

Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**CONTINUITÀ DELLE CURE: STRUMENTI PER UNA
CORRETTA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE
INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE GERIATRICO**

Relatore: Prof. Migotto Sandra

Correlatore: Dott.ssa Pozzebon Michela

Laureando: Cortesia Sara

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	Pag. 1
CAPITOLO 1: CONTINUITÀ DELLE CURE: INQUADRAMENTO TEORICO	Pag. 3
1.1: Definizione di dimissione protetta	Pag. 3
1.2: Fasi fondamentali della dimissione protetta	Pag. 4
1.3: Scenario socio-demografico	Pag. 5
1.4: Piano socio-sanitario regionale 2012-2016	Pag. 6
1.5: L'importanza del ruolo della famiglia/caregiver	Pag. 9
1.6: L'indice di BRASS	Pag. 10
1.7: Gestione della continuità delle cure nell'Azienda ULSS 9 Treviso	Pag. 11
1.8: L'infermiere e la continuità assistenziale	Pag. 13
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	Pag. 17
2.1: Scopo dello studio	Pag. 17
2.2: Materiali e metodi	Pag. 17
2.2.1: <i>Strumenti per la raccolta dati</i>	Pag. 17
2.2.2: <i>Campionamento</i>	Pag. 18
2.2.3: <i>Raccolta dati</i>	Pag. 18
2.2.4: <i>Affidabilità della raccolta dati</i>	Pag. 19
2.2.5: <i>Analisi dei dati</i>	Pag. 20
2.3: Risultati	Pag. 20
2.3.1: <i>Analisi del campione</i>	Pag. 20
2.3.2: <i>Risultati</i>	Pag. 21
2.3.2.1: <i>L'indice di BRASS</i>	Pag. 21
2.3.2.2: <i>Le interviste</i>	Pag. 24
2.4: Discussione e conclusioni	Pag. 26
2.4.1: <i>Discussione</i>	Pag. 26
2.4.2: <i>Limiti dello studio</i>	Pag. 28
2.4.3: <i>Implicazioni per la pratica</i>	Pag. 28

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Continuità delle cure: strumenti per una corretta pianificazione assistenziale infermieristica del paziente geriatrico.

Scopo dello studio. L'obiettivo dello studio è quello di descrivere il fenomeno delle dimissioni protette nei pazienti di età pari o superiore a 75 anni e analizzare la percezione degli utenti e dei *caregivers* sulla necessità di attivare un percorso di dimissione protetta.

Materiali e metodi. È stato condotto uno studio esplorativo osservazionale. Nel periodo tra gennaio e febbraio 2016 è stata effettuata una raccolta dati utilizzando la scala di valutazione BRASS e venti interviste strutturate su un campione di 167 pazienti ricoverati nell'Unità Operativa di Geriatria dell'Azienda ULSS 9 di Treviso.

Risultati. Dallo studio è emerso che le condizioni di fragilità dell'anziano riguardano la maggior parte del campione. L'analisi del punteggio dell'indice di BRASS mette in evidenza un rischio di dimissione complessa: basso per il 12,6%, un rischio medio per il 19,2% e un rischio alto per il 68,3%. La dipendenza alla mobilità e sugli spostamenti è quella maggiormente rappresentata e questo, genera negli utenti una notevole limitazione anche per le altre attività quotidiane e un rapido decadimento delle condizioni soprattutto per quei pazienti che, al momento del ricovero, hanno già un elevato rischio di continuità delle cure.

Discussione e conclusioni. La necessità di un percorso che miri alla continuità delle cure identificato con l'indice di BRASS è percepito tale anche dall'utente stesso e dai *caregivers* soprattutto per quanto riguarda la richiesta di ausili, di una figura di supporto e accudimento dell'anziano nelle attività di vita quotidiana e una figura professionale con competenza sanitaria. La maggior parte delle famiglie che riscontrano un notevole carico assistenziale, si sente disorientata su come "muoversi" nella complessità dei servizi. L'infermiere è una figura essenziale per guidare l'utente e la sua famiglia durante il percorso di cura e può validamente rispondere ai bisogni di salute richiesti esercitando un ruolo di educatore e adottare strategie per far fronte all'evoluzione dei bisogni anche una volta che il paziente è rientrato a domicilio.

INTRODUZIONE

L'interesse per l'area territoriale e per la continuità assistenziale ha iniziato a svilupparsi in me nel corso di questi anni di studi universitari e soprattutto durante il tirocinio dove ho potuto conoscere sia la realtà ospedaliera che quella territoriale, esperienza, quest'ultima, che mi ha fatto riflettere sull'importanza delle cure domiciliari.

Durante il tirocinio nell'Unità Operativa di Geriatria, mi sono spesso interrogata sul perché molti pazienti tornassero così presto in Ospedale, che cosa avveniva, in termini di salute, una volta dimessi? I loro bisogni assistenziali sarebbero stati soddisfatti nel modo più appropriato una volta tornati a casa?

Nei seminari e nei laboratori professionali previsti dal curriculum di studi, si sono affrontati spesso temi legati alla cronicità, alla valutazione globale della persona, alla presa in carico e, in modo particolare, all'integrazione socio-sanitaria.

Nel corso del tirocinio effettuato in Distretto, ho potuto constatare le condizioni di vita di molti pazienti anziani fragili, l'importanza del supporto e della competenza delle loro famiglie e di quanto sia importante la presenza di una rete di servizi in cui collaborano professionisti di diversi settori.

Tutto questo ha inciso sulla voglia di approfondire questa tematica.

La tesi, dunque, parla della continuità delle cure e sul metodo con il quale dovrebbe essere garantita la miglior pianificazione assistenziale per il paziente fragile geriatrico con gli strumenti più idonei. La stesura è organizzata in due parti: una prima parte teorica che affronta uno dei problemi più emergenti: l'invecchiamento della popolazione e, di conseguenza, le scelte strategiche della programmazione regionale, dove la sinergia tra Ospedale e Territorio fa da protagonista, la famiglia è una "risorsa" da sostenere e l'infermiere è la figura essenziale tra queste realtà; una seconda parte di indagine esplorativa osservazionale che mira a conoscere la percezione del paziente e della sua famiglia su quali siano i loro bisogni di salute più idonei per favorire la continuità delle cure e, quindi, un rientro e una gestione della malattia a domicilio nel migliore dei modi.

Grazie alle nuove disposizioni dichiarate anche nel Piano socio-sanitario regionale, si inizia a vedere un cambiamento, ma si è solo al principio. Al centro dell'assistenza ci deve essere sempre il paziente e la sua condizione di fragilità deve essere valutata con un significato di prevenzione/promozione per la qualità della sua vita.

CAPITOLO 1:

CONTINUITA' DELLE CURE: INQUADRAMENTO TEORICO

1.1: Definizione di dimissione protetta

La pianificazione della dimissione è un intervento assistenziale che mira ad assicurare la continuità delle cure; consiste in una serie di passaggi in cui dovrebbero essere analizzati i problemi della persona ad uno ad uno¹.

La dimissione dei pazienti “fragili” assume una funzione decisiva per la cosiddetta “continuità assistenziale”, in quanto dovrebbe rappresentare il momento in cui viene assicurata un’attenta valutazione clinico-assistenziale del malato stesso e vengono predisposte le operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori. In questi casi la dimissione rappresenta un processo e non un evento singolo. Consta di diverse fasi e ha l’obiettivo di anticipare e accompagnare i cambiamenti dei bisogni dei pazienti, garantendo la continuità delle cure. Le dimissioni protette non devono essere mai intese come “dimissioni precoci” del ricoverato rispetto ai tempi di degenza tali da completare l’iter assistenziale necessario, ma rappresentano un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori (professionisti ospedalieri, medici di Medicina Generale, Distretti, Servizi sociali comunali) al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente².

La pianificazione delle dimissioni protette dall’ospedale deve essere precoce al fine di creare le condizioni affinché pazienti e familiari siano in grado di contribuire alle migliori decisioni da prendere², per evitare che la degenza ospedaliera si protragga oltre i tempi richiesti dalla risoluzione delle problematiche mediche, evitando, pertanto, gli effetti avversi legati all’ospedalizzazione nell’anziano³ e per garantire la dimissione dall’ospedale al momento opportuno della cura in modo che, con adeguato preavviso, saranno organizzati gli altri servizi⁴.

Il piano di dimissione è un piano individualizzato per il paziente sviluppato prima che lasci l’ospedale, con l’obiettivo sia di contenere i costi⁴ riducendo la durata della degenza ed evitando i ricoveri ripetuti, sia un miglioramento dei risultati dei pazienti e della soddisfazione del paziente e del *caregiver*³.

Nonostante i recenti progressi informatici, dei percorsi clinico-assistenziali e il supporto tecnologico per l'assistenza decisionale, i seguenti tre fattori identificati più di 20 anni fa rimangono le cause di dimissioni ritardate dall'ospedale: una valutazione inadeguata del paziente da parte del personale sanitario, come la scarsa conoscenza delle condizioni sociali del paziente, la scarsa organizzazione delle cure sanitarie e sociali post-dimissione può causare dei problemi; la prenotazione tardiva dei servizi di trasporto per accompagnare il paziente al proprio domicilio, impedisce una dimissione tempestiva dall'ospedale e la scarsa comunicazione tra l'ospedale, i servizi per il *follow-up* e i servizi offerti dalla comunità⁴. Il prolungamento dei tempi di degenza, le riammissioni ospedaliere, il non corretto impiego delle risorse disponibili ma soprattutto le conseguenze sullo stato di salute, sull'autonomia e sul benessere del paziente e delle loro famiglie sono esiti di una non efficace gestione del processo di dimissione⁵.

Una pianificazione inadeguata della dimissione può comportare, nel passaggio dei pazienti da un ospedale a strutture riabilitative, a lunga degenza o residenziali, un'interruzione della continuità delle cure e può aumentare il rischio di un evento avverso. Una comunicazione inadeguata tra l'ospedale e il territorio potrebbe causare la mancata ricezione di informazioni da parte delle cure primarie e i pazienti rimarrebbero inconsapevoli di importanti indicazioni che potrebbero aiutarli a gestire la loro condizione e prepararli per la dimissione⁴.

Il successo delle dimissioni protette per molte persone anziane dipende dalla visione olistica degli interventi di assistenza che coinvolgono sia la pianificazione della dimissione ospedaliera sia il *follow-up* e il supporto a domicilio⁶.

1.2: Fasi fondamentali della dimissione protetta

La complessità dei soggetti anziani disabili e fragili richiede un approccio sistematico e una presa in carico strutturata che tenga conto del fatto che essi spesso non si giovano di interventi standardizzati, ma richiedono un approccio personalizzato. Pertanto, se per alcuni pazienti la dimissione a risoluzione di un quadro acuto è un evento di routine che non pone problemi, per la maggior parte degli anziani questo processo risulta molto più complesso⁵.

La valutazione, la comunicazione e la pianificazione della dimissione sono i tre elementi fondamentali della dimissione protetta².

Dove possibile, il processo di pianificazione protetta è diviso secondo le seguenti fasi:

- a) valutazione di pre-ammissione (se possibile);
- b) valutazione del caso al momento del ricovero;
- c) la valutazione ospedaliera e la preparazione di un piano di dimissione personalizzato, ad esempio una valutazione multidisciplinare che coinvolga il paziente e la sua famiglia e la comunicazione tra i professionisti interessati all'interno dell'ospedale;
- d) l'attuazione del piano di dimissione; questo dovrebbe essere coerente con la valutazione e richiede documentazione della dimissione;
- e) il monitoraggio che è una verifica per valutare se la dimissione protetta è stata attuata⁴.

Quindi si può affermare che la dimissione protetta è considerata una categoria concettualmente distinta di interventi assistenziali, quali: pianificazione con relativa valutazione di un piano assistenziale, comunicazione tra professionisti sanitari in merito alla valutazione della dimissione e al piano di cura, preparazione del paziente e del *caregiver*, la riconciliazione dei farmaci di transizione, un piano per il *follow-up*, l'educazione del paziente per l'auto-gestione della cura⁶, la presenza di personale infermieristico/medico con competenze avanzate che si dedica alla dimissione, il collegamento e la comunicazione fra realtà ospedaliera e territorio⁷.

1.3: Scenario socio-demografico

Il rapido e marcato invecchiamento della popolazione che ha caratterizzato il nostro Paese nelle ultime decadi, ha portato inevitabilmente ad un aumento di tutte le malattie età-associate, che sono diventate una tra le maggiori priorità sanitarie e sociali⁸.

Secondo i dati ISTAT la percentuale di popolazione di 65 anni e più è passata dal 18,7% (10.645.874 persone) nel 2001 al 20,8% nel 2011 (12.384.963 persone). L'aumento è stato sensibile anche per le età più avanzate: la popolazione di 75 anni e più è passata dall'8,4% del 2001 (4.762.414 persone) al 10,4% del 2011 (6.152.411 persone). Anche i "grandi vecchi", ovvero gli ultra 85enni, incrementano il loro peso percentuale sul totale della popolazione residente (dal 2,2% del 2001 al 2,8% del 2011) ma, se si analizzano le variazioni percentuali all'interno di questo sottoinsieme di persone, risulta che l'incremento maggiore si registra nella classe 95-99 anni (+78,2%) e in quella degli ultracentenari (+138,9%). In valore assoluto questi ultimi sono 15.080, un numero inferiore del 6,6% a quello della popolazione anagrafica calcolata all'1 gennaio 2011 appartenente

alla stessa classe di età (16.145)⁹. La stima dell'età media per l'anno 2016 è di 44,6 anni e il 22% della popolazione è di età pari o superiore a 65 anni.

In particolare, nella regione Veneto l'età media è di 44,8 anni, la percentuale di ultra 65enni coincide con quella italiana¹⁰.

La caratteristica principale della popolazione veneta è l'invecchiamento, in coerenza con la situazione nazionale, per l'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'allungamento della vita media. La speranza di vita alla nascita, secondo i dati del 2008, è di poco più di 79 anni per gli uomini e di poco più di 85 anni per le donne (contro i 73 e i quasi 81 anni rispettivamente nel 1990). La speranza di vita a 75 anni è pari a 11,1 per gli uomini ed a 13,8 per le donne e nell'ultimo quinquennio è cresciuta di quasi un anno, seppure gli anni di vita vissuti in più non siano sempre in condizioni di buona salute¹¹.

La struttura demografica regionale si caratterizza, pertanto, per una forte componente di anziani, in costante aumento negli ultimi 15 anni relativamente a tutte le fasce d'età, ma con un incremento più consistente per la classe degli ultra 85enni¹¹.

1.4: Piano socio-sanitario regionale 2012-2016

L'area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse. Si avverte, perciò, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidimensionale e interdisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e socio territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia.

Per la gestione di questa priorità il sistema veneto si orienta verso un modello di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

- 1) lo sviluppo pianificato, in maniera omogenea a livello regionale, di modelli che garantiscono la continuità assistenziale, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia;
- 2) l'organizzazione in *team* multiprofessionali composti da vari professionisti sanitari e sociali, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del *follow up*, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di

appositi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura;

- 3) l'individuazione e valorizzazione di un *case-manager* (infermieristico) all'interno del *team* multiprofessionale quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia e funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti;
- 4) il supporto dell'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
- 5) il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi, sviluppando una rete informatica e telematica di collegamento all'interno della stessa struttura ospedaliera, tra ospedali e tra ospedale e territorio con l'implementazione della cartella clinica integrata, lo sviluppo di una rete di telemedicina volta a favorire il trasferimento di informazioni sanitarie, la centralizzazione di alcune attività diagnostiche e la conseguente facilitazione nell'attivazione del fascicolo socio-sanitario individuale, in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e garantendo il contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del percorso assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata;
- 6) l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il *team* gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
- 7) il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.).

Rappresentano, dunque, scelte strategiche della programmazione regionale: il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo la continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze e l'implementazione di una sinergia virtuosa tra ospedale e territorio, orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete.

Peraltro l'ottica di un ospedale in cui il paziente permane per il tempo strettamente necessario alla cura nella fase acuta, induce fortemente a riprendere la rete complessiva di assistenza nelle sue componenti ospedaliere e territoriali, richiedendo il riconoscimento dell'ospedale come una parte del percorso assistenziale che deve raccordarsi con le strutture e le modalità operative dell'assistenza territoriale di riferimento, attraverso l'istituzione di ciascuna Azienda ULSS di un coordinamento per la pianificazione e l'organizzazione delle attività relative alla gestione del paziente dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale, definendo i protocolli operativi, al fine di garantire al cittadino la continuità assistenziale. Pertanto andrà confermato e rafforzato il modello di organizzazione e gestione dipartimentale dei percorsi clinici.

Al fine di garantire una migliore assistenza all'anziano fragile, attraverso interventi di prevenzione e di continuità delle cure, dall'ospedale al territorio, si ritiene necessario sviluppare un modello di assistenza che prevede una stretta integrazione tra le attività di geriatria ospedaliera e le attività di assistenza territoriale. Il modello intende sviluppare l'integrazione professionale tra le diverse discipline con un ruolo di indirizzo del geriatra, valorizzando la cultura gerontologica e le conoscenze fin qui acquisite, al fine di migliorare la continuità delle cure e di garantire l'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il paziente anziano-fragile.

L'assistenza sanitaria territoriale rappresenta il primo livello di assistenza ed il primo punto di contatto tra i cittadini ed il SSSR; presenta le caratteristiche di sostenibilità economica, di accettabilità sociale, di validità scientifica, di accessibilità per ogni membro della comunità e di coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi.

Rappresentano obiettivi di salute prioritari nell'arco di vigenza del PSSR nell'area dell'assistenza al paziente fragile:

- la diffusione e il consolidamento dei percorsi di ammissione e di dimissioni protette, supportati da protocolli condivisi tra ospedale e territorio;
- il potenziamento dei servizi domiciliari (sanitari e socio-assistenziali) e la loro integrazione con le unità di offerta delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) pubblici o privati;
- lo sviluppo dell'assistenza intermedia temporanea.

In generale con la garanzia della presa in carico, il Distretto risponde all'esigenza etico-sociale di accompagnare il cittadino nel complesso percorso assistenziale¹¹.

1.5: L'importanza del ruolo della famiglia/caregiver

I famigliari/*caregivers* svolgono un importante, e forse il più importante, ruolo nel sostenere gli anziani durante il ricovero in ospedale e soprattutto dopo la dimissione. Fino a poco tempo fa, però, poca attenzione è stata dedicata alle esigenze dei *caregivers* e dei famigliari durante la fase di dimissione¹². Il trasferimento di responsabilità della cura da strutture ospedaliere al settore della comunità e alla famiglia significa che gli anziani e le loro famiglie dovrebbero essere coinvolti nella pianificazione, nelle decisioni per la cura identificando quello che potrebbe essere la miglior assistenza per loro⁶, nel processo decisionale per la dimissione e verificando la qualità della loro preparazione per la fase successiva di cura¹². Il ruolo del *caregiver* può essere gratificante, ma può anche imporre degli oneri. Lo stress dei *caregivers* rischia di essere aggravato durante gli episodi di malattia acuta. Infermieri e operatori sociali devono tener conto dei bisogni emotivi dei *caregivers* durante la fase di dimissione per ridurre al minimo le loro esperienze negative e potenziarne la capacità per sostenere i loro cari¹².

La mancanza di conoscenze da parte dei famigliari/*caregivers*, delle loro competenze e risorse sono ostacoli significativi per cure efficaci. L'identificazione precoce e il trattamento dei problemi di salute di un anziano sono al di là delle loro competenze e spesso non hanno in riferimento un professionista sanitario che risponda alle loro domande e preoccupazioni in modo tempestivo¹².

Per far fronte a queste barriere, sono necessari nuovi investimenti per preparare i famigliari/*caregivers* al loro ruolo. Una valutazione completa delle esigenze di ciascun *caregiver* deve essere effettuata al momento del ricovero del paziente, che richiederà agli operatori sanitari nuovi strumenti e più tempo per educarli¹².

La famiglia, quindi, sostenuta da specifiche azioni regionali, diventerà sempre più la vera risorsa del sistema anche se avrà seri limiti nell'assistenza del paziente cronico, come dimostra la previsione del *caregiver ratio* (rapporto tra il numero di anziani ultra 80enni ed il numero di donne tra 50 e 60 anni che rappresentano convenzionalmente i familiari che prestano assistenza). Nel veneto, infatti, questo rapporto è destinato a ridursi dal valore attuale di 1,5 (quasi due *caregiver* familiari ogni tre ultra 80enni) a un valore stimato per il 2025 di 0,7 (poco più di mezzo *caregiver* ogni anziano). Inoltre, in base agli odierni modelli di vita e di lavoro, neppure la coabitazione potrà garantire la possibilità di prendersi cura dei soggetti deboli della famiglia in termini di tempo, dedizione e prestazioni, per cui si dovrà ancora di più fare ricorso a varie forme di sostegno esterno¹¹.

1.6: L'indice di BRASS

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 infermiere, con conseguente scarsa efficienza organizzativa che produce una bassa standardizzazione dell'organizzazione dell'*équipe* professionale, è bene ricorrere all'utilizzo di scale validate scientificamente e indici assistenziali¹.

In particolare, quando si prende in considerazione il bisogno di assistenza della persona anziana si deve fare i conti con una complessità la cui conoscenza è indispensabile per tutti i professionisti che partecipano all'intero percorso assistenziale¹.

Per fare ciò è possibile utilizzare uno strumento di valutazione, l'indice di BRASS (*Blaylock Risk Assessment Screening*), che consente di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione dei servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera¹.

L'indice di BRASS fu sviluppato come parte del sistema di pianificazione della dimissione soprattutto per i pazienti di età superiore a 65 anni. Le autrici Blaylock e Cason, attraverso la revisione della letteratura e la loro esperienza nel campo dell'assistenza in geriatria e gerontologia, hanno identificato i seguenti fattori che costituiscono l'indice: l'età, la disponibilità dei *caregivers*, lo stato funzionale, lo stato cognitivo, la presenza di disturbi del comportamento, le abilità motorie, la presenza di deficit sensoriali, l'utilizzo del pronto

soccorso e/o i ricoveri nei precedenti 3 mesi, il numero dei problemi clinici attivi e il numero di farmaci in terapia. L'indice è di facile compilazione e fornisce buone indicazioni in merito ai problemi relativi alla dimissione del paziente. La compilazione dovrebbe essere fatta all'ingresso o almeno entro 72 ore dal ricovero e richiede pochi minuti (circa 15) e necessita di un addestramento minimo del valutatore. Lo strumento individua 3 classi di rischio: basso (0-10), medio (11-19), alto (≥ 20)^{1 5 8}.

La classificazione del rischio di dimissione difficile su tre livelli mediante l'utilizzo dell'indice di BRASS è risultata utile poiché ha permesso di concentrare l'attenzione su quei pazienti che avevano un reale bisogno di interventi precoci e, soprattutto, di prendersi carico dei pazienti a medio rischio, che sono coloro che spesso sono trascurati⁵.

Dagli studi effettuati, tuttavia, l'indice risulta poco sensibile nell'identificare quei pazienti che potrebbero presentare problemi dopo la dimissione probabilmente perché, effettuando la rilevazione al momento dell'ammissione in ospedale, non vengono correttamente identificati quegli anziani che peggiorano le loro condizioni a causa dell'ospedalizzazione, specie se prolungata¹. Gli aspetti di criticità evidenziati possono essere limitati da ripetute valutazioni durante l'ospedalizzazione 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 cura”¹.

1.7: Gestione della continuità delle cure nell'Azienda ULSS 9 Treviso

La Procedura Aziendale sulla gestione delle dimissioni protette nasce all'interno del Progetto “Continuità delle cure” e mira a creare un'integrazione dei percorsi condivisi tra U.S.D. (Unità Semplice Dipartimentale) Continuità delle Cure, Servizi Distrettuali, Ospedale/Servizi Ambulatoriali, Strutture Territoriali intermedie di degenza, Medici di Assistenza Primaria, Servizi Sociali dei Comuni e Residenzialità Extra-ospedaliera, che rappresentano i nodi della rete a disposizione delle persone in condizione di fragilità al momento della dimissione dall'ospedale per acuti¹³.

L'avvio della Centrale Operativa Territoriale (COT) prevista dal nuovo PSSR Veneto consentirà di coordinare le dimissioni protette dall'ospedale verso il domicilio o verso

strutture residenziali¹³ con l'obiettivo di ampliare le funzioni della Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza domiciliare (CURA) per garantire la continuità delle cure¹⁴.

La procedura si applica in tutte le Unità Operative ospedaliere dell'Azienda, per la presa in carico delle persone in condizioni di fragilità che, al momento della dimissione necessitano ancora di interventi sanitari per completare il percorso di cura, assistibili in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) o in altre strutture di ricovero e pertanto coinvolge l'intero territorio tramite la segnalazione ai Distretti Socio-Sanitari di competenza¹³.

Il processo di presa in carico, stabilito globalmente dall'UVMD (Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale), si traduce dal punto di vista organizzativo, in interventi rivolti a specifici bisogni assistenziali correlati alla patologia che ne determinano la presa in carico creando al domicilio un contesto adeguato a garantire la continuità delle cure e l'assistenza. Tali interventi, in particolare per l'ADI, si esprimono mediante accessi multiprofessionali (infermieri, medici, riabilitativi e sociali) a domicilio per rispondere a specifici bisogni con prestazioni qualificate erogate dal distretto. Tutto il processo di presa in carico si evidenzia nel PAI (Piano Assistenziale Individuale) e comprende anche la formazione/educazione del *caregiver*¹³.

Per una migliore organizzazione della dimissione finalizzata all'inserimento in ADI dei pazienti, è utile distinguere i Casi in: semplici e complessi. Nei Casi semplici possono rientrare le seguenti tipologie di utenti con bisogno di prestazioni collegate a presenza di: SNG, PEG, PEJ (già noti in pre-ricovero e senza variazioni), catetere vescicale, prelievi ematici, lesioni da decubito 1[^] stadio. Nei Casi complessi: SNG, PEG, PEJ (di nuovo posizionamento), Nutrizione Parenterale Totale, tracheotomia, ventilazione invasiva, lesioni da decubito 2[^], 3[^], 4[^] stadio, ferite chirurgiche, traumatiche, ustioni complesse, terapia infusiva periferica (idratazione), prosecuzione della terapia infusiva farmacologica, trasfusione di emoderivati, cure palliative con particolare riguardo alla terapia antalgica, presenza di bisogni assistenziali multipli, anche semplici¹³.

Per assicurare al paziente e ai suoi familiari un appropriato rientro a domicilio, è indispensabile che ogni U.O. individui un referente formale che provvederà a segnalare, nei tempi previsti, i pazienti le cui condizioni clinico-assistenziali richiedono una presa in carico post-ricovero. I tempi previsti in base alla tipologia di caso, servono ad organizzare/assicurare una serie di attività finalizzate alla dimissione e alla presa in carico della persona¹³ (cfr ALLEGATO 1).

1.8: L'infermiere e la continuità assistenziale

L'infermiere per formazione e per la vicinanza che da sempre ha con il paziente e la famiglia, è riconosciuto essere la figura professionale più idonea nel promuovere modelli assistenziali di presa in carico e di continuità delle cure e alcuni studi confermano che la presenza di infermieri dedicati alla gestione del processo di dimissione determinano risultati di qualità, sia rispetto agli standard relazionali ed educativi, sia in termini di efficienza (corretto impiego delle risorse territoriali, riduzione della degenza)⁷.

L'infermiere ha la responsabilità di *“orientare la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità”*¹⁵; *“promuovere stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura, della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori”*¹⁶; *“rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati”*¹⁷ e *“garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi”*¹⁸.

Per gli infermieri è possibile individuare i pazienti che necessitano di una maggiore intensità assistenziale, di 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 di un percorso di dimissione protetta che accompagni l'anziano e la sua famiglia all'apprendimento di quanto sarà poi necessario continuare a fare a casa, con o senza il supporto dei servizi domiciliari. Fondamentale, quindi, è l'attivazione del processo educativo. Anche la necessità di un ricovero permanente o temporaneo presso un servizio residenziale, se prevista per tempo, può essere pianificata e rende possibile preparare l'anziano e la sua famiglia evitando, almeno, l'ansia e lo stress di un'affannosa ricerca⁸.

Nell'ottica di un modello organizzativo rivolto a migliorare la qualità del processo di dimissione e di rendere ufficiali e condivise esperienze positive di alcune realtà, si identifica la figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso (CdP)⁷.

L'infermiere Coordinatore di Percorso è un infermiere che ha sviluppato, attraverso l'esperienza e/o la formazione (master clinici), competenze avanzate nel campo della presa

in carico della persona e della famiglia/*caregiver*, della pianificazione assistenziale, delle metodologie relazionali; possiede un'approfondita conoscenza dei contesti assistenziali ospedalieri, residenziali e territoriali e capacità di attivare e potenziare dinamiche di interfaccia in un contesto di lavoro di rete. E' stato definito come un "facilitatore organizzativo", ossia il professionista che coordina e supervisiona le diverse fasi del processo di dimissione al fine di ottenere un miglioramento qualitativo della dimissione⁷, mettendo a disposizione della famiglia un'approfondita conoscenza dei contesti assistenziali ospedalieri, residenziali e territoriali, facilitando così l'accesso alla rete dei servizi⁵. Va precisato che la responsabilità clinico assistenziale rimane in capo all'*équipe* curante con la quale il CdP deve mantenere relazioni costanti.

Il Coordinatore di Percorso è formalmente individuato ed opera all'interno delle U.O./dipartimenti ospedalieri con maggior presenza di pazienti a rischio di dimissione difficile (medicina, geriatria, ortopedia, neurologia ed oncologia) e presso i servizi di assistenza territoriale (cure domiciliari e cure palliative)⁷.

L'introduzione di figure professionali con l'obiettivo di migliorare la presa in carico e la continuità assistenziale, come il CdP, risponde alla necessità di adottare strategie per far fronte all'evoluzione dei bisogni, in particolare per alcune categorie di pazienti più fragili e a maggior rischio di sviluppare problemi dopo un ricovero ospedaliero. Per gli infermieri il riconoscimento e la formalizzazione di responsabilità su processi avanzati costituiscono un'opportunità di sviluppo professionale, riconosciuto anche dal punto di vista economico⁷.

Accanto alla professionalità e alla competenza degli infermieri, sono necessarie le condizioni organizzative e la condivisione del progetto sin dalle fasi iniziali sia all'interno dell'*équipe*, ma soprattutto con la Dirigenza Aziendale, quale committente. Creare cambiamenti che richiedono la revisione di modelli organizzativi coinvolgenti l'intera *équipe* e la messa in campo di risorse può avvenire se vi è una forte condivisione delle priorità e degli obiettivi che si intendono raggiungere⁷.

La complessità rappresenta anche per la professione infermieristica la sfida da affrontare per proporre ai pazienti anziani e alle loro famiglie soluzioni che rendano possibile conciliare presenza di disabilità, deficit cognitivo, malattie e qualità della vita. Per affrontare la complessità dobbiamo abbandonare i modelli lineari, accettare l'imprevedibilità, rispettare (e utilizzare) l'autonomia e la creatività, rispondere in maniera

flessibile all'emergere di situazioni e opportunità, nonché valorizzare e promuovere l'apporto di più saperi e professioni nella definizione, gestione e valutazione del bisogno di salute. 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. Anche se significasse "solo" restare accanto⁸.

Una delle teorie infermieristiche che può aiutare ad affrontare l'argomento complesso della continuità delle cure è quella di Dorothea Orem (Baltimora, 15 luglio 1914 – Savannah, 22 giugno 2007), un'infermiera statunitense, che ha ideato un modello infermieristico da cui ha preso il nome di "modello Orem", noto anche come "*Self Care Deficit Nursing Theory*".

Orem formula una domanda chiave:

“Non tutte le persone in cura sono seguite da un punto di vista dell'assistenza infermieristica, né dovrebbero esserlo. Qual è la condizione che spinge una persona, un suo familiare, il medico o l'infermiere a giudicare che questa persona dovrebbe essere assistita da un punto di vista infermieristico?”.

La teoria di Orem è stata da lei stessa definita generale ed è inclusiva di tre teorie a medio raggio che sono:

1) Teoria della Cura di sé:

L'autocura è un'attività appresa e finalizzata degli individui. Ogni individuo ha in sé la caratteristica innata di prendersi cura di se stesso e dell'ambiente che lo circonda cercando di modificarne i fattori che possono influenzare la vita, la salute, il benessere.

Normalmente gli adulti che hanno sviluppato capacità di autocura se ne occupano volontariamente, mentre neonati, bambini, ammalati necessitano di cure o assistenza.

L'autocura ha lo scopo di contribuire in modi specifici all'integrità strutturale, al funzionamento, allo sviluppo dell'uomo.

2) Teoria del Deficit della Cura di sé:

Il Deficit della Cura di sé insorge quando le capacità di autoassistenza non sono in grado di soddisfare i requisiti di autoassistenza (cioè quando una persona non è più in grado di gestire la Cura di sé). Orem legittima la necessità di assistenza infermieristica in presenza

di persone con deficit di autocura, esistente o futuro.

E' necessaria l'assistenza infermieristica che si esprime attraverso 5 metodi assistenziali: agire al posto della persona, guidare, insegnare, sostenere e fornire un ambiente adatto.

3) Teoria dei Sistemi di Nursing:

Si riferisce alla serie di azioni che l'infermiere compie per soddisfare i requisiti di autoassistenza di un paziente, stabilendo il tipo di assistenza infermieristica.

Viene determinata dai requisiti e dalle capacità di autoassistenza della persona ed è composta da tre sistemi:

- totalmente compensatorio: il paziente dipende dagli altri per il proprio benessere;
- parzialmente compensatorio: il paziente può soddisfare alcuni requisiti di autoassistenza ma necessita dell'infermiere per soddisfarne altri;
- educazione/supporto: il paziente può soddisfare i requisiti di autoassistenza, ma necessita di assistenza nella fase decisionale, nel controllo del proprio comportamento o nella acquisizione di conoscenze.

Il processo di pianificazione infermieristica viene sviluppato dalla Orem come:

- 1) accertamento: analisi delle capacità del paziente nella "cura di sé";
- 2) diagnosi: riguarda l'analisi dei dati per scoprire qualunque deficit del paziente nella "cura di sé", definizione dei deficit del paziente nella "cura di sé";
- 3) pianificazione: scelta del "sistema" adeguato di assistenza, portare il paziente a diventare un agente efficace nella "cura di sé", incoraggiare il paziente a partecipare attivamente alle decisioni relative alla sua salute;
- 4) attuazione: l'infermiere assume il suo ruolo di guida o di assistenza;
- 5) valutazione: viene eseguita sia dal paziente che dall'infermiere, risponde alla domanda: persistono ancora dei deficit nella "cura di sé"?

Il nursing è riconosciuto come un servizio per la salute all'interno della grande famiglia dei Servizi sanitari. Se l'obiettivo ultimo del nursing è di contribuire ad aiutare ogni persona e famiglia o comunità ad autogestire i propri problemi di salute, ne deriva che il ruolo dell'infermiere deve essere prevalentemente educativo e di sostegno. La teoria della Orem si avvicina più di altre a questi aspetti proprio perché mette la cura di sé come obiettivo finale di tutto il processo assistenziale¹⁹.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1: Scopo dello studio

Lo scopo di questo studio è analizzare e comprendere se la necessità di attivazione di un percorso di dimissione protetta, identificato attraverso l'utilizzo di scale di valutazione, è ritenuta tale anche dall'utente stesso e dai suoi *caregivers*.

2.2: Materiali e metodi

Per lo studio esplorativo osservazionale, la raccolta dei dati è stata effettuata nei mesi di gennaio e febbraio 2016 su 167 pazienti ricoverati nell'Unità Operativa di Geriatria dell'Azienda ULSS 9 di Treviso e, in particolare, collaborando con l'U.S.D. della Continuità delle Cure.

Attraverso l'uso dell'indice di BRASS e in base al punteggio di questo con relativo rischio, si è esaminato quanti utenti necessitavano di una dimissione protetta e, in modo particolare per quei pazienti che ritornavano a domicilio, per quanti era stata attivata l'assistenza domiciliare integrata (ADI), quanti erano già, precedentemente il ricovero, in una struttura protetta e quanti deceduti.

Successivamente sono state eseguite venti interviste strutturate rivolte agli utenti e *caregivers* per analizzare la loro percezione sulla necessità di attivare un percorso di dimissione protetta.

2.2.1: Strumenti per la raccolta dati

Gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati sono:

- griglia di raccolta dei dati identificativi del paziente (cfr ALLEGATO 2) completata con la diagnosi d'ingresso;
- l'indice di BRASS (*Blaylock Risk Assessment Screening*) con relativo punteggio totale e indice di rischio (cfr ALLEGATO 2);
- griglia di raccolta dati per la destinazione postricovero del paziente (cfr ALLEGATO 2);
- l'intervista strutturata (cfr ALLEGATO 3) di cinque domande rivolta ai pazienti e *caregivers*.

2.2.2: Campionamento

Sono stati presi in considerazione tutti i pazienti con età uguale o superiore a 75 anni (in totale 167) ricoverati all'ingresso dell'U.O. di Geriatria per compilare l'indice di BRASS.

Per le interviste il campione di studio ha compreso gli utenti che rispondevano alle caratteristiche contraddistinte dai criteri qui elencati:

Criterio di inclusione:

- indice di Brass con punteggio ≥ 20 (rischio alto);
- pazienti con problemi assistenziali infermieristici rilevati dalla Valutazione Multidimensionale;
- pazienti già in carico all'ADI solo per i prelievi ematochimici.

Criterio di esclusione:

- pazienti già in carico dal Distretto o già in struttura (coincidente con il punteggio 5 dell'aspetto dell'indice BRASS "condizioni di vita e supporto sociale");
- pazienti in gravi condizioni cliniche (coincidente con il punteggio 5 dell'aspetto dell'indice di BRASS "stato cognitivo");
- pazienti che non presentano un livello di dipendenza da richiedere assistenza post-ricovero (coincidente con il punteggio 0 dell'aspetto dell'indice di BRASS "stato funzionale").

2.2.3: Raccolta dati

Dopo la prima fase di preparazione della traccia per la griglia dei dati identificativi, per l'indice di BRASS e per l'intervista e l'autorizzazione alla raccolta dei dati dall'Università, sono stati fatti due giorni di affiancamento con la Coordinatrice della Continuità delle Cure, per l'addestramento alla compilazione dell'indice di BRASS.

Si è poi proceduto alla somministrazione dell'indice di BRASS durante il periodo dello studio, a tutti i pazienti, previo il loro consenso informato, al momento del ricovero in Ospedale o al massimo entro 72 ore dall'ingresso in Unità Operativa, prendendo in considerazione tutti i dieci aspetti dell'indice. I dati sono stati raccolti interrogando, in una sola sessione, gli utenti, i famigliari/caregivers e con la collaborazione degli Infermieri e Medici dell'U.O. con una durata media di circa 15 minuti per paziente.

Per quanto riguarda la destinazione post-ricovero, i dati sono stati reperiti direttamente al momento della dimissione oppure dalla cartella clinica elettronica per le dimissioni protette. Non si è considerato il dato di “prelievi ematochimici”.

Le venti interviste sono state eseguite in Unità Operativa, durante il periodo di studio, ai pazienti e/o ai *caregivers* dopo aver compilato i dati della Scheda BRASS e aver accertato le caratteristiche di campionamento sopra indicate. Sono state poste cinque domande per intervista che sondassero il vissuto degli utenti e delle loro famiglie e per verificare la loro percezione sulla necessità di attivazione di un percorso di dimissione protetta e per poter poi capire se c'erano delle fragilità su cui poter intervenire. La durata media delle interviste è stata di circa 45 minuti: da un minimo di un quarto d'ora ad un massimo di un'ora. Anche le interviste sono state effettuate previo consenso informato, spiegando e garantendo al campione d'indagine che i dati sarebbero stati trattati in maniera aggregata ed anonima, secondo quanto sancito per il rispetto della privacy.

Ci si era interrogati circa la possibilità di lasciare le interviste da compilare direttamente alle persone esaminate, ma si è convenuto che non fosse opportuno dal momento che le domande impongono un colloquio con il paziente/*caregiver* per capire i loro vissuti e le loro condizioni di fragilità.

2.2.4: Affidabilità della raccolta dati

Per favorire l'affidabilità dei dati, la compilazione della BRASS è stata eseguita al momento del ricovero o almeno entro 72 ore dall'ingresso in U.O., in una sola sessione 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 le interviste si è atteso almeno 24 ore prima di somministrarle in modo che, sia i pazienti che i loro famigliari, potessero avere il tempo di adattarsi alla situazione.

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

L'osservanza della Procedura dell'U.O. e la collaborazione del personale infermieristico e medico hanno garantito l'omogeneità dei comportamenti nella fase di raccolta dati.

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

2.2.5: Analisi dei dati

Tutti i dati sono stati catalogati in base alle domande di ricerca in un foglio Excel.

Per la raccolta dati riguardante l'identificazione del paziente, l'indice di BRASS e la destinazione post-ricovero si sono analizzate la frequenza della risposta e il calcolo della percentuale sul totale per ogni item.

Per ogni risposta ottenuta dalle venti domande dell'intervista, si è analizzato il contenuto delle narrazioni. Il metodo di analisi è stato elaborato nel seguente modo:

1. familiarizzazione con il materiale: ciascuna domanda, con le relative risposte, è stata letta più volte per avere una visione d'insieme del materiale;
2. identificazione delle unità di testo significative, ovvero quali sono gli elementi di similitudine tra le varie risposte;
3. definizione del tipo di risposta che emerge dall'insieme: molte risposte sono uguali, segno che i pazienti e i familiari hanno condizioni di fragilità comuni e aspettative comuni.

I dati sono stati poi ordinati in tabelle (cfr ALLEGATO 5) in cui è stata riportata la frequenza della risposta e il calcolo della percentuale sul totale per comprendere verso quale risposta si era orientata la maggior parte del campione.

2.3: Risultati

2.3.1: Analisi del campione

È stato considerato un campione di 167 pazienti a cui è stato somministrato l'indice di BRASS e, tra questi, venti tra utenti e *caregivers* sono stati intervistati.

Analizzando i dati riportati per il campione dell'indice di BRASS (cfr ALLEGATO 4), gli utenti sono per la maggior parte di sesso femminile (57,5%), mentre il sesso maschile rappresenta la minoranza (42,5%). L'età media dei pazienti considerati è di 86 anni.

Le diagnosi d'ingresso più frequenti sono state: la broncopolmonite (13,8%), lo scompenso cardiaco (10,2%), la BPCO, la disidratazione e l'insufficienza renale (6%).

2.3.2: Risultati

2.3.2.1.: L'indice di BRASS

Dall'analisi del punteggio dell'indice di BRASS si ha rispettivamente un rischio di dimissione complessa: basso per il 12,6%, un rischio medio per il 19,2% e un rischio alto per il 68,3%. (Grafico I)

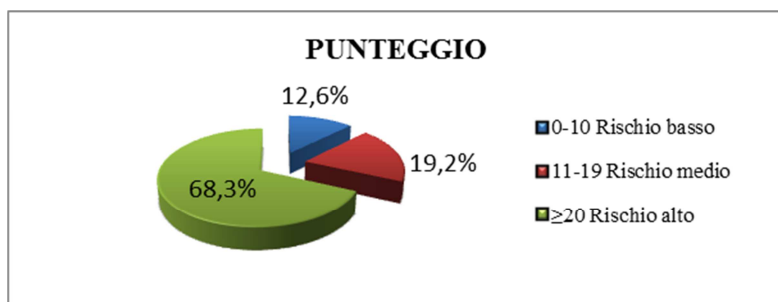


Grafico I: Rischio di dimissione difficile in base al punteggio.

Passando ad analizzare gli aspetti dell'indice di BRASS (cfr ALLEGATO 4) risulta che la maggioranza (31,1%) degli utenti vive solo con il sostegno della familiare, di cui tre utenti hanno già il supporto di una badante, i rimanenti sono supportati dai figli. Il 29,3% vive con il coniuge, il 22,8% vive con la famiglia, nessun paziente vive solo con sostegno di amici/conoscenti, solo in un caso il paziente vive solo senza alcun sostegno e il 16,2% è già in carico all'assistenza domiciliare/residenziale. (Grafico II)

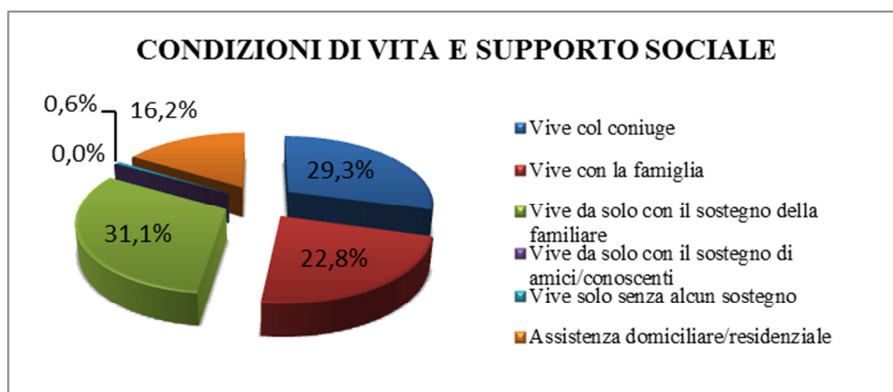


Grafico II: Secondo aspetto dell'indice di BRASS.

Per quanto riguarda l'aspetto dell'autonomia del paziente nelle attività di vita quotidiana è risultato che l'8,4% degli utenti è indipendente mentre il 91,6% non ha una completa autonomia. La maggior parte degli utenti ha una limitazione che riguarda la mobilità/spostamenti (83,8%), l'utilizzo dei mezzi di trasporto (86,2%) e il fare acquisti (80,8%). Un altro dato rilevante è la dipendenza nell'igiene/abbigliamento (82,6%), nella

responsabilità nell'uso dei farmaci (78,4%) e nell'utilizzo dei servizi igienici (77,8%).
(Grafico III)

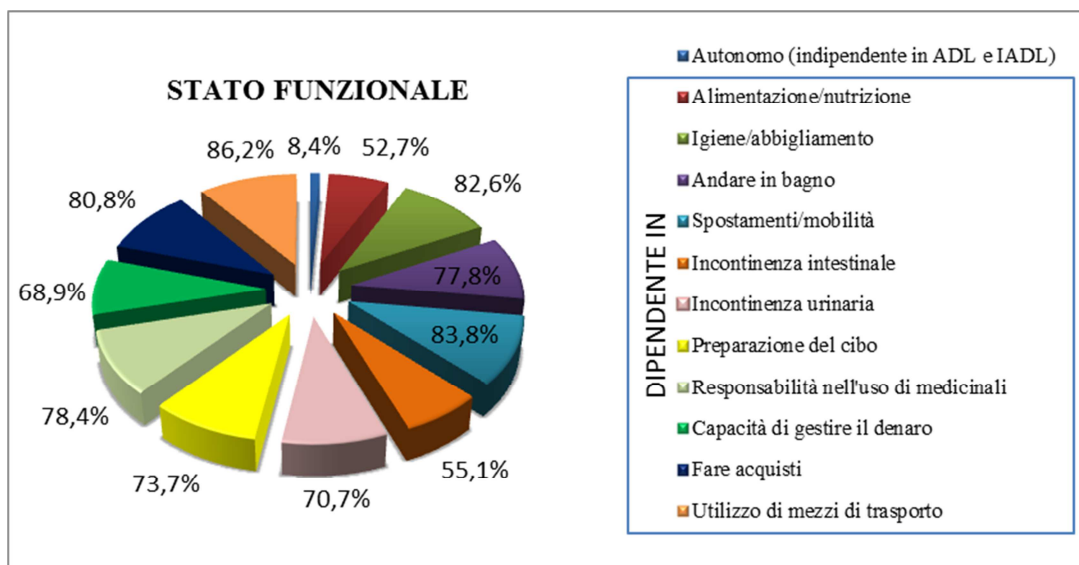


Grafico III: Terzo aspetto dell'indice di BRASS.

Per lo stato cognitivo, la maggioranza (32,9%) dei pazienti risulta disorientato in alcune sfere qualche volta, soprattutto per quanto riguarda la sfera del tempo, mentre il 31,3% è orientato al momento della rilevazione dei dati.

Il 54,5% degli utenti ha un modello comportamentale appropriato mentre il 40% è confuso, il rimanente (sotto la voce di "altro") è in uno stato soporoso, oppure presenta astenia, afasia o disartria, o è indisposto a parlare.

Al momento della compilazione dell'indice il 68,3% dei pazienti non deambulava e il 13,2-13,8% risulta che deambula in autonomia o con assistenza. (Grafico IV)

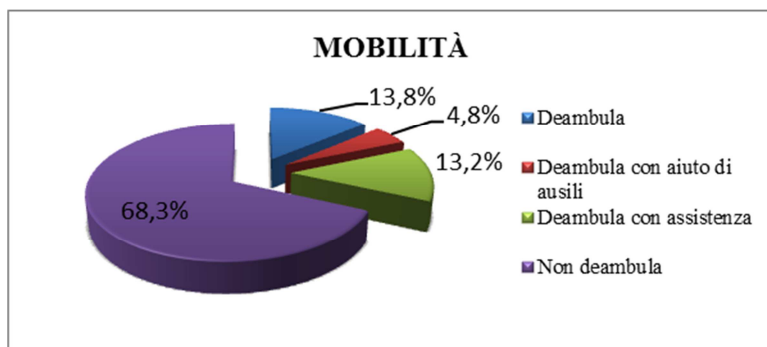


Grafico IV: Sesto aspetto dell'indice di BRASS.

Per i deficit sensoriali emerge che la maggior parte degli utenti (62,9%) ha deficit visivi o uditivi e che il 63,5% non ha avuto ricoveri pregressi o effettuato accessi al pronto soccorso negli ultimi tre mesi dalla data della compilazione.

Dall'analisi dei problemi clinici attivi risulta che la metà (50,3%) del campione ha più di cinque problemi clinici attivi e che il 73,3% stà assumendo più di cinque farmaci.

Per quanto concerne la destinazione post-ricovero (cfr ALLEGATO 4) 40 assistiti saranno seguiti a domicilio mediante il Distretto per varie prestazioni (di cui 7 hanno più bisogni assistenziali): gestione del catetere vescicale (15,6%), medicazioni delle lesioni da decubito (10,8%), fleboclisi per idratazione (1,8%), PEG (0,6%), SNG (0,6%) e NPT (0,6%). (Grafico V)

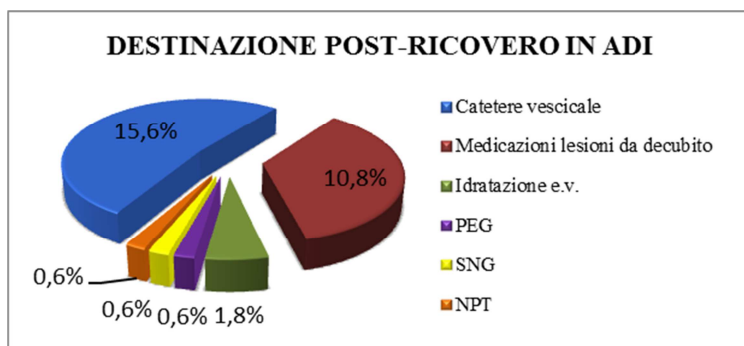


Grafico V: Bisogni assistenziali dei pazienti con destinazione in ADI.

Il 51,5% dei 167 pazienti considerati, non saranno seguiti a domicilio. Questo dato deve essere inteso come: rientro a domicilio senza problemi oppure trasferimento in un'altra Unità Operativa o in una struttura protetta, oppure trasferimento fuori ULSS 9. Il 9% degli utenti erano già collocati in una struttura protetta e il 15,6% sono deceduti.

Il grafico di seguito riportato riassume le destinazioni post-ricovero in base al rischio. (Grafico VI)

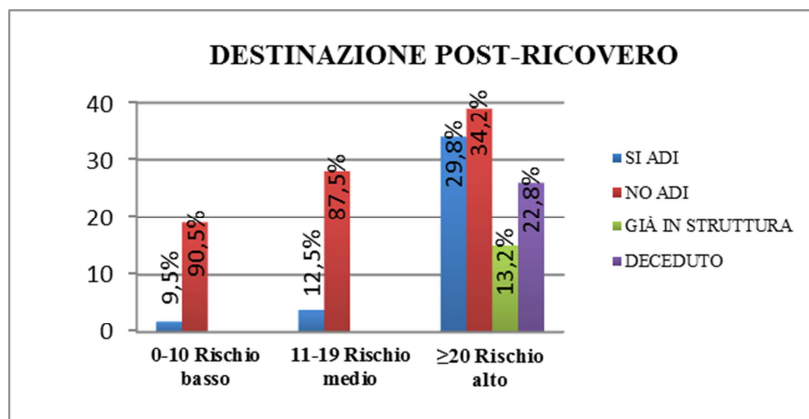


Grafico VI: Percorso dalla dimissione in base al rischio.

2.3.2.2.: *Le interviste*

Analizzando i dati ottenuti dal campione di venti intervistati (cfr ALLEGATO 5) si dimostra che nella maggior parte dei casi (75%), l'intervistato è il *caregiver*. In tre casi l'intervistato è il paziente, mentre in due situazioni, il *caregiver* e l'assistito hanno risposto insieme alle domande. L'età media dei pazienti intervistati è di 86,8 anni.

Nella maggior parte delle interviste il *caregiver* è il figlio/a dell'assistito, in alcuni casi è il coniuge e in altri la nuora.

Dall'analisi dei contenuti delle interviste si evince quanto di seguito riportato.

1. Quali necessità ritiene di avere alla dimissione?
--

Pur sapendo che per l'anziano, nella sua fragilità, le necessità e le difficoltà riguardano gran parte della sua vita, si è cercato di fare una distinzione dei bisogni più importanti percepiti dall'utente stesso e dalla sua famiglia.

Le necessità ritenute più valide e utili per l'assistito sono gli ausili e il supporto per i bisogni di vita quotidiana in modo da migliorare la qualità di vita del malato e facilitare il compito di chi presta assistenza.

In 14 interviste su venti è stata posta la necessità degli ausili a domicilio. Il 65% degli intervistati richiede un letto ospedaliero con il materasso anti decubito (MAD) (60%) e le sponde del letto (45%). Cinque intervistati pensano di chiedere al Distretto una provvista di pannoloni, in alcuni casi viene richiesto il sollevatore, la sedia comoda wc, la sedia a rotelle, il triangolo sollevatore e le cerate per il letto.

La percezione per tutti gli intervistati è sul supporto delle attività quotidiane: per l'igiene e per la vestizione (95%), per la preparazione (95%) e l'assunzione (70%) dei pasti, per la mobilizzazione e gli spostamenti (90%), per la gestione/assunzione dei pasti (35%) e per valersi di perette/lassativi per aiutare il transito delle feci (20%). In altri casi di minoranza vengono percepiti necessari: un aiuto per le pulizie domestiche, modificare la disposizione della casa portando il letto nel salotto al piano terra, comprare una sedia montascale, la necessità di avere una persona che abbia la competenza di dedicarsi sia alla persona anziana che al familiare invalido e l'esigenza di continuare con la ginnastica respiratoria (BPCO). Altri utenti hanno percepito la necessità di alcuni presidi (PEG, catetere vescicale, presidi per ossigenoterapia e presidi di infusione per terapia antalgica).

2. Pensa di aver bisogno di supporto/sostegno?

La percezione di avere una o più persone di supporto per la condizione di fragilità e malattia, da parte sia degli utenti che dei *caregivers* è stata affermativa per tutti gli intervistati.

3. Se sì, come si aspetta di essere supportato?

Tutti gli intervistati hanno bisogno di una figura che sostenga i bisogni del malato.

L'85% richiede la competenza dell'infermiere per la gestione dei presidi a domicilio e cinque famigliari avvertono il bisogno di avere delle indicazioni dall'infermiere per la miglior cura del proprio caro e su come gestire i presidi. In tre casi all'infermiere verrebbe richiesto anche un aiuto più frequente (in un caso anche tutti i giorni per un'ora al giorno) per la mobilizzazione e l'igiene.

L'altra figura maggiormente percepita come figura di supporto è la badante (40%) con il ruolo di assistenza, sorveglianza e compagnia per le attività giornaliere (40%).

Tre intervistati hanno già l'assistenza di una badante e vorrebbero continuare con questo sostegno.

In sei casi, gli intervistati non saprebbero a chi rivolgersi per il supporto delle attività giornaliere e in tre casi vorrebbero richiedere assistenza ad un operatore socio-sanitario (un intervistato ha già l'assistenza settimanale di un OSS ma vorrebbe un aiuto più frequente).

In due casi viene preso in considerazione dal famigliare la figura del fisioterapista per la riabilitazione muscoloscheletrica in modo da mantenere o riprendere la funzionalità muscolare e in un caso viene valutata l'idea di rivolgersi ad un logopedista per i disturbi del linguaggio.

4. Quali possono essere, secondo Lei, le maggiori difficoltà una volta dimesso?

Le maggiori difficoltà riguardano soprattutto la mobilizzazione e gli spostamenti (65%). Gli utenti hanno dichiarato il bisogno di essere aiutati nella mobilizzazione e ad essere accompagnati nelle attività di tutti i giorni. I *caregivers* richiedono soprattutto un aiuto per la mobilizzazione a letto o per il trasferimento dal letto alla sedia a rotelle.

Un'altra difficoltà ritenuta importante da buona parte degli intervistati (40%) è la preoccupazione di trovare una figura competente che sia in grado di accudire la persona e che capisca i suoi bisogni per dargli la miglior assistenza e la miglior qualità di vita

possibile. Con lo stesso principio, anche sei famigliari dichiarano la difficoltà di capire i bisogni dell'assistito (30%), spesso perchè i malati sono confusi, agitati, fanno difficoltà a esprimersi e ad accettare la limitazione dell'autonomia (10%). Alcuni famigliari (15%) hanno dichiarato anche la difficoltà nella gestione dei sintomi dell'assistito come il dolore, l'astenia, la dispnea, la confusione mentale e non sanno cosa fare o a chi rivolgersi per chiedere aiuto quando capitano forti crisi. Altri ancora, percepiscono la difficoltà nella gestione dei presidi (medicazioni delle lesioni da decubito, catetere vescicale, PEG, per fleboclisi) e una persona si preoccupa anche per trovare qualche attività occupazionale giornaliera in modo da tenere l'anziana impegnata e stimolata.

5. Pensa che una figura di riferimento per le dimissioni protette possa aiutarLa?

La risposta è stata affermativa per tutti gli intervistati. Alcuni di loro avevano già preso contatto con la Coordinatrice o la *case-manager* dell'U.O. e si sono ritenuti soddisfatti della loro competenza e disponibilità. Per la maggior parte degli intervistati è la prima volta che affrontano una situazione di completa dipendenza e per loro una figura di riferimento per la dimissione servirebbe come aiuto per essere consigliati, aiutati per prevenire e gestire i problemi che potranno presentarsi una volta a casa, per sapere come organizzarsi e per avere riferimenti utili.

2.4: Discussione e conclusioni

2.4.1: Discussione

I dati raccolti dallo studio sono di tipo quantitativo per quanto riguarda il campione preso in esame con l'indice di BRASS e qualitativo per quanto riguarda le interviste ma entrambi atti a focalizzare l'attenzione sui bisogni del malato e sulla necessità di coinvolgere anche la sua famiglia in modo da capire la loro percezione sulla necessità di attivare un percorso di dimissione protetta.

L'indice di BRASS si è rivelato uno strumento di facile e veloce compilazione e fornisce buone indicazioni per la validità predittiva in merito al rischio di dimissione del paziente: gli utenti con rischio alto sono soggetti che avranno problemi rilevanti e che richiederanno una continuità delle cure.

I risultati ottenuti dall'indice di BRASS evidenziano che più della metà dei pazienti ricoverati, al momento dell'ingresso aveva un alto rischio di dimissione difficile. Uno dei primi dati più rilevanti è la "condizione di vita del paziente": risulta che la maggioranza vive da solo con il sostegno dei figli e/o di una badante o vive con il coniuge. Questo dato fa capire all'infermiere che prende in carico l'assistito, se c'è bisogno di supporto di figure professionali in modo che ci sia una continuità delle cure una volta che il paziente rientra a domicilio. Per quanto riguarda l'aspetto dello "stato funzionale" si evidenzia che le maggiori dipendenze si hanno per la mobilità e gli spostamenti (che potrebbero essere compresi nel "fare acquisti" e "utilizzo dei mezzi di trasporto") e che questo possa essere correlato anche con le attività per l' "igiene e abbigliamento", per l' "andare in bagno" e con l'aspetto della "mobilità" al momento del ricovero (i pazienti che non deambulano al momento del ricovero sono il 68,3%). Un altro dato importante è quello che risulta dalla dipendenza della "responsabilità nell'uso di medicinali" (78,4%) correlato con il 73,7% dei pazienti che, al momento della rilevazione dei dati, assume più di cinque farmaci.

Viene posta l'attenzione anche per la destinazione post-ricovero: 114 soggetti con alto rischio di dimissione protetta di cui 34 saranno seguiti dal Distretto e 39 (con rientro a domicilio senza problemi oppure trasferiti in un'altra Unità Operativa o in una struttura protetta, oppure trasferiti fuori ULSS 9), 15 con ritorno in struttura e 26 deceduti. Per i soggetti a medio rischio (32) sono 4 gli utenti che necessitano di assistenza domiciliare integrata, il rimanente non ne ha bisogno. Per i soggetti a basso rischio (21) sono 2 i pazienti che saranno seguiti dal Distretto e 19 quelli che non lo saranno. Questi risultati evidenziano che non è detto che gli utenti che hanno un punteggio BRASS ≥ 20 all'ingresso avranno problemi rilevanti che richiedono una continuità delle cure.

Per le interviste, ogni domanda è stata formulata per capire se la percezione degli utenti e dei loro familiari corrisponde a quella rilevata dall'indice di BRASS. I pazienti valutati hanno un rischio alto di dimissione difficile con problemi rilevanti e tutti confidano in una figura di supporto che li aiuti facendo da tramite dall'ospedale al domicilio e hanno l'esigenza di una figura che abbia il ruolo di accudimento dell'anziano nelle attività di vita quotidiana e una figura professionale (l'infermiere) con una competenza tecnico-educativa per la gestione del malato.

La necessità di un percorso che miri alla continuità delle cure identificato con l'indice di BRASS è dunque percepito tale anche dall'utente stesso e dai *caregivers*.

2.4.2: Limiti dello studio

I limiti di questo studio sono principalmente tre e riguardano:

- l'indice di BRASS, come anche citato in bibliografia¹, risulta poco sensibile e preciso nell'identificare quei pazienti che potrebbero presentare problemi dopo la dimissione perchè non si può predire il peggioramento o miglioramento delle condizioni cliniche;
- l'uso di una traccia di intervista non validata: alcuni aspetti importanti potrebbero essere stati trascurati;
- doversi basare su appunti per le risposte alle domande dell'intervista potrebbe aver dato luogo a delle imperfezioni.

Infine, come in ogni studio qualitativo, esiste la possibilità che il ricercatore influenzi senza volerlo le risposte dell'interlocutore, cosa a cui si è cercato di porre attenzione non favorendo in nessun modo le risposte ma solo spiegando il significato di alcuni concetti come "dimissione protetta".

2.4.3: Implicazioni per la pratica

L'indice di BRASS è uno strumento valido per cogliere il potenziale rischio di dimissione difficile e, a sua volta, attivare una dimissione protetta che miri ad assicurare la continuità delle cure ma sarebbe necessaria una revisione nei tempi di utilizzo. Lo strumento, per essere usato nel modo più efficiente possibile, potrebbe essere allegata con la Scheda di Valutazione Multidimensionale al momento dell'ingresso del paziente come dato oggettivo per verificarne l'indice di rischio effettivo e in procinto di dimissione al fine di verificare i reali bisogni del paziente e per procedere correttamente a compilare il modulo di richiesta di dimissione protetta.

Inoltre, nella realtà di oggi, la dimissione protetta non riguarda i pazienti fuori ULSS 9: questo è un limite che non garantisce la continuità delle cure a tutti i ricoverati.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Marcadelli S, Petraia V, Saponaro V. Dimissione protetta. Bisogni, competenze e pianificazione. Assistenza anziani 2008;(8):39-42.
- (2) Gobbi P. La dimissione protetta: uno strumento di continuità assistenziale. Io infermiere 2007;(4):13-7.
- (3) Barbato B, Pozzebon M, Zamprogno A, Rovinazzi AM, Baccaglini K, Tisato F, et al. Dimissioni protette dall'ospedale al territorio nella logica delle continuità delle cure: caratteristiche della popolazione. Presentazione al 58° Congresso Nazionale Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Torino, 27-30 Novembre 2013. Poster n° 196.
- (4) Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge Planning from hospital to home (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31;1:CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub4. PMID: 23440778.
- (5) Ferrarese F, Faccini M, Tommasi S, Tosoni P, Bozzini C, Bellamoli C, et al. L'infermiere coordinatore di percorso nella pianificazione della dimissione dell'anziano fragile. Tempo di nursing 2014;(67):18-24.
- (6) Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. BMC Health Services Research 2014 Aug 15. doi: 10.1186/1472-6963-14-346. PMID:25128468.
- (7) Zambiasi P, Tabarelli R. L'infermiere coordinatore di percorso. Notizie & informazioni IPASVI TN 2009;(2):7-9.
- (8) Zanetti E. Anziani in ospedale: complessità e continuità dell'assistenza. Tempo di nursing 2009;(54):12-7.

- (9) ISTAT, 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. 9 Ottobre 2011. Disponibile all'indirizzo:
http://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione-legale_XV_censimento_popolazione.pdf.
- (10) ISTAT, Tavola indicatori demografici 2015. Indicatori di struttura (indice di dipendenza strutturale, indice di dipendenza anziani, indice di vecchiaia, età media della popolazione) e struttura della popolazione (percentuale di popolazione per le seguenti classi di età: 0-14, 15-64, 65 e più). Ultimo aggiornamento del 19 Febbraio 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/>.
- (11) Legge regionale n. 23 del 29 giugno 2012 (BUR n. 53/2012), Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016. Disponibile all'indirizzo:
<http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095>.
- (12) Naylor M, PhD, RN, FAAN and Keating SA. Transitional care: moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs* 2008 September;108(9 Suppl):58-63.
doi: 10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a. PMID: PMC2768550.
- (13) Barbato B, Brescancin MB, Bazzlerla G, Biral AM, Calabrò M, De Marchi C, et al. Gestione delle dimissioni protette. Procedura Aziendale ULSS 9 Treviso. Rev. 1 Maggio 2014.
- (14) Longato C, Morelli D, Buratto R. CURA: la Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza domiciliare integrata. *Evidence* 2013;5(12): e1000065.
doi:10.4470/E1000065.
- (15) Codice deontologico dell'Infermiere. Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegio IPASVI con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei collegi IPASVI riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009, art.7.

- (16) Codice deontologico dell'Infermiere. Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegio IPASVI con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei collegi IPASVI riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009, art.19.
- (17) Codice deontologico dell'Infermiere. Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegio IPASVI con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009, art.21.
- (18) Codice deontologico dell'Infermiere. Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegio IPASVI con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009, art.27.
- (19) Zanotti R. Il paradigma di Virginia Henderson e Dorothea Orem: teoria generale dell'assistenza in Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale. Casa Editrice Piccin 2010; 153-155.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Modalità e tempi per la dimissione protetta di un caso complesso non noto al Distretto

Nella tabella seguente si descrive il caso di dimissione protetta per un paziente complesso non noto al Distretto in cui si prevede che l'U.O. che ha in carico l'utente avverta il Distretto cinque giorni prima della data di dimissione. Questo termine temporale è indicato per assicurare una serie di attività/condizioni per una dimissione adeguata.

CASO COMPLESSO NON NOTO AL DISTRETTO		
La segnalazione deve essere fatta 5 giorni prima della dimissione (ossia dalla data di inserimento della scheda informatizzata o dall'invio del FAX, considerato giorno 0)		
NODI	Tempi di intervento previsti all'interno del percorso di dimissione protetta	ATTIVITÀ ASSICURATE
U.S.D. Continuità delle Cure	Su chiamata	<ul style="list-style-type: none"> • Referente alla stesura e applicazione della procedura in oggetto, alle U.O. Ospedaliere per eventuale supporto ed informazioni e ai Servizi Distrettuali per la risoluzione di eventuali problematiche intercorrenti. • Monitoraggio del rispetto della procedura e dei dati di attività appropriata ed eventuale intervento in caso di problematiche di nuova insorgenza. • Presa in carico di eventuali problematiche sociali con segnalazione, dove necessario, ai Servizi preposti.
U.O. ospedaliera	Dal momento del ricovero	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione richiesta di riconoscimento di invalidità civile [1] • Successiva prescrizione di ausili e/o altro materiale necessario (es. cannule) • Fornitura di farmaci (farmacia ospedaliera) e compilazione scheda terapia infusiva secondo protocollo aziendale • Addestramento del caregiver se necessario [2] • Invio scheda richiesta dimissione protetta al distretto anche consultando la cartella domiciliare informatizzata ai fini del completamento della scheda stessa • Compilazione scheda VMD • Consegna ed istruzione di eventuale tecnoassistenza • Organizza, ove necessario il rientro in ambulanza del paziente entro le ore 16 del pomeriggio della data di dimissione [3]
Cure Primarie distrettuali	Dal momento della segnalazione dell'U.O. che dimette	<ul style="list-style-type: none"> • Visita in ospedale per la valutazione del paziente, quando necessario [4] • La valutazione determinerà l'effettiva necessità di interventi a livello domiciliare oppure la possibilità di gestire l'utente presso l'ambulatorio distrettuale • Segnalazione del caso al MAP per il rientro a domicilio • Pianificazione degli accessi e delle sequenze per la miglior accoglienza a domicilio del paziente e conferma della data o decisione di una nuova data, quando necessario • Organizzazione dell'UVMD con la partecipazione del MAP, quando necessario colloquio con i familiari, nei casi ritenuti necessari, per valutare la reale disponibilità alla collaborazione e le abilità presenti e potenziali

Servizio Sociale Ospedaliero	Dal momento della segnalazione dell'U.O. che dimette	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione di eventuali bisogni sociali e, se necessario, attivazione dei servizi sociali comunali • Attivazione U.V.O. (Unità Valutativa Ospedaliera) per inserimento presso il Polo Ospedaliero
MAP	Dal momento della comunicazione del Distretto che accoglie	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico del paziente al rientro al domicilio alla prima visita del distretto con accesso programmato • Partecipazione alla UVDM del paziente con la definizione del piano di intervento con la definizione dei propri accessi

[1] Per i pazienti che abbisognano di particolari ausili a domicilio, quali, ad esempio letti e/o materassi, il medico ospedaliero curante che dimette il paziente dovrà aver preventivamente attivato la richiesta di riconoscimento di invalidità civile, ai sensi della normativa vigente, tramite richiesta informatica all'INPS dopo aver ricevuto le credenziali di accesso da quest'ultimo. Per quanto riguarda, in particolare la prescrizione di letti e materassi, si rimanda alla Delibera del Direttore Generale n.36 dd. 24/1/2013.

[2] Al fine di favorire un primo contatto tra il caregiver e gli operatori distrettuali, il reparto invierà il familiare per un colloquio presso la sede del Distretto di riferimento per valutare, in particolare:

- la rete disponibile per l'assistenza a domicilio, con attenzione anche all'aspetto logistico;
- l'acquisizione di eventuali abilità da parte del caregiver (es. gestione catetere, stomie, ecc.) per quanto di competenza.

L'addestramento dovrà essere svolto dal personale del reparto.

[3] La visita in ospedale da parte degli operatori del Distretto è finalizzata ad ottimizzare le modalità del rientro del paziente al proprio domicilio, ridurre i disagi per le famiglia e/o i caregiver e favorire una migliore presa in carico da parte del Distretto, in particolare per i pazienti fragili e/o complessi (es. paziente in NE, con SLA, ecc.)

[4] L'accesso in ospedale prevede il colloquio con il medico ospedaliero curante, il Coordinatore e/o l'infermiere per l'organizzazione di quanto necessario per il rientro a domicilio. Gli aspetti da considerare sempre nella visita in ospedale:

- prescrizione da parte di un medico dell'U.O. di protesi ed ausili;
- fornitura di farmaci o ausili particolari (ad es. cannula tracheostomica);
- in caso di terapia infusiva da proseguire a domicilio, la compilazione della scheda come da protocollo;
- segnalazione casi di malattie infettive (es. Tbc) e diffuse;
- addestramento del caregiver;
- coinvolgimento dell'assistente sociale (dell'ospedale e/o del Comune), quando necessario;

Per i casi complessi, sarà poi cura del Distretto, se necessario, organizzare l'UVMD con il coinvolgimento del medico di Medicina Generale per la presa in carico, la definizione del progetto assistenziale.

Strumenti

- Scheda informatizzata per la dimissione protetta completa di diagnosi da inviare al Distretto
- Scheda SVAMA
- Scheda di VMD compilata dal reparto
- Piano terapeutico per la terapia infusiva a domicilio
- Cartella informatizzata domiciliare

ALLEGATO 2: Dati identificativi e indice di BRASS

N° identificativo del paziente:	
Sesso:	Età:
Diagnosi d'ingresso:	

Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)	
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 rapporto sociale (una sola opzione) 0 = Vive col coniuge 1 = Vive con la famiglia 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = Vive solo senza alcun sostegno 5 = Assistenza domiciliare/residenziale</p> <p>Stato funzionale (ogni opzione valutata) 0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL) Dipendente in: 1 = Alimentazione/nutrizione 1 = Igiene/abbigliamento 1 = Andare in bagno 1 = Spostamenti/ mobilità 1 = Incontinenza intestinale 1 = Incontinenza urinaria 1 = Preparazione 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 (una sola opzione) 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 style="text-align: right;"><i>*sfere: spazio, tempo, luogo e sé</i></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 aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula</p> <p>Deficit sensoriali (una sola opzione) 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi <u>o</u> uditivi 2 = Deficit visivi <u>e</u> 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 di farmaci assunti (una sola opzione) 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci</p> <p style="text-align: right;">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 legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 Rischio alto	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure in strutture riabilitative, a lunga degenza o residenziali.

ALLEGATO 3: Traccia utilizzata per le interviste

INTERVISTA STRUTTURATA PER GLI UTENTI E CAREGIVERS

UTENTE CAREGIVER

1. Quali necessità ritiene di avere alla dimissione?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Pensa di aver bisogno di supporto/sostegno?

.....
.....
.....

3. Se si, come di aspetta di essere supportato?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Quali possono essere, secondo Lei, le maggiori difficoltà una volta dimesso?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Pensa che una figura di riferimento per le dimissioni protette possa aiutarLa?

.....
.....
.....
.....
.....

ALLEGATO 4: Analisi dei dati rispetto all'indice di BRASS

CAMPIONE

UTENTI		
	Freq.	Perc.
Femmine	96	57,5%
Maschi	71	42,5%
Totale	167	100%
Età media	86,1 anni	

DIAGNOSI D'INGRESSO		
	Freq.	Perc.
Polmonite (broco o pleuro-polmonite)	23	13,8%
Scompenso cardiaco	17	10,2%
BPCO	10	6%
Disidratazione	10	6%
Insufficienza renale	10	6%
Anemia, astenia, inappetenza, decadimento generale	9	5,4%
Sospetto TIA	8	4,8%
Insufficienza respiratoria	7	4,2%
Stato confusionale	6	3,6%
Trauma per caduta (con ferita o frattura)	6	3,6%
Subocclusione intestinale	5	3%
Sincope	5	3%
Iponatriemia	4	2,4%
Colica addominale	3	1,8%
Flogosi AAInf in vasculopatia diabetica	3	1,8%
Opacamento pleurico di incerta origine	3	1,8%
Polmonite ab ingestis	3	1,8%
Melena-rettorragia	3	1,8%

ASPETTI dell'indice di BRASS

ETÀ		
	Freq.	Perc.
55 anni o meno	0	0%
56 - 64 anni	0	0%
65 - 79 anni	21	12,6%
80 anni e più	146	87,4%
Totale	167	100%

CONDIZIONI DI VITA E RAPPORTO SOCIALE		
	Freq.	Perc.
Vive col coniuge	49	29,3%
Vive con la famiglia	38	22,8%
Vive da solo con il sostegno della familiare	52	31,1%
Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti	0	0%
Vive solo senza alcun sostegno	1	0,6%
Assistenza domiciliare/residenziale	27	16,2%
Totale	167	100%

STATO FUNZIONALE			
	Freq.	Perc.	
Autonomo (indipendente in ADL e IADL)	14	8,4%	
DIPENDENTE IN	Alimentazione/nutrizione	88	52,7%
	Igiene/abbigliamento	138	82,6%
	Andare in bagno	130	77,8%
	Spostamenti/mobilità	140	83,8%
	Incontinenza intestinale	92	55,1%
	Incontinenza urinaria	118	70,7%
	Preparazione del cibo	123	73,7%
	Responsabilità nell'uso di medicinali	131	78,4%
	Capacità di gestire il denaro	115	68,9%
	Fare acquisti	135	80,8%
Utilizzo di mezzi di trasporto	144	86,2%	

STATO COGNITIVO		
	Freq.	Perc.
Orientato	52	31,1%
Disorientato in alcune sfere* qualche volta	55	32,9%
Disorientato in alcune sfere* sempre	20	12%
Disorientato in tutte le sfere* qualche volta	13	7,8%
Disorientato in tutte le sfere* sempre	22	13,2%
Comatoso	5	3%
Totale	167	100%
* sfere: spazio, tempo, luogo e sé		

MODELLO COMPORTAMENTALE		
	Freq.	Perc.
Appropriato	91	54,5%
Wandering	0	0%
Agitato	2	1,2%
Confuso	67	40%
Altro	12	7%

MOBILITÀ		
	Freq.	Perc.
Deambula	23	13,8%
Deambula con aiuto di ausili	8	4,8%
Deambula con assistenza	22	13,2%
Non deambula	114	68,3%
Totale	167	100%

DEFICIT SENSORIALI		
	Freq.	Perc.
Nessuno	25	15%
Deficit visivi <u>o</u> uditivi	105	62,9%
Deficit visivi <u>e</u> uditivi	37	22,2%
Totale	167	100%

NUMERO DI RICOVERI PREGRESSI / ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO		
	Freq.	Perc.
Nessuno negli ultimi 3 mesi	106	63,5%
Uno negli ultimi 3 mesi	45	26,9%
Due negli ultimi 3 mesi	13	7,8%
Più di due negli ultimi 3 mesi	3	1,8%
Totale	167	100%

NUMERO DI PROBLEMI CLINICI ATTIVI		
	Freq.	Perc.
Tre problemi clinici	37	22,2%
Da tre a cinque problemi clinici	46	27,5%
Più di cinque problemi clinici	84	50,3%
Totale	167	100%

NUMERO DI FARMACI ASSUNTI		
	Freq.	Perc.
Meno di tre farmaci	2	1,2%
Da tre a cinque farmaci	42	25,1%
Più di cinque farmaci	123	73,7%
Totale	167	100%

PUNTEGGIO		
	Freq.	Perc.
0-10 Rischio basso	21	12,6%
11-19 Rischio medio	32	19,2%
≥20 Rischio alto	114	68,3%
Totale	167	100%

PERCORSO POST-DIMISSIONE

DESTINAZIONE POST-RICOVERO 1			
		Freq.	Perc.
SI ADI	Catetere vescicale	26	15,6%
	Medicazioni lesioni da decubito	18	10,8%
	Idratazione e.v.	3	1,8%
	PEG	1	0,6%
	SNG	1	0,6%
	NPT	1	0,6%
NO ADI		86	51,5%
Già in struttura		15	9%
Deceduto		26	15,6%

DESTINAZIONE POST-RICOVERO 2									
Indice di rischio	Freq. Utenti	SI ADI		NO ADI		GIÀ IN STR		DECEDUTO	
		Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
0-10 Rischio basso	21	2	9,5%	19	90,5%	0	0%	0	0%
11-19 Rischio medio	32	4	12,5%	28	87,5%	0	0%	0	0%
≥20 Rischio alto	114	34	29,8%	39	34,2%	15	13,2%	26	22,8%

ALLEGATO 5: Analisi dei dati rispetto alle domande dell'intervista

INTERVISTE

INTERVISTATI		
	Freq.	Perc.
Caregiver	15	75%
Utenti	3	15%
Utente + caregiver	2	10%
Totale	20	100%
Ruolo del caregiver		
Coniuge	3/17	
Figlio/figlia	11/17	
Nuora	3/17	

PAZIENTI		
	Freq.	Perc.
Femmine	12	60%
Maschi	8	40%
Totale	20	100%
Età media		
	86,8 anni	

1. Quali necessità ritiene di avere alla dimissione?			
		Freq.	Perc.
AUSILI 14/20	Letto ospedaliero	13	65%
	Sponde	9	45%
	MAD	12	60%
	Sollevatore	3	15%
	Sedia comoda wc	2	10%
	Pannoloni	5	25%
	Sedia a rotelle	1	5%
	Triangolo sollevatore	1	5%
	Cerate per il letto	1	5%
ADL 20/20	Alimentazione/nutrizione		
	Preparare i pasti	19	95%
	Assumere i pasti	14	70%
	Igiene/abbigliamento	19	95%
	Mobilizzazione/spostamenti	18	90%
	Gestione/assunzione dei farmaci	7	35%
	Utilizzo di perette/lassativi	4	20%
Pulizie domestiche		3	15%
Modifica disposizione della casa (letto al piano terra)		2	10%
Sedia montascale		1	5%
Supporto per familiare invalido		1	5%
Esercizi per la respirazione (BPCO)		1	5%
PRESIDI 3/20	Ossigenoterapia	2	10%
	Catetere vescicale	1	5%
	Terapia antalgica con fleboclisi	1	5%
	PEG	1	5%

2. Pensa di aver bisogno di supporto/sostegno?		
	Freq.	Perc.
Si	20	100%
No	0	0%
Totale	20	100%

3. Se si, come si aspetta di essere supportato?			
		Freq.	Perc.
FIGURE DI SUPPORTO	Badante (3 già in carico)	8	40%
	Infermiere	17	85%
	OSS (1 già in carico)	3	15%
	Fisioterapista	2	10%
	Logopedista	1	5%
	Non specificato	6	30%
ADL	Badante	8	40%
	Infermiere	3	15%
	OSS	3	15%
	Non specificato	6	30%
Gestione dei presidi a domicilio da parte dell'infermiere		17	85%
Educazione al familiare da parte dell'infermiere		5	25%

4. Quali possono essere, secondo Lei, le maggiori difficoltà una volta dimesso?		
	Freq.	Perc.
Capire i bisogni del paziente	6	30%
Mobilizzazione/spostamenti	13	65%
Attività occupazionali	1	5%
Accettare la limitazione dell'autonomia da parte del paziente	2	10%
Trovare una figura competente per accudire la persona	8	40%
Gestire i sintomi (dolore, astenia, dispnea, confusione mentale)	3	15%
Gestione dei presidi (medicazioni LDD, fleboclisi, PEG, catetere vescicale)	4	20%

5. Pensa che una figura di riferimento per le dimissioni protette possa aiutarLa?		
	Freq.	Perc.
Si	20	100%
No	0	0%
Totale	20	100%

ALLEGATO 6 : Risposte alle domande dell'intervista

TABELLA I: Alcune delle risposte alla domanda: “Quali necessità ritiene di avere alla dimissione?”

“A casa non abbiamo niente, quindi penso che ci sarà bisogno di una sedia comoda wc, un letto ospedaliero con le sponde, il materasso antidecubito e dei pannoloni. Altre necessità riguardano i bisogni di tutti i giorni: bisogna aiutarla a lavarla, vestirla, mobilizzarla, farle da mangiare: mangia tutto frullato perché fa fatica a deglutire e anche i farmaci devono essere tritati per aiutarla a prenderli”.

“Vivo con mio marito in un appartamento a due piani e abbiamo la camera al primo piano, io vorrei mettere una sedia montascale perché non è più in grado di fare le scale, a mala pena si regge in piedi e ormai è sempre a letto. Per il resto mi occupo io di tutto: lo lavo, lo vesto, gli dò da mangiare. Faccio quello che riesco perché da sola non è facile”.

“Per me la cosa prioritaria è procurare un letto ospedaliero e trasformare il salotto di casa in camera trasferendo il letto al piano inferiore. Poi mia madre ha bisogno di tutto, fa difficoltà a muoversi e adesso non riuscirà più neanche a badare a mio fratello disabile. Il pranzo potremmo farlo procurare dal Comune perché io durante il giorno lavoro e ho difficoltà a gestire da sola la situazione”.

“Che qualcuno pensi ai miei figli, io ormai non sono più in grado di fare nulla”.

“Quella di spostare il letto nella zona giorno perché viviamo in una casa a due piani e lui ormai è da un mese che è in queste condizioni. Sarebbe importante che riprendesse a muoversi per evitare altre complicanze e poi perché io a casa non ce la faccio a spostarlo da sola”.

“Ho sempre bisogno di essere accompagnata, a casa usavo il bastone ma ho sempre paura di cadere. Adesso non so se riuscirò a camminare ancora”.

TABELLA II: Alcune delle risposte alla domanda: “Pensa di aver bisogno di supporti/sostegno?”

“Sì, io lavoro tutto il giorno e non posso, non saprei come fare, mio fratello ha 82 anni e anche lui ha delle difficoltà”.

“Sì, dai famigliari e dall’infermiere se andrà a casa con il catetere. Io dò il cambio a mio fratello quando non è a casa con il papà. Per il momento siamo in grado di gestirci da soli”.

TABELLA III: Alcune delle risposte alla domanda: “Se sì, come si aspetta di essere supportato?”

“Da una persona che la assista, magari una badante, per i bisogni primari di tutti i giorni: per vestirla, lavarla, mobilizzarla, farle e darle da mangiare. Vorrei anche chiedere un parere ad un fisioterapista per farle fare un pò di riabilitazione alle gambe per non farle perdere quella poca forza che ha. Per la gestione dell’ossigeno, del catetere vescicale e per le lesioni sicuramente avremo bisogno del supporto dell’infermiere, anche per capire come dobbiamo gestirci con queste cose”.

“Da una badante che gli faccia da mangiare e che lo assista perché mio padre vive da solo. A casa stiamo predisponendo una stanza per la signora, ma non so quanto sia in grado di fare e se sia la figura più idonea. Per questo preferirei un professionista sanitario, come l’infermiere, che lo gestisca nella mobilità, nell’igiene e nella gestione del catetere vescicale”.

“Ho bisogno di qualcuno che mi aiuti perché ci vedo poco, non posso essere lasciata sola perché non ce la farei. Anche solo per andare in bagno ho bisogno di qualcuno che mi accompagni, che mi aiuti a lavarmi e mi prepari da mangiare”.

“Il supporto maggiore di cui abbiamo bisogno è quello di un infermiere che si occupi delle medicazioni alle lesioni perché non sappiamo come gestirle e penso che sia importante saperlo, soprattutto per quando l’infermiere non sarà presente”.

“Ho bisogno di aiuto perché io a casa sono da sola, i miei figli abitano lontano e hanno la loro famiglia a cui badare. Io mi arrangio finché posso ma mi rendo conto che è sempre più difficile gestirlo per sollevarlo, lavarlo, vestirlo. Basterebbe anche un operatore sanitario per qualche ora al giorno e l’infermiere che mi spieghi come fare con il catetere e la piaga”.

“Ho bisogno che qualcuno mi aiuti negli spostamenti, che mi accompagni in macchina se devo uscire, che mi faccia da mangiare perché ho difficoltà a muovere le mani, che curi la casa e faccia le pulizie e che curi il mio giardino. Avrò bisogno dell’infermiere che mi medichi il piede, prima andavo in ambulatorio ma se potesse venire a casa sarebbe meglio, sarebbe un aiuto in più”.

TABELLA IV: Alcune delle risposte alla domanda: “Quali possono essere, secondo Lei, le maggiori difficoltà una volta dimesso?”

“È spesso confusa e quindi si fa difficoltà a capire di cosa ha bisogno e di cosa desidera. Un’altra difficoltà è mobilizzarla perché bisogna sempre essere in due, lei ormai non riesce più ad aiutarci quando la giriamo e solleviamo, è sempre tanto affaticata”.

“La maggiore difficoltà una volta a casa sarà rimetterla in piedi, capire come gestirla e trovarle qualcosa da fare per tenerla impegnata perché ha un inizio di Alzheimer ma ha ancora voglia di essere attiva”.

“L’accettazione di mio padre della limitazione dell’autonomia. Ho paura che mio padre, con il carattere che ha, si innervosisca e non accetti la sua condizione. La difficoltà sarà anche rivedere tutte le nostre vite”.

“La difficoltà più grande è portarlo fino al tavolo per mangiare perché a letto non riesce a farlo, si butta tutto addosso e a letto non riesce ad andare di corpo nel pannolone, ogni volta devo metterlo nella comoda. Mi piacerebbe portarlo fuori fino in piazza, ma il problema sono i gradini per scendere dall’appartamento”.

“Non so se riuscirà a riprendere a camminare, quanto sarà in grado di riprendere le forze, una delle maggiori difficoltà sarà quella di riuscire a spostarlo e sollevarlo,. Adesso ha anche difficoltà a esprimere quello che vuole e io a volte non lo capisco. Dovrò sempre fare attenzione perché è diabetico ed è fragile, anche solo per la pelle, quando lo lavo, devo stare attenta. Un altro pensiero per me è trovare qualcuno che gli stia accanto quando io vado a fare le spese, non mi fido mai a lasciarlo da solo. Di notte, poi spesso si agita e fa difficoltà a riprendere a dormire e poi ha sempre avuto un rifiuto di indossare il pannolone, prima a casa riuscivo a portarlo in bagno ma adesso non so cosa succederà”.

“Non abbiamo la competenza di fare le cose. La maggiore difficoltà sarà mobilizzarla a letto per fare l’igiene perché lei ormai non ci aiuta più. Un’altra difficoltà è anche capire che cosa vuole e trovare qualcuno competente che la capisca e che le stia accanto perché a lei piace avere compagnia, non vuole essere lasciata sola”.

“Vorrei riuscire ad essere ancora autonoma ma anche per la più piccola cosa mi rendo conto che ho bisogno d’aiuto, soprattutto per muovermi, non so come farò”.

“Difficoltà ad interagire con lui, ho paura di sbagliare, di non saper come affrontare la malattia e non riuscire a calmarlo quando è agitato. Per questo sono anche preoccupata di trovare qualcuno che a casa sappia trattare il tipo di malattia perché non è facile”.

“Le maggiori difficoltà saranno la PEG per gestirla e fare in modo che non se la strappi e la difficoltà di comunicazione, non parla più. Essendo depressa e avendo una demenza ha difficoltà a parlare e questo al rende ancora più depressa. Per questo pensavo di rivolgermi ad un logopedista perché quando non riesce a comunicare si innervosisce e

diventa aggressiva. Inoltre la badante non capisce quando mia mamma ha un problema proprio per questa difficoltà, così spesso non sa cosa fare, mi rendo conto che non capisce i suoi bisogni e si sforza poco per farlo”.

“Lui fa tanta difficoltà ad esprimersi e di notte spesso si agita, vorrebbe scendere dal letto e io non so cosa fare. Ultimamente ha un rifiuto per tutto, penso faccia difficoltà ad accettare la malattia. Un altro problema sarà quello della mobilità se non riuscirà più a spostarsi, anche io ho i miei anni e lui è pesante da spostare, da sola non credo di farcela”.

TABELLA V: Alcune delle risposte alla domanda: “Pensa che una figura di riferimento per le dimissioni protette possa aiutarLa?”

“Sì, per aiutarci a capire come dobbiamo muoverci e per sapere come fare una volta che si ritorna a casa”.

“Sì, per capire come operare per evitare di fare errori”.

“Sì, ho bisogno di essere consigliata da un esperto”.

“Sì, per indicazioni varie che potrebbero esserci d’aiuto”.

“Sì perchè è la prima volta che ci troviamo in questa situazione e penso che qui in reparto debba esserci qualcuno che mi dica cosa è meglio fare, io mi aspetto questo”.

“Certamente, spero che qualcuno mi indirizzi e ci dia un aiuto”.

“Sì, sono cose nuove che non ho mai affrontato, sono bombe che capitano in testa”.

“Sì, non ho competenza ed è la prima volta che ci troviamo in questa situazione”.

“Sì siamo già confrontati e ci ha incoraggiato”.

