

La continuità delle cure: un progetto di implementazione della transizione ospedale-territorio

Tomietto M¹, Stefanon L¹, Bicego L¹, De Lucia P¹, Finos R¹, Pedrinelli G¹, Lovisa L¹, Di Lallo M¹, Basso L¹, Dorigo B¹,
Toscani P¹, Carniello GS, Sclipa G¹, Simon G¹

1 Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 «Friuli Occidentale»

Il quadro demografico è evoluto verso un progressivo invecchiamento della popolazione e verso l'aumento di situazioni di cronicità e fragilità. In particolare, molti assistiti sviluppano condizioni di vulnerabilità e difficoltà a mantenere l'omeostasi funzionale e l'autonomia a seguito di eventi acuti o cronico-degenerativi (Dedeyne et al., 2017). Questa situazione genera un carico per i sistemi sanitari che necessita di risposte in approcci integrati al fine di migliorare l'utilizzo dei servizi e, soprattutto, gli esiti sugli assistiti in termini di qualità di vita, mantenimento dell'autonomia e, anche, di mortalità (EU Commission, 2014).

Questa prospettiva richiede l'implementazione di sistemi proattivi per riconoscere e prendere in carico le situazioni assistenziali che richiedono l'attivazione di percorsi integrati di continuità ospedale-territorio (L.R. 17/2014). La capacità del sistema di riconoscere precocemente e gestire queste condizioni di rischio costituisce la rete assistenziale in grado di intercettare in modo proattivo i bisogni di salute della popolazione (Giroto et al., 2016).

Questo studio presenta i dati preliminari di un progetto pre-post- per implementare percorsi di continuità delle cure ospedale-territorio nelle strutture dell'A.A.S. n.5.

MATERIALI E METODI

Obiettivi.

1. Analizzare i punteggi della scala BRASS in un campione di pazienti internistici e chirurgici;
2. Verificare la correlazione fra i punteggi BRASS e Norton;
3. Descrivere le differenze fra i pazienti da segnalare in base ai punteggi BRASS e i pazienti effettivamente segnalati.

Campione.

Il campione si compone di 667 cartelle di pazienti dimessi dai reparti di medicina (346) e chirurgia (321). L'età media dei pazienti in medicina è di 81,8 anni (DS=12) e in chirurgia di 65,8 anni (DS=17,4). Il 56,6% (196/346) dei pazienti in medicina è di genere femminile, mentre in chirurgia lo è il 50,8% (163/321). Il tempo medio di degenza in medicina è di 6,9 giorni (DS=4,9) e in chirurgia di 8,2 (DS=7,3).

Disegno di studio

Lo studio è di tipo retrospettivo: sono state randomizzate le cartelle dei pazienti dimessi dai reparti di medicina e chirurgia e, sulla base dei dati documentali, sono state compilate le scale BRASS, sul campione ricavato. Sono state rilevate anche le effettive segnalazioni al territorio.

Strumenti.

È stata utilizzata la scala BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score). La scala si compone di 10 item riguardanti dati comorbidità, uso di farmaci, autonomia, stato cognitivo e contesto di vita dell'assistito. La scala ha dimostrato una sensibilità del 73,1% e una specificità dell'83,2% (Saiani et al., 2008) nel predire la necessità di dimissione protetta del paziente. La scala si è dimostrata in diversi studi come gold standard per pianificare la dimissione e predire la durata della degenza (Dagani et al., 2013). Sono stati rilevati anche i punteggi della scala di Norton (modificata secondo Stotts) documentati in cartella. La scala identifica il rischio di lesioni da decubito e permette di rilevare informazioni sullo stato funzionale e le condizioni generali del paziente (es. continenza, stato mentale, mobilitazione). La scala è ampiamente utilizzata nella pratica assistenziale a livello internazionale.

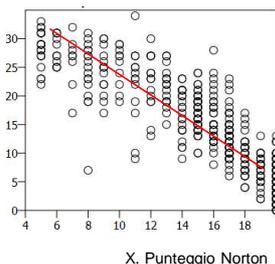
Procedure di analisi dei dati.

Sono stati calcolati gli indici di posizione e la frequenze per descrivere il campione e i punteggi della scala BRASS. Coerentemente allo score della scala sono stati classificati a rischio basso di dimissione protetta i pazienti con un punteggio da 0 a 10, a rischio medio da 11 a 19, alto ≥ 20 .

Sono state create le tabelle di contingenza per determinare l'associazione fra il punteggio della scala BRASS e l'effettiva segnalazione da parte della struttura di dimissione. L'associazione è stata verificata con il test chi-quadro accettando una significatività per $p < 0,05$. La correlazione con la scala Norton è stata calcolata mediante r di Pearson, accettando livelli di significatività per $p < 0,05$.

RISULTATI

Y. Punteggio BRASS



Norton	Correlazione di Pearson	BRASS
		-.901**
	Sign. (a due code)	<0.001

Tab. 2. Correlazione Norton-BRASS

Fig. 1. Scatterplot punteggi Norton-BRASS

REPARTO	Segnalazione		Rischio di dimissione protetta BRASS			Totale
			Basso	Medio	Alto	
CHIRURGIA	No	No	269	23	18	310
		Si	1	5	5	11
	Totale		270	28	23	321
MEDICINA	No	No	106	93	86	285
		Si	6	26	29	61
	Totale		112	119	115	346
Totale	No	No	375	116	104	595
		Si	7	31	34	72
	Totale		382	147	138	667

Tab. 1. Associazione fra punteggi BRASS e segnalazioni effettive.
Chi-quadro: 48,546 – $p < 0,01$

Lo studio ha mostrato un'associazione statistica fra le segnalazioni avvenute e i punteggi BRASS ($p < 0,01$). Tuttavia, emerge che, di 138 pazienti classificati ad alto rischio, i segnalati per dimissione protetta sono stati 34 (24,6%): in area chirurgica viene segnalato il 21,7% (5/23) dei pazienti ad alto rischio, mentre in area medica il 25,2% (29/115). Considerando i pazienti a medio rischio, viene segnalato il 21,1% (31/147) dei casi rilevati dalla BRASS e, rispettivamente, il 17,8% (5/28) in area chirurgica e il 21,8% (26/119) in area medica (tab. 1). I punteggi della scala BRASS sono inversamente correlati con quelli della scala Norton (fig. 1 - tab. 2): ad un minor punteggio di Norton (alto rischio) corrisponde un maggior punteggio nella BRASS (alto rischio).

Conclusioni

La scala BRASS si è dimostrata efficace nel rilevare la necessità di dimissione protetta. In particolare, lo studio ha evidenziato la necessità di implementare soluzioni organizzative per identificare in modo accurato i pazienti che necessitano di continuità delle cure e migliorare la sicurezza nella transizione ospedale-territorio. La situazione rilevata a livello aziendale può essere riconducibile al fenomeno descritto in letteratura di "missed nursing care" nell'ambito della continuità delle cure (Ausserhofer et al., 2016). La correlazione con la scala di Norton suggerisce poter considerare il rischio di lesioni da decubito come un proxy affidabile del rischio di dimissione protetta al fine di ridurre il carico di lavoro e limitare l'introduzione di nuovi strumenti di valutazione: la BRASS potrebbe costituire una valutazione di secondo livello nei casi che mostrano un rischio nella scala di Norton. Esistono margini di miglioramento nella segnalazione dei pazienti. Tuttavia, il disegno di studio retrospettivo potrebbe aver generato una sottostima del numero di segnalazioni.

Bibliografia

- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., ... & Sjetne, I. S. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*, 23(2), 126-135.
- Dagani, J., Ferrari, C., Boero, M. E., Geroldi, C., Giobbio, G. M., Maggi, P., ... & Zanetti, O. (2013). A prospective, multidimensional follow-up study of a geriatric hospitalised population: predictors of discharge and well-being. *Aging clinical and experimental research*, 25(6), 691-701.
- Dedeyne, L., Deschodt, M., Verschueren, S., Tournoy, J., & Gielen, E. (2017). Effects of multi-domain interventions in (pre) frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 873.
- European Commission. *Multidimensional Aspects of Population Ageing. Population Ageing in Europe: Facts, Implications and Policies: Outcomes of EU-funded Research.* Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- Giroto, E., Roveron, G., Bortolami, E., Piva, F., Ferrarese, S., Pavanati, P., ... & Chiari, P. (2016). Utilizzo dell'indice di Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) nei reparti di Geriatria e Medicina dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo-Studio prospettico. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, 69(2).
- Saiani, L., Zanolin, M. E., Dalponte, A., Palese, A., & Viviani, D. (2008). Valutazione della sensibilità e specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 27(4), 184-193.

Contatti: Marco Tomietto, RN, PhD, marco.tomietto@aa55.sanita.fvg.it
Laura Stefanon, RN, MNSc, laura.stefanon@aa55.sanita.fvg.it