



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**TRANSITIONAL CARE:  
evidenze e sperimentazione della funzione  
dell'infermiere di continuità assistenziale nel  
percorso ospedale-territorio**

Relatore:  
**Dott.ssa Tesei Letizia**

Tesi di Laurea di:  
**Bosoaga Alina Roxana**

A.A. 2019-2020

# INDICE

ABSTRACT.....	1
INTRODUZIONE .....	2
1 Transitional care .....	4
1.1 Paziente fragile.....	6
1.2 Dimissione protetta .....	8
1.3 Strumenti di valutazione nel transitional care: indice di BRASS .....	9
1.4 L'importanza del familiare come caregiver .....	11
1.5 Il progetto di continuità assistenziale e i dati preliminari .....	13
2 Obiettivo .....	15
3 Materiali e metodi.....	15
4 Risultati.....	16
DISCUSSIONE .....	24
CONCLUSIONI .....	26
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....	27
RINGRAZIAMENTI.....	30

## **ABSTRACT**

**Introduzione:** il transitional care nasce con il fine di diminuire le riammissioni negli ospedali, garantendo la continuità assistenziale e, più in generale, educando i pazienti e relativi familiari ad una gestione consapevole della malattia. Il concetto di continuità assistenziale infermieristica risponde ad una triplice finalità: migliorare la qualità delle cure, migliorare la salute della popolazione e ridurre i costi. La continuità delle cure infermieristiche nella transizione dall'ospedale al proprio domicilio permette di prevenire gli errori terapeutici, la "frammentazione" delle cure stesse e le riammissioni ospedaliere migliorando la qualità di vita del paziente.

**Obiettivo:** verificare se in letteratura esistono esperienze di transitional care nel percorso ospedale-territorio, analizzarne i risultati ottenuti e comparare le evidenze con i risultati della sperimentazione in atto descritta.

**Materiali e metodi:** è stata condotta una revisione della letteratura dove sono stati individuati gli studi primari che descrivessero il ruolo dell'infermiere nel processo di transitional care. I risultati degli studi selezionati sono stati successivamente comparati con quelli ottenuti da una sperimentazione locale.

**Risultati:** negli studi presi in considerazione e nella sperimentazione locale emergono diverse modalità di transitional care, ognuna con risultati positivi. Tutte le sperimentazioni sono accomunate dalla presenza di un infermiere di continuità assistenziale.

**Discussione e conclusioni:** il confronto tra la revisione della letteratura e la sperimentazione in atto ha evidenziato come il transitional care possa portare dei miglioramenti importanti relativamente alla qualità di vita del paziente dimesso oltre a ridurre il tasso di riospedalizzazione. Un intervento precoce da parte dell'infermiere di continuità assistenziale è determinante nel migliorare il coping del paziente ed affrontare la malattia con una consapevolezza maggiore.

**Parole chiave:** transitional care, continuity of care, nursing.

## **INTRODUZIONE**

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. (Salute, s.d.)

La continuità delle cure si correla ad un aumento delle malattie età-associate, dovute ad un rapido e marcato invecchiamento della popolazione e rappresenta una priorità sia per la sanità che per la società. Lo scenario previsto per i prossimi anni a tal proposito mette in evidenza una crescita contenuta della popolazione regionale, si stima che nel 2027 gli over 65 sfioreranno il 36% e gli over 75 supereranno il 21%. (ISTAT, 2020)

Nella regione Marche i dati raccolti dimostrano, ad oggi, che gli ultrasettantacinquenni sono pari al 13,2% del totale. L'invecchiamento generale ha portato con sé un notevole aumento delle malattie neurodegenerative. (Piano-Sanitario, 2020)

Secondo il Piano-Sanitario Regionale delle Marche, bisognerà pertanto tener conto, in misura proporzionalmente maggiore, delle necessità sanitarie relative alle malattie croniche non trasmissibili cui l'invecchiamento della popolazione contribuisce: basandosi su questi dati, il primo obiettivo risulterà essere il potenziamento della risposta al bisogno di salute di quelle persone fragili, per le quali è indicata una dimissione protetta. L'assistenza si allontana sempre più dall'ospedale, svolgendosi preferenzialmente sul territorio; mentre il ricovero viene eseguito soltanto laddove il livello di assistenza implica un setting ospedaliero. (Piano-Sanitario, 2020)

Questa nuova concezione di cura cerca di evitare il più possibile la presenza del paziente all'interno della struttura ospedaliera, al fine di ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza, comuni nei pazienti fragili e/o con patologie croniche. Quindi uno degli obiettivi specifici di questo piano riguarda l'assistenza territoriale e socio-sanitaria, tramite il miglioramento dei percorsi di accoglienza e di presa in carico dei pazienti con comorbidità.

Ciò è possibile tramite l'individuazione di tutti i pazienti che necessitano una dimissione protetta: a tale scopo saranno elaborati protocolli di intervento attraverso i quali si definiranno i percorsi di assistenza per i pazienti con elevata intensità di cura.

Dal momento che la malattia comporta grande impegno e fatica non solo al paziente ma anche al caregiver, si è deciso di introdurre il concetto di “transitional care” applicato all'infermieristica: con questo termine si intende il ruolo dell'infermiere specializzato, quindi adeguatamente formato, nella transizione/continuità delle cure da un contesto ospedaliero al proprio domicilio. (Randmaa, 2014).

L'infermiere di continuità assistenziale rappresenta un vero e proprio “ponte di collegamento” tra paziente, il quale deve affrontare la malattia al proprio domicilio, e l'ospedale, dal quale viene dimesso. L'intervento educativo al momento della dimissione è infatti molto importante in quanto vengono date al paziente e alla famiglia tutte le informazioni necessarie sulla gestione della malattia, tuttavia non sempre sono sufficienti per un'adeguata assistenza. (Micheloni, 2018)

Scopo dell'elaborato, sarà quindi quello di verificare l'impatto della funzione dell'infermiere di continuità assistenziale relativamente agli outcome assistenziali nel percorso ospedale-territorio. In particolare, verranno confrontati i risultati di una sperimentazione locale con i risultati ottenuti in altri contesti, reperiti nella letteratura scientifica ad oggi disponibile.

## **1 Transitional care**

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. (Coleman, 2003)

Secondo lo studio di Kripalani, la mancanza di un sistema che garantisce la continuità delle cure infermieristiche ai pazienti dimessi dall'ospedale al proprio domicilio ha causato errori terapeutici nel 50,8% dei casi generando a sua volta una "frammentazione" delle cure stesse. Nel 22,9% dei casi questi errori sono stati gravi. Inoltre, il 30,3% di questi pazienti ha riportato un evento avverso da farmaco. (Kripalani, 2012)

Il concetto di transitional care gioca un ruolo di primaria importanza nel contesto di necessità di percorsi assistenziali garantendo un approccio integrato al paziente complesso ed essendo dotato di un buon rapporto costo-efficacia. Esso rappresenta l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente durante e dopo il trasferimento ad altri livelli di cura. (Parry, 2008)

Secondo quanto riportato nella letteratura scientifica, in un lavoro pubblicato da Kangovi e colleghi, il transitional care nasce come supporto allo staff ospedaliero diminuendo molto le riammissioni negli ospedali, garantendo la continuità assistenziale e, più in generale, educando i pazienti e relativi familiari ad una gestione consapevole della malattia (Kangovi, 2014)

Il concetto di continuità assistenziale infermieristica risponde quindi ad una triplice finalità (Randmaa, 2014):

1. Migliorare la qualità delle cure;
2. Migliorare la salute della popolazione;
3. Ridurre i costi.

Questo servizio è importante perché garantisce la continuità delle informazioni clinico-terapeutiche, affinché non venga interrotto il piano di cura. L'infermiere che prende in carico il paziente deve considerare anche la situazione familiare e sociale, i valori e le preferenze dell'assistito. Viene inoltre valorizzata la continuità relazionale, fondamentale per il paziente in quanto trova nell'infermiere un punto di riferimento stabile al quale

affidarsi, rappresentando infatti un collegamento fra la gestione ospedaliera e quella territoriale dell'assistito. (Saiani, 2008)

L'infermiere che lavora nel contesto di transitional care è adeguatamente formato, specializzato nel suo ruolo e risulta essere il vero fulcro nella continuazione delle cure al paziente, sostenendolo nelle decisioni, nelle terapie, nei rapporti con i medici e le strutture sanitarie nella gestione delle patologie croniche. (Iavarone, 2016)

Tra le molteplici funzioni di questa figura viene ricompresa l'educazione terapeutica del paziente stesso e/o del caregiver, l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e/o dei servizi presenti sul territorio oltre alla programmazione dei follow-up. Un altro aspetto di rilievo nelle sue competenze è l'individuazione di aree assistenziali problematiche o carenti, che, in caso di dimissione protetta, possono maggiormente incidere sulla qualità di vita del paziente. (Delai, 2012)

La continuità delle cure infermieristiche nella transizione dall'ospedale al proprio domicilio permette di prevenire gli errori terapeutici, la "frammentazione" delle cure stesse, le riammissioni ospedaliere migliorando la qualità di vita del paziente. (Iavarone, 2016)

Per uniformare il processo di transitional care, sono state istituite delle Linee Guida, che permettono a tutte le figure professionali di agire secondo uno schema prestabilito. Grazie a queste è possibile suddividere il transitional care in 6 aree, contenenti delle raccomandazioni specifiche: (RNAO, 2014)

1. Accertamento: focalizzato sulla raccolta dei dati del paziente e della sua malattia. Lo scopo è quello di ricavare più informazioni possibili sulla clinica e sulla terapia, su eventuali interventi fisici e psicologici, sulla valutazione del contesto familiare e sull'identificazione del caregiver;
2. Pianificazione: mirato ad ottenere il miglior intervento assistenziale tenendo in considerazione le caratteristiche di ogni paziente attraverso l'istituzione di un team multidisciplinare. È importante anche instaurare un rapporto di fiducia per migliorare la collaborazione con il paziente e con la sua famiglia;
3. Attuazione: attraverso un intervento educativo al paziente e ai familiari si cerca di istruirli nella gestione giornaliera della malattia. Il monitoraggio viene effettuato tramite degli strumenti e strategie comunicative standardizzate affinché il processo di transitional care risulti efficace;

4. Valutazione: si valuta l'efficacia della pianificazione del transitional care sul paziente e sulla famiglia prima, durante e dopo la dimissione e l'efficacia della comunicazione tra il paziente e il team sanitario;
5. Formazione: le figure professionali responsabili del transitional care si impegnano nel percorso di aggiornamento seguendo programmi educativi e linee guida, in quanto l'assistenza dei pazienti necessita di un continuo miglioramento delle conoscenze;
6. Organization and policy: considerare il transitional care come una priorità strategica per il miglioramento della qualità assistenziale al paziente. Fornire le risorse necessarie per supportare il team multidisciplinare durante questo processo.

## **1.1 Paziente fragile**

La fragilità viene attualmente definita come una condizione dinamica di aumentata vulnerabilità, che riflette modificazioni fisiopatologiche età-correlate di natura multi-sistemica, associata ad un aumentato rischio di outcome negativi quali istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte. (A. Pilotto, 2011)

Quando si parla di paziente fragile vengono presi in considerazione alcuni elementi: (De Toni, 2010)

- La compromissione di numerosi sistemi fisiologici, nello specifico la funzione muscolare, il sistema nervoso centrale, il sistema ormonale, il sistema immunitario;
- La riduzione delle riserve con diminuita capacità di adattamento, implica che la maggior parte degli organi subiscono una perdita del 70% della loro funzione prima che la loro insufficienza diventi evidente;
- Elementi bio-fisici correlati con l'età, riguardanti in particolare gli anziani poiché sussiste un biologico declino fisico;
- La vulnerabilità agli stress ed ai cambiamenti ambientali, clinicamente validata dal decorso naturale di un paziente fragile dopo un problema di salute;
- Un aumentato rischio di sviluppo di problemi di salute, rispetto alla naturale tendenza omeostatica dell'organismo umano;
- Instabilità e cambiamento prolungato nel tempo, indica un'instabilità che negli stadi più avanzati assume un andamento irreversibile.

La fragilità in un paziente consiste nella perdita parziale o totale della capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socio-ambientali che, agendo in sinergia, si amplificano e perpetuano vicendevolmente. (Micheloni, 2018)

Il paziente fragile, infine, deve affrontare numerose difficoltà (salute, disabilità, gestione e contesto) con un'instabilità clinica strutturale medio-alta che lo vincola ad essere curato in maniera prolungata nel tempo. La guaribilità può essere probabile o meno a seconda della sua gravità. Tale soggetto, difatti, è definito un paziente complesso. (De Toni, 2010)

Alcune tipologie di pazienti, per via dell'età o delle condizioni socio-sanitarie, sono considerate più a rischio di complicanze rispetto ad altre. Questa categoria di soggetti fragili rientra nella continuità assistenziale, in quanto necessita di una maggior attenzione e dedizione per via dell'intrinseca predisposizione a sviluppare complicanze.

La fragilità è una condizione ad elevato rischio di conseguenze avverse che producono un significativo peggioramento della qualità di vita.

De Toni e colleghi, nel lavoro pubblicato nel 2010, oltre a definire gli elementi che caratterizzano la fragilità, analizzano i problemi che portano ad una condizione di salute fragile, e di conseguenza instabile. Tra questi si ricordano: (De Toni, 2010)

- Problemi di salute fisica e psichica, quali poli-patologie con instabilità clinica;
- Problemi di disabilità fisica e cognitivo-comportamentale, dovuti alla perdita di autonomia, memoria ed equilibrio;
- Problemi di gestione del paziente, rispetto alla somministrazione di farmaci ed alimentazione, con difficoltà nel trasporto, nella gestione economica e nei rapporti relativi al sistema socio-sanitario;
- Problemi di contesto familiare e socio-ambientale, dovuti a una famiglia inadeguata, per vedovanza, assenza del sostegno familiare, relazioni sociali deboli o assenti, problemi di contesto ed economici.

Al momento della dimissione, questi pazienti necessitano di assistenza nella gestione della loro condizione, tramite un approccio clinico-assistenziale personalizzato, in antitesi con i percorsi di cura tradizionali. Il senso di abbandono e solitudine al momento della dimissione potrà, sulla base delle evidenze raccolte nell'elaborato, essere ridotto ed eliminato tramite il personale infermieristico preposto a questa funzione.

Nella gestione del paziente fragile è quantomai necessario un approccio multidisciplinare, con interventi di tipo bio-psico-sociale che prevedano il coinvolgimento dei familiari. È molto importante il reinserimento della persona nella propria abitazione, facendo attenzione agli aspetti potenzialmente dannosi per la qualità di vita del paziente, come solitudine e fattori socio-ambientali. Viene fatta una valutazione del grado di autonomia del paziente e delle sue necessità pregresse ed attuali. Va analizzata anche la presenza di caregiver e le eventuali capacità, oltre all' idoneità della struttura che ospiterà il paziente. (Micheloni, 2018)

## **1.2 Dimissione protetta**

L'evento della dimissione è sempre un passaggio delicato per il paziente e la sua famiglia, soprattutto in quei casi di fragilità, i quali necessitano di una continuità delle cure. Spesso nel momento della decisione e della preparazione alla dimissione vengono colti dei disagi sia da parte del paziente che della famiglia, questi non si sentono ancora pronti ad affrontare una situazione clinica e funzionale improvvisamente modificata. Essi esprimono il bisogno di prolungare di qualche giorno la degenza per darsi un tempo di sollievo, prepararsi emotivamente, organizzare il domicilio. (Saiani, 2008)

La gestione della dimissione ospedaliera deve essere vista nel suo insieme come un processo di pianificazione, che si attiva all'atto del ricovero ospedaliero. La corretta programmazione deve garantire che il paziente sia dimesso in un momento appropriato rispetto alla propria situazione clinica e che, con idoneo preavviso, sia organizzata l'erogazione dei servizi post-ricovero necessari, garantendo una rapida, sicura ed agevole transizione dall'ospedale ad altro ambiente di assistenza. (Shepperd, 2013)

Il processo di dimissione dall'ospedale deve essere pianificato subito dopo l'ingresso, assicurando che il malato e il caregiver capiscano e siano capaci di contribuire alle decisioni pianificate. È inoltre facilitato da un approccio sistemico completo che inizia con il processo di valutazione eseguito da un team integrato multidisciplinare. (ANMCO, 2016)

Nell'ambito della continuità assistenziale bisogna tener dunque conto della dimissione protetta. Per questa si intende il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro che si applica ai pazienti considerati fragili, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti, al termine

della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di sorveglianza, organizzata in un progetto di cure integrate di durata variabile. (Baiano, 2017)

La dimissione protetta si configura quindi come un processo che guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psico-fisico del benessere della persona. Questa tipologia di processo prende in considerazione un elemento di qualità aggiunta, ossia la valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale; oltre alle modalità della presa in carico che vengono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali, paziente e caregiver. Con tale modalità operativa, oltre ad ottenere una riduzione dei ricoveri e una diminuzione del tasso di riospedalizzazione, si valorizza la qualità totale dell'intervento. (Hoogerduijn S. K., 2010)

### **1.3 Strumenti di valutazione nel transitional care: indice di BRASS**

La dimissione di un paziente verso il proprio domicilio rappresenta un momento cruciale per la persona, in quanto si presuppongono importanti cambiamenti nella sua quotidianità per via della malattia. La preparazione alla dimissione è una responsabilità assistenziale gravata dalla frequente difficoltà nel comprendere l'intera complessità della persona. In quest'ottica viene effettuata la pianificazione della dimissione stessa, che consiste in una serie di passaggi dove vengono analizzati i problemi del paziente uno ad uno. Per evitare che i dati raccolti siano influenzati da elementi soggettivi legati all'esperienza ed alla competenza di ogni professionista, con conseguente scarsa efficienza organizzativa, vengono utilizzati degli strumenti validati e indici assistenziali condivisi. (Monica Liso Sesona, 2011)

Questi, se correttamente utilizzati, favoriscono una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali, una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza e la comunicazione o lo scambio di informazioni tra le diverse discipline. (Silversto, 2003)

Ci sono diversi strumenti per la valutazione della complessità della dimissione, tra queste si trovano:

- Hospital Admission Risk Profile – HARP
- Identification of Seniors At Risk – ISAR
- Care Complexity Prediction Instrument – COMPRI
- Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie – SHERPA

- Blaylock Risk Assessment Screening Score -BRASS

Le prime tre scale, HARP, ISAR e COMPRI, vengono criticate in una revisione sistematica in quanto non sono specifiche per la popolazione anziana, non hanno chiarezza nella loro applicazione in ambito clinico. Inoltre, hanno una scarsa validità e affidabilità, nonché un tempo di somministrazione troppo lungo. Per quanto riguarda SHERPA, viene considerata come uno strumento con moderata capacità predittiva, in quanto esclude dalla valutazione alcune variabili che si manifestano durante il ricovero e determinano un aumento del rischio di declino funzionale. (Hoogerduijn S. D., 2007)

La scala di BRASS, invece, è di facile compilazione e fornisce buone indicazioni per la validità predittiva (specificità) in merito ai problemi legati alla dimissione del paziente: quelli ad alto rischio frequentemente non vengono dimessi a domicilio. (Mistiaen P, 1999)

L'indice di BRASS è stato sviluppato come parte della pianificazione della dimissione per pazienti di età superiore a 65 anni. Ideato nel 1992 da Blaylock e Cason, basato sulla revisione della letteratura e sulla loro esperienza in ambito geriatrico.

Questo strumento è di facile e rapido impiego, richiede un addestramento minimo e viene utilizzato già al momento dell'ammissione in reparto o entro le 72 ore dal ricovero. Permette di identificare precocemente i pazienti che richiederanno un'ospedalizzazione prolungata o che presenteranno una dimissione difficile. In particolar modo consente di identificare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera.

La raccolta dei dati viene fatta compilando una scala con l'aiuto dei familiari, essa comprende dieci parametri:

1. Età;
2. Situazione di vita;
3. Supporto sociale;
4. Stato funzionale;
5. Stato cognitivo;
6. Modello comportamentale;
7. Deficit sensoriali;
8. Ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso;
9. Problemi clinici attivi;
10. Numero di farmaci assunti.

L'indice di BRASS viene stimato dall'infermiere e, attraverso un punteggio, vengono identificate tre classi di rischio:

- Basso (0-10);
- Medio (11-19);
- Alto (20-40).

Grazie a questa classificazione su tre livelli è possibile concentrare le risorse su quei pazienti che presentano un reale bisogno di interventi precoci senza correre il rischio di trascurare le loro necessità.

L'indice di BRASS permette infine di pianificare tutti quegli interventi educativi (da attuare durante e dopo il ricovero), oltre ai programmi assistenziali domiciliari.

#### **1.4 L'importanza del familiare come caregiver**

Il termine "caregiver" deriva dall'inglese "to care" e significa preoccuparsi, prendersi cura, amare. (Sansoni, 1998)

Attraverso questo concetto si intende "colui che si prende cura", riferendosi dunque a tutti i familiari che assistono un loro congiunto ammalato e/o disabile. Essi condividono quotidianamente la vita con la persona malata, quindi rappresentano un riferimento per il paziente bisognoso di assistenza. (Nebuloni G., 2017)

Avere un familiare come caregiver è molto importante per il malato, egli infatti sente l'appoggio della persona a sé cara e della quale si fida maggiormente. Il sostegno inizia durante il ricovero in ospedale e si protrae dopo la dimissione. Questa figura, infatti, si prende cura del malato dal punto di vista pratico e lo aiuta sia nella gestione della malattia, sia a far fronte agli stati affettivi indotti dalla malattia stessa. Questo ruolo può non essere semplice da ricoprire, in quanto l'operatore deve modificare le sue abitudini e adattare alle esigenze della persona assistita e all'evoluzione della malattia. (Alzheimer's, 2019). Avviene spesso che il caregiver non ha le competenze e/o le conoscenze necessarie per fronteggiare le problematiche che insorgono nel corso della malattia. Nonostante egli venga educato dalle figure professionali di riferimento, questo ruolo può risultare comunque molto impegnativo e delicato per una persona esterna all'ambito assistenziale. I caregiver sono messi a dura prova sul piano affettivo perché l'assistenza richiede molto tempo e adattamento, con un rischio di sviluppare angoscia, senso di colpa e stress. La responsabilità di cui esso si fa carico assorbe molte energie, sia a livello fisico che mentale

e spesso chi assiste un paziente rischia di trascurare se stesso, sviluppando stanchezza, ansia, depressione ed isolamento sociale. (Nebuloni G., 2017)

Il caregiver e/o la persona assistita possono non essere informati sui servizi disponibili e sui percorsi previsti per la malattia in questione, è quindi importante essere affiancati da un professionista adeguatamente formato, in modo tale da istruire la persona su come comportarsi e su come prevenire il rischio di sviluppare depressione e stress eccessivo. (Unchino, 1996)

## **1.5 Il progetto di continuità assistenziale e i dati preliminari**

Un progetto incentrato sulla continuità assistenziale è stato avviato nel contesto locale dove un'infermiera adeguatamente preparata ricopre questa funzione al fine di valutarne gli eventuali benefici.

Questa figura, attivata all'interno del percorso di presa in carico dell'ADI, attua interventi infermieristici di tipo tecnico-professionale, educativo e relazionale.

Rientrano nel percorso di presa in carico tutti i pazienti che vengono dimessi da setting di degenza, con profilo idoneo ai percorsi disponibili dell'assistenza infermieristica domiciliare (ADI). L'obiettivo principale di questo progetto è quello di garantire una dimissione protetta, evitando così il pericolo di frammentazione delle cure e permettendo una corretta continuità assistenziale, ad oggi insufficiente. In questo modo il paziente dimesso non si sentirà abbandonato una volta rientrato al domicilio, bensì avrà una figura di riferimento durante tutta la fase di transizione dall'ambiente ospedaliero a quello domiciliare.

Il paziente viene preso in carico nella fase di pre-dimissione e seguito per i 30 giorni successivi, durante i quali verrà garantito a lui ed alla sua famiglia un importante supporto e sarà lo stesso infermiere ad attivare la rete socio-sanitaria di riferimento in base alle caratteristiche dell'assistito. Nel periodo intercorrente dal 07/10/2019 al 20/02/2020 sono stati presi in carico 57 pazienti, come scala di valutazione è stato utilizzato il BRASS index, che consente di prevedere la difficoltà teorica di gestione di un assistito nel setting domiciliare. Il 30% degli assistiti presi in carico riporta un rischio medio-alto.

L'assegnazione della figura infermieristica è stata attivata con tre diverse modalità: il 79% degli assistiti è stato inviato dal MMG, il 20% tramite la modulistica ADI, l'1% direttamente dalle strutture di degenza presenti nell'Ospedale di Comunità di Loreto.

Sono stati effettuati in totale 1130 interventi infermieristici che si concentrano su:

- Area della nutrizione → gestione dell'alimentazione enterale (tramite utilizzo di SNG o PEG) o parenterale (tramite dispositivi venosi centrali);
- Gestione della salute → amministrazione del regime farmacologico, inclusa la terapia insulinica ed il corretto uso dei dispositivi per il monitoraggio dei valori glicemici, esecuzione di prelievi ematochimici;
- Area della mobilizzazione → posizionamento a letto o in carrozzina, prevenzione a domicilio delle cadute e della sindrome da immobilizzazione;

- Cura di sé tramite un intervento educativo;
- Prevenzione e gestione delle lesioni di vario tipo → lesioni da pressione e piccole medicazioni;
- Area dell'eliminazione → gestione del catetere vescicale, monitoraggio della diuresi, monitoraggio e gestione dell'alvo, gestione di stomie di vario genere.

I risultati preliminari del progetto hanno evidenziato che è possibile evitare ricoveri in setting ospedalieri dopo una dimissione protetta. Dai risultati, infatti, è emerso che nessun paziente preso in carico ha effettuato un nuovo accesso al pronto soccorso o al Punto di assistenza territoriale (PAT) di riferimento.

Risultati positivi si sono avuti anche relativamente alla gestione di problematiche specifiche. Per esempio, nella gestione delle lesioni da pressione (LDP) è stata evidenziata una guarigione in 8 pazienti su 8 con LDP di I o II stadio, mentre la guarigione della lesione è avvenuta in 5 pazienti su 10 con LDP di III o IV stadio.

La funzione dell'infermiere di continuità assistenziale ha permesso inoltre di creare una rete di comunicazione tra utente/caregiver e personale sanitario efficace e tempestiva. Da una tempistica media di 72 ore necessarie per attivare il sistema delle richieste di assistenza domiciliare e quindi della conseguente presa in carico, si è passati ad una attivazione della figura infermieristica a domicilio entro le 4 ore dalla dimissione. In un caso in particolare, è stato inoltre possibile attivare il percorso di presa in carico prima della sua dimissione, rendendo la stessa più semplice per il paziente ed i suoi familiari sia per quanto riguarda la gestione degli aspetti sanitari, sia di quelli psicosociali.

## **2 Obiettivo**

Scopo dell'elaborato è quello di verificare se in letteratura esistono esperienze di transitional care nel percorso ospedale-territorio, analizzarne i risultati ottenuti e comparare le evidenze con i risultati della sperimentazione in atto del contesto locale descritto.

## **3 Materiali e metodi**

### **Strategie di ricerca**

Dato che l'obiettivo del lavoro è quello di valutare l'effettiva efficacia della figura dell'infermiere di continuità assistenziale durante il processo di transitional care, è stata condotta una revisione della letteratura al fine di reperire studi primari che descrivessero esperienze utili a comprendere la funzione dell'infermiere nella continuità assistenziale. I risultati degli studi selezionati sono stati in una seconda fase comparati ai risultati ottenuti dalla sperimentazione locale descritta. In particolare, sono stati reperiti ed analizzati articoli metodologicamente differenti, come Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, reperibili in Free full text degli ultimi 5 anni.

La ricerca è stata effettuata sulla banca dati MEDLINE attraverso il suo motore di ricerca PubMed, avvalendosi dell'utilizzo dell'operatore booleano "AND".

### **Parole chiave**

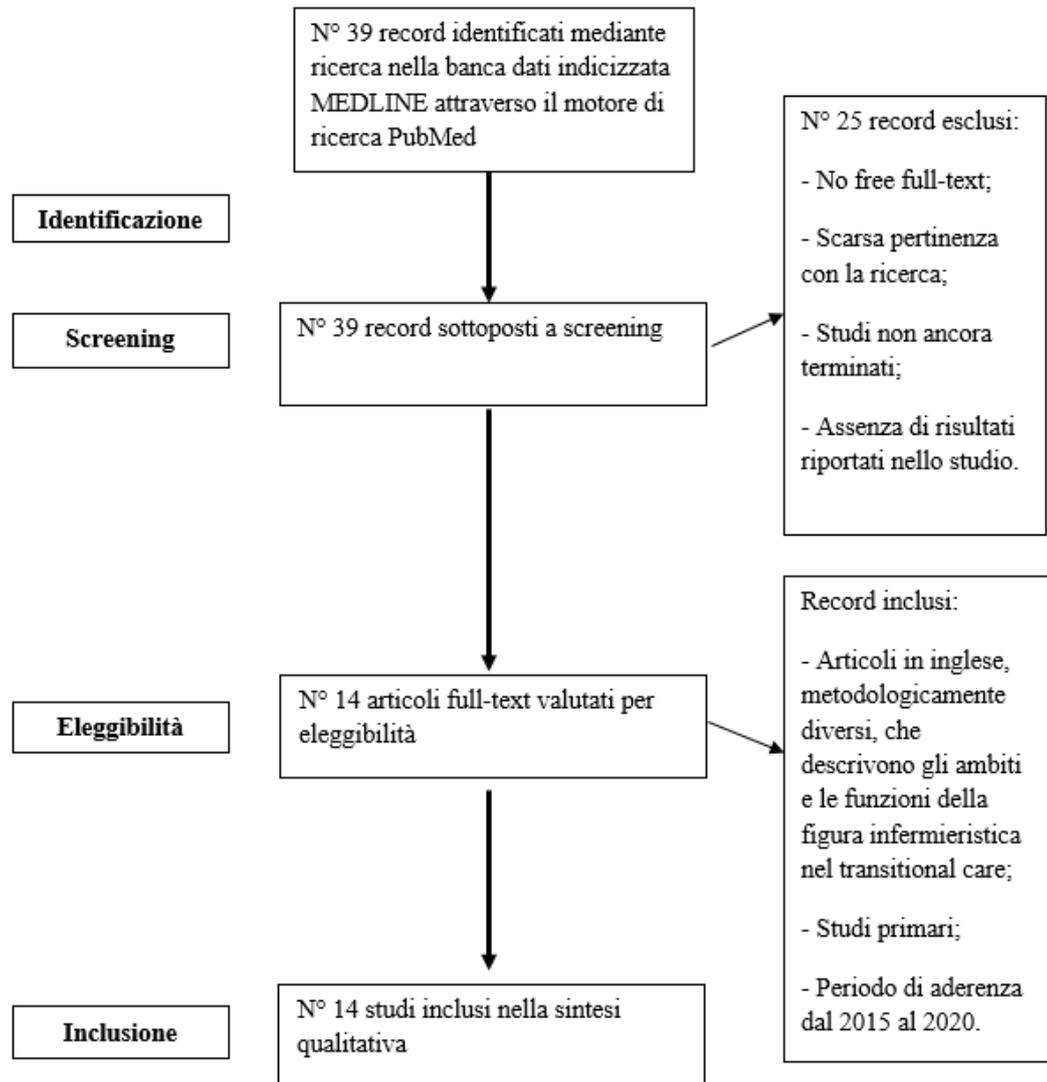
- Transitional care;
- Continuity of care;
- Nursing.

### **Criteri di inclusione ed esclusione**

- Criteri di inclusione: articoli in inglese, metodologicamente diversi, che descrivono gli ambiti e le funzioni della figura infermieristica nel transitional care; studi primari.
- Criteri di esclusione: non free full-text, scarsa pertinenza con la ricerca, studi non ancora terminati, assenza di risultati riportati nello studio.

## 4 Risultati

### Diagramma di flusso per la selezione della bibliografia inclusa nello studio



Gli studi selezionati sono stati analizzati seguendo le linee guida del PRISMA statement. Dei 39 studi identificati attraverso l'utilizzo delle parole chiave "continuity of care", "transitional care", "nursing", ne sono stati esclusi 25 perché non pertinenti con l'obiettivo della ricerca, in quanto studi non ancora terminati, oppure per l'assenza di risultati riportati nello studio.

Quelli selezionati, che rispondono ai seguenti criteri: articoli in inglese, metodologicamente diversi, che descrivono gli ambiti e le funzioni della figura infermieristica nel transitional care, studi primari, sono riassunti nella Tabella 1 (Tabella 1).

Articolo	Campione e setting	Disegno di studio e strumenti	Scopo	Breve riassunto
(Mark Toles, 2018)	Sono stati reclutati 145 pazienti, negli Stati Uniti.	Studio controllato non randomizzato. Comprende 145 pazienti in dimissione. Di questi, 71 appartenenti al gruppo di intervento e 74 a quello di controllo.	Valutare l'efficacia del transitional care nei primi 30 giorni dalla dimissione.	Attraverso un progetto di transitional care suddiviso in step è possibile evidenziare un miglioramento nella qualità di vita del paziente e del caregiver/familiare nei 30 giorni successivi alla dimissione.
(Maame Yaa A B Yiadom, 2018)	Sono stati inclusi nello studio 2234 pazienti, ad Amsterdam.	Studio clinico controllato randomizzato. I pazienti sono stati divisi in due gruppi, uno di controllo (n. 1117) e uno di intervento (n. 1117).	Esaminare l'efficacia di un nuovo programma di follow-up telefonico nei primi 7 giorni dalla dimissione, valutandone dopo 30 giorni l'efficacia.	Lo studio ha dimostrato che un transitional care telefonico attuato nei primi 7 giorni dalla dimissione riduce il tasso di riospedalizzazione entro i 30 giorni dalla dimissione.
(Lian Leng Low, 2017)	Sono stati valutati 840 pazienti in un ospedale in Cina.	Studio clinico controllato randomizzato a singolo cieco in 840 pazienti, di cui 420 appartenenti al gruppo dei casi e 420 a quello dei controlli.	Identificare un'alternativa ad un modello d'assistenza virtuale risultato insufficiente nella gestione del paziente critico in seguito ad una dimissione ospedaliera.	L'istituzione di un team multidisciplinare e la collocazione di ogni paziente in una piattaforma virtuale permette di monitorare il paziente dimesso migliorando quindi la sua condizione nei 90 giorni dopo la dimissione.
(Kathleen Finlayson, 2018)	Sono stati reclutati 222 pazienti, in due ospedali metropolitani, in Australia.	Studio controllato, randomizzato. Sono randomizzati in 4 gruppi, uno di controllo e tre di intervento.	Valutare l'efficacia del transitional care sulla prevenzione delle riammissioni ospedaliere in anziani ad alto rischio.	Questo studio ha dimostrato che gli interventi di transitional care negli anziani ad alto rischio di riospedalizzazione hanno significativamente ridotto le riammissioni entro 12 settimane dalla dimissione.

Articolo	Campione e setting	Disegno di studio e strumenti	Scopo	Breve riassunto
(Xia Xie, 2018)	Sono stati reclutati 136 pazienti in un ospedale in Cina.	Studio clinico controllato randomizzato, monocentrico, singolo cieco in pazienti affetti da LES. Dei 136 pazienti, 68 appartenevano al gruppo dei casi e 68 a quello dei controlli.	Valutare l'efficacia del transitional care in ambito di patologie croniche come in questo caso il LES dopo la dimissione.	Attraverso un transitional care della durata di 12 settimane e la compilazione di questionari da parte dei pazienti, è possibile ridurre le riospedalizzazioni ed educare il paziente nell'autogestione della malattia.
(Limin Liang Yinghua, 2019)	Sono stati coinvolti in questo studio 100 pazienti in un ospedale a Guangzhou, in Cina.	Studio clinico controllato randomizzato. Dei 100 pazienti, 49 appartenevano al gruppo dei casi e 51 a quello dei controlli.	Valutare l'efficacia del transitional care, effettuato da un team multidisciplinare infermieristico, su pazienti affetti da spondilite anchilosante dopo la dimissione.	Un team multidisciplinare, formato da infermieri specializzati, reumatologi, psichiatri e fisioterapisti con un transitional care della durata di 6 mesi è in grado di garantire un importante miglioramento della sintomatologia dell'AS, valutato tramite le scale di BASDAI e BASFI.
(Sabina B. Gesell, 2019)	Sono stati coinvolti nello studio 40 ospedali del Nord-Carolina.	Studio clinico controllato randomizzato effettuato in pazienti con infarto del miocardio. Dei 40 ospedali reclutati per lo studio, 20 appartenevano al gruppo di intervento e 20 a quello di controllo.	Confrontare la gestione del paziente tramite il sistema COMPASS tradizionale e quello del COMPASS Transitional Care (COMPASS-TC).	Grazie al sistema COMPASS-TC è possibile ottenere un miglioramento della qualità di vita del paziente e anche una riduzione delle spese sanitarie, grazie ad un minor numero di riospedalizzazioni.
(Harriette G. C. Van Spall, 2019)	Questo studio ha reclutato 2494 pazienti in dieci ospedali in Canada.	Studio randomizzato clusterizzato. Il campione comprende pazienti con insufficienza cardiaca ed è stato suddiviso in due gruppi, uno di controllo ed uno di intervento.	Valutare se i servizi di transitional care possono migliorare la prognosi nei pazienti dimessi dopo l'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca.	Questo studio ha valutato l'effetto che l'intervento assistenziale ha sulla prognosi di un paziente ad alto rischio in una settimana dopo la dimissione. L'assistenza viene effettuata da un infermiere adeguatamente formato e un medico di famiglia. I risultati non mostrano una differenza statisticamente significativa tra il gruppo di intervento e quello di controllo.

Articolo	Campione e setting	Disegno di studio e strumenti	Scopo	Breve riassunto
(Qing Wu, 2019)	Questo studio ha incluso 150 pazienti, Cina.	Studio controllato randomizzato clusterizzato. Il campione è diviso in un gruppo di intervento (n. 75) e un gruppo di controllo (n. 75).	Valutare gli effetti del transitional care sull'aderenza alla terapia e la prognosi in pazienti anziani con infarto acuto del miocardio, trattato con coronaroplastica percutanea.	Il transitional care ha migliorato l'aderenza, gli indicatori clinici ed ha ridotto effettivamente l'incidenza di eventi cardiovascolari e di riospedalizzazioni. L'intervento sui pazienti ha avuto una durata di 3 mesi.
(Frances Kam Yuet Wong, 2016)	Sono stati reclutati 84 pazienti in 3 ospedali ad Hong Kong.	Studio clinico controllato randomizzato, eseguito in pazienti con scompenso cardiaco in fase terminale. Il campione è stato suddiviso in un gruppo dei casi (n. 43) e in uno dei controlli (n. 41).	Valutare l'efficacia del transitional care nell'ambito delle cure palliative in pazienti con scompenso cardiaco dopo la dimissione.	Questo studio dimostra che è possibile ridurre le riospedalizzazioni di questi pazienti e migliorare il controllo sintomatologico grazie al transitional care.
(Harriette G. C. Van Spall, 2019)	Questo studio ha reclutato 2494 pazienti in dieci ospedali in Canada.	Studio randomizzato clusterizzato. Il campione comprende pazienti con insufficienza cardiaca ed è stato suddiviso in due gruppi, uno di controllo e uno di intervento.	Valutare se i servizi di transitional care possono migliorare la prognosi nei pazienti dimessi dopo ospedalizzazione per insufficienza cardiaca.	Questo studio ha valutato l'effetto che l'intervento assistenziale ha sulla prognosi di un paziente ad alto rischio in una settimana dopo la dimissione. L'assistenza viene effettuata da un infermiere adeguatamente formato e un medico di famiglia. I risultati non mostrano una differenza statisticamente significativa tra il gruppo di intervento e quello di controllo.

(Tabella 1)

Dei 14 studi analizzati, 13 mostrano delle differenze statisticamente significative in termini di miglioramento della qualità di vita del paziente in seguito ad una dimissione ospedaliera grazie al transitional care.

Tra questi, 5 studi descrivono gli aspetti generali e caratterizzanti del transitional care e gli effetti positivi che esso determina sulla qualità di vita del paziente dopo la dimissione.

In particolare, lo studio di Mark Toles (2018), dimostra come è possibile migliorare l'outcome dei pazienti complessi dopo la dimissione, attraverso un progetto strutturato in quattro fasi:

1. Riabilitazione, il supporto al caregiver;
2. Valutazione dei progressi dopo 8-10 giorni;
3. Ulteriore miglioramento del transitional care;
4. Costante monitoraggio telefonico ogni 3 giorni.

Grazie a questo progetto, si è riscontrato un notevole miglioramento della qualità della vita nel 33% ( $p < 0,05$ ) dei pazienti.

Il transitional care si ripercuote positivamente anche sulle riospedalizzazioni, diminuendone significativamente il numero. Infatti, è stato dimostrato che attraverso un follow-up telefonico, che permette di monitorare continuamente il paziente, attuato nei primi 7 giorni dalla dimissione, si ha una riduzione del 53% del tasso di riospedalizzazione entro 30 giorni dalla dimissione. (Maame Yaa A B Yiadom, 2018)

Anche uno studio condotto in Cina che esamina l'istituzione di una piattaforma virtuale, ad integrazione del consulto telefonico, per permettere ad un team multidisciplinare di effettuare il follow-up previsto nel transitional care, evidenzia una riduzione del 40% ( $p < 0,001$ ) delle riammissioni entro 30 giorni dalla dimissione. (Lian Leng Low, 2017)

Lo studio di Kathleen Finlayson (2018) invece, relativamente al rischio di riospedalizzazione nei pazienti over 65, mette a confronto quattro modalità diverse di intervento: standard care, fisioterapia domiciliare, intervento infermieristico, intervento integrato infermieristico e di fisioterapia domiciliare. Lo studio dimostra che, mentre non ci sono differenze statisticamente significative quando si utilizza un approccio standard care o la fisioterapia domiciliare, l'intervento infermieristico singolo o associato a fisioterapia domiciliare riduce significativamente il tasso di riospedalizzazione e migliora la qualità di vita del paziente ( $p = 0.029$ ).

Secondo quanto riportato da uno studio francese, si stima che il 14% dei pazienti over 75 riospedalizzati entro i 30 giorni da una dimissione precedente, sia causata da una cattiva gestione post-dimissionale del paziente. In questo studio, al fine di valutare l'eventuale progressione dei sintomi e il monitoraggio della patologia, è stata prevista una visita iniziale entro i primi 2 giorni dalla dimissione, un follow-up telefonico dopo una settimana, seguiti da una seconda visita e un follow-up telefonico. Nei primi 30 giorni

dalla dimissione si ha una riduzione del 10% delle riospedalizzazioni (Pauline Occelli, 2016).

Lo studio di Galbraith (2017), invece, che prevede nel transitional care visite ospedaliere pre-dimissione e follow-up telefonico da parte dell'infermiere nei 30 giorni successivi alla dimissione, ha dimostrato una riduzione significativa dei costi sanitari. In particolare, lo studio ha evidenziato una maggiore riduzione (26%  $p=0,03$ ) dei costi soprattutto nel campione di popolazione over 60.

Lo studio di Mark Pauly e colleghi (2018) prende in esame pazienti dimessi dall'ospedale, con patologie croniche degenerative, come la demenza e l'Alzheimer. Questo studio analizza tre modelli diversi di dimissione:

- Modello A: dimissione standard, in cui viene implementata la figura dell'infermiere, senza prendere in considerazione la figura del caregiver familiare. Questo modello ha portato soltanto ad un lieve miglioramento sintomatologico del paziente;
- Modello B: si focalizza sulla figura preponderante del caregiver familiare attraverso un intervento educativo durante l'ospedalizzazione. Come nel primo caso, ha portato soltanto ad un lieve miglioramento;
- Modello C: transitional care, in cui, unendo primo e secondo modello, si determina un importante miglioramento del corredo sintomatologico, diminuendo significativamente le riospedalizzazioni (28%,  $p=0,04$ ), portando anche un effetto positivo sulle spese sanitarie.

Gli studi di Xia Xie (2018) e Limin Liang Yinghua (2019) prendono in considerazione la dimissione di pazienti con patologie croniche da un setting reumatologico ospedaliero.

In particolare, lo studio di Xia Xie (2018) valuta l'efficacia del transitional care in pazienti affetti da LES. Questo intervento, della durata di 12 settimane, viene suddiviso in più fasi:

- Valutazione generale della condizione del paziente;
- Compilazione di questionari per valutare l'impatto che la malattia determina;
- Follow-up telefonico.

I risultati dello studio evidenziano una riduzione del 13,8% ( $p=0,032$ ) delle riospedalizzazioni ed una maggiore capacità di autogestione della malattia da parte del paziente.

Nello studio di Limin Liang Yinghua (2019) i pazienti affetti da spondilite anchilosante vengono seguiti nel transitional care per un periodo di 6 mesi da un team multidisciplinare formato da infermieri specializzati, reumatologi, psichiatri e fisiatri. Lo studio ( $p < 0.05$ ) fornisce la prova che questo team, guidato dall'infermiere, determina un miglioramento della qualità della vita, della gestione globale della malattia e riduce i ricoveri nei pazienti affetti da questa patologia.

Quattro studi (Sabina B. Gesell 2019, Qing Wu, 2019, Frances Kam Yuet Wong 2016, Harriette G. C. Van Spall 2019) affrontano invece l'ambito delle patologie cardiovascolari. Tra questi, uno studio condotto su pazienti con infarto del miocardio analizza i risultati derivanti dall'utilizzo del protocollo COMPASS-TC nel processo di transitional care dimostrando un miglioramento della qualità di vita del paziente e una riduzione delle spese sanitarie, per via di un minor numero di riospedalizzazioni, riducendole del 95% ( $p = 0,002$ ). A differenza del protocollo COMPASS tradizionale che prevede la gestione dell'infarto acuto del miocardio tramite il semplice utilizzo di farmaci anticoagulanti, il COMPASS-TC permette di ampliare questo concetto integrandolo ad un transitional care ben strutturato. (Sabina B. Gesell, 2019)

Lo studio di Qing Wu (2019) si sofferma sui pazienti dimessi dopo una coronaroplastica percutanea e grazie al transitional care si è visto non solo un miglioramento della qualità di vita del paziente ma anche un miglioramento dal punto di vista prognostico del paziente, con una diminuzione delle riammissioni ospedaliere dell'8,5% ( $p < 0,05$ ).

Negli studi di Frances Kam Yuet Wong (2016) e Harriette G. C. Van Spall (2019) viene preso in considerazione il transitional care nell'ambito dello scompenso cardiaco in fase terminale. Nello studio di Frances Kam Yuet Wong (2016) si dimostra un miglioramento del 27,6% ( $p = 0,009$ ) nel controllo della sintomatologia nel contesto delle cure palliative. Tuttavia, lo studio di Harriette G. C. Van Spall (2019) non evidenzia miglioramento relativamente alla prognosi di questa tipologia di pazienti. Infatti, nonostante l'assistenza da parte di un infermiere e un medico di medicina generale, i risultati non mostrano una differenza statisticamente significativa tra il gruppo di intervento e quello di controllo. Si è riscontrata infatti soltanto una riduzione dello 0,8% di riospedalizzazioni e decessi in seguito a questo intervento.

Infine lo studio di Heeren (2019) che prende in considerazione il protocollo URGENT basato sulla presa in cura del paziente geriatrico e sull'istituzione di un team

infermieristico specializzato all'interno di un reparto di medicina d'urgenza, pur dimostrando miglioramento delle condizioni del paziente in ambito ospedaliero e una diminuzione del tempo di ospedalizzazione ( $p < 0,05$ ), evidenza che l'assenza nel protocollo di un intervento infermieristico domiciliare non diminuisce il rischio di riospedalizzazione.

## **DISCUSSIONE**

Scopo dell'elaborato è stato quello di valutare l'impatto in termini di efficacia, relativamente agli outcome assistenziali, della funzione dell'infermiere di continuità assistenziale nel percorso ospedale-territorio, analizzando i risultati della revisione della letteratura scientifica e quelli della sperimentazione locale.

L'analisi degli studi ha evidenziato come il transitional care può portare miglioramenti importanti relativamente alla qualità della vita e alla riduzione del tasso di riospedalizzazione. Per quanto riguarda il primo aspetto, gli studi analizzati dimostrano come il paziente, non sentendosi più abbandonato in seguito alla dimissione, ha la possibilità di migliorare il coping e affrontare la malattia con una maggiore consapevolezza. Per quanto riguarda le riospedalizzazioni, gli studi evidenziano come queste diminuiscano attraverso un transitional care strutturato. I modelli di transitional care reperiti in letteratura sono diversi. Tra le strategie previste, è risultato particolarmente efficace il follow-up telefonico, integrato ai regolari interventi domiciliari. Il monitoraggio costante del paziente ha permesso agli infermieri di continuità assistenziale di intervenire qualora fosse stato necessario. Inoltre, attraverso un intervento educativo, il paziente e la famiglia hanno imparato a convivere con la malattia oltre a saperla gestire. Anche nella sperimentazione locale in atto, i risultati hanno dimostrato l'efficacia del transitional care, evidenziando in particolare una netta riduzione delle riospedalizzazioni e un miglioramento della qualità di vita del paziente e della famiglia. In questo caso, l'intervento dell'infermiera consisteva nella presa in carico precoce del paziente, anche prima della dimissione, e successivamente l'attuazione di un'assistenza intensiva espletata attraverso visite domiciliari, per i primi 30 giorni dopo la dimissione. A differenza di alcune esperienze reperite negli studi, tuttavia, il progetto sperimentato localmente non prevede il follow up telefonico, che, negli studi analizzati è risultato invece essere un elemento strategico importante per il raggiungimento degli outcome assistenziali.

Nonostante i metodi diversi identificati tra la sperimentazione e gli studi e tra gli studi stessi, si può notare comunque, quale caratteristica principale che accomuna le diverse tipologie di care transition, e che impatta significativamente sui risultati, quella di aver previsto una figura infermieristica con la specifica funzione di continuità assistenziale. Infatti, nelle esperienze in cui non è stato previsto un intervento infermieristico non sono

state riscontrate delle differenze significative in termini di miglioramento in particolare dell'outcome riospedalizzazione.

## CONCLUSIONI

La continuità delle cure, principale obiettivo del Sistema Sanitario Nazionale, rappresenta un indicatore del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura, quello della presa in carico del paziente nei diversi livelli della rete assistenziale ospedaliera e territoriale.

L'infermiere di continuità assistenziale può rappresentare un vero e proprio "ponte di collegamento" tra paziente, che deve affrontare la malattia al proprio domicilio, ed ospedale, dal quale viene dimesso. La dimissione di un paziente verso il proprio domicilio rappresenta un momento cruciale, in quanto per via della malattia avvengono importanti cambiamenti nella quotidianità della persona assistita. La gestione appropriata della dimissione è una responsabilità assistenziale. La dimissione non correttamente gestita comporta conseguenze negative nella gestione della malattia da parte del paziente. Gli studi scientifici dimostrano come un transitional care strutturato, che preveda l'intervento infermieristico quale strategia utile a garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio, migliora la qualità della vita del paziente e della famiglia e diminuisce il tasso di riospedalizzazione. I risultati della sperimentazione in atto nel contesto locale, seppur limitati nel tempo e nella casistica, del tutto sovrapponibili a quelli degli studi reperiti attraverso la revisione della letteratura, dimostrano l'importante ruolo dell'infermiere in termini di efficacia del transitional care.

Dal momento che la letteratura ha evidenziato una notevole importanza per il follow-up telefonico, potrebbe essere utile migliorare la sperimentazione in atto, integrando questa strategia a quella già previste nel progetto.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- A. Pilotto, L. F. (2011, Giugno). *Giornale di Gerontologia*. Tratto da Società italiana di Gerontologia e Geriatria: <https://www.sigg.it/assets/gdg/2011/gdg-03-giugno-2011-LIX.pdf#page=3>
- A., S. (2003). *Le scale di valutazione: strumenti per l'integrazione e il miglioramento dell'assistenza*. I Quaderni de L'infermiere.
- Alison A. Galbraith, D. J.-D.-V. (2017). *Long-Term Impact of a Postdischarge Community Health Worker Intervention on Health Care Costs in a Safety-Net System*.
- ANMCO, P. p. (2016). *Gestione della dimissione ospedaliera*.
- Association, A. (2019). *Women and Alzheimer's*. Tratto da Alzheimer's Association: <https://alz.org/alzheimers-dementia/what-isalzheimers/women-and-alzheimer-s>
- Baiano, I. (2017, 11 01). *Dimissione protetta: cos'è e quando si utilizza*. Tratto da NURSE TIMES: <https://www.nursetimes.org/dimissione-protetta-cose-si-utilizza/40830>
- Coleman, B. (2003). *Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs*. J Am Geriatr Soc.
- De Toni, G. I. (2010). *Il mondo invisibile dei pazienti fragili*. Torino: UTET Università.
- Delai, N. (2012). *Anziani & continuità assistenziale*. Milano: FrancoAngeli.
- Els Devriendt, P. H. (2018). *Unplanned Readmission prevention by Geriatric Emergency Network for Transitional care (URGENT): protocol of a prospective single centre quasi-experimental study*.
- Frances Kam Yuet Wong, A. Y.-t. (2016). *Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial*.
- Harriette G. C. Van Spall, S. F. (2019 ). *Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure*.
- Hoogerduijn, S. D. (2007). *A systematic review of predictors and screening instruments to identify*. Journal of Clinical Nursing.
- Hoogerduijn, S. K. (2010). *Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a*. Journal of Clinical Nursing.
- Iavarone, D. (2016). *IL TRANSITION OF CARE, L'INFERMIERE E LA CONTINUITÀ DELLE CURE*. Tratto da L.infermiere - Notiziario aggiornamenti professionali: <https://www.infermiereonline.org/2017/02/16/il-transition-of-care-linfermiere-e-la-continuita-delle-cure/>
- ISTAT. (2020). *Previsioni della popolazione anni 2016-2065*. ISTAT.
- Kangovi, G. (2014). *Transitional care management reimbursement to reduce COPD readmission*.
- Katherine R. Tuttle, R. Z.-L. (2018). *Medication Therapy Management after Hospitalization in CKD*.
- Kathleen Finlayson, A. M. (2018). *Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults*.
- Kripalani, R. D. (2012). *Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: a randomized trial*.
- Lian Leng Low, S. Y. (2017). *Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial*.

- Limin Liang Yinghua, P. D. (2019). *Effects of Multidisciplinary Team-Based Nurse-led Transitional Care on Clinical Outcomes and Quality of Life in Patients With Ankylosing Spondylitis*.
- Maame Yaa A B Yiadom, H. D. (2018). *Randomised controlled pragmatic clinical trial evaluating the effectiveness of a discharge follow-up phone call on 30-day hospital readmissions: balancing pragmatic and explanatory design considerations*.
- Mark Toles, C. C.-E.-A. (2018). *Connect-Home: Transitional care of skilled nursing facility patients and their caregivers*.
- Mark V Karen B Hirschman, A. L. (2018). *Cost impact of the transitional care model for hospitalized cognitively impaired older adults*.
- Michelsoni, B. (2018). *Ruolo dell'infermiere di continuità assistenziale*. Negrar.
- Mistiaen P, D. E.-H. (1999). Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *Journal of Advanced Nursing*.
- Monica Liso Sesona, L. M. (2011). *Studio prospettico sull'efficacia di un progetto di dimissione difficile e precoce dal Pronto Soccorso di soggetti anziani e fragili*.
- Nebuloni G., D. G. (2017). *Il declino cognitivo e la demenza. Assistenza infermieristica alla persona anziana: percorsi di promozione della salute, di educazione e di assistenza*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Parry, M. C. (2008). *Assessing the quality of transitional care further applications of the care transitions measure*.
- Pauline Occelli, c. a. (2016). *Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial*.
- Piano-Sanitario, R. (2020, Febbraio 4). *Deliberazione n. 107*. Tratto da Portale Regione Marche: [https://www.regione.marche.it/portals/3/Aree\\_attivita/Altre\\_attivita/PSSR%20Del\\_Amm107\\_2020.pdf](https://www.regione.marche.it/portals/3/Aree_attivita/Altre_attivita/PSSR%20Del_Amm107_2020.pdf)
- Pieter Heeren, E. D. (2019). *Unplanned readmission prevention by a geriatric emergency network for transitional care (URGENT): a prospective before-after study*.
- Qing Wu, D. Z. (2019). *Effects of transitional health management on adherence and prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction in percutaneous coronary intervention: A cluster randomized controlled trial*.
- Randmaa, M. L. (2014). *BAR improves communication and Safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study*.
- RNAO, R. N. (2014, Marzo). *Clinical Best Practice Guidelines - Care Transitions*. Tratto da RNAO: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care\\_Transitions\\_BPG.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf)
- Sabina B. Gesell, C. D.-N. (2019). *Implementation of a billable transitional care model for stroke patients: the COMPASS study*.
- Saiani, Z. D. (2008). *Valutazione della sensibilità e specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile*.
- Salute, M. d. (s.d.). *Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale*. Tratto da Ministero della Salute - Archivio storico del portale:

<http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaParagrafoRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=assistenza&id=27>  
20

Sansoni, D. (1998). *English-Italian, Italiano-Inglese*. RCS.

Shepperd, L. C. (2013). *Discharge planning from hospital to home*. Cochrane Database Syst Rev.

Unchino, C. K.-G. (1996). *The relationship between social support and psysiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health*.

Xia Xie, Y. S.-p. (2018). *Effects of transitional care on self-care, readmission rates, and quality of life in adult patients with systemic lupus erythematosus: a randomized controlled trial*.

## **RINGRAZIAMENTI**

*Ringrazio la Dott.ssa Letizia Tesei, per avermi dato la possibilità di svolgere questo elaborato e per avermi dedicato tempo ed energie preziose. La cura, l'attenzione e la pazienza durante tutte le tappe di questo lavoro sono state fondamentali.*

*Ringrazio i miei genitori, i quali mi hanno sempre sostenuta durante questo percorso e ai quali voglio dedicare questo traguardo importante, non sarei qui senza di loro.*

*Ringrazio Ana, mia sorella, punto fondamentale della mia vita, che mi contagia sempre con la sua energia e positività.*

*Ringrazio Andrea, la mia Persona, che mi è sempre stato accanto. Insieme abbiamo condiviso le mie ansie, le mie paure prima degli esami, ma anche le gioie di volta in volta. Condivideremo insieme anche la gioia di questo traguardo.*

*Ringrazio Pietro, per la sua gentilezza, disponibilità ed appoggio costante durante questo periodo.*

*Ringrazio Marcella, che mi ha sempre sostenuta e ha creduto in me in ogni tappa del mio percorso.*