

volume 12

ISSUE 6

2024 ottobre



SOCIETÀ
SCIENTIFICA
DI MEDICINA
INTERNA

FADOI

FEDERAZIONE
DELLE ASSOCIAZIONI
DEI DIRIGENTI
OSPEDALIERI
INTERNISTI

QUADERNI

dell'Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*

Editor in Chief
Michele Meschi

The official journal of the Federation of Associations
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

**La continuità di cura tra ospedale-territorio:
strumenti e modelli a confronto**

Guest Editors: Paola Gnerre, Andrea Montagnani

EDITOR-IN-CHIEF

Michele Meschi, Internal Medicine Unit, Parma Local Health Authority, Fidenza (PR), Italy

PRESIDENTE NAZIONALE FADOI

Francesco Dentali, *Varese, Italy*

PRESIDENTE FONDAZIONE FADOI

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

EDITOR-IN-CHIEF

ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE E ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI

Michele Meschi, *Fidenza (PR), Italy*

ASSOCIATE EDITORS

Laurent Bertoletti, *Saint-Étienne, France*
Benhood Bikdeli, *New Haven, USA*
Alessandra Bura Riviere, *Toulouse, France*
Francesco Dentali, *Varese, Italy*
Antonio Gasbarrini, *Roma, Italy*
David Jiménez Castro, *Madrid, Spain*
Egidio Imbalzano, *Messina, Italy*
Vittorio Maio, *Philadelphia, USA*
Giuseppe Mancia, *Milano, Italy*
Dario Manfellotto, *Roma, Italy*
Lucia Mazzolai, *Lausanne, Switzerland*

EDITORIAL BOARD

Mario Angelico, *Roma, Italy*
Giuseppe Camporese, *Padova, Italy*
Edoardo Carretto, *Reggio Emilia, Italy*
Pierpaolo Di Micco, *Napoli, Italy*
Luigi Gennari, *Siena, Italy*
Paola Gnerre, *Acqui Terme (AL), Italy*
Luca Miele, *Roma, Italy*
Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*
Alberto Palazzuoli, *Siena, Italy*
Antonello Pani, *Cagliari, Italy*
Ombretta Para, *Firenze, Italy*
Paola Piccolo, *Roma, Italy*
Fulvio Pomerio, *Verduno (CN), Italy*
Giuseppe Regolisti, *Parma, Italy*
Giovanni Maria Rossi, *Parma, Italy*
Massimo Siciliano, *Roma, Italy*
Antonio Spanevello, *Tradate (VA), Italy*
Bruno Sposato, *Grosseto, Italy*
Flavio Tangianu, *Varese, Italy*

ADVISORY BOARD

Dimitriy Arioli, *Modena, Italy*
Valentina Bambara, *Catanzaro, Italy*
Vanessa Bianconi, *Perugia, Italy*
Pietro Bocchi, *Fidenza (PR), Italy*
Aldo Bonaventura, *Varese, Italy*
Roberta Buso, *Treviso, Italy*
Maurizio Cavalieri, *Chiavari (GE), Italy*
Paolo Fraticelli, *Ancona, Italy*
Fernando Gallucci, *Napoli, Italy*
Angelo Cosimo Gioia, *Giulianova (TE), Italy*
Riccardo Mancini, *Gorizia, Italy*
Alberto Maino, *Trento, Italy*
Simone Meini, *Pontedera (PI), Italy*
Roberto Nersita, *IS, Italy*
Matteo Nicoletto, *Verduno (CN), Italy*
Nicola Parenti, *Bologna, Italy*
Eleonora Pistella, *Roma, Italy*
Maurizio Renda, *Cefalù (PA), Italy*
Paola Giustina Maria Simeone, *Chieti, Italy*
Carmine Siniscalchi, *Parma, Italy*

Società Scientifica FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE

Francesco Dentali

PRESIDENTE ELETTO

Andrea Montagnani

PAST PRESIDENT

Dario Manfellotto

SEGRETARIO

Flavio Tangianu

STAFF DI SEGRETERIA

Maria Gabriella Coppola
Nicola Mumoli
Ombretta Para

TESORIERE

Roberto Risicato

COORDINATORE COMMISSIONE GIOVANI

Davide Carrara

RESPONSABILI RAPPORTI CON LE REGIONI

Franco Mastroianni
Salvatore Lenti (*Vice*)

RESPONSABILE RAPPORTI FADOI/ANÍMO

Tiziana Marcella Attardo

EDITOR-IN-CHIEF

“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE” e
“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI DI
MEDICINA INTERNA”

Michele Meschi

COMITATO EDITORIALE

“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE” e
“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI DI
MEDICINA INTERNA”

Giorgio Vescovo
Roberto Nardi

RESPONSABILI EDIZIONI ON LINE E INIZIATIVE SPECIALI

Michele Meschi
Pierpaolo Di Micco
Andrea Fontanella (*MEDICINA33*)
Giuliano Pinna (*AGGIORN@FADOI*)

RESPONSABILI SITO WEB E COMUNICAZIONE SOCIAL

Matteo Giorgi Pierfranceschi
Claudia Tieri
Giuseppe Oteri

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Franco Berti

DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

Domenico Panuccio

CONSULTA DEI PRESIDENTI

Sandro Fontana
Salvatore Di Rosa
Ido Iori
Antonino Mazzone
Carlo Nozzoli
Mauro Campanini
Andrea Fontanella
Dario Manfellotto

PRESIDENTE FONDAZIONE

Dario Manfellotto

COORDINATORE

Filippo Pieralli

SEGRETARIO

David Terracina

COORDINATORE SCIENTIFICO CENTRO STUDI FONDAZIONE FADOI

Stefano Alvergnà

DIREZIONE DIPARTIMENTO FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Paola Gnerre

Maurizio Ongari (*Segretario e Responsabile Scientifico del provider
ECM*)

DIREZIONE DIPARTIMENTO RICERCA CLINICA

Fulvio Pomero

Paola Piccolo (*Segretaria*)

DELEGATI EFIM

(European Federation of Internal Medicine)

Antonio Brucato

Lorenza Lenzi

Gabriele Vassallo (*Giovani*)

Filomena Pietrantonio (*Tesoriere*)

PRESIDENTE ANÍMO

Letizia Tesei

Non-commercial use only

QUADERNI - Italian Journal of Medicine

LA CONTINUITÀ DI CURA TRA OSPEDALE-TERRITORIO: STRUMENTI E MODELLI A CONFRONTO

Guest Editors: Paola Gnerre, Andrea Montagnani

RASSEGNE

Quali strumenti per favorire la continuità assistenziale ospedale-territorio? Il <i>Transitional Care Model</i>, il modello delle cure di transizioni	1
R. Buso, M. Tiepolo, F. Dentali	
Ruolo della lettera di dimissione ospedaliera nelle cure di transizioni.	5
E. Schiavetta, P. Gnerre	
Il <i>case management</i> nelle cure di transizioni	11
L. Tesei	
<i>Chronic Care Model</i>: il modello delle “cure di transizione” per i pazienti cronici	15
S. Grimaldi, B. Pisani	
<i>Transitional care</i> come strumento per ridurre la degenza ospedaliera: opportunità e limiti	20
M. Alessandri, A. Montagnani	
L’esperienza di “<i>transitional care</i>” di una regione del Nord	27
T.M. Attardo	
L’esperienza di “<i>transitional care</i>” di una regione del Centro.	37
D. Carrara, U. Peta, A. Campani	
L’esperienza di “<i>transitional care</i>” di una regione del Sud	41
F. Mastroianni	
<i>Transitional care</i>: il modello delle cure intermedie	43
E. Barbagelata	
<i>Transitional care</i>: il modello dell’Area Cure Infermieristiche Ospedale Territorio	45
A. Piras, I. Ferrando	
Il Decreto Ministeriale 77 e la continuità assistenziale ospedale-territorio: utopia o opportunità?	48
D. Manfellotto, L. Fassari, P. Russo	

Quali strumenti per favorire la continuità assistenziale ospedale-territorio? Il *Transitional Care Model*, il modello delle cure di transizioni

Roberta Buso,¹ Marta Tiepolo,¹ Francesco Dentali²

¹Medicina Generale 1, Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Padova, Ospedale Ca' Foncello di Treviso, ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso; ²Medicina Interna, Dipartimento di Medicina, ASSTT Sette Laghi, Varese, Italia

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione caratterizza il complesso scenario contemporaneo dei paesi sviluppati, provocando il marcato incremento delle patologie croniche, problematiche che fino a qualche decennio fa non avevano percorsi predefiniti. Secondo i più recenti dati ISTAT 2024, infatti, si è passati in 20 anni da un'età media di 42,3 anni ad un'età media di 46,6 anni. Nel 2024 gli over 65 sono oltre 14 milioni e rappresentano circa il 24,3% della popolazione totale e, secondo le previsioni, nel 2050, la popolazione over 65 potrebbe costituire il 34,5% della popolazione italiana.¹

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le malattie croniche come “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo che va da anni a decenni” e le Nazioni Unite sottolineano l'importanza di ottenere dei miglioramenti negli esiti di queste malattie, ponendo particolare attenzione alle popolazioni vulnerabili, riducendo così le disuguaglianze.² Attualmente le patologie croniche assorbono circa l'80% delle risorse sanitarie a livello mondiale. In questo contesto si inserisce la necessità di sviluppare e implementare modelli di assistenza per promuovere la salute nelle fasce di popolazione più fragili.

Il Piano Nazionale della Cronicità 2023, attraverso un ap-

proccio stratificato e mirato, propone delle strategie attuative per migliorare la gestione delle patologie croniche, ridurre le disuguaglianze sanitarie tra Nord, Centro e Sud Italia e ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie, garantendo al contempo una migliore qualità della vita ai pazienti cronici.³

In particolare, il tema della continuità assistenziale tra ospedale e territorio rappresenta una delle sfide principali nel campo della Sanità, specie per quel che riguarda il paziente anziano, complesso, fragile e pluripatologico.

Sei problematiche principali sono state associate ad *outcomes* negativi tra gli anziani polipatologici ospedalizzati, dimessi a domicilio o in setting post-acute: i) mancanza di coinvolgimento del paziente; ii) comunicazione assente o inadeguata; iii) mancanza di collaborazione tra i membri del team; iv) follow-up e monitoraggio limitati; v) scarsa continuità delle cure; vi) gravi lacune nella presa in carico del paziente nel passaggio ospedale-territorio. In questa tipologia di pazienti complessi, tali problematiche sono state correlate a valutazioni negative dell'esperienza di cura e ad ulteriore peggioramento del quadro clinico con conseguente incremento delle riospedalizzazioni e degli accessi in Pronto Soccorso.⁴ Pertanto, garantire che i pazienti ricevano cure coerenti e coordinate durante il passaggio dall'Ospedale alla Comunità è fondamentale per migliorare gli esiti clinici, ridurre le riammissioni ospedaliere ed ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie. Uno degli approcci più promettenti per affrontare questa sfida è il *Transitional Care Model* (TCM).⁴

Cos'è il *Transitional Care Model*?

Il TCM è un approccio strutturato che mira a garantire una transizione senza ostacoli dei pazienti tra diversi setting di cura, come dall'ospedale al domicilio o in strutture di assistenza a lungo termine.⁴ Sviluppato inizialmente dalla dottoressa Mary Naylor e dal suo team presso l'Università della Pennsylvania, il TCM si concentra principalmente su pazienti anziani affetti da malattie croniche complesse, ma può essere adattato anche ad altre popolazioni di pazienti.⁵

L'approccio del TCM si basa su un coordinamento continuo e personalizzato delle cure, fornito da infermieri specializzati nei diversi setting assistenziali, e sull'uso di tecnologie innovative per il monitoraggio remoto e la comunicazione tra i vari attori del sistema sanitario.⁵

Il percorso di TCM può essere di tipo “*step up*”, mirando a prevenire ospedalizzazioni e consumi inappropriati di ser-

Corrispondente: Roberta Buso, Medicina Generale 1, Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Padova, Ospedale Ca' Foncello di Treviso, ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso, Italia.

E-mail: roberta.buso@aulss2.veneto.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e1

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

vizi specialistici, oppure di tipo “step down”, accompagnando i pazienti “bed blockers” (pazienti che, una volta terminato il percorso diagnostico-terapeutico, continuano ad occupare un posto letto per acuti, spesso in attesa di una sistemazione alternativa) verso i nodi di cure intermedie più appropriati al momento delle dimissioni, quando non è garantito un adeguato percorso di continuità assistenziale.^{5,6}

Nel contesto USA, l’applicazione di questo modello ha documentato la possibilità di ridurre in maniera rilevante i ricoveri ripetuti, il numero medio di ricoveri e di giorni di degenza per paziente in maniera costo-efficace, senza impatto negativo su moralità, qualità di vita e soddisfazione per le cure ricevute.⁵ In aggiunta, grazie all’adozione di tale modello, i professionisti sanitari sono svincolati dal compito di individuare il setting di dimissione o accoglienza per i loro pazienti, e ciò consente loro di concentrarsi esclusivamente sull’attività clinica.

Quali sono i pazienti che possono trarre maggior vantaggio dal *Transitional Care Model*?

Il TCM è stato progettato in particolare per supportare specifici gruppi di pazienti vulnerabili che necessitano di una gestione continua e coordinata delle loro cure.

Inizialmente il TCM è stato applicato a pazienti affetti da malattie croniche,⁷ quali scompenso cardiaco, diabete mellito,⁸ malattie respiratorie croniche,⁹ ed insufficienza renale,¹⁰ allo scopo di attuare una gestione integrata di queste condizioni per prevenirne le complicanze e ridurre le riammissioni ospedaliere.

Successivamente il modello è stato esteso a pazienti con comorbidità complesse e a pazienti ad alto rischio di riammissioni ospedaliere a causa della fragilità e gravità clinica.^{11,12} In questa tipologia di pazienti, l’adozione del TCM ha consentito di garantire che tutti gli aspetti delle loro cure venissero adeguatamente gestiti attraverso un monitoraggio attento e coordinato, riducendo così il rischio di errori e migliorando gli esiti clinici allo scopo di evitare i re-ricoveri ripetuti.

Il TCM è stato infine applicato a soggetti con un recente evento acuto, come l’infarto miocardico o l’ictus ischemico con necessità di una transizione strutturata dalla fase acuta all’assistenza di lungo termine.¹³ In questi casi il TCM ha agevolato il recupero e la riabilitazione dell’individuo, assicurando la continuità delle cure senza interruzioni significative.

Nei pazienti con limitato supporto familiare o sociale, il TCM è stato utilizzato per la gestione delle cure a domicilio,¹⁴ attraverso l’offerta di un supporto aggiuntivo, educazione e ottimizzazione delle risorse.

Identificare tali tipologie di pazienti è parte integrante degli obiettivi del Piano Nazionale della Cronicità, che prevede di stratificare la popolazione in sei livelli di complessità assistenziale con fabbisogni specifici e criticità organizzative distinte: persone sane, pazienti occasionali, cronici mono-patologici, cronici poli-patologici, pazienti in condizioni di *long-term care* e pazienti in condizioni di fine vita.

Il riconoscimento delle situazioni di cronicità può contribuire al miglioramento della qualità di vita di questi pazienti, riducendo il peso sull’individuo sulla famiglia e sul contesto sociale e rendendo più uniforme ed efficiente il Servizio Sa-

nitario Nazionale (SSN) per costituire un’equità di accesso ai cittadini.³

Componenti chiave del *Transitional Care Model*

Il documento *Transitions in Care and Services* della *Registered Nurses’ Association of Ontario* fornisce linee guida dettagliate per migliorare il processo di transizione delle cure sanitarie tra differenti contesti suddividendolo in sei fasi principali, supportate da raccomandazioni specifiche.¹⁵ Tali raccomandazioni includono: i) accertamento – raccolta dei dati del paziente e della sua malattia, compresa la valutazione del contesto familiare e l’identificazione del caregiver; ii) pianificazione – creazione di un piano di cura personalizzato tramite un team multidisciplinare, instaurando un rapporto di fiducia con il paziente e la sua famiglia e prendendo in considerazione le esigenze specifiche del paziente. Questo piano include indicazioni su farmaci, appuntamenti di follow-up, segni di allarme e contatti di emergenza; iii) attuazione – educazione del paziente e dei familiari sulla gestione quotidiana della malattia, con monitoraggio tramite strumenti e strategie comunicative standardizzate; iv) valutazione – verifica dell’efficacia della pianificazione del *transitional care* sul paziente e sulla famiglia, e della comunicazione tra il paziente e il team sanitario per garantire che il paziente segua il piano di cura e per intervenire tempestivamente in caso di problemi; v) formazione – aggiornamento continuo delle conoscenze da parte delle figure professionali responsabili del *transitional care* tramite programmi educativi e linee guida. In tal senso la collaborazione tra diversi professionisti sanitari, tra cui medici di famiglia, specialisti, infermieri e assistenti sociali, è essenziale per il successo del TCM; vi) organizzazione e policy – considerazione del *transitional care* come una priorità strategica, fornendo le risorse necessarie per supportare il team multidisciplinare.

Queste linee guida mirano a ridurre i rischi associati alla variazione di setting del paziente, migliorando la comunicazione, la coordinazione e la continuità dell’assistenza nel passaggio tra ospedale e territorio. La figura centrale del TCM è il coordinatore delle cure di transizione; spesso si tratta di un’infermiera specializzata che lavora a stretto contatto con il paziente e la sua famiglia. Il coordinatore assicura che il paziente riceva tutte le informazioni necessarie per gestire la propria condizione a domicilio e facilita la comunicazione tra i vari fornitori di cure.

Benefici del *Transitional Care Model*

Il TCM offre un approccio integrato e coordinato alla gestione delle cure per i pazienti con condizioni croniche multiple.

In primis questo modello è efficace nel migliorare gli esiti della salute, diminuendo i tassi di riammissione ospedaliere, ottimizzando il controllo delle comorbidità e riducendo i sintomi e le complicanze delle malattie croniche. Il TCM mira a coinvolgere pazienti e familiari nel processo di cura attraverso la comunicazione con gli operatori sanitari e aumentando quindi la soddisfazione circa le cure ricevute. Il coordinamento efficace tra i setting di cura e i professionisti sanitari consente di limitare le interruzioni nel trattamento e di pro-

muovere la continuità assistenziale, supportando il paziente in ogni fase della cura tra ospedale e territorio.¹⁶

Il paziente e il caregiver, inoltre, vengono formati ed educati nella gestione della cronicità e possono essere sostenuti da un adeguato supporto psicologico con conseguente riduzione dello stress e dell'onere associato alle polipatologie.⁴ Il coinvolgimento attivo dei familiari nella gestione della cronicità, infine, rende gli stessi edotti e consapevoli riguardo le condizioni cliniche del paziente, il processo decisionale e le derivanti necessità assistenziali.¹⁷

Da un punto di vista economico ciò si traduce in un contenimento dei costi sanitari grazie alla diminuzione delle ospedalizzazioni e delle riammissioni evitabili, nonché in una riduzione degli accessi al dipartimento di Emergenza/Urgenza.¹⁸ Ne consegue un'ottimizzazione delle risorse sanitarie attraverso una migliore gestione delle cure sia ospedaliere che ambulatoriali, generando una riduzione del carico di lavoro per i professionisti sanitari, che permette loro di concentrarsi sulle attività cliniche principali. Il TCM favorisce la coordinazione e la collaborazione tra professionisti e membri del team sanitario offrendo l'opportunità di formazione continua con l'aggiornamento sulle migliori pratiche assistenziali e consentendo lo sviluppo di competenze specifiche per gestire le transizioni di cura in modo efficace.

Transitional Care Model e Piano Cronicità 2023

Il Piano Cronicità 2023 identifica alcuni obiettivi attuabili attraverso il TCM per uniformare la gestione dei pazienti cronici complessi lungo tutta la penisola italiana.³ In particolare il PNC si propone di assicurare il setting di cura più appropriato, accompagnando il paziente nella transizione tra ambiti assistenziali senza necessità di cercare autonomamente l'erogatore adeguato, supporta il caregiver nel gestire la situazione critica attraverso il miglioramento dell'esperienza di cura ottimizzando la gestione del passaggio tra ospedale e territorio e infine alleggerisce il carico assistenziale dei Professionisti del SSN, individuando i luoghi di dimissione e riducendo il rischio di inappropriately o permanenze eccessive negli Ospedali.

Il Piano Cronicità 2023 prevede che l'accesso al TCM del SSN avvenga attraverso l'interazione tra Centrali Operative Territoriali (COT), Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il numero telefonico unico per la EU 116117 e il Punto Unico di Accesso (PUA) con i servizi domiciliari, le cure intermedie e le cure primarie.

La combinazione integrata di questi elementi rappresenta la chiave del nuovo modello di assistenza territoriale che permette l'implementazione del supporto operativo dell'intero sistema.

Le COT sono state identificate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal DM 77/2022 come strutture di riferimento per le cure di transizione attraverso la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, domiciliari e residenziali, ospedaliere e dell'emergenza-urgenza. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Le UVM valutano il bisogno del paziente considerando tutte le dimensioni rilevanti: fisiche, cognitive, psichiche, funzionali, relazionali sociali ed economiche. In sintesi, mentre le UVM valutano il singolo paziente nel quadro olistico dei suoi bisogni, le COT coordinano le risposte assistenziali valutando l'aggregato dei pazienti del distretto e il volume di offerta dei servizi disponibile.

Infine, il numero telefonico unico europeo 116117 e il PUA con i servizi domiciliari diventano il riferimento per il primo contatto per l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non urgenti.

L'interazione tra i diversi attori è favorita dall'impiego di strumenti digitali come la telemedicina dalla diffusione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), intese come l'utilizzo di tecnologie informatiche, uno strumento di supporto per la governance del passaggio da un setting di cure ad un altro e nel follow-up del paziente.

Tali tecnologie comprendono differenti tipologie di strumenti digitali come dispositivi medici per erogare prestazioni in telemedicina, i dispositivi mobili e indossabili, soluzioni cloud, tecnologie e gli strumenti per garantire la cyber security, intelligenza artificiale, apprendimento automatico, tecnologie dell'*Ambient Assisted Living* (AAL) e cartelle cliniche elettroniche integrate tra team multidisciplinari che coinvolgono tutte le professioni sanitarie. Queste tecnologie risultano fondamentali per condividere in tempo reale le informazioni di salute dell'assistito, con l'obiettivo di fornire una presa in carico più coordinata, personalizzata, efficace ed efficiente, riducendo al contempo i costi e aumentando la soddisfazione di pazienti e caregivers.

L'utilizzo delle ICT può essere utile, infine, nel prevenire eventuali errori terapeutici attraverso policy digitali di farmaco-vigilanza e aderenza terapeutica, o per ridurre la "frammentazione" delle cure; potrebbe anche evitare le riammissioni ospedaliere grazie all'implementazione di alert e sistemi di supporto alle decisioni. Attraverso l'utilizzo del telemonitoraggio e delle tecnologie di AAL si potrebbero infatti analizzare parametri clinici e comportamentali di un paziente, ad esempio in una fase iniziale di deterioramento cognitivo, personalizzando il piano terapeutico e "misurandolo" in modo personalizzato sulla progressione della patologia. L'utilizzo dell'ICT può quindi rappresentare un concreto supporto che consentirà ai medici di identificare e trattare più facilmente le cronicità.

Tutto ciò potrà anche favorire l'integrazione organizzativa e gestionale ospedale-territorio in un circolo virtuoso a tutto vantaggio del sistema sanitario nazionale.

Implementazione del Transitional Care Model

L'implementazione efficace del TCM richiede un cambiamento culturale all'interno delle organizzazioni sanitarie, un investimento in formazione e risorse, e l'adozione di tecnologie per facilitare la comunicazione e il monitoraggio del paziente.

Sicuramente l'impiego di nuove tecnologie di telemedicina, come il monitoraggio remoto dei pazienti, consente ai professionisti sanitari di sorvegliare i pazienti a distanza. Questo strumento è particolarmente utile per i soggetti con malattie croniche che necessitano di un monitoraggio continuo.

In quest'ottica la telemedicina può ridurre la necessità di visite di controllo in presenza e permettere interventi tempestivi in caso di problemi, raccogliendo dati in tempo reale e migliorando la reattività delle cure.

Un ulteriore aiuto alla gestione del TCM è la creazione di Centri di Assistenza Primaria (CAP) che rappresentano un punto di riferimento per le cure intermedie, fornendo supporto immediato per problemi di salute non gravi che non richiedono il ricovero ospedaliero. Questi centri possono gestire condizioni come traumi minori, disturbi dermatologici e dolore addominale, riducendo il carico sugli ospedali e migliorando l'accesso alle cure. I CAP hanno un ruolo chiave nel mantenere la salute della comunità, offrendo un servizio accessibile e integrato.

Il Servizio di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) fornisce assistenza post-acuta per pazienti che non necessitano più di cure ospedaliere intensive ma che, allo stesso tempo, richiedono ancora supporto sanitario significativo, aiutando così a ridurre le degenze ospedaliere prolungate e a liberare posti letto per pazienti acuti. Il CAVS assicura che i pazienti ricevano cure adeguate durante la fase di recupero, prevenendo complicazioni e riammissioni.

La valutazione del paziente prima della dimissione da parte del coordinatore delle cure di transizione rappresenta un ulteriore strumento efficace per ottimizzare il passaggio ospedale-territorio, che permette di valutare le esigenze del paziente e pianificarne le cure successive. Questa fase include la preparazione di un piano di cura dettagliato e la programmazione di appuntamenti di follow-up. Tale monitoraggio va favorito anche dopo la dimissione tramite visite domiciliari, follow-up telefonico o telemedicina. Lo scopo è quello di identificare e gestire tempestivamente eventuali problemi e a garantire che il paziente stia seguendo il piano di cura nel modo ottimale.

L'integrazione tra i servizi territoriali, come i medici di base, i servizi infermieristici domiciliari e le strutture di assistenza a lungo termine, è fondamentale per garantire una continuità assistenziale. Il pieno accesso al piano di cura del paziente da parte di tutte le figure sanitarie coinvolte permette di lavorare in modo coordinato ed integrato, così da garantire la continuità delle cure, riducendo il rischio di lacune nella cura e migliorando gli esiti per i pazienti.

L'implementazione del TCM richiede sicuramente un impegno organizzativo significativo, ma i benefici in termini di qualità delle cure e riduzione dei costi possono essere considerevoli.

La continuità assistenziale ospedale-territorio è un elemento cruciale per migliorare la qualità delle cure e ridurre i costi sanitari. Il TCM offre una soluzione efficace per affrontare questa sfida, concentrandosi sulla coordinazione delle cure, l'educazione del paziente e il monitoraggio continuo. Adottare e adattare il TCM può portare a una sanità più efficiente e centrata sul paziente, con benefici significativi per i pazienti, per i fornitori di cure e per il sistema sanitario nel suo complesso.

Bibliografia

1. ISTAT. Rapporto annuale 2024. Disponibile online: <https://www.istat.it/it/files//2024/05/Sintesi-Rapporto-Annuale-2024.pdf>.
2. WHO. Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition. 2018. Disponibile online: <https://iris.who.int/handle/10665/342223>.
3. Albano V, Botta P, Chiarolla E, et al. Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità. Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR. Disponibile online: https://osservatoriocronicita.it/images/Notizie-e-comunicati/Manuale_Operativo_PON_cronicita-SINGOLE_2.pdf.
4. Coleman EA, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:556-7.
5. Naylor MD. Nursing intervention research and quality of care: influencing the future of healthcare. *Nurs Res* 2003;52:380-5.
6. Rubin SG, Davies GH. Bed blocking by elderly patients in general-hospital wards. *Age Ageing* 1975;4:142-7.
7. Naylor MD, Broton DA, Campbell RL, et al. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:675-84.
8. Garnica P. Transition of care for patients with diabetes. *Curr Diabetes Rev* 2017;13:263-79.
9. Aboumatar H, Naqibuddin M, Chung S, et al. Effect of a hospital-initiated program combining transitional care and long-term self-management support on outcomes of patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *JAMA* 2019;322:1371-80.
10. Blankenship DM, Usvyat L, Kraus MA, et al. Assessing the impact of transitional care units on dialysis patient outcomes: a multicenter, propensity score-matched analysis. *Hemodial Int* 2023;27:165-73.
11. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006;166:1822-8.
12. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, et al. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff* 2011;30:746-54.
13. Lin S, Wang C, Wang Q, et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study. *Int J Nurs Stud* 2022;130:104213.
14. Levoy K, Rivera E, McHugh M, et al. Caregiver engagement enhances outcomes among randomized control trials of transitional care interventions: a systematic review and meta-analysis. *Med Care* 2022;60:519-29.
15. RNAO. Transitions in care and services. Disponibile online: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf.
16. Naylor MD. Advancing high value transitional care: the central role of nursing and its leadership. *Nurs Adm Q* 2012;36:115-26.
17. Krumholz HM. Post-hospital syndrome — an acquired, transient condition of generalized risk. *N Eng J Med* 2013;368:100-2.
18. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med* 2007;22:391-5.

Ruolo della lettera di dimissione ospedaliera nelle cure di transizioni

Elisa Schiavetta, Paola Gnerre

Medicina Interna 2 P.O Levante, ASL 2 Ospedale San Paolo, Savona, Italia

Introduzione

L'*American Geriatrics Society* definisce le *transitions of care* (TOC), tradotto dall'inglese "cure di transizioni", come un insieme di azioni progettate per garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza sanitaria quando i pazienti si trasferiscono tra luoghi diversi o tra diversi livelli di assistenza all'interno dello stesso luogo. I luoghi rappresentativi includono: ospedali, residenze sanitarie assistenziali, case di cura, domicilio del paziente, ambulatori di cure primarie e specialistiche.¹ Una transizione critica dell'assistenza che ha suscitato grande attenzione ed è il fulcro del presente lavoro è la dimissione ospedaliera. Il parametro più utilizzato per valutare la qualità delle dimissioni ospedaliere è il tasso di riammissione a 30 giorni. Se il ricovero rappresenta un evento significativo nella vita di un paziente, la riammissione in ospedale è vista come uno degli eventi post-dimissione più indesiderati. Per i sistemi sanitari, le riammissioni rappresentano una soluzione inefficiente e costosa rispetto a problemi meglio gestiti in una sede alternativa (per esempio, l'ambulatorio) o evitati completamente attraverso migliori sistemi di cura. Gli eventi avversi post-dimissione costano al sistema sanitario statunitense circa 12-44 miliardi di dollari l'anno.² Misure importanti ma meno comunemente riportate che possono riflettere la qualità della dimissione ospedaliera comprendono la mortalità, la funzionalità residua, la qualità della vita e il carico di lavoro del caregiver.³

Corrispondente: Elisa Schiavetta, Medicina Interna 2 P.O. Levante, ASL 2 Ospedale San Paolo, Savona, Italia.
E-mail: elisa.schiavetta@gmail.com

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e2

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Come prevedere gli eventi avversi dopo la dimissione ospedaliera

Molteplici fattori sociali e ambientali legati sia al paziente sia al sistema sanitario contribuiscono agli eventi avversi post-dimissione. È stato dimostrato che una precedente ospedalizzazione è il singolo fattore di rischio più predittivo per la successiva riospedalizzazione.⁴ Sarebbe comunque utile un metodo per prevedere quali pazienti sono a maggior rischio. Sono stati proposti alcuni modelli, tra cui: i) *LACE index*, che ha l'obiettivo di prevedere la riammissione o la morte entro 30 giorni nei pazienti ricoverati nei Reparti di Medicina e Chirurgia e incorpora la durata del ricovero (giorni), l'accesso o meno tramite il Pronto Soccorso, la comorbidità misurata dall'indice di comorbidità di Charlson, il numero di accessi al Pronto Soccorso negli ultimi 6 mesi;⁵ ii) le "8P" (Tabella 1), che mirano a identificare il rischio di eventi avversi per il paziente dopo la dimissione e comprendono: problemi con i farmaci (politerapia o farmaci ad alto rischio tra cui insulina, anticoagulanti, agenti ipoglicemizzanti orali, digossina), condizioni psicologiche (ad es. depressione), diagnosi principale [ad esempio, neoplasia, ictus, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), scompenso cardiaco], limitazioni fisiche (ad esempio, malnutrizione, ridotta mobilità con rischio di caduta), scarsa alfabetizzazione sanitaria, supporto al paziente (isolamento sociale, assenza di servizi sociali), ricoveri precedenti (negli ultimi 6 mesi), cure palliative.

Sebbene alcuni modelli di previsione del rischio possano essere utili in determinati contesti, mancano tutt'ora modelli validati, affidabili e generalizzabili.⁶ L'obiettivo rimane identificare tutte le variabili ad alto rischio in modo che siano affrontate da parte di un team inter-disciplinare di assistenza sanitaria e sociale prima della dimissione ospedaliera.⁴ Tra gli strumenti possibili rientra una precoce pianificazione della dimissione e l'organizzazione di un adeguato percorso post-dimissione.

Pianificazione della dimissione ospedaliera

La pianificazione della dimissione dall'ospedale dovrebbe iniziare immediatamente dopo il ricovero o almeno alcuni giorni prima rispetto alla dimissione con lo scopo di anticipare potenziali ostacoli e risolverli tempestivamente e dovrebbe coinvolgere un team multidisciplinare, comprendente il paziente e i suoi familiari.

Sono due gli elementi chiave delle cure di transizioni, in questo caso della dimissione ospedaliera: l'utilizzo di metodi interattivi come il "teach-back" e la trasmissione tempestiva e accurata delle informazioni attraverso la lettera di dimissione.

Tabella 1. Le “8P”: identificazione del rischio di eventi avversi per il paziente dopo la dimissione.

Le 8P	Intervento specifico sul rischio	Firma del responsabile dell'intervento
<p><i>Problems with medications</i> (Poli-terapia: >10 farmaci/die o farmaci ad alto rischio tra cui insulina, anticoagulanti, agenti ipoglicemizzanti orali, doppia terapia antiaggregante, digossina o narcotici)</p> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formazione specifica sui farmaci utilizzando il metodo del “teach-back” con il paziente/caregiver <input type="checkbox"/> Scheda di monitoraggio, se necessario (es. warfarin, digossina e insulina) <input type="checkbox"/> Strategie specifiche per la gestione degli eventi avversi da farmaci esaminate con il paziente/caregiver <input type="checkbox"/> Eliminazione dei farmaci non necessari <input type="checkbox"/> Semplificazione dello schema farmacologico per migliorare l'aderenza <input type="checkbox"/> Telefonata di follow-up a 72 h per valutare l'aderenza alla terapia e le eventuali complicanze 	
<p><i>Psychological</i> (Screening positivo per depressione o pregressa diagnosi di depressione)</p> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valutazione della necessità di cure psichiatriche <input type="checkbox"/> Comunicazione con il medico di famiglia per capire se il problema è già noto <input type="checkbox"/> Coinvolgimento/sensibilizzazione della rete di sostegno 	
<p><i>Principal diagnosis</i> (Neoplasia, ictus, diabete mellito, BPCO, insufficienza cardiaca)</p> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revisione delle linee guida nazionali sulle dimissioni, ove disponibili <input type="checkbox"/> Educazione specifica sulla malattia cronica utilizzando il metodo del “teach-back” con il paziente/caregiver <input type="checkbox"/> Piano d'azione, rivisto con il paziente/caregiver, su cosa fare e chi contattare in caso di peggioramento o nuovi sintomi <input type="checkbox"/> Discutere gli obiettivi di cura con il paziente/caregiver 	
<p><i>Physical limitations</i> (Fragilità, malnutrizione o altre limitazioni fisiche che compromettono la capacità di partecipare alle cure)</p> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coinvolgimento della famiglia/degli operatori sanitari per l'assistenza post-dimissione <input type="checkbox"/> Valutazione dei servizi domiciliari per affrontare i bisogni assistenziali <input type="checkbox"/> Telefonata di follow-up a 72 h per valutare la capacità di aderire al piano di assistenza con i servizi e il supporto in atto 	
<p><i>Poor health literacy</i> (Incapacità di eseguire il metodo del “teach-back”)</p> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coinvolgimento del caregiver nella pianificazione delle dimissioni <input type="checkbox"/> Utilizzo del metodo del “teach-back” per formare il paziente/caregiver riguardo il piano di assistenza post-ospedaliero <input type="checkbox"/> Collegamento alle risorse della comunità per ulteriore supporto al paziente/caregiver <input type="checkbox"/> Telefonata di follow-up a 72 h per valutare l'aderenza e le complicanze 	
<p><i>Patient support</i> (Isolamento sociale, assenza di supporto nelle cure, comunicazione insufficiente o assente con il medico di famiglia)</p> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Telefonata di follow-up a 72 h per valutare le condizioni, l'aderenza e le eventuali complicanze <input type="checkbox"/> Appuntamento di follow-up entro 7 giorni dalla dimissione <input type="checkbox"/> Coinvolgimento dei fornitori di servizi di assistenza domiciliare con comunicazione chiara del piano di dimissione <input type="checkbox"/> Reclutamento di un “transition coach”, infermiere specializzato 	
<p><i>Prior hospitalization</i> (Non-elettivo; negli ultimi 6 mesi)</p> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rivedere le ragioni della riospedalizzazione nel contesto di un precedente ricovero <input type="checkbox"/> Telefonata di follow-up a 72 h per valutare le condizioni, l'aderenza e le complicanze <input type="checkbox"/> Appuntamento di follow-up entro 7 giorni dalla dimissione dall'ospedale <input type="checkbox"/> Reclutamento di un “transition coach”, infermiere specializzato 	
<p><i>Palliative care</i> (Saresti sorpreso se questo paziente morisse nel prossimo anno? Questo paziente ha una malattia grave avanzata o progressiva? “No” alla 1° domanda o “Sì” alla 2° domanda = screening positivo)</p> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valutare e affrontare i sintomi <input type="checkbox"/> Valutare la necessità dei servizi di cure palliative <input type="checkbox"/> Identificare gli obiettivi di cura e le opzioni terapeutiche <input type="checkbox"/> Comunicare la prognosi al paziente/familiare/caregiver <input type="checkbox"/> Identificare i servizi disponibili per i pazienti in base allo stato avanzato di malattia <input type="checkbox"/> Discutere con il paziente/caregiver il ruolo delle cure palliative, i servizi a disposizione e i benefici 	

Il “*teach-back*” (Figura 1) è una tecnica di *health coaching* nella quale l’operatore sanitario chiede al paziente o al caregiver di spiegare con le proprie parole quanto appena appreso dallo stesso operatore, consentendo di correggere subito eventuali incomprensioni.⁷

La lettera di dimissione è una registrazione permanente del percorso ospedaliero di un paziente e il più importante strumento di comunicazione tra i servizi ospedalieri e gli operatori di cure primarie. Quando il paziente è ricoverato e sottoposto a procedure e indagini, possono essere diagnosticate nuove patologie e spesso viene modificata la terapia farmacologica: ogni dettaglio dell’assistenza prestata in ospedale deve essere riportato;⁸ ciò è particolarmente importante per gli anziani e per i malati cronici. La lettera di dimissione deve essere sempre consegnata al paziente anche in caso di dimissione contro il parere medico e va allegata anche la dimissione infermieristica al fine di promuovere un lavoro interdisciplinare.^{9,10} Fino a quando un sistema di cartelle cliniche elettroniche universalmente accessibile non collegherà tutti gli operatori sanitari in tutti i contesti assistenziali, sarà necessario stamparla o inviarla in forma digitale.

Organizzazione di un percorso post-dimissione

Un certo numero di pazienti dopo la dimissione dai Reparti di Medicina Interna richiederebbe una rivalutazione del quadro clinico e dell’articolato programma terapeutico per

operare aggiustamenti ed ottimizzare il piano di cura reso complesso dalla sottostante fragilità e dal frequente coinvolgimento multi-organo. Inoltre, circa il 40% dei pazienti al momento della dimissione presenta ancora esami in attesa di refertazione e, di questi statisticamente, circa il 10% richiederà un intervento/modifica terapeutica. Per come è concepito e strutturato attualmente il percorso di dimissione, il medico che accoglie il paziente sul territorio ed il paziente stesso dopo la dimissione non sono a conoscenza di questi risultati, con l’effetto di rendere incompleto/scorretto il completamento dell’iter diagnostico-terapeutico iniziato durante il ricovero.¹¹

Per questo motivo ogni Reparto di Medicina Interna dovrebbe avere la possibilità di istituire un Ambulatorio Internistico, al fine di organizzare un adeguato percorso post-dimissione.

Un altro aspetto da non tralasciare è il cambiamento demografico: il progressivo incremento dell’età media ha determinato la comparsa di un nuovo modello di paziente che, a causa delle sue multi-morbilità, si caratterizza per una crescente complessità.¹² I pazienti cronici, affetti da più patologie tra loro interagenti e sinergizzanti, sono quelli che oggi impegnano maggiormente il Sistema Sanitario Nazionale e assorbono più del 70% dei costi sanitari diretti, provocandone altrettanti indiretti. Rappresentano quindi la vera emergenza sanitaria del III millennio.¹³ L’ambulatorio internistico ha come ulteriore obiettivo quello di prendere in carico i pazienti affetti da malattie croniche (ad esempio: scompenso cardiaco, BPCO, diabete, anemie croniche, aritmie) nell’am-

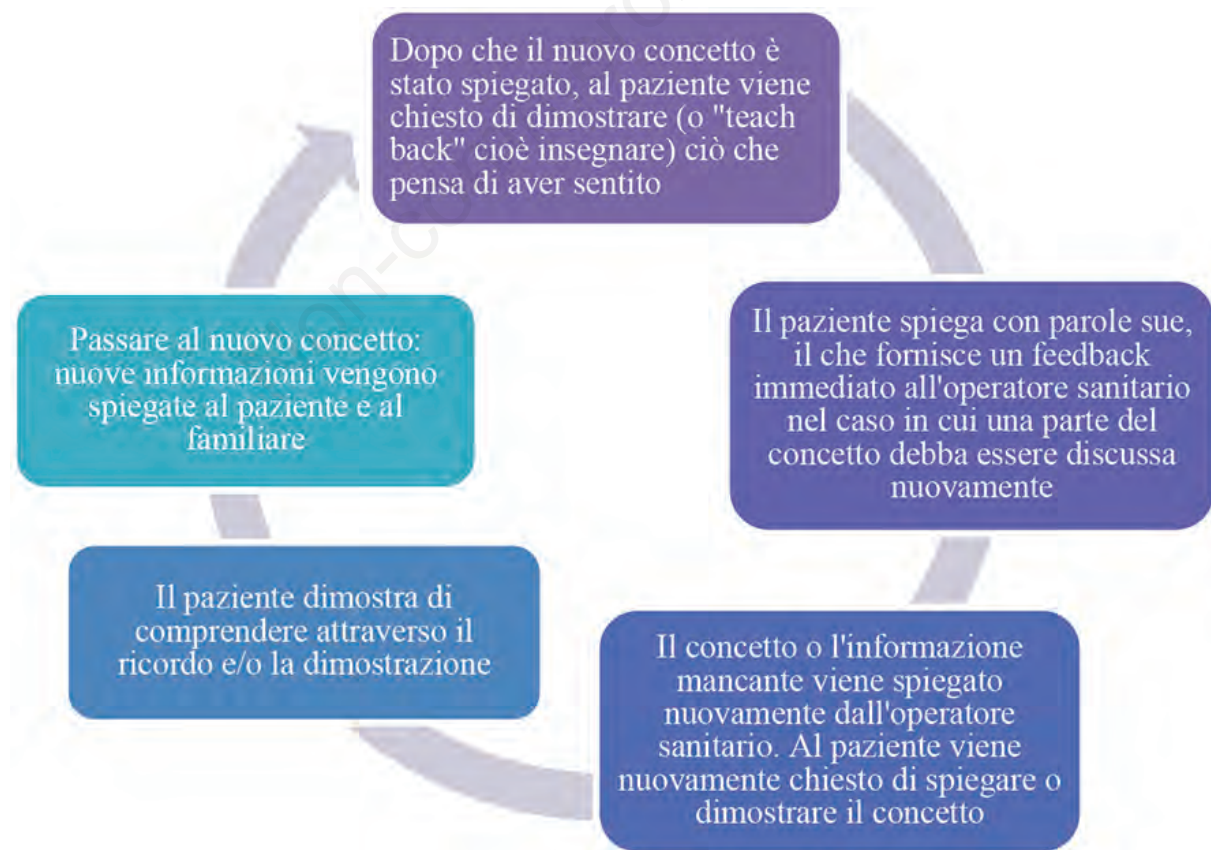


Figura 1. Metodo del “*teach-back*”.

bito di un progetto di *disease management* al fine di: i) migliorare la conoscenza della malattia; ii) aumentare l'aderenza al trattamento; iii) garantire un riconoscimento precoce di riaccutizzazione di malattia; iv) ridurre i re-ricoveri e gli accessi impropri in Pronto Soccorso.

Come redigere una corretta lettera di dimissione?

Sebbene gli standard degli elementi richiesti siano stati definiti dalla *Joint Commission* (Tabella 2), il contenuto, la tempestività, la disponibilità e la qualità della lettera di dimissione variano ampiamente.¹⁴ Il riepilogo incompleto

o ritardato della dimissione riduce potenzialmente la sicurezza delle cure ricevute dal paziente al suo ritorno a casa o alla comunità ed è associato a un rischio sostanzialmente aumentato di riospedalizzazione.¹⁵ Possono esserci diversi ostacoli alla stesura di una lettera di dimissione di qualità ma il motivo principale sembra essere la mancanza di tempo.

La standardizzazione della lettera di dimissione (Tabella 3) ha lo scopo di fornire una guida valida per il personale ospedaliero sulle informazioni che devono includere, in modo da facilitare e rendere più efficace il trasferimento delle cure del paziente alla struttura sanitaria di comunità/di riferimento.

Al fine di poter redigere una corretta lettera di dimis-

Tabella 2. Componenti standard che ogni riepilogo di dimissione ospedaliera dovrebbe contenere stabiliti dalla *Joint Commission*.

1. Motivo del ricovero
2. Procedure e trattamenti effettuati
3. Riscontri rilevanti
4. Condizione del paziente alla dimissione
5. Istruzioni per il paziente e la famiglia
6. Firma del medico che ha curato il paziente

Tabella 3. Esempio di riepilogo standard delle dimissioni.

Ospedale	Nome
Reparto/Dipartimento
Paziente	Nome
	Data di nascita
	Indirizzo
Data di ammissione	Data
Data di dimissione/morte	Data
Modalità di ammissione	Elettivo, emergenza, trasferimento
Disturbo presentato	Il motivo per cui il paziente è stato ricoverato (dolore toracico, dispnea, sincope ecc.)
Anamnesi	Patologie in anamnesi Descrivere anche tutte le allergie conosciute e la forma che assumono Se noti, includere nome e indirizzo del medico di medicina generale
Procedure o interventi significativi	Tutte le procedure/interventi significativi devono essere descritti
Risultati attesi	Specificare il tipo di risultati attesi e le domande cliniche
Risultati significativi	Risultati coerenti con il quesito clinico e la diagnosi Risultati d'indagine che possono essere valutati come accessori
Diagnosi di dimissione primaria	È la diagnosi rilevante per questo ricovero: il motivo principale per cui il paziente è stato ricoverato in ospedale (evitare gli acronimi)
Diagnosi di dimissione secondaria	Includere eventuali comorbilità rilevanti
Riconciliazione farmacologica	Le modifiche possono includere: • la prescrizione di nuovi farmaci • cambiamenti di medicinali esistenti (come cambiamenti di dose o frequenza) • la sospensione dei medicinali che il paziente stava assumendo al momento del ricovero in ospedale
Indicazioni nutrizionali
Raccomandazioni	Vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococcica specialmente in pazienti con età >65 anni
Indagini in corso	Specificare tutte le indagini in sospeso al momento della dimissione
Follow-up (FU)	Specificare il tipo di FU richiesto e le date di FU
Medico specialista	Nome
	Specialità
	Dati di contatto (numero di telefono e/o indirizzo E-mail)

sione il medico responsabile del paziente dovrebbe rimanere lo stesso per tutta la durata della degenza ospedaliera e dovrebbe specificare, accanto alla firma, i suoi contatti di riferimento nel documento rilasciato al paziente.¹⁶

La vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococcica dovrebbe sempre essere raccomandata, soprattutto per gli adulti di età pari o superiore a 65 anni.¹⁷ Nei pazienti anziani la vaccinazione è la misura più efficace per prevenire le infezioni e per ridurne la gravità. Le vaccinazioni antinfluenzali e pneumococciche riducono la morbilità, la mortalità e i costi sanitari, ma nonostante la loro comprovata efficacia e risparmio sui costi, questi vaccini sono spesso sottoutilizzati.¹⁷ Solo il 50% circa degli anziani riceve un vaccino antinfluenzale o un vaccino pneumococcico.

Inoltre, vanno fornite indicazioni nutrizionali: a una crescente consapevolezza del ruolo della nutrizione nell'etiologia di molte malattie degenerative croniche corrisponde una maggiore richiesta d'informazioni e assistenza riguardo alla dieta. Le buone pratiche nutrizionali sono un elemento essenziale per prevenire o controllare malattie come l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'osteoporosi, la cirrosi epatica, le neoplasie. La medicina interna, anche in questo frangente di "cura" non deve infatti tralasciare la sua missione principale, che è quella della prevenzione primaria. Prevedere all'atto della dimissione buoni consigli sull'ambito comportamentale e nutrizionale avrà un impatto positivo non solo sulla qualità di vita del paziente e dei caregiver, ma ridurrà – seppur nel medio-lungo termine – il rischio di nuovi ricoveri e nuove malattie.

La *Joint Commission* ha indicato come altro aspetto fondamentale la cosiddetta "riconciliazione farmacologica".¹⁸ Al momento del ricovero in ospedale il 62% dei pazienti ha almeno un'omissione involontaria riguardante l'anamnesi farmacologica, soprattutto nel caso di anziani o di pazienti con regimi terapeutici complessi.¹⁹ I farmaci prescritti nelle TOC presentano spesso differenze tra il ricovero e la dimissione, non imputabili a un cambiamento delle condizioni cliniche del paziente.

Nonostante gli sforzi in corso per migliorare la riconciliazione farmacologica, i problemi legati ai farmaci continuano a essere tra gli eventi avversi post-dimissione più comuni.²⁰ Per ridurre al minimo i possibili errori è stato suggerito uno schema su cui prestare maggior attenzione: i) nuovi farmaci impostati in terapia durante la degenza ospedaliera che dovrebbero essere proseguiti dopo la dimissione, incluse le informazioni sul motivo e sulla durata prevista per ciascun nuovo farmaco; ii) farmaci continuativi, ovvero che il paziente stava assumendo prima del ricovero in ospedale e che dovrebbe continuare dopo la dimissione: indicare eventuali cambi di dose e/o frequenza e includere sempre le informazioni sul motivo della modifica e sulla durata prevista della modifica; iii) farmaci interrotti, vale a dire farmaci che il paziente stava assumendo prima del ricovero ospedaliero di cui dovrebbe interrompere l'assunzione, incluse le informazioni sul motivo dell'interruzione.

Proprio per le ragioni sopra discusse è molto utile fornire i farmaci al paziente al momento della dimissione: l'anziano, soprattutto in assenza del caregiver, potrebbe avere difficoltà a recarsi dal medico di base e in farmacia lo stesso giorno della dimissione.²¹

Discussione e Conclusioni

La dimissione dall'ospedale può essere un processo pericoloso. Molti pazienti manifestano eventi avversi dopo la dimissione e si stima che il 18% dei pazienti sia riammesso in ospedale entro 30 giorni.^{22,23} Gli eventi avversi post-dimissione costano al sistema sanitario statunitense circa 12-44 miliardi di dollari l'anno.² Determinare quali pazienti avranno eventi avversi post-dimissione è difficile, ma sono stati sviluppati strumenti di valutazione del rischio per aiutare gli operatori ad affrontare specifici ostacoli prima della dimissione. Poiché i pazienti cambiano non solo il luogo di cura ma anche gli operatori sanitari che si occupano di loro, è fondamentale garantire una tempestiva comunicazione attraverso la compilazione della lettera di dimissione. Gli elementi essenziali che non possono mancare in una lettera di dimissione di qualità sono: motivo dell'ospedalizzazione, procedure e cure fornite, risultati significativi, elenco dei test per i quali si attende ancora l'esito, condizione del paziente alla dimissione, istruzioni per la modifica della terapia farmacologica, eventuale follow-up raccomandato. In poche parole, una corretta lettera di dimissione deve essere completa, accurata e standardizzata.

Bibliografia

1. World Health Organization. Transitions of care: technical series on safer primary care. 2016. Disponibile online: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf?sequence=1>.
2. Hansen LO, Young RS, Hinami K, et al. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:520-8.
3. Bray-Hall ST. Transitional care: focusing on patient-centered outcomes and simplicity. *Ann Intern Med* 2012;157:448-9.
4. Project BOOST. Philadelphia, PA: Society of Hospital Medicine; 2012.
5. Van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ* 2010;182:551-7.
6. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA* 2011;306:1688-98.
7. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003;163:83-90.
8. Roy CL, Poon EG, Karson AS, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med* 2005;143:121-8.
9. Alfandre DJ. "I'm going home": discharges against medical advice. *Mayo Clin Proc* 2009;84:255-60.
10. Avalere Health LLC. Optimal nurse staffing to improve quality of care and patient outcomes. 2015.
11. Were MC, Li X, Kesterson J, et al. Adequacy of hospital discharge summaries in documenting tests with pending results and outpatient follow-up providers. *J Gen Intern Med* 2009;24:1002-6.
12. McPhail SM. Multimorbidity in chronic disease: impact

- on health care resources and costs. *Risk Manag Healthc Policy* 2016;9:143-56.
13. Lehnert T, Heider D, Leicht H, et al. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev* 2011;68:387-420.
 14. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Standard IM.6.10, EP 7 Website. Disponibile online: http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/A9E4F954-F6B5-4B2D-9ECF-C1E792BF390A/0/D_CurrenttoRevised_DC_HAP.pdf.
 15. Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med* 2004;164:545-50.
 16. Academy of Medical Royal Colleges. Guidance for taking responsibility: accountable clinicians and informed patients. 2014. Disponibile online: https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2024/04/Taking_Responsibility_Accountable_Clinicians_0614.pdf.
 17. Ashish KJ, Wright SM, Perlin JP, et al. Performance measures, vaccinations, and pneumonia rates among high-risk patients in veterans administration health care. *Am J Public Health* 2007;12:2167-72.
 18. The Joint Commission. National patient safety goals® effective January 2022 for the hospital program. Disponibile online: https://www.thenurseagency.com/uploads/1/1/2/0/112045729/jcaho_npsg_complete_jan_2022.pdf.
 19. The Joint Commission, Division of Health Care Improvement. Transitions of care: managing medications. Disponibile online: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/qs-26-update2-4-21-22.pdf>.
 20. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med* 2011;365:2002-12.
 21. Roughhead L, Semple S, Quality Use of Medicines and Pharmacy Research Centre, Sansom Institute. Literature review: medication safety in acute care in Australia. 2008. Disponibile online: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/16566-LitRev-MedSafetyAcuteCare1.pdf>.
 22. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 2009;360:1418-28.
 23. Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004;170:345-9.

Il case management nelle cure di transizioni

Letizia Tesei^{1,2}

¹Area Infermieristico-Ostetrica, AST Macerata; ²Associazione Nazionale Infermiere, Roma, Italia

Introduzione

I rapidi cambiamenti demografici hanno profondamente modificato il funzionamento della rete dei servizi ospedalieri e territoriali. Il contesto attuale nel quale si opera, infatti, è caratterizzato da mutamenti di tipo demografico, epidemiologico e sociale con invecchiamento della popolazione e, conseguentemente, aumento della prevalenza di patologie cronico-degenerative.¹

La continuità delle cure è uno dei principali obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale, inteso sia come continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario, sia come continuità tra i livelli di assistenza, soprattutto nel confine tra ospedale e territorio. Questa, infatti, rappresenta uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra ospedale e territori.²

Nel percorso di transizione delle cure i *case manager* possono fornire un prezioso contributo nella pianificazione e gestione della stessa. Il *case manager*, coinvolto durante tutti i momenti di transizione e in contatto con il paziente, la famiglia e tutti i professionisti sanitari, può infatti fungere da coordinatore della transizione e ridurre il rischio che si verifichino *outcome* negativi.³

Il passaggio da un setting ad un altro rappresenta un rischio per la persona assistita. Una cattiva gestione dell'assistenza transitoria può portare a problemi di sicurezza dei pazienti e oneri aggiuntivi per le strutture sanitarie. Ad esempio, ogni anno negli Stati Uniti si stimano oltre 3,8 milioni di

riammissioni ospedaliere con un costo medio di circa 15.200 dollari. Ciò può essere dovuto a errori terapeutici, al mancato follow-up di controllo o al mancato proseguimento dei trattamenti o delle terapie prescritte e queste cause sono spesso determinate da errori di comunicazione.⁴

Per questo, le transizioni di cura rappresentano un obiettivo chiave per la qualità e il miglioramento delle prestazioni. Le transizioni di cura possono avvenire all'interno di una struttura, quando ad esempio un paziente viene trasferito da un setting intensivo ad uno con intensità di cura minore, tra struttura ospedaliera e setting territoriale o tra setting diversi ospedalieri o territoriali.

La pianificazione delle modalità di gestione della transizione deve iniziare già dal primo momento di incontro con la persona assistita (pre-ricovero, ricovero, accesso al pronto soccorso, ecc.) e deve essere rivalutata e adeguata durante la degenza ospedaliera del paziente.⁵

È fondamentale che tutti i soggetti coinvolti forniscano informazioni tempestive e coerenti, educazione e sostegno. Questo approccio non solo garantisce la sicurezza del paziente durante la transizione, ma evita costose riammissioni.⁶

L'*Institute for Healthcare Improvement* stima che un programma completo di gestione dell'assistenza transitoria può aiutare i professionisti sanitari dei setting acuti a ridurre le riammissioni. Gli obiettivi di un programma di transizione di cura efficace devono includere qualità dell'assistenza e risultati per i pazienti, sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività, efficienza ed equità, *engagement* del paziente, miglioramento della comunicazione.⁷

Nel percorso di transizione delle cure i *case manager* possono fornire un prezioso contributo nella pianificazione e gestione della stessa. Il *case manager*, coinvolto durante tutti i momenti di transizione e in contatto con il paziente, la famiglia e i professionisti sanitari, può ricoprire il ruolo di coordinatore della transizione riducendo il rischio di *outcome* negativi.⁸

Sulla base della valutazione del team sanitario, della scelta del paziente e delle risorse disponibili, il *case manager*, integrando i diversi aspetti, può sviluppare e coordinare un piano di transizione di efficace.⁹

Il ruolo del *case manager* può oggettivarsi in molteplici funzioni in base ai diversi modelli di *case management*, alle esigenze e alle capacità individuali della persona assistita. Sebbene la gestione dei casi possa non comportare l'erogazione diretta di assistenza sanitaria o di interventi di educazione sanitaria, il *case manager* facilita l'accesso a questi servizi. Può, infatti, aiutare le persone assistite ad utilizzare i servizi sanitari necessari, ma anche a utilizzare servizi di natura non medica.³

Il *case management* rappresenta quindi un'ampia gamma di servizi e diversi metodi di organizzazione degli

Corrispondente: Letizia Tesei, Area Infermieristico-Ostetrica, AST Macerata, Italia.
E-mail: letizia.tesei@hotmail.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e3

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

stessi. È una pratica collaborativa che comprende pazienti, professionisti sanitari, assistenti sociali, altri professionisti e la comunità.¹⁰

Il processo di *case management* in tal senso facilita la comunicazione e rende più efficace il coordinamento e la gestione dell'assistenza durante il percorso di transizione. Riconoscendo il diritto del paziente all'autodeterminazione, l'importanza dei determinanti sociali della salute e la complessità dell'assistenza, gli obiettivi del *case management* includono il raggiungimento di una salute ottimale, l'accesso ai servizi e l'utilizzo appropriato delle risorse.

Il *case management*, inteso come gestione clinico-organizzativa-assistenziale fondata sul caso specifico, attraverso una pianificazione del percorso che il paziente dovrà compiere per trovare risposta allo specifico problema di salute, rappresenta una particolare "scienza" che può trovare applicazioni interessanti in organizzazioni come l'ospedale in continuità con il territorio.¹¹

Il *case management* e il ruolo del *case manager* nelle transizioni di cura

Il *case management* inizia a comparire nella letteratura scientifica intorno alla metà degli anni 80 ad indicare un processo di erogazione delle prestazioni sanitarie in cui al centro c'è la persona assistita e con lo scopo di integrare al massimo gli interventi necessari, evitando il più possibile la frammentazione e la casualità.¹²

Il fine di questa nuova visione è quindi quello di garantire un'assistenza appropriata nella logica della continuità assistenziale volta al miglioramento della qualità della vita delle persone nel loro percorso di malattia. Una definizione completa per chiarire il *case management* è infatti: "un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, coordinamento dell'assistenza, valutazione ed *advocacy* per le opzioni e le prestazioni che corrispondono ai bisogni sanitari globali della persona e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili per promuovere *outcome* di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia".¹³

Nell'ambito delle transizioni di cura i *case manager* svolgono un ruolo fondamentale per garantire transizioni di alta qualità. Nello specifico, il ruolo di questa figura si finalizza nella valutazione e identificazione dei pazienti ad alto rischio, coordinamento dell'assistenza, facilitazione della riconciliazione farmacologica e dell'educazione dei pazienti e dei loro sistemi di supporto per migliorarne la capacità di autogestione.⁸

Il *case manager* nel percorso di transizione può assumere diversi ruoli, in base al setting, ai bisogni e alle competenze e conoscenze cliniche, con l'obiettivo di costruire un percorso adeguato:

- i) agente di cambiamento: il *case manager* sperimenta, implementa e diffonde un nuovo sistema di assistenza al paziente con il fine di aumentare nella persona la capacità di adottare scelte consapevoli e uno stile di vita sano.
- ii) consulente: il *case manager* guida l'approccio interprofessionale all'interno del processo di gestione del caso e svolge la funzione di consulente per i diversi professionisti sanitari, i pazienti e le famiglie. Favorisce infatti una miglior comprensione degli standard assistenziali e facilita il coordinamento dei diversi interventi diagnostici e

terapeutici, svolgendo un importante ruolo nell'identificazione delle pratiche che migliorano l'assistenza in termini sia di efficacia che di efficienza.

- iii) educatore: l'educazione del paziente e l'istruzione della famiglia sono aspetti fondamentali del *case management*. Al momento dell'ammissione nei diversi setting il *case manager* stima il fabbisogno educativo del paziente e le necessità di istruzione della famiglia e assicura che sia realizzato un piano educativo per rispondere a queste necessità. Lo scopo è quello di rendere il più indipendente possibile il paziente e la sua famiglia nella gestione della patologia. È fondamentale fornire alla persona e alla sua famiglia informazioni complete, chiare e comprensibili.
- iv) coordinatore e facilitatore di assistenza: il *case manager* coordina e facilita la realizzazione del piano di transizione di cura al fine di ridurre la frammentazione o evitare inutili duplicazioni. Promuove la collaborazione tra i diversi setting e i diversi professionisti. Avendo la visione complessiva del processo di assistenza, opera per facilitare il collegamento e l'attivazione delle risorse necessarie, in particolare in ambito comunitario.
- v) manager di risorse: il *case manager* adegua le risorse alle necessità del paziente, valutando l'intensità assistenziale richiesta. Verifica il corretto utilizzo di queste durante il processo di transizione. Per far questo è necessario che conosca tutte le risorse e i diversi servizi disponibili sul territorio.
- vi) manager dei risultati e della qualità: il *case manager* assume un ruolo fondamentale nella definizione degli indicatori per lo sviluppo dei percorsi clinici. La valutazione dell'assistenza fornita è l'elemento determinante per analizzare il percorso di transizione di cura e per migliorarne continuamente la qualità e l'efficacia. Un risultato molto importante è la soddisfazione della persona assistita.¹⁴

I *case manager* si trovano quindi in una posizione dinamica utile per orientare la transizione di cura della persona da un setting all'altro in una logica di *continuum*, integrando tutte le risorse necessarie e ottimizzando i costi dell'assistenza.

Attività riconducibili al *case manager*

Identificazione e coordinamento della transizione

Si tratta della valutazione e gestione dei casi e identificazione dei pazienti con bisogni post-acuti, compresi quelli a rischio di riammissione per i quali si pianificano priorità e interventi secondo necessità: i) per i pazienti a rischio di riammissione, definizione di interventi finalizzati alla prevenzione e gestione proattiva del rischio; ii) valutazione dei casi di riammissione per identificare e implementare strategie di miglioramento.

L'identificazione e la documentazione dei bisogni di assistenza e degli interventi per la gestione del processo di transizione vengono formulati entro 24/48 ore dall'ammissione nel setting considerando i seguenti elementi: i) esigenze clinico-assistenziali legate allo stato clinico del paziente e del livello di cura richiesto; ii) bisogni psicosociali; iii) livello di comprensione e partecipazione al processo di assistenza del paziente/famiglia/caregiver.

Nell'ambito della pianificazione del processo di transizione il *case manager* assicura il setting di assegnazione, garantisce un sequenziamento tempestivo e sviluppa il piano di

assistenza transitorio incorporando obiettivi a breve e lungo termine del paziente.

Inoltre, il *case manager* fornirà le necessarie informazioni clinico-assistenziali e psicosociali al team del setting di assegnazione e garantirà e rafforzerà l'educazione proattiva del paziente della famiglia e del caregiver con l'obiettivo di ridurre al minimo il rischio di riammissione.

Identificazione delle risorse comunitarie

Il *case manager* si occupa dell'identificazione delle risorse comunitarie disponibili e attivabili, del supporto e dell'orientamento al paziente finalizzati alla promozione di scelte consapevoli riguardo alle risorse comunitarie utilizzabili.

Coordinamento della transizione

Si tratta di: i) organizzazione e implementazione di tutti gli elementi del piano di transizione e comunicazione a tutti gli attori coinvolti nel processo di transizione (team sanitario, paziente/famiglia/caregiver); ii) trasmissione di tutte le informazioni necessarie per la continuità delle cure e la sicurezza del paziente.

Il coordinamento della transizione si oggettiva quindi in un processo attraverso il quale la valutazione, la pianificazione e gli interventi integrano, garantiscono e fanno avanzare efficacemente il piano di cura per supportare transizioni di successo.

Monitoraggio

Utilizzando un sistema di stratificazione del rischio, il *case manager* garantisce per i pazienti a rischio di riammissione un follow-up almeno 48 ore post-dimissione ed entro 72 ore. Il *case manager* si occupa del contatto attraverso modalità elettroniche, telefoniche o di persona con il paziente/la famiglia entro le 72 ore al fine di monitorare il processo di transizione per convalidare il successo del piano di transizione e della partecipazione alle attività di monitoraggio dei ritardi di dimissione/giorni di degenza evitabili e alle attività di miglioramento.¹⁵

Le competenze, la leadership e l'esperienza del *case manager* rappresentano le caratteristiche che hanno l'influenza più positiva sull'esperienza del paziente, dell'assistenza integrata, dell'autogestione e dell'utilizzo dei servizi. Il coordinamento, la comunicazione e le capacità di networking migliorano l'assistenza integrata e facilitano la collaborazione tra professionisti e le transizioni tra i servizi sanitari, per le quali l'accesso alle informazioni risulta essere un punto fondamentale.¹⁶

Considerazioni e riflessioni finali

Le persone con condizioni croniche possono avere bisogni sanitari complessi, dovuti a comorbidità e condizioni di fragilità e/o vulnerabilità sociali; possono diventare utenti abituali dei servizi sanitari. Organizzare servizi per migliorare l'assistenza a questi pazienti con bisogni complessi è diventata oggi una priorità per i sistemi sanitari e richiede un'integrazione dei servizi offerti dai diversi setting sanitari, sociali e quindi anche comunitari. I modelli integrati di cure che fanno riferimento al *case management* possono migliorare la qualità delle cure, la soddisfazione dei pazienti, l'accesso alle

cure e le transizioni di cura e possono ridurre la probabilità di ospedalizzazione, rispetto alle cure abituali.¹⁷ I programmi di *case management* per le persone con bisogni complessi costituiscono una strategia efficace per migliorare l'esperienza della persona e l'assistenza integrata e per ridurre i costi sanitari. Il *case management* nell'ambito della transizione di cura è un processo dinamico e sistematico e si avvale di un approccio collaborativo per garantire, coordinare, e integrare cure e servizi per i pazienti. Il *case manager* è un professionista chiave che valutando, pianificando, mettendo in atto interventi coordinati dà priorità ai servizi in base alle esigenze delle persone assistite e offre supporto per l'autogestione e l'autodeterminazione.

La maggior parte degli studi che hanno avuto come focus di attenzione il ruolo del *case manager* nell'ambito dei processi di transizione delle cure hanno evidenziato risultati efficaci in termini di soddisfazione e qualità della vita della persona, utilizzo appropriato dei servizi sanitari, riduzione degli accessi al pronto soccorso, dei tassi di ospedalizzazione e dei costi.¹⁸

Bibliografia

1. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:556-7.
2. Ministero della Salute. Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile online: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1144_ulterioriallegati_ulterioreallegato_2_alleg.pdf.
3. Giardino AP, De Jesus O. Case management. Disponibile online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562214/>.
4. Beauvais B, Whitaker Z, Kim F, Anderson B. Is the hospital value-based purchasing program associated with reduced hospital readmissions? *J Multidiscip Healthc* 2022;15:1089-99.
5. Wiecek E, Kocot E, Evers S, et al. Care provision aspects that affect care transition in the long-term care systems: preliminary review findings. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:6402.
6. Bhati D, Deogade MS, Kanyal D. Improving patient outcomes through effective hospital administration: a comprehensive review. *Cureus* 2023;15:e47731.
7. Rammohan R, Joy M, Magam SG, et al. The path to sustainable healthcare: implementing care transition teams to mitigate hospital readmissions and improve patient outcomes. *Cureus* 2023;15:e39022.
8. Campagna V, Nelson SA, Krsnak J. Improving care transitions to drive patient outcomes: the triple aim meets the four pillars. *Prof Case Manag* 2019;24:297-305.
9. American Case Management Association. What is case management? Disponibile online: <https://www.acmaweb.org/section.aspx?sID=136>.
10. Moo A, Bywood P, Clark B, McMillan J. Best practices for person-centred case management. Disponibile online: https://research.iscr.com.au/_data/assets/pdf_file/0010/2652715/298_Person_centred-case-management_FINAL.pdf
11. CORE. What is case management? An overview of its models and process. Disponibile online: <https://oncoredevit.com/news-and-insights/utilization-case-manage->

- ment/what-is-case-management-an-overview-of-its-models-and-process/.
12. Calamandrei C, Orlandi C. *La dirigenza infermieristica*. New York: McGraw-Hill Education; 2015.
 13. Nilsen P, Seing I, Ericsson C, et al. Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Serv Res* 2020;20:147.
 14. Chiari P, Santullo A. *L'infermiere case manager: dalla teoria alla prassi*. New York: McGraw-Hill Education; 2010.
 15. Vernon D, Brown JE, Griffiths E, et al. Reducing readmission rates through a discharge follow-up service. *Future Healthc J* 2019;6:114-7.
 16. Hudon C, Chouinard MC, Bayliss E, et al. Challenges and next steps for primary care research. *Ann Fam Med* 2018;16:85-6.
 17. Dorlin G, Fountain T, McKenna S, Suresh B. The evidence for integrated care. Disponibile online: <https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/The%20evidence%20for%20integrated%20care/The%20evidence%20for%20integrated%20care.ashx>
 18. Buja A, Francesconi P, Bellini I, et al. Health and health service usage outcomes of case management for patients with long-term conditions: a review of reviews. *Prim Health Care Res Dev* 2020;21:e26.

Non-commercial use only

Chronic Care Model: il modello delle “cure di transizione” per i pazienti cronici

Samantha Grimaldi,¹ Beatrice Pisani²

¹SC Medicina Interna 2 P.O., Levante Asl2 Savonese, Savona; ²Area Provinciale Grossetana UOC Programmazione e Sviluppo Professioni Infermieristiche e Ostetriche, Azienda USL Toscana Sud Est Sede Operativa Grosseto P.O. Misericordia, Grosseto, Italia

Introduzione

Il problema della cronicità rappresenta una sfida molto importante per il futuro di tutte le popolazioni mondiali poiché, come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le malattie croniche sono “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni” e richiederanno l'impegno di circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale.

Di fatto, in tutto il mondo, le malattie croniche continuano a rappresentare un onere significativo in termini di morbilità e mortalità. Il diabete mellito, l'ipertensione, la malattia cardiovascolare e la broncopneumopatia cronica ostruttiva sono quattro principali stati patologici cronici con un'elevata prevalenza nelle popolazioni di tutto il mondo. L'incidenza di queste quattro malattie è aumentata rapidamente negli ultimi decenni. I modelli storici di assistenza clinica, in gran parte sviluppati per la gestione delle malattie acute, si stanno dimostrando meno in grado di soddisfare le complesse esigenze del crescente onere delle cure croniche. Di conseguenza, una terapia inefficace e un controllo non ottimale della malattia potrebbero portare all'insoddisfazione del paziente. Inoltre, l'aumento della domanda di assistenza sanitaria ha portato ad un aumento sostanziale del carico medico, compresi ricoveri ospedalieri evitabili e spese sanitarie non necessarie.¹

Corrispondente: Samantha Grimaldi, SC Medicina Interna 2 P.O., Levante Asl2 Savonese, Savona, Italia.
E-mail: sa.grimaldi@asl2.liguria.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e4

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Epidemiologia

In Italia le persone affette da una patologia cronica (le più frequenti sono ipertensione, artrite/artrosi e malattie allergiche) sono 24 milioni, per una spesa sanitaria che sfiora i 67 miliardi di euro. Ne sono affette più le donne rispetto agli uomini (che però hanno una minore aspettativa di vita). Forti sono le differenze regionali e locali. Altri fattori di differenza includono il titolo di studio e la professione svolta. “L'elevata cronicità è un tratto distintivo dei Paesi a sviluppo economico avanzato ed è allo stesso tempo un elemento di criticità per i sistemi sanitari. Sostenibilità della spesa sanitaria ed equità le sfide che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve affrontare al più presto”. Le proiezioni della cronicità indicano che nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni. La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione; le persone affette da diabete saranno 3,6 milioni ed i malati di cuore 2,7 milioni. Quanto alle diverse fasce della popolazione, nel 2028, tra la popolazione della classe di età 45-74 anni, gli ipertesi saranno 7 milioni, i malati di diabete circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione.²

Chronic Care Model

Il *Chronic Care Model* (CCM), uno dei modelli organizzativi ampiamente riconosciuti nel mondo, è stato proposto da Wagner *et al.* negli anni 90.³ È servito da quadro proattivo incentrato sulla persona, basato sull'evidenza e che mira a riprogettare i sistemi di assistenza ambulatoriale e ottenere un miglioramento dell'assistenza sanitaria per gli assistiti affetti da malattie croniche. Il CCM suggerisce, infatti, strategie per migliorare gli *outcome* delle persone affette da patologie croniche, suggerendo degli interventi in quattro aree principali: i) cure basate sulle evidenze; ii) riorganizzazione dei sistemi di pratica e dei ruoli dei providers; iii) impegno al supporto nell'autogestione dei pazienti; iv) semplificazione dell'accesso alle competenze e alle informazioni cliniche. Da queste derivano sei componenti di gestione, tra cui il sistema sanitario o un'organizzazione sanitaria, i sistemi di informazione clinica, il supporto alle decisioni, la progettazione del sistema di erogazione, il supporto all'autogestione e le organizzazioni che includono la comunità e risorse per i pazienti (Tabella 1).

Wagner *et al.* hanno suggerito che le interazioni tra assistiti e operatori sanitari dovrebbero consistere in processi e

incentivi ben sviluppati che consentano cambiamenti nel sistema di erogazione delle cure.³ Inoltre, questi CCM potrebbero fornire un supporto comportamentale complicato per l'autogestione dando priorità al miglioramento della fiducia e delle capacità dei pazienti, in modo che i pazienti possano essere i gestori finali delle proprie malattie. Inoltre, come indicato da Wagner *et al.*,³ i CCM potrebbero riorganizzare la funzione del team e i sistemi di pratica; sviluppare e implementare linee guida basate sull'evidenza e supportare tali linee guida attraverso la formazione degli operatori, promemoria e una maggiore interazione tra generalisti e specialisti; nonché migliorare i sistemi informativi per facilitare lo sviluppo di registri delle malattie, sistemi di tracciamento e promemoria e per fornire feedback sulle prestazioni. Finora, la CCM è stata adottata e implementata in molte aree della pratica medica. I risultati di questi studi hanno suggerito che l'implementazione del CCM potrebbe migliorare notevolmente i risultati medici e ridurre gli oneri medici non necessari. Le strategie per prevenire ricoveri evitabili suggerite da articoli in letteratura sono fortemente connesse con le componenti del CCM, come la formazione all'autogestione sia per gli assistiti che per gli operatori sanitari, identificazione delle risorse comunitarie esistenti, sistemi elettronici di cartelle cliniche per il monitoraggio, nonché condivisione e collegamento tra servizi ambulatoriali, ospedali e comunità e assistenza primaria.¹

L'implementazione di elementi del modello di assistenza cronica nello sviluppo di modelli di assistenza acuta può migliorare gli esiti dei pazienti e ridurre i ricoveri ospedalieri non necessari per le persone anziane.⁴ Il CCM rappresenta senza alcun dubbio un cambio di paradigma, un passaggio da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa. Occorre farsi carico proattivamente del paziente cronico nelle varie fasi della malattia e non solo durante l'insorgenza dell'evento acuto e ciò necessita di un sistema sanitario in cui i vari professionisti integrino le loro competenze in modo da creare percorsi di cura condivisi.

La sanità ed i contesti organizzativi

Negli ultimi decenni, nella realtà italiana, abbiamo assistito a una compressione dei posti ospedalieri superiore al 50% dal 1980 al 2000, a una riduzione dei giorni di degenza di quasi il 45% e a una riduzione della degenza media del 40%. Tutti questi interventi avrebbero dovuto rimuovere la centralità dell'ospedale nell'organizzazione sanitaria, a favore della crescita del territorio, ma di fatto non è stato così. La costante urgenza nel mantenere un elevato numero di dimissioni giornaliere ospedaliere per assicurare i ricoveri, la scarsa capacità del territorio di sostenere la domiciliazione dell'assistito, il disgregarsi del modello patriarcale con

conseguente difficoltà della famiglia di accogliere e curare una persona anziana, l'invecchiamento della popolazione e la cronicità/complessità delle patologie, che sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità, fragilità e non autosufficienza, hanno portato a sviluppare nuovi modelli organizzativi dedicati alla cronicità in grado di offrire soluzioni intermedie all'ospedale, ormai, essenzialmente dedicato ad accogliere assistiti acuti, gravi e complessi.

Il *transitional care* e la presa in cura dell'assistito

Il *transitional care* è una metodologia di presa in cura relativamente nuova che vedrà una rapida evoluzione grazie ai finanziamenti del piano nazionale di ripresa e resilienza e alle grandi opportunità che nascono dalla riorganizzazione della sanità territoriale con il Decreto Ministeriale n.77 del 21/04/2022. Il termine *transitional care* è l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dalla persona assistita trasferita al proprio domicilio o durante il trasferimento ad altri livelli di cura.⁵ Gli obiettivi del modello di *transitional care*, sono finalizzati a supportare lo staff ospedaliero nel gestire il processo di dimissione nei tempi giusti, diminuire le riammissioni negli ospedali, garantire la continuità assistenziale, assicurare l'educazione degli assistiti-caregiver e promuovere la sicurezza nella continuità delle cure.⁶ Il percorso può essere di tipo *step up*, in cui si cerca di prevenire ospedalizzazioni o consumi di servizi specialistici inappropriati attraverso la medicina d'iniziativa e follow-up, o di tipo *step down*, in cui si cerca di accompagnare le dimissioni dei potenziali assistiti *bed blockers* (persona pronta per la dimissione ma che non può lasciare l'ospedale perché non è stato predisposto un percorso di continuità assistenziale) verso nodi di cure intermedie più appropriati grazie al coinvolgimento di team multidisciplinari, all'adozione di strumenti operativi utili al passaggio corretto delle informazioni e alla determinazione di percorsi *ad hoc*. L'adozione di questo modello garantisce durante i percorsi di "transizione", il corretto passaggio d'informazioni tra i due team assistenziali e ottimizza i tempi di presa in cura nei vari contesti sia ospedalieri che territoriali. Promuovere la continuità delle cure nel territorio, significa: offrire risposte adeguate ai bisogni assistenziali, sostenere la persona e la famiglia nel gestire al meglio la malattia nella propria abitazione ed individuare tempestivamente l'eventuale aggravamento dello stato di salute (crisi, complicanze, ricadute cliniche, nuove comorbidità, nuove disabilità), o cambi cruciali del proprio ambiente sociale e di vita (ad esempio, un lutto). Il *transitional care* opera a favore degli interessi degli

Tabella 1. Componenti del *Chronic Care Model*.

Componente	Interventi
Sistema sanitario	Organizzazione dell'assistenza sanitaria fornendo una leadership che garantisca risorse e che rimuova le barriere all'assistenza
Supporto all'autogestione	Facilita l'apprendimento basato sulle competenze e sull'empowerment del paziente
Supporto decisionale	Fornire una guida per l'implementazione dell'assistenza basata sull'evidenza
Progettazione del sistema di erogazione	Coordinare i processi di assistenza
Sistemi di informazione clinica	Monitorare i progressi attraverso feedback sugli outcome a pazienti e operatori sanitari
Risorse e politiche della comunità	Sostenere l'assistenza utilizzando risorse basate sulla comunità e politiche di salute pubblica

assistiti, dei suoi familiari, dei professionisti e dei servizi del SSN. Alla persona viene proposto il setting di cura più appropriato e viene accompagnato nei processi di transizione da un ambito all'altro, senza che debba cercare di procurarsi soluzione estemporanee allo scopo di tamponare il disagio. I caregiver vengono sostenuti nel processo di elaborazione e nella governance della situazione critica, nonché sollevati e supportati per un periodo congruo alla gestione della fragilità. I professionisti sanitari, allo stesso tempo, non devono preoccuparsi di ricercare dei possibili luoghi di dimissione o di accoglimento per i loro assistiti, potendosi così concentrare sull'attività clinica-assistenziale. Sono molti gli interventi socio-sanitari che coinvolgono i vari professionisti e possono includere la gestione dei dati grazie all'informatizzazione della cartella clinica, la condivisione delle informazioni, la formazione dell'assistito e del caregiver, le consulenze/colloqui con altri professionisti, i monitoraggi e il follow-up. Tutte le attività devono essere, pertanto, ripensate e riconfigurate per assicurare tempestività (a favore della sanità di iniziativa, nella possibile riduzione dei tempi di attesa di visite e/o esami strumentali), per l'efficacia assistenziale e l'efficienza del setting di cure domiciliari.

La centrale operativa territoriale (COT) garantisce la continuità assistenziale della persona nel percorso di dimissione dall'ospedale, presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno socio-sanitario complesso, l'unità di valutazione multidisciplinare zonale competente. Coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera e territoriale. Coinvolge la persona assistita e la famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace. Allo stesso tempo, l'ospedale deve adottare modelli organizzativi quali il *transitional care*, utile a promuovere la connessione e l'integrazione con altre strutture e reti territoriali. L'obiettivo da raggiungere è lavorare per “reti cliniche”, per percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) “integrati” ospedale-territorio e acquisire metodologie operative agili e flessibili, abbandonando per sempre l'organizzazione a silos o verticali che tendono ad aumentare la separatezza dell'ospedale e dei territori e impediscono processi di ottimizzazione e di *lean management*.

Ospedali e territorio devono evolvere nei loro modelli organizzativi e gestionali insieme e in un approccio integrato. Solo intervenendo su entrambe le dimensioni operative dei Sistemi Sanitari Regionali sarà possibile implementare approcci di ottimizzazione, *lean management*, *project management* ed elevare i livelli di sicurezza e di qualità delle attività assistenziali erogabili.

Come integrare l'ospedale e il territorio: il *transitional care*

Senza integrazione non c'è continuità assistenziale. La continuità assistenziale delle cure si realizza quando sussiste una relazione tra la dimensione relazionale tra assistito e professionista (fondata sulla comunicazione, sulla fiducia, il comfort e la condivisione di valori), informativa (si riferisce alla capacità di trasferire e predisporre di tutte le informazioni cliniche rilevanti) e gestionale (garantisce che gli interventi

erogati siano tra loro complementari, coerenti e puntuali). Il *transitional care* favorisce l'integrazione tra i professionisti della salute, riafferma la centralità della persona e promuove la personalizzazione delle cure mediante la progettazione e l'implementazione di reti cliniche e PDTA perseguendo obiettivi quali equità, efficacia ed efficienza.

Come si realizza il modello di *transitional care*?

Modalità organizzative

La COT, quale modello organizzativo innovativo, svolge una funzione di coordinamento della presa in cura della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Rappresenta un modello di governo dei percorsi in uscita dalla fase ospedaliera acuta dell'assistito alla fase post-acuta, ma anche di episodi di riacutizzazione che si verificano nel territorio al fine di evitare un ricovero improprio, garantendo equità di fruizione delle risorse disponibili. Risponde ad una utenza ampia che va dal minore all'anziano, con una temporaneità della presa in cura socio-sanitaria e la collocazione degli interventi in un momento delimitato della vita della persona, favorendo una comunicazione bidirezionale ospedale/territorio. Nello specifico nel percorso di transizione si occupa di: ricevere le segnalazioni della rete dei professionisti ospedalieri/territoriali, coinvolge il team multiprofessionale nell'identificare i bisogni clinico-assistenziali, definisce il percorso appropriato se domiciliare e/o in strutture territoriali quali ospedale di comunità-leniterapia-residenza sanitaria assistenziale in condivisione con l'assistito/famiglia, coordina il processo di dimissione e verifica la fornitura di ausili.

Team multidisciplinare

Il personale coinvolto è costituito da i) medico di comunità che coordina a livello distrettuale i professionisti nella definizione del percorso, monitora e valuta i risultati, garantisce il rispetto della presa in cura nei tempi previsti, programma a livello zonale; ii) infermiere COT che supporta la persona/famiglia nella gestione degli aspetti organizzativi, prende in cura la persona già nella fase ospedaliera confrontandosi con i colleghi e raccogliendo tutte le informazioni necessarie (bisogni clinico-assistenziali-sociali), si interfaccia con l'infermiere di famiglia, controlla e monitora il percorso attivato inclusi gli infermieri specialisti se necessario; iii) infermiere di riferimento (IR) è l'infermiere che ha in cura la persona assistita in ambito ospedaliero dal momento del ricovero; si occupa di individuare mediante l'accertamento infermieristico i modelli disfunzionali, pianificare l'assistenza, promuovere la continuità ospedale-territorio adottando gli strumenti in uso, predisporre la lettera di dimissione e verificare che tutti i percorsi/servizi siano stati attivati; iv) infermiere di famiglia e comunità (IFeC), ossia l'infermiere che riceve le informazioni necessarie a garantire tempestivamente la presa in cura dell'assistito al momento della dimissione, fornisce al collega IR tramite la COT le informazioni necessarie in caso di ricovero dell'assistito; v) assistente sociale, fisioterapista e operatore socio sanitario in caso di necessità.

Fasi del processo

Le fasi del processo sono tre e servono a definire per tempo la presa in cura dell'assistito alla dimissione coinvolgendo i professionisti e attivando i percorsi necessari. La prima fase è la segnalazione (Figura 1), l'IR insieme al medico tutor e/o altre figure professionali, entro le 48/72 ore dal ricovero dell'assistito, segnala alla COT i bisogni clinico-

assistenziali relativi al "qui ed ora" Figura 2. La seconda fase è la valutazione-briefing del team COT che individua il percorso e il piano assistenziale individuale adeguato, trasmettendolo ai colleghi ospedalieri. L'*handover*, pratica per la sicurezza del paziente, è uno schema comunicativo, strutturato e scritto che il personale infermieristico-medico sia del territorio che dell'ospedale utilizza per il sicuro ed efficace passaggio delle informazioni. Viene trasmesso alla COT il

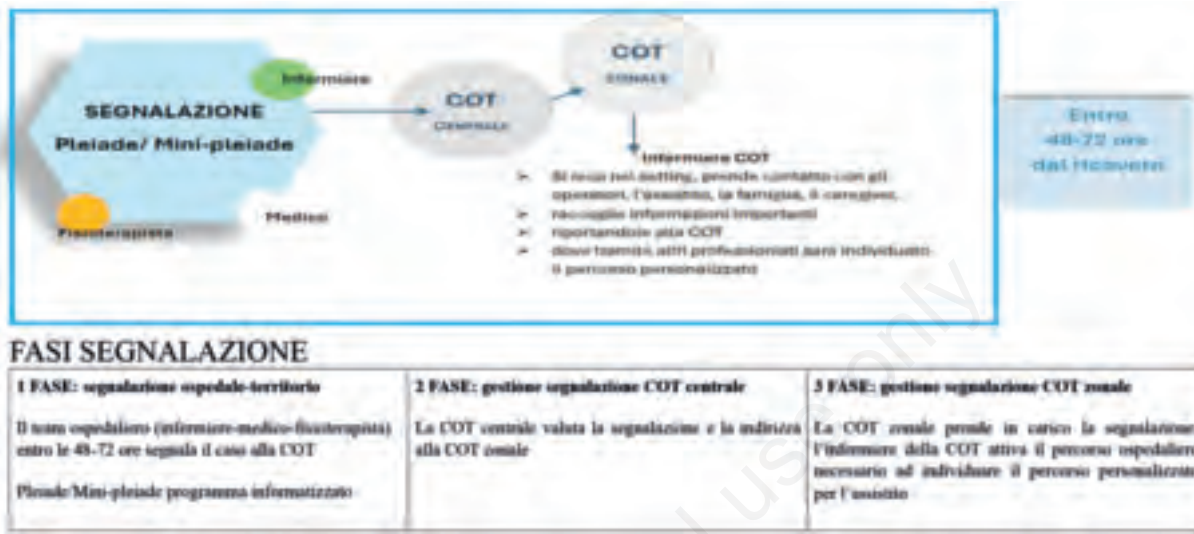


Figura 1. Processo di segnalazione ospedale-territorio. COT, centrale operativa territoriale.

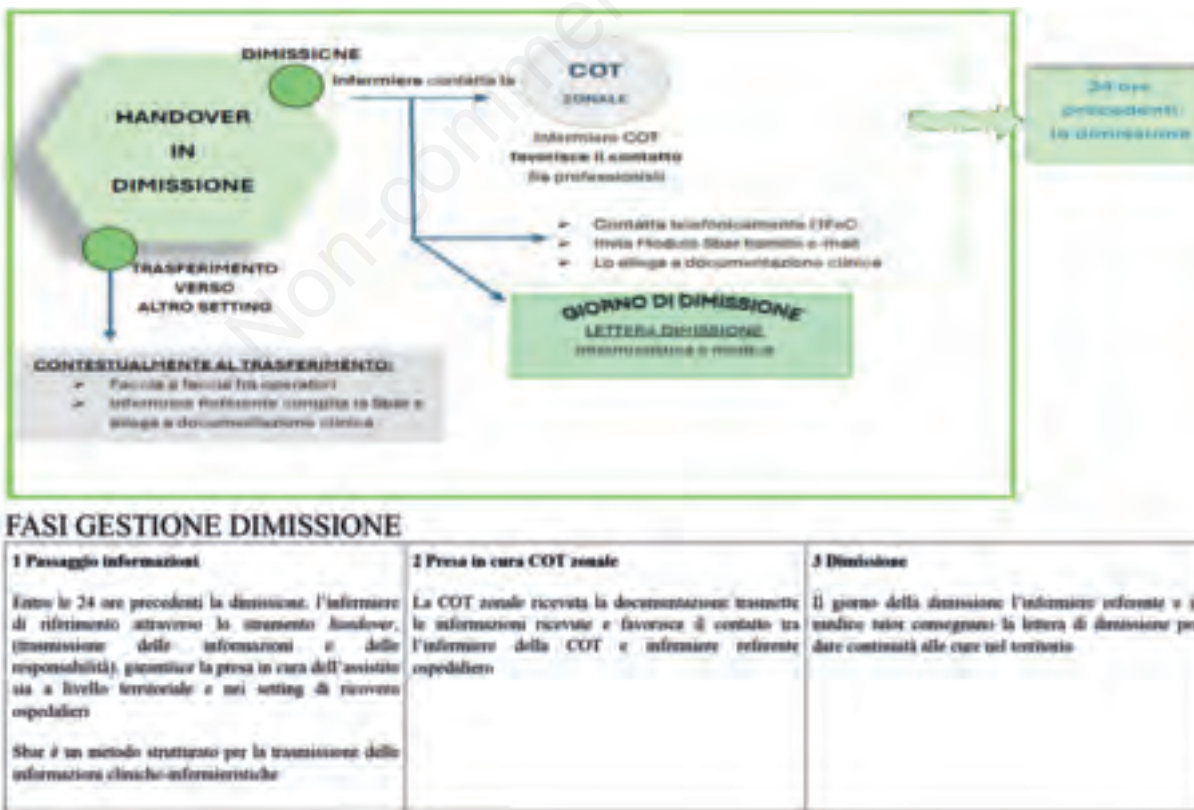


Figura 2. Processo di dimissione ospedale-territorio. COT, centrale operativa territoriale; IFeC, infermiere di famiglia e comunità; Sbar, situazione-contesto-valutazione e raccomandazioni.

giorno prima della dimissione dell'assistito e successivamente inviato all'IFeC (Figura 2). La terza fase è la dimissione: l'IR ed il medico tutor preparano e consegnano la lettera di dimissione con tutte le informazioni necessarie (indicazioni sulle medicazioni, indicazioni terapeutiche, follow-up)

Conclusioni

L'attività ospedaliera necessita di una forte integrazione organizzativa con l'assistenza territoriale. È di fondamentale importanza che siano sviluppate connessioni e modalità di relazione a ponte in un'ottica della continuità delle cure allo scopo di assicurare alla persona fragile e con patologie croniche un'assistenza personalizzata tarata sui bisogni di salute. I cittadini non accettano più servizi frammentati, disaggregati in cui spetta al fruitore ricercare unitarietà e continuità. L'assistito si aspetta che ci sia un unico punto di riferimento che esprima una diagnosi unitaria e che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente. L'assistenza integrata deve garantire la continuità delle cure sanitarie e dell'assistenza sociosanitaria grazie a strutture intermedie collocate tra ospedale e territorio in grado di dare risposte tempestive. Il personale infermieristico avrà l'opportunità di acquisire nuove competenze in ambito professionale allo scopo di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute sempre più complessi

Bibliografia

1. Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, et al. Benefits and limitations of implementing chronic care model (CCM) in primary care programs: a systematic review. *Int J Cardiol* 2018;258:279-88.
2. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto osservasalute 2022. Disponibile online: <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2022>.
3. Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7234), 569–572. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7234.569>
4. Hickman LD, Rolley JX, Davidson PM. Can principles of the chronic care model be used to improve care of the older person in the acute care sector? *Collegian* 2010; 17:63-9.
5. Parry C, Mahoney E, Chalmers SA, Coleman EA. Assessing the quality of transitional care: further applications of the care transitions measure. *Med Care* 2008; 46:317-22.
6. Kangovi S, Grande D. Transitional care management reimbursement to reduce COPD readmission. *Chest* 2014; 145:149-55.

Transitional care come strumento per ridurre la degenza ospedaliera: opportunità e limiti

Mario Alessandri,¹ Andrea Montagnani²

¹UOC Medicina Interna, Dipartimento Medicina Interna e Specialistiche, USL Toscana Sud Est, Orbetello; ²UOC Medicina Interna, Dipartimento Medicina Interna e Specialistiche, USL Toscana Sud Est, Grosseto, Italia

Key Points

- **Background.** Il progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato un incremento del numero di pazienti anziani, fragili, con multiple comorbidità la cui gestione risulta complessa e spesso gravata da frequenti ricoveri ospedalieri e a ri-ospedalizzazioni precoci. I sistemi sanitari, sviluppati in contesti socio-economici radicalmente diversi rispetto a quello attuale, devono rispondere a tali cambiamenti demografici e sociali attraverso provvedimenti in grado di migliorare l'assistenza, riducendo al contempo la spesa sanitaria.
- **Transitional Care.** È l'insieme dei provvedimenti necessari ad assicurare una corretta coordinazione e continuità nel percorso di cure nel momento in cui un paziente sperimenta una "fase di transizione", ovvero il momento di passaggio tra setting diversi, o diversi livelli di assistenza, caratterizzato da una grande vulnerabilità per i soggetti coinvolti. Gli elementi della *transitional care* potrebbero assicurare una migliore gestione del paziente in transizione, riducendone significativamente il rischio di un nuovo ricovero.
- **State of art.** I dati in letteratura hanno portato a risultati non univoci rispetto ai provvedimenti di *transitional care* sperimentati, in generale abbiamo potuto vedere una complessiva efficacia della *transitional care* nel migliorare la salute del paziente dopo un'ospedalizzazione, riducendone il rischio di un nuovo ricovero durante la fase vulnerabile. Data la grande eterogeneità delle azioni che sono state valutate, risulta per adesso difficile comprendere quali tra queste siano veramente le più efficaci.
- **Unmet needs.** Ulteriori studi sono necessari per standardizzare i provvedimenti di *transitional care*, confrontarli e comprenderne la reale capacità di ottenere risultati significativi. Questo sarà di estrema importanza per guidare il clinico nella pratica quotidiana, ma anche per razionalizzare la spesa in termini di costo/beneficio. Il personale sanitario deve inoltre essere sensibilizzato in merito alla *transitional care*, anche attraverso un maggiore impegno delle società scientifiche, per ottenere una migliore consapevolezza di questa essenziale componente assistenziale.

Corrispondente: Andrea Montagnani, UOC Medicina Interna, Dipartimento Medicina Interna e Specialistiche, USL Toscana Sud Est, Grosseto, Italia.
E-mail: montagnaniand@gmail.com

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e5

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Transitional care: definizione e background

Nella maggior parte dei paesi industrializzati stanno avendo luogo cambiamenti demografici significativi a causa prevalentemente di un marcato trend di invecchiamento della popolazione: in Italia l'aspettativa di vita è cresciuta costantemente negli ultimi 25 anni, con un'età media che nel 2019 ha raggiunto i 83,6 anni, divenendo la seconda più alta d'Europa.^{1,2} Barnett *et al.* in un articolo pubblicato su *The Lancet* nel 2012 hanno evidenziato come la popolazione sopra i 65 anni presenti nel 50% dei casi almeno due patologie croniche, per arrivare a 3-4 nei soggetti ultraottantenni.³ Lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, il diabete e l'insufficienza renale cronica, come altre patologie croniche, si ritrovano spesso presenti in uno stesso paziente rendendo complessa la sua gestione.

La medicina interna ha nella sua *mission* la gestione della complessità diagnostica e di cura dei pazienti comorbidi e fragili. Infatti, soggetti anziani con multi-morbilità e patologie complesse costituiscono senza dubbio la maggior parte dei pazienti ricoverati nei reparti di medicina interna, rappresentando, pertanto, un forte punto di interesse nello sviluppo di nuovi processi di gestione che possano portare ad una maggiore appropriatezza e qualità di cura ma soprattutto che possa facilitare una continuità di cura tra ospedale e territorio.^{4,5} Infatti, i sistemi sanitari nazionali europei, tra cui quello italiano, si sono sviluppati nel corso del XX secolo, in condizioni sociali e demografiche radicalmente differenti rispetto a quelle attuali. L'invecchiamento della popolazione ed un crescente bisogno di risorse per far fronte alle necessità della stessa rendono indispensabile l'ideazione e l'applicazione di soluzioni innovative per il mantenimento di un servizio sanitario che sia di qualità e al contempo sostenibile.⁶

Numerose evidenze in letteratura descrivono come il periodo immediatamente successivo ad un ricovero rappresenti per il paziente una "fase vulnerabile" in cui si assiste ad un elevato rischio di eventi avversi, ad un incremento della mortalità, ad un *gap* nel percorso di assistenza ed infine ad un elevato numero di ri-ospedalizzazioni.^{7,8} Questo rischio risulta comprensibilmente più elevato nei pazienti anziani, fragili e pluri-patologici.⁹

Negli Stati Uniti, un'analisi dei dati estratti dal *Medicare Provider Analysis and Review*, eseguita nel 2009, ha dimostrato come tra i beneficiari del *Medicare Fee-for-Service Program* dimessi tra il 2003 e il 2004, il 19,6% venisse ri-ospedalizzato entro 30 giorni, il 34% entro 90 giorni ed il 56,1% entro 1 anno.⁸ Questo dato allarmante ha spinto il governo degli Stati Uniti a rivolgere maggiore attenzione alla questione della prevenzione delle ri-ospedalizzazioni, vedendo in tale spazio l'opportunità ideale di migliorare le cure con una potenziale riduzione della spesa sanitaria. Per questo motivo la sezione 3026 dell'*Affordable Care Act* del 2010 ha previsto un significativo stanziamento di fondi per la ricerca e lo sviluppo dei *transitional care programs*.¹⁰

Le "fasi di transizione" rappresentano momenti di passaggio cruciali (tra setting diversi o diversi livelli di assistenza) caratterizzati da una grande vulnerabilità per i soggetti coinvolti. In questi momenti il rischio di errore, anche solo nella corretta comunicazione o comprensione della riconciliazione terapeutica da ospedale a territorio, è molto elevato, con un conseguente e contestuale rischio per la salute del paziente che potrebbe dover ricorrere all'utilizzo, non necessario e prevenibile, di ulteriore assistenza sanitaria.¹¹⁻¹⁴

L'*American Geriatric Society* definisce la *transitional care* (TC) come l'insieme dei provvedimenti necessari ad assicurare una corretta coordinazione e continuità nel percorso di cure nel momento in cui il paziente sperimenta una "fase di transizione".¹⁵ Per TC si intende un insieme di azioni a carattere limitato nel tempo che hanno lo scopo di migliorare gli *outcomes* e la qualità di vita dei pazienti in transizione e ad elevato rischio, cercando di prevenire possibili complicazioni di cui la principale è rappresentata da un nuovo ricovero.^{7,16,17}

Nel 2015 negli Stati Uniti, il *Patient-Centered Outcomes Research Institute* ha avviato il Progetto ACHIEVE (*Achieving Patient-Centered Care and Optimized Health in Care Transitions by Evaluating the Value of Evidence*) con lo scopo di identificare, attraverso i dati disponibili in letteratura, quelli che potrebbero essere gli elementi essenziali di una TC

efficace nel rispondere ai bisogni percepiti dai pazienti e dai loro caregivers. Le componenti fondamentali identificate sono state le seguenti:¹⁸

- 1) coinvolgimento del paziente e del caregiver: ottimizzare il ruolo centrale del coinvolgimento del paziente e di chi lo assiste nel suo percorso di cura andando a stabilire e a condividere quali siano gli aspetti terapeutici più importanti per il paziente stesso, valutando le sue prospettive e i suoi bisogni.¹⁹⁻²¹
- 2) management della complessità: pazienti complessi, fragili con multiple co-morbilità devono essere gestiti in modo olistico, cercando di identificare precocemente e prevenire eventuali problematiche che possono riguardare sfere fisiche, sociali o emotive. Particolare attenzione deve essere posta al momento della riconciliazione terapeutica cercando di promuovere l'aderenza e di prevenire possibili errori di somministrazione.²¹
- 3) educazione del paziente e del caregiver: attraverso un percorso continuo di insegnamento/apprendimento, i professionisti della salute devono responsabilizzare il paziente ed incoraggiare maggiori autonomia e consapevolezza in relazione alla propria condizione. Il caregiver deve essere preparato al riconoscimento ed alla gestione precoce dei sintomi che possono predire un peggioramento delle condizioni del paziente.¹⁸
- 4) benessere del paziente e del caregiver: attenzione deve essere posta agli stress emotivi del paziente e di chi lo assiste. Gli operatori sanitari devono fare il possibile per fornire comprensione e supporto nel compiere scelte che vadano a dare un contributo positivo in termini di qualità della vita.²²
- 5) continuità assistenziale: questa rappresenta una componente essenziale. L'attenta e puntuale redazione di piani di assistenza individualizzati può agevolare una continuità sia gestionale (garantendo l'accesso del paziente ai servizi di cure primarie e di secondo livello) sia informativa (con un corretto passaggio di informazioni tra i professionisti sanitari coinvolti).¹⁸
- 6) responsabilità delle parti coinvolte: la responsabilità del clinico nel rapporto con il paziente e nella stesura del piano assistenziale, quella di tutte le figure del team assistenziale nel rispettare il programma stesso ed infine la responsabilità del sistema, nel garantire le strutture e i servizi necessari alla messa in atto di una valida TC.¹⁰

Transitional care: esperienze e risultati

Data la rilevanza della TC in termini di ottimizzazione del percorso di cure e di sostenibilità della spesa sanitaria, la comunità scientifica ha prodotto una vasta quantità di dati sull'argomento.

Hansen *et al.*, attraverso un'estesa revisione della letteratura, hanno cercato di identificare gli interventi più efficaci nel ridurre le ri-ospedalizzazioni a 30 giorni in pazienti adulti.²³ Nei 43 studi analizzati sono stati considerati interventi di TC da eseguire pre-dimissione (educazione del paziente e del caregiver, accuratezza del planning di dimissione, riconciliazione terapeutica, programmazione appuntamenti di follow-up), post-dimissione (follow-up tempestivo, comunicazione con la medicina territoriale, follow-up telefonico, o comunque con modalità telematica, visite domiciliari) e "a ponte" durante la fase di transizione

(istruzioni precise per il paziente alla dimissione, possibilità che sia uno stesso operatore ad occuparsi del passaggio tra ospedale e territorio). I risultati dello studio non sono riusciti ad identificare un singolo tipo di intervento regolarmente associato ad una riduzione delle ri-ospedalizzazioni a 30 giorni. In conclusione, gli autori ritengono necessaria una maggiore quantità e qualità di dati per raggiungere una migliore comprensione dell'impatto che gli interventi attuabili di TC possano avere nel prevenire nuovi ricoveri precoci.²³

Nel 2020 Morkish *et al.* hanno cercato di identificare quali componenti della TC potessero essere utili nel prevenire le ri-ospedalizzazioni nella popolazione geriatrica (>65 anni e con ≥ 2 patologie croniche) che subiva una transizione ospedale-territorio. Gli autori hanno analizzato i risultati dei 3 studi clinici controllati randomizzati (RCT) che hanno affrontato il tema, identificando le componenti di TC utilizzate e dando un punteggio di intensità agli interventi applicati (bassa-intermedia-elevata). I risultati dell'analisi hanno evidenziato come soltanto un approccio di TC multicomponente e ad elevata intensità, caratterizzato da visite di follow-up più precoci e da un più costante contatto telematico con i pazienti, si sia dimostrato efficace nel ridurre il tasso di ri-ospedalizzazioni di questa specifica fascia di popolazione.²⁴

Questi dati vanno a confermare i risultati di una precedente metanalisi condotta nel 2014 da Verhaegh *et al.* I 26 RCT, condotti dal 1980 al 2013, evidenziavano come soltanto interventi definiti ad "alta intensità" fossero efficaci nel ridurre le ri-ospedalizzazioni a 30 giorni in pazienti adulti con patologie croniche. Gli interventi maggiormente associati ad una riduzione del rischio erano una visita domiciliare entro 72 ore dalla dimissione, la comunicazione diretta tra l'ospedale ed il referente delle cure primarie, e la presenza di un infermiere con ruolo di coordinamento del programma di assistenza. È interessante osservare come gli autori di questa metanalisi identifichino i soggetti con maggiori possibilità di trarre beneficio dalla TC negli adulti con età maggiore di 60 anni ricoverati in reparti di medicina interna.²⁵

Lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ospedalizzazione della popolazione adulta e rappresenta una condizione cronica aggravata da un elevato rischio di ri-ospedalizzazione, evento che rappresenta circa l'80% dei costi relativi alla gestione di tale patologia.^{26,27} Per questo motivo la ricerca si è ampiamente concentrata sull'identificazione di elementi di TC volti alla gestione di pazienti con scompenso cardiaco.

Già nel 2014 Feltner *et al.* pubblicavano i dati di una metanalisi che ha preso in considerazione i risultati di ben 47 RCT che avevano analizzato l'efficacia di diversi provvedimenti di TC sul tasso di ri-ospedalizzazione per scompenso cardiaco. Sono stati considerati interventi quali visite a domicilio da parte di medici o infermieri, supporto telefonico strutturato, telemonitoraggio, interventi di educazione del paziente e programmi multidisciplinari in strutture dedicate. Dall'analisi dei dati disponibili emergeva una grande eterogeneità nei tipi di intervento applicati, pur dimostrando però che programmi di follow-up in strutture dedicate e visite domiciliari medico-infermieristiche producevano i migliori risultati in termini di ri-ospedalizzazione a 90 giorni. Sono ancora poche le evidenze per provvedimenti in grado di produrre risultati significativi a 30 giorni dalla dimissione.²⁸

Nel 2020 Van Spell *et al.* pubblicavano i risultati del *Patient-Centered Care Transitions in Heart Failure*, un RCT svolto in 10 ospedali in Ontario che è andato a valutare l'ef-

ficacia di una massiccia implementazione della TC in 2494 pazienti ricoverati per scompenso cardiaco confrontati con un gruppo di controllo assegnato ad una "usual care". Negli ospedali in cui veniva attuata l'implementazione della TC questa consisteva nell'intervento di un infermiere che, al momento della dimissione, forniva: i) valutazione dei bisogni assistenziali del paziente redatta a seguito della somministrazione di un apposito questionario relativo alla qualità di vita; ii) educazione specifica sulla auto-gestione dello scompenso cardiaco fornita al paziente ed al caregiver; iii) relazione di dimissione accurata in cui venivano fornite indicazioni da mettere in atto sulla base dei sintomi presentati, sia al paziente che al medico curante; iv) visita di controllo programmata con il medico curante entro 1 settimana dalla dimissione; v) indicazione a visita infermieristica domiciliare e rivalutazione presso centro specializzato per lo scompenso cardiaco per categorie di pazienti a più elevato rischio.

I risultati di questo studio non hanno rilevato un miglioramento significativo a fronte di un'implementata TC nei due gruppi in esame, in termini di ri-ospedalizzazioni e/o accessi in pronto soccorso a 30 giorni e a 3 mesi. Gli autori hanno cercato di motivare questo tipo di risultati, in controtendenza con quelli di precedenti RCT sullo stesso tema, ricordando l'ampiezza dei criteri di inclusione di questo lavoro (pazienti più anziani e con maggiori co-morbilità rispetto ad altri studi analoghi), oltre ad un approccio "stepped-wedge", cercando di razionalizzare l'accesso a trattamenti più avanzati solo per soggetti a maggiore rischio (visite domiciliari infermieristiche e visite presso centri specializzati nella gestione dello scompenso cardiaco sono stati indicati per meno del 40% dei soggetti).²⁹

Risultati analoghi sono stati confermati da un altro RCT francese pubblicato nel 2022 da Logeart *et al.*: *Early Care After Discharge of Heart Failure*. In questo studio gli autori hanno voluto testare l'impatto di provvedimenti di TC ad elevata intensità nel prevenire le ri-ospedalizzazioni in pazienti ricoverati per scompenso cardiaco ad elevato rischio, che presentassero quindi almeno una delle seguenti caratteristiche: un episodio di scompenso cardiaco acuto da meno di 6 mesi, pressione sistolica ≤ 110 mmHg, creatinemia ≥ 180 mmol/L, peptide natriuretico cerebrale (BNP) ≥ 350 pg/mL o NT-proBNP ≥ 2200 pg/mL. I 482 pazienti arruolati sono stati randomizzati a ricevere una *standard care* post dimissione o una *optimized care*, caratterizzata da una visita in presenza a 7 e 14 giorni dalla dimissione con uno specialista di scompenso cardiaco e un dietista, in aggiunta al follow-up standard eseguito dal medico curante e dal cardiologo curante. Prima di ogni visita venivano eseguiti esami ematochimici comprensivi di elettroliti, funzione renale e peptidi natriuretici. Durante le visite veniva eseguita una completa revisione del caso con eventuale titolazione della terapia specifica. Anche in questo caso, dai risultati dello studio non emergeva nessuna differenza significativa tra i due gruppi relativamente all'*outcome* primario composito, morte per tutte le cause e ri-ospedalizzazione a 6 mesi. Gli autori hanno riassunto alcuni fattori che possono aver inciso sul risultato dello studio, tra cui le caratteristiche della popolazione stessa con elevata età media (77 anni) e composta da soggetti fragili con multiple co-morbilità. Inoltre, viene ipotizzato che un follow-up medico precoce, seppur con uno specialista, possa non essere sufficiente o adeguato per questi pazienti, che potrebbero beneficiare maggiormente di un follow-up domiciliare più intensivo, svolto da un infermiere specializzato nella patologia in questione, che vada

a rappresentare un supporto per il paziente in momenti cruciali come quello dell'assunzione della corretta terapia.³⁰

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresenta una delle prime tre cause di morte nel mondo. È responsabile di un'elevata mortalità e morbilità, rappresentando quindi una sfida importante per la salute pubblica, anche per una sempre crescente incidenza negli anni, dato il progressivo invecchiamento della popolazione e la continua esposizione della stessa a fattori di rischio per questa patologia.³¹⁻³³ Uno studio osservazionale condotto in Italia tra il 2013 ed il 2014 da Montagnani *et al* ha evidenziato come i ricoveri in medicina interna BPCO riacutizzata vadano a rappresentare il 4,1% di tutte le ospedalizzazioni del periodo osservato, con una durata media della degenza di poco inferiore a 10 giorni (9,95±8,69 giorni).³⁴ Si stima che un paziente su cinque ricoverato per riacutizzazione di BPCO vada incontro ad una ri-ospedalizzazione entro 30 giorni.^{8,35} Per questo tipo di pazienti alcuni interventi hanno dimostrato efficacia nel ridurre il rischio di nuovi ricoveri: implementazione del *self-management* del paziente, addestramento del paziente all'utilizzo di device inalatori, e visite di follow-up precoci entro 30 giorni dalla dimissione.³⁶ Una Cochrane review del 2014 è andata a valutare i risultati di 29 studi che hanno analizzato l'efficacia di interventi sul *self-management* di pazienti affetti da BPCO, riscontrando una complessiva riduzione delle ri-ospedalizzazioni per sintomi respiratori nei pazienti trattati, anche se l'eterogeneità dei provvedimenti presi nei diversi lavori rende complesso esprimere delle chiare raccomandazioni in merito.³⁷ I dati di un vasto studio retrospettivo di coorte condotto su 62.746 pazienti ricoverati per BPCO, hanno rilevato una riduzione del rischio di ri-ospedalizzazione a 30 giorni per i soggetti che si sottoponevano ad una visita di follow-up con il proprio medico curante o con lo specialista pneumologo entro un mese dalle dimissioni.³⁸ Uno studio danese del 2014 condotto da Lykkegaard *et al.* ha osservato una correlazione di tipo *U-shaped* tra la frequenza di visite domiciliari dei medici curanti e la tendenza a subire una ri-ospedalizzazione entro 30 giorni per i pazienti con recente ricovero per BPCO.³⁹ Nel 2019 Aboumatar *et al.* hanno pubblicato i risultati di un RCT condotto su 240 pazienti ricoverati per BPCO, randomizzati a ricevere alla dimissione un trattamento usuale, o una *intervention* caratterizzata da 3 componenti fondamentali: i) supporto durante la fase di transizione, da iniziare durante il ricovero, per assicurarsi che sia il paziente che i *caragiver* fossero pronti per la dimissione e avessero ben compreso il percorso e le raccomandazioni successive alla stessa; ii) un supporto individualizzato di *self-management* della BPCO con istruzioni precise relative alla auto somministrazione della terapia, al riconoscimento dei sintomi di allarme e alle procedure da seguire in caso di bisogno; iii) accesso facilitato ai servizi territoriali.

L'*outcome* principale valutato è stato il numero di accessi al dipartimento di emergenza e le ri-ospedalizzazioni a 6 mesi dalla dimissione. I risultati di questo studio hanno rivelato come tra i soggetti assegnati al gruppo di intervento fosse significativamente maggiore la frequenza di accessi al pronto soccorso ed il numero di ri-ospedalizzazioni. Gli autori hanno cercato di spiegare tali risultati, in ovvia controtendenza con la loro idea iniziale, ipotizzando una maggiore vigilanza dei soggetti addestrati al riconoscimento di sintomi e segni potenzialmente pericolosi, con una conseguente maggiore tendenza alla ricerca di un intervento medico.⁴⁰

Un recente studio di coorte retrospettivo condotto su

450.746 pazienti con un primo episodio di ricovero per scompenso cardiaco, BPCO o infarto del miocardio, è andato a valutare l'impatto di una visita medica precoce in follow-up post dimissione sul rischio di ri-ospedalizzazione a 30 e a 90 giorni. Veniva osservato come i pazienti con un follow-up medico precoce (generale o specialistico) andassero incontro ad un minor numero di ri-ospedalizzazioni per scompenso cardiaco e BPCO a 90 giorni. Non veniva invece dimostrato alcun beneficio per i pazienti con diagnosi di infarto del miocardio e per le ri-ospedalizzazione a 30 giorni. Gli autori evidenziano inoltre il fatto che i pazienti che si sono sottoposti ad una visita medica entro 7 giorni dalla dimissione, erano anche quelli con un follow-up "complessivo" più completo, comprensivo di esami strumentali, riconciliazione e titolazione terapeutica. Da questa osservazione nasce l'ipotesi che una rivalutazione medica precoce rappresenti una componente significativa nella prevenzione delle complicanze post-ricovero, ma che sia comunque da considerare nell'insieme di un *corpus* di interventi di TC che riguardano i vari ambiti della salute generale del paziente.⁴¹

La pandemia da SARS-CoV-2 ha sicuramente avuto un impatto negativo sulla capacità di mettere in atto provvedimenti efficaci di TC, ma ha al contempo fornito nuovi spunti di riflessione, in modo particolare riguardo al monitoraggio del paziente a distanza e al tema della telemedicina.⁴²⁻⁴⁵ Nel 2023 Elsner *et al.* hanno presentato i risultati di uno studio osservazionale prospettico che è andato a valutare l'efficacia di un sistema di telemedicina multidisciplinare sul tasso di ri-ospedalizzazione per tutte le cause a 30 giorni dalla dimissione. L'intervento in questione prevedeva il contatto telefonico di un infermiere specializzato entro 72 ore dalla dimissione; al paziente venivano poste domande sullo stato di salute, offerte soluzioni in termini di *self-management*, disponibilità/modalità di accesso ai servizi territoriali, aiuto nella gestione della terapia domiciliare e nella programmazione delle successive visite di controllo ambulatoriali, fornita una continua educazione al fine di migliorare le capacità di auto-monitoraggio. I risultati dello studio hanno dimostrato l'efficacia di questo approccio nella riduzione delle ri-ospedalizzazioni.⁴⁶

Discussione

È comprensibile come, data la rilevanza clinica e politica del tema della TC, la letteratura a nostra disposizione sia estremamente vasta. I dati prodotti dalla ricerca sono però spesso non conclusivi e caratterizzati da un'estrema eterogeneità nei provvedimenti presi in esame. Risulta quindi difficile comprendere quale tipo di intervento, o insieme di provvedimenti, risulti più efficace nel gestire al meglio la delicata fase di transizione che i pazienti si trovano a sperimentare a seguito di un ricovero ospedaliero.

Come abbiamo visto sono presenti numerose evidenze a sostegno del fatto che interventi di TC ad elevata intensità e multicomponente possano essere efficaci nel prevenire le ri-ospedalizzazioni nei pazienti geriatrici ed in quelli affetti da multiple patologie croniche.²⁴⁻²⁵ Questo dato potrebbe però non essere valido per altre categorie di pazienti. Una recente metanalisi di Tyler *et al.* condotta su 126 trials e 97.408 partecipanti ha riscontrato una maggiore efficacia nel prevenire un nuovo ricovero a 30 giorni dalla dimissione per provvedimenti di TC a bassa e moderata intensità, aprendo degli in-

terrogativi sull'efficienza e la convenienza in termini di rapporto costo/beneficio relativamente ad interventi ad alta intensità, ovvero quelli che comprendono un maggior numero di componenti contemporaneamente e azioni che implicano l'utilizzo di maggiori risorse sanitarie (Figura 1).⁴⁷

Programmi di visite domiciliari e follow-up presso cliniche multispecialistiche dedicate hanno dimostrato di avere un impatto sul tasso di ri-ospedalizzazione a 6 mesi dei pazienti affetti da scompenso cardiaco,²⁸ anche se recenti RCT non hanno confermato questi dati.^{7,15}

Abbiamo potuto vedere anche come l'applicazione di interventi noti per la loro efficacia (implementazione *self-management*) nel campo della BPCO abbia dimostrato, in alcuni contesti, risultati controversi e non attesi; portando addirittura ad un aumentato numero di ricoveri nei pazienti trattati.⁴⁰

L'esperienza italiana del *Chronic Care Model* (CCM) ha cercato di sviluppare il passaggio da un sistema sanitario di tipo reattivo a uno di tipo proattivo, che punti a "mantenere" lo stato di salute dei pazienti mediante una più efficace programmazione degli interventi sul territorio, riorganizzando il modello assistenziale delle cure primarie.^{48,49} Uno studio di coorte retrospettivo di Ballo *et al.* ha valutato l'impatto prognostico del CCM in pazienti affetti da scompenso cardiaco. Nel gruppo di pazienti trattati veniva stabilito un più rigido follow-up da parte del medico curante, comprendente appuntamenti prefissati e tele-visite di controllo. Anche in questo caso, si è potuto osservare un incremento del numero di ricoveri nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo, a fronte però di una riduzione della mortalità.⁵⁰ Gli autori hanno ipotizzato che i medici curanti coinvolti nel progetto, focalizzandosi maggiormente sulle problematiche dei pazienti scompensati, abbiano avvertito maggiore necessità di un supporto

di tipo specialistico tempestivo, assente sul territorio e più immediatamente reperibile in ambito ospedaliero (accesso in pronto soccorso/ricovero).⁵⁰

A questo proposito, avendo il medesimo intento della TC ovvero una riduzione dei ricoveri e degli accessi in pronto soccorso, risulta di grande interesse il modello delle Reti Cliniche Integrate e Strutturate. Desideri *et al.*, in continuità con i concetti del CCM, propongono questo modello innovativo nella presa in carico del paziente fragile soprattutto nei momenti più critici quali la fase post-acuta e quella cronica riattivata, basandosi su quattro punti fondamentali: i) creazione di reti integrate tra medici di base e specialisti per percorsi assistenziali proattivi e immediatamente applicabili; ii) riorganizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio; iii) promozione di una maggiore mobilità degli specialisti all'interno della rete degli ospedali; iv) implementazione del raccordo tra i vari setting di assistenza mediante sistemi informatizzati che rendano semplice la fruizione e il passaggio della documentazione clinica di un paziente tra medici ospedalieri, del territorio e specialisti.⁵¹

Nonostante la non univocità dei dati presenti in letteratura, esiste una vasta casistica a supporto dell'efficacia degli interventi di TC. Anche alla luce dei provvedimenti introdotti con il DM 77/2022, che va a definire il nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale in Italia, crediamo sia cruciale implementare le azioni necessarie a migliorare il "momento di transizione" da ospedale a territorio. Sarà compito dello *staff* ospedaliero identificare con chiarezza le necessità e criticità del paziente ricoverato, garantendo una giusta continuità attraverso un'efficace fase di transizione verso un sistema di cure primarie che deve essere adeguatamente preparato a ricevere il paziente.

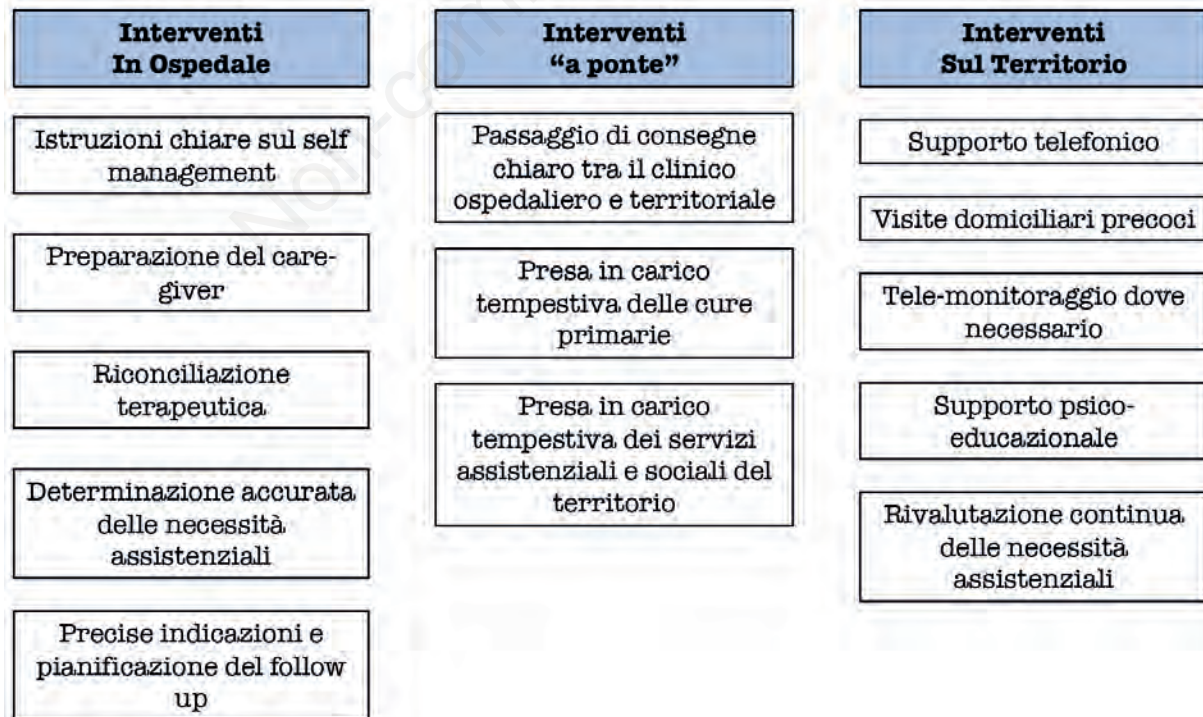


Figura 1. Transitional Care: il percorso del paziente nella "transizione". Modificato da Tyler *et al.* (2023).

Conclusioni

Di fronte ad un generale invecchiamento della popolazione e ad una sempre maggiore richiesta di risposte in ambito sanitario da parte di soggetti complessivamente fragili con un elevato *burden* di patologie, è necessario, oggi più che mai, concentrare gli sforzi su una razionalizzazione della spesa sanitaria, migliorando l'assistenza in maniera sostenibile. Risulta pertanto prioritario identificare provvedimenti di TC davvero efficaci nel migliorare la qualità di vita dei pazienti, andando a ridurre la necessità di ricoveri ospedalieri e cercando di spostare il baricentro dell'assistenza dall'ospedale ad un territorio maggiormente organizzato ed interconnesso con servizi ed *expertise* multidisciplinari di II livello.⁵¹

Il ruolo dell'internista nel mettere in pratica provvedimenti di TC andrà ad essere sicuramente centrale, soprattutto in relazione alle caratteristiche di fragilità e complessità della popolazione di pazienti che si trova quotidianamente a gestire. Per questo motivo riteniamo indispensabile il contributo delle società scientifiche dei medici internisti nel sensibilizzare i professionisti in merito a questa delicata tematica.

Potrebbero essere utili ulteriori studi che vadano ad analizzare in modo più standardizzato le varie tipologie di azioni prese in considerazione in ambito di TC. Questo per agevolare un eventuale confronto diretto tra gli interventi in termini di rapporto tra spesa e efficacia/beneficio percepito dallo stesso paziente, seguendo i principi di una *Value-Based Health Care* introdotti da Porter e Teisberg già negli anni 90.^{47,52}

Bibliografia

- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, et al. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009;347:1196-208.
- de Belvis AG, Meregaglia M, Morsella A, et al. Italy health system review. *Health Syst Transit* 2022;24:1-236.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
- Dieleman JL, Squires E, Bui AL, et al. Factors associated with increases in US health care spending, 1996-2013. *JAMA* 2017;318:1668-78.
- Arlotti M, Agular-Hendrikson M. The vicious layering of multilevel governance in southern Europe: the case of elderly care in Italy and Spain. *Soc Policy Adm* 2018;52:646-61.
- Ramirez AR, Damanti S, Caruso PF, et al. Sustainability in internal medicine: a year-long ward-wide observational study. *J Pers Med* 2024;14:115.
- Coleman EA, Boulton C, American Geriatrics Health Care System Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:556-7.
- Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 2009;360:1418-28.
- Anderson TS, O'Donoghue AL, Dechen T, et al. Trends in telehealth and in-person transitional care management visits during COVID-19 pandemic. *J Am Geriatr Soc* 2021;69:2745-51.
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, et al. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff* 2011;30:746-54.
- Anderson G. Chronic conditions: making the case for ongoing care. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2007.
- Berenson RA, Horvath J. Confronting the barriers to chronic care management in Medicare. *Health Aff* 2003;22:w3-37-53.
- Anderson G, Horvath J. The growing burden of chronic disease in America. *Public Health Rep* 2004;119:263-70.
- Schoen C, Osborn R, How SK, et al. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff* 2009;28:w1-16.
- World Health Organization. Transitions of care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
- Naylor MD. A decade of transitional care research with vulnerable elders. *J Cardiovasc Nurs* 2000;14:1-14.
- Krichbaum K. GAPN postacute care coordination improves hip fracture outcomes. *West J Nurs Res* 2007;29:523-44.
- Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:1119-25.
- Li J, Brock J, Jack B, et al. project ACHIEVE – using implementation research to guide the evaluation of transitional care effectiveness. *BMC Health Serv Res* 2016;16:70.
- Naylor MD, Hirschman KB, O'Connor M, et al. Engaging older adults in their transitional care: what more needs to be done? *J Camp Eff Res* 2013;2:457-68.
- Hohmann C, Neumann-Haefelin T, Klotz JM, et al. Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *J Clin Pharm Ther* 2014;39:286-91.
- Centers for Disease Control and Prevention. Well-being concepts. Available from: https://archive.cdc.gov/www_cdc_ov/hrqol/wellbeing.htm.
- Hansen LO, Young RS, Hinami K, et al. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:520-8.
- Morkish N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatr* 2020;20:345.
- Verhaeg KJ, MacNeil-Vroomen JL, Elsami S, et al. The care span: transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Aff* 2014;33:1531-9.
- Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? *Circulation* 2012;126:501-6.
- Shafie AA, Tan YP, Ng CH. Systematic review of economic burden of heart failure. *Heart Fail Rev* 2018;23:131-45.
- Feltner C, Jones CD, Cené CW, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2014;160:774-84.
- Van Spell HGC, Lee SF, Xie F, et al. Effect of patient-centered transitional care services on clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure. The PACT-HF randomized clinical trial. *JAMA* 2019;321:753-61.

30. Logeart D, Berthelot E, Bihry N, et al. Early and short-term intensive management after discharge for patients hospitalized with acute heart failure: a randomized study (ECAD-HF). *Eur J Heart Fail* 2022;24:219-26.
31. Halpin DMG, Celli BR, Criner GJ, et al. The GOLD summit on chronic obstructive pulmonary disease in low-and middle-income countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2019;23:1131-41.
32. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.
33. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2022) report. Disponibile online: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports/>.
34. Montagnani A, Mathieu G, Pomeroy F, et al. Hospitalization and mortality for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an Italian population-based study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020;24:6899-907.
35. Shah T, Churpek MM, Coca Perrillon M, et al. Understanding why patients with COPD get readmitted: a large national study to delineate the medicare population for the readmission penalty expansion. *Chest* 2015;147:1219-26.
36. Shah T, Press VG, Huisingh-Scheetz M, et al. COPD readmission: addressing COPD in the era of value-based health care. *Chest* 2016;150:916-26.
37. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;3:CD002990.
38. Sharma G, Kuo YF, Freeman JL, et al. Outpatient follow-up visit and 30-day emergency department visit and readmission in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2010;170:1664-70.
39. Lykkegaard J, Larsen PV, Paulsen MS, et al. General practitioners home visit tendency and readmission-free survival after COPD hospitalization: a Danish nationwide cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014;24:14100.
40. Aboumatar H, Naqibuddin M, Chung S, et al. Effect of hospital-initiated combining transitional care and long-term self-management support on outcomes of patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *JAMA* 2019;322:1371-80.
41. Saxena FE, Bierman AS, Glazier RH, et al. Association of early physician follow-up with readmission among patients hospitalized for acute myocardial infarction, congestive heart failure, or chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA Network Open* 2022;5:e2222056.
42. Jeffery MM, D'Onofrio G, Paek H, et al. Trends in emergency department visits and hospital readmissions in health care system in 5 states in the first month of COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Intern Med* 2020;180:1328-33.
43. Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of COVID-19 pandemic on emergency department visits – United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;69:669-704.
44. Drake C, Lian T, Cameron B, et al. Understanding telemedicine's "new-normal": variations in telemedicine use by specialty line and patient demographics. *Telemed J E Health* 2022;28:51-9.
45. Khattab M, Jimenez AR, Khattab M, et al. Early telephone appointments an home telehealth monitoring may improve 30-day readmission rates in the COVID-19 era. *Am J Med Qual* 2021;36:64-5.
46. Elsener M, Santana Felipes RC, Sege J, et al. Telehealth-based transitional care management programme to improve access to care. *BMJ Open Quality* 2023;12:e002495.
47. Tyler N, Hodkinson A, Planner C, et al. Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open* 2023;6:e2344825.
48. Coleman K, Austin BT, Brach C, et al. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff* 2009;28:75-85.
49. Zhang Y, Tang W, Zhang Y, et al. Effects of integrated chronic care models on hypertension outcomes and spending: a multi-town clustered randomized trial in China. *BMC Public Health* 2017;17:244.
50. Ballo P, Profili F, Policardo L, et al. Opposite trends in hospitalization and mortality after implementation of a chronic care model-based regional program for the management of patients with heart failure in primary care. *BMC Health Serv Res* 2018;18:388.
51. Desideri E, Grisillo D, Sandroni M. Reti cliniche integrate e strutturate. Un nuovo modello di gestione proattiva della cronicità e per la sostenibilità. *Ig Sanità Pubbl* 2020;76:19-31.
52. Porter ME, Michael Porter EOT, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Disponibile online: https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf.

L'esperienza di “transitional care” di una regione del Nord

Tiziana Marcella Attardo

SC Medicina, Ospedale L. Confalonieri, Luino ASST Sette Laghi, Varese, Italia

Introduzione

Il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, l'aumento della sopravvivenza a condizioni cliniche un tempo fatali e l'invecchiamento della popolazione hanno portato progressivamente ad una profonda modifica dello scenario di cura, con un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo.¹⁻³

Pertanto, attualmente un obiettivo sanitario prioritario è la gestione del malato cronico e la definizione di percorsi assistenziali in grado di prendere in carico l'individuo nel lungo termine e prevenirne la disabilità, garantendo, quindi, sia la continuità assistenziale ospedale-territorio, sia l'integrazione degli interventi socio-sanitari.¹⁻³

Sempre più frequentemente, le corsie ospedaliere vengono occupate da pazienti anziani o molto anziani, poco o nulla autosufficienti, con malattie croniche riacutizzate, comorbidità, complicanze e postumi invalidanti. In questa tipologia di pazienti, è evidente che la capacità di recupero dello stato di salute dopo un evento acuto è fortemente contrastata e rallentata dall'età avanzata, dalle comorbidità, dalle disabilità, dai devices di cui sono spesso portatori e dalle frequenti complicanze che contraddistinguono il decorso clinico.¹⁻³

La dimissione rappresenta l'anello debole del passaggio della persona assistita da un servizio ad un altro. Essa, quindi, è l'aspetto cruciale del piano di assistenza che risponde al diritto della persona e della sua famiglia ad essere coinvolti ed accompagnati in ogni fase della malattia.¹⁻³

La dimissione difficile, propria dei cosiddetti pazienti

“complessi”, rappresenta un problema clinico, organizzativo e sociale, sempre più frequente e grave, la cui risoluzione non può che risiedere in una maggiore integrazione tra ospedale e territorio. Ciò significa migliore utilizzo di tutte le opzioni organizzative, ospedaliere e territoriali, disponibili, in un'ottica di “rete”, cioè di comunicazione ed interazione continua fra tutti gli attori della catena assistenziale. Da qui nasce la necessità di dimissioni “protette” il cui esito sono delle dimissioni concordate e programmate, che garantiscano ai pazienti la continuità assistenziale ed il rientro tutelato al proprio domicilio e alle famiglie il supporto nella gestione del carico assistenziale.^{4,5}

D'altra parte, l'ottimizzazione del consumo delle risorse impone che l'ospedale per acuti assuma in misura sempre più accentuata il ruolo di risolutore delle fasi epicritiche di una malattia e rappresenti il luogo di concentrazione tecnologica e di sapere specialistico. Dunque, l'ospedale è visto come risorsa estrema da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario, ed è ideato ed organizzato ponendo al centro il paziente, con la sua esigenza di cura ed i suoi bisogni assistenziali. Elemento fondamentale che emerge dall'analisi dei bisogni del paziente è che spesso in Sanità si operi in modo discontinuo; siamo in grado spesso di offrire un'assistenza sanitaria eccellente ma non coordinata, che comporta a volte una sovrapposizione di ruoli ed un'inutile ripetizione d'indagini, che incidono tra l'altro sull'aumento della spesa sanitaria.³ La mancanza di relazione tra ospedale e territorio è una delle criticità che ostacola il corretto percorso assistenziale del paziente, capace di condizionarne il decorso della malattia, generando, inoltre, nel paziente la percezione di inefficienza tecnico-gestionale del Sistema Sanitario.

È imperativo, quindi, creare una relazione tra tutti gli attori e, soprattutto, capire “chi fa che cosa”.

L'attuale contesto socio-sanitario ha determinato la necessità della definizione di un nuovo assetto del sistema dei servizi territoriali: un modello innovativo, caratterizzato dalla prossimità ai bisogni della popolazione e alle esigenze di funzionamento delle strutture, che a partire da una precisa fotografia dell'esistente, in grado di garantire disponibilità e accessibilità a tutti i servizi finalizzati ed offrire un'appropriata ed efficace risposta ai bisogni di salute della popolazione.⁶

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella Missione 6, relativa alla Salute.⁷ Il primo nucleo di interventi previsto dalla Missione 6 riguarda infatti la costruzione di reti di prossimità e il potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare.⁷

Il manuale dettato dall'Osservatorio Cronicità offre ana-

Corrispondente: Tiziana Marcella Attardo, SC Medicina, Ospedale L. Confalonieri, Luino ASST Sette Laghi, Varese, Italia.
E-mail: tizianamarcella.attardo@asst-settelaghi.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e6

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

lisi e risposte organizzative all'attuale contesto sociosanitario caratterizzato da un significativo aumento dell'età media della popolazione e da un aumento del numero di persone affette da più di una patologia cronica, con conseguente identificazione di un quadro di fragilità. Lo stesso identifica strumenti utili in risposta alle necessità di definire un nuovo assetto del sistema dei servizi territoriali.⁸

La riforma dei servizi territoriali che ha previsto la costituzione di Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC) e Centrali Operative Territoriali (COT) rappresenta uno strumento di politica sociosanitaria-assistenziale integrata per perseguire i seguenti obiettivi:⁷ i) migliorare l'esperienza individuale di cura; ii) assicurare continuità e appropriatezza delle cure; iii) promuovere integrazione tra ospedale e territorio; iv) ridurre i ricoveri ospedalieri impropri; v) contribuire alla sostenibilità economica del sistema di welfare con la riduzione delle prestazioni improprie.⁷

Le Case di Comunità in ASST Sette Laghi

Le CdC sono il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Le CdC, infatti, sono promotrici di un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe multidisciplinari e multiprofessionali. Inoltre, in esse lavorano in rete "gli altri setting assistenziali territoriali" a partire dalle cure a domicilio dei pazienti e in rete con gli altri soggetti, come gli OdC – strutture intermedie tra ospedale e CdC – ma anche con gli hospice e le reti delle cure palliative e le residenze sanitarie per gli anziani.^{7,9}

Le CdC rappresentano il punto di regia e programmazione delle attività socioassistenziali del territorio; esse sono, inoltre, un filtro sul territorio per evitare accessi impropri negli ospedali da una parte e, dall'altra, gestire pazienti provenienti dagli ospedali, in particolare i pazienti anziani e cronici con più patologie che spesso hanno delle ricadute che, peggiorando, causano nuovi accessi in pronto soccorso e ripetuti ricoveri.⁷

Ciò presuppone una stretta collaborazione con l'attività ospedaliera che va in una "doppia direzione": sia di invio all'ospedale di pazienti selezionati dalla CdC che "richiedono accesso a cure ospedaliere", ma anche di "presenza di medici ospedalieri" nella stessa CdC perché "tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza, soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più com-

plexi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri".⁷

Secondo gli standard definiti dalla DGR XI/6080,¹⁰ nel territorio di ATS Insubria e più precisamente nel distretto di competenza dell'ASST Sette Laghi, in ragione del numero di assistiti, si è resa necessaria l'attivazione di 7 CdC Hub con corrispondenza ai neo distretti nei rispettivi ambiti territoriali. A queste si aggiungono 2 CdC Spoke, 2 OdC e 7 COT.

Dal momento che queste strutture sono nate per costituire un punto di riferimento per le cure territoriali degli assistiti di un'area geografica definita, il criterio per la localizzazione dei punti in cui collocarle è stato quello di identificare strutture ben visibili e di facile accesso, rispettando le direttive di una CdC ogni 40.000-50.000 abitanti (Figura 1).¹¹

Nelle CdC è previsto il punto di accoglienza (PUA) e non solo di accesso formale cui è affidato il compito di raccolta delle informazioni e di sintesi locale. È espressione concreta dell'"andare verso" e del "cercare chi non arriva" e perciò la mentalità che lo guida è quella del valore d'uso dell'informazione, del suo contributo effettivo ai processi dell'aver cura. Il PUA rappresenta il *gateway* unitario di accesso dell'utente ai servizi sociosanitari dell'ASST, rivolta principalmente ai soggetti non autosufficienti ed ai loro caregiver (oppure può essere il *case manager* a proporre la presa in carico) siano essi anziani, minori o adulti affetti da patologie croniche o invalidanti; esso rappresenta uno snodo cruciale per l'individuazione, la ricognizione, l'orientamento ed il monitoraggio della persona fragile ad ogni età (Figura 2).¹¹

Gli obiettivi sono: i) ridurre il disorientamento delle persone con domanda di assistenza (accoglienza); ii) favorire l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari territoriali; iii) fornire l'informazione, l'orientamento e la gestione della domanda (informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni e possibili agevolazioni nonché sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili); iv) garantire la presa in carico e l'attivazione della rete dei servizi integrati.

Il PUA all'interno della CdC è dotato di una piattaforma informatica finalizzata alla: i) registrazione delle richieste; ii) condivisione in rete dei dati (utenza/bisogno/risposta); iii) archiviazione ed elaborazione delle informazioni per una corretta gestione dei flussi informativi.

Il software gestisce tutti i processi del PUA che, grazie alla multicanalità, è fruibile oltre che come sportello fisico anche in altre diverse modalità. Consente, inoltre, di gestire il piano d'intervento, il riconoscimento dell'assistito e la rendicontazione di tutte le attività cliniche dell'assistenza domi-

ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
SETTE LAGHI	Arcisate	Via Campi Maggiori, 23	Ente locale	x		x
SETTE LAGHI	Azzate	Via Acquadro, 6	Ente locale	x		x
SETTE LAGHI	Laveno Mombello	Via Ceretti, 8	SSR	x		x
SETTE LAGHI	Gavirate	Piazza De Gasperi, 1	Ente locale	x		
SETTE LAGHI	Sesto Calende	Largo Cardinal dell'Acqua, 1	In uso SSR	x		x
SETTE LAGHI	Angera	Via Bordini, 9	SSR	x		
SETTE LAGHI	Tradate	Via Gradisca, 16	SSR	x		x
SETTE LAGHI	Varese	Viale Monterosa, 28	SSR	x		x
SETTE LAGHI	Luino	Via Forlanini, 6	SSR	x	x	x
SETTE LAGHI	Cuasso al Monte	Via Imborgnana, 7	SSR		x	

Figura 1. Identificazione delle sedi delle Case di Comunità dell'ASST Sette Laghi. Riprodotto dalla delibera Lombardia n° XI/6080 della seduta del 7/03/2022. CDC, Case di Comunità; ODC, Ospedali di Comunità; COT, Centrali Operative Territoriali.

ciliare nelle sue varie articolazioni (utilizzabile anche da operatori sociosanitarie volontari).

Tre attenzioni animano la dimensione informativa: i) le informazioni debbono essere patrimonio della comunità perché base delle scelte e dei processi valutativi; ii) occorre una forte integrazione con i sistemi informativi generali per pesare le informazioni raccolte localmente ed evitare autoreferenzialità; iii) tutto il patrimonio informativo deve potersi avvalere di strumenti digitali, facili da utilizzare e particolarmente fruibili da specifiche fasce di popolazione, ad esempio quelle giovanili che vanno aiutata a desumere dalle informazioni alcuni comportamenti virtuosi da seguire.

Il servizio informatico mette a disposizione in modo permanente e strutturato (logica del repository centrale, navigabile dalla periferia) le informazioni in formati fruibili e rielaborabili a tutte le CdC dell'azienda, predispone i formati affinché i dati istituzionali possano essere aggregati alle informazioni locali e, infine, offre strumenti semplici di rielaborazione delle informazioni a livello di singola CdC, per valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative locale dei professionisti.¹¹

La Figura 3 rappresenta il percorso di presa in carico dei pazienti in ASST Sette Laghi all'interno delle CdC.¹¹

L'Ospedale di Comunità

L'OdC costituisce una tipologia di unità d'offerta nella rete sociosanitaria che, con tempistiche definite, è in grado di assistere in regime di degenza, orientare ed accompagnare l'utente agendo con funzione di *step dow*, ossia di sostegno alle

dimissioni ospedaliere o di *step up*, ossia di prevenzione di ricoveri potenzialmente inappropriati.¹²

Gli OdC hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e sono utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.^{3,13-18} L'OdC, infatti, è una struttura di ricovero che prevede una degenza di massimo 30 giorni, afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale ed è destinato a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e di sorveglianza infermieristica continuativa. Nello specifico, si tratta di pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche necessitano di interventi potenzialmente erogabili a domicilio ma che vengono ricoverati nell'OdC in mancanza di idoneità strutturale e/o familiare del domicilio stesso, e/o pazienti che necessitano di assistenza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna.^{3,12}

In particolare, dalle indicazioni del DM 77 emerge che i pazienti degli OdC rientrano essenzialmente in quattro tipologie:⁷ i) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro impreveduto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato; ii) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa; iii) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno

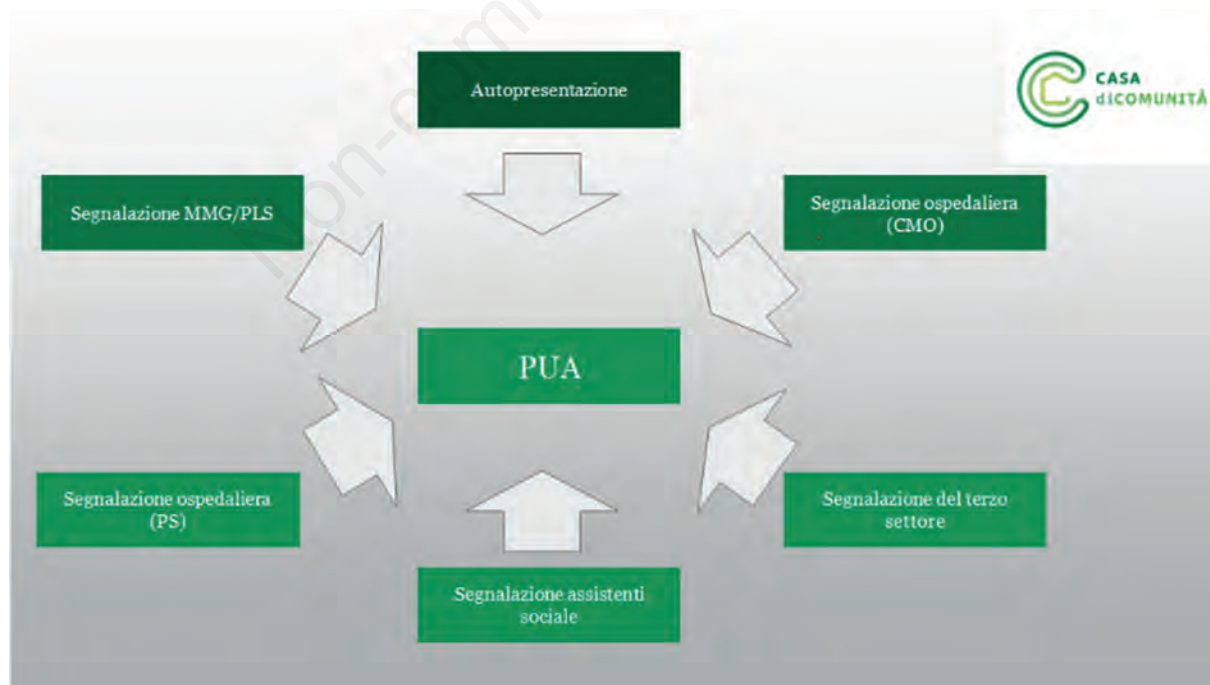


Figura 2. Modalità di segnalazione al punto di accoglienza in ASST Sette Laghi. Riprodotto da Modello e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale: la casa di comunità ASST Sette Laghi.¹¹ CMO, *case manager* ospedaliero; PUA, punto unico di accesso; PS, pronto soccorso.

al domicilio; iv) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (ad esempio, proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, protocolli, ecc. già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.⁷

Il target di pazienti da ricoverare è rappresentato da persone con patologie croniche o fragili provenienti dal domicilio, per i quali il ricovero in ospedale per acuti risulta inappropriato; oppure pazienti in dimissione dall'ospedale per acuti, con percorso diagnostico - terapeutico concluso, quindi con basso o nullo bisogno clinico acuto, ma che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e di valutazione per la presa in carico; oppure pazienti cosiddetti "bed blocker", cioè quei pazienti che, dal punto di vista medico, sono pronti per la dimissione (sta abbastanza bene) ma che non possono lasciare l'ospedale perché non hanno un definito percorso di continuità assistenziale; oppure persone con bisogni educativi e di addestramento a una gestione sicura di presidi, farmaci, dispositivi e/o che necessitano di interventi di rieducazione funzionale indifferibile per un rientro al domicilio in sicurezza.^{3,7} Vista la tipologia di pazienti, si tratta quindi di un'elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure.

La Figura 4 rappresenta le modalità di accesso all'OdC dell'ASST Sette Laghi.¹¹


La Centrale Operativa Territoriale in Lombardia

La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento nella presa in carico della persona e una funzione di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie e ospedaliere, dialogando con la rete dell'emergenza-urgenza.¹⁹

L'emergenza pandemica ha favorito la diffusione del modello organizzativo delle centrali operative che si sono dimostrate modelli funzionali per favorire l'integrazione tra strutture e servizi aziendali, la comunicazione tra professionisti e la connessione dei processi; la COT incorpora questo modello organizzativo ed è orientata alle stesse finalità.²⁰

Nelle diverse proiezioni organizzative, la COT può essere definita anche come una struttura di livello distrettuale, che assicura la prossimità di azione nel contesto affidato, coordinando attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, sia in fase di dimissione ospedaliera che intercettazione del bisogno domestico, dialogando con la rete dell'emergenza-urgenza.

Come riportato nel tavolo tecnico di attuazione Missione

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	<p>Modello e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale: la Casa di Comunità ASST Sette Laghi</p>	<p>Data: 21/04/2022 Rev. 0</p>
--	--	---

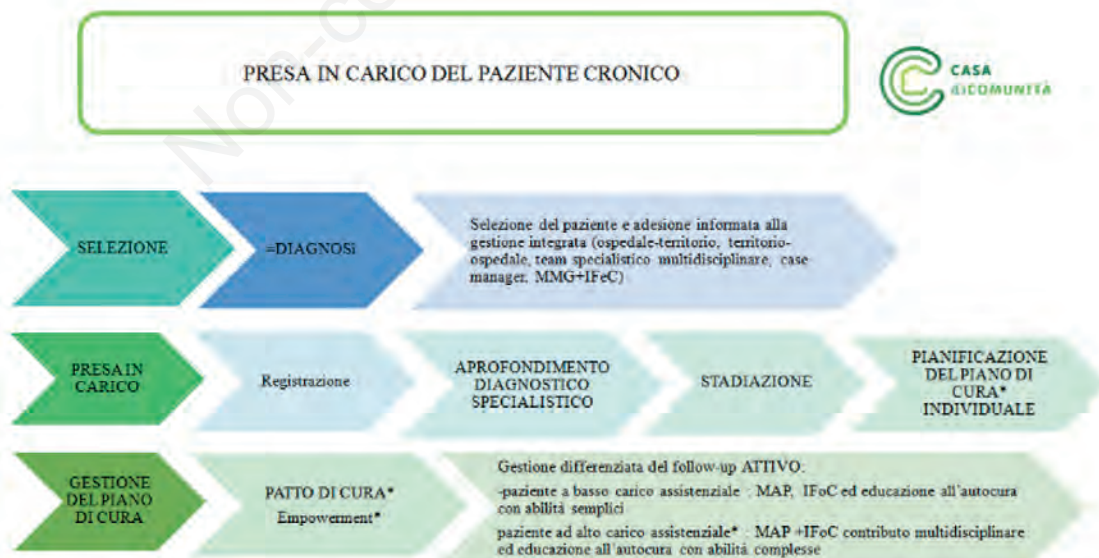


Figura 3. Percorso di presa in carico dei pazienti in ASST Sette Laghi all'interno delle Case di Comunità. Riprodotto da Modello e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale: la casa di comunità ASST Sette Laghi.¹¹ MMG, medico di medicina generale; IFeC, infermiere di famiglia e comunità; MAP, metodo assistenziale professionalizzante; IFoC, infermiere di famiglia o di comunità.

6 del PNRR con rif. nota prot. G1.2022.0017993 del 13.04.2022,¹² l'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.^{17,20}

Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7 ed è dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche che permettono di accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico ai principali database aziendali (Piesse, Monitor, Portale di Reparto, Powerlab, Hema, SIAVR, ecc.) e dispone di un software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire

un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, la COT usufruisce di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa NEA 116117 di Regione Lombardia.

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale ed ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici di continuità assistenziale (MCA), specialisti ambulatoriali

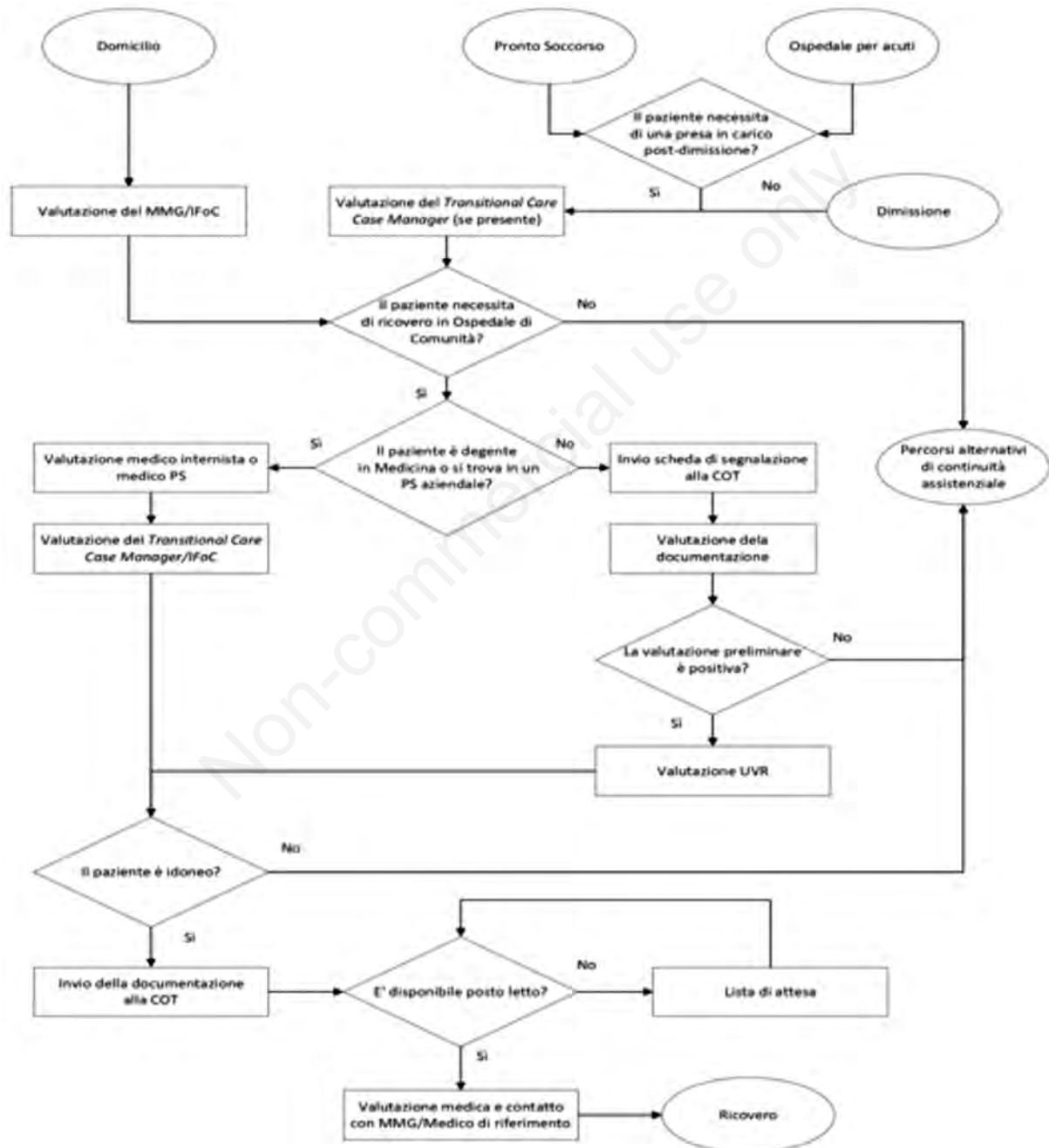


Figura 4. Modalità di presa in carico in Ospedale di Comunità in ASST Sette Laghi. Riprodotto da Modello e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale: la casa di comunità ASST Sette Laghi.¹¹ COT, centrale operativa territoriale; PS, pronto soccorso; IFoC, infermiere di famiglia o di comunità; UVR, unità di valutazione rischio sociale.

interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.

La COT afferisce a un Coordinatore delle Professioni Sanitarie (di cui alla L. n. 251/2000), che ne detiene la responsabilità di gestione e funzionamento.

La Centrale Operativa Territoriale nel contesto dell'ASST Sette Laghi

La DGRXI/6080 del 2022 ha previsto l'istituzione di 7 COT nel territorio dell'ASST dei Sette Laghi, nelle sedi di: Arcisate, Azzate, Laveno M., Sesto C., Tradate, Luino e Varese (corrispondenti ai Distretti di recente istituzione) (Figura 1).²¹

Nel nostro territorio il modello ha previsto l'istituzione di una COT definita "Hub" con sede a Varese e 7 COT, definite "Spoke", che rappresentano le diramazioni territoriali e che si insediano all'interno del contesto PUA di ciascuna CdC Hub.

La COT Hub assolve al ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti: i) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare); ii) coordinamento e programmazione dei servizi di prevenzione primaria (vaccinazioni, *ecc.*); iii) secondaria (screening, *ecc.*) specie in ambito pandemico; iv) tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; v) supporto informativo ai professionisti della rete [MMG, PLS, MCA, infermiere di famiglia e comunità (IFeC), *ecc.*], riguardo le attività e servizi di ogni distretto ad essa collegata; vi) monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti a distanza (device) e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona attuale e di prossima istituzione (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, *ecc.*), al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Le COT Spoke assolvono, in integrazione con la COT Hub, le seguenti funzioni: i) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali di riferimento territoriale; ii) monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare di riferimento territoriale.

La Centrale Operativa Territoriale Hub di Varese

Questa struttura operativa si colloca in un contesto aziendale in cui, già a partire dal 2018 a cura della Direzione Sociosanitaria e della SC DAPSS, sono stati implementati diversi progetti finalizzati alla presa in carico della cronicità e alla strutturazione di percorsi di dimissioni protette per favorire la continuità tra ospedale e territorio.²⁰

In un contesto così strutturato, la creazione delle COT consente di coordinare i servizi già in essere e rappresenta il tassello portante dei nuovi servizi territoriali che rinforzano la rete dell'offerta sociosanitaria e assistenziale.

I servizi attivi presso l'ASST Sette Laghi che concorrono alla realizzazione degli obiettivi delle COT sono: i) la Centrale di Dimissioni Protette e Accompagnamento (CDPA), attiva a Varese; ii) il *Case Management* Ospedaliero (CMO), attivo a livello aziendale (escluso H Del Ponte); iii) la Centrale Operativa Vaccinazioni, attiva a livello aziendale; iv) la Presa in Carico dei pazienti cronici (PiC), attiva in CdC di Tradate e Varese; v) l'ufficiale di collegamento con gli uffici di piano, attiva a livello aziendale; vi) la telemedicina pneumologica e quella cardiologica (attive a Varese); vii) l'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC), attivo sulle sette sedi dei Distretti della ASST.

Si è operato affinché i servizi esistenti in ASST Sette Laghi finalizzati alla presa in carico dei cittadini e alla continuità ospedale-territorio potessero essere integrati nella COT costituendone la colonna portante. La CDPA è un servizio che si occupa di pianificare la dimissione dell'utente ospedalizzato che necessita di proseguire il suo percorso di cura presso strutture sanitarie extra ospedaliere quali subacuti, post-acuti, riabilitazione specialistica extra-ospedaliera, cure intermedie intensive ed estensive. La CDPA intende favorire la continuità tra la fase ospedaliera del percorso di cura e le strutture sanitarie extra ospedaliere per quelle persone in dimissione dalle strutture per acuti ma non ancora pronte per un rientro al domicilio. I destinatari di una dimissione protetta possono essere utenti di qualsiasi età, fragili, con variazione nell'autonomia, e con bisogni sociosanitari e socioassistenziali rilevanti. La CDPA incorpora di fatto una parte rilevante delle funzioni della COT in quanto orienta la transizione dei pazienti, con specifiche indicazioni di proseguimento del percorso di cura, verso le strutture che meglio rispondono alle loro necessità. Il programma PRIAMO, utilizzato nella CDPA, è un applicativo disponibile in centrale operativa per raggiungere l'obiettivo di tracciamento. Il servizio di CMO,^{11,22} dislocato in tutti i presidi ospedalieri dell'ASST dei Sette Laghi (tranne l'ospedale pediatrico-ginecologico del Ponte), si occupa della gestione di pazienti che per la loro condizione clinico assistenziale vanno incontro a dimissioni difficili. Nell'ambito dei percorsi di ricovero ospedaliero, si prevede una presa in carico strutturata di questi pazienti da parte del *case manager* allo scopo di migliorare gli *outcome* di salute, di favorire la pianificazione delle dimissioni riducendo i tempi di ricovero improprio ed il rischio di *readmissions* nei pronto soccorso e ri-ricoveri. L'intervento dei *case manager* è finalizzato ai primi interventi di educazione sanitaria e alla segnalazione dei servizi territoriali indispensabili per il rientro al domicilio in sicurezza, quali: l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la richiesta di protesica maggiore e minore, i servizi di tele-monitoraggio, i servizi di supporto nutrizionale, le residenze sanitarie assistenziali (RSA) aperte o il servizio di assistenza domiciliare.

I *case manager* ospedalieri lavorano in stretta collaborazione con la COT per la gestione delle situazioni più complesse e per favorire la presa in carico dei pazienti con dimissioni difficili da parte degli IFoC della CdC di competenza, garantendo così continuità al percorso educativo e di accompagnamento iniziato in ospedale per acuti. In questo

modo la COT è in grado di ottimizzare gli interventi socio-sanitari e assistenziali, attivando soggetti e risorse della rete territoriale.

La centrale di PiC si occupa di organizzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria per rispondere ai bisogni del paziente affetto da patologia cronica, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici e alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami. In questo modo il cittadino può usufruire di un migliore accesso alle cure e di un approccio integrato ai bisogni di salute complessi con una prospettiva di continuità.

La PiC rappresenta uno dei processi che consentono alla COT il coordinamento generale della presa in carico della fragilità; favorendo, ove si renda necessario, l'accesso a setting di cura adeguati che comprendono anche la nuova rete di offerta territoriale (OdC e CdC). La COT potrebbe inoltre garantire l'integrazione tra i diversi attori che concorrono alla presa in carico di pazienti sempre più complessi e pluripatologici garantendo omogeneità alla rete dell'offerta. L'ufficiale di collegamento è un organismo composto da infermieri e assistenti sociali che si raccorda con gli uffici di piano degli ambiti territoriali per progettualità condivise di ambito sociosanitario e socioassistenziale, con l'obiettivo di creare delle collaborazioni permanenti con le istituzioni territoriali. L'ufficiale di collegamento sta dimostrando importanti potenzialità di crescita anche in merito alla gestione condivisa di cittadini con un elevato rischio di isolamento sociale. Questo servizio all'interno della COT consente di coordinare le prestazioni di supporto sociale con i bisogni sanitari e assistenziali dell'utenza, costruendo una rete tra le istituzioni territoriali e sanitarie. L'ufficiale di collegamento facilita la tempestiva attivazione di servizi comunali a vantaggio delle dimissioni protette e consente la collaborazione con gli enti comunali su progetti innovativi di promozione della salute della comunità. Il servizio di telemedicina si occupa della presa in carico del paziente con broncopneumopatia ostruttiva e con scompenso cardiaco. Attraverso contatti telefonici programmati e visite ambulatoriali, il servizio di telemedicina si occupa del monitoraggio di segni e sintomi di malattia, di rispondere ai bisogni informativi, educativi e di addestramento e di valutare i livelli di adesione alle terapie e al corretto stile di vita. Questi servizi all'interno della rete della COT consentono di intercettare tempestivamente pazienti cronici ai primi segni di scompenso ottimizzandone la gestione, la prevenzione delle riacutizzazioni e la partecipazione attiva dell'utente alla gestione del proprio stato di salute.

L'IFoC è un professionista che pianifica ed effettua interventi significativi di prevenzione e promozione della salute, attiva e gestisce percorsi di presa in carico della cronicità con un approccio proattivo, volgendo a mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita dei cittadini.²³

La presenza di questo professionista nella COT è rilevante per la valutazione dei bisogni di salute della persona, delle famiglie e della comunità, per programmare e realizzare interventi mirati di promozione e prevenzione della salute, per contribuire al monitoraggio e alla gestione dei fattori di rischio prevalenti nel territorio, per l'organizzazione e la gestione di campagne di educazione sanitaria e terapeutica. Essi sono in grado di interpretare la vocazione proattiva della COT per intercettare le necessità dei cittadini e realizzare interventi mirati di gestione in collaborazione con gli altri professionisti della salute del territorio.

Le dimissioni protette

Nel modello di dimissione protetta il paziente proveniente da reparti quali Medicina Interna, Geriatria, Pneumologia, Cardiologia, ecc., ad alto rischio di ri-ricovero (*score* specifico per patologia prevalente) e/o a media/alta intensità assistenziale, si fa riferimento: i) alla valutazione multidimensionale, quale strumento di conoscenza e diagnosi sulle diverse dimensioni della persona (clinica, funzionale, relazionale e sociale); ii) all'utilizzo del piano di assistenza individuale (PAI), per la pianificazione dell'intervento, il collegamento dei nodi della rete nonché come dispositivo di ingaggio e responsabilizzazione della persona; iii) al *case manager* quale punto di responsabilità del caso e dell'attuazione del PAI e punto di raccordo tra i nodi della rete.

Il PAI che è un progetto documentato, compilato da una equipe multidisciplinare e garantito da un referente del piano (un componente del team), che riassume la pianificazione assistenziale e gli obiettivi di promozione della salute che l'assistito dovrà ricevere e raggiungere in un determinato intervallo di tempo. L'assistito che viene in preso in carico, o dall'ADI o dalle RSA o anche da altre strutture sanitarie residenziali, verrà entro un certo tempo (mediamente entro tre settimane) osservato nella sua quotidianità e, intercettati e valutati tutti i suoi bisogni, gli stessi verranno suddivisi in aree con le relative professionalità predisposte a soddisfarle.

Le dimissioni facilitate

Le dimissioni facilitate rappresentano una delle modalità più rilevanti tramite cui prende corpo l'effettiva integrazione tra ospedale e territorio. Le dimissioni facilitate, a differenza di quelle protette, riguardano tutti i pazienti cronici dimessi dall'ospedale, anche quelli che godono di discreta autosufficienza, e sono finalizzate ad "agganciare" tali pazienti alla rete territoriale allo scopo di scongiurare uno dei fattori più critici della cronicità, ossia il *dropout*, la perdita del paziente cronico, nonché il ricorrente accesso in pronto soccorso e il rischio di ri-ricovero. Come è del tutto ovvio la dimissione facilitata persegue il suo scopo solo se è adeguatamente supportata da un'efficiente ed efficace organizzazione in grado di gestire la cronicità che non può prescindere dall'integrazione tra MMG, specialisti, ospedalieri e territoriali, ed infermieri distrettuali che operano in ambulatori dedicati con follow-up attivo.

Il progetto operativo di presa in carico della cronicità parte dal presupposto che la sfida alla cronicità è una sfida di sistema, in cui occorre superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovendo l'integrazione tra differenti professionalità tenendo in considerazione le problematiche di età avanzata, patologie croniche, multimorbidità o fragilità e prevenzione. In relazione alle finalità descritte, la matrice del piano si articola in fasi sequenziali a carattere multiprofessionale e interdisciplinare quali: i) identificazione della coorte di soggetti fragili (target di riferimento); ii) stratificazione in livelli di fragilità crescenti della coorte selezionata secondo determinanti selezionate (numero di accessi al Dipartimento di Emergenza e Accettazione, presenza di esenzione/i per patologia, ADI/assistenza domiciliare programmata, consumo di farmaci classi ATC (classificazione anatomico - terapeutico - chimico); iii) definizione delle modalità di attivazione e dei

setting di erogazione della presa in carico: PAI per il paziente fragile, percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per il paziente cronico; iv) ridefinizione dei servizi anche tramite la riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale e la pianificazione degli accessi al PUA e al centro unico di prenotazione; v) implementazione di un registro aziendale della fragilità (anagrafe della fragilità sociosanitaria) condiviso con assistenti sociali e MMG.

L'obiettivo strategico che si intende raggiungere e perseguire è quello di eliminare/ridurre i fattori predisponenti l'aggravamento delle condizioni cliniche e, in ultima analisi, l'incremento nell'utilizzo di risorse sanitarie a più elevata intensità.

In particolare, le leve strategiche utilizzate interessano prioritariamente l'introduzione di innovazioni della componente organizzativa e di quella professionale attraverso i seguenti moduli:

- figura professionale dell'Ifc con il ruolo di *casemanager* del paziente cronico-fragile all'interno delle CdC.²³ Tale figura collabora strettamente con i MMG per la presa in carico dei pazienti "fragili", garantendo interventi personalizzati e di *health literacy*, oltre che di prevenzione primaria, operando prevalentemente al domicilio dei pazienti e delle loro famiglie, facilitando il processo di adattamento ed autogestione delle malattie croniche e della conseguente disabilità, contribuendo all'accesso al sistema in rete dei servizi territoriali di cure primarie.
- organizzazione strutturata ed organica in team multiprofessionali e multidisciplinari di tutti gli attori in prima linea (MMG, PLS, specialisti ospedalieri e territoriali) nella gestione del paziente fragile all'interno delle CdC dove un internista o un geriatra svolge il ruolo di *clinical manager* e di regista della presa in carico, coordinando le diverse figure di specialisti che ruotano attorno al paziente.
- attività delle CdC quale contesto funzionale ed operativo dove, previa identificazione del *clinical manager*, erogare servizi a bassa/media intensità di cure ed offrire interventi di prevenzione e promozione della salute.
- le CdC rappresentano anche il setting privilegiato di valutazione dell'*effectiveness* delle attività degli Ifc.
- predisposizione di PDTA orientati al paziente cronico (una patologia prevalente indipendentemente dalla presenza o meno di altre comorbidità).

Premessa è prevedere la trattazione distinta sulla gestione del paziente cronico e di quello fragile, attribuendo nel primo caso una modalità di presa in carico orientata ad una patologia prevalente (attraverso PDTA, in primis attivazione di PDTA dedicati per lo scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete mellito, disturbi cognitivi e demenze, arteriopatie periferiche, ecc.); nel secondo caso la polipatologia e le differenti variabili che concorrono a determinare la fragilità devono orientare ad una presa in carico individualizzata, tramite PAI. I PDTA sono il fulcro intorno al quale ruotano servizi e risorse umane all'interno della CdC, rappresentando i percorsi lungo i quali agiscono i servizi sanitari e quelli sociali, dove vengono "presi in carico" soggetti che hanno bisogno di interventi *mixed*, divenendo così "PDTA integrati", ovvero piani di "presa in carico globale" del paziente. Si sostanziano conseguentemente in piani assistenziali individualizzati.

Al di là del necessario riferimento normativo e istituzionale, ciò che definisce priorità, criteri e metodologie di la-

voro per i diversi contributi specialistici è la lettura dei bisogni e delle risorse mettendo al centro dell'azione professionale l'aver cura della persona nella sua globalità e nella sua unità di valori, attese, storia, "carenze" e reti sociali. Non è sufficiente l'integrazione di cose diverse per dire che un'alleanza è strategica: appare indispensabile riferirsi a valori comuni che definiscano i contributi e ricerchino complementarità necessarie, basandosi su informazioni condivise e chiavi di lettura omogenee. La concretezza di questa integrazione è garantita da figure che sappiano compiere valutazioni multidimensionali e assumere capacità globale di coordinamento di tutti gli apporti che contribuiscono a un determinato percorso di cura, ovvero degli "operatori di riferimento" che ben conoscano la visione della CdC, che riconoscono il valore di tutti i contributi e che sappiano armonizzarli tra loro, in un costante confronto concertativo con la comunità, le reti sociali e gli utenti. Una rigorosa formazione alla complessità è la premessa per il lavoro di squadra, per la definizione di processi di lavoro condivisi e per la formalizzazione dei criteri di verifica e valutazione.

La Figura 5 riassume il modello della presa in carico dei pazienti in ASST Sette Laghi.¹¹

Riferimenti normativi

- DGR 7592 del 15/12/2002.
- Regione Lombardia (2009) Legge Regionale 30 dicembre n° 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.
- Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70, art 10.1.
- DPCM del 12 gennaio 2017 (artt. 29-35).
- Decreto della Giunta Regionale della Lombardia n. X/6164 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili - determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015". Seduta del 30/01/2017.
- Intesa Stato-Regioni sancito il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.
- Regione Lombardia. LR 22 del 14/12/2021. Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33.
- Regione Lombardia (2021) DGR n° XI/5723. Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali.
- Regione Lombardia (2022). DGR n° XI/6080 Modifica delle tabelle di cui all'allegato alla DGR XI/5723 del 15/12/2021. "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali.
- DM 77 del 23/05/2022.
- Delibera Regione Lombardia n. XI/ 6760 del 25/07/2022.
- DGR 6867 del 02/08/2022.

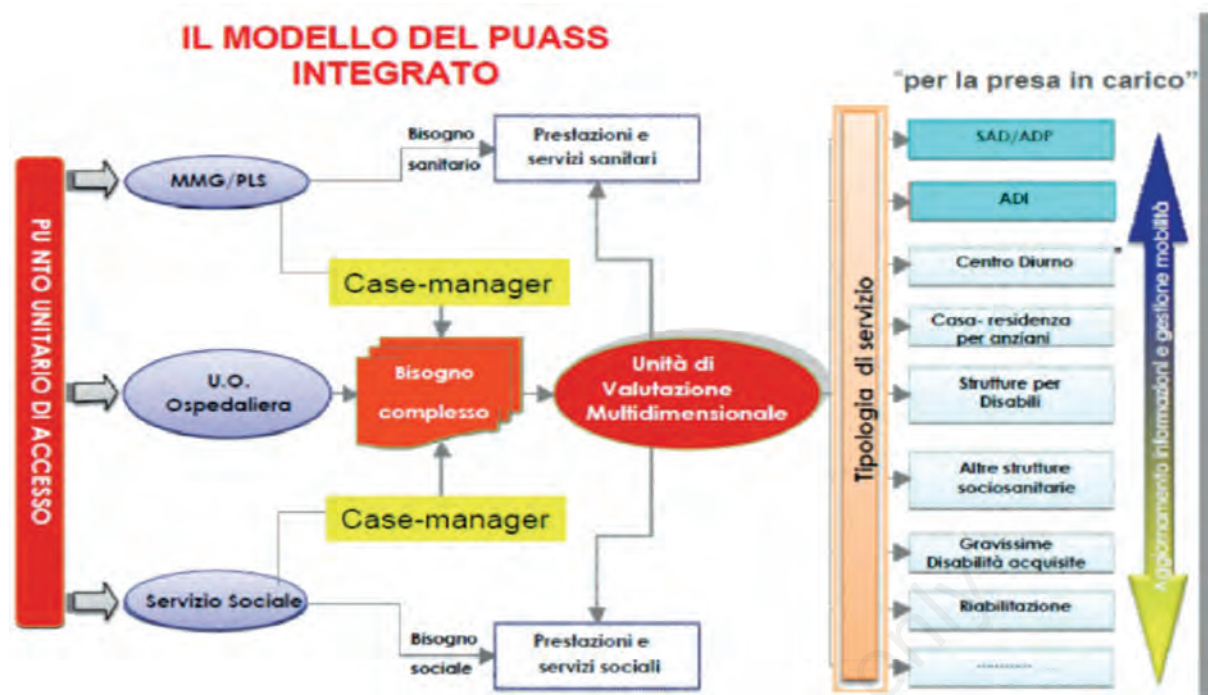


Figura 5. Percorso di presa in carico dei pazienti in ASST Sette Laghi. Riprodotto da Modello e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale: la casa di comunità ASST Sette Laghi.¹¹ MMG, medico di medicina generale; PLS, pediatra di libera scelta; SAD, servizio di assistenza domiciliare; ADP, assistenza domiciliare pediatrica; ADI, assistenza domiciliare integrata.

Bibliografia

1. Sistema Nazionale Linee Guida-SNLG. La fragilità dell'anziano. 2016. https://doi.org/10.53225/BEN_027. Ultima consultazione online: 16/06/2024.
2. Bryan K, Gage H, Bryan KG. Delayed transfers of older people from hospital: causes and policy implications. *Health policy* 2006;76:194-201.
3. Tiziana Marcella Attardo. Project work. Come fare sanità, oltre la cura. Valutazione di impatto economico, clinico e organizzativo dell'apertura di un Ospedale di Comunità a Luino, ASST Sette Laghi - Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa anno 2022 – 2023. Polis – Regione Lombardia.
4. Park L, Andrade D, Mastey A, et al. Institution specific risk factors for 30 day readmission at a community hospital: a retrospective observational study. *BMC Health ServRes*14:40.
5. Saiani L, Zanolin ME, Dalponte A, et al. Valutazione della sensibilità e della specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 27:184-93.
6. AGENAS. Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale. Disponibile online: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7851421.pdf>. Ultima consultazione online: 16/06/2024.
7. Repubblica Italiana. Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale». (22A02656). In: GU Serie Generale n. 102 del 03-05-2022.
8. AGENAS. Manuale osservatorio cronicità – logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità. Disponibile online: https://www.osservatoriocronicita.it/images/Manuale_Operativo_PON_Cronicita_2023_web_14_09.pdf. Ultima consultazione online: 16/06/2024.
9. Regione Lombardia. DGR n° XI/5723 ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali.
10. Regione Lombardia. DGR n° XI/6080 modifica delle tabelle di cui all'allegato alla DGR XI/5723 del 15/12/2021. Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza -missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali Regione Lombardia, Documento tavolo tecnico di attuazione Missione 6C1 PNRR con rif. nota prot.G1.2022.0017993 del 13.04.2022 (proposta di modello organizzativo di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali a cura di Bergamaschi W, Casazza S, Giroldi S, Grignaffini G, Mazzoleni I, Garavaglia G, Segato F). Disponibile online: <https://re.public.polimi.it/handle/>

- 11311/1221465 Ultima di consultazione online: 16/06/2024.
11. Modello e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale: la casa di comunità ASST Sette Laghi. Disponibile online: <https://www.asst-settelaghi.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/riferimenti-normativi-su-organizzazione-e-attivita>. Ultima di consultazione online: 16/06/2024.
 12. Regione Lombardia. Delibera Regione Lombardia n. XI/6760 del 25/07/2022. Disponibile online: <https://www.anaaolombardia.it/wp-content/uploads/2022/08/DGR-6760-del-25.07.2022.pdf>. Ultima di consultazione online: 16/06/2024.
 13. Fattore G, Meda F, Meregaglia M. Gli ospedali di comunità: quali prospettive alla luce del PNRR? Rapporto OASI 2022.
 14. McCormack B. Community hospital-issues for older people. *ElderCare* 1998;10:42-3.
 15. Ritchie LD, Robinson K. Community hospitals: new wine in old bottles? *Br J Gen Pract* 1998;48:1039-40.
 16. Winpenny EM, Corbett J, Miani C, et al. Community hospitals in selected high income countries: a scoping review of approaches and models. *Int J Integr Care* 2016;16:13.
 17. Pitchforth E, Nolte E, Corbett J, et al. Community hospitals and their services in the NHS: identifying transferable learning from international developments – scoping review, systematic review, country reports and case studies. Southampton, UK: NIHR Journals Library; 2017.
 18. Pesaresi F. Gli ospedali di comunità. 2022. Disponibile online: <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/04/gli-ospedali-di-comunita-come-saranno/>.
 19. Regione Lombardia. Delibera Regione Lombardia N° XI/6426 Seduta del 23/05/2022. Disponibile online: <https://areadocumentale.servizirl.it/atti/download/AAAAWMy1Ty4wopomnF92EMtLFXPGVzJoENApHEK/Us059Alm4bCDWjnQPYYrRvgLKuYqWFHtJ9TcPcdc6o6XshHui+5+IgZm+yzSVjGG9tDE/ebOTV5KwsF+DIAMUAAACAZonO/v+XcV2m8aYN0WEE+4BJ-qmPWbnRjvzPcEFC1ZMGBhi141v1xK3WEVGguXigHvekxwdmrIfNQbHrXdqot12zJ54qEqVi6Nn9QL4LNV+4lkOgsCLzyI8s0ex9daQOjyxZeSHHiTWXnAVZOib/25RvhN9j00DjbHGMfeoTZOoAAAAIripTq1t5mYk>. Ultima di consultazione online: 16/06/2024.
 20. Enrichens F, Borghini A, Martini L, et al. La Centrale Operativa Territoriale (COT). Disponibile online: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quader-no/pdf/Agenas%20-%20i%20Quaderni_Monitor%20-%20Le%20centrali%20operative.pdf.
 21. Regione Lombardia. DGR n° XI/6080 Modifica delle tabelle di cui all'allegato alla DGR XI/5723 del 15/12/2021 “Ulteriori determinazioni in merito all’attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali. Disponibile online: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-6080-legislatura-11>. Ultima di consultazione online: 16/06/2024.
 22. Rif. PG 24 Percorso presa in carico Case Manager Ospedalieri (CMO). Modello e Standard ASST Sette Laghi. Disponibile online: <https://www.asstsettelaghi.it/documents/41522/1174446/opuscolo+cdc+gennaio+2024.pdf/f05a0f48-af1d-b371-f0b6-3779cc593ba2>. Ultima di consultazione online: 16/06/2024.
 23. Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI). Position statement l’infermiere di famiglia e di comunità. 2020. Disponibile online: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>.

L'esperienza di "transitional care" di una regione del Centro

Davide Carrara,¹ Umberto Peta,² Alessandro Campani³

¹UO Medicina Interna, Ospedale Versilia, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Lido di Camaiore; ²UO Geriatria e UO Medicina Interna, Ospedale Versilia, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Lido di Camaiore; ³Azienda USL Toscana Nord Ovest, Zona Distretto Versilia, Italia

Introduzione

Nella pratica clinica moderna, l'attenzione si concentra sulla continuità della cura e sulla persona, non solo sulla malattia. Questo obiettivo è perseguito attraverso un approccio bio-psico-sociale che valuta le necessità del paziente basandosi su caratteristiche biologiche, psicologiche e sociali. Uno dei modelli di assistenza adottati dalle politiche sanitarie ed attuato in Toscana è il *transitional care*, essenziale per i pazienti con patologie croniche complesse.

Il modello di *transitional care* assicura continuità e integrazione delle cure tra ospedale e territorio. Un'équipe multidisciplinare pianifica e gestisce i percorsi assistenziali, facilitando comunicazione tra sanitari, educazione ed empowerment dei pazienti e familiari, con costante valutazione degli esiti clinici e della soddisfazione degli utenti. In Toscana, questo modello risponde all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie cronico-degenerative, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. I servizi territoriali regionali si basano sulla riorganizzazione delle cure primarie e sulla presa in carico di pazienti cronici, fragili e anziani da parte di un team multidisciplinare che organizza gli interventi basandosi su una valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali, determinati da fattori clinici e sociali del paziente, in un approccio olistico e integrato. La Centrale Operativa Territoriale (COT) è lo strumento individuato per gestire i processi di *transitional care* in Toscana. Questo assicura la continuità delle cure e il collega-

mento tra ospedale e territorio attraverso piani assistenziali, riabilitativi, diagnostico-terapeutici individuali e assistenza ai familiari. La COT facilita la transizione tra ospedale e territorio, garantendo che ogni paziente riceva le cure necessarie in ogni fase del percorso assistenziale.¹

Organizzazione della Regione Toscana

La Regione Toscana è organizzata in tre macroaree, chiamate anche "Aree Vaste", ciascuna della quali è gestita da una grande Azienda USL, che rappresenta l'entità operativa responsabile dei servizi sanitari sul territorio.

Le 3 gradi aziende USL che gestiscono le rispettive Aree Vaste sono suddivise come segue: i) l'Azienda USL Toscana Nord-Ovest (Area Vasta Nord-Ovest) include le province di Massa-Carrara, Lucca, Pisa e Livorno; ii) l'Azienda USL Toscana Centro (Area Vasta Centro) comprende le province di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli; iii) l'Azienda USL Toscana Sud-Est (Area Vasta Sud-Est) comprende le province di Arezzo, Siena e Grosseto.

Questa organizzazione in Aree Vaste permette una gestione più efficace e coordinata dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio regionale, garantendo una migliore continuità assistenziale e una distribuzione ottimale delle risorse.

Ogni Azienda USL è ulteriormente suddivisa in Zone-Distretto, che rappresentano il livello operativo più vicino ai cittadini, come stabilito dall'art. 64 della l.r. n. 40/2005. Le Zone-Distretto hanno il compito di organizzare e gestire i servizi sanitari locali, adattandoli alle specifiche esigenze del territorio e possono variare in numero e dimensione a seconda della densità di popolazione e delle caratteristiche geografiche.

L'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio e l'evoluzione in Centrale Operativa Territoriale

La Regione Toscana ha introdotto le Agenzie di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT) con la DGRT 679/16,² e la DGRT 995/2018,³ per facilitare la transizione delle cure tra ospedale e territorio. Recentemente, queste agenzie si sono evolute in COT in seguito all'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) come stabilito dal DM 77/22 e recepito dalla Regione Toscana con le DGRT 1508/22 e DGRT 495/24. La COT è un'interfaccia operativa

Corrispondente: Davide Carrara, UO Medicina Interna, Ospedale Versilia, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Lido di Camaiore, Italia.
E-mail: davide.carrara@hotmail.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e7

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

che facilita la definizione dei percorsi assistenziali e il collegamento tra ospedale e territorio, assicurando che i pazienti vengano presi in carico e ricevano l'assistenza e le cure appropriate. L'unità operativa è costituita da medico di comunità, infermiere, assistente sociale, fisioterapista. Si avvale della consulenza strutturata anche di altri professionisti, quali lo specialista fisiatra, geriatra, palliativista, psichiatra, medico SERD. Tra le finalità rientrano: i) flusso di dimissione/ammissione e definizione dei percorsi di dimissione per identificare il setting più appropriato per i pazienti dimessi dall'ospedale ed ottimizzare il flusso di dimissione/ammissione ospedaliera in collaborazione con il bed management ospedaliero; ii) presa in carico del paziente ed integrazione delle informazioni nel definire i percorsi sanitari e socio-sanitari in base ai bisogni del paziente e garantire l'integrazione delle informazioni nel processo di transizione attivando professionisti, servizi e le reti necessarie; iii) raccordo dei servizi per assicurare il collegamento tra i servizi ospedalieri e territoriali, facilitando la continuità assistenziale; iv) fornitura di ausili per fornire ausili assistenziali (carrozze, letti, materassi antidecubito, ecc.) v) gestione dei percorsi riabilitativi e di cure intermedie; vi) supporto per favorire la domiciliarizzazione dei pazienti mediante pacchetti; vii) utilizzo di strumenti standardizzati (promuovono e utilizzano strumenti di *handover* standardizzati per facilitare la comunicazione tra i professionisti); viii) sviluppo ed utilizzo dei servizi di telemedicina per la gestione dei pazienti a domicilio

Le fasi del processo di continuità di cura ospedale-territorio

Segnalazione del paziente e *discharge planning*. Definizione del piano integrato

La pianificazione della dimissione e la continuità assistenziale sono responsabilità del clinico, che deve identificare i pazienti a rischio di dimissione difficile e pianificare l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria in collaborazione con i servizi e i caregiver. Il processo mira a garantire la continuità delle cure basandosi sui bisogni del paziente e definendo il setting assistenziale più appropriato. La segnalazione alla COT, iniziata entro 48 ore dall'ingresso del paziente, avviene tramite schede compilate su supporto informatico, valutate poi in sinergia con il reparto inviante. Questo garantisce una transizione sicura tra ospedale e territorio.

La valutazione del paziente da parte della COT utilizza metodologie standardizzate per identificare i bisogni sanitari e sociali, coinvolgendo famiglia e caregiver per garantire la continuità delle cure. La dimissione protetta prevede: i) valutazione multidisciplinare del caso fra professionisti ospedalieri e territoriali; ii) analisi delle necessità cliniche (mediche ed infermieristiche) e delle abilità funzionali residue; iii) valutazione del contesto sociale da parte dell'assistente sociale; iv) definizione del setting assistenziale più adeguato.

Dopo la segnalazione, la COT può organizzare una visita in reparto per definire un Piano Assistenziale Integrato (PAI) con medici e familiari, determinando se il paziente necessita di servizi socio-sanitari a domicilio. Il PAI definisce il processo di cura basato sulle necessità di multimorbilità, fragilità e supporto sociale del paziente, assicurando continuità nelle cure post-dimissione. La pianificazione può includere il rientro a

domicilio, assistenza domiciliare complessa o trasferimento in strutture per cure intermedie/post-acuti. Vengono identificati pazienti post-acuti a rischio di riospedalizzazione, cronici con alto bisogno assistenziale, e cronici che necessitano di monitoraggio ed educazione all'autocura. La COT comunica inoltre al medico curante o pediatra di famiglia (MMG/PF) i dettagli relativi alla dimissione per bisogno prestazionale (domanda inviata alla struttura competente), bisogno complesso (attivazione dell'equipe multidisciplinare territoriale e redazione del Piano Integrato con MMG/PF) e/o attivazione di una unità di valutazione multidisciplinare (UVM) per bisogni socio-sanitari complessi. Per i pazienti residenti in territori extraregionali, ACOT/COT segnala al territorio sanitario di pertinenza per la presa in carico.

Tipi di intervento e setting di assistenza/cura

Una volta definito il PAI, si pianificano interventi globali basati sui bisogni del paziente, con prestazioni di varia complessità. Questi interventi vanno dal supporto per l'igiene personale e la mobilitazione, all'educazione del paziente e caregiver, fino a procedure complesse come gestione di cateteri e terapie endovenose, inclusi anche trattamenti riabilitativi ed il ricorso a cure intermedie temporanee.

Secondo la classificazione delle cure intermedie definita nella DGR 909/17 vengono definiti tre setting:⁴ i) setting 1 – low care è attivato in strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera, destinato a pazienti con alto rischio di instabilità clinica NEWS 3-4, in cui è presente personale infermieristico e medico h24 e servizio di riabilitazione; ii) setting 2 – residenzialità sanitaria intermedia è attivato in strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale, per i pazienti a basso rischio di instabilità clinica NEWS 2-3 con medico specialista di struttura in stretto rapporto con la medicina generale e servizio di riabilitazione; iii) setting 3 – residenzialità assistenziale intermedia è attivato in via sperimentale, in strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti [residenze sanitarie assistenziali (RSA)] con criticità assistenziali NEWS 0-1 con assistenza infermieristica e servizio di riabilitazione e assistenza medica da parte del MMG che si avvale di consulenze specialistiche.^{5,6}

La continuità di cure sul territorio

Con la Delibera di Giunta Regionale (DGRT) 1508/2022⁷, la Regione Toscana ha recepito le indicazioni del Decreto Ministeriale 77/2022, ampliando l'integrazione socio-sanitaria, che è un tratto distintivo del modello territoriale toscano. Sono stati definiti percorsi di presa in carico domiciliare per pazienti fragili, anziani, non autosufficienti e bisognosi di cure, rappresentando un aspetto cruciale del sistema socio-sanitario toscano.

La continuità delle cure, garantita anche a livello territoriale, include diverse azioni specifiche: potenziamento delle cure palliative domiciliari, incremento delle possibilità di riabilitazione a domicilio e aumento dell'assistenza per pazienti disabili ed affetti da demenza.

Dal territorio, le richieste vengono gestite in modo differenziato: i) bisogni prestazionali (sanitari o sociali) – canalizzati sul servizio professionale competente; ii) bisogni complessi (sanitari o socio-sanitari) – inviati a COT o UVM;

iii) necessità di assistenza domiciliare integrata (ADI) o programmi di assistenza domiciliare programmata – gestiti dall'unità funzionale cure primarie.

Il Punto Unico di Accesso (PUA) svolge funzioni di accoglienza, informazione e valutazione multidimensionale del bisogno, avviando il percorso di accesso ai servizi.

Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare in Toscana è rivolta principalmente a pazienti fragili, anziani e non autosufficienti, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita erogando servizi direttamente a domicilio. I servizi si suddividono in: i) cure domiciliari di livello base che comprendono prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative; ii) cure domiciliari integrate (ADI), ossia interventi multidisciplinari per pazienti con patologie complesse, organizzati su diversi livelli di intensità assistenziale; iii) cure palliative domiciliari fornite sia a livello base che specialistico per pazienti con malattie croniche evolutive.

Nel maggio 2023, la Toscana ha adottato un Piano Operativo Regionale per potenziare l'assistenza domiciliare, concentrandosi su cure palliative domiciliari, riabilitazione a domicilio, e interventi per persone anziane, disabili, con demenza o disturbi psichici. Questo piano include anche la formazione continua per medici di medicina generale e pediatri. Il fine è prendere in carico, entro la metà del 2026 il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni in particolare nei pazienti con multimorbilità e non autosufficienti.

Ospedali di Comunità e Case della Salute/ Case di Comunità

Gli Ospedali di Comunità in Toscana sono strutture residenziali post-acute che offrono un'assistenza intermedia tra il ricovero ospedaliero e l'assistenza domiciliare. Questi ospedali svolgono un ruolo fondamentale nella continuità delle cure, supportando pazienti con multimorbilità o condizioni croniche che non necessitano di sorveglianza medica intensiva, ma richiedono assistenza infermieristica continua. L'accesso può avvenire sia dall'ospedale sia dal territorio, principalmente per pazienti con condizioni croniche o riacutizzazioni di patologie preesistenti. Il piano

assistenziale è concordato tra professionisti sanitari, pazienti e caregiver.

Ogni Zona-Distretto in Toscana deve avere almeno un ospedale di comunità, con un rapporto di una struttura ogni 50.000 abitanti. L'assistenza medica è fornita da medici del SSN, mentre l'assistenza infermieristica è garantita 24 ore su 24. Questo modello integrato migliora la qualità delle cure e riduce la pressione sugli ospedali per acuti, assicurando una migliore qualità della vita per i pazienti e supporto per le loro famiglie.

Le Case della Salute in Toscana sono punti di accesso centrali per i servizi sanitari e sociali, progettati per garantire una continuità di cura integrata a livello territoriale. Offrono una vasta gamma di servizi che includono l'assistenza medica di base, servizi infermieristici, riabilitazione, supporto sociale, e programmi di prevenzione e promozione della salute. Attualmente, ci sono 75 Case della Salute attive distribuite in tutta la regione. La distribuzione attuale degli Ospedali di Comunità e Case della Salute è consultabile nella Tabella 1.

Inoltre, con il PNRR, la Regione Toscana ha avviato un progetto di trasformazione delle Case della Salute in Case di Comunità. Questo progetto mira a potenziare l'assistenza territoriale integrata, migliorando l'accessibilità e la qualità dei servizi offerti. Le Case di Comunità integreranno servizi di telemedicina e sanità digitale, fornendo assistenza multidisciplinare attraverso PUA. L'obiettivo è anche potenziare le cure domiciliari, mirate a prendere in carico il 10% della popolazione over 65 entro il 2026.

Cure palliative e del fine vita

La rete delle cure palliative individua come setting di cura la casa o il domicilio della persona, l'hospice o la struttura ospedaliera ed ambulatoriale e distingue gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale (cure palliative di base e specialistiche). Nella Regione Toscana le cure palliative sono articolate in reti aziendali, presenti in tutte le zone-distretto e sono prevalentemente organizzate come articolazioni del dipartimento di cure primarie, e regionali. Il modello di assistenza territoriale sviluppato dalla d.g.r. 1508/2022 ha portato alla definizione del piano regionale per le cure di fine vita (d.g.r. 960/2023) che concepisce le cure palliative come cure simultanee alle terapie attive oltre che di supporto nel fine vita,^{7,8} coerentemente con i principi della legge 38/2010 e tutte

Tabella 1. Distribuzione attuale degli Ospedali di Comunità e Case della Salute.

Zona	ASL di Appartenenza	Case della Salute	Ospedali di Comunità
Firenze	ASL Toscana Centro	10	3
Pistoia	ASL Toscana Centro	5	2
Prato	ASL Toscana Centro	4	2
Empoli	ASL Toscana Centro	8	3
Pisa	ASL Toscana Nord Ovest	7	2
Livorno	ASL Toscana Nord Ovest	6	2
Lucca	ASL Toscana Nord Ovest	5	2
Massa Carrara	ASL Toscana Nord Ovest	7	2
Arezzo	ASL Toscana Sud Est	8	2
Grosseto	ASL Toscana Sud Est	7	2
Siena	ASL Toscana Sud Est	8	2

Tabella 2. Casi semplici e complessi gestiti da Agenzie di Continuità Ospedale-Territorio/Centrali Operative Territoriali nel 2023.

Casi complessi	1452	Setting 1	Setting 3
Casi semplici	131	428	153

le evidenze scientifiche, strutturandone l'erogazione sia in ambito ospedaliero che territoriale per definire percorsi di presa in carico e di continuità delle cure, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, la tempistica necessaria per l'erogazione delle prestazioni e la consegna degli ausili.

Gruppo Intervento Rapido Ospedale Territorio

In Area Centro, in particolare nel territorio dell'AUSL Toscana Centro e AOU Careggi, si è sviluppato un ulteriore modello: il Gruppo Intervento Rapido Ospedale Territorio (GIROT).⁹ Questo team multiprofessionale, guidato da geriatrici o internisti e supportato da infermieri di famiglia e comunità, ma anche nutrizionisti e fisioterapisti, è dotato anche di strumentazione quali ecografie, elettrocardiogramma ed emogasanalisi. Il GIROT si rivolge prevalentemente ad anziani con disabilità motoria e cognitiva in scompenso clinico, per i quali l'ospedalizzazione potrebbe essere dannosa. Attivato da medici di famiglia, reparti ospedalieri, dipartimenti di emergenza e accettazione o medici emergenza urgenza (118), il GIROT è un modello assistenziale a tutoraggio geriatrico che ha dimostrato di evitare accessi impropri al pronto soccorso, ridotto la necessità di ricoveri ospedalieri in ospedale per acuti, complicanze intraospedaliere quali il delirium intraospedaliero, infezioni nosocomiali, ridotto i tempi di degenza ed i costi ed ha abbassato la mortalità.

L'esperienza della Zona-Distretto Versilia

I dati di attività della ACOT/COT versiliense, riferiti all'anno 2023, attestano un quadro di significativo interesse quanto a numerosità dei casi, provenienza dei medesimi e destinazione degli stessi. Il totale dei casi complessi processati da ACOT/COT e provenienti da ambito ospedaliero è pari a 1452 (da un minimo mensile di 117 ad un massimo di 180 ai quali vanno aggiunti circa altri 400 casi dal territorio). Nella Tabella 2 sono computati i casi semplici, che necessitano solo di intervento prestazionale, e quelli complessi, per i quali risulta effettuato un PAL, gestiti da ACOT/COT nel 2023.

A questi dati possono essere aggiunti anche quelli derivanti dalla disamina delle attività assistenziali infermieristiche domiciliari (destinate a transitare tutte da COT) che hanno visto, a consuntivo 2023, un numero di assistiti domiciliari superiore a 4200 con netta prevalenza di "grandi anziani" ultra75enni (circa l'80%) e con prevalenza femminile pari circa al 60% del totale.

Una sintetica disamina può essere condotta anche rispetto all'utilizzo dell'hospice, oggetto di osservazione anche da parte dell'Osservatorio Management e Sanità di Pisa che definisce due specifici indicatori sul merito. Il primo di essi

(indicatore C28.2B) stabilisce la percentuale dei ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in hospice ≤ 3 giorni: la Zona-Distretto della Versilia si è dimostrata adeguata all'obiettivo previsto con 140 ricoveri su 141, in base d'anno 2023, rientranti nei limiti previsti dall'obiettivo. Il secondo indicatore (C28.3) stabilisce invece la percentuale di ricovero in hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 giorni: anche in questo caso i parametri raggiunti sono entro i limiti di confidenza previsti, trattandosi, in termini assoluti, di 16 ricoveri su 141 ad aver oltrepassato detti limiti (in percentuale 11,3% *versus* un valore di riferimento massimo previsto pari a 16,7%).

Bibliografia

1. ARS Toscana. La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana, tra sociale e sanitario. 2023. Disponibile online: https://www.ars.toscana.it/images/publicazioni/Collana_ARIS/2023/Welfare_e_salute_2023/WS2023_vol2.pdf.
2. Regione Toscana. D.G.R.T. n. 679/2016. Agenzia di continuità ospedale-territorio: indirizzi per la costituzione nelle zone/distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.
3. Regione Toscana. D.G.R.T. n. 995/2018. Agenzia di continuità ospedale - territorio: aggiornamento della scheda di valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa.
4. Regione Toscana. D.G.R.T. n. 909/2017. Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera.
5. Regione Toscana. D.G.R.T. n. 1596/2018. Modulo sperimentale residenzialità assistenziale intermedia - setting 3 (Cure Intermedie in RSA): approvazione relazione conclusiva monitoraggio sperimentazione, approvazione documento "attivazione modulo cure intermedie in RSA", proroga sperimentazioni in atto.
6. Regione Toscana. D.G.R.T. 818/2020. Setting di cure intermedie residenziali: indicazioni alle aziende sanitarie.
7. Regione Toscana. D.G.R.T. n. 1508/2022. La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del D.M. n. 77/2022.
8. Regione Toscana. D.G.R.T. n. 960/2023. Piano regionale per le cure palliative 2023-2026.
9. Benvenuti E, Rivasi G, Bulgaresi M, et al. Caring for nursing home residents with COVID-19: a "hospital-at-nursing home" intermediate care intervention. *Aging Clin Exp Res* 2021;33:2917-24.

L'esperienza di "transitional care" di una regione del Sud

Franco Mastroianni

Medicina Miulli, Acquaviva delle Fonti (BA), Italia

Introduzione

L'urgenza delle dimissioni ospedaliere e la scarsa capacità del territorio di proseguire e sostenere l'assistenza del paziente hanno portato ad identificare soluzioni intermedie all'ospedale per acuti, definite in termini anglosassoni, *intermediate care* o *transitional care*, ovvero, come definisce la *British Geriatric Society* (2002) "una gamma di servizi integrati finalizzati a promuovere un più rapido recupero della malattia, prevenire ricoveri ospedalieri non necessari, supportare le dimissioni dall'ospedale nei tempi giusti, ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita."

Il contesto epidemiologico in cui si realizza il progetto, nella regione Puglia, è caratterizzato da diversi ambiti (demografico, sociale-economico, medico-sanitario). In particolare, al 1° gennaio 2021 la popolazione residente in Puglia ammontava a 3.933.777 soggetti con una lieve prevalenza di femmine (51,4%) rispetto ai maschi (48,6%).

La popolazione over 65 ammontava al 23,1%, di poco più bassa rispetto alla percentuale nazionale (23,5%).¹ Nel periodo 2018-2020, in Puglia, sono stati ricoverati 947.254 soggetti. Tra le cause di ricovero, le più frequenti sono state le malattie del sistema circolatorio, le malattie dell'apparato digerente, i tumori maligni e le malattie dell'apparato respiratorio. Le patologie croniche sono in progressiva crescita e, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, e impegnano gran parte delle risorse del Servizio Sanitario Regionale. Si stima, infatti, che circa il 70-80% delle risorse

sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

In Puglia, la percentuale di soggetti con almeno una cronicità è più bassa rispetto a quella nazionale (9,9% *versus* 18,4%) nella fascia 18-69 anni mentre risulta del tutto confrontabile nella fascia degli ultra64enni (58,8% *versus* 59,4%). Le patologie croniche tra gli ultra64enni sono le cardiopatie (34%), il diabete (25%), le malattie respiratorie croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%), e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%).

Nel 2022, viene definita l'organizzazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto n. 77 del 23 maggio 2022 mediante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. In Puglia, la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1729 del 30 novembre 2023 regola l'adozione del regolamento regionale avente ad oggetto: "definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022. Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell'Accordo Stato Regioni"².

In particolare, vengono definiti e descritti:

- il Distretto, come un'articolazione organizzativa-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul territorio;
- le Case di Comunità (CdC), che rappresentano il luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria, nonché ai programmi di prevenzione e di promozione della salute. Esse rappresentano il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Sono differenziate, in base alle funzioni, in hub e spoke. È prevista una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti; diversamente, il numero delle CdC spoke – in quanto presidi di supporto agli hub – possono variare in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità;
- la Centrale Operativa Territoriale (COT), ossia un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività e programmi di prevenzione e promozione della salute, attività territoriali, sanitarie, socio-sanitarie e ospedaliere; inoltre, dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. In questa attività di raccordo, la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto

Corrispondente: Franco Mastroianni, Medicina Miulli, Acquaviva delle Fonti (BA), Italia.
E-mail: f.mastroianni@miulli.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e8

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Tabella 1. Distribuzione regionale, per ciascuna ASL, delle strutture più importanti.

Setting assistenziale	ASL SSR	Numero strutture
Case della Comunità	ASL BA	36
	ASL BR	9
	ASL BT	9
	ASL FG	26
	ASL LE	24
	ASL TA	17
	Totale	121
Centrali Operative Territoriali	ASL BA	12
	ASL BR	4
	ASL BT	5
	ASL FG	6
	ASL LE	7
	ASL TA	6
	Totale	40
Ospedali di Comunità	ASL BA	9
	ASL BR	6
	ASL BT	6
	ASL FG	7
	ASL LE	6
	ASL TA	4
	Totale	38

ASL, Azienda Sanitaria Locale; SSR, Sistema Sanitario Regionale; BA, Bari; BR, Brindisi; BT, Barletta-Andria-Trani; FG, Foggia; LE, Lecce; TA, Taranto.

sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate, individuando gli elementi e il grado di complessità del caso in modo che, in raccordo con gli altri setting (assistenza domiciliare integrata, servizio sociale, *ecc.*), la COT collabori con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente. La COT coordina, traccia, monitora e interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione da e verso la struttura ospedaliera, assistendo il soggetto-paziente anche per l'accesso alle cure di fase acuta.

- l'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio

Si definiscono inoltre i ruoli dell'infermiere di comunità, della rete delle cure palliative, dell'assistenza domiciliare, ed infine del ruolo della telemedicina che rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, consentendo, inserita in una rete di cure coordinate, l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali e delle reti di telecomunicazione (internet).

La distribuzione regionale delle strutture più importanti per ciascuna ASL è riportata in Tabella 1.

Per le CdC e per gli OdC, alla Puglia sono destinati circa 256 milioni di euro, su 3 miliardi complessivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Nello specifico, 177,2 milioni andranno alla creazione di 121 CdC, di cui 56

hub, quelle principali che erogano servizi di assistenza primaria, attività specialistiche e di diagnostica di base, e 65 spoke (54% del totale), che offrono unicamente servizi di assistenza primaria. Per quanto riguarda gli OdC sono 38 quelli previsti in Puglia, per un importo complessivo dal PNRR di 78,8 milioni di euro. In 28 casi si tratterà di interventi di ristrutturazione, mentre per 10 progetti sono previste nuove costruzioni o l'ampliamento di strutture esistenti. A seguito di questi interventi nella regione è prevista la realizzazione di 3,08 CdC e 0,97 OdC ogni 100.000 abitanti. Nelle aree interne il rapporto salirà rispettivamente a 4,17 e 1,32. Nei territori più periferici della regione il 71,7% delle CdC sarà spoke, quella che prevede minori servizi, a fronte di una media nazionale del 52% di CdC spoke nelle aree interne.

A fronte di questa progettualità rimangono ancora da chiarire alcuni aspetti legati alla gestione e al personale che dovrà popolare le strutture. La carenza di figure professionali, cronica in alcune realtà, comporterà una massiccia riorganizzazione dei servizi assistenziali al fine di favorire un'integrazione fra ospedale e territorio auspicata ormai da molti anni e non ancora compiuta.

Bibliografia

1. ISTAT. Disponibile online: <https://dati.istat.it>
2. Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 30 novembre 2023, n. 1729. Adozione Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022". Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell'Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n.221/CSR del 24/11/2016). Disponibile online: https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/2248133/DEL_1729_2023.pdf.

Transitional care: il modello delle cure intermedie

Elena Barbagelata

Medicina Interna 1, ASL 5 La Spezia, Italia

L'attuale contesto sanitario è caratterizzato da cambiamenti di tipo demografico, epidemiologico e anche sociale con invecchiamento della popolazione e aumento della prevalenza di patologie cronico-degenerative.^{1,2} La dotazione di posti letto è spesso insufficiente per questa popolazione sempre più complessa dal punto di vista bio-psico-sociale. Questo impone di ripensare e di rimodulare l'offerta dei servizi e delle prestazioni in una logica di *transitional care*, un insieme di azioni concepite per assicurare il coordinamento e la continuità di cura e di evitare la perdita di informazioni quando i pazienti vengono trasferiti o da una struttura a un'altra o tra livelli di intensità di cura diversi.² Diventa pertanto necessario e urgente ottimizzare le attuali risorse, promuovendo un precoce processo di dimissione dai reparti per acuti e limitando i ricoveri ospedalieri impropri. Secondo la letteratura scientifica le principali motivazioni dell'inappropriatezza delle cure sono le inadeguate misure di prevenzione, il mancato inserimento in un setting a minore intensità di cure, la discordanza tra il piano assistenziale proposto e le aspettative del paziente e/o del caregiver.³

Gli interventi di transizione delle cure devono iniziare già durante la degenza, attraverso la pianificazione precoce della dimissione, l'educazione al caregiver, la ricognizione e riconciliazione terapeutica e il contatto con il medico curante.

In tale modello di presa in carico il punto di partenza è costituito dall'integrazione sia tra le diverse figure professionali coinvolte, sia tra i diversi setting assistenziali, oltre alla condivisione di percorsi assistenziali e ad un sempre maggior *empowerment* dei caregiver e dei pazienti stessi. La valutazione internistica multidisciplinare in letteratura si è

dimostrata essere il modello operativo di maggior successo in termini di gestione del paziente, nonché di ottimizzazione della spesa sanitaria. Inoltre, particolare attenzione deve essere posta all'identificazione della tipologia di pazienti target: pazienti post-acuti con un elevato rischio di re-ospedalizzazione in assenza di un'assistenza adeguata; pazienti cronici con un elevato bisogno assistenziale e a rischio di re-ospedalizzazione o di ricovero inappropriato; pazienti cronici che richiedono una fase di monitoraggio e un'educazione all'autocura.¹

Le pratiche di *transitional care* con un maggiore impatto dimostrato sulla corretta gestione del paziente sono quelle proposte dal modello di Naylor che pone al centro i bisogni del paziente.⁴ Tale modello prevede: i) coinvolgimento del paziente; ii) coinvolgimento del caregiver; iii) gestione della complessità; iv) riconciliazione terapeutica; v) educazione del paziente e del caregiver; vi) benessere del paziente e del caregiver; vii) continuità di cura e assistenza.

Le strutture di cure intermedie svolgono una funzione di collegamento tra i reparti per acuti e il domicilio dei pazienti. Sono fondamentali in tutte le situazioni in cui la complessità sanitaria del paziente, gravata spesso anche da problematiche socioassistenziali, al termine della fase di acuzie dopo che sia stata raggiunta la stabilità clinica e a completamento dell'iter diagnostico, richieda un passaggio intermedio tra l'ospedale e il domicilio (Figura 1).¹

Per definire la condizione di instabilità-stabilità clinica servono parametri il più possibile oggettivi. Utile a tale scopo la proposta ragionevole e condivisibile di Halm *et al.* basata su una casistica di pazienti ospedalizzati per broncopneumite.⁵ I criteri suggeriti per l'instabilità sono: i) temperatura corporea $>37,8^{\circ}\text{C}$; ii) frequenza respiratoria >24 atti/min; iii) frequenza cardiaca >100 bpm; iv) pressione arteriosa sistolica <90 mmHg; v) saturazione di ossigeno $<90\%$; vi) alterazione dello stato di vigilanza; vii) assunzione orale impossibile.

Le cure intermedie devono offrire ai pazienti un concreto valore aggiunto al beneficio della fase di degenza ordinaria, quantificabile tramite idonei indicatori di risultato.

Gli elementi strutturali e funzionali necessari allo scopo sono: i) separazione ambientale e funzionale dall'area della degenza ordinaria; ii) libero accesso dei familiari; iii) disponibilità di una superficie minima utile a consentire l'alzata in poltrona; iv) garanzia di poter fruire di un tempo minimo quotidiano di deambulazione assistita; v) modello assistenziale basato sul lavoro in team e sulla figura dell'infermiere *case manager* e del terapeuta della riabilitazione; vi) supporto delle funzioni di assistenza sociale; vii) garanzia di funzioni medico-cliniche specifiche; viii) adozione di strumenti con indicatori di esito.

Corrispondente: Elena Barbagelata, Medicina Interna 1, ASL 5 La Spezia, Italia.
E-mail: elenabarbagelata@yahoo.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e9

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

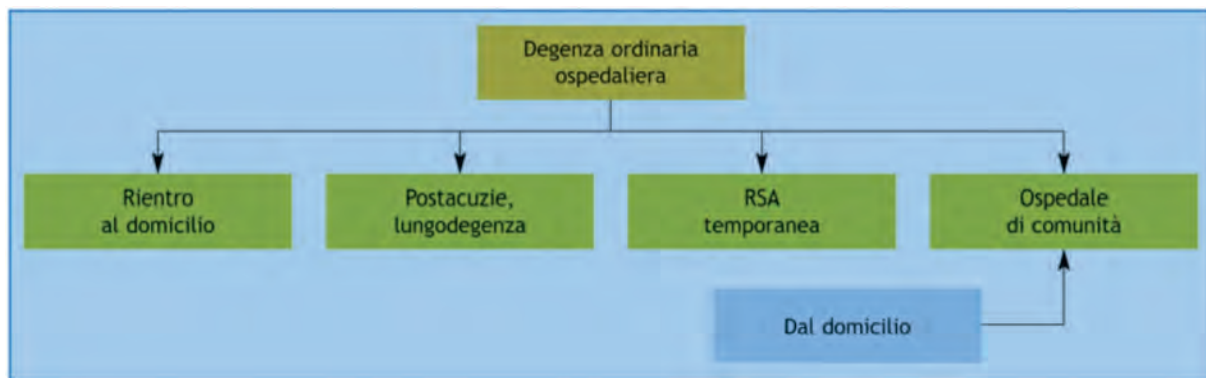


Figura 1. Possibile percorso di dimissione dall'ospedale nei casi in cui non sia consigliabile l'immediato e diretto rientro al domicilio. Riprodotta da: Salsi e Calogero (2010).

Al fine di garantire la continuità assistenziale e la presa in carico globale successiva, per ogni singolo paziente va definito e redatto il Piano di Assistenza Individuale (PAI).^{6,7} Il PAI è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente. All'interno del PAI trovano spazio elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica e linguistico-comunicativa, tutti integrati e condivisi con il nucleo familiare e/o con i caregiver del paziente, in modo da garantirne quanto più possibile l'*empowerment*.

All'assistenza medica e infermieristica, è necessario affiancare le funzioni della terapia, della riabilitazione e dell'assistenza sociale, considerata l'altissima prevalenza dei problemi sociali.

La rete dei servizi sociali, partendo dalla valutazione del singolo caso, comprende servizi e progettualità rivolti a cittadini fragili e/o non autosufficienti e ai loro caregiver, finalizzati alla promozione della autonomia, della qualità della vita, della prevenzione e della non-autosufficienza.

La presenza del terapista della riabilitazione risponde alla necessità di riattivazione e mantenimento delle autonomie motorie dei pazienti. Il contributo richiesto a questo professionista non consiste soltanto in trattamenti per il singolo soggetto, bensì nell'essere un riferimento per tutti gli attori coinvolti, personale, pazienti e caregiver, in quanto a conoscenza delle tecniche necessarie a un approccio assistenziale volto al recupero di tutte le autonomie funzionali possibili e alla riduzione delle disabilità.

Punto focale per la realizzazione del progetto di struttura è infine la collaborazione dei famigliari del paziente, quando presenti, secondo una visione di alleanza terapeutica. Di conseguenza l'accesso all'area della degenza andrà favorito e affiancato dall'opera di educazione terapeutica. L'educazione terapeutica, preceduta da una valutazione preliminare operata dallo staff del reparto della disponibilità e delle capacità delle persone potenzialmente coinvolgibili, prevede che i famigliari-caregiver vengano sensibilizzati e addestrati dal personale sanitario a uno specifico compito e che poi assumano un ruolo sinergico basato sulla collaborazione. Alcuni esempi del valore aggiunto che l'educazione terapeutica può fornire sia al paziente sia al sistema sono:

assistenza ai pasti, mobilitazione attiva e passiva, gestione del catetere vescicale e dell'alimentazione artificiale enterale, somministrazione di insulina ed eparina sottocute.

In conclusione, le cure intermedie rappresentano un punto nodale della rete d'offerta sociosanitaria in grado di prendere in carico il soggetto in fase di post acuzie con l'obiettivo prioritario di assistere la persona per completare l'iter di cura, portandola al miglior stato di salute e benessere possibile, per favorirne il reinserimento nel proprio contesto di vita e accompagnarla alla risposta assistenziale più appropriata.

L'applicazione e il rispetto degli elementi classificativi sono i fattori che possono trasformare il sistema delle cure intermedie, da tentativo di declassamento con fini di risparmio sulla spesa, in un sistema virtuoso che interpreti correttamente i nuovi bisogni emergenti.

Bibliografia

1. Salsi A, Calogero P. Le cure intermedie. *Ital J Med* 2010;4:57-62.
2. Minniti D, Giacometti M, Ceruti M, et al. Transitional care: implementazione di un modello organizzativo multidimensionale di cure intermedie. *Evidence* 2014;6(5): e1000082.
3. Sezgin D, O'Caomh R, Liew A, et al. The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review. *Eur Geriatr Med* 2020;11:961-74.
4. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:1119-25.
5. Halm EA, Fine MJ, Kapoor WN, et al. Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Arch Intern Med* 2002;162:1278-84.
6. Somme D, Hébert R, Bravo G, et al. The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *Int J Integr Care* 2007;7:e52.
7. Griffiths P, Harris R, Richardson G, et al. Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care. *Age Ageing* 2001;30:483-8.

Transitional care: il modello dell'Area Cure Infermieristiche Ospedale Territorio

Antonietta Piras, Ilaria Ferrando

Medicina Interna 2 P.O. Levante, ASL 2 Savonese, Savona, Italia

Introduzione

La struttura di Area Cure Infermieristiche Ospedale Territorio (A.C.I.O.T.) è un progetto che nasce nel 2019 in ASL2 Savonese più precisamente nell'Ospedale San Paolo di Savona. Il personale di comparto è stato reclutato attraverso un bando di selezione interna.

L'A.C.I.O.T. è una struttura di degenza, dotata di centro di costo ed integrata nella rete dei servizi territoriali e ospedalieri, che prevede la presenza di infermieri e operatori socio-sanitari 24 ore su 24.

La struttura è composta da 12 posti letto di degenza affiancati a 9 posti letto di cure intermedie.

Il regolamento del reparto è stato redatto dal personale selezionato, attraverso incontri formativi periodici, si è dato vita al progetto elaborando procedure e istruzioni operative per garantire la sicurezza delle cure. Tale organizzazione è finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi assistenziali, attraverso un modello di *care* intermedio tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione.¹

La responsabilità

La responsabilità di direzione delle figure assistenziali è in capo al Direttore delle Professioni Sanitarie Ospedaliere. La responsabilità organizzativo-gestionale è attribuita al Coordinatore Infermieristico.² La responsabilità medico-legale è affidata al Direttore della S.C. Medicina Interna 2. I medici di guardia inter-divisionale garantiscono la continuità assistenziale in orario notturno e nei giorni festivi. Il medico di

medicina generale (MMG) parteciperà attivamente alle scelte clinico-terapeutiche, in un'ottica di integrazione ospedale territorio. La *governance* igienico-sanitaria dell'A.C.I.O.T. è in capo al Direttore Medico dei Presidi Ospedalieri. Il personale infermieristico diventa il riferimento operativo nella gestione del reparto, svolgendo una funzione di "*case management*", particolarmente strategica.³

Chi siamo

L'A.C.I.O.T. è una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare le cure primarie e garantire la continuità di cura.^{4,5} Il ricovero è destinato agli utenti, appartenenti alle fasce più deboli della popolazione, che devono essere dimessi dai reparti ospedalieri o che vengono assistiti in ambito domiciliare dal proprio MMG.

La continuità terapeutico-assistenziale viene assicurata dal Dirigente Medico di Medicina Interna, in caso di necessità è possibile l'attivazione della Guardia Medica Inter-Divisionale.

La struttura era stata progettata come un luogo "aperto" dove gli spazi erano pensati per una tipologia di degenza che prevedeva la presenza dei familiari, senza vincoli di orario, con la possibilità di stare vicini ai propri cari in modo confortevole, e dove prevale la cura ai bisogni della persona rispetto alla cura medica, ma dal periodo legato all'emergenza Covid sino ad oggi sono state seguite le indicazioni impartite dalla Direzionale Aziendale.⁶

La dotazione organica, per l'A.C.I.O.T. e Cure Intermedie, è la seguente: i) coordinatore infermieristico; ii) 2 *case manager*; iii) 13 infermieri; iv) 5 operatori socio-sanitari; v) 1 amministrativo. La presenza del fisioterapista viene garantita dal servizio di fisioterapia in base alle necessità terapeutico-riabilitative dei ricoverati. L'assistente sociale collabora giornalmente con il *case manager* per la gestione delle dimissioni difficili.

Gli obiettivi

Gli obiettivi che l'A.C.I.O.T. si propone sono principalmente:^{7,8} i) la riduzione dei tempi e/o l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, fornendo un'alternativa di cura e assistenza, nell'ottica della "riduzione dei tempi di ospedalizzazione e la facilitazione del recupero dell'autonomia"; ii) la limitazione degli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari, sociali o di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali della persona fragile dopo un evento acuto; iii) l'agevolazione dell'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

Corrispondente: Antonietta Piras, Medicina Interna 2 P.O. Levante, ASL 2 Savonese, Savona, Italia.
E-mail: a.piras@asl2.liguria.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e10

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Criteria di eleggibilità pazienti provenienti da strutture ospedaliere

Può essere proposto l'accesso all'A.C.I.O.T. per i soggetti cronici e fragili che presentino le necessità di seguito elencate:^{5,9} i) pazienti affetti da patologie croniche non sufficientemente compensate che abbiano già superato la fase acuta e che siano in trattamento terapeutico definito, ai quali sia imprescindibile un iter protetto per la prosecuzione della terapia stessa; ii) pazienti di reparti di medicina stabilizzati, ai quali sia stato già iniziato un trattamento da proseguirsi nella struttura protetta territoriale; iii) pazienti con squilibri metabolici già in trattamento e ai quali occorra il controllo della modulazione della terapia assegnata mediante analisi di laboratorio giornaliere; iv) pazienti affetti da patologie croniche o loro complicanze ai quali sia stato prescritto un trattamento terapeutico impossibile da effettuare al domicilio del paziente; v) pazienti ortopedici con fratture trattate per i quali sia stato già intrapreso un trattamento fisioterapico avanzato, o con artropatie in fase infiammatoria ai quali sia stata impostata una terapia infusione/iniettiva da continuare in struttura protetta.

Criteria di eleggibilità pazienti provenienti dal medico di medicina generale

Può essere proposto l'accesso all'A.C.I.O.T. per i soggetti cronici e fragili che presentino le necessità di seguito elencate:⁵ i) pazienti affetti da patologie croniche non sufficientemente compensate, compresa la incostante assunzione della terapia; ii) terapia infusione/iniettiva ritenuta necessaria dal

MMG; iii) pazienti con polmonite non gestibili a domicilio già in trattamento e/o necessitante di assistenza sanitaria-infermieristica costante e diretta; iv) pazienti con patologie croniche non compensate, bisognosi di assistenza infermieristica costante difficilmente gestibili a domicilio; v) pazienti con squilibri metabolici già in trattamento e ai quali occorra il controllo della modulazione della terapia assegnata mediante analisi di laboratorio giornaliere.

Criteria di esclusione per l'ammissione

Vengono esclusi dall'accettazione in A.C.I.O.T.:⁵ i) pazienti non residenti in ASL; ii) stranieri senza permesso di soggiorno; iii) soggetti psichiatrici e/o utenti che abusano di sostanze e/o alcool; iv) pazienti con patologie degenerative cerebrali che comportino un'assistenza diretta continua; v) pazienti provenienti dal pronto soccorso; vi) pazienti che necessitano di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.

Modalità per la richiesta di ammissione

L'ammissione all'A.C.I.O.T. può avvenire esclusivamente in modalità programmata, concordata tra il medico proponente (MMG del paziente o specialista ospedaliero) e il Coordinatore Infermieristico, senza effettuare accesso al pronto soccorso.⁵

Il medico proponente può richiedere il ricovero in A.C.I.O.T. sull'applicativo One.Sys tramite una richiesta di ammissione dove indicherà le patologie da cui è affetto il paziente e la terapia assunta con la relativa posologia. La

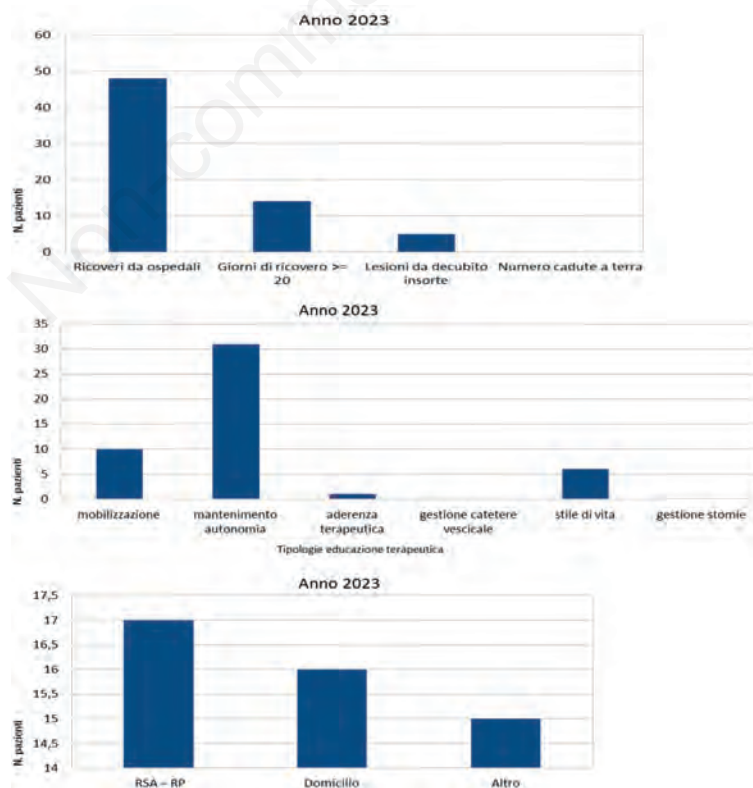


Figura 1. Dati raccolti sui pazienti ricoverati in A.C.I.O.T. nel primo trimestre anno 2023.

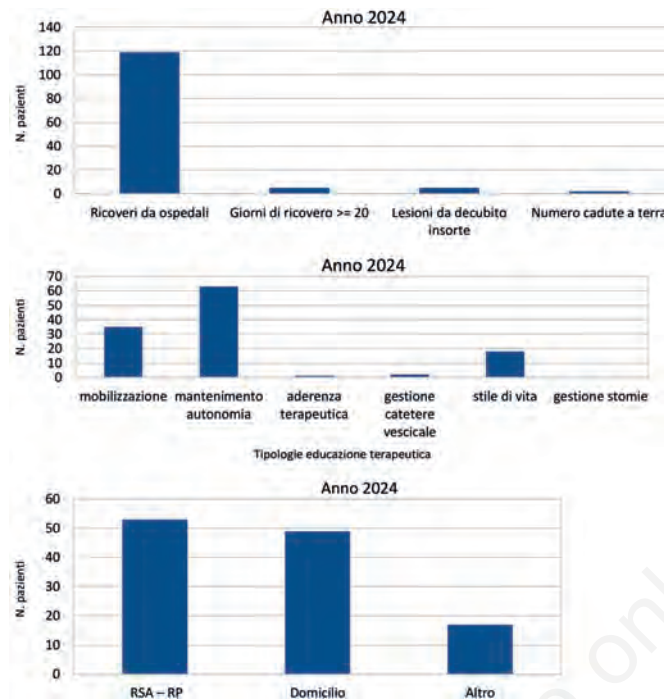


Figura 2. Dati raccolti sui pazienti ricoverati in A.C.I.O.T. nel primo trimestre anno 2024.

documentazione deve essere inviata all'indirizzo E-mail: repcomunita.sv@asl2.liguria.it.

Il *case manager* successivamente compila la scheda IDAm (indice di dipendenza assistenziale modificato) mediante contatto telefonico. Tale modulistica viene ricevuta dal Coordinatore Infermieristico che, entro 24 ore dall'arrivo della richiesta, nel rispetto dei criteri di eleggibilità/esclusione sopra citati, effettua la valutazione definitiva del carico assistenziale mediante l'utilizzo dello score IDAm rientrando nel livello di "bassa/media complessità assistenziale".¹⁰

Il *case manager* elabora il Piano Assistenziale Individuale del paziente.³ Il percorso di cure in A.C.I.O.T. prevede la domiciliazione del paziente entro il 15° giorno di degenza, salvo casi motivati in cui la permanenza può protrarsi fino ad un massimo di 20 giorni totali. Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata e a risolvere i problemi che ne hanno determinato l'accesso.

Alcuni dati

È stata fatta un'analisi retrospettiva dei primi tre mesi degli anni 2023 e 2024. Nelle Figure 1 e 2 sono riportati i grafici contenenti i dati raccolti:¹¹ totale ricoveri, provenienza pazienti, giorni di ricovero ≥ 20 , lesioni da decubito insorte durante il ricovero, numero cadute, educazione terapeutica, destinazione alla dimissione.

Risultati

Dal risultato dei dati raccolti negli anni 2023-2024, emerge che nel 2024 il numero dei ricoveri all'interno del reparto A.C.I.O.T. è esponenzialmente aumentato, mantenendo il me-

desimo standard clinico-assistenziale. Un altro aspetto positivo è la diminuzione dei giorni di degenza, il quale porta alla riduzione della percentuale sia del numero di cadute sia dell'insorgenza delle lesioni da decubito. L'unica variazione subita riguarda l'organizzazione del reparto in quanto sono subentrati i nuovi Direttore di struttura e Dirigente medico responsabile.

Bibliografia

- Sasso L, Bagnasco A, Rocco G, Zappini L. Portfolio delle competenze delle professioni sanitarie. New York, NY: McGraw-Hill; 2012.
- Pennini A, Barbieri G. Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie. New York, NY: McGraw-Hill; 2011.
- Chiari P, Santullo A. L'infermiere case manager. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.
- Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. New York, NY: McGraw-Hill; 2003.
- Regolamento Area Cure Infermieristiche Ospedale Territorio (A.C.I.O.T.).
- Doran DM. Nursing outcomes- gli esiti sensibili alle cure infermieristiche. New York, NY: McGraw-Hill; 2013.
- Santullo A. L'infermiere e le innovazioni in sanità. New York, NY: McGraw-Hill; 2004.
- ASL2 Liguria. DDG N.768 del 7/11/2018. Progetto sperimentale "Reparto di comunità-ASL2" presso Ospedale S. Paolo di Savona.
- Moiset C, Vanzetta M. Misurare l'assistenza. New York, NY: McGraw-Hill; 2009.
- Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, et al. La complessità assistenziale- Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. New York, NY: McGraw-Hill; 2009.
- Applicativo Onesys.

Il Decreto Ministeriale 77 e la continuità assistenziale ospedale-territorio: utopia o opportunità?

Dario Manfellotto,¹ Luciano Fassari,² Paolo Russo³

¹Medicina Interna, Ospedale Isola Tiberina, Gemelli Isola, Roma; ²Direttore Quotidiano Sanità, Roma; ³Redattore Quotidiano La Stampa, Torino, Italia

Introduzione

Il Decreto Ministeriale 77 (DM 77), emanato dal Ministero della Salute italiano, rappresenta un passo cruciale nella riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Il DM 77 pone particolare enfasi sulla continuità assistenziale tra ospedale e territorio, un concetto fondamentale per garantire una cura integrata e olistica ai pazienti. Ma è realmente in grado di realizzare questa continuità assistenziale o rimane un'utopia? Esploreremo qui i principali aspetti del DM 77,¹ analizzando le sfide e le opportunità che esso presenta.

Il Decreto Ministeriale 77: un nuovo modello di assistenza

Il DM 77 si propone di rivoluzionare il servizio sanitario italiano attraverso una serie di interventi mirati a rafforzare la collaborazione tra ospedali e strutture territoriali, basandosi su alcuni pilastri fondamentali: i) integrazione ospedale-territorio – la creazione di reti integrate di servizi sanitari che facilitino il trasferimento delle informazioni e la continuità delle cure tra diverse strutture; ii) approccio centrato sul paziente – un approccio che mette il paziente al centro del sistema di cure, con percorsi assistenziali personalizzati; iii) valorizzazione delle risorse territoriali – rafforzare il ruolo delle strutture sanitarie territoriali, come i medici di famiglia e le farmacie, per ridurre la pressione sugli ospedali.

Corrispondente: Dario Manfellotto, Medicina Interna, Ospedale Isola Tiberina, Gemelli Isola, Roma, Italia.
E-mail: dario.manfellotto@gmail.com

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2024; 12(6):e11

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Dettagli operativi del Decreto Ministeriale 77

Per comprendere appieno il potenziale del DM 77, è essenziale esaminare i dettagli operativi del decreto.

1. Reti cliniche: il decreto prevede la costituzione di reti cliniche territoriali, che includono Ospedali e Case di Comunità, Unità di Continuità Assistenziale e altri servizi sanitari territoriali. Queste reti sono pensate per garantire una presa in carico globale del paziente, facilitando la transizione tra diverse fasi del percorso assistenziale, come definito complessivamente da indicazioni di Agenas.^{2,3}
2. Piano assistenziale individualizzato (PAI): per ogni paziente è previsto un PAI, elaborato con la collaborazione di vari professionisti sanitari. Il PAI deve tenere conto delle specifiche esigenze del paziente, promuovendo una gestione integrata delle cure.
3. Telemedicina e digitalizzazione: l'uso della telemedicina e delle tecnologie digitali è incentivato per migliorare la comunicazione tra ospedali e strutture territoriali, riducendo le barriere geografiche e temporali.

Le sfide della continuità assistenziale

Nonostante la corretta impostazione di fondo, il DM 77 deve affrontare una serie di sfide per realizzare la continuità assistenziale.

1. Comunicazione e collaborazione: una delle principali difficoltà è garantire una comunicazione efficace tra ospedali e strutture territoriali. Spesso, infatti, la mancanza di sistemi informativi integrati ostacola lo scambio di dati clinici.
2. Formazione del personale: è necessario investire nella formazione del personale sanitario per promuovere una cultura della collaborazione e della continuità delle cure.
3. Risorse finanziarie: la realizzazione delle riforme previste dal DM 77 richiede ingenti risorse finanziarie, spesso limitate, che possono ritardare o compromettere l'implementazione delle misure proposte.

Comunicazione e collaborazione

La comunicazione tra ospedali e strutture territoriali è cruciale per garantire una continuità assistenziale efficace. Attualmente, uno dei maggiori ostacoli è rappresentato dalla

mancanza di sistemi informativi integrati che permettano lo scambio fluido di dati clinici tra diversi operatori del servizio sanitario. La frammentazione dei dati sanitari può portare a ritardi nel trattamento, errori medici e duplicazioni di esami diagnostici.

Per superare questa sfida, è necessario investire in infrastrutture tecnologiche che facilitino l'integrazione dei dati sanitari. L'adozione di piattaforme digitali comuni e l'implementazione di standard interoperabili per la condivisione delle informazioni sono passi fondamentali. Inoltre, è importante promuovere una cultura della collaborazione tra professionisti sanitari, incoraggiando il lavoro di squadra e la condivisione delle responsabilità.

Formazione del personale

Un altro aspetto fondamentale per il successo del DM 77 è la formazione del personale sanitario. Per garantire una continuità assistenziale efficace, è essenziale che tutti i professionisti coinvolti siano adeguatamente formati e aggiornati sulle nuove pratiche e tecnologie. La formazione dovrebbe includere non solo competenze cliniche, ma anche capacità di comunicazione, gestione del tempo e utilizzo delle tecnologie digitali.

Inoltre, è importante promuovere la formazione continua e lo sviluppo professionale, offrendo opportunità di aggiornamento e specializzazione. Questo non solo potrà contribuire a migliorare la qualità delle cure, ma anche a creare un ambiente di lavoro più motivante e gratificante per i professionisti sanitari.

Risorse finanziarie

La realizzazione delle riforme previste dal DM 77 richiede ingenti risorse finanziarie. Tuttavia, i bilanci sanitari sono limitati e la distribuzione delle risorse può rappresentare una sfida significativa verso quella che viene comunemente definita "sostenibilità". È essenziale che governo e autorità sanitarie locali lavorino insieme per garantire un finanziamento adeguato e sostenibile per l'implementazione delle misure previste dal decreto.

Questa azione dovrà includere l'allocazione di fondi specifici per la formazione del personale, l'adozione di nuove tecnologie e l'implementazione di sistemi informativi integrati. Inoltre, è importante promuovere una gestione efficiente delle risorse, riducendo gli sprechi e migliorando l'efficienza operativa.⁴

Opportunità offerte dal Decreto Ministeriale 77

Nonostante le sfide, il DM 77 offre numerose opportunità per migliorare il sistema sanitario italiano.

1. **Miglioramento della qualità delle cure:** la continuità assistenziale può portare a un significativo miglioramento della qualità delle cure.
2. **Efficienza del sistema sanitario:** un sistema sanitario integrato può aumentare l'efficienza, riducendo duplicazioni di servizi e sprechi di risorse.
3. **Accesso alle cure:** rafforzare le strutture territoriali può migliorare l'accesso alle cure per i pazienti, specialmente nelle aree rurali o svantaggiate.

Miglioramento della qualità delle cure

La continuità assistenziale promossa dal DM 77 può portare a un significativo miglioramento della qualità delle cure offerte ai pazienti. Con una migliore integrazione tra ospedale e territorio, è possibile garantire una presa in carico globale del paziente, migliorando la gestione delle malattie croniche grazie alla riduzione dei rischi di frammentazione delle cure e ad una più efficace gestione delle malattie.

Inoltre, l'adozione di percorsi assistenziali personalizzati e la collaborazione tra diversi professionisti sanitari possono portare a una diagnosi e un trattamento più tempestivi ed efficaci. Questo non soltanto migliora gli esiti clinici, ma anche la soddisfazione dei pazienti, che possono beneficiare di un'assistenza più coerente e coordinata.

Efficienza del servizio sanitario

Un servizio sanitario integrato, come quello previsto dal DM 77, può aumentare l'efficienza operativa riducendo duplicazioni di servizi e sprechi di risorse. Ad esempio, una migliore coordinazione tra ospedali e strutture territoriali può evitare ricoveri non necessari e ridurre la durata delle degenze ospedaliere, con conseguenti risparmi economici.

Inoltre, l'adozione di tecnologie digitali e la promozione della telemedicina possono migliorare l'efficienza del servizio sanitario, permettendo di erogare cure a distanza e riducendo la necessità di spostamenti fisici. Questo non solo riduce i costi, ma migliora anche l'accessibilità e la comodità per i pazienti.

Accesso alle cure

Uno degli obiettivi principali del DM 77 è migliorare l'accesso alle cure per tutti i cittadini, specialmente nelle aree rurali o svantaggiate. Rafforzare le strutture sanitarie territoriali, come le Case della Salute e le Unità di Continuità Assistenziale, può garantire che i pazienti abbiano accesso a cure di qualità vicino al proprio domicilio.

Inoltre, la promozione della telemedicina e l'uso delle tecnologie digitali possono superare le barriere geografiche, permettendo ai pazienti di accedere a consultazioni e trattamenti a distanza. Questo è particolarmente importante per le persone anziane o con mobilità ridotta, che possono trovare difficile recarsi fisicamente presso le strutture sanitarie.

La visione di un servizio sanitario integrato

Il DM 77 rappresenta un'opportunità per ripensare il servizio sanitario italiano in un'ottica di maggiore integrazione e collaborazione. Un servizio sanitario integrato migliora la qualità delle cure e anche la soddisfazione dei pazienti, che possono beneficiare di percorsi assistenziali più fluidi e coordinati.

Medicina del territorio: un pilastro della continuità assistenziale

La medicina del territorio è uno degli elementi fondamentali del DM 77, essendo cruciale per la realizzazione di una continuità assistenziale efficace. Comprende una vasta gamma di servizi e professionisti che operano al di fuori degli ospedali, e in particolare medici di famiglia, pediatri di libera

scelta, farmacie, case di comunità e servizi di assistenza domiciliare.

Ruolo dei medici di famiglia

I medici di famiglia rappresentano il primo punto di contatto per i pazienti e svolgono un ruolo centrale nella gestione delle cure primarie. Essi sono responsabili di prevenzione, diagnosi, trattamento e monitoraggio delle condizioni di salute dei pazienti, coordinando gli interventi necessari e indirizzando i pazienti verso specialisti o strutture ospedaliere quando necessario.

La medicina del territorio, grazie ai medici di famiglia, può contribuire significativamente alla riduzione della pressione sugli ospedali, gestendo in modo efficiente le condizioni croniche e prevenendo le complicazioni che potrebbero richiedere un ricovero ospedaliero. Inoltre, la relazione di fiducia che si instaura tra medico e paziente favorisce una gestione più personalizzata e olistica delle cure.

Case e Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale

Le Case e gli Ospedali di Comunità e le Unità di Continuità Assistenziale rappresentano strutture territoriali che offrono una vasta gamma di servizi sanitari e sociali. Queste strutture sono progettate per essere punti di riferimento per i pazienti, fornendo cure primarie, servizi specialistici, supporto psicologico e sociale, e assistenza domiciliare.^{2,3}

Il DM 77 promuove la creazione e il rafforzamento di queste strutture, riconoscendo il loro ruolo cruciale nella continuità assistenziale. Le case, in particolare, possono fungere da hub per il coordinamento delle cure, facilitando la comunicazione tra i diversi attori del sistema sanitario e garantendo una presa in carico integrata del paziente.

Medicina interna: il ponte tra ospedale e territorio

La medicina interna svolge un ruolo fondamentale nella continuità assistenziale, fungendo da ponte tra l'ospedale e il territorio. Gli internisti sono spesso coinvolti nella gestione di pazienti con condizioni complesse e multi-morbidità, che richiedono un approccio coordinato e integrato alle cure.

Gestione delle malattie croniche

Gli internisti sono esperti nella gestione delle malattie croniche, come diabete, ipertensione, insufficienza cardiaca, malattie respiratorie croniche. La continuità assistenziale è essenziale per questi pazienti, che spesso necessitano di un monitoraggio continuo e di interventi tempestivi per prevenire le complicazioni.^{5,6}

Il DM 77 promuove la collaborazione tra internisti e medici di famiglia, favorendo un approccio integrato alla gestione delle malattie croniche. Questo può includere la condivisione delle informazioni cliniche, la definizione di piani assistenziali personalizzati e la coordinazione degli interventi terapeutici. A tale proposito diventa fondamentale e preponderante la realizzazione di un percorso di "interprofessionalità", che coinvolga gli altri professionisti della salute, in primo luogo gli infermieri, e che definisca un ruolo sempre

più attivo del paziente e dei suoi familiari e caregivers, in un reale processo di *empowerment*.⁷

Transizione tra ospedale e domicilio

Un altro aspetto cruciale della medicina interna è la gestione della transizione tra l'ospedale e il domicilio. Dopo un ricovero ospedaliero, è essenziale garantire una continuità delle cure per evitare ricadute e nuovi e ripetuti ricoveri.⁸ I Dipartimenti di Medicina Interna Ospedalieri, e gli internisti, in collaborazione con le strutture territoriali, possono sviluppare piani di dimissione personalizzati che includono il follow-up a domicilio e il supporto da parte dei servizi territoriali.^{9,10}

Conclusioni

Il DM 77 rappresenta un'importante opportunità per migliorare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio in Italia. Sebbene ci siano numerose sfide da affrontare, come la necessità di migliorare la comunicazione e la collaborazione tra i diversi attori del sistema sanitario e garantire un adeguato finanziamento, le potenzialità offerte dal decreto sono enormi.

La medicina del territorio e la medicina interna svolgono ruoli cruciali in questo processo, contribuendo a una gestione integrata e coordinata delle cure. La promozione della continuità assistenziale può portare ad un miglioramento della qualità delle cure, all'aumento dell'efficienza del sistema sanitario e ad un migliore accesso alle cure per tutti i cittadini.

Se implementato con successo, il DM 77 potrebbe rappresentare una svolta per il servizio sanitario italiano, trasformando quella che oggi può sembrare un'utopia in una reale opportunità.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. In: GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022.
2. AGENAS. Documento di indirizzo per il metaprogetto dell'ospedale di comunità. Disponibile online: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2160-documento-di-indirizzo-per-il-metaprogetto-dell-ospedale-di-comunita>
3. AGENAS. Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022. Disponibile online: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2296-agenas-pubblicata-un-aggiornamento-del-monitoraggio-concernente-l-attuazione-del-dm-77-del-2022>
4. Mastrobuono I, Stefanoni D, Federspieler A, Goia M. Case di Comunità, una proposta metodologica per il calcolo del fabbisogno di risorse umane. 2024. Disponibile online: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121200
5. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in europe: strategies, interventions and challenges. Disponibile online: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326484/9789289041928-eng.pdf>

6. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011;10:430-9.
7. Manfellotto D, Tesei L. When Interprofessionalism also involves the patient: how to provide good healthcare beyond care. *Ital J Med* 2024;18:1709.
8. La Regina M, Vertulli C, Gussoni G, et al. Not-for-profit observational study to evaluate the quality and safety of care in outliers hospitalized with medical diseases - Study Protocol of Safety Issues and Survival For Medical Outliers (SISIFO study). *Ital J Med* 2021;15:1447.
9. Panigada G, Campanini M, Fontanella A, Nardi R. Aspetti clinico-organizzativi nella degenza medica ospedaliera in Italia: il ruolo della Medicina Interna nel Dipartimento Medico e continuità assistenziale. *Ital J Med* 2015;3:499-612.
10. Nardi R, Berti F, Fabbri LM, et al. Toward a sustainable and wise healthcare approach: potential contributions from hospital internal medicine departments to reducing inappropriate medical spending. *Ital J Med* 2013;7:65-81.

Non-commercial use only

LINEE GUIDA PER GLI AUTORI

I *Quaderni dell'Italian Journal of Medicine (Quaderni ITJM)*, costituiscono una collana supplementare **solo online** annessa alla rivista *Italian Journal of Medicine* contenente lavori solo in lingua italiana.

I Quaderni ITJM pubblicano:

- Monografie *ad hoc* individuate dal Presidente FADOI, dal Consiglio Direttivo, dal Board Scientifico o dall'Editor in Chief dell'*Italian Journal of Medicine*, in funzione del contesto scientifico-istituzionale attuale.
- Monografie *ad hoc* su temi di particolare rilevanza scientifica a cura della *Commissione FADOI Giovani*.
- Traduzioni in italiano di alcuni lavori pubblicati sui numeri standard dell'*Italian Journal of Medicine*, di particolare interesse per la comunità scientifica.

STESURA DEI LAVORI

I lavori dovranno essere redatti in modo conforme alle linee guida sotto riportate:

- I manoscritti devono essere scritti *interamente* in lingua italiana, su documento di Word, con *carattere* Times New Roman/Arial, *dimensione* 12, *formato* A4, *interlinea doppia* e *margini* 2,54 cm.
Parole totali: max 4000; *Sommario/Abstract*: max 250 parole; *Bibliografia*: min 40 voci; *Tabelle e Figure*: 3/5 totali (le tabelle non devono superare n. 1 pagina del documento in Word).
- La strutturazione del contenuto deve attenersi agli standard internazionali per la *Rassegna (Review)*: i) Abstract riassuntivo dell'intero lavoro; ii) Introduzione al tema trattato; iii) Criteri e strumenti di ricerca (criteri di inclusione/esclusione, banche dati consultate, ...); iv) i successivi paragrafi devono illustrare le più recenti scoperte scientifiche nel settore; v) Conclusioni; vi) Bibliografia.
- La prima pagina deve riportare: i) titolo (in stampatello minuscolo), senza acronimi; ii) nome e cognome per esteso di ciascun autore; iii) affiliazione(i) di ciascun autore, numerate con numeri arabi; iv) eventuali ringraziamenti; v) nome e indirizzo postale completi dell'autore corrispondente, corredati da telefono, fax, e-mail; vi) da 3 a 5 parole chiave, separate da virgola. La seconda pagina può riportare: i) contributi degli autori, *e.g.* informazioni relative a contributi sostanziali delle persone coinvolte nello studio (<http://www.icmje.org/#author>); ii) dichiarazione relativa a potenziali conflitti d'interesse; iii) ulteriori informazioni (*e.g.* fondi, esposizioni durante conferenze...).
- In caso di utilizzo di *tabelle*, queste devono essere tutte numerate con numeri arabi e citate nel testo in ordine consecutivo (*e.g.* NON nominare le tabelle come Tabella 1A, 1B, ... o 1.0, 1.1, ...). Le tabelle devono essere presentate in formato editabile. Ciascuna tabella deve essere corredata da una breve didascalia; in caso di abbreviazioni, riportare una nota a piè di CIASCUNA tabella che spieghi TUTTE le abbreviazioni presenti in ognuna.
- In caso di utilizzo di *figure*, queste devono essere inviate in formato .tiff o .jpg, allegate al manoscritto in singoli files, secondo le seguenti specifiche:
 - i) a colori (salvate in modalità CMYK): minimo 300 dpi di risoluzione;
 - ii) in bianco e nero: minimo 600 dpi di risoluzione;
 - iii) minimo 17,5 cm di larghezza.
 Ciascuna figura deve essere corredata da una breve didascalia.

NB: In caso di Tabelle/Figure riprese e/o modificate da altri lavori già pubblicati, sarà cura degli autori accertarsi se tali materiali siano o meno coperti da copyright e procurarsi i permessi necessari per la riproduzione. Tali permessi dovranno essere allegati alla versione definitiva del lavoro. L'ufficio editoriale si riserva la facoltà di rimuovere Tabelle/Figure coperte da copyright, se sprovviste dei necessari permessi.

- In caso di utilizzo di *abbreviazioni*, la prima volta che esse sono citate è necessario scrivere per esteso la definizione+abbreviazione tra parentesi tonde [*e.g.* risonanza magnetica (RMN)], a seguire si dovrà riportare solo l'abbreviazione (*unica eccezione*: nei titoli e nelle didascalie di tabelle e figure NON si utilizzano abbreviazioni).

BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche devono essere formattate secondo lo stile *Vancouver*.

Nella sezione Bibliografia, le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine in cui appaiono per la prima volta nel testo (NON in ordine alfabetico) e, nel testo, devono essere indicate con numeri arabi *in apice*. Voci bibliografiche riferite a comunicazioni personali o dati non pubblicati devono essere incorporate nel testo e NON inserite tra le voci numerate [*e.g.* (Wright 2011, dati non pubblicati) o (Wright 2011, comunicazione personale)].

Le voci bibliografiche nella sezione Bibliografia devono *tassativamente* essere preparate come segue:

- i) più di 3 autori, citare 3 autori, *et al.* Se il lavoro contiene solo 4 autori, citarli tutti e 4;
- ii) titolo del lavoro in stampatello minuscolo;
- iii) nome della rivista, senza punti, abbreviato secondo gli standard internazionali; in caso di dubbi sulla corretta abbreviazione, fare riferimento ai seguenti siti:
 - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
 - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncicrf.gov/research/bja/>);
 - c. Medline List of Journal Titles (ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt);
- iv) inserire l'anno di pubblicazione subito dopo il nome della rivista, seguito da punto e virgola;
- v) NON inserire giorno o mese di pubblicazione;
- vi) citare solo il volume, seguito dai due punti (NON citare il fascicolo tra parentesi);
- vii) abbreviare le pagine, *e.g.* 351-8.

Per accertarsi di aver correttamente formattato le voci bibliografiche, confrontarle con le citazioni in PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Esempi (prestare attenzione anche alla punteggiatura):

Articolo standard su Rivista

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

Proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

Articoli i cui autori sono Organizzazioni

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

Libri

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaffler MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. (CITAZIONE DEL LIBRO INTERO)

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. *The genetic basis of human cancer*. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113. (CITAZIONE DI UN CAPITOLO)

MODALITÀ D'INVIO DEI LAVORI

Monografie

Gli Autori dovranno fare riferimento all'Editor-in-Chief o alle persone da lui designate nelle lettere di invito a scrivere gli articoli programmati.

Per gli articoli inviati da giovani internisti, gli Autori dovranno fare riferimento al Dr. Michele Meschi (e-mail: mmeschi@ausl.pr.it) e agli eventuali altri referenti da lei designati, nelle prime fasi di stesura dei manoscritti, revisioni e correzioni.

Il Dr. Meschi raccoglierà poi le versioni definitive dei lavori di ciascuna monografia e provvederà all'invio di tutti i materiali all'ufficio editoriale.

I lavori solo nella loro versione definitiva e approvata dalla *Commissione FADOI Giovani* dovranno pervenire all'ufficio editoriale già pronti per l'impaginazione e immediata pubblicazione (già *corredati da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini redatti secondo le presenti linee guida*).

Traduzioni

Previo invito dell'Editor-in-Chief, gli Autori dovranno far pervenire all'ufficio editoriale la *versione tradotta in italiano*, al seguente indirizzo e-mail: alice.fiorani@pagepress.org

Il file in formato Word dovrà essere formattato secondo gli standard editoriali della rivista ufficiale ed essere già pronto per impagina-

zione e immediata pubblicazione (*corredato da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

Si prega di inviare le eventuali tabelle in formato editabile e le figure in alta definizione secondo gli standard sopra riportati.

NOTA PER GLI AUTORI

I lavori pubblicati sui Quaderni ITJM non verranno indicizzati, ma saranno liberamente disponibili in un'apposita sezione del sito FADOI (<http://www.fadoi.org/>) e della rivista ufficiale.

Gli Autori i cui lavori siano accettati per la pubblicazione sui Quaderni ITJM e che fossero interessati a vederli pubblicati anche sulla rivista ufficiale, dovranno sottomettere attraverso il sito dell'ITJM (www.italjmed.org) la versione (già tradotta) in inglese e redatta in modo conforme alle linee guida della rivista; seguiranno poi la procedura di selezione tramite peer review e, se accettati, saranno inseriti nel piano editoriale standard.

STAFF EDITORIALE

Giulia Bertoni, Journal Manager
giulia.bertoni@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

PUBBLICATO DA

PAGEPress Publications
via A. Cavagna Sangiuliani 5
27100 Pavia, Italy
T. +39.0382.1549020



www.pagepress.org
info@pagepress.org

QUADERNI - ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati sui QUADERNI - *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

<https://www.italjmed.org/index.php/ijm/quad>

Pubblicato: ottobre 2024.

