La dimissione del paziente anziano: uno strumento per la valutazione del rischio - l'indice di BRASS

*Silvia Marcadelli**, *Vito Petraia**, *Vita Saponaro***

* *Servizio Assistenza ASL 4, Matera*
** *Servizio Riabilitativo e Tecnico Sanitario e Sociale ASL 4, Matera*

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 assistenziali.
Le scale di valutazione e gli indici assistenziali favoriscono:
- una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali;
- una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza;
- la comunicazione o lo scambio di informazioni tra le diverse discipline (Silvestro, 2003).

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 assistenziale; chi si occupa del paziente anziano non può prescindere da questa complessità: solamente una strategia che si fondi sulla valutazione globale dei bisogni può essere garanzia di un piano di cura e assistenza finalizzato alla conservazione della massima autonomia personale e sociale (Zanetti, 2003).

La dimissione del paziente dall'ospedale

La dimissione di un paziente, dall'ospedale al territorio, al domicilio, presso altre strutture, ma anche nel passaggio da un reparto all'altro è un momento critico nel percorso di qualunque persona, perché si modificano i regimi di cura, cambiano i contesti e gli operatori sanitari, l'intensità e la tipologia degli interventi (Bono e Dutto, 2006).
La preparazione del paziente alla dimissione è quindi una responsabilità assistenziale, oltre che un diritto del paziente e dei suoi familiari, che devono essere coinvolti e accompagnati in tutto il percorso assistenziale. In particolare, occorre porre una specifica attenzione agli scambi informativi su di uno stesso caso e non si può non fare riferimento alla modalità di valutazione della persona e dei suoi bisogni, valutazione che viene inevitabilmente influenzata dal contesto di riferimento. Ed il contesto di ricovero ospedaliero e quello domiciliare sono talmente diversi da determinare enormi differenziazioni nella valutazione effettuata.
Uno dei più grossi problemi che emerge nella comunicazione ospedale/territorio in merito alle dimissioni protette, quindi alla continuità dell'assistenza, è proprio legato a questo aspetto di difficoltà nel cogliere l'intera complessità della persona, durante e dopo l'evento malattia.
La valutazione della persona che viene fatta all'interno del contesto ospedaliero è fortemente condizionata dai ruoli messi in atto durante il ricovero. Cioè, la struttura organizzativa ospedale esercita una forte pressione sulla persona (orari, luoghi, abbigliamento…) che gli impedisce di esprimere le attività di vita, considerate da un punto di vista assistenziale, come farebbe al domicilio, tanto che alcune di queste

Tabella I - *Strategie in base al percorso post-dimissione (Saiani et al., 2004).*

Percorso post-dimissione	Interventi da includere nel piano di dimissione
Rientro a domicilio	– Assicurare informazioni – Attivare interventi di educazione terapeutica per migliorare la capacità di autogestione per problemi temporanei o definitivi
Rientro a domicilio con attivazione di servizi (prestazioni mediche, infermieristiche o sociali programmate e di supporto)	– Informare e discutere col paziente e i familiari gli obiettivi assistenziali da garantire a domicilio – Condividere con i familiari la richiesta di attivazione dei servizi territoriali – Valutare le informazioni da trasmettere ai colleghi dell'assistenza territoriale o del distretto (ADI ecc.) per garantire continuità – Garantire informazioni sulle modalità e recapiti dei servizi
Attivazione del servizio sociale per residenze sanitarie protette, strutture riabilitative, o strutture di accoglienza sociale	– Condividere con i familiari o le persone di riferimento la richiesta di attivazione servizi sociali – Attivare il servizio sociale – Valutare le informazioni da trasmettere a coloro che assicureranno le prestazioni nell'ambito residenziale
Attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) che di solito inizia con una valutazione multidimensionale	– Condividere con i familiari o le persone di riferimento la richiesta di attivazione dell'ADI – Attivare precocemente la valutazione multidimensionale – Trasmettere informazioni ai colleghi del servizio domiciliare integrato
Trasferimento a un servizio per post acuti	– Condividere con i familiari o le persone di riferimento l'attivazione del servizio post acuti concordando anche tempi e modalità del trasporto – Attivare il servizio – Organizzare il trasferimento del paziente – Garantire le informazioni sulla situazione assistenziale del paziente e sulle esigenze di continuità

attività "escono" dalla rilevazione ai fini del processo assistenziale (Bassetti, 2002).
A questo si deve aggiungere che la previsione di un progetto assistenziale a domicilio, eseguita prima della dimissione anche dagli stessi operatori dell'assistenza territoriale e domiciliare, può incorrere negli stessi errori di valutazione, se l'assistito non è già conosciuto dal servizio, proprio perché la persona osservata in ospedale, una volta reinserita nel suo ambiente, "cambia" completamente.
La continuità dell'assistenza, che inizia con la corretta valutazione della persona e della sua rete informale di cura, si può perseguire attraverso modalità di ascolto reciproco (tra operatori dell'ospedale e operatori del territorio), attraverso il superamento del problema del contenimento dei tempi di ricovero che impone dimissioni precoci, se la persona o la famiglia non sono pronte per affrontare la situazione a domicilio. Ma ancora, attraverso la definizione ed attuazione di percorsi di educazione ed addestramento all'uso di tecnologie o metodiche assistenziali già durante il ricovero, anche se i tempi sono stretti, attraverso lo sviluppo di modalità di comprensione e coinvolgimento dei familiari durante il momento del ricovero, anche se oggigiorno i reparti ospedalieri osservano ancora gli orari di apertura ai parenti.

La pianificazione della dimissione

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

uno. Per fare ciò è possibile utilizzare uno strumento di valutazione, l'indice di BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening) (Blaylock e Cason, 1992), che può essere adottato già dal momento dell'ammissione in reparto e che consente di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile.
Pianificare la dimissione consente di attuare quei percorsi educativi di cui sopra, al fine di garantire l'adattamento alla nuova condizione di malattia considerando che, con lo spostamento del fulcro delle malattie da acute e infettive a cronico-degenerative (Ardigò, 1997), per diminuire i prolungati periodi di ricovero è diventato necessario ridefinire il rapporto ammalato-operatori sanitari: quanto più aumentano le cure a domicilio, le opportunità di home-care, tanto più è indispensabile una collaborazione e cooperazione attiva dei pazienti e dei loro familiari che, volenti o nolenti, sono coinvolti nel processo di cura e assistenza domiciliare.
Particolare attenzione andrà posta nel tempo di attivazione del processo educativo poiché, ad esempio, non si può istruire un paziente (o un suo familiare) alla gestione di una terapia insulinica (o anticoagulante) il giorno prima della dimissione, ma è necessario iniziare subito dopo che il medico ha impostato la terapia utilizzando tutte le occasioni che si presentano in modo organico ed efficace.

L'indice di BRASS

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, 1992) nella revisione della letteratura, e nella loro esperienza nel campo dell'assistenza in geriatria e gerontologia, hanno identificato i seguenti fattori: età, stato funzionale, stato cognitivo, supporto sociale e condizioni di vita, numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso e numero di problemi clinici attivi. Esse hanno incluso anche: modello comportamentale, mobilità, deficit sensoriali e numero dei farmaci assunti perché, pur non essendo elementi dello stato funzionale o cognitivo, sono rilevanti per gli anziani. L'esperienza delle autrici suggeriva che se il paziente doveva assumere un grande quantitativo di farmaci c'era un'alta probabilità di non compliance al programma terapeutico.

Descrizione
Il BRASS index è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. I dati vengono raccolti compilando la scala, intervistando i parenti o chi assiste il malato.
L'indice di BRASS indaga 10 dimensioni (di cui si è detto sopra):
- età
- situazione di vita
- supporto sociale
- stato funzionale
- stato cognitivo
- modello comportamentale
- deficit sensoriali
- ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso
- problemi clinici attivi
- numero di farmaci assunti.

Popolazione
Soggetti ricoverati in ospedale.

Modalità di somministrazione
Esaminatore: infermiere.
Punteggio: la valutazione viene fatta in base ad informazioni fornite da un familiare o persona che conosce bene il paziente. Sono identificate 3 classi di rischio: basso (0-10) medio (11-19) alto (20-40).
Durata: la scala è semplice, veloce (circa 15 minuti) e richiede un addestramento minimo.

Applicazione
Clinica: Valutazione dei pazienti al momento dell'ammissione in ospedale.

Limiti
Il BRASS index è di facile compilazione e fornisce buone indicazioni per la validità predittiva (specificità) in merito ai problemi legati alla dimissione del paziente: i pazienti ad alto rischio frequentemente non vengono dimessi a domicilio (Mistiaen et al., 1999). Tuttavia dagli studi effettuati (Mistiaen et al., 1999; Chaboyer et al., 2002) 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 prolungata.

Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato.

Età (una sola opzione)
0 = 55 anni o meno
1 = 56-64 anni
2 = 65-79 anni
3 = 80 anni e più

Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)
0 = Vive col coniuge
1 = Vive con la famiglia
2 = Vive da solo con il sostegno della famiglia
3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti
4 = Vive solo senza alcun sostegno
5 = Assistenza domiciliare/residenziale

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

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

* Sfere: spazio, tempo, luogo e sè

Modello comportamentale (ogni opzione valutata)
0 = Appropriato
1 = Wandering
1 = Agitato
1 = Confuso
1 = Altro

Mobilità (una sola opzione)
0 = Deambula
1 = Deambula con aiuto di ausili
2 = Deambula con assistenza
3 = Non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)
0 = Nessuno
1 = Deficit visivi o uditivi
2 = Deficit visivi e uditivi

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

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

Numero di farmaci assunti (una sola opzione)
0 = Meno di tre farmaci
1 = Da tre a cinque farmaci
2 = Più di cinque farmaci

PUNTEGGIO TOTALE _____

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 istituzionalizzione
≥ 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

NOTE CONCLUSIVE

La BRASS, somministrata come parte dell'assessment di ammissione del paziente in ospedale, consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera. Gli infermieri possono utilizzare le informazioni che la BRASS fornisce per pianificare interventi educativi da attuare durante il ricovero e programmi assistenziali domiciliari.
Ulteriori studi sulla sua applicazione sono necessari per meglio precisare i livelli di rischio, poiché il bilanciamento tra specificità e sensibilità può essere raggiunto scegliendo diversi livelli di cut-off nel punteggio dell'indice (Mistiaen et al., 1999).
Gli aspetti di criticità evidenziati possono essere limitati da ripetute valutazioni durante l'ospedalizzazione, soprattutto se prolungata, proprio perché le persone anziane possono modificare il loro stato funzionale nel corso del ricovero poiché "*la valutazione, specialmente se rigorosa – anche quando sembra difficile o senza speranza – è garanzia di rispetto per ogni singola persona e indicazione di ottimismo sulle potenzialità dell'anziano e sulle sue possibilità di rispondere in modo significativo a un progetto di care* (Trabucchi, 2003)".

BIBLIOGRAFIA

Ardigò A. *Società e Salute* Franco Angeli, Milano1997.

Bassetti O. *La professione infermieristica oggi: le nuove priorità* Rosini Editrice, Firenze 2002.

Blaylock A, Cason C. *Discharge Planning predicting patients' needs*, Journal of Grontological Nursing 1992:18(7).

Bono L, Dutto A. *Dimissioni del paziente*, Dossier Infad, N. 9 2006, http://aifa.progettoecce.it.

Chaboyer W, Kendall E, Foster M. *Use of the "BRASS" to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs,* Nursing Critical Care 2002;7(4).

Mistiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A. *Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems*, Journal of Advanced Nursing 1999; 30(5):1050-6.

Saiani L, Palese A, Brugnolli A, Benaglio C. *La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*, Assistenza Infermieristica e Ricerca 2004; 23:233-49.

Silvestro A. *Premessa, Le scale di valutazione:strumenti per l'integrazione e il miglioramento dell'assistenza,* in "Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica", I Quaderni de L'Infermiere 2003 n. 6 – Settembre.

Trabucchi M. *La valutazione multidimensionale: per misurare e comprendere* in Zanetti E. (a cura di) La valutazione in geriatria, Carocci Faber, Roma 2003.

Zanetti E. (a cura di) *La valutazione in geriatria,* Carocci Faber, Roma 2003.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Altieri L. (a cura di) *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità: dimensioni, modelli, prospettive, problemi*. Salute e Società 2002 n. 2, Franco Angeli, Milano.

D'Addato S, Marcadelli S, Sinoppi M. *Famiglia e Servizio di Assistenza Domiciliare nell'Anziano: modello Teorico-pratico,* Giornale di Gerontologia 2000;XLVIII(11).

Grimmer K, May E, Dawson A, Peoples C. *Informing Discharge Plans. Assessment of Elderly Patients in Australian Public Hospital: a Field Study* The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2004;2(3).

La Rosa M, Orsi W, Porcu S. *Anziani salute e ospedale* Franco Angeli, Milano 1990.

Marcadelli S. *Le aree dell'assistenza territoriale: i problemi emergenti le prestazioni di qualità e le opportunità per il futuro* in O. Bassetti, "La professione infermieristica oggi: le nuove priorità" Rosini Editrice, Firenze 2002.

D.G. Blazer, D.C. Steffens, E.W. Busse (eds.)

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

III edizione

Sotto l'egida dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria

CIC Edizioni Internazionali

Volume cartonato di 632 pagine
f.to cm 21×28
€ 120,00