

# L'infermiere coordinatore di percorso nella pianificazione della dimissione dell'anziano fragile

Federica Ferrarese<sup>1</sup>, Martina Faccini<sup>1</sup>, Sarah Tommasi<sup>1</sup>, Paolo Tosoni<sup>1</sup>, Claudia Bozzini<sup>1</sup>, Beatrice Gazzola<sup>2</sup>, Chiara Pomari<sup>2</sup>, Chiara Bovo<sup>3</sup>, Claudio Bellamoli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCO di Geriatria, Ospedale di San Bonifacio, ULSS 20 Verona

<sup>2</sup>Distretto 4, ULSS 20 Verona

<sup>3</sup>Direzione sanitaria, Ospedale di San Bonifacio, ULSS 20 Verona

## INTRODUZIONE

I cambiamenti demografici e sociali della popolazione che hanno caratterizzato il nostro paese negli ultimi anni stanno assumendo una forte rilevanza per le organizzazioni sanitarie. Il 25% dei maschi ed il 34% delle femmine ultrasessantacinquenni è portatore di una forma di disabilità fisica, che comporta difficoltà nelle comuni attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, mangiare) ed è dovuta prevalentemente alla presenza di comorbidità (1); tale disabilità aumenta con l'età: tra gli ultraottantenni circa il 6% dei maschi e l'8% delle femmine è completamente non autosufficiente (2). La complessità dei soggetti anziani disabili e fragili richiede un approccio sistemico 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 complesso. Se da una parte stabilire la dimissibilità di un paziente è responsabilità del medico che ha in carico l'ammalato, la pianificazione delle necessità assistenziali del paziente dopo la dimissione è responsabilità dell'intera *équipe* medico-infermieristica ed è un diritto del paziente e della sua famiglia essere coinvolti ed accompagnati in questo percorso (3). Gli studi in merito dimostrano che un programma strutturato e individualizzato per la dimissione di un paziente si associa ad una riduzione della degenza media e del

numero di ri-ospedalizzazioni e ad una maggiore soddisfazione da parte del paziente (4). Per questo motivo, in molti paesi europei e negli Stati Uniti, negli ultimi vent'anni sono state previste, all'interno delle organizzazioni sanitarie, figure professionali esperte, interamente dedicate alla gestione della dimissione ospedaliera (5, 6). Talora si tratta di medici, ma più frequentemente sono infermieri con competenze avanzate, acquisite tramite formazione ed esperienza (*discharge planning nurse*, *nurse case manager*, *liaison nurse*). È in quest'ottica che, anche in Italia, sta emergendo la figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso (7) cui sono affidate le seguenti attività:

- Identificazione precoce del paziente a rischio di dimissione difficile.
- Partecipazione alla valutazione multidimensionale.
- Predisposizione, in collaborazione con l'unità di valutazione multidimensionale, di un piano di dimissione personalizzato e condiviso con il paziente e i *caregiver*.
- Educazione del paziente e dei familiari/*caregiver* in particolare rispetto alla gestione dei sintomi e della terapia.
- Interfaccia e comunicazione fra realtà ospedaliera e territoriale.

Da aprile 2011 l'Unità Operativa (UO) di Geriatria dell'Ospedale Fracastoro di San Bonifacio (VR) ha avviato una stretta collaborazione con il Distretto 4, con

l'obiettivo di pianificare precocemente adeguati percorsi assistenziali per i pazienti anziani fragili ricoverati. L'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile è costituita dal Team di lavoro del Distretto e rappresenta, per le persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso e per i minori che richiedono particolari interventi di protezione e di tutela, la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari che richiedono un coordinamento interistituzionale ed un'integrazione di risorse. Nel team di lavoro sono presenti: il Direttore del Distretto, o un suo delegato, quale Responsabile della UVMD, il Medico di Medicina Generale, un Infermiere, un Assistente Sociale e altre figure sociali o sanitarie in relazione ai problemi del paziente. In questo ambito, da settembre 2012 è stata attivata la figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso (CdP). In questo articolo sono riportati i risultati ottenuti dopo un anno di attività della figura dell'infermiere CdP.

## METODI E STRUMENTI

Utilizzando risorse recuperate da un processo di revisione del piano delle attività del team medico-infermieristico, è stato possibile definire un orario dedicato all'attività di CdP, affidata a due infermieri dell'UO di Geriatria formati con master in Geriatria e *case manager*. Gli interventi attuati per la pianificazione della dimissione sono stati i seguenti:

### 1. Identificazione precoce dei pazienti a rischio

Il rischio di dimissione difficile è stato valutato mediante *Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index* (8). 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), 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 del caregiver, 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 medici attivi e il numero di farmaci in terapia. L'indice è di facile com-

pilazione e fornisce buone indicazioni in merito ai problemi relativi alla dimissione del paziente. La compilazione dovrebbe essere fatta all'ingresso e richiede pochi minuti (circa 15) e necessita di un addestramento minimo del valutatore. Lo strumento individua 3 classi di rischio, basso-medio-alto (Figura 1).

Sono stati valutati con l'indice di BRASS tutti i pazienti ricoverati nel secondo semestre 2013 presso l'UO di Geriatria. Su un totale di 707 pazienti ricoverati nel periodo, ne sono stati valutati 560 (80%); sono stati esclusi i ricoveri troppo brevi ( $\leq 3$  giorni). La valutazione è stata eseguita per tutti i pazienti entro 24-48 ore dall'ammissione in reparto e comunque allo stabilizzarsi delle condizioni cliniche.

### 2. Predisposizione di un piano di dimissione personalizzato

Alla luce dei risultati della valutazione mediante indice di BRASS, nei primi giorni di ricovero l'infermiere CdP, in collaborazione con il medico responsabile, dopo un colloquio strutturato col paziente e con il caregiver, ha individuato la destinazione del paziente alla dimissione:

- Rientro a domicilio senza provvedimenti specifici.
- Rientro a domicilio con aiuto di badante.
- Rientro a domicilio con prescrizione di presidi.
- Rientro a domicilio con attivazione di forme di assistenza domiciliare integrata (ADI).
- Rientro a domicilio con attivazione dei servizi sociali.
- Rientro a domicilio e attivazione del Nucleo di cure palliative e/o ingresso in Hospice, per i pazienti neoplastici.
- Ingresso in strutture territoriali (Ospedale di comunità, RSA, o casa di riposo).
- Rientro in casa di riposo con o senza aggravamento.
- Trasferimento in Lungodegenza (post-acuti o riabilitativa).

Inoltre egli ha pianificato tutte le attività per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. L'infermiere Coordinatore di Percorso ha svolto in quest'ambito la funzione di "facilitatore organizzativo" ossia di supervisore delle fasi del processo di dimissione, mettendo a disposizione della famiglia un'approfondita conoscenza dei conte-

Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)	
Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato.	
<p><b>Età</b> (una sola opzione)</p> 0 = 55 anni o meno 1 = 56 - 64 anni 2 = 65 - 79 anni 3 = 80 anni e più <p><b>Condizioni di vita e supporto sociale</b> (una sola opzione)</p> 0 = Vive col coniuge 1 = Vive con la famiglia 2 = Vive da solo con il sostegno del familiare 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = Vive solo senza alcun sostegno 5 = Assistenza domiciliare/residenziale <p><b>Stato funzionale</b> (ogni opzione valutata)</p> 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><b>Stato cognitivo</b> (una sola opzione)</p> 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 style="text-align: right;">*sfere: spazio, tempo, luogo e sé</p>	<p><b>Modello comportamentale</b> (ogni opzione osservata)</p> 0 = Appropriato 1 = <i>Wandering</i> 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro <p><b>Mobilità</b> (una sola opzione)</p> 0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula <p><b>Deficit sensoriali</b> (una sola opzione)</p> 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi <p><b>Numero di ricoveri progressivi/accessi al pronto soccorso</b> (una sola opzione)</p> 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><b>Numero di problemi clinici attivi</b> (una sola opzione)</p> 0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici <p><b>Numero di farmaci assunti</b> (una sola opzione)</p> 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci <p style="text-align: right;">PUNTEGGIO TOTALE _____</p>
Punteggio	Indice di rischio
0-10 basso rischio	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 medio rischio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure in strutture riabilitative, a lunga degenza o residenziali.

Figura 1 - Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (8).

sti assistenziali ospedalieri, residenziali e territoriali e facilitando così l'accesso alla rete dei servizi.

### 3. Informazione ed educazione al paziente ed ai caregiver

Tra le competenze affidate al CdP vi è anche una funzione educativa finalizzata a migliorare la capacità del paziente e dei caregiver nella gestione

dei sintomi, della terapia, di nuove disabilità conseguenti l'evento acuto (o il peggioramento clinico) che ha reso necessario il ricovero. Per i pazienti dimessi con un accesso venoso, ad esempio, il CdP ha formato alla gestione degli accessi venosi i familiari/caregiver, con attestazione del livello di apprendimento da consegnare ai colleghi infermieri dell'assistenza domiciliare.

È stato inoltre attivato un numero telefonico dedicato, attivo da Lunedì a Giovedì dalle 8.00 alle 16.00, e il Venerdì dalle 8.00 alle 14.00, per contattare il CdP dopo la dimissione per bisogni e/o dubbi sulla terapia prescritta.

#### 4. Valutazione della soddisfazione dei pazienti

Per valutare la soddisfazione del paziente e/o dei caregiver è stato predisposto un questionario da compilare alla dimissione.

## RISULTATI

Dei 560 pazienti valutati nel secondo semestre 2013, più della metà (51,1%) presentava un punteggio uguale o maggiore a 20 all'indice di BRASS ed un ulteriore 25% risultava a rischio medio, con un punteggio compreso tra 11 e 19; il 23,9% del campione è risultato a basso rischio (Figura 2).

La Tabella 1 riassume le caratteristiche dei pazienti, suddivisi in base al punteggio ottenuto all'indice di BRASS e alla destinazione alla dimissione. Nel 10,2% dei casi è stato avviato l'iter di convocazione dell'UVMD integrata Geriatria-Distretto 4 per la pianificazione dell'ingresso in strutture territoriali (Residenza Sanitaria Assistenziale, casa di riposo, hospice). Questo dato risulta probabilmente approssimato per difetto in quanto spesso la valutazione viene attuata e conclusa dall'UVMD in un tempo successivo rispetto alla valutazione iniziale, quando il paziente è spesso ormai già trasferito presso strutture di lungodegenza.

Non è stato possibile evidenziare un significativo effetto sulle riammissioni ospedaliere a motivo della bassa numerosità e della mancanza di una definizione condivisa di ricovero potenzialmente evitabile. Il numero di ricoveri ripetuti secondo la definizione della Regione Veneto ("... sono i ricoveri susseguenti al primo, avvenuti nello stesso Presidio Ospedaliero in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni. Poiché un ricovero venga considerato ripetuto è necessario che la categoria della diagnosi principale del secondo ricovero corrisponda alla categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente." Fonte Regione del Veneto, Sezione Sistema Statistico Regionale) è risultato estremamente basso (n=2); i ricoveri ripetuti entro 30

giorni con uguale DRG alla dimissione sono risultati 17 nel secondo semestre 2012, 20 nel secondo semestre 2013, rispettivamente prima e dopo l'introduzione dell'infermiere CdP.

L'elaborazione dei questionari di soddisfazione ha fatto emergere un elevato apprezzamento dell'utente/caregiver, legato soprattutto ad un maggiore coinvolgimento nelle decisioni rispetto alla dimissione, oltre che al raggiungimento dei risultati rispetto alle aspettative.

## DISCUSSIONE

Il prolungarsi dei tempi di degenza, il numero delle riammissioni ospedaliere, l'uso non sempre appropriato delle risorse disponibili, ma soprattutto le conseguenze sullo stato di salute, autonomia e benessere del paziente e delle loro famiglie vengono citate in letteratura come esiti di una non efficace gestione del processo di dimissione (4). L'attivazione della figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso presso l'UO di Geriatria dell'Ospedale di San Bonifacio rientra nell'ottica di migliorare la gestione di questo processo, anche alla luce dei buoni risultati descritti in una realtà vicina come quella trentina, pur con delle differenze legate soprattutto al fatto che tale realtà dispone di maggiori risorse in termini sia di personale, sia di incentivi economici (7).

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 vengono trascurati. A fronte di una quota elevatissima di pazienti a rischio medio-elevato (76,1%), è stato comunque previsto il rientro a domicilio in una buona percentuale di casi (Tabella 1) a conferma di un solido tessuto familiare e sociale che riesce a compensare situazioni di elevata dipendenza e complessità assistenziale. Nei restanti casi la pianificazione precoce della dimissione ha consentito di attivare tempestivamente la rete dei servizi territoriali (Assistenza Domiciliare, nucleo di cure palliative, Ospedale di Comunità, Hospice, Residenza Sanitaria Assistenziale, Casa di Riposo, Lungodegenza) migliorando l'accesso e rendendo possibile un reale accompagnamento dell'anziano e della sua famiglia.

**Tabella I** - Caratteristiche dei pazienti ricoverati nel secondo semestre 2013 (n=560) secondo l'indice di BRASS e destinazione alla dimissione.

	Totale campione		BRASS 0-10		BRASS 11-19		BRASS ≥ 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sesso</b>								
Totale Campione	560	100%	134	23,9%	140	25,0%	286	51,1%
Maschio	263	47,0%	77	57,5%	79	56,4%	107	37,4
Femmina	297	53,0%	57	42,5%	61	43,6%	179	62,6%
<b>Età media</b>								
Anni	83,71		80,87		82,81		85,48	
<b>Stato funzionale pre-morboso</b>								
Autosufficiente nelle ADL	179	32,0%	115	85,8%	35	25,2%	29	10,2%
Parzialmente autosufficiente nelle ADL	168	30,0%	18	13,4%	82	59,0%	68	24,0%
Completamente dipendente nelle ADL	209	37,7%	1	0,7%	22	15,8%	186	65,7%
Missing	4	0,7%						
Totale	560	100%	134	100%	139	100%	283	100%
<b>Mobilità pre-morbosa</b>								
Deambulava senza problemi	183	32,7%	110	82,1%	45	32,4%	28	10,0%
Deambulava con ausili e/o aiuto	187	33,4%	22	16,4%	84	60,4%	81	28,8%
Non deambulava	184	32,9%	2	1,5%	10	7,2%	172	61,2%
Missing	6	1,1%						
Totale	560	100%	134	100%	139	100%	281	100%
<b>Assistenza domiciliare pre-ricovero</b>								
Nessuna	450	80,4%	129	96,3%	116	83,5%	205	73,0%
Accesso programmato MMG	80	14,3%	3	2,2%	21	15,1%	56	19,9%
ADI infermieristica	18	3,2%	1	0,7%	1	0,7%	16	5,7%
ADI medica	1	0,2%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Nucleo Cure palliative	3	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,1%
ADI per NAD	1	0,2%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%
FKT domiciliare	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
Missing	6	1,1%						
Totale	560	100%	134	100%	139	100%	281	100%
<b>Progetto Assistenziale Individualizzato e Destinazione alla dimissione</b>								
Rientro a domicilio senza provvedimenti specifici	275	49,1%	116	86,6%	94	67,6%	65	23,0%

Tabella I - Continua.

	Totale campione		BRASS 0-10		BRASS 11-19		BRASS $\geq$ 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rientro a domicilio con inserimento badante	8	1,4%	1	0,7%	2	1,4%	5	1,8%
Rientro a domicilio con prescrizione di presidi	15	2,7%	1	0,7%	3	2,2%	11	3,9%
Rientro a domicilio con attivazione ADI	32	5,7%	2	1,5%	3	2,2%	27	9,5%
Attivazione del Nucleo Cure Palliative e/o ingresso in Hospice	24	4,3%	3	2,2%	11	7,9%	10	3,5%
Ingresso in Ospedale di Comunità di Tregnago	14	2,5%	3	2,2%	5	3,6%	6	2,1%
Ingresso in RSA e/o CdR (anche solo regime diurno)	53	9,5%	2	1,5%	7	5,0%	44	15,5%
Rientro in CdR (con o senza aggravamento)	81	14,5%	2	1,5%	3	2,2%	76	26,9%
Trasferimento presso Lungodegenza post-acuti	46	8,2%	1	0,7%	10	7,2%	35	12,4%
Trasferimento presso Lungodegenza riabilitativa	8	1,4%	3	2,2%	1	0,7%	4	1,4%
Missing	4	0,7%						
Totale	560	100%	134	100%	139	100%	283	100%



**Figura 2** - Suddivisione dei pazienti ricoverati nel secondo semestre 2013 (n=560) in base al punteggio all'indice di BRASS.

Al di là dei risultati ottenuti, l'introduzione della figura dell'infermiere CdP ha rappresentato per tutto il team dell'UO di Geriatria un'occasione di crescita

culturale nella gestione del processo di dimissione e rappresenta per la professione infermieristica un'importante opportunità di sviluppo professionale. Rimangono alcune criticità tuttora non risolte legate alle ridotte risorse disponibili e del come coinvolgere gli altri infermieri del team evitando di deresponsabilizzarli rispetto al processo di dimissione. A tale proposito si stanno valutando alcune possibili modifiche organizzative che consentiranno di dare maggiore sostenibilità al progetto. In particolare, la creazione di un gruppo di infermieri con adeguate conoscenze della rete dei servizi per l'anziano fragile e con le necessarie abilità relazionali e di comunicazione, in modo da poter attribuire il ruolo di CdP all'infermiere responsabile di un settore dell'Unità Operativa. Tale figura infermieristica agirebbe in stretta collaborazione con il medico che segue il paziente gestendo, oltre all'aspetto assistenziale, anche quello della pianificazione della dimissione, nei casi in cui sia necessario.

## CONCLUSIONI

L'introduzione della figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso ha permesso di migliorare la gestione del paziente, individuando percorsi personalizzati per la dimissione dei pazienti anziani fragili, ottenendo una maggiore soddisfazione dei pazienti e dei *caregiver*. Tale figura ha permesso inoltre a tutto il team medico-infermieristico di comprendere l'importanza di questo processo che va programmato già al momento del ricovero del paziente, promuovendo la continuità dell'assistenza e favorendo un adeguamento del servizio offerto all'utenza "fragile".

## BIBLIOGRAFIA

1. Maggi S, Marzari C, Noale M, Limongi F, Gallina P, Bianchi D, Crepaldi G. Epidemiologia dell'invecchiamento. In Gensini G.F., Rizzini P, Trabucchi M., Vanara F.(eds) Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari. Il Mulino Editore, Bologna. 2005:27-42.
2. Maggi S, Noale M, Gallina P, Marzari C, Bianchi D, Limongi F, Crepaldi G; ILSA Group. Physical disability among older italians with diabetes. The ILSA study. *Diabetologia*. 2004;47:1957-62.
3. Marcadelli S, Petraia V, Saponaro V. Dimissione protetta: bisogni, competenza e pianificazione. *Assistenza anziani*.2008:39-42.
4. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from ospital to home (review). *The Cochrane Library*. 2013, Issue 1.
5. Dukkers van Emden DM, Ros WJG, Berns MPH. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30:1186-1194.
6. Carrol A, Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*. 2007;16(14):882-886.
7. Zambiasi P, Tabarelli R. L'infermiere coordinatore di percorso. *Notizie & Informazioni (Notiziario Collegio IPAS.VI.Trento)*. 2009;9(2):7-9.
8. Blaylock A, Cason C. Discharge planning predicting patients' needs. *Journal of Gerontological Nursing*. 1992;18 (7):5-10.