativi

L'orientamento che si sta affermando in molte aziende sanitarie ed ospedaliere, è quello di creare dei percorsi che prevedano una pianificazione della dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale, in particolar modo per quei pazienti definiti "fragili" (per patologia, necessità assistenziali o difficoltà sociali), attraverso il coordinamento funzionale tra più strutture e soggetti: unità ospedaliere, medici di medicina generale, servizi territoriali e sociali, strutture di riabilitazione, residenze sanitarie (*Carey, Sheth, & Braithwaite, 2005*).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la continuità delle cure uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge, al tradizionale concetto di cura, quello della presa in carico ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio ed ospedale. La continuità rappresenta, quindi, un obiettivo ed insieme una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere in modo efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane poste, in particolare, dai pazienti cronici, per definizione non guaribili, che devono essere curati per un lungo periodo (*Carey, Sheth, & Braithwaite, 2005*).

In Italia, al concetto attuale di continuità assistenziale si è arrivati in seguito al cambiamento delle necessità degli assistiti e all'emanazione di leggi che hanno sottolineato l'importanza del territorio. La prima tappa fondamentale per l'evoluzione dei servizi sanitari è rappresentata dalla Legge n. 833 del 23 Dicembre 1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" che rinnova radicalmente il ruolo delle autonomie locali.

Successivamente, nel D.Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421", viene affrontato e delineato il tema della regionalizzazione e aziendalizzazione: non vengono messi in discussione i principi fondamentali di "globalità" ed "universalità" del diritto alla tutela della salute sanciti con la legge 833/78, tuttavia viene modificata profondamente la natura giuridica delle USL, la loro "territorializzazione", le loro competenze in riferimento alla materia socioassistenziale, l'impianto organizzativo, le modalità di finanziamento. I limiti del D.Lgs. 502 vengono gradualmente evidenziati e si delineano progressivamente nuovi

orientamenti di politica sanitaria, che trovano verso la fine degli anni '90 contestuale espressione nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) per il triennio 1998-2000.

L'integrazione socio sanitaria per il PSN va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale. Al primo livello, quello istituzionale, va data risposta alla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse, e in particolare fra aziende sanitarie e amministrazioni comunali, che si organizzano e si raccordano con strumenti quali convenzioni e accordi di programma per perseguire comuni obiettivi di salute, in particolare a livello distrettuale.

Il Distretto diviene così la struttura operativa dell'azienda USL che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, poiché gestisce unitariamente diverse fonti di risorse (del SSN, dei comuni, della solidarietà sociale).

La sua autonomia gestionale è realizzata nell'ambito dei programmi approvati dall'azienda sanitaria, tenendo conto dei piani di zona dei servizi, definiti di comune intesa con le amministrazioni comunali. Il cuore dell'integrazione tra l'ospedale e le strutture territoriali deve essere quindi il Distretto, che è confermato dal D.Lgs 19 Giugno 1999 n. 229 come una delle principali macrostrutture dell'Azienda USL che governa la domanda sanitaria e organizza la produzione di "assistenza primaria" erogata dai servizi territoriali. Oltre alle funzioni di produzione e di integrazione fra i servizi sanitari e sociali, il Distretto è chiamato a garantire ai propri cittadini l'accesso ai servizi reputati necessari per avere una risposta appropriata ai loro bisogni di salute (*Dettaglio deliberazione della giunta regionale*).

1.1.1 PSSR Veneto 2012-2016: la Centrale Operativa Territoriale (COT)

Le caratteristiche del sistema sanitario delineate nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 approvato con LR n.23/2012, orientano verso un importante cambiamento di prospettiva.

In conformità con il Patto per la Salute 2010-2012, la Regione Veneto individua il territorio come deputato alla risposta continua e coordinata ai bisogni sanitari e socio-assistenziali, punto di riferimento per il cittadino e per la comunità. Tra gli strumenti a supporto del sistema territoriale così delineato il programmatore regionale sollecita le Aziende Ulss a dotarsi della COT, che rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente

"protetto" e di raccordo tra i soggetti della rete assistenziale. E' lo strumento di raccolta e classificazione del problema o bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e programmazione degli interventi tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro, o da un livello clinico assistenziale all'altro. Le tipologie di intervento che competono alla COT sono:

- coordinare la dimissione dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo residenziale o domiciliare protetto;
- coordinare la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- coordinare la transizione (ammissione/dimissione) e sorveglianza sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie;
- sorvegliare sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale.

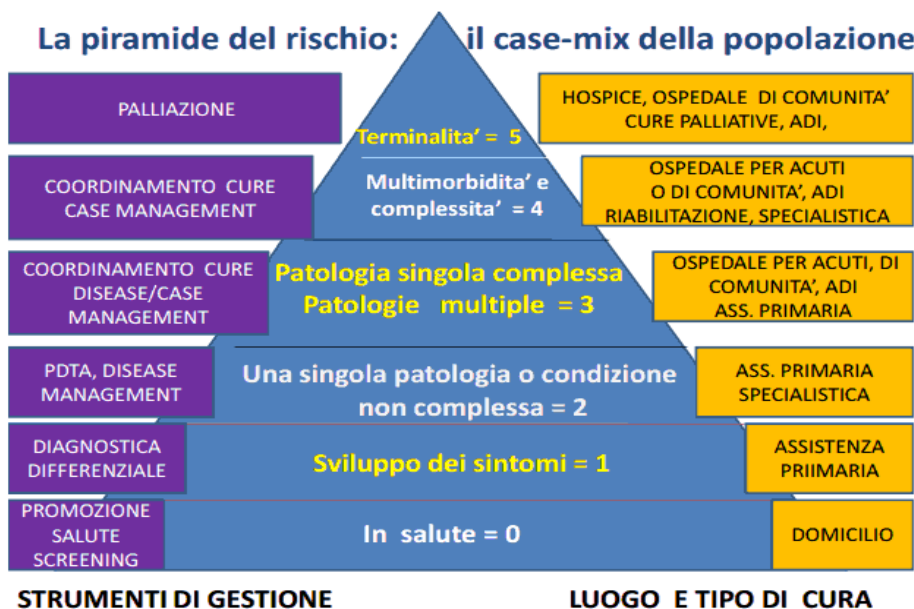
È previsto che la COT sia attiva 24 ore e 7 giorni su 7 e venga supportata da un call center aziendale che, sulla base di precisi criteri di triage telefonico, coordina le azioni per fornire una risposta alle richieste. La COT è deputata ad intercettare i bisogni di cura e garantire la continuità dell'assistenza, interfacciandosi con l'ospedale, le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale), le strutture residenziali, i medici/pediatri di famiglia, i medici di continuità assistenziale, le cure domiciliari, la Centrale del SUEM 118. L'operatività della COT è garantita da personale amministrativo, sanitario e del sociale: il nuovo Piano Sanitario della Regione Veneto prevede che sia diretto da un professionista che abbia conseguito la laurea magistrale in una delle Professioni Sanitarie di cui alla Legge 10 Agosto 2000, n.251 "Disciplina delle Professioni Sanitarie" (*Dettaglio deliberazione della giunta regionale*).

Nel programmare l'attivazione della COT appare essenziale comprendere cosa si intenda appunto per utente "protetto".

Data la crescente complessità ed eterogeneità dei bisogni di salute, risulta utile stratificare i bisogni assistenziali in categorie considerate omogenee in termini di utilizzo atteso di risorse assistenziali, nonché individuare le risposte in termini di modalità e setting assistenziale più appropriato.

Recenti applicazioni, in Regione Veneto, del metodo di stratificazione del case-mix della popolazione in base alle malattie co-presenti in ogni persona integrando i flussi informativi

provenienti da ricoveri, specialistica, esenzioni ticket, farmaceutica, psichiatria, pronto soccorso, malattie rare, e dal sistema informativo distrettuale (ADI, UVMD), hanno permesso di suddividere l'intera popolazione in diverse categorie di rischio, includendo anche i soggetti senza episodi di cura come, ad esempio, i bambini o le persone sane.



Fonte: dott.ssa Corti, "Il Progetto ACG incontra CARD" Padova 2013

La funzione della COT si esplica al vertice della piramide, laddove costituisce lo strumento per l'organizzazione delle cure, l'attivazione del case management ed il coordinamento del piano di cura in ottica palliativa. I setting di cura coinvolti nei percorsi che fanno capo alla COT vanno dall'assistenza domiciliare integrata alla residenzialità intermedia, interessando in particolar modo la transizione e la continuità tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale (*Dettaglio deliberazione della giunta regionale*).

1.2 Dimissione ospedaliera e continuità assistenziale

Mentre la dimissione è un processo intraospedaliero, la continuità non appartiene all'ospedale o al territorio. Il piano di dimissione è un percorso attivato durante la degenza, che può risolversi con l'indipendenza del paziente o con la presa in carico territoriale (*Preen et al., 2005*). Da questo momento in poi si parla di continuità assistenziale, che ha la finalità di stabilizzare la situazione patologica e migliorare la qualità di vita dei pazienti. L'unità di misura della continuità è l'individuo: non è una caratteristica dei professionisti o

delle organizzazioni, ma descrive come si integrano l'esperienza del paziente, l'erogazione dei servizi e i processi attivati (*Preen et al., 2005*).

La letteratura identifica tre tipi di continuità: di informazione, gestione e relazione.

- Continuità nelle informazioni: l'informazione è il filo che lega l'assistenza da un professionista all'altro e tra più episodi di malattia. Questo tipo di continuità presuppone che i professionisti documentino le informazioni raccolte.
- Gestione della continuità: è particolarmente importante nei casi di pazienti con malattie croniche o complesse dal punto di vista clinico. La continuità si ottiene quando i servizi vengono erogati in maniera complementare e tempestiva. Uno dei più grossi problemi che emerge nella comunicazione ospedale/territorio in merito alla continuità dell'assistenza è proprio legato a questo aspetto di difficoltà nel cogliere l'intera complessità della persona, durante e dopo l'evento malattia.
- Continuità relazionale: permette di collegare le esperienze di assistenza già vissute con quella attuale. Garantisce al paziente punti stabili di riferimento ed ai professionisti la possibilità di confronto dell'evoluzione del paziente nel tempo, di approfondire la relazione e quindi di continuare ad apprendere (*Saiani, Palese, Brugnolli & Benaglio, 2004*).

Negli ultimi decenni, nella realtà italiana, si è assistito a tre fondamentali fenomeni che hanno creato una situazione di complessità nell'assistenza alla persona non autosufficiente al momento della dimissione ospedaliera (*Shepperd et al., 2010*).

Il primo di questi fattori riguarda le politiche sanitarie adottate nelle scelte concernenti i tempi di ricovero e le dimissioni: da una politica basata sul lungo ricovero con finanziamento delle prestazioni ospedaliere dal Servizio Sanitario Nazionale sulla base dei giorni di ricovero, si è progressivamente passati ad una politica che riduce in maniera sostanziale i giorni di degenza legati alla cura dell'acuzie della malattia, in una logica di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica. In tale contesto, all'atto della dimissione ospedaliera, il paziente si trova in una condizione di piena convalescenza che prevede la somministrazione di cure mediche, assistenziali e riabilitative.

Il secondo fattore rappresenta quindi la complessità del soggetto che passata la fase dell'acuzie mantiene una condizione di fragilità. La fragilità rappresenta una condizione di maggior rischio di eventi avversi che sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità e

non autosufficienza dovuta all'invecchiamento. Concorre altresì a determinare la condizione di fragilità la mancanza di una rete familiare e sociale di assistenza.

Il terzo fattore è costituito dai mutamenti sociologici della struttura familiare. Il disgregarsi del modello patriarcale, specialmente in Italia, ha portato ad uno scenario con famiglie difficilmente in grado di accogliere e curare una persona anziana, che al rientro a domicilio, necessita di assistenza sanitaria e sociale continuativa.

La dimissione è un processo composto da diversi passaggi il cui obiettivo immediato è quello di anticipare i cambiamenti nei bisogni di cura dei pazienti e il cui obiettivo a lungo termine è quello di garantire la continuità delle cure sanitarie (Shepperd et al., 2010).

Essa rappresenta inoltre un momento critico perché segna il passaggio da una tipologia di cure ad alta intensità ad una caratterizzata da approcci di minor intensità ma continuativi e la letteratura fornisce una chiara immagine della dimissione, così come viene considerata oggi (Adib-Hajbaghery, Maghaminejad, & Abbasi, 2013).

1.3 Revisione della letteratura sulla dimissione difficile

La revisione di letteratura è stata condotta, come riportato nella tabella n. I sottostante e nell'Allegato n.1, attraverso la consultazione di siti istituzionali e di banche dati, utilizzando nello specifico le seguenti parole chiave: *Patient discharge; Planning; Integrated assistance*. La ricerca ha prodotto come risultato un numero pari a 395 articoli. Ne sono stati selezionati 16 poiché esplicativi del concetto di dimissione e in particolare modo di dimissione difficile. Inoltre la tesi è stata integrata con linee guida internazionali.

Tabella I: Report di ricerca su PubMed

Banca dati	Stringhe di ricerca	Limiti	Risultati	Selezionati
Pubmed	Difficult discharge AND Integrated Assistance	Articoli pubblicati dal 2003 ad oggi	15	6
Pubmed	Patient discharge AND Planning	Clinical Trial, Review, Abstract, Articoli pubblicati dal 2003 ad oggi	380	10

Dall'analisi della letteratura si evince che un paziente è pronto per essere dimesso quando:

- E' stato deciso che non ha più necessità di cure in regime di ricovero e può proseguire il suo programma in una residenza per post acuti o a domicilio.
- La decisione è stata presa da un team multidisciplinare che ha valutato le possibili criticità e il fabbisogno di presa in carico dopo la dimissione.
- Il paziente sa di dover essere dimesso e si sente pronto, assieme alla famiglia, ad affrontare il passaggio.

Il piano di dimissione dovrebbe garantire che i pazienti vengano dimessi dall'ospedale al momento opportuno durante il loro percorso di cura e che, con adeguato preavviso, venga organizzata la fornitura di altri servizi (*Bauer, Fitzgerald, Haesler, & Manfrin, 2009*).

La dimissione viene di norma pianificata al termine di un periodo di ricovero finalizzato alla diagnosi e alla cura della malattia e all'assistenza della persona malata. In questi ultimi anni, a seguito dell'introduzione nel servizio sanitario del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere basato sui DRG, tale periodo risulta di durata spesso troppo breve (*Laugaland, Aase, & Waring, 2014*).

La letteratura individua varie tipologie di dimissioni ospedaliere:

1. la *dimissione tempestiva* si verifica quando la durata della degenza per quel tipo di ricovero, considerata l'età del paziente e la gravità della patologia, è sovrapponibile allo standard previsto per quel DRG (*Dal Molin et al., 2014*).
2. la *dimissione precoce* avviene quando la durata della degenza è inferiore rispetto a quella assegnata per il DRG corrispondente. Il rischio che si corre in questo caso è quello di un nuovo ricovero; questa tipologia di dimissione può causare notevoli disagi per i pazienti e i familiari (*Mc Martin, 2013*).
3. la *dimissione del fine settimana o in giornate atipiche* è la dimissione che si verifica dal venerdì pomeriggio alla domenica o nei giorni festivi (*Damiani et al., 2009*).
4. la *dimissione ritardata* si verifica quando la durata della degenza supera le giornate attese per quel determinato DRG; il protrarsi della degenza può essere causato da implicazioni sociali e da una mancata organizzazione dei servizi a supporto della dimissione (*Courtney et al., 2011*);
5. la *dimissione pianificata* è un percorso attivato durante la degenza; non tutti i pazienti ne hanno bisogno perché alcuni raggiungono la guarigione e tornano allo stato premorbo (*Courtney et al., 2011*);

6. la *dimissione difficile o protetta* si verifica quando ad un evento acuto segue una situazione di disabilità permanente o temporanea, che richiede una riorganizzazione delle risorse umane e materiali. Il termine “difficile” fa riferimento all’aspetto organizzativo, mentre il termine “protetta” valorizza maggiormente l’aspetto di complessità del paziente (*Holland et al., 2003*).

1.3.1 La dimissione pianificata

La distinzione tra dimissione pianificata e dimissione protetta non è sempre di immediata e facile comprensione. Il processo di dimissione ospedaliera deve essere governato e programmato dai servizi sanitari ospedalieri e territoriali, attraverso indirizzi e linee operative che si sviluppano a diversi livelli di complessità e qualità (*Saiani, Palese, Brugnolli & Benaglio, 2004*).

In particolar modo il primo livello è rappresentato dalle dimissioni pianificate, un processo che, in vista della dimissione della persona, prende in considerazione aspetti quali la valutazione del bisogno socio-assistenziale complessivo e l’individuazione di un piano di dimissione personalizzato definito dal medico ospedaliero e comunicato ai referenti dell’assistenza sul territorio. L’aggettivo pianificata sottolinea una dimensione progettuale e organizzativa finalizzata a preparare un piano anticipato di dimissione.

1.3.2 La dimissione protetta o difficile

La dimissione protetta si configura quale processo che guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psico-fisico del benessere della persona (*Cano Arana et al., 2008*).

Questa tipologia di processo prende in considerazione un elemento di qualità aggiunta, ossia la valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale e le modalità della presa in carico vengono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali, paziente e caregiver.

Con tale modalità operativa, oltre ad ottenere una riduzione dei ricoveri e una diminuzione del tasso di riospedalizzazione, si valorizza l’aspetto della qualità totale dell’intervento (*Hoogerduijn, Schuurmans, Korevaar, Buurman, & de Rooij, 2010*).

Per dimissione protetta si intende quindi tutto il procedimento organizzato per il passaggio in cura di un paziente da un setting di cure ad un altro, che si applica generalmente a pazienti “fragili” e/o complessi. E’ rivolta prevalentemente a soggetti affetti da patologie

croniche e degenerative e/o con ridotta autonomia funzionale, che richiedono cure continue, di durata ed intensità variabile da soggetto a soggetto, ma riguarda anche soggetti non necessariamente in condizioni cliniche/funzionali o cognitive gravi, che si trovino in una situazione di temporanea fragilità, che non hanno bisogno necessariamente di sorveglianza clinica o di nursing infermieristico (*LG_Fragilità_anziano_2013*).

Le criticità che si possono incontrare durante il processo di dimissione difficile/protetta sono:

- Poca comunicazione tra ospedale e territorio;
- Scarso accertamento dei problemi o rischi del paziente al momento della dimissione;
- Mancanza di pianificazione sui tempi della dimissione;
- Inadeguata inattivazione dei famigliari o caregiver;
- Carico assistenziale elevato richiesto ai familiari non preparati adeguatamente e scarsa attivazione dei servizi territoriali;
- Scarsa attenzione ai bisogni dei gruppi vulnerabili o fragili come ad esempio gli anziani (*Courtney et al., 2011*).

1.4 Scale di valutazione della complessità della dimissione

Il processo di cura alla persona risponde sempre più a problemi complessi. La complessità del processo assistenziale risiede nelle diverse fasi che lo caratterizzano e nel superamento dell'assistenza standardizzata a favore di quella personalizzata.

La fase nella quale i professionisti individuano i bisogni della persona assistita dà avvio al processo di cura e si mantiene nel corso dello stesso per valutare il raggiungimento degli obiettivi di salute auspicati. In particolare la corretta pianificazione dell'assistenza infermieristica comporta una puntuale rilevazione dei bisogni assistenziali effettuata attraverso un'accurata raccolta dei dati.

Per evitare che i dati raccolti siano influenzati da elementi soggettivi legati all'esperienza ed alla competenza di ogni professionista, con conseguente scarsa efficienza organizzativa, è bene ricorrere all'utilizzo di strumenti validati e indici assistenziali condivisi. Infatti le scale di valutazione e gli indici assistenziali, se correttamente utilizzate, favoriscono una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali, una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza e la comunicazione o lo scambio di informazioni tra le diverse discipline (*Silvestro, 2003*).

Gli strumenti che la letteratura suggerisce per valutare la complessità della dimissione sono cinque:

- Hospital Admission Risk Profile - **HARP**
- Identification of Seniors At Risk - **ISAR**
- Care Complexity Prediction Instrument - **COMPRI**
- Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie - **SHERPA**
- Blaylock Risk Assessment Screening Score – **BRASS**

Hoogerduijn e collaboratori in una revisione sistematica criticano, per ragioni diverse, l'applicabilità nella clinica di tre, HARP, ISAR e COMPRI, dei cinque strumenti citati:

- la non specificità per la popolazione anziana
- la scarsa validità e affidabilità
- la non chiarezza nella loro applicazione in ambito clinico
- l'eccessivo tempo di somministrazione e la scarsa fruibilità delle informazioni
- non sono noti il livello di conoscenza e di formazione richiesto al valutatore.

L'affidabilità non è sufficientemente descritta. La capacità predittiva, valutata attraverso la Receiver Operating Characteristic Curves (curva ROC) è per tutti i tre strumenti inferiore all'80%. Nello specifico risulta che il ROC per HARP è pari a 0-65%; ISAR 0-71%; COMPRI 0-73%. Per quanto riguarda SHERPA gli stessi autori dichiarano che lo strumento ha una moderata capacità predittiva spiegata dal fatto che esclude dalla valutazione alcune variabili che si manifestano durante il ricovero e determinano un aumento del rischio di declino funzionale (*Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnste, de Rooij, & Grypdonck, 2007*).

1.4.1 Brass Index

Il Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) viene ideato per la pianificazione della dimissione per pazienti di età superiore a 65 anni. Le autrici Blaylock e Cason, attraverso la revisione della letteratura e la loro esperienza clinica in ambito geriatrico, hanno identificato quali fattori predittivi di dimissione difficile i seguenti elementi:

- età
- stato funzionale
- stato cognitivo
- supporto sociale e condizioni di vita

- numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso
- numero di problemi clinici attivi

Le autrici hanno incluso anche: modello comportamentale, mobilità, deficit sensoriali e numero dei farmaci assunti perché rilevanti per gli anziani.

L'indice è di facile compilazione e fornisce buone indicazioni per la validità predittiva (specificità) in merito ai problemi legati alla dimissione del paziente. La valutazione, che richiede pochi minuti (circa 15) e necessita di un addestramento minimo del valutatore, dovrebbe essere eseguita all'ingresso. La BRASS prevede un punteggio da 0 a 40, raggruppato in 3 classi di rischio:

- Basso Rischio: punteggio da 0 a 10. Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione. Normalmente non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
- Medio Rischio: punteggio da 11 a 19. Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
- Alto Rischio: punteggio \geq a 20. Soggetti ad alto rischio legati a problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente anche in strutture riabilitative o istituzioni.

La BRASS consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera.

Gli infermieri possono utilizzare le informazioni fornite dalla BRASS per pianificare interventi educativi da attuare durante il ricovero e programmi assistenziali domiciliari.

Gli aspetti di criticità evidenziati possono essere limitati da ripetute valutazioni durante l'ospedalizzazione, soprattutto se prolungata, proprio perché le persone anziane possono modificare il loro stato funzionale nel corso del ricovero poiché “la valutazione, specialmente se rigorosa - anche quando sembra difficile o senza speranza - è garanzia di rispetto per ogni singola persona e indicazione di ottimismo sulle potenzialità dell'anziano e sulle sue possibilità di rispondere in modo significativo a un progetto di cure.” (*Mistiaen, Duijnhouwer, & Ettema, 1999*).

CAPITOLO 2 – INDAGINE RETROSPETTIVA AZIENDA ULSS 7

Il lavoro di tesi da qui in avanti si sviluppa in relazione all'introduzione dello strumento BRASS in alcune unità operative identificate e successivamente sulla scorta dei dati raccolti dal Distretto Socio Sanitario dell'Azienda ULSS 7 da luglio 2014 a luglio 2015.

L'indagine retrospettiva è stata condotta in accordo con il Direttore del Distretto e con il Responsabile del Servizio per le Professioni Sanitarie, nonché in stretta collaborazione con il Coordinatore Infermieristico delle Cure Primarie.

Il focus dello studio, a partire dalla disponibilità dei dati, riguarda la procedura di segnalazione alla COT dei pazienti in dimissione.

Tutto ciò implica, anche alla luce dei dati di letteratura, la revisione dei criteri di ammissione/non ammissione alla valutazione BRASS dei pazienti in dimissione e l'identificazione degli elementi del BRASS Index maggiormente predittivi.

Si precisa che, nella regione Veneto, è prevista una valutazione funzionale, con Barthel Index, del paziente ricoverato nelle unità operative. Lo strumento utilizzato prevede una scala ordinale con punteggio totale da 0 (totalmente dipendente) a 100 (totalmente indipendente) composta da dieci items: alimentazione, fare il bagno, igiene personale, vestirsi, controllo retto e vescica, trasferimento nel bagno e sedia/letto, deambulazione e salire le scale. L'indice dovrebbe essere usato per registrare quello che un paziente fa realmente, non quello che potrebbe fare e lo scopo principale è di stabilire il grado di indipendenza da qualsiasi aiuto, fisico o verbale, per quanto minimo. La valutazione con Barthel Index va eseguita al momento dell'ingresso nell'u.o. di accoglimento, nel corso della degenza e al momento della dimissione, con le seguenti specifiche:

- la valutazione intermedia, nel caso di ricoveri medici, va eseguita il 4° giorno di ricovero, che corrisponde al valore centrale della degenza media ponderata regionale per i ricoveri medici; nel caso invece dei ricoveri chirurgici, va eseguita nella giornata post-operatoria;
- nei ricoveri sia medici che chirurgici con durata della degenza 0-3 giorni, la valutazione intermedia coinciderà con la valutazione all'ingresso (*Decreto del segretario generale della segreteria regionale sanità e sociale n. 32 del 19 dicembre 2005*).

2.1 Il percorso di segnalazione alla COT del paziente in dimissione

L'Azienda ULSS 7 dal mese di luglio 2014 ha introdotto l'utilizzo del Brass Index all'interno di tre unità operative: l'u.o. di Lungodegenza nel presidio ospedaliero (P.O.) De Gironcoli, l'u.o. di Medicina nel P.O. di Conegliano e l'u.o. di Medicina Maschile nel P.O. di Vittorio Veneto. Nei mesi compresi tra luglio 2014 e dicembre 2014, tutti i pazienti ricoverati sono stati sottoposti a valutazione BRASS Index in concomitanza della valutazione Barthel Index.

In questa prima fase la segnalazione di dimissione protetta veniva inoltrata al Servizio di Cure Primarie del Distretto in caso di punteggio ≥ 11 (medio e alto rischio).

Da una prima analisi dei dati raccolti si è evidenziata la necessità di individuare dei criteri di inclusione ed esclusione, indipendentemente dal punteggio BRASS, dei pazienti da sottoporre alla valutazione con tale strumento, poiché il numero di segnalazioni di dimissione protetta era nettamente superiore al numero di prese in carico dal Distretto per la continuità assistenziale post-dimissione: solo il 43% delle segnalazioni tra luglio-dicembre 2014 esitavano in una presa in carico domiciliare (18%) o in ricovero temporaneo presso una struttura residenziale (25%) e per contro, nello stesso periodo, si assisteva ad una presa in carico territoriale di soggetti non segnalati dalle unità operative.

Pertanto si è reso necessario stabilire nuovi criteri di inclusione/esclusione per i soggetti da sottoporre a valutazione BRASS in concomitanza della valutazione Barthel in 4° giornata di ricovero. Il nuovo percorso di segnalazione è stato descritto con apposita flow-chart (Allegato n.2).

I nuovi criteri di inclusione sono:

- Barthel Index ≤ 49 (valutazione intermedia)
- Barthel Index compreso tra 50 e 74 associato a disorientamento.
- Indipendentemente dal valore del Barthel Index se in presenza di:
 - Problema principale "Malattia oncologica in fase avanzata" o "Cure palliative non oncologiche"
 - Ripetuti ricoveri negli ultimi 3 mesi
 - Situazione familiare di fragilità (riferita o osservata).

I nuovi criteri di esclusione sono:

- Barthel Index ≥ 75 , in assenza di condizioni particolari sopracitate;
- Ospite a lungo termine in un centro servizi.

La procedura prevede che l'infermiere dell'u.o., una volta effettuata la valutazione, proceda all'attivazione della segnalazione di dimissione difficile alla COT con invio della valutazione BRASS del soggetto. Successivamente l'infermiere della COT provvede ad effettuare un'analisi preliminare della documentazione e una visita in u.o. del paziente, quando stabilizzato, con la possibilità, quando necessario, di coinvolgere altri professionisti (quali il medico di Cure Primarie/Palliative, il fisiatra, l'assistente sociale ecc) utili alla definizione di un piano di cura personalizzato.

In seguito alla valutazione si possono delineare diversi percorsi:

- Dimissione a domicilio: qualora non vi sia la necessità di attivazione di interventi socio-sanitari.
- Attivazione dei servizi sociali: qualora vi sia una situazione di bisogno socio-assistenziale, l'assistente sociale della COT attiva i Servizi Sociali del Comune di appartenenza del paziente.
- Attivazione dell'assistenza infermieristica domiciliare: qualora vi sia una situazione con necessità di interventi infermieristici domiciliari, l'infermiere dell'u.o. invia la scheda di dimissione infermieristica alla COT evidenziando dettagliatamente i bisogni assistenziali rilevati.
- Presa in carico territoriale: qualora vi sia una situazione a elevata complessità clinico-assistenziale si procede con la valutazione multiprofessionale e multidisciplinare con scheda SVAMA (cognitivo-funzionale, sanitaria e sociale) e definizione di un percorso assistenziale.

2.2 Disegno dello studio

L'indagine retrospettiva è stata condotta sui soggetti con scheda di segnalazione di dimissione protetta proveniente dalle uu.oo. sopracitate nel periodo compreso tra gennaio–luglio 2015.

L'elaborazione e l'analisi dei dati sono state effettuate nei mesi di luglio-agosto 2015 presso il Servizio di Cure Primarie di Conegliano.

Lo studio retrospettivo è finalizzato ad analizzare e comprendere meglio il fenomeno delle dimissioni protette all'interno dell'Azienda, cercando nel contempo di rispondere ai seguenti quesiti:

- I criteri utilizzati per l'ammissione dei pazienti alla valutazione BRASS in che misura sono capaci di individuare i soggetti che richiedono continuità assistenziale?
- Quali items dell'Indice di Brass sono maggiormente predittivi per una presa in carico domiciliare?
- Quali items dell'Indice di Brass sono maggiormente predittivi per un ricovero temporaneo in una struttura territoriale?

Conseguentemente, gli obiettivi specifici dell'indagine risultano essere:

- Analisi dell'adeguatezza dei nuovi criteri utilizzati in relazione agli esiti della segnalazione.
- Individuazione delle variabili/items contenuti nel BRASS Index Modificato che presentano maggior predittività rispetto alla necessità di dimissione protetta.

La privacy dei pazienti è stata garantita raccogliendo ed elaborando i dati in modo anonimo; le variabili raccolte sono state distinte unicamente dal numero di scheda progressivo.

2.2.1 *Il campione*

La popolazione presa in considerazione in questa indagine è composta dai 124 pazienti ricoverati nelle uu.oo. nel periodo compreso fra gennaio 2015 e luglio 2015, per i quali è stato compilato il BRASS Index Modificato e di conseguenza richiesta l'attivazione di dimissione protetta.

Il campione analizzato risulta costituito da 75 soggetti individuati secondo i criteri di inclusione ed esclusione sotto riportati:

Criteri di inclusione:

- Soggetti dimessi a domicilio
- Soggetti dimessi verso strutture intermedie.

Criteri di esclusione:

- Pazienti deceduti durante il ricovero
- Pazienti ancora ricoverati al termine dell'analisi dei dati
- Pazienti trasferiti per proseguo delle cure presso altre uu.oo.

2.2.2 *Materiali e metodi*

Sono state rese disponibili quattro fonti da cui raccogliere i dati:

- Scheda di segnalazione della dimissione protetta, o BRASS Index Modificato, che nella prima pagina contiene i dati anagrafici del paziente e alcune informazioni utili a definire la complessità sanitaria, mentre nella seconda pagina riporta il Brass Index e lo spazio per la firma dell'infermiere valutatore (Allegato n.3),
- data base NF-STAR per ottenere informazioni quali data di dimissione e precedenti ricoveri del paziente,
- data base INFO-CLIN per ottenere informazioni inerenti alla presa in carico post-dimissione da parte dell'Assistenza Domiciliare Integrata,
- data base FILE-MAKER per ottenere informazioni inerenti alla segnalazione del paziente per eventuali ricoveri temporanei.

I dati raccolti sono stati immessi in un file di lavoro Excel prevedendo le seguenti colonne:

- Numero identificativo progressivo
- Sesso del paziente
- U.o. di provenienza
- Data di dimissione
- Data di segnalazione riportata sulla scheda Brass
- Tipologia di dimissione: domicilio, domicilio con presa in carico ADI, ricovero temporaneo (RSA), trasferimento presso altra u.o., decesso, permanenza del ricovero
- Paziente noto / non noto all'assistenza domiciliare precedentemente al ricovero.

E' stata inserita una colonna per ciascun item della Brass e solamente per le categorie "stato funzionale" e "comportamento" sono state invece predisposte delle colonne per ciascun elemento della categoria, poiché vi era la possibilità di valutare ciascun elemento.

Per comprendere meglio le caratteristiche dei soggetti con alta probabilità di rischio alla dimissione, si è proceduto dapprima all'analisi dell'intera popolazione coinvolta nell'indagine descrivendo le caratteristiche principali: età, tipologia di dimissione, patologie principali, provenienza delle segnalazioni e classi di rischio.

Successivamente, per rispondere ai quesiti di tesi, si è considerato il solo campione rappresentato da tre macro categorie: soggetti dimessi a domicilio (con o senza attivazione ADI) e soggetti dimessi verso una struttura intermedia. Per ciascuna di queste tre tipologie di dimissione si sono esaminati e confrontati tutti gli items del Brass Index per poter individuare la presenza di elementi maggiormente predittivi rispetto alla necessità di continuità delle cure.

Infine è stato eseguito un confronto tra i dati raccolti nei mesi di luglio–dicembre 2014 e i dati provenienti dalle schede Brass di gennaio–luglio 2015 per valutare se i criteri di ammissione/non ammissione dei pazienti alla valutazione con Brass siano stati fondamentali per rendere più appropriata l'individuazione dei soggetti da segnalare.

CAPITOLO 3 – PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

3.1 La popolazione oggetto di indagine

Di seguito sono presentati i dati relativi alla popolazione, costituita dai 124 pazienti segnalati per dimissione protetta, nel periodo compreso tra gennaio–luglio 2015.

In riferimento all'età, si può evidenziare che i soggetti con età ≥ 65 anni rappresentano l'89% delle segnalazioni, quelli con età compresa tra i 56–64 anni il 5% e quelli con età inferiore ai 55 anni un 6%. Questo dato evidenzia come il bisogno di continuità assistenziale, se pur prevalente nei soggetti anziani, è presente anche in soggetti giovani-adulti.

Rispetto alla tipologia di dimissione, come si può osservare dal grafico 1, risulta che solo il 40% dei valutati è stato preso in carico dai servizi territoriali alla dimissione: di cui il 62,5% con attivazione ADI e il 37,5% con ricovero temporaneo riattivativo; un 20% risulta dimesso a domicilio senza attivazione dei servizi. Per contro, per il 40% delle segnalazioni non è seguita una dimissione verso il territorio: il 62,5% di questi è deceduto durante il ricovero, il 30% è stato trasferito presso altre uu.oo., il 7,5% risultava ancora ricoverato al termine del periodo di osservazione. Questi ultimi sono stati esclusi dal campione oggetto di analisi.

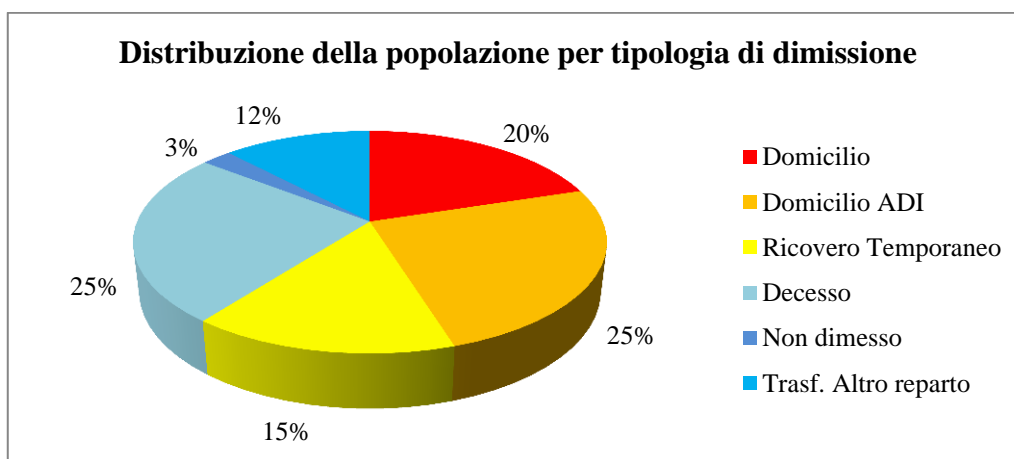


Fig 1 Suddivisione dei pazienti in base alla tipologia di dimissione.

Della popolazione si è inoltre analizzata la presenza o meno di una presa in carico territoriale pre-ricovero da cui risulta che il 62,2% dei pazienti non era noto ai servizi. Questo giustifica come, dei pazienti con presa in carico ADI, il 50% (15 pazienti su 31) risultano essere nuove prese in carico.

Analizzando le segnalazioni per uu.oo. di provenienza risulta che il 27% proviene dalla Lungodegenza di Conegliano, il 18% dalla Medicina di Conegliano e il 55% dalla Medicina Maschile di Vittorio Veneto.

Rispetto alla patologia principale risulta che il 33,9% presenta malattia cardiovascolare, il 21,8% malattia respiratoria, il 14,5% malattia neurologica, il 12,9% malattia neoplastica e cure palliative non oncologiche, il 5,6% malattia osteoarticolare, il 2,4% scadimento delle condizioni generali, il 2,4% per malattia metabolica, lo 0,8% per malattia gastrointestinale e lo 0,8% per malattia renale. Per il 4,8% non è indicata nessuna patologia principale bensì un insufficiente supporto domiciliare.

Infine relativamente al rischio di dimissione difficile il 65% dei soggetti presenta alto rischio, il 32% medio e il 3% basso. In particolare, rispetto all'alto rischio si osserva che l'11% dei soggetti viene dimesso a domicilio senza presa in carico, il 43% risulta deceduto o non dimesso e il 46% risulta preso in carico dal territorio (di cui il 57% ha un'attivazione delle Cure Primarie e il 43% ha l'attivazione di un ricovero temporaneo).

3.2 Il campione oggetto di indagine

Il campione è costituito dai pazienti dimessi a domicilio, con o senza attivazione delle Cure Primarie, e i pazienti dimessi e accolti in ricovero temporaneo. Sono stati messi a confronto tutti gli items della scala Brass per ciascuna delle tre categorie.

Alla luce delle elaborazioni effettuate, non è stata riscontrata grande significatività rispetto agli items "comportamento", "deficit sensoriali", "numero di problemi clinici attivi" e "numero di ricoveri pregressi o accessi al Pronto Soccorso".

Di seguito vengono quindi presentati solo gli items per i quali si sono evidenziate maggiori particolarità.

3.2.1 Item "Età"

Relativamente all' "**Età**", la situazione del campione rispecchia fortemente la popolazione totale anche se sono presenti notevoli differenze tra le tre diverse tipologie di dimissione.

Come evidenzia il grafico 2, nessun soggetto con età inferiore ai 65 anni è stato accolto in ricovero temporaneo; inoltre il numero di pazienti al di sotto dei 65 anni dimessi a domicilio senza attivazione dei servizi delle Cure Primarie rappresenta la percentuale maggiore (20%).

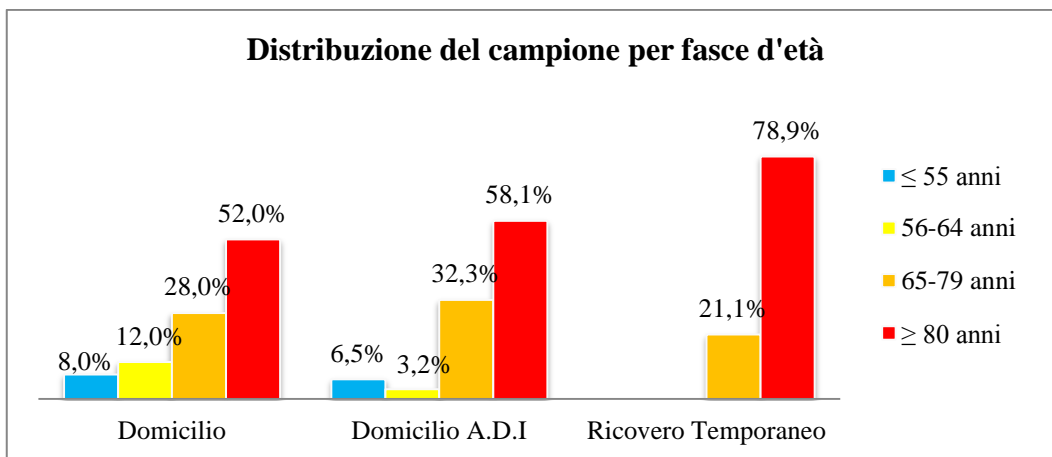


Fig 2 Percentuale dei pazienti appartenenti alla fascia d'età corrispondente.

3.2.2 Item "Situazione familiare"

Relativamente alla "Situazione familiare", il grafico 3 evidenzia che l'87% dei soggetti dimessi a domicilio con attivazione ADI può contare sulla presenza del coniuge o della famiglia/badante. In questo gruppo di soggetti, queste due categorie sono maggiormente presenti (coniuge 41,9%, famiglia/badante 45,2%). Invece, per i soggetti accolti in ricovero temporaneo le categorie "supporto degli amici" e "senza supporto" rappresentano complessivamente il 21,1% della situazione familiare.

Quindi, pur con i limiti dello studio, si ritiene di poter affermare che la presenza del coniuge o della famiglia/badante sia un presupposto importante per la dimissione a domicilio anche di soggetti con significativo bisogno assistenziale, mentre per i soggetti che non dispongono del supporto della famiglia/amici, può esserci un maggior bisogno di un ricovero temporaneo.

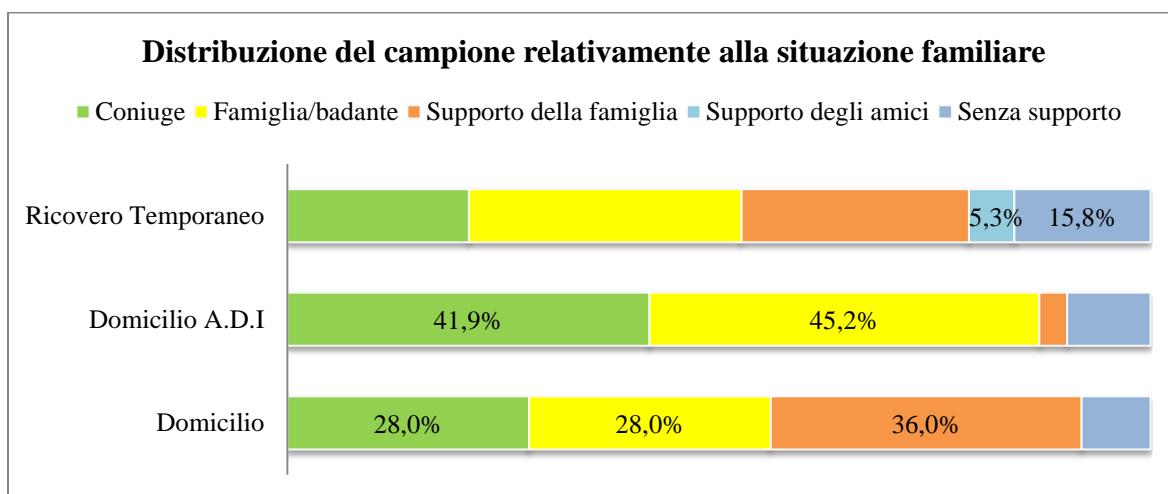


Fig 3 Situazione familiare del campione.

3.2.3 Items “Stato funzionale” e “Mobilità”

Si è ritenuto opportuno, come previsto nel Barthel Index, considerare lo stato funzionale e la mobilità assieme. Non è stato possibile purtroppo reperire i dati del Barthel Index dei singoli soggetti ed effettuare un confronto mirato.

Rispetto al primo, “**Stato funzionale**”, si è proceduto dapprima con l’analisi dell’intero campione per evidenziare le percentuali maggiormente significative in base al numero di attività quotidiane compromesse, successivamente con l’analisi di ogni singolo elemento presente all’interno dell’item in questione.

Dall’analisi è emerso che l’87% dei pazienti del campione presenta una forte dipendenza nelle attività di vita quotidiana. In particolare, suddividendo l’analisi in base alle tre tipologie di dimissione, emerge che la percentuale di pazienti che presentano dipendenza in 9 o più attività è pari all’84% per coloro che sono stati dimessi a domicilio con attivazione ADI o accolti in ricovero temporaneo, mentre è del 76% per coloro che sono stati dimessi a domicilio. E’ possibile inoltre notare come il livello di complessità dei pazienti dimessi a domicilio sia più basso rispetto alle altre tipologie di dimissione poiché la percentuale corrispondente alla dipendenza in 6 o meno attività sia maggiore.

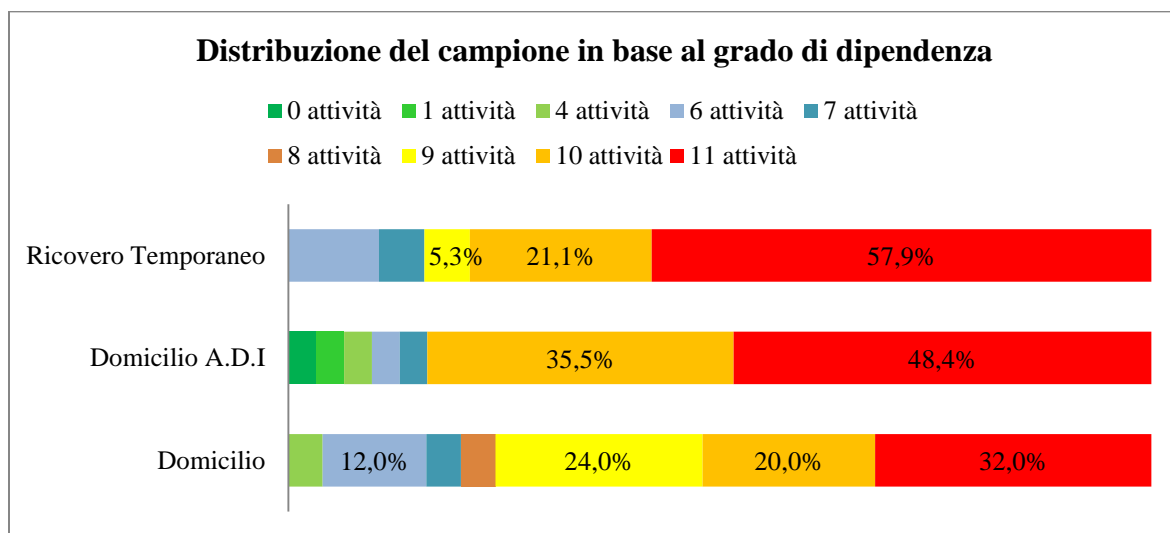


Fig 4 Suddivisione dei pazienti in base al grado di dipendenza riportato nelle attività quotidiane.

Si è proceduto in seguito ad analizzare ogni singola attività quotidiana riportata all’interno dell’item “stato funzionale” per meglio comprendere quali siano quelle maggiormente significative.

Tabella n.II: Dipendenza del campione nelle varie attività di vita quotidiana.

Attività quotidiana	Domicilio	Domicilio con attivazione ADI	Ricovero temporaneo
Mangiare/nutrirsi	44%	52%	68%
Lavarsi quotidianamente	80%	90%	100%
Fare il bagno/doccia	91%	93%	100%
Accedere ai servizi igienici	86%	87%	100%
Incontinenza fecale	68%	84%	95%
Incontinenza urinaria	72%	87%	89%
Preparare i pasti	96%	93%	100%
Gestire la terapia	96%	90%	89%
Gestire le finanze	88%	87%	84%
Fare la spesa o acquisti vari	96%	90%	84%
Utilizzare i mezzi di trasporto	92%	90%	84%
Totale soggetti dimessi	25	31	19

I risultati riportati in tabella indicano la percentuale di pazienti dipendenti nell'attività considerata. La situazione mette in evidenza come i pazienti con maggiori difficoltà nelle ADL (Activities of Daily Living) siano stati dimessi in ricovero temporaneo, i pazienti con tutte le attività di vita quotidiana mediamente compromesse siano stati dimessi a domicilio ma con attivazione dell'assistenza domiciliare, infine come i pazienti dimessi a domicilio presentino una dipendenza inferiore nelle ADL bensì una dipendenza maggiore nelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

Inoltre, nonostante i limiti dello studio, si ritiene di poter affermare che il grado di dipendenza del paziente associato alla presenza di supporto familiare adeguato possa influire sulla progettualità post-dimissione.

Considerando poi la **“Mobilità”**, la situazione complessiva evidenzia come il 69,3% del campione non cammina, il 16% cammina con l'aiuto di qualcuno, l'8% con l'aiuto di ausili e solamente il 6% cammina autonomamente. Se osserviamo il dato all'interno del singolo gruppo, possiamo notare che i pazienti dimessi in ricovero temporaneo sono quelli che presentano percentuali minori nelle categorie “cammina autonomamente”, “cammina con ausili” o “cammina con l'aiuto di qualcuno”, al contrario di coloro che sono stati dimessi a domicilio. La deambulazione, per un paziente dimesso verso il domicilio, è necessaria

anche solo per gli spostamenti minimi all'interno della casa: per questo motivo, si può evidenziare come avere importanti difficoltà nella deambulazione, associate a un mancato sostegno domiciliare, anche in questo caso potrebbe incidere sulla scelta del percorso post-dimissione.

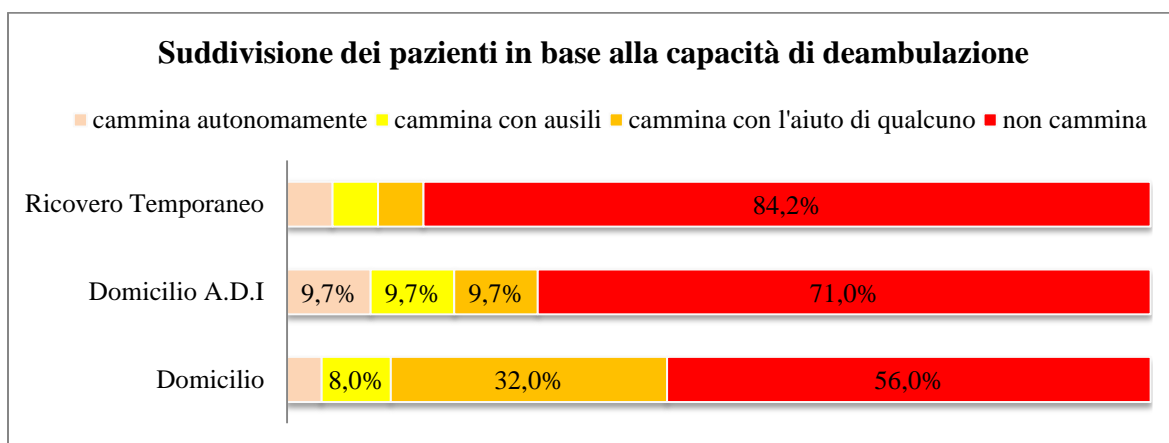


Fig 5 Suddivisione dei pazienti in base alla capacità di deambulazione.

3.2.4 Item “Stato Cognitivo”

Rispetto allo “**Stato cognitivo**”, il grafico 6 mette in evidenza che per i pazienti dimessi in ricovero temporaneo è nettamente maggiore la percentuale (47,4%) di coloro che presentano disorientamento in alcune dimensioni sempre (15,8%) o in tutte le dimensioni a tratti e sempre (21,1% e 10,5%) a fronte delle altre due tipologie di dimissione (22,6% per i pazienti dimessi a domicilio con attivazione ADI e 8% per i soggetti dimessi a domicilio). Il grafico fa comprendere come il disorientamento possa influenzare il progetto post-dimissione nel caso in cui il soggetto presenti un disorientamento parziale ma costante oppure totale ma che può presentarsi a tratti o sempre.

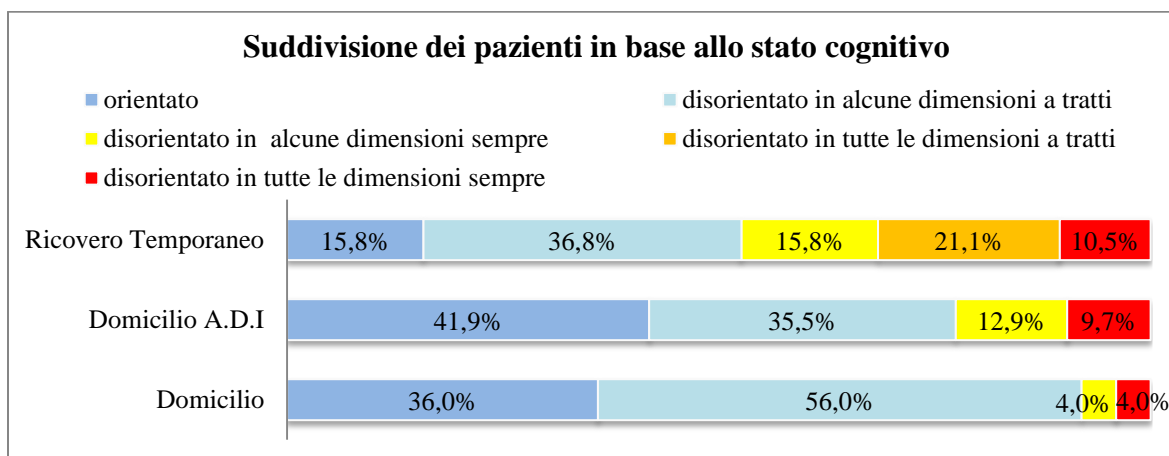


Fig 6 Percentuale di pazienti che presentano stato cognitivo orientato o disorientato

3.2.5 Item “Farmaci assunti prima del ricovero”

Per quanto concerne il “Numero dei farmaci assunti prima del ricovero” (grafico 7) la situazione evidenzia la presenza di alte percentuali di pazienti che assumono tre o più farmaci. In particolar modo, la percentuale è molto elevata nei pazienti dimessi a domicilio con attivazione ADI (93,5%): l’assunzione plurifarmacologica potrebbe orientare la dimissione del paziente verso il domicilio ma con l’attivazione dell’assistenza domiciliare per poter gestire la terapia. Il nuovo ricovero, inoltre, potrebbe aggravare le patologie già presenti o farne insorgere delle altre, per questo motivo avere molti farmaci da assumere precedentemente il ricovero potrebbe segnalare il bisogno di sostegno post-dimissione nella gestione della terapia.

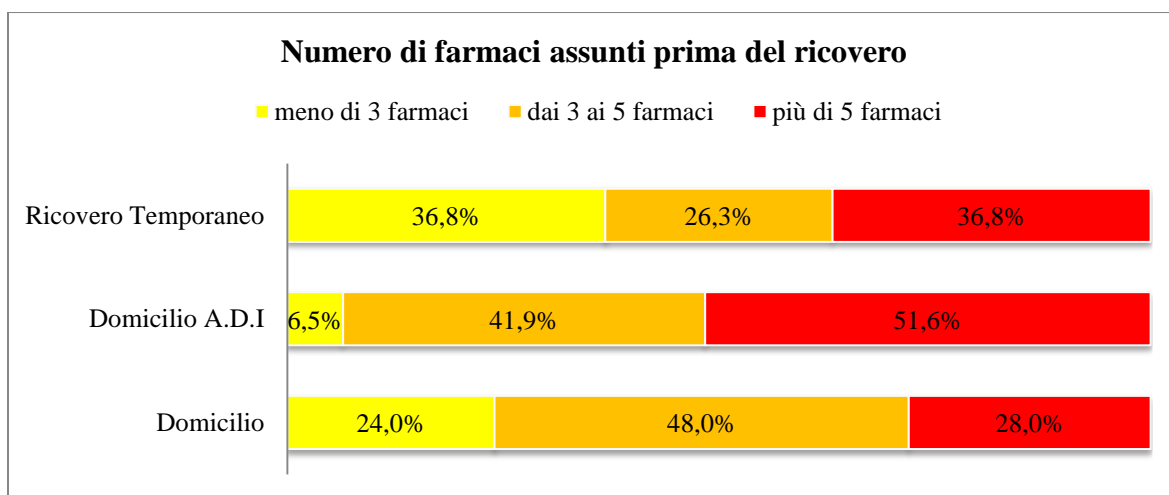


Fig 7 Percentuale di pazienti che assumevano farmaci prima del ricovero della segnalazione.

Tutti i grafici soprariportati dimostrano quali sono gli items che se considerati in relazione al paziente potrebbero essere maggiormente predittivi di una necessità di continuità delle cure. La concomitanza di una o più problematiche nello stesso soggetto può aggravare la condizione già precedente di fragilità e condurre alla necessità di proseguimento delle cure.

3.3 Analisi dell’adeguatezza dei nuovi criteri di ammissione alla valutazione

Un’ulteriore parte dell’indagine è stata svolta sulla base del confronto tra le segnalazioni pervenute al Servizio di Cure Primarie nei primi mesi dall’introduzione del Brass Index nelle unità operative (luglio–dicembre 2014) e le segnalazioni pervenute dopo l’introduzione dei nuovi criteri di ammissione alla valutazione con Brass dei pazienti in dimissione (gennaio–luglio 2015).

Per comprendere se l'introduzione dei criteri sia stata utile, oltre alla riduzione del numero di segnalazioni, anche all'aumento della pertinenza delle richieste di dimissione protetta, si è proceduto con l'analisi delle segnalazioni dei pazienti a medio ed alto rischio (punteggio compreso fra 11-19 e ≥ 20) mettendo a confronto i due periodi, come dimostrato nei grafici 8 e 9.

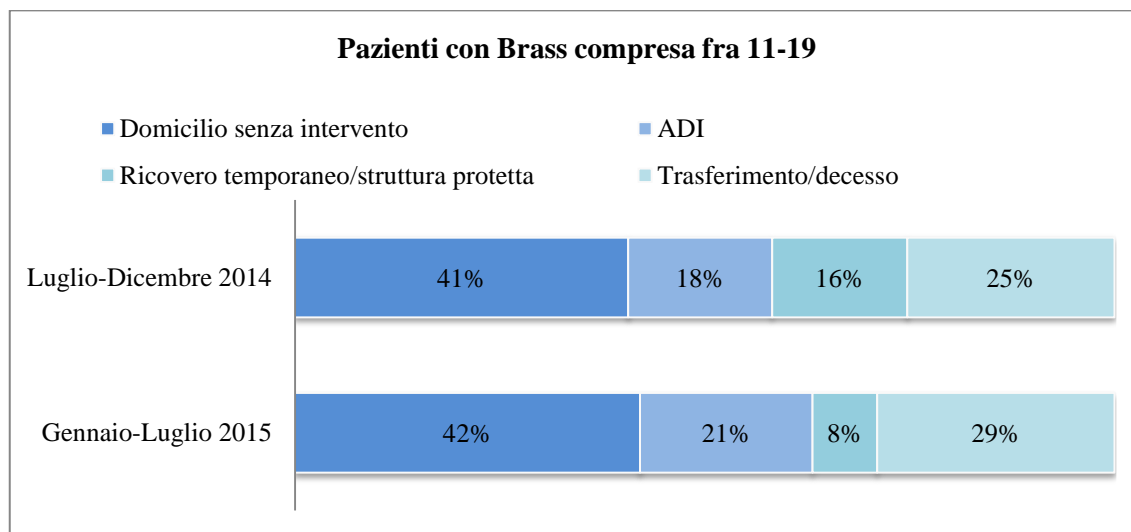


Fig 8 Confronto delle segnalazioni dei pazienti con Brass compresa fra 11-19, differenziata per periodo.

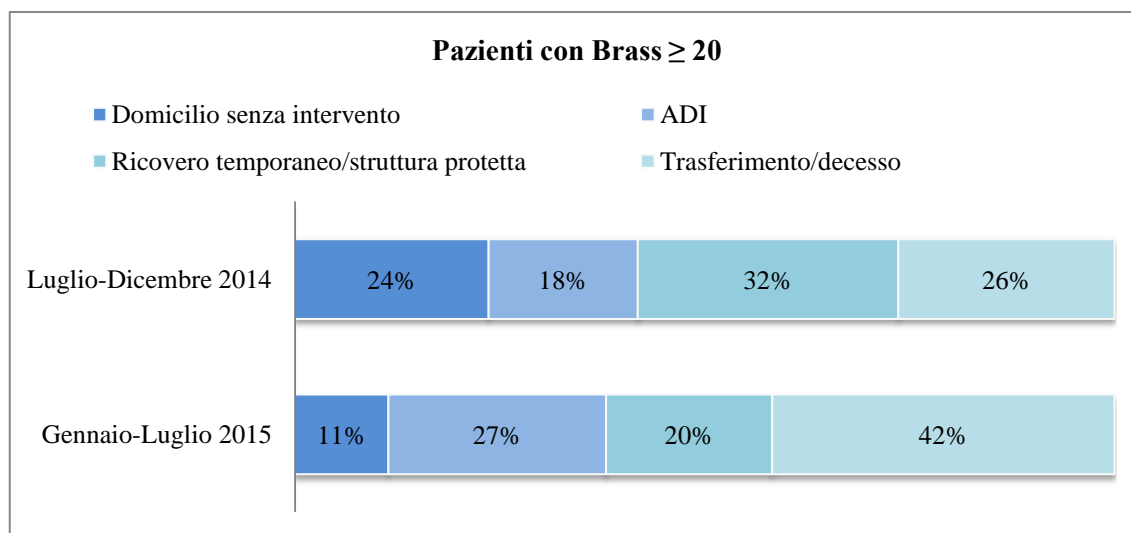


Fig 9 Confronto delle segnalazione dei pazienti con Brass ≥ 20 , differenziata per periodo.

Dal confronto è emerso che: le schede Brass con punteggio compreso fra 11-19 sono state 91 per il primo periodo e 38 per il secondo. Le schede invece che riportano un punteggio ≥ 20 sono state 110 per il primo periodo e 79 per il secondo. I dati dimostrano che nell'arco

dell'anno compreso fra luglio 2014 e luglio 2015 il numero di schede è notevolmente diminuito dopo l'inserimento dei criteri. I grafici evidenziano che:

- Per quanto concerne il confronto delle segnalazioni che hanno riportato un punteggio Brass compreso fra 11-19 si può dire che il leggero aumento della percentuale di pazienti dimessi a domicilio potrebbe essere coerente con il punteggio riportato nella scheda Brass. Pazienti considerati a medio rischio, che prima dell'introduzione dei criteri di ammissione alla valutazione venivano segnalati per dimissione protetta, ora vengono dimessi a domicilio perché di fatto non bisognosi di continuità delle cure.
- Per contro, dal confronto delle segnalazioni che hanno riportato un punteggio ≥ 20 , si può dire che è notevolmente diminuita la percentuale di pazienti dimessi a domicilio ed è al contempo aumentata quella dei soggetti dimessi a domicilio con attivazione ADI. Il dato indica chiaramente che i criteri introdotti sono stati capaci di individuare i pazienti che realmente necessitano di continuità assistenziale. Inoltre, data la complessità dei pazienti considerati ad alto rischio, è aumentata la percentuale di decessi o trasferimenti presso altre uu.oo., probabilmente perché il grado di complessità non era compatibile con la dimissione a domicilio.

Infine i criteri predisposti sono sicuramente stati utili poiché le schede pervenute al Servizio sono state nella maggior parte coerenti con la necessità di continuità dell'assistenza: vi sono stati solamente 3 casi di punteggio della scheda Brass compreso tra 0-10 (basso rischio) che non rispettarono i criteri di compilazione, ossia pazienti con patologia oncologica in fase avanzata oppure cure palliative non oncologiche.

3.4 Limiti dell'indagine

I limiti dell'indagine effettuata sono riconducibili alla ridotta dimensione del campione e alla finestra temporale in cui è stata svolta (7 mesi): un campione più rappresentativo permetterebbe di confermare le valutazioni fatte sulla predittività di alcuni items presenti nel Brass Index e approfondire le relazioni tra tipologia di dimissione e alterazione dell'item. Certamente l'indagine in questione può essere punto di partenza per ulteriori studi.

CONCLUSIONI

Dall'analisi della letteratura non è stato possibile ricavare studi con cui confrontare i dati dell'indagine retrospettiva condotta con il lavoro di tesi; tuttavia alcuni lavori, anche italiani, hanno ben documentato le condizioni di crescente disabilità e polipatologia dei pazienti ricoverati in cui si inserisce e si giustifica il problema delle dimissioni difficili.

Sempre più frequentemente il medico, l'infermiere e tutti gli altri operatori della salute si trovano di fronte a questo tipo di paziente, di regola molto anziano, contemporaneamente affetto da più malattie, costretto ad assumere molti farmaci, a rischio per cadute, fratture, allettamento e perdita di autonomia.

Con il lavoro di tesi si è cercato di dare risposta ai seguenti quesiti:

- I criteri utilizzati per l'ammissione dei pazienti alla valutazione BRASS in che misura sono capaci di individuare i soggetti che richiedono continuità assistenziale?
- Quali items dell'Indice di Brass sono maggiormente predittivi per una presa in carico domiciliare?
- Quali items dell'Indice di Brass sono maggiormente predittivi per un ricovero temporaneo in una struttura territoriale?

Per quanto riguarda il primo quesito, grazie al confronto effettuato tra i dati del 2014 e del 2015, si è potuto confermare che i criteri di ammissione alla valutazione dei pazienti in dimissione, inseriti a partire da gennaio 2015, si sono rivelati utili alla riduzione del numero di richieste pervenute al Servizio di Cure Primarie e all'identificazione dei pazienti con reale necessità di assistenza post-dimissione.

Per il secondo quesito, si sono identificati alcuni items maggiormente predittivi per una progettualità post-dimissione verso il domicilio, con o senza attivazione ADI. Per la dimissione a domicilio essi sono: stato funzionale mediamente dipendente nelle ADL, situazione familiare adeguata, capacità di deambulazione autonoma o con ausili/aiuto di qualcuno, stato cognitivo orientato o disorientato in alcune dimensioni a tratti.

Invece, per la dimissione a domicilio con attivazione ADI essi sono: stato funzionale mediamente dipendente in tutte le attività (ADL e IADL), situazione familiare che preveda la presenza di un coniuge/badante, assunzione plurifarmacologica, mobilità fortemente ridotta, stato cognitivo orientato o disorientato in alcune dimensioni a tratti.

Per il terzo quesito, si sono identificati degli items maggiormente predittivi per una progettualità post-dimissione che prevede la presa in carico del paziente presso una

struttura territoriale intermedia. Essi sono: stato funzionale fortemente dipendente nelle ADL, situazione familiare non adeguata, mobilità fortemente compromessa, stato cognitivo disorientato

Nonostante la limitatezza del campione, si ritiene opportuno affermare che gli items individuati possono essere talvolta fortemente predittivi della necessità di continuità assistenziale. L'infermiere nel prendersi cura del paziente nella sua globalità, consapevole della rilevanza del problema "dimissioni difficili", deve assumere un ruolo proattivo attraverso la promozione dell'uso di uno strumento valido e utile come il Brass Index.

BIBLIOGRAFIA

- Adib-Hajbaghery, M., Maghaminejad, F., & Abbasi, A. (2013). The role of continuous care in reducing readmission for patients with heart failure. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 255-267.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539-2546.
- Cano Arana, A., Martin Arribas, M. C., Martinez Piedrola, M., Garcia Talles, C., Hernandez Pascual, M., Roldan Fernandez, A., et al. (2008). Efficacy of nursing planning after hospital discharge of patients over 65 to reduce their readmission. [Eficacia de la planificacion del alta de enfermeria para disminuir los reingresos en mayores de 65 anos] *Atencion Primaria / Sociedad Espanola De Medicina De Familia y Comunitaria*, 40(6), 291-295.
- Carey, M. R., Sheth, H., & Braithwaite, R. S. (2005). A prospective study of reasons for prolonged hospitalizations on a general medicine teaching service *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 108.
- Courtney, M. D., Edwards, H. E., Chang, A. M., Parker, A. W., Finlayson, K., & Hamilton, K. (2011). A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: A study protocol. *BMC Health Services Research*, 11, 202-6963-11-202.
- Dal Molin, A., Gatta, C., Derossi, V., Guazzini, A., Cocchieri, A., Vellone, E., et al. (2014). Hospital discharge: Results from an italian multicenter prospective study using blaylock risk assessment screening score. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 14-21.
- Damiani, G., Federico, B., Venditti, A., Sicuro, L., Rinaldi, S., Cirio, F., et al. (2009). Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an italian local health unit: Does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates? *BMC Health Services Research*, 9, 22-6963-9-22.
- Dettaglio deliberazione della giunta regionale - bollettino ufficiale della regione del veneto* Retrieved 7/29/2015, 2015, from <http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=262875>
- Holland, D. E., Harris, M. R., Pankratz, V. S., Closson, D. C., Matt-Hensrud, N. N., & Severson, M. A. (2003). Prospective evaluation of a screen for complex discharge planning in hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 678-682.

- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S., de Rooij, S. E., & Grypdonck, M. F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 46-57.
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Korevaar, J. C., Buurman, B. M., & de Rooij, S. E. (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1219.
- Laugaland, K., Aase, K., & Waring, J. (2014). Hospital discharge of the elderly--an observational case study of functions, variability and performance-shaping factors. *BMC Health Services Research*, 14, 365-6963-14-365.
- Lg - *LG_Fragilita_anziano_2013.pdf* Retrieved 4/10/2015, 2015, from http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Fragilita_anziano_2013.pdf
- Lucas, D. J., & Pawlik, T. M. (2014). Readmission after surgery. *Advances in Surgery*, 48, 185-199.
- McMartin, K. (2013). Discharge planning in chronic conditions: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(4), 1-72
- Mistiaen, P., Francke, A. L., & Poot, E. (2007). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: A systematic meta-review. *BMC Health Services Research*, 7, 47.
- Preen, D. B., Bailey, B. E., Wright, A., Kendall, P., Phillips, M., Hung, J., et al. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: A randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 17(1), 43-51.
- Saiani, L., Palese, A., Brugnolli, A., & Benaglio. (2004). La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 23, 233-49.
- Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C. O., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., et al. (2010). Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD000313. doi(1), CD000313.
- Silvestro, A. (2003). Le scale di valutazione: strumenti per l'integrazione e il miglioramento dell'assistenza, *I Quaderni de L'infermiere*, 6.

Allegato n.1: Revisione bibliografica sulla dimissione difficile.

Riferimento	Scopo	Disegno	Setting	Campione	Risultati	Conclusioni	Implicazione per l'infermieristica
<p><i>Ermellina Zanetti, 2009</i></p> <p>“Anziani in ospedale: complessità e continuità dell’assistenza”</p>	<p>Individuare quanti e quali pazienti necessitano di un percorso di dimissione protetta</p>	<p>Studio retrospettivo</p>	<p>Divisione geriatrica per acuti di Brescia</p>	<p>Il campione è costituito da 1.188 soggetti ultrasessantacinquenni di cui il 65,8% è rappresentato da donne. Criteri di esclusione: i soggetti ultrasessantacinquenni in condizioni terminali che rappresentavano il 5% dei ricoverati e coloro che provenivano da una Residenza Sanitaria Assistenziale e che in essa sarebbero poi ritornati (15%).</p>	<p>Il 59% dei soggetti non necessita di alcuna pianificazione della dimissione, il 28% richiede l’attivazione di un percorso di dimissione protetta (che può comprendere anche l’attivazione del servizio di assistenza domiciliare) e il 13% dei soggetti necessita di un ricovero presso strutture a elevata intensità assistenziale (Residenze Sanitarie Assistenziali) o presso un servizio di riabilitazione.</p>	<p>La complessità dei soggetti anziani ricoverati in ospedale per un evento medico acuto si correla direttamente alla presenza e gravità, precedenti l’evento acuto, della disabilità funzionale e/o del deficit cognitivo. Attraverso la rilevazione, peraltro non particolarmente complessa, di queste due condizioni è possibile per gli infermieri individuare i pazienti che necessitano di una maggiore intensività assistenziale. Una più attenta pianificazione delle cure, finalizzata ad evitare le complicanze (lesioni da decubito, infezioni delle vie urinarie, eccesso di disabilità), nonché l’attivazione già all’ammissione un percorso di dimissione protetta.</p>	<p>I servizi sanitari e socio sanitari chiedono alla nostra professione abilità e strumenti per leggere i bisogni, progettualità per tracciare percorsi di cura realizzabili e centrati su obiettivi misurabili, coniugando efficacia ed efficienza. Gli utenti, in particolare quelli più vulnerabili e fragili, e le loro famiglie chiedono, oggi come ieri, agli infermieri l’ascolto della loro sofferenza e il riconoscimento che anche laddove è impossibile curare è sempre possibile assistere.</p>

Riferimento	Scopo	Disegno	Setting	Campione	Risultati	Conclusioni	Implicazione per l'infermieristica
<p><i>McCusker et al, 1999</i></p> <p>“Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit: The ISAR Screening Tool”</p>	<p>Sviluppare uno strumento di screening self-report per identificare le persone anziane nel dipartimento di emergenza di un ospedale ad aumentato rischio di esiti negativi per la salute, tra cui: la morte, l'ammissione in una casa di cura o di ricovero a lungo termine, o una diminuzione clinicamente significativa dello stato funzionale.</p>	<p>Studio prospettico di coorte + follow-up</p>	<p>4 ospedali per acuti a Montreal (Canada), 2 comunità e 2 ospedali terziari.</p>	<p>Pazienti che sono giunti a dipartimento di emergenza, di età superiore ai 65 anni, durante i tre mesi dello studio.</p> <p>Criteri di esclusione: pazienti che non potevano essere intervistati a causa di deficit cognitivi o condizioni cliniche avverse, pazienti che non potevano fornire il consenso, provenienti da una casa di riposo o con patologie croniche.</p>	<p>Lo strumento di screening proposto (ISAR) comprende sei domande self-report sulla dipendenza funzionale, recente ricovero in ospedale, problemi di memoria, visione, e assunzione plurifarmacologica. Lo strumento da buoni risultati nella coorte totale dei pazienti ultrasessantacinquenni 65.</p>	<p>ISAR è un breve questionario self-report in grado di identificare rapidamente i pazienti più anziani in ED ad aumentato rischio di diversi risultati negativi per la salute e quelli con disabilità corrente.</p>	<p>E'uno strumento breve, facile da completare e che non necessita di molto addestramento.</p>
<p><i>Huyse et al, 2001</i></p> <p>“COMPRI - An Instrument to Detect Patients With Complex Care Needs: Results From a European Study”</p>	<p>Sviluppare uno strumento di screening per trovare i pazienti che necessitano di un coordinamento delle cure complesse al momento del ricovero</p>	<p>Studio di coorte</p>	<p>2 ospedali in Olanda.</p>	<p>Tutti i pazienti giunti nelle corsie interne generali.</p> <p>Criteri di esclusione: pazienti ammessi per un solo giorno, provenienti da un'altra corsia o ospedale, pazienti trattati dalla dermatologia o reumatologia.</p>	<p>Il COMPRI è uno strumento di screening di facile somministrazione che rileva i pazienti a rischio di bisogni assistenziali complessi per i quali è indicato il coordinamento dell'assistenza.</p>		<p>Possibili applicazioni cliniche comprendono la standardizzazione della procedura di screening per l'ammissione di un reparto di specializzazione e per standardizzare l'indicazione per la valutazione multidimensionale dei bisogni di assistenza.</p>

Riferimento	Scopo	Disegno	Setting	Campione	Risultati	Conclusioni	Implicazione per l'infermieristica
<p><i>Simonet et al, 2008</i></p> <p>“A predictive score to identify hospitalized patients’ risk of discharge to a post-acute care facility”</p>	<p>Le finalità dello studio erano di sviluppare e validare un punteggio predittivo per la dimissione in una struttura di cura post-acuta.</p>	<p>Studio di coorte</p>	<p>Ospedali universitari a Ginevra</p>	<p>I pazienti sono stati reclutati durante l'accesso al reparto di medicina interna. Per essere inclusi nello studio di coorte i pazienti dovevano essere dimessi a domicilio o in una struttura di cura post-acuta.</p>	<p>E’ stata sviluppata una regola di predizione clinica accurata, oggettiva e semplice, che ha individuato, il terzo giorno di ospedalizzazione il rischio dei pazienti alla dimissione e che fa affidamento su parametri clinici prontamente validi.</p>	<p>Lo studio fornisce uno strumento di facile uso, convalidato, semplice, che prevede il rischio di dimissione in una struttura post acuta dei pazienti. Interventi specifici mirati verso l’alto rischio potrebbero salvare un uso ospedaliero inadeguato.</p>	
<p><i>Alarcòn et al, 1999</i></p> <p>"Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward.”</p>	<p>Indagare quali fattori sono predittivi del risultato alla dimissione e dopo 6 mesi</p>	<p>Studio prospettico</p>	<p>Reparto geriatrico acuto in Spagna.</p>	<p>353 pazienti, età media pari a 81 anni.</p>	<p>Le variabili che predicono la mortalità ospedaliera sono: Barthel Index all’ammissione, disabilità premorbose e assunzione plurifarmacologica. L’unica variabile indipendentemente predittiva della prolungata ospedalizzazione è il Barthel Index inferiore a 45 all’ammissione. La disabilità funzionale all’ammissione è predittiva di istituzionalizzazione alla dimissione.</p>	<p>Attività della vita quotidiana limitate e problemi geriatrici all’ammissione sono i più forti fattori predittivi di esito, indipendentemente dalla diagnosi.</p>	<p>La precoce identificazione dei pazienti con un alto rischio di istituzionalizzazione può aiutare la famiglia, il paziente e il team di assistenza a pianificare le cure.</p>

Riferimento	Scopo	Disegno	Setting	Campione	Risultati	Conclusioni	Implicazione per l'infermieristica
<p><i>Hoogerduijn et al, 2009</i></p> <p>"Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline, a study to compare predictive values of three screening instruments"</p>	<p>Stabilire uno strumento di screening per identificare I pazienti anziani ospedalizzati a rischio di declino funzionale comparando il valore predittivo di tre strumenti di screening (HARP, COMPRI, ISAR)</p>	<p>Studio prospettico di coorte</p>	<p>Dipartimento di medicina interna dell'Academic Medical Centre in Olanda.</p>	<p>Tutti i pazienti ammessi al dipartimento di età >65 anni (177). Criteri di esclusione: pazienti troppo ammalati, provenienti da un altro reparto o ospedale, che non parlavano o comprendevano l'olandese e con permanenza < 48h.</p>	<p>Il declino funzionale è stato riscontrato nel 27,8% dei pazienti.</p>	<p>HARP ha dato i risultati più scarsi. ISAR ha dimostrato la migliore capacità di identificare e predire i pazienti a rischio di declino funzionale.</p>	<p>Utile per identificare i pazienti a rischio di declino funzionale e prevenirlo.</p>
<p><i>Walker et al, 2006</i></p> <p>"Timed Up and Go test is not useful as a discharge risk screening tool"</p>	<p>Determinare se il TUG (Timed Up and Go) è un test utile a predire la riammissione nel dipartimento di emergenza entro 90 giorni di pazienti anziani dimessi dal dipartimento stesso.</p>	<p>Studio prospettico di coorte in singolo cieco.</p>	<p>Dipartimento di emergenza di terzo livello a Melbourne.</p>	<p>Cento pazienti hanno completato il TUG test prima di essere dimessi dal dipartimento di emergenza. Dopo 90 giorni veniva effettuato il controllo telefonico per verificare la riammissione o la morte.</p>	<p>Non c'è differenza significativa tra il TUG test e la riammissione o ricovero dei pazienti</p>	<p>Questo studio non rileva nessun valore predittivo del TUG test per le riammissioni entro i 90 giorni dalla dimissione.</p>	

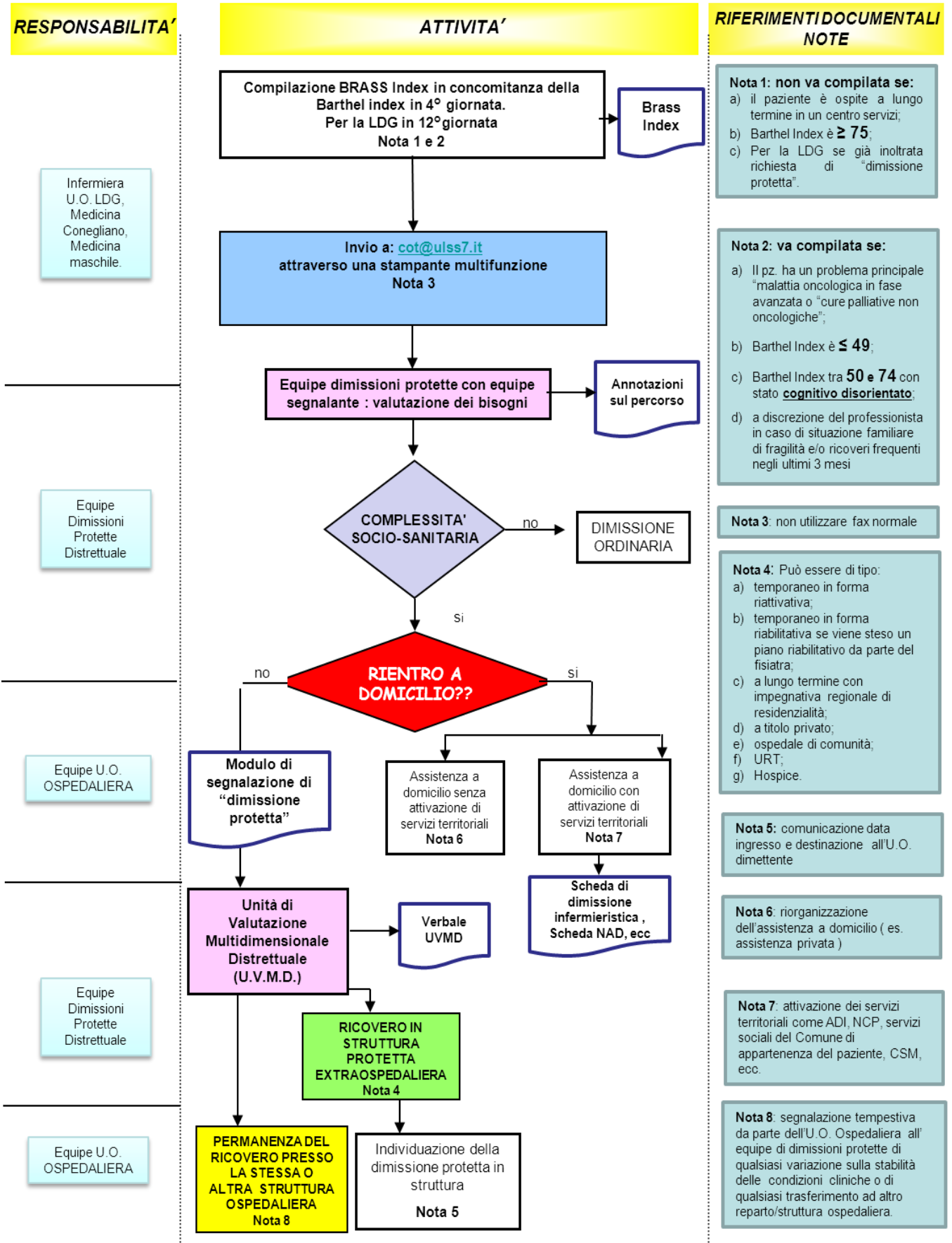
Riferimento	Scopo	Disegno	Setting	Campione	Risultati	Conclusioni	Implicazione per l'infermieristica
<p><i>De Jonge et al, 2003</i></p> <p>“Medical Inpatients at Risk of Extended Hospital Stay and Poor Discharge Health Status: Detection With COMPRI and INTERMED”</p>	<p>Rilevare i pazienti in reparti di medicina a rischio di permanenza prolungata e cattiva salute alla dimissione con l'uso di strumento di previsione di complessità (COMPRI) e lo strumento di medicina interdisciplinare (INTERMED)</p>	<p>Studio di coorte</p>	<p>Centro medico di Amsterdam</p>	<p>Una coorte di pazienti è stata valutata all'ammissione in reparto e seguita fino alla dimissione dall'ospedale. Da febbraio a settembre 2000, tutti i pazienti ricoverati in due reparti generali di medicina interna sono stati considerati per l'inclusione nello studio. I pazienti ricoverati per un giorno, pazienti riammessi entro il periodo di studio e pazienti trattati dalla specialità di dermatologia o reumatologia sono stati esclusi</p>	<p>I pazienti rilevati con COMPRI e INTERMED avevano una degenza significativamente più prolungata e uno stato di salute alla dimissione più povero dei pazienti non rilevati. Dei rilevati, il 37% ha avuto una degenza ospedaliera estesa e scarso stato di salute alla dimissione; dei pazienti non rilevati, questo era solo il 7% .</p>	<p>Il COMPRI - INTERMED può aiutare a rilevare i pazienti complessi ricoverati in reparti di medicina entro i primi giorni di ammissione, e esclude quelli con una piccola possibilità di scarsi risultati.</p>	
<p><i>De Saint-Hubert et al, 2010</i></p> <p>“Predicting functional adverse outcomes in hospitalized older patients: A systematic review of screening tools “</p>	<p>Per individuare strumenti in grado di rilevare all'ammissione i pazienti anziani ricoverati più a rischio di declino funzionale durante e dopo la dimissione</p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p>La ricerca sistematica ha utilizzato Medline 1970-2007 , Web of Science 1981-2007 e la lista di referenze di giornali rilevanti</p>	<p>/</p>	<p>Sono stati trovati 12 studi che hanno sviluppato strumenti di valutazione/screening, e che includevano circa 1745 pazienti. Risultati funzionali sono stati valutati in corrispondenza o dopo la dimissione. Stato funzionale pre-ammissione, cognizione e sostegno sociale sono i principali componenti per la previsione di evoluzione funzionale.</p>	<p>Gli strumenti che predicono gli esiti funzionali avversi sono difficilmente comparabili a causa dell'eterogeneità degli esiti funzionali e i setting ospedalieri. Il motivo per cui sono stati sviluppati tanti strumenti è probabilmente perché nessuno dà piena soddisfazione: la loro validità predittiva generale e le prestazioni sono insufficienti.</p>	

Riferimento	Scopo	Disegno	Setting	Campione	Risultati	Conclusioni	Implicazione per l'infermieristica
<p><i>Dal Molin et al, 2013</i></p> <p>Hospital Discharge: Result from an Italian multicenter Prospective Study Using Blaylock Risk Assessment Screening Score</p>	<p>Analizzare la validità predittiva e affidabilità dell'indice di Brass in un largo gruppo di pazienti</p>	<p>Studio prospettico osservazionale</p>	<p>6 ospedali italiani</p>	<p>711 pazienti sono stati reclutati.</p>	<p>La lunghezza media di ospedalizzazione per i pazienti a basso rischio era significativamente più breve rispetto a quella dei gruppi a medio e ad alto rischio.</p>	<p>Il Brass Index è utile per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata.</p>	<p>L'uso di Brass può essere utile per lo screening dei pazienti.</p>
<p><i>Mistiaen et al, 1999</i></p> <p>“Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems”</p>	<p>Testare la validità predittiva del Brass Index nello screening dei pazienti con problematiche post-dimissione</p>	<p>Studio prospettico longitudinale</p>		<p>503 pazienti anziani sono stati esaminati all'immissione in reparto con il Brass Index.</p>	<p>I pazienti identificati con il Brass Index come “alto rischio” spesso non sono dimessi a domicilio e hanno un'ospedalizzazione prolungata. I punteggi Brass si correlano significativamente con i punteggi di outcomes dopo la dimissione: più alto è il punteggio BRASS, maggiore è la difficoltà di punteggio dopo la dimissione su tutti i domini.</p>	<p>Questo studio dimostra che l'indice BRASS è un buon strumento predittore per indicare i pazienti che non vengono dimessi a casa, che i punteggi BRASS si correlano significativamente con problemi incontrati dopo la dimissione e che ha alta specificità per prevedere pazienti con problemi dopo la dimissione</p>	

Riferimento	Scopo	Disegno	Setting	Campione	Risultati	Conclusioni	Implicazione per l'infermieristica
<p><i>Panella et al, 2012</i></p> <p>Predicting the need for institutional care shortly after admission to rehabilitation: Rasch analysis and predictive validity of the BRASS Index</p>	<p>Valutare la validità di costruito interna e l'affidabilità del BRASS Index nel setting riabilitativo</p>	<p>Studio prospettico osservazionale</p>	<p>Reparto di riabilitazione di un ospedale distrettuale italiano</p>	<p>104 pazienti</p>	<p>L'affidabilità della BRASS originale era bassa e l'analisi dei fattori ha dimostrato che era chiaramente multidimensionale.</p>	<p>Lo studio ha dimostrato che la BRASS originale era multidimensionale e inaffidabile. Tuttavia, la BRASS modificata ha un'adeguata validità di costruito interna ed è sufficientemente affidabile come predittore di problemi di dimissione per il gruppo.</p>	
<p><i>Saiani et al, 2008</i></p> <p>Valutazione della sensibilità e della specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile</p>	<p>Valutare la validità della scala BRASS</p>	<p>Studio longitudinale</p>	<p>Reparti medici italiani</p>	<p>Pazienti adulti ricoverati nel reparto di medicina da gennaio 2006, sono stati valutati all'ingresso e alla dimissione e, 45 giorni dopo la dimissione, sono stati intervistati telefonicamente per valutarne l'effettiva destinazione.</p>	<p>Sono stati valutati 189 pazienti all'ingresso e alla dimissione, e per 145 è stato possibile rilevare la situazione a tre mesi dalla dimissione. Il 7,5% dei pazienti era ad alto rischio di dimissione difficile. La sensibilità e specificità della BRASS sono risultate, rispettivamente, del 73,1% e del 82,3%.</p>	<p>La scala BRASS prevede un numero limitato di caratteristiche, che si sono dimostrate predittive sulla necessità di attivare servizi a supporto della dimissione pianificata.</p>	<p>La scala BRASS può essere considerata uno strumento di screening per aiutare gli operatori a sviluppare interventi di continuità assistenziale appropriati e in modo tempestivo.</p>

Allegato n.2: Flow-chart del processo di segnalazione alla COT.

**Flow-Chart PERCORSO DIMISSIONI PROTETTE: BRASS Index
Azienda ULSS 7**



Allegato n.3: Brass Index Modificato

CENTRO DI COSTO:	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO:	n. di telefono: n. di cellulare:

Compilare solo se prevista una loro continuità a domicilio

Utente portatore di

- Lesioni cutanee
 PEG SNG Catetere vescicale Tracheostomia Urostomia Enterostomia

Terapie/Presidi di supporto

- Uso di elettromedicali: Aspiratore Concentratore Pompa peristaltica
 BiPAP / CPAP Ventiloterapia invasiva
Tipologie di medicazioni: Avanzate Complesse Stomie/drenaggi
Terapia infusiva: CVP Elastomero CVC NPT

BRASS INDEX Modificato (Blaylock Discharge Planning Risk Assessment Screen)

Valutazione del rischio di dimissione difficile secondo Blaylock (1999)

Da compilare entro 72 dal ricovero ed inviare alla Centrale Operativa Territoriale

NON va inviata alla COT per:

- punteggio totale basso (0–10)

Va inviata alla COT per:

- punteggio totale medio (11-19) e alto (≥ 20)
- punteggio basso ma nel caso in cui il problema principale sia
“MALATTIA NEOPLASTICA IN FASE AVANZATA” o **“CURE PALLIATIVE NON ONCOLOGICHE”**

Legenda indice di dimissione difficile

Basso (0–10): si tratta di utenti che al momento della dimissione sono cognitivamente orientati, con una rete familiare presente, in grado di gestire la terapia e di raggiungere in autonomia o con supporto del care-giver i luoghi di erogazione dei servizi.

Medio (11–19): si tratta di utenti con funzioni cognitive dubbie, autonomia limitata, difficoltà di raggiungere in autonomia o con supporto del care-giver i luoghi di erogazione dei servizi, difficoltà nell’assumere la terapia in modo autonomo, con supporto familiare insufficiente e con bisogno di prestazioni sanitarie a domicilio.

Alto (≥ 20): si tratta di utenti per i quali è necessario attivare un percorso di valutazione in UVMD multidisciplinare perché non autonomi, affetti da gravi disabilità, elevato grado di dipendenza sanitaria e sociale, necessità di prestazioni continuative e di una rete di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Fruisce/ in carico a: <input type="checkbox"/> Casa di riposo a lungo termine <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> Assistenza sociale (comune)			
PROBLEMA PRINCIPALE:			
<input type="checkbox"/> MALATTIA NEOPLASTICA IN FASE AVANZATA		<input type="checkbox"/> MALATTIA OSTEO-ARTICOLARE	
<input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE NON ONCOLOGICHE		<input type="checkbox"/> MALATTIA RESPIRATORIA	
<input type="checkbox"/> MALATTIA CARDIOVASCOLARE		<input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE SUPPORTO DOMICILIARE	
<input type="checkbox"/> MALATTIA NEUROLOGICA		<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)	
0	Età 55 anni o meno	0	Comportamento (<i>ogni opzione valutata</i>) appropriato
1	dai 56 ai 64 anni	1	confuso
2	dai 65 ai 79 anni	1	agitato
3	80 anni o più	1	vagabondaggio (e/o scappare)
1		1	altro
0	Situazione familiare (<i>una sola opzione</i>) vive solo con il coniuge in grado di dare supporto	0	Mobilità (<i>una sola opzione</i>) Cammina autonomamente
1	vive con la famiglia/ badante	1	Cammina con ausili
2	vive da solo con il supporto della famiglia	2	Cammina con l'aiuto di qualcuno
3	vive da solo con il supporto degli amici	3	Non cammina
5	vive da solo senza alcun supporto o con familiare non in grado di dare supporto		
0	Stato Funzionale (<i>ogni opzione valutata</i>) indipendente nelle attività di vita quotidiane	0	Deficit sensoriali (<i>ogni opzione valutata</i>) nessuno
	Dipendente nel:	1	deficit visivo/uditivo
1	mangiare/nutrirsi	2	entrambi i deficit (visivo e uditivo)
1	lavarsi quotidianamente		Numero di ricoveri pregressi/accessi al PS
1	fare il bagno o la doccia	0	Nessuno negli ultimi 3 mesi
1	accedere ai servizi igienici	1	Uno negli ultimi 3 mesi
1	incontinenza fecale	2	Due negli ultimi 3 mesi
1	incontinenza urinaria	3	Più di due negli ultimi 3 mesi
1	preparare i pasti		
1	gestirsi la terapia		
1	gestire le proprie finanze		
1	fare la spesa o acquisti vari		
1	utilizzare i mezzi di trasporto		
0	Stato cognitivo (<i>una sola opzione</i>) orientato	0	Numero di patologie/problemi clinici attivi Fino a 3 problemi
1	disorientato in alcune dimensioni a tratti	1	da 3 a 5 problemi
2	disorientato in alcune dimensioni sempre	2	più di 5 problemi
3	disorientato in tutte le dimensioni a tratti		Numero di farmaci assunti prima del ricovero
4	disorientato in tutte le dimensioni sempre	0	meno di 3 farmaci
5	stato comatoso	1	dai 3 ai 5 farmaci
		2	più di 5 farmaci

Punteggio totale _____ **Comunicazione all'utente/ famiglia di invio scheda ai Servizi**

Firma professionista compilatore _____ **data** _____