



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“L’UTILIZZO DELLA SCALA BRASS PER LA
CONTINUITA’ ASSISTENZIALE: INDICE PREDITTIVO
PER L’ATTIVAZIONE DELLA COT”**

Relatore:

Prof. re Schiavon Luigino

Laureando:

Anese Francesco

matricola n.1004400

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I - DESCRIZIONE DEL PROBLEMA	5
1.1 La dimissione ospedaliera e la continuità assistenziale	5
1.1.1 Il prolungamento della degenza.....	6
1.1.2 La continuità assistenziale	6
1.2 Scopo e Obiettivi di studio	8
1.3 Quesito di Ricerca	8
1.4 Ipotesi di Studio.....	8
CAPITOLO II – TEORIE E CONCETTI DI RIFERIMENTO	9
2.1 La centrale Operativa Territoriale (COT) e l’attività della regione Veneto.	9
2.2 La Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS)	10
CAPITOLO III – MATERIALI E METODI	11
3.1 Disegno di Studio.....	11
3.2 Campionamento	11
3.3 Setting	11
3.4 Attività e Strumenti di Raccolta Dati.....	12
3.5 Affidabilità dei Dati e della Raccolta	13
3.6 Analisi dei Dati	14

CAPITOLO IV – RISULTATI	15
4.1 Descrizione del Campione	15
4.2 Risultati in Rapporto ai Quesiti	23
CAPITOLO V – DISCUSSIONE	25
5.1 Discussione	25
CAPITOLO VI – CONCLUSIONI	27
6.1 Limiti dello studio.....	27
6.2 Implicazione per la pratica.....	27
6.3 Conclusioni	28

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

PROBLEMA: La complessità che caratterizza bisogni e problemi dei soggetti anziani disabili e fragili richiede, un approccio sistemico e la presa in carico strutturata, richiedendo interventi personalizzati che tengano in seria considerazione le differenze interindividuali e che a parità di condizione di malattia, determinano l'out come della cura.

In particolare si rende necessario adottare uno strumento che utilizzando indicatori oggettivi di complessità possa predefinire la quantità e la qualità di assistenza necessaria, per assicurare che la presa in carico sia un reale accompagnamento dell'anziano e della sua famiglia, con il duplice obiettivo di evitare complicanze e ottimizzare il percorso di cura. Perciò la dimissione pianificata assicura la continuità delle cure e inizia con l'identificazione dei pazienti a rischio di incontrare i problemi dopo la dimissione. La Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) è una scala di screening del rischio che può essere usata fin dall'inizio del ricovero, per identificare i pazienti che necessitano di un piano di dimissione. (Blaylock A & Cason C. 1992)

SCOPO-IPOTESI: L'introduzione della Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index come indice predittivo può portare ad una facilitazione della continuità assistenziale post ricovero.

DISEGNO DELLO STUDIO/RICERCA: Studio osservazionale descrittivo prospettico

SETTING. U.O. Medicina maschile e femminile dei P.O. di Portogruaro e San Donà di Piave e U.O. Medicina del P.O. di Jesolo dell' Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale".

CAMPIONE:

- Criteri di inclusione: Pazienti (età >75 anni) che vengono ricoverati in 5 U.O. di Medicina generale. Con una scala di Brass maggiore di 11 punti.
- Criteri di esclusione: persone con età <75 anni d'età, che non presentano un livello di dipendenza da richiedere assistenza post-ricovero.

MATERIALI E METODI: Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index

ANALISI STATISTICHE: Indici statistici di tendenza centrale (media, mediana, moda). Test di sensibilità e specificità. Analisi delle frequenze assolute e relative dei fenomeni osservati.

RISULTATI: Dallo studio è emerso che la scala BRASS presenta un grado di sensibilità pari a 0,72 e la sua specificità è 0, 14. La maggior parte delle attivazioni per la Centrale Operativa Territoriale (COT) non sono precise, e la maggior parte della segnalazioni è atta alla segnalazione di anziani "fragili".

CONCLUSIONI: L'uso della Scala BRASS potrebbe essere un valido strumento per, oltre che individuare il rischio di dimissione difficile, ricondurre l'infermiere nella strada della continuità assistenziale, perché permette una visione d'insieme dell'assistito, pianifica il percorso di dimissione e permette la personalizzazione dei comportamenti infermieristici per ogni assistito, molto dipende dai tempi e dalle modalità di utilizzo.

Parole chiave (key words): dimissione difficile (*difficult discharge*), anziani (*aged*), scala BRASS (*Brass Scale*), pianificazione dimissione (*discharge planning*).

INTRODUZIONE

La volontà di intraprendere l'argomento di tesi trattato è nata dalla necessità, avvertita durante le esperienze formative, di indagare in modo approfondito quanto concerne la continuità assistenziale, motivato dalla consapevolezza, via via negli anni di formazione sempre più forte di come la cura e l'assistenza solamente relegate alle strutture sanitarie non possono portare a una miglioramenti nel livello di cura, soprattutto per quanto concerne gli anziani, campione studiato, ma va correlata con l'assistenza attiva nel territorio. Perciò si è preso in considerazione il possibile strumento che possa far dialogare, nel momento del passaggio degli assistiti cioè la dimissione, struttura ospedaliera e territorio, tramite la Centrale Operativa Territoriale (COT), al fine di capire se lo strumento preso in considerazione: la Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index possa essere un indice predittivo per l'attivazione della COT, al fine di ridurre i tempi di degenza e migliorare così la continuità assistenziale.

Inoltre una delle priorità indicate dal Piano Sanitario e Sociale nazionale e in maniera forte anche del piano regionale del Veneto riguarda l'assistenza agli anziani e ai soggetti fragili; di fronte al crescente numero di soggetti che presentano specifiche necessità assistenziali si è configurato sempre di più il bisogno è lo sviluppo di sistemi complessi e articolati per dare risposte agli assistiti, da questo il bisogno e lo sviluppo della continuità assistenziale.

Dare continuità significa promuovere la centralità del paziente nel percorso assistenziale (Haggerty & al., 2003), ma non solo ponendo il paziente al centro di un sistema di servizi: già Shortell (1976) definiva la *continuity of care* come la misura in cui i servizi sanitari sono recepiti come parte di una successione coordinata e ininterrotta di eventi coerenti con i bisogni dei pazienti; più recentemente l'accento è stato posto sull'integrazione verticale dei percorsi assistenziali, dall'ambito specialistico delle strutture ospedaliere al contesto delle cure primarie (Gulliford & al., 2006). La percezione di continuità assistenziale. Ovvero della progressione dell'assistenza in modo continuo e coordinato, è un elemento fondamentale per la soddisfazione dei pazienti (Freeman & al., 2003) e, soprattutto per i pazienti cronici, risulta influenzata maggiormente del modello assistenziale più che dal tipo di patologie. (Cowie & al.,2009)

L'atto preso in considerazione per la continuità assistenziale è quello della dimissione: fase conclusiva dell'intero processo di ricovero ospedaliero e porta per la pianificazione di un'assistenza oltre l'ospedale, centrata sui bisogni del paziente.

Il concetto di olistico ha rappresentato, per molti anni, un principio fondamentale della formazione infermieristica, al quale riferirsi per promuovere un'assistenza centrata sulla concezione della persona come soggetto unico e irripetibile (Rippa & Baffi, 2005). Tutto questo porta a riflettere sull'individualità della persona come portatore di bisogni personalizzati (Cantarelli, 2009). La personalizzazione dell'assistenza infermieristica si concretizza dunque nella comprensione del bisogno di assistenza del singolo, che si traduce in una domanda di assistenza fortemente connotata soggettivamente proprio perché il bisogno stesso è determinato dalla personale dimensione psicologica e socio-culturale di ogni individuo (Motta, 2008).

L'Infermiere è perciò chiamato a modulare i propri interventi professionali in funzione della particolare persona umana che ha preso in carico, anche al momento delicato della dimissione.

L'utilizzo della Scala BRASS permette l'infermiere di standardizzare la raccolta anamnestica di informazioni per individuare i bisogni dell'assistito e classificarlo in un "rischio" che permette al professionista sanitario di riflettere sulle attività e comportamenti da attuare durante la pianificazione della dimissione (Blaylock & Cason, 1992).

Il concetto di dimissione difficile è intesa come dimissione che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, necessita di un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari ed implica un coinvolgimento particolare di tutti i presidi territoriali: medici di famiglia, servizi infermieristici, servizi assistenziali, lungodegenze extraospedaliere, residenze sanitarie assistenziali, case protette, case di riposo. Ma l'attivazione di un corretto percorso di continuità implica un cambiamento di mentalità a tutti i livelli del servizio sanitario e sociale, prima di tutto all'interno dell'ospedale abituato ad essere un luogo di cura a sé stante, quasi completamente staccato dai servizi territoriali, concepito come luogo in cui trascorrere un periodo di diagnosi e terapia avulso dall'ambiente familiare e sociale, quasi una sorta di sequestro obbligato in attesa della riconsegna dopo la guarigione.

Esso inoltre implica una diversa organizzazione basata sul concetto di rete dei servizi e sulla multidisciplinarietà ed esige tempi di progettazione ed attivazione poco consoni ad un ospedale per acuti. (Meschi, Fiaccadori & al. 2005)

Lo studio perciò si propone di indagare se la scala BRASS è uno strumento adeguato al fine di portare un miglioramento nella continuità assistenziale come indice predittivo per l'attivazione della COT.

CAPITOLO I – DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

1.1 La dimissione ospedaliera e la continuità assistenziale

La dimissione ospedaliera è la fase terminale del processo di ricovero, in cui si conclude la presa in carico del paziente da parte dell'infermiere, attuata per tutto il periodo diagnostico terapeutico di ricovero (Forster & al., 2003). Al momento della dimissione, l'infermiere però non deve spezzare la catena della continuità assistenziale perché è chiamato *“a garantirla anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi”* (Codice Deontologico, art. 27, 2009), anche nel momento della dimissione.

La dimissione avviene nella maggior parte dei casi una volta trattato l'evento acuto di malattia e/o dopo il ripristino/recupero delle funzionalità del paziente. La pianificazione alla dimissione è un processo che viene realizzato attraverso l'integrazione degli interventi di tutti i professionisti sanitari che hanno in carico in paziente. Il medico è il precursore di questo processo perché spetta a lui la definizione della diagnosi di dimissione. Una volta concordato con il paziente e/o familiari/caregiver i dettagli temporali della dimissione, il medico redige la lettera di dimissione, che verrà consegnata al Medico di Medicina Generale. L'infermiere è chiamato a garantire la continuità assistenziale e quindi dovrà gestire tutte quelle attività che permettono al paziente di soddisfare i propri bisogni assistenziali anche nei periodi post-dimissione.

Da diversi anni si parla di pianificazione della dimissione, ovvero la stesura di un percorso di dimissione che comporta lo sviluppo di un piano individualizzato prima che il paziente lasci l'ospedale (Dono & Dutto, 2006).

La pianificazione della dimissione prepara l'assistito a passare quindi da un livello di assistenza all'altro, dentro o fuori da una struttura sanitaria e viene vista come funzione collaborativa; infatti essa è attuata con, e non per, l'assistito e la sua famiglia.

La pianificazione della dimissione non risponde però a tutti i problemi, ma può ridurre la riammissione e migliorare la soddisfazione del paziente (Craven & Hirnle, 2007).

I livelli di pianificazione della dimissione sono diversi, in base ai bisogni delle persone e agli interventi infermieristici richiesti a seconda delle necessità del paziente.

Il piano di dimissione identifica e documenta una sequenza di fasi da porre in atto in tempi definiti per raggiungere obiettivi che hanno lo scopo di garantire un sicuro rientro a casa o l'integrazione necessaria al proseguimento delle cure; garantisce la permanenza in regime di ricovero dell'assistito solamente per problemi clinici (Gobbi, 2008).

La dimissione è dunque una fase complessa dell'intero processo di ricovero del paziente in U.O. non meno importante della fase diagnostico-terapeutica che permette all'assistito il superamento della fase acuta.

1.1.1 Il prolungamento della degenza

Il prolungamento della degenza come descritto sopra è uno dei fattori che va ad influenzare la qualità dell'assistenza: in questo periodo storico anch'essa, come la ri-ospedalizzazione, è un evento molto diffuso nei Presidi Ospedalieri Italiani, soprattutto nei pazienti con età uguale e superiore ai 65 anni, dove troviamo nel 2009, un media interregionale del 4,84%. Secondo i dati del Ministero della Salute si ha un' elevata variabilità a livello territoriale nella distribuzione della degenza media per acuti: si passa da un minimo di 6,0 giorni della regione Campania, ad un massimo di 8,3 della regione Piemonte. La degenza media registrata nel 2008 a livello nazionale è di 7 giorni e nel Veneto corrisponde a 8.

Riguardo le U.O. di Medicina Generale, a livello nazionale la degenza media è di 9,7 giorni. Una variabile importante in questo è rappresentata dalle patologie di cui sono affetti gli assistiti e per le quali sono ricoverati.

1.1.2 La continuità assistenziale

Per continuità assistenziale si intende la definizione di percorsi assistenziali che vedono coinvolte diverse figure professionali che operano in ambiente ospedaliero e territoriale, in modo da garantire l'espressione dei bisogni di continuità (Comodo & Maciocco, 2004).

Quando non sono sufficienti solo le informazioni o gli interventi educativi e si prevede la presa in carico dell'assistito, si parla perciò di continuità assistenziale (Proietti & Oddi, 2007).

I soggetti che necessitano di continuità assistenziale sono pazienti instabili che richiedono supervisione e controllo continuo. La continuità assistenziale si basa su un approccio multidisciplinare che promuove l'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie (Bono & Dutto, 2006).

Valutando i pazienti all'ammissione, si possono identificare quelli a rischio di una dimissione difficile (Bono & Dutto, 2006), quando c'è una disabilità permanente o temporanea per un evento acuto (Comodo & Maciocco, 2004).

La difficoltà nella dimissione dipende da molteplici fattori:

- La frequenza imprevedibile dell'evento che coglie impreparata la famiglia a organizzarsi di fronte a nuovi e impegnativi bisogni assistenziali di un suo membro;
- La necessità di coinvolgere e coordinare molteplici professionisti e servizi (intra ed extra-ospedalieri) al fine di garantire la continuità assistenziale;
- La tendenza dell'ospedale a ridurre al minimo il periodo di degenza.

Gestire la dimissione difficile è una vera e propria sfida per il sistema sanitario (Comodo & Maciocco, 2004) che richiede l'esplicitazione di procedure valutative e assistenziali condivise da molteplici attori e l'assunzione di responsabilità nella realizzazione di percorsi assistenziali indispensabili per la cura dei pazienti ad alto rischio.

I pazienti le cui dimissioni creano difficoltà sono soprattutto: anziani, persone con scarsa autonomia, persone affette da patologie croniche (come: BPCO, diabete mellito, insufficienza renale cronica, scompenso cardiaco) e i pazienti terminali (Bono & Dotto, 2006).

La continuità delle cure e dell'assistenza infermieristica deve andare oltre l'ambito ospedaliero; per continuità assistenziale intendiamo infatti lo sviluppo di una rete di continuità tra Ospedale e Territorio. E' compito degli infermieri e degli operatori sanitari assicurare, tramite il lavoro in equipe, la pianificazione alla dimissione.

La mancata integrazione di Ospedale e Territorio potrebbe provocare dimissioni non protette e anticipate o il prolungamento dei ricoveri oltre i tempi previsti dai DPR. Ciò rappresenta una sfida per i professionisti che si occupano dei soggetti anziani che devono cercare di assicurare il mantenimento dell'autonomia (Pevero, 2010).

La continuità assistenziale può essere garantita dall'infermiere come citavamo in precedenza dall'articolo 27 del Codice Deontologico, tenendo anche presente: “*contribuendo a orientare le politiche e lo sviluppo del Sistema sanitario al fine di garantire...L'utilizzo equo e appropriato delle risorse*”(art. 47 Codice Deontologico, 2009)

1.2 Scopo e Obiettivi di studio

L'introduzione della Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index come indice predittivo può portare ad una facilitazione della continuità assistenziale post ricovero. E ridurre i tempi di attesa per la dimissione difficile.

1.3 Quesito di Ricerca

La scala Brass può facilitare la continuità assistenziale?

Quante volte per questi pazienti viene attivato la centrale operativa territoriale (COT)?

Viene attivata per quali attività?

È uno strumento che può portare dei miglioramenti nella continuità assistenziale?

1.4 Ipotesi di Studio

Lo studio prevede, attraverso l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissione difficile, di valutare l'affidabilità della scala BRASS, e valutare se il suo utilizzo può essere un indice per il miglioramento della continuità assistenziale tra struttura ospedaliera e territorio.

CAPITOLO II – TEORIE E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 La centrale Operativa Territoriale (COT) e l'attività della regione Veneto.

Secondo il DGRV n. 2271 del 10.12.2013 al fine di garantire la continuità dell'assistenza e di valorizzare l'assistenza territoriale, la Regione Veneto individua tra gli obiettivi prioritari l'avvio della "Centrale Operativa Territoriale", quale strumento strategico per guidare la presa in carico del cittadino in funzione delle specifiche esigenze o bisogni, coordinando e raccordando i soggetti della rete assistenziale.

L'obiettivo prefissato della COT è quello di assicurare la risposta più appropriata all'utente "protetto" attraverso l'interconnessione tra Servizi Ospedalieri e Territoriali promuovendo la domiciliarità.

La COT è quel filo che consente di connettere servizi, operatori e interventi affinché anche nel territorio vi sia una regia unica.

La COT attua nuove strategie organizzative e modelli concreti che privilegino la «gestione integrata del paziente». Permettono così di svolgere funzioni diverse quali:

- Coordina la transizione dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo, residenziale o domiciliare protetto
- Coordina la presa in carico dei pazienti in Assistenza Domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali
- Coordina l'ammissione/dimissione e sorveglia sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie
- Sorveglia sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale

L'attivazione della COT attualmente nell'AULSS n.10 "Veneto Orientale" è finalizzata principalmente alla segnalazione di anziani fragili e secondariamente per i bisogni attivare altre tipologie di cura.

L'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.D.M.), viene utilizzata per valutare in maniera integrata, da diverse figure professionali, i bisogni espressi dal singolo paziente. Per definizione il paziente Fragile è un paziente complesso: l'obiettivo per l'infermiere diventa dunque il "prendersi cura" attraverso un approccio globale, per migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio di disabilità o di progressione della stessa verso stati più avanzati (Torres, 2008).

Utilizzata anche nel frangente della Fragilità la *scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (SVAMA)*.

2.2 La Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS)

Il blaylock Risk Assessment Screening (BRASS) (vedi allegato I) fu sviluppato per far parte del sistema di pianificazione della dimissione, soprattutto in pazienti di età superiore ai 65 anni (Palestini & al, 2012). La BRASS, somministrata durante l'assessment di ammissione del paziente in ospedale, consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile, in particolare per pazienti con bisogni relativi all'attivazione di servizi o risorse assistenziali extraospedaliere, anche familiari nel periodo post-dimissione. Gli infermieri possono utilizzare le informazioni fornite dalla Scala per pianificare sia interventi educativi, non da attuare durante il ricovero, sia programmi assistenziali domiciliari.

La scala nasce da una attenta revisione della letteratura e dalla esperienza delle autrici Blaylock e Cason (1992) nel campo dell'assistenza in geriatria e gerontologia, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza.

I più recenti studi, eseguiti anche in Italia sono non sempre concordi rispetto l'efficienza della scala: (Panella L & al, 2012) sottolinea come la scala detenga adeguata validità ed è sufficientemente affidabile come un predittore di rischio di dimissione, ma non l'uso unico della scala. Sottolinea inoltre che sono necessarie ulteriori ricerche per sviluppare un adeguato strumento di misura per il rischio di problemi post ricovero.

Anche (Signorini & al, 2015) sottolineano come la BRASS possa essere, insieme alla diagnosi medica, un modello predittivo rilevante per migliorare la continuità assistenziale anche se sono necessari studi metodologici e di misurazione clinica.

CAPITOLO III – MATERIALI E METODI

3.1 Disegno di Studio

È stato condotto uno studio clinico controllato di tipo quantitativo fenomenologico per un periodo di osservazione di 3 settimane (dal 20/07/2015 al 07/08/2015).

Lo studio attraverso l'utilizzo della scala è stato strutturato per valutare:

- I valori della scala BRASS in base all'età
- Andamento della scala in base alla dimissione difficile.
- Le dimissioni in base all'età
- Sensibilità e affidabilità della scala.
- Le tipologie di attivazione nel post dimissione a seconda dei valori della scala.

3.2 Campionamento

Il campione di studio ha compreso tutti gli ospiti che rispondevano alle caratteristiche contraddistinte dai criteri qui elencati:

■ **Criteri di inclusione:**

Pazienti (età >75 anni) che vengono ricoverati in 5 U.O. di Medicina generale sia maschili che femminili. Con una scala di Brass maggiore di 11 punti.

■ **Criteri di esclusione:** persone con età <75 anni d'età, che non presentano un livello di dipendenza da richiedere assistenza post-ricovero

3.3 Setting

U.O. Medicina maschile e femminile dei P.O. di Portogruaro e San Donà di Piave e U.O. Medicina del P.O. di Jesolo dell' Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale".

3.4 Attività e Strumenti di Raccolta Dati

Il metodo di raccolta dati utilizzato in questo studio è stato: *l'indice di Blaylock Risk Assessment Screening Score o Scala di BRASS*: strumento per la valutazione del rischio di dimissione difficile nel paziente anziano (vedi allegato I). L'indice di BRASS va somministrato al momento dell'ammissione in reparto e consente di identificare i pazienti a rischio di dimissione difficile; i dati vengono raccolti intervistando l'assistito, i parenti o chi assiste il malato. Si prendono in considerazione 10 dimensioni: età, situazione di vita, supporto sociale, stato funzionale, stato cognitivo, modello comportamentale, deficit sensoriali, ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso nei tre mesi precedenti, problemi clinici attivi, numero di farmaci assunti.

Il punteggio della scala suddivide gli assistiti in tre categorie:

- Soggetti a basso rischio di problemi assistenziali dopo la dimissione (punteggio da 0 a 10) che non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la loro disabilità è molto limitata. Su 1 piano teorico non avranno bisogno dell'attivazione della COT.
- Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse (punteggio da 11 a 19) che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
- Soggetti ad alto rischio perché affetti da problemi rilevanti e che richiedono una continuità assistenziale probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni o attraverso le cure domiciliari (punteggio ≥ 20)

Solo le categorie a medio e alto rischio sono state prese in considerazione dallo studio.

Al fine di descrivere il campione complessivo dei pazienti a cui è stata somministrata la Scala alcuni dati sono stati raccolti in una griglia (vedi allegato II).

La valutazione del rischio di dimissione difficile effettuata attraverso l'utilizzo della Scala Brass, ha interessato in tutto 192 assistiti in carico alle cinque U.O. di Medicina Generale, maschile e femminile dell' USLL n°10 "Veneto Orientale"; lo strumento è stato applicato agli assistiti con età superiore ai 75 anni che venivano ricoverati nell'U.O. durante il periodo di studio o da pochi giorni ricoverati., previa richiesta consenso informato, garantendo al campione d'indagine l'anonimato e la privacy nel trattamento dei dati.

Dei 192 studiati, il 76% dei ricoverati nel periodo di studio, solo 163 rientrano nell'analisi dei dati, non essendo stati presi in considerazione i decessi avvenuti durante il periodo di degenza e gli assistiti con indice di BRASS inferiore a 11.

Anche in questo caso i dati finali sono stati esaminati in forma aggregata ed anonima, ai soli fini dell'esposizione dell'elaborato di tesi, e con il duplice scopo di:

- Valutare il grado di rischio di dimissione difficile dei pazienti presenti nelle U.O.
- Valutare per i pazienti con un alto o medio livello di BRASS l'esigenza della continuità assistenziale.

3.5 Affidabilità dei Dati e della Raccolta

La raccolta dei dati sia nella compilazione della scala BRASS sia nella raccolta dei processi assistenziali attivati post ricovero e i fattori possibilmente ricavati sono stati effettuati dallo scrivente, con la collaborazione del personale infermieristico e degli operatori sanitari.

La scala e la valutazione è stata eseguita sui pazienti ricovati da poco al fine di non alterare i parametri della scala, spesso per alcune voci della BRASS è stato d'obbligo l'aiuto di familiari o caregivers.

Per quanto riguarda l'attivazione della continuità assistenziale il dato è stato reperito o direttamente al momento della dimissione o dalla lettura nella cartella clinica infermieristica o medica dell'attivazione della COT e eventualmente di quali altre strutture o attività assistenziali.

La scelta del campione è stata svolta nel rispetto dei vari termini di inclusione/esclusione, dei tempi degli assistiti e nel rispetto della loro privacy.

Il rispetto del protocollo dello studio e la collaborazione del personale infermieristico e di supporto hanno garantito l'omogeneità dei comportamenti nella fase di raccolta dati.

Si può dunque affermare che l'affidabilità della raccolta dati sia garantita.

3.6 Analisi dei Dati

I dati raccolti tramite la Scala Brass e i dati rispetto la continuità assistenziale verranno sottoposti a misura di tendenza centrale (media) e di frequenza.

L'analisi statistica è stata eseguita mediante l'utilizzo della funzione di correlazione per indicare sensibilità e del test T-student per valutarne la specificità.

Le ipotesi statistiche prese in considerazione sono state:

- Il livello di rischio emerso dalla Scala BRASS dipende dall'età, dalla diagnosi e dai bisogni assistenziali.

L'ipotesi verrà accettata solo se il livello di probabilità è $\leq 0,005$.

- Esiste una correlazione tra il livello di BRASS e l'attivazione dei sistemi per la continuità assistenziale post ricovero.

L'ipotesi verrà accettata solo se il livello di probabilità è $\leq 0,005$.

CAPITOLO IV – RISULTATI

4.1 Descrizione del Campione

Il campione a cui è stata somministrata la Scala BRASS è composto in totale da 192 assistiti con una media di età 85,9 anni (Deviazione Standard $\pm 3,02$).

Di questi la distribuzione per sesso è caratterizzata da 114 donne (59,38%) con età media di 86,2 anni (DS $\pm 3,7$) e da 78 uomini, media età 85,5 ($\pm 3,45$). (Tabella II)

Sesso	frequenza assoluta	Frequenza %	media età	mediana età	DS età	moda età
uomini	78	40,63%	85,4872	85	3,45	85
donne	114	59,38%	86,2456	86,5	3,70	79
totale	192	100,00%	85,9375	86	3,02	85

Tabella II – Comparazione dei dati del campione relativi all'età

Per poter meglio studiare l'andamento degli indici di BRASS a seconda dell'età gli assistiti sono stati divisi secondo quattro archi d'età: dal 75 agli 80, dagli 81 agli 85, da 86 a 90 e oltre i 91. Le percentuali rispetto l'età degli assistiti sono abbastanza equivalenti tra loro. Dai 75 agli 80 anni (il 21%) la media dell'indice di BRASS è di $18,8 \pm 6,8$.

Per la fascia 81-85 (il 29%) la media è $21,27 \pm 5,7$; dai 85 ai 90 anni (26%) la media è $22,54 \pm 4,9$, mentre per la fascia più alta, quella degli assistiti con età superiore ai 91 (il 24%) la media dell'indice di BRASS è $25,68 \pm 3,6$. (Tabella III)

fasce per età	Frequenza assoluta	frequenza %	media BRASS	DS
75-80	40	20,83%	18,825	6,883684
81-85	55	28,65%	21,27	5,788185
85-90	50	26,04%	22,54	4,914662
≥ 91	47	24,48%	25,68	3,651117
tot	192	100,00%		

Tabella III - Comparazione fasce d'età e media BRASS

Si può notare già da questa Tabella che l'andamento della scala aumenta con l'aumentare dell'età.

Valutando ulteriormente il rapporto età e indice di BRASS è stato creato un istogrammi, (Grafico I) dove sono riportate le fasce di età rispetto le medie di BRASS.

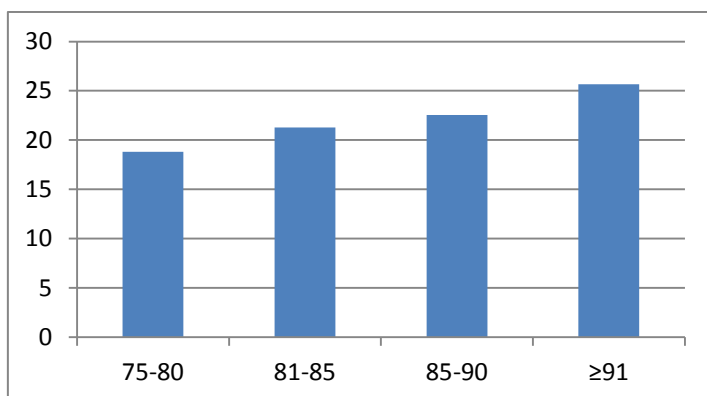


Grafico I – Comparazione fasce d'età rispetto valori BRASS

Non ci sono differenze rilevanti rispetto la scala BRASS per quanto riguarda i generi maschile o femminile.

Dei 192 assistiti coinvolti nello studio, 163 pari al 84, 9 % risultano interessati dalla valutazione rispetto la scala BRASS poiché presentano un indice superiore a 11 cioè con un rischio medio. Gli altri non sono stati considerati dallo studio o poiché presentano un indice di BRASS inferiore a 11 (7,81%) oppure poiché deceduti (7,29%) e per tanto non è stato possibile valutare la loro dimissione. (Tabella IV).

ASSISTITI	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale
BRASS>11	163	84,90%
BRASS<11	15	7,81%
deceduti	14	7,29%
tot	192	100,00%

Tabella IV – Comparazione Assistiti rispetto valori BRASS

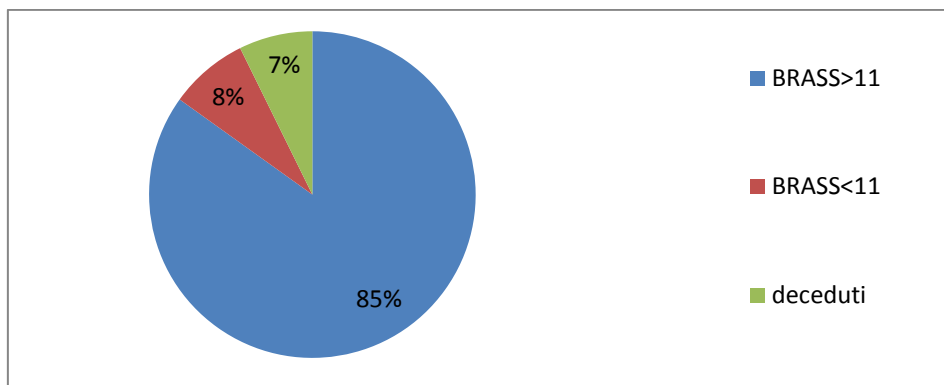


Grafico II – Rappresentazione esiti scala BRASS

Non sono stati studiati 163 assistiti, bensì 165 poiché 2 assistiti con BRASS inferiore a 11 all'entrata alla dimissione presentavano problemi assistenziali tali da attivare un percorso post ospedaliero.

Perciò per i 165 studiati è stata considerata la loro dimissione e se in questa c'era attivazione della COT e per quali bisogni assistenziali, il 72,4% degli assistiti con BRASS > 11 ha attivato la centrale operativa territoriale per la dimissione, mentre per 45 assistiti non si è reputato necessario una continuità assistenziale (27,6%). (Tabella V)

ATTIVAZIONE:	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale
non c'è stata attivazione COT	45	27,27%
attivazione COT:	120	72,73%
tot	165	100,00%

Tabella V – Comparazione Frequenze in base all'attivazione post dimissione.

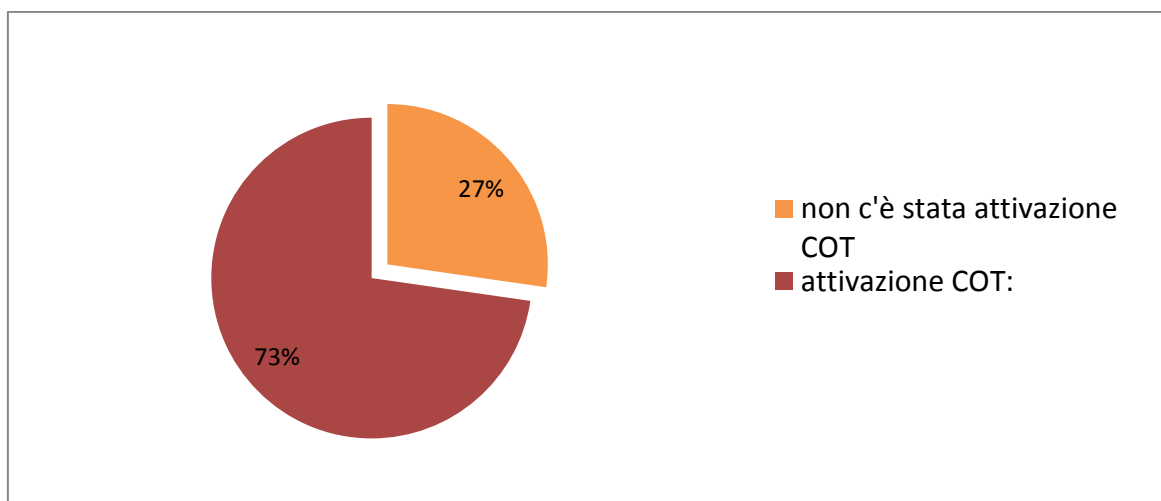


Grafico III – Rappresentazione Frequenze attivazioni

Dei 120 che hanno richiesto un'assistenza post ricovero vengono divisi in quattro tipologie di assistenza differenzata: attivazione della COT per paziente fragile (78,8%), attivazione solo della COT senza specificazioni (6,8%), attivazione per le cure palliative (4%) e per l'assistenza Domiciliare Integrata (10%). (Tabella VI)

ATTIVAZIONE	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale	Media BRASS
attivazione COT per pz fragile	94	78,33%	25,53
attivazione solo COT	8	6,67%	23,62
attivazione COT per cure palliative	5	4,17%	21,04
attivazione COT per ADI	13	10,83%	25,23
TOTALE	120	100,00%	

Tabella VI – Comparazione attivazioni e media BRASS

Valutando questi dati con un grafico a torta è possibile visualizzare ulteriormente le differenze, dove la parte arancione è quella degli assistiti che non hanno attivato la COT (il 28%) e le restanti parti rappresentano il 72% :

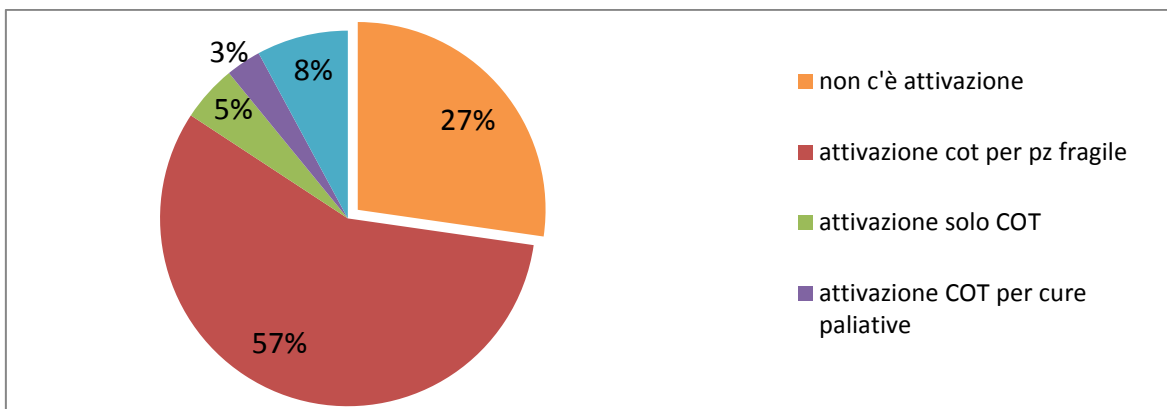


Grafico IV – Rappresentazione totale attivazioni COT

Nello specifico valutando solo gli assistiti che hanno richiesto un tipo di assistenza post ricovero, cioè 73% dei 165 studiati si può notare come di 120 assistiti il 78% viene segnalato alla Centrale Operativa Territoriale per paziente fragile, il 11% per l'ADI (assistenza domiciliare integrata), il 7% l'attivazione viene unicamente segnalata alla COT, e nel il 4% per le cure palliative:

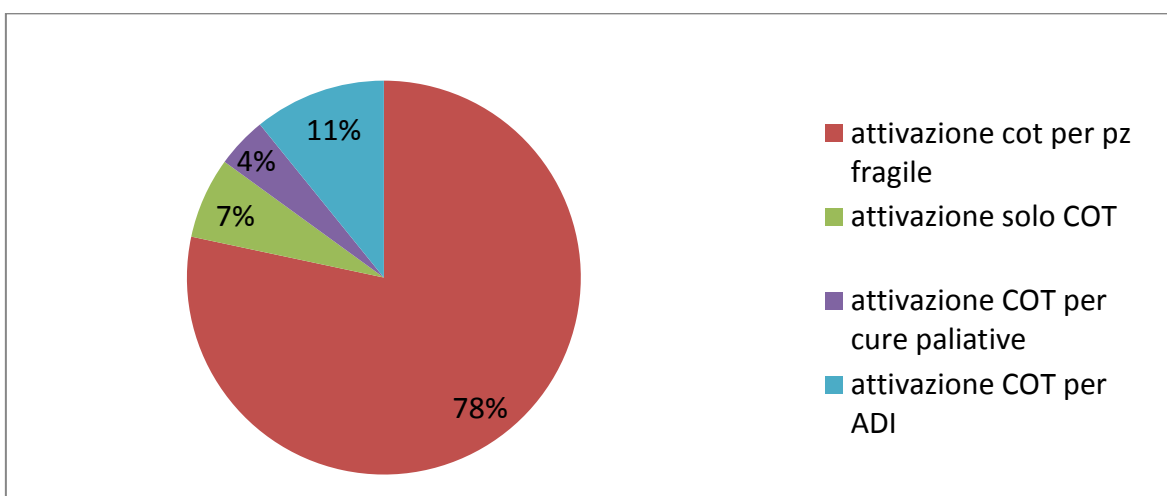


Grafico V – Rappresentazione attivazioni COT

Per le quattro categorie sopraindicate sono stati valutati alcuni parametri legati al livello di scala BRASS e ad altri aspetti legati all'assistenza.

Per quanti riguarda il 7% degli assistiti per cui è stata solamente attivata la Centrale Operativa, è possibile vedere nel grafico sottostante il loro livello di BRASS, gli assistiti sono stati disposti in ordine crescente rispetto l'età:

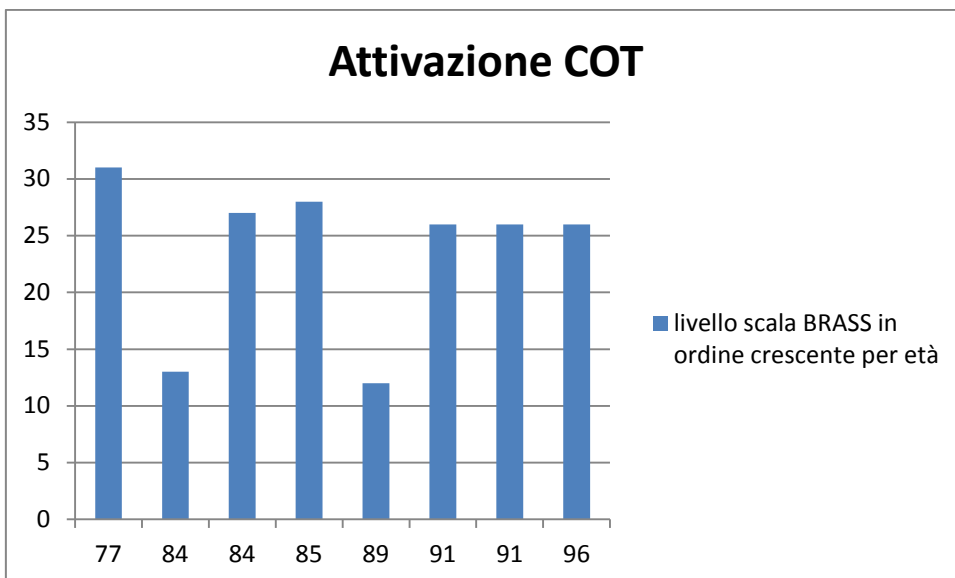


Grafico VI – Rappresentazione BRASS rispetto media età per Attivazione COT

Tutti gli assistiti per cui è stato reputato necessario unicamente la segnalazione alla COT provenivano o erano già stati assegnati a dei presidi extraospedalieri, in particolare case di riposo.

Degli assistiti che accedono alle case di riposo, il 6% viene dimesso con la segnalazione di paziente fragile, il 5% con la sola segnalazione alla Centrale, e per il 2% non vi è alcuna segnalazione alla COT.

Per quanto riguarda gli assistiti segnalati per le cure palliative:

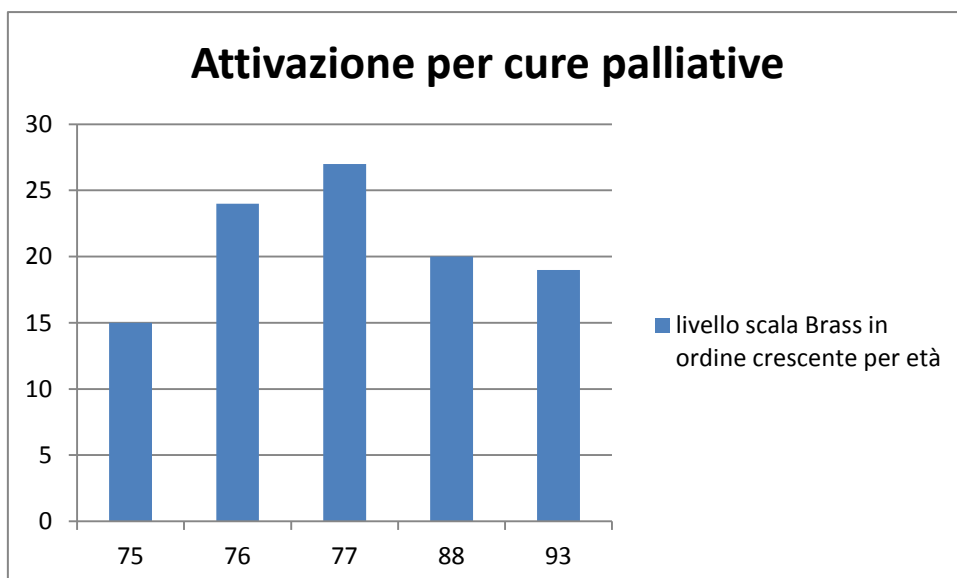


Grafico VII – Rappresentazione BRASS rispetto media età per Attivazione Cure Palliative

Per quanto riguarda gli assistiti per cui viene attivata l'assistenza domiciliare integrata (11%) è possibile notare che non tutti al ricovero presso le U.O. hanno un valore di BRASS superiore a 11:

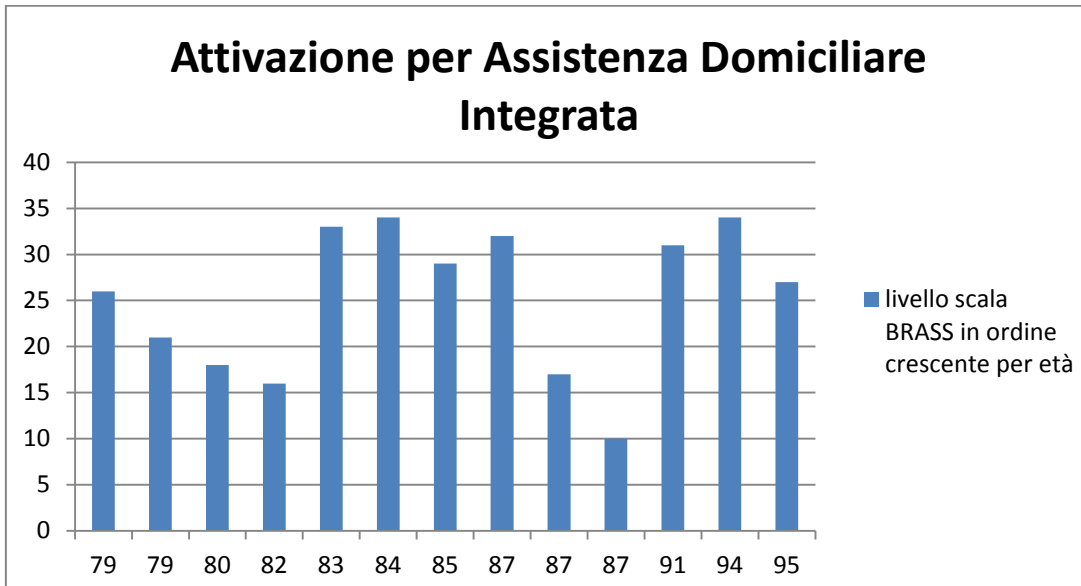


Grafico VIII – Rappresentazione BRASS rispetto media età per Attivazione ADI

Anche rispetto la maggior parte degli assistiti, quelli che vengono segnalati come pazienti “fragili” cioè il 78%, è possibile valutare le differenze di valori della scala:

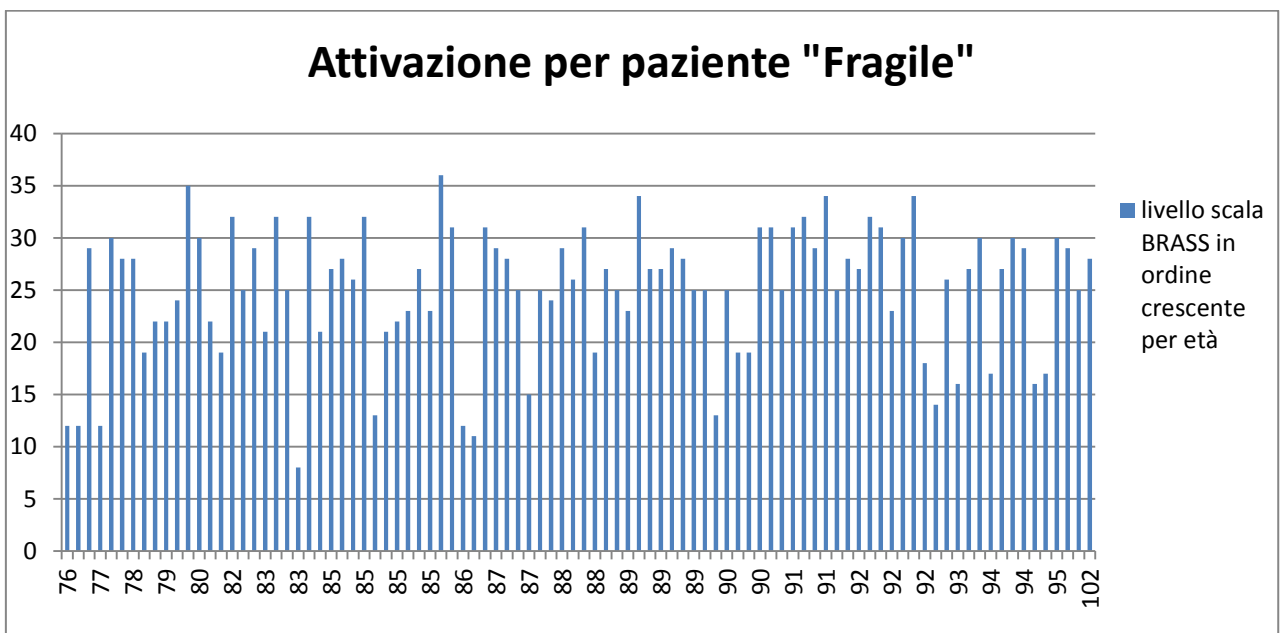


Grafico IX – Rappresentazione BRASS rispetto media età per Attivazione Paziente Fragile

Per quanto concerne gli assistiti per cui non è stata attivata nessuna assistenza post dimissione (il 27% rispetto al totale) è possibile notare come molti assistiti all'entrata avessero un livello di BRASS molto alto, ma durante la degenza il miglioramento delle loro condizioni cliniche hanno portato ad una dimissione senza alcuna attivazione.

La media di questi assistiti di livello di BRASS è 18.

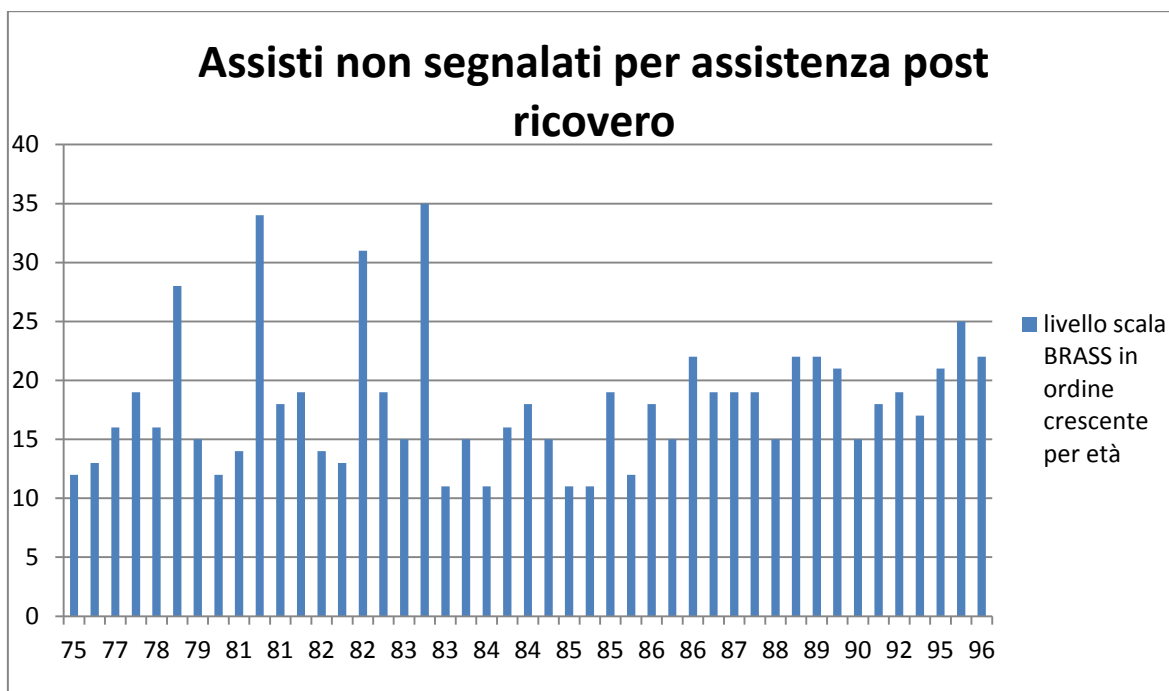


Grafico X – Rappresentazione BRASS rispetto media età per Assistiti non segnalati

Rispetto gli assistiti che all'ingresso presentavano un livello di BRASS inferiore al rischio medio (11) cioè l'8% del totale il loro livello di BRASS medio è 7,6 ma però per due assistiti negativi all'ingresso in reparto alla dimissione è stato necessaria l'attivazione di un'assistenza post ospedaliera, e un'assistita è deceduta.

4.2 Risultati in Rapporto ai Quesiti

Da questo studio è emerso che il livello di rischio di dimissione difficile degli assistiti ricoverati nelle U.O. di Medicina Generale con età superiore ai 65 anni non è correlato alla diagnosi dell'assistito con un alto indice di non specificità ($r = -0,07$, $p = 2.7$).

Per quanto riguarda la correlazione dell'età degli assistiti con il punteggio emerso dalla scala BRASS, è possibile evidenziare una correlazione ($r = 0.38$), ma non c'è specificità nei risultati ($p = 2.94$).

Infatti, nella descrizione del campione, si nota come il punteggio della scala BRASS non dipenda dall'età dell'assistito.

Attraverso lo studio è emerso che l'utilizzo della scala BRASS è uno strumento atto all'attivazione della Centrale Operativa Territoriale, anche se genera false negativi e falsi positivi, la sensibilità della scala è pari a 0,72 e la sua specificità è 0,14.

Facendo particolare caso a quegli assistiti che vengono ricoverati con valori non a rischio o a medio rischio e escono con valori più elevati che li portano al bisogno di assistenza anche nel post ricovero.

CAPITOLO V – DISCUSSIONE

5.1 Discussione

Dallo studio è emerso che la Scala Brass è un valido strumento di classificazione del rischio per la dimissione degli assistiti ricoverati e che potrebbe aiutare l'infermiere a gestire l'assistenza post ospedaliera migliore.

La scala BRASS dovrebbe essere sia somministrata al momento del ricovero sia in una fase intermedia della degenza quando il problema che ha scatenato il ricovero è risolto o parzialmente risolto o se ne conoscono cause e soluzioni, questo, insieme alle altre scale di valutazione già in uso, permetterebbe al personale sanitario di inquadrare oggettivamente l'assistito ad un livello di rischio ed avere delle informazioni indispensabili per la gestione del paziente stesso e della sua dimissione.

In particolare, infatti, è emerso che la Scala BRASS composta dai suoi dieci item, permette all'infermiere di raccogliere informazioni indispensabili che lo possono orientare a sviluppare un piano di recupero funzionale personalizzato dell'assistito e a pianificare dimissione e interventi post ricovero.

Particolare attenzione rispetto i dieci item va riposta sulla voce “Stato Funzionale” che da sola permette di spostare i valori della scala oltre il rischio medio poiché se ritenuta del tutto negativa fornisce un valore pari a 11, uguale alla soglia minima del rischio medio.

Nonostante ci sia una specificità dei dati tra il rischio emerso dalla scala BRASS, l'età dell'assistito ed i bisogni assistenziali, gli operatori sono comunque orientati a comportamenti standardizzati nella realtà clinica, l'esempio di questo è dato dall'altissimo numero di segnalazione di “fragilità” che riguardano maggiormente una sfera sociale che non propriamente assistenziale.

Emerge dallo studio una non correlazione tra patologia ed il livello di rischio.

L'attivazione di attività assistenziali dopo la dimissione emerge non sempre calibrata e pianificata sulle esigenze del paziente e l'attivazione alla COT permane un difficile passaggio rispetto la continuità assistenziale.

Ad esempio le esigenze che portano all'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata riguardano per lo più la gestione di problemi già presenti durante la degenza ospedaliera, e non per obiettivi comuni di educazione e training.

Si evince inoltre che il livello di gestione e programmazione della dimissione da parte degli infermieri delle U.O. indagate è molto spesso sottovalutato, ovvero non esiste una vera e propria pianificazione della dimissione scritta e concordata con l'assistito e l'equipe di professionisti sanitari.

Da precedenti studi eseguiti sulla scala BRASS emergono simili osservazioni poste anche in questa ricerca.

Nei primi studi condotti viene indicato come l'indice di BRASS presenti bassa precisione e bisogno di ulteriori sviluppi (Mistiaen & al, 1999) di uguale parere è uno studio del 2002 che indica sì una bassa precisione ma una buona sensibilità, indicando inoltre la facilità nell'usare lo strumento che comunque indica dev'essere coadiuvato da altri strumenti (Chaboyer & al, 2002).

In studi molto più recenti è possibile riscontrare la stessa tesi espressa anni prima, rilevando l'importanza di effettuare studi metodologici e di misurazione clinica per poter migliorare l'indice. (Signorini & al, 2015) e (Dal Molin A & al, 2014)

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

6.1 Limiti dello studio

I limiti principali relativi a questo studio sono derivati dall'impossibilità di poter eseguire uno studio più approfondito rispetto il rapporto tra Centrale Operativa Territoriale e compilazione della BRASS valutando i possibili miglioramenti nella continuità assistenziale, ciò non è stato possibile tenendo anche conto della neonascita della COT all'interno dell'ULSS n°10.

Inoltre per lo studio sono stati presi in esame solamente gli assistiti con un'età pari o superiore ai 75 anni d'età, riducendo così il campione presente e quello riconosciuto dalla scala, ma tenendo conto delle ultime normative regionali rispetto l'età degli anziani a rischio.

Inoltre molti dei dati che non è stato possibile reperire direttamente al momento della dimissione o dell'ingresso degli assistiti presso le U.O. sono stati reperiti tramite le cartelle cliniche che non sempre riportavano in maniera esaustiva la destinazione post dimissione degli assistiti.

6.2 Implicazione per la pratica

La scala BRASS è un buon strumento per la continuità assistenziale e l'attivazione preventiva della Centrale Operativa Territoriale, ma richiede per il suo utilizzo una modifica dei modi e nei tempi di utilizzo.

La scala potrebbe essere somministrata a tutta la popolazione ricoverata nei presidi ospedalieri senza limiti di età, soprattutto nelle U.O. in cui c'è un alto tasso di ri-ospedalizzazione e di insorgenza post-dimissione.

Per avere un reale rischio alla dimissione la BRASS potrebbe essere somministrata almeno in due tempi durante il ricovero: all'ingresso e in una fase intermedia in cui i problemi assistenziali che hanno portato al ricovero sono in fase di miglioramento, al fine di evitare false positività e negatività e anche per poter stimare l'andamento della degenza.

Tenendo conto inoltre dei limiti riscontrati nello studio si fa presente che è possibile in futuro uno studio che permetta di rilevare il miglioramento effettivo nei tempi e nell'assistenza della continuità assistenziale grazie all'uso della BRASS come interlocutore tra COT e Presidi Ospedalieri.

6.3 Conclusioni

Dallo studio effettuato si può infine affermare che l'utilizzo della scala BRASS permetterebbe sì una attivazione precoce della Centrale Operativa Territoriale ai fini della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, ma molto dipende dai tempi e dalle modalità di utilizzo, infatti da questo lavoro di tesi si evince anche: gli infermieri, non sembrano attuare un reale programmazione della dimissione e di conseguenza modificare i comportamenti specifici per ogni singolo paziente.

Una possibile strategia di intervento per indurre gli infermieri a pianificare la dimissione e a personalizzare i comportamenti in base al livello di rischio emerso dalla Scala Brass potrebbe essere quello di rivalutare il modello organizzativo delle U.O. e creare linee guida alla pianificazione della dimissione, che possano essere utili agli infermieri come strumento di orientamento.

Essendo comunque professionisti, e conoscendo l'uomo per la sua individualità, l'infermiere non deve attuare comportamenti standard, ma solo orientarsi per personalizzare il percorso di dimissione di ogni singolo assistito.

La dimissione non può permanere come un obiettivo di cui si viene a conoscenza solo al termine della dimissione stessa, l'assistito, i caregivers e gli stessi operatori devono preparare l'evento della dimissione già dal ricovero.

In base al rischio emerso, l'assistito anche a domicilio necessita di cure e assistenza, alcune volte maggiori del periodo di ricovero e questi bisogni non vanno ignorati.

Tutte le riflessioni riconducono al concetto di continuità assistenziale che l'infermiere deve garantire ad ogni assistito in carico.

L'uso della Scala BRASS potrebbe essere un valido strumento per, oltre che individuare il rischio di dimissione difficile, ricondurre l'infermiere nella strada della continuità assistenziale, perché permette una visione d'insieme dell'assistito, pianifica il percorso di pianificazione della dimissione e permette la personalizzazione dei comportamenti infermieristici per ogni assistito.

BIBLIOGRAFIA

- Haggarty J., Reid R.J., Freeman G.H., Starfield B.H., Adair C.E. and McKenory R. (2003), *Continuity of care: a multidisciplinary review*, BMJ, 327, pp.1219-1221.
- Gulliford M., Naithani S. and Morgan M. (2006), *What is 'continuity of care'*, Journal of Health Services Research & Policy.
- Freeman G. and Hughes J. (2006), *Continuity of care and the patient experience*, The King's Fund.
- Rippa R., Baffi E. (2005), *Assistenza infermieristica e cure complementari*, Nursing oggi, 1, pp.8-11.
- Cantarelli M. (2009), *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Milano: Elsevier, pp 135.
- Motta P.C. (2008), *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Roma: Carocci Faber, pp. 44
- Blaylock A and Cason C. (1992); *Discharge Planning predicting patients' needs*, Journal of Gerontological Nursing, 18 (7), pp. 5-10.
- Forster A.J. & al., (2003), *L'incidenza e la gravità degli eventi avversi che interessano i pazienti dopo la dimissione dall'ospedale*; Annals of Internal Medicine, 138, pp. 161-167.
- Bono L. and Dutto A. (2006), *Dimissioni Ospedaliere*, Dossier Infad, n.9, pp. 1-5.
- Craven R.F. and Hirnle C.J. (2007), *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, vol n.1, Milano: Casa Editrice Ambrosiana, pp 20-36; 93-123; 338-351; 410-414.
- Gobbi P. (2008), *La dimissione protetta: uno strumento di continuità assistenziale*; Bollettino SIGG, 5 (2-3), pp. 15-20.
- Comodo N. and Maciocco G. (2004), *Prospettive Sociali e sanitarie*, Cure intermedie: basi concettuali; 34 (3), pp.1-3.
- Pearson P., Procter S., Wilcockson J., Allgar V. (2004), *Process of hospital discharge for medical patients: a model*. Journal of Advanced Nursing, 46 (5), pp. 496-505.

- Proietti A. and Oddi S. (2007), *Creazione di un centro interaziendale*, Professione Infermieristica Umbria, 4, pp. 29-34.
- Pevere M. (2010), *Migliorare la qualità di vita: la sfida del recupero funzionale*, Giornale di Gerontologia, n.58, pp. 390-391.
- Casati G. and Vichi M.C. (2009), *Il percorso Assistenziale del paziente in ospedale*, Milano: McGraw-Hill.
- Torres F., Pavese I., Chirico M., Badagliacca F. and Stama G. (2008), *La continuità assistenziale per l'anziano fragile ed il "percorso di cura" nella rete dei servizi*, Anziano Fragile, 14-16, pp.1-3.
- Milani A. (2011), *Un nuovo modello organizzativo per la continuità assistenziale*, Congresso Nazionale AIO.
- Palestini L., Anzivino F. and Nicoli M.A. (2012), *La valutazione Multidimensionale del paziente anziano- Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale*, Dossier Agenzia Sanitaria e sociale regionale, 218, pp. 19-20.
- Palestini L., (2010), *Manuale di istruzione per il set minimo di scale*, Milano: Elsevier, pp. 198-199.
- Saiani L., Zanolin M.E., Dalponte A., Palese A. and Viviani D. (2008). *Sensibilità e specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile*. Assist Inferm Ric; 27(4), pp. 184-193.
- Panella L., La Porta F., Caselli S., Marchisio S. and Tennant A. (2012), *Predicting the need for institutional care shortly after admission to rehabilitation: Rasch analysis and predictive validity of the BRASS Index*, European Journal of physical and Rehabilitation medicine, 48(3), 443-454.
- Signorini G., Dagani J., Bulgari V., Ferrari C. and de Girolamo G; (2015), *Moderate Efficiency of Clinicians' Predictions Decreased for Blurred Clinical Conditions, And Benefits from the Use of Brass Index. A Longitudinal Study on Geriatric Patients' Outcomes*. Journal of Clinical Epidemiology, 15.
- Mistiaen P., Duijnhouwer E., Prins-Hoekstra A., Ros W. and Blaylock A. (1999), *Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. Blaylock Risk Assessment Screening Score*. Journal of advanced nursing 30(5).

- 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 Serv Res; 4;7:47.
- Chaboyer W., Kendall E. and Foster M. (2012), *Use of the 'BRASS' to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs*, Nursing Critical Care, 7(4), pp. 171-5.
- Dal Molin A., Gatta C., Derossi V., Guazzini A., Cocchieri A., Vellone E., Alvaro R. and Rasero L. (2014), *Hospital discharge: results from an Italian multicenter prospective study using Blaylock Risk Assessment Screening Score*, International journal of nursing knowledge, 25(1), pp. 14-21.
- Marcadelli S., Petraia V. and Saponaro V. (2008). *La dimissione del paziente anziano: uno strumento per la valutazione del rischio - l'indice di BRASS*. I luoghi della cura, 6, pp. 13-17.
- Dagani J., Ferrari C., Boero M.E., Geroldi C., Giobbio G.M., Maggi P., Melegari A.L., Sattin G., Signorini M., Volpe D., Zanetti O. and De Girolamo G, (2013), *A prospective, multidimensional follow-up study of a geriatric hospitalised population: predictors of discharge and well-being*, Aging clinical and Experimental Research, pp. 691-701
- Guido D., Perna S., Peroni G., Guerriero F. and Rondanelli M. (2015) *A comorbidity prognostic effect on post-hospitalization outcome in a geriatric rehabilitation setting: the pivotal role of functionality, assessed by mediation model, and association with the Brass index*, Aging clinical and Experimental Research. [Epub ahead of print].
- Hoogerduijn J.G., Schuurmans M.J., Korevaar J.C., Buurman B.M. and 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), pp.1219-25.
- Campbell S.E., Gwyn Seymourl D., and Primrose W.R. (2005) for the ACME plus project, *A Systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital*, Age and Ageing, 33, pp.110-115.

- Cornette P., Swine C., Malhomme B., Gillet J.B., Meert P. and D'Hoore W., (2006) Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of predictive tool. *Eur J Public Health*, 16 (2), pp 203-208.
- Saiani L., Zanolin M.E., Dalponte A., Palese A. and Viviani D., (2008), Sensibility and specificity of a screening instrument for patients at risk of difficult discharge. *Ricerca AIR*, 27(4), pp.184-93.

SITOGRAFIA

- ISTAT Istituti Nazionale di Statistica Previsioni demografiche nazionali 2007 (http://www.demo.istat.it/it/altridati/previsioni_naz.it) consultato il 13 luglio 2015.
- Codice Deontologico <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>.
- <http://www.salute.gov.it/ricoveriospedalieri/paginaInternaRicoveriOspedalieri.jsp?menu=rapporti&id=1237&lingua=italiano>.
- [http:// www.scienzeinfermieristiche.net7files/analisi_dm_739_del_94.pdf](http://www.scienzeinfermieristiche.net7files/analisi_dm_739_del_94.pdf)
- [http:// newnursing.altervista.org/PrimaryNursing/Capitoli/capitolo_3.htm](http://newnursing.altervista.org/PrimaryNursing/Capitoli/capitolo_3.htm)

ALLEGATI

ALLEGATO N.1

TITOLO: LA SCALA BRASS



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

Blaylock Risk Assessment Screeninig (BRASS index)

Valutazione del rischio di problemi post-dimissione ospedaliera

(BLAYLOCK A., CASON C., (1992) , Discharge Planing predicting patients`needs, Journal of Gerontological Nursing; 18(7))

DATA AMMISSIONE		DESTINAZIONE DOPO LA DIMISSIONE	
DATA DIMISSIONE			
PATOLOGIA			
BISOGNI ASSISTENZIALI			

Data di nascita Età anni Sesso: M F

U.O degenza

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato

<p>Età (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56 - 64 anni 2 = 65 - 79 anni 3 = 80 anni e più</p> <p>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione) 0 = vive con il coniuge 1 = vive con la famiglia 2 = vive da solo con il sostegno della famiglia 3 = vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = vive da solo senza alcun sostegno 5 = assistenza domiciliare/residenziale</p> <p>Stato funzionale (ogni opzione valutata) 0 = autonomo (indipendente in ADL e IADL)</p> <p>Dipendente in: 1 = alimentazione/nutrizione 1 = igiene/abbigliamento 1 = andare in bagno 1 = spostamenti/mobilità 1 = incontinenza intestinale 1 = incontinenza urinaria 1 = preparare del cibo 1 = responsabilità nell'uso di medicinali 1 = capacità di gestire il denaro 1 = fare acquisti 1 = utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p>Stato cognitivo (ogni opzione valutata) 0 = orientato 1 = disorientato in alcune sfere * qualche volta 2 = disorientato in alcune sfere * sempre 3 = disorientato in tutte le sfere * qualche volta 4 = disorientato in tutte le sfere * sempre 5 = comatoso</p> <p>*sfere: spazio, tempo, luogo e sé</p>	<p>Modello comportamentale (ogni opzione valutata) 0 = appropriato 1 = wandering 1 = agitato 1 = confuso 1 = altro _____</p> <p>Mobilità (una sola opzione) 0 = deambula 1 = deambula con l'aiuto di ausili 2 = deambula con assistenza 3 = non deambula</p> <p>Deficit sensoriali (una sola opzione) 0 = nessuno 1 = deficit visivi o uditivi 2 = deficit visivi e uditivi</p> <p>Numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso (una sola opzione) 0 = nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = uno negli ultimi 3 mesi 2 = due negli ultimi 3 mesi 3 = più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione) 0 = tre problemi clinici 1 = da tre a cinque problemi clinici 2 = più di cinque problemi clinici</p> <p>Numero farmaci assunti (una sola opzione) 0 = meno di tre farmaci 1 = da tre a cinque farmaci 2 = più di cinque farmaci</p> <p>PUNTEGGIO TOTALE: _____</p>
Punteggio	Indice di rischio
0 – 10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
11 – 19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi dopo la dimissione: legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 rischio alto	Soggetti ad alto rischio di problemi dopo la dimissione: perché hanno problemi clinici rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

ALLEGATO N.2

TABELLA 7

TITOLO: GRIGLIA DI RACCOLTA DATI PER IL CAMPIONAMENTO

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

ETA' PAZIENTE	U.O. DI RICOVERO	DATA INGRESSO	DATA DIMISSIONE	DIAGNOSI DI INGRESSO	LIVELLO BRASS	DESTINAZIONE E POST RICOVERO	ALTRI PROBLEMI ASSISTENZIALI

ALLEGATO N.3

TABELLA 8

TITOLO: CAMPIONAMENTO U.O. Medicina Uomini P.O. Portogruaro

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

1	1938	77	insufficienza respiratoria, stato comatoso	29	cot fragile	
2	1929	86	polmonite	12	no	
3	1930	85	disidratazione, polipatologie	29	cot, adi	
4	1926	89	episodio sincopale	12	cot	casa riposo
5	1934	81	sospetto K pancreas	14	no	
6	1930	85	disidratazione, febbre disoniemia	27	cot fragile	
7	1927	88	decadimento organico	25	cot fragile	casa riposo
8	1940	75	versamento pleurico dx	4		
9	1930	85	scompenso cardiaco in IRC	11	no	casa riposo
10	1922	93	disidratazione in decadimento cognitivo	19	cure palliative COT	
11	1920	95	addensamento polmonate il BPCO	21	no	
12	1933	82	ipossia	16	cot+ adi	
13	1937	78	riacutizzazione BPCO	6		
14	1930	85	stato febbrile in polipatologie	31	deceduto	
15	1922	93	decadimento in IRC e BPCO	26	deceduto	
16	1932	83	BPCO	33	cot+fragile+adi	
17	1927	88	decadimento organico	24	cot fragile	
18	1936	79	sospetta encefalite	19	cot fragile	
19	1934	81	riacutizzazione BPCO	7		

20	1933	82	neoplasia, iperamonemia	19	cot fragile	
21	1926	89	disidratazione	27	cot fragile	
22	1933	82	lombosciatalgia e addome acuto	14	no	
23	1933	82	riacutizzazione BPCO	22	deceduto	
24	1923	92	riacutizzazione BPCO	19	no	
25	1927	88	versamento pleurico sx	29	cot fragile	
26	1925	90	ipoglicemia	10		
27	1927	88	polmonite	26	cot fragile	
28	1930	85	flogosi polmonare	28	cot fragile	
29	1919	96	TVP	26	cot	casa di riposo

ALLEGATO N.4

TABELLA 9

TITOLO: CAMPIONAMENTO U.O. Medicina Uomini P.O. San Donà di Piave

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

1	1930	85	scompenso cardiaco	11	no	
2	1934	81	febbre da NDD, algie diffuse	18	no	
3	1931	84	anemizzazione, presincope, piede diabetico	27	deceduto	
4	1931	84	sepsi	27	cot	casa riposo
5	1938	77	stato confusionale in metastasi cerebrale	27	cot fragile+ hospice	
6	1931	84	IRC, anemia	10		
7	1927	88	ischemia cerebrale, scompenso cardiaco	19	cot fragile	
8	1937	78	parkinson	30	cot fragile	
9	1929	86	IRC, astenia	18	no	
10	1929	86	sospetto abingestis	31	cot fragile	
11	1924	91	anemizzazione	26	cot	casa riposo
12	1933	82	febbre e disidratazione	32	cot fragile	
13	1924	91	IRC, disidratazione	31	cot fragile	
14	1930	85	anemia	28	cot	casa riposo
15	1924	91	disidratazione	32	cot fragile	
16	1939	76	IRA	12	cot fragile	
17	1928	87	K prostata, anemia	31	cot fragile	
18	1922	93	coprostasi	27	cot fragile	
19	1931	84	IRA, astenia	16	no	

20	1932	83	sepsi, arresto cardiaco	25	cot fragile	
21	1921	94	insufficienza respiratoria	34	cot fragile+adi	
22	1936	79	toracoalgie, IRA, Anemia	25	deceduto	
23	1931	84	addome acuto	32	cot fragile	
24	1932	83	sincope	15	no	
25	1932	83	adenoma surrenalico bilaterale	29	cot fragile	
26	1932	83	sincope	21	cot fragile	
27	1930	85	dispnea, piastrinopenia	13	cot fragile	
28	1928	87	cefalea	19	no	
29	1922	93	scompenso cardiaco	17	no	
30	1925	90	dispnea in BPCO	25	cot fragile	
31	1925	90	edema polmonare acuto, ipertensione	19	cot fragile	
32	1938	77	dispnea	31	cot	casa riposo
33	1926	89	trauma cranico	34	cot fragile	
34	1928	87	iponatriemia, ipovolemia, epigstrite	29	cot fragile	
35	1930	85	sincope in ipopotassiemia	21	cot fragile	
36	1939	76	sospetto K epatico	13	no	
37	1928	87	IRA	28	cot fragile	
38	1933	82	iperpiressia in stato soporoso	31	no	
39	1931	84	distres respiratorio	34	cot+hospice+fragile+adi	

ALLEGATO N.5

TABELLA 10

TITOLO: CAMPIONAMENTO U.O. Medicina Donne P.O. Portogruaro

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

1	1940	75	k endometrio	12	no	
2	1926	89	parkinson, disidratazione	25	cot fragile	
3	1936	79	cachessia neoplastica ovarica	22	cot fragile	
4	1912	103	dispnea, scompenso cardiaco	25	deceduta	
5	1936	79	IRA, scariche diarroiche	7		
6	1933	82	dolori addominali, febbre	10		
7	1919	96	insufficienza respiratoria	22	no	
8	1922	93	coma iperglicemico	26	cot fragile	ausili
9	1924	91	gastroenterite, disidratazione	18	no	
10	1927	88	cachessia neoplasia pancreaticata	20	cot +hospice	
11	1931	84	insufficienza respiratoria, anemia sieropenica	15	no	
12	1935	80	dolore ipocondrio sx	18	cot + adi	
13	1936	79	TIA	21	cot+ADI	prelievi
14	1927	88	BPCO, valvulopatia	19	no	
15	1926	89	addensamento polmonate	23	cot fragile	
16	1935	80	scompenso cardiaco	12	no	
17	1929	86	esiti di ictus	36	cot fragile	casa riposo
18	1931	84	addome acuto	9	deceduta	
19	1921	94	anemizzazione	17	cot fragile	

20	1930	85	anemia e diarrea	15	no	
21	1923	92	insufficienza respiratoria	27	deceduta	
22	1934	81	BPCO riacutizzata	22	cot fragile	
23	1920	95	versamento pleurico dx	27	cot+adi	più ausili
24	1932	83	ittero, diabete	19	no	
25	1922	93	iposodiemia, versamento pleurico	16	cot fragile	
26	1934	81	polmonite, disidratazione	34	no	casa riposo
27	1924	91	decadimento, addensamento polmonare	25	cot fragile	
28	1935	80	leucocitosi	7		
29	1925	90	tetano	13	cot fragile	
30	1930	85	snr ipocinetica, FA in TAO, infezione urinaria	26	cot fragile	più ausili
31	1931	84	BPCO, obesità	11	no	
32	1938	77	BPCO, obesità	16	no	
33	1920	95	iposodiemia, astenia	17	cot fragile	
34	1927	88	insufficienza respiratoria in scompenso cardiaco	31	cot fragile	
35	1936	79	polmonite	26	cot+adi	
36	1935	80	stato soporoso	30	deceduta	
37	1923	92	flogosi polmonare	27	cot fragile	
38	1924	91	cachessia, ipernatriemia	26	cot	casa di riposo
39	1937	78	neoplasia gastrica	3		
40	1923	92	SNR allettamento	32	cot fragile	
41	1924	91	edema polmonare in FA	29	deceduta	
42	1930	85	febbre da NDD	32	cot fragile	
43	1936	79	polmonite	28	no	

ALLEGATO N.6

TABELLA 11

TITOLO: CAMPIONAMENTO U.O. Medicina Donne P.O. San Donà di Piave

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

1	1927	88	diarrea cronica in resezione	15	no	
2	1928	87	scompenso cardiaco	10	cot ADI	
3	1930	85	ricovero sociale, polmonite	22	cot fragile	
4	1930	85	febbre, insufficienza respiratoria	27	deceduta	
5	1933	82	BPCO	13	no	
6	1926	89	astenia, BPCO	22	no	casa riposo
7	1926	89	scompenso cardiaco	27	cot fragile	
8	1935	80	versamento pleurico	30	cot fragile	
9	1913	102	decadimento senile	28	cot fragile	casa riposo
10	1936	79	ascite in K ovarico	35	cot	
11	1926	89	IRA	27	cot fragile	
12	1923	92	versamento pleurico	31	cot fragile	casa riposo
13	1938	77	TIA	25	deceduta	
14	1936	79	IRA, diabete II	9		
15	1939	76	K polmonare	24	cot+ hospice	
16	1924	91	piede diabetico	29	cot fragile	
17	1938	77	anemizzazione	7		
18	1926	89	emoraggia cerebrale	29	cot fragile	casa riposo
19	1926	89	ictus ischemico	28	cot fragile	

20	1927	88	IRC	27	deceduta	
21	1926	89	diarrea	21	no	
22	1938	77	dispnea	12	cot fragile	casa riposo
23	1931	84	versamento pleurico	21	cot fragile	
24	1932	83	versamento pleurico	32	cot fragile	
25	1928	87	enterite da diverticolosi	25	cot fragile	
26	1934	81	anemia, dispnea	19	no	
27	1936	79	obesità, FA	22	cot, fragile	vive sola
28	1923	92	ittero	23	cot fragile	
29	1930	85	lipoma cardiaco in FA	19	no	
30	1923	92	ipertensione arteriosa, iperpiressia da NDD	29	deceduta	
31	1925	90	cardiopatía ipertensiva	15	no	
32	1923	92	acidosi respiratoria, versamento pleurico, diabete	30	cot fragile	
33	1932	83	melena	25	cot fragile	
34	1940	75	k rene dx, anemizzazione	15	cot+ hospice	
35	1917	98	polmonite, IRC	29	cot fragile	
36	1926	89	dispnea in BPCO	25	cot fragile	
37	1920	95	anemia, decadimento cognitivo	30	cot fragile	
38	1930	85	iperpiressia	23	cot fragile	
39	1924	91	piede diabetico, TIA	31	cot fragile+ adi	
40	1923	92	iperpiressia, coprostasi, IRA	34	cot fragile	
41	1924	91	addensamento pleurico	34	cot fragile	
42	1921	94	decadimento senile	27	cot fragile	
43	1936	79	IRC, iperpiressia	15	no	
44	1931	84	Fa, edema polmonare	18	no	
45	1930	85	scompenso cardiaco in disidratazione	27	cot fragile	
46	1937	78	toracoalgie, ipertensione arteriosa	19	no	

ALLEGATO N.7

TABELLA 12

TITOLO: CAMPIONAMENTO U.O. Medicina Generale P.O. Jesolo

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

1	1925	90	TIA	19	cot fragile	
2	1921	94	iponatriemia, BPCO	30	cot fragile	
3	1928	87	TVP, scompenso cardiaco	15	cot fragile	
4	1926	89	decadimento senile	25	cot fragile	
5	1929	86	disidratazione	22	no	
6	1920	95	dispnea, febbre	25	no	casa riposo
7	1932	83	scompenso cardiaco	8	cot fragile	
8	1931	84	anemizzazione	13	cot	casa riposo
9	1937	78	dispnea e disidratazione	28	cot fragile	
10	1923	92	febbre e decadimento organico	18	cot fragile	
11	1921	94	decadimento senile	29	cot fragile	
12	1921	94	disidratazione	16	cot fragile	
13	1938	77	port rianimazione per trauma	27	deceduta	
14	1936	79	addensamento polmonare	24	cot fragile	
15	1937	78	contaminazione da Streptococcus Aureus	16	no	
16	1932	83	broncopolmonite	11	no	
17	1929	86	scompenso cardiaco	12	cot fragile	
18	1930	85	ipotensione arteriosa	23	cot fragile	
19	1937	78	scompenso cardiaco	28	cot fragile	

20	1916	99	decadimento cognitivo	25	cot fragile	
21	1924	91	ipoglicemia	25	cot fragile	
22	1922	93	piastrinopenia	30	cot fragile	
23	1937	78	scompenso cardiaco	7		
24	1939	76	IRC, HCV	12	cot fragile	
25	1923	92	posizionamento epicistostomia	14	cot fragile	casa riposo
26	1929	86	addensamento polmonare	15	no	
27	1925	90	coprostasi	31	cot fragile	
28	1928	87	necrosi diabetica piede dx	32	cot fragile+ adi	
29	1932	83	TIA	35	no	
30	1925	90	occlusione intestinale, addensamento polmonare	31	cot fragile	
31	1927	88	polmonite	22	no	
32	1924	91	polmonite	28	cot fragile	
33	1929	86	sospetto ictus	19	no	
34	1929	86	crisi comiziali in alzheimer	11	cot fragile	
35	1928	87	TVP	17	cot fragile+ adi	

ALLEGATO N.8

TABELLA 13

TITOLO: Valori deviazione standard ETA'

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

Età	Scarto	Scarto Quadratico
75	10,94	119,63
76	9,94	98,75
77	8,94	79,88
78	7,94	63,00
79	6,94	48,13
85	0,94	0,88
86	0,06	0,00
87	1,06	1,13
88	2,06	4,25
89	3,06	9,38
90	4,06	16,50
91	5,06	25,63
92	6,06	36,75
93	7,06	49,88
94	8,06	65,00
95	9,06	82,13
96	10,06	101,25
98	12,06	145,50
99	13,06	170,63
102	16,06	258,00
103	17,06	291,13

VARIANZA: 9,14

DEVIAZIONE STANDARD: $\pm 3,02$

ALLEGATO N.9

TABELLA 14

TITOLO: Valori deviazione standard Valori BRASS

TITOLO TESI: "L'utilizzo della Scala BRASS per la Continuità Assistenziale: Indice Predittivo per l'attivazione della COT"

STUDENTE: Anese Francesco

MATRICOLA: 1004400

Indice di BRASS	Scarto	Scarto Quadratico
3	19,02	361,7921
4	18,02	324,7504
6	16,02	256,6671
7	15,02	225,6254
8	14,02	196,5838
9	13,02	169,5421
10	12,02	144,5004
11	11,02	121,4588
12	10,02	100,4171
13	9,02	81,37543
14	8,02	64,33377
15	7,02	49,2921
16	6,02	36,25043
17	5,02	25,20877
18	4,02	16,1671
19	3,02	9,125434
20	2,02	4,083767
21	1,02	1,042101
22	0,02	0,000434
23	0,98	0,958767
24	1,98	3,917101
25	2,98	8,875434
26	3,98	15,83377
27	4,98	24,7921
28	5,98	35,75043
29	6,98	48,70877
30	7,98	63,6671
31	8,98	80,62543
32	9,98	99,58377
33	10,98	120,5421
34	11,98	143,5004
35	12,98	168,4588
36	13,98	195,4171

VARIANZA: 15,63

DEVIAZIONE STANDARD: $\pm 3,95$