



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

IL CASE MANAGER:
UN'OPPORTUNITÀ PER
L'ANZIANO FRAGILE

REVISIONE NARRATIVA DELLA
LETTERATURA

Relatore:
Dott.ssa Mara Marchetti

Tesi di Laurea di:
Cecilia Rossi

A.A. 2021/2022

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE 1

1. L'INFERMIERE CASE MANAGER 3

2. L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO FRAGILE..... 7

3. IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA 2022-2024 14

OBIETTIVO..... 16

MATERIALI E METODI..... 17

TABELLA DEI RISULTATI..... 19

DISCUSSIONE..... 26

CONCLUSIONE..... 30

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

ABSTRACT

Background: Le nuove caratteristiche della popolazione contemporanea, contraddistinta da un aumento della vita media e con conseguente invecchiamento della stessa, insieme alla presenza sempre più comune di anziani fragili affetti da patologie croniche e multiple, richiedono un nuovo approccio all'assistenza e la necessità di modificare lo scenario dei bisogni. Si stima che nel 2050 il numero di ultrasessantacinquenni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni. Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico. Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (2019) nel 2028 la spesa per la cronicità aumenterà fino a 70,7 miliardi di euro annui e l'assistenza ai bisogni degli anziani fragili richiederà il 70-80% delle risorse sanitarie.

Si è deciso di prendere in considerazione il case management, un modello di erogazione dell'assistenza che prevede la realizzazione di percorsi di cura favorendo l'efficacia e l'efficienza degli interventi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni di salute dell'individuo, favorendo il coordinamento tra i diversi livelli di cura attraverso modelli organizzativi che mettano in rete gli ospedali e i servizi sociosanitari presenti sul territorio. In particolare, verrà preso in considerazione il ruolo dell'infermiere case manager nell'assistenza all'anziano fragile e/o con comorbidità e patologie croniche.

Obiettivi: valutare se gli interventi attuati dall'infermiere case manager migliorano la qualità di vita, analizzata attraverso diversi indicatori, degli anziani fragili presi in carico.

Materiali e metodi: La ricerca è stata condotta in forma di revisione narrativa della letteratura ricercando materiale principalmente tramite PubMed dove sono state inserite diverse stringhe di ricerca, costruite utilizzando le parole chiave "*case manager*", "*nurse case manager*", "*frail elderly patient*", "*quality of life*" e "*chronic disease*".

Risultati: sono stati selezionati 14 articoli, dal 2012 al 2022, che comprendessero una popolazione di pazienti con età superiore a 65 anni e almeno una patologia cronica.

Discussione: dall'analisi degli articoli selezionati gli interventi dell'infermiere case manager hanno prodotto risultati significativi in termini di aumento della capacità di autogestione della patologia, dell'aderenza alle terapie, dell'autonomia nelle diverse attività quotidiane e, allo stesso tempo, una diminuzione delle ospedalizzazioni e degli accessi al pronto soccorso.

Conclusioni: Il modello di assistenza affidata al case manager è risultato efficace ed efficiente. Gli interventi hanno portato ad un miglioramento della qualità di vita e la salute degli anziani fragili con età avanzata, malattie croniche e comorbidità. Il tutto nell'ottica della presa in carico e della continuità assistenziale al fine di ridurre il più possibile la frammentazione delle cure.

Le attività svolte da parte dell'infermiere case manager hanno carattere integrale e tengono conto degli obiettivi e delle esigenze di ciascuna persona.

La speranza per il futuro è che questa figura venga valorizzata e che sia più presente sia a livello ospedaliero che territoriale.

Parole chiave: “*case manager*”, “*nurse case manager*”, “*frail elderly patient*”, “*quality of life*” e “*chronic disease*”.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni l'aspettativa di vita è aumentata costantemente; da un lato questo è frutto di un miglioramento delle condizioni di vita e dei progressi della medicina, dall'altro si traduce nell'inevitabile invecchiamento della popolazione, a cui si sta assistendo.

Il problema è che, con il semplice aumento dell'aspettativa di vita, aumenta anche la morbilità, sono infatti prevalenti nella popolazione le patologie cronico-degenerative. Si stima che nel 2050 il numero di ultrasessantacinquenni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni.

Ciò è destinato a esercitare una pressione crescente sull'economia e sui sistemi sociali nella maggior parte dei Paesi, ed impone anche uno sforzo da parte dei Sistemi Sanitari per mettere le persone in condizioni di sperimentare un invecchiamento in salute, ossia soddisfare i loro bisogni primari, aiutarli a costruire relazioni sociali, consentire loro di vivere in ambienti sani. Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (2019) nel 2028 la spesa per la cronicità aumenterà fino a 70,7 miliardi di euro annui e l'assistenza ai bisogni degli anziani fragili richiederà il 70-80% delle risorse sanitarie.

Con un numero sempre maggiore di persone che si avvicinano all'età avanzata, i sistemi sanitari pubblici dovranno affrontare una sfida crescente nel gestire una quantità di pazienti con risorse economiche limitate.

Per questo motivo è necessario conoscere le figure, come l'infermiere case manager, che possono migliorare la qualità di vita delle persone con età avanzata e comorbidità, che hanno bisogno di maggiori attenzioni e cure.

L'elaborato si apre con la definizione e la descrizione del modello di assistenza basato sul case management, prosegue poi con l'inquadramento della figura dell'infermiere case manager, approfondendo le caratteristiche del ruolo e della sua formazione.

Successivamente il lavoro si focalizza sul concetto di fragilità, delineandone le caratteristiche e le diverse dimensioni.

Si passa poi alla presentazione del soggetto dell'assistenza, cioè l'anziano fragile, attraverso definizioni e caratteristiche.

Nella stessa sezione vengono elencati tutti i servizi disponibili sul territorio attivati dall'infermiere case manager in base alle necessità della persona.

L'introduzione si conclude con l'esposizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2022-2024 e in particolare della missione sei, riguardante la salute e la sanità.

1. L'INFERMIERE CASE MANAGER

Prima di parlare della figura dell'infermiere case manager è necessario chiarire il concetto di case management.

Il case management, secondo gli studi di Calamandrei e Orlandi (2015), inizia a comparire nella letteratura infermieristica americana intorno alla metà degli anni Ottanta per indicare un processo di erogazione delle prestazioni sanitarie in cui al centro c'è l'utente e con lo scopo di integrare al massimo gli interventi necessari, evitando il più possibile la frammentazione e la casualità. Il fine di questa nuova visione è garantire un'assistenza appropriata nella logica della continuità assistenziale volta al miglioramento della qualità della vita degli utenti nel loro percorso di malattia.

Una definizione completa per il termine 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 outcomes di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia” (Case management society of America, 2012).

Oppure: “metodologia di managed care, ma anche un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica del coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente, attraverso le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario”. (Chiari, Santullo, 2011, pagina 8)

Il Case Management, inteso come gestione clinico-organizzativa-assistenziale fondata sul caso specifico, rappresenta una particolare “scienza” che può trovare applicazioni interessanti anche in organizzazioni come l'ospedale, unito al territorio, attraverso una pianificazione del percorso che il paziente dovrà compiere per trovare risposta allo specifico problema di salute.

Nonostante i possibili traguardi di efficienza dell'organizzazione e di qualità delle cure erogate al paziente, la scarsa integrazione dei sistemi informativi sanitari e la conseguente difficoltà di reperire i dati necessari all'interno della struttura, rende questa tematica ancora poco affrontata sullo scenario sanitario italiano.

La settorializzazione del sapere e della pratica in medicina ha generato una frammentazione dell'approccio medico e assistenziale nei confronti del paziente e portato all'insorgere di una serie di problematiche alle quali si sta cercando di porre rimedio. Tali problematiche riguardano principalmente la mancanza di una visione e pianificazione d'insieme delle prestazioni erogate del relativo stato di avanzamento.

Tuttavia, vi è l'esigenza di individuare, progettare e realizzare strumenti nuovi per la gestione di protocolli di attività associate alle diverse patologie ed ai diversi percorsi di cura con possibilità di monitoring, programmazione ed erogazione delle prestazioni.

All'interno di questo modello organizzativo ci sono diverse figure coinvolte tra cui quella dell'infermiere case manager.

L'infermiere case manager è il responsabile e regista del percorso assistenziale personalizzato, che mette in comunicazione tutte le risorse della rete formale ed informale per rispondere adeguatamente alla complessità di situazioni assistenziale compromesse e ai bisogni dei pazienti.

Garantisce quindi la corretta applicazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, costruito appositamente per il paziente sulla base dei suoi bisogni, facendo in modo che sia sempre al centro del processo di assistenza e di cura.

Di conseguenza diventa uno dei principali punti di riferimento sia del paziente che della sua famiglia.

L'infermiere case manager assume un ruolo fondamentale dalla prima fase di presa in carico del paziente: dall'accertamento, all'analisi dei dati, partecipa alla stesura del piano di assistenza individuale (PAI), fino all'identificazione del caregiver insieme al medico di medicina generale.

Dopo la raccolta dei dati valuta accuratamente quali siano i bisogni e i problemi di natura bio-psico-sociale e spirituale dell'assistito sia attuali che potenziali. In questa fase può avvalersi dell'ausilio di appositi strumenti come scale di valutazione.

Sulla base dei bisogni e problemi individuati pone degli obiettivi a lungo o a breve termine che devono essere raggiunti dal paziente e pianifica gli interventi infermieristici che coordina con quelli degli altri operatori sanitari.

Dopo aver pianificato obiettivi e interventi specifici per i problemi assistenziali rilevati, si prosegue con il monitoraggio continuo per adeguare il piano in base alle necessità.

Al termine del procedimento diagnostico-terapeutico-assistenziale si procede con la valutazione degli esiti di competenza; quindi, il raggiungimento degli obiettivi prefissati e se necessario se ne definiscono di nuovi.

Quando assiste i pazienti, l'infermiere case manager, utilizza un approccio olistico e può provvedere egli stesso a svolgere le attività assistenziali dirette al paziente o può solo dirigerle. Deve stimare le abilità del paziente e le possibilità di supporto della famiglia e dei sistemi sociali e intervenire se identifica un problema. Deve anche facilitare i progressi del paziente nel piano assistenziale, organizzando consulenze con specialisti o con i servizi specializzati e garantendo il trasferimento ad aree assistenziali più adatte in caso di necessità.

Come evidenziano Chiari e Santullo (2011), il case manager nel percorso assume diversi ruoli, in base alle competenze e conoscenze cliniche, che devono essere complete per poter costruire un percorso adeguato; questi sono:

- **Agente di cambiamento:** l'infermiere case manager sperimenta, implementa e diffonde un nuovo sistema di assistenza al paziente. L'insegnamento dei sistemi di case management è rivolto a tutto il personale di assistenza, anche i pazienti devono essere incoraggiati ad adottare uno stile di vita sano.
- **Consulente:** l'infermiere case manager guida l'approccio interdisciplinare attraverso il processo di gestione del caso e svolge la funzione di consulente per medici, operatori, pazienti e famiglie. Favorisce infatti una miglior comprensione degli standard assistenziali e facilita la coordinazione degli esami e delle procedure. Svolge un ruolo importante nella identificazione delle pratiche che migliorano l'assistenza in termini sia di efficacia che di efficienza.
- **Educatore:** l'educazione del paziente, l'istruzione della famiglia e lo sviluppo del personale sono tre aspetti fondamentali dell'infermiere case manager. Al momento dell'ammissione 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 indipendenti possibile il paziente e la sua famiglia nella gestione della patologia. È fondamentale fornire al paziente e alla famiglia informazioni complete, chiare e comprensibili.
- **Coordinatore e facilitatore di assistenza:** l'infermiere case manager coordina e facilita la realizzazione del piano giornaliero, del piano di dimissione e

dell'insegnamento al paziente e alla sua famiglia. Coordina anche lo svolgimento degli esami richiesti al fine di ridurre la frammentazione o evitare inutili duplicazioni. Promuove la collaborazione tra i vari fornitori di cure, assistenza e servizi. Avendo la visione complessiva del processo di assistenza, opera per collegare il paziente con le risorse necessarie, in particolare in ambito comunitario.

- **Manager di risorse:** l'infermiere case manager adegua le risorse alle necessità del paziente, valutando l'intensità assistenziale richiesta. Verifica il corretto utilizzo di queste lungo tutta la presa in carico del paziente. Per far questo è necessario che conosca tutte le risorse e i diversi servizi disponibili sul territorio.
- **Manager dei risultati e della qualità:** 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 clinico e per migliorare continuamente la qualità e l'efficacia. Un risultato molto importante per la gestione dei casi è la soddisfazione del paziente: è utile quindi poterlo misurare in quanto coinvolge tutti quelli che hanno operato per il paziente.

Per quanto riguarda la formazione per l'infermiere case manager è necessario che questi abbia conseguito in primis la laurea triennale in infermieristica, successivamente per approfondire le proprie competenze sono disponibili master di 1° livello per questo ruolo. Oltre a ciò, è necessario che l'infermiere case manager abbia doti relazionali e comunicative, con spiccata attitudine all'ascolto, questo per poter instaurare un rapporto di fiducia con la persona assistita. Un'altra caratteristica fondamentale è la capacità di coordinamento con gli altri colleghi, altri professionisti e uffici pubblici. Le competenze analitiche e organizzative sono molto importanti per poter comprendere il caso e pianificare il percorso più adatto.

2. L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO FRAGILE

Dagli studi condotti da Galluzzo et al, in collaborazione con l'istituto Superiore di Sanità (2019), si evince come negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana sia stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultrasessantacinquenni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni.

Se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento.

Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronico-degenerative.

Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, e soprattutto agli anziani fragili.

Per quanto riguarda i costi che la sanità pubblica è costretta ad affrontare a causa di questo continuo aumento dell'età media e, di pari passo, dell'aumento della fragilità, l'osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2019) stima che la spesa sanitaria sfiori i 67 miliardi di euro annui per i 24 milioni di italiani con almeno una patologia cronica. La spesa media annua per le cronicità sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale è di ben 708 euro per paziente.

Il problema della cronicità rappresenta una sfida molto importante per il futuro di tutte le popolazioni mondiali poiché 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.

Stando alle proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri, elaborati dall'Istituto Nazionale di Statistica (2019), e ipotizzando una prevalenza stabile nelle diverse classi di età, nel 2028 la spesa per la cronicità aumenterà fino a 70,7 miliardi di euro.

Se si prende nello specifico il caso delle cadute, molto frequenti negli anziani e ancor di più negli anziani fragili, queste costano al Sistema Sanitario Nazionale oltre 400 milioni di euro annui. Inoltre, aumentano il numero di ospedalizzazioni, il rischio di morte per le complicanze, isolamento sociale e aumento della preoccupazione di cadute future. Le cadute potrebbero essere evitate e ridotte grazie ad un programma di esercizio fisico, educazione e valutazione dei rischi da parte dell'infermiere case manager.

È per tutte questi fattori che è necessario conoscere e adattare l'assistenza agli anziani e più in particolare a quelli definiti fragili.

Il concetto di fragilità, riferito all'anziano, secondo gli studi di Ruggiero et al. (2007), compare nel 1973 quando il Congresso americano istituisce il *Federal Council on the Aging* il cui intento doveva essere quello di formulare indicazioni e programmare interventi in grado di rispondere alle necessità di una nuova categoria di anziani, caratterizzata da punte di estrema povertà ed abbandono.

La fragilità diventa una condizione secondaria ad un insieme di fattori biologici, psicologici e socio-ambientali che agiscono in modo sinergico.

Secondo Pilotto, A. et al (2007) la fragilità può essere: sociale: quando è secondaria a difficoltà legate al contorno familiare e sociale. Spesso sono condizioni in cui, in concomitanza, è presente carenza di risorse economiche o materiali, che, di conseguenza, portano la persona ad essere esclusa da benefici e servizi. Oppure può essere biologica: quando è secondaria a condizioni biologiche e psichiche. In questo caso è richiesto un supporto assistenziale di tipo sia medico che infermieristico.

Da ciò derivano diverse dimensioni incluse nella fragilità:

- **Dimensioni fisico-biologiche:** in cui sono presenti patologie organiche, difficoltà della deambulazione, riduzione dell'integrità sensoria e perdita di autonomia.
- **Dimensioni psicologiche:** che includono presenza di sintomatologia depressiva, stanchezza cronica e solitudine.
- **Dimensioni sociali:** che fanno riferimento a isolamento ed esclusione sociale.

La denominazione “anziano fragile” rispondeva alla necessità di un termine che sintetizzasse la drammatica condizione di un gruppo di soggetti di età avanzata le cui caratteristiche principali erano la presenza di disabilità fisica, compromissione affettiva, in un ambiente strutturalmente e socialmente sfavorevole e che richiedevano il continuo supporto sociale e sanitario a causa dell’accumulo di problematiche associate all’invecchiamento. Si precisa anche che i bisogni dell’anziano fragile non sono necessariamente economici, in quanto soggetto che necessita di una organizzazione assistenziale in cui i servizi sociali siano strettamente integrati a quelli sanitari. Ad oggi, la definizione più corretta, espressa dalla SIGG cioè la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (2014), è quella che definisce l’anziano fragile come soggetto di età avanzata o molto avanzata cronicamente affetto da patologie multiple, con stato di salute instabile, in cui gli effetti dell’invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socioeconomico. La fragilità comporta un rischio elevato di rapido deterioramento a cascata della salute e dello stato funzionale.

A causa dell’accumularsi di più malattie croniche, spesso richiede uno o più servizi di supporto per garantire le attività del suo vivere quotidiano e quindi, di conseguenza, un elevato consumo di risorse.

I segni che caratterizzano un iniziale stato di fragilità sono cinque:

- Perdita di peso (maggiore di 4/5 Kg nell’ultimo anno);
- Affaticamento (fatica per almeno tre giorni a settimana);
- Riduzione della forza muscolare;
- Ridotta attività fisica;
- Riduzione della velocità di cammino.

È fondamentale poter individuare i segnali e i campanelli d’allarme per poter intervenire tempestivamente. Infatti, correggere i segnali più evidenti può tradursi in una minore esposizione alle patologie potenzialmente invalidanti, in una riduzione della necessità di cure mediche o ricoveri e in una migliore qualità di vita per il paziente e la sua famiglia.

La seguente figura del manuale di Senin, U. (2001) dal titolo: “*Paziente anziano – Paziente geriatrico Medicina della Complessità; fondamenti di Gerontologia e Geriatria*”, rappresenta le principali caratteristiche che riassumono il concetto di fragilità nell’anziano. (Figura 1)



Figura 1: La Fragilità, Senin U. (2001)

La fragilità è quindi una condizione che comprende diversi fattori e gli anziani fragili sono assistiti da figure infermieristiche; per queste ragioni è possibile trovare alcune diagnosi infermieristiche correlate a questo stato. La più pertinente è la diagnosi NANDA di “*Sindrome dell’anziano fragile*” (00257) la cui definizione è: “condizione progressiva di equilibrio instabile che interessa le persone anziane che vivono il deterioramento di uno o più domini della salute (fisica, funzionale, psichica o sociale) che conduce a una maggiore suscettibilità a effetti negativi della salute, in particolare a disabilità”.

Essendo una sindrome, le caratteristiche definenti sono costituite da altre diagnosi infermieristiche come: deambulazione compromessa (00088), fatigue (00093), deficit nella cura di sé: alimentazione (00102), memoria compromessa (00131), mobilità compromessa (000859 e altre. Tra i fattori correlati ci sono: malattia cronica, storia di cadute, malnutrizione, ospedalizzazione prolungata, vivere da solo e altri.

Tra gli obiettivi della diagnosi di sindrome dell’anziano fragile ritroviamo il principale scopo della presa in carico de parte dell’infermiere case manager cioè: “Conoscenze: comportamento relativo alla salute (1805)” al fine di rendere la persona capace di gestire la propria condizione. Questo obiettivo viene raggiunto attraverso i diversi interventi tra cui: guida al sistema sanitario (7400), assistenza nella cura di sé (1800) e altri.

Riconoscere la fragilità permette di identificare i soggetti in cui è necessario effettuare una valutazione multidimensionale (VMD) al fine di costruire un piano individualizzato di assistenza (PAI) nella rete dei servizi.

Attraverso la valutazione multidimensionale è possibile analizzare il grado di salute fisica e psichica, il livello di disabilità e handicap, la situazione familiare, socio-ambientale ed economica, e il rischio di perdita dell'autosufficienza.

Da un punto di vista operativo, come viene precisato da Pilotto et al. (2008), la valutazione multidimensionale si attua somministrando al paziente scale di valutazione specifiche per ogni campo da esplorare, quali:

- **Disabilità funzionale** attraverso le scale Activities of Daily Living e Instrumental Activities of Daily Living (ADL e IADL);
- **Cognitività** mediante la Mini Mental State Examination (MMSE), e la Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ);
- **Tono dell'umore** grazie alla Geriatric Depression Scale (GDS), lo stato nutrizionale tramite la scala Mini Nutritional Assessment (MNA);
- **Comorbidità** con la scala Cumulative Illness Rating Scale (CIRS);
- **Rischio di lesioni da decubito** per mezzo della scala di Exton-Smith.

Il grande pregio di questi strumenti della valutazione multidimensionale, cosiddetti di prima generazione, è che sono validati in differenti tipologie di soggetti anziani, semplici e rapidi nell'esecuzione, ampiamente diffusi e quindi confrontabili sia in ambito clinico sia di ricerca. Il limite più significativo è quello che ogni strumento diagnostico è stato sviluppato e validato per esplorare un singolo aspetto, pertanto per condurre una completa valutazione multidimensionale i diversi strumenti devono essere integrati tra loro, spesso con infruttuose sovrapposizioni di item e difficile comparazione dei risultati. L'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale di seconda e terza generazione ha sicuramente migliorato i criteri di applicazione nei diversi ambiti di popolazione anziana, anche se la complessa struttura di tali strumenti non sempre ne rende agevole l'esecuzione, soprattutto in quei setting operativi dove è richiesta rapidità ed essenzialità di conduzione per ottenere velocemente informazioni prognostiche utili alla gestione clinica del paziente.

Per delineare un programma di intervento, che sia non solo adatto al soggetto ma anche realizzabile, l'attività di valutazione deve comprendere anche la conoscenza in dettaglio di quali siano le strutture e i servizi disponibili sul territorio.

La figura più adatta a gestire le indicazioni derivanti dalla valutazione, organizzare e collegare gli interventi relativi alla sfera sanitaria, sociale, individuale e familiare è il case manager.

I servizi vengono valutati in base alle necessità del paziente seguendo la logica della continuità assistenziale cioè l'estensione non interrotta degli obiettivi assistenziali attraverso la linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza.

I percorsi sono molteplici e diversi tra loro, il case manager accompagna il paziente e la sua famiglia attraverso questi:

- **Cure intermedie (CI):** strutture a metà fra le cure intensive ospedaliere e le cure estensive per la cronicità. Sono un modello organizzativo orientato alla flessibilità, all'integrazione e al coordinamento dei servizi costituendo una connessione tra le cure primarie e gli altri professionisti.
- **Residenza sanitaria assistenziale (RSA):** struttura extraospedaliera sociosanitaria integrata destinata ad anziani affetti da patologie cronico-degenerative a tendenza invalidante che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere, ma che richiedono trattamenti continui non essendo né autosufficienti, né assistibili a domicilio.
- **Ospedale di comunità:** struttura sanitaria della rete dei servizi distrettuali che si colloca come anello di congiunzione fra la rete dei servizi domiciliari, strutture residenziali e strutture protette. Gestito per la parte sanitaria dai medici di medicina generale.
- **Assistenza domiciliare integrata (ADI):** modello di assistenza rispondente alle esigenze individuali, capace di contribuire al miglioramento della qualità della vita, di ridurre le occasioni di ospedalizzazione non essenziali e di restituire al paziente ogni concreta possibilità di non rinunciare al suo nucleo familiare. È rivolta ai pazienti con problemi clinico assistenziali e sociali complessi non autosufficienti, affetti da patologie croniche a medio-lungo decorso. Consiste nell'accesso periodico del medico di famiglia e di un infermiere che effettua interventi assistenziali volti al

raggiungimento degli obiettivi prefissati. Esistono diversi livelli di intensità in relazione ai bisogni assistenziali.

- **Ospedalizzazione domiciliare:** modello che consente di garantire al paziente tutte le prestazioni che normalmente vengono erogate in ospedale. In questo caso la responsabilità della cura del malato è affidata alla divisione ospedaliera che lo mantiene in carico.
- **Day Hospital Geriatrico:** ricovero riservato ad anziani con più di 65 anni, che hanno bisogno di indagini diagnostiche, terapie complesse, trattamenti riabilitativi per le patologie tipiche dell'invecchiamento con la necessità di sorveglianza diurna durante il trattamento. Il ricovero si attua e si conclude in un arco temporale che dura dalle 4 alle 12 ore. Il ricovero in Day Hospital può essere programmato per cicli.
- **Centro diurno:** servizio intermedio, semi-residenziale, integrativo degli eventuali interventi di assistenza domiciliare, che assicura agli anziani non autosufficienti la realizzazione di attività diurne, con funzioni di natura psico-socio-assistenziale, di mantenimento delle potenzialità e delle autonomie socio-relazionali della persona. Il Centro Diurno garantisce attività assistenziali (cura della persona, recupero e/o mantenimento dell'autonomia personale) ed attività psico-sociali (animazione, terapia occupazionale e socializzazione)
- **SAD:** servizio domiciliare, comunale, è un insieme di prestazioni assistenziali e sociali tra loro integrate e rese in modo continuativo o temporaneo presso l'abitazione dei cittadini. È finalizzato al mantenimento dell'anziano o dell'inabile nella propria abitazione, per compensare la perdita d'autonomia.
- **Hospice:** struttura sociosanitaria residenziale per malati terminali, dove il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale.

La risposta all'invecchiamento della popolazione e alla crescente domanda di assistenza di anziani fragili è lavorare per prima cosa alla presa in carico del paziente e della sua famiglia nella logica della continuità assistenziale e di conseguenza identificare il giusto percorso extra-ospedaliero, al fine di mantenere il più possibile l'autonomia residua della persona e di prestare maggior sostegno alla famiglia sia di tipo assistenziale che di tipo educativo.

3. IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA 2022-2024

Il 13 luglio 2021 il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia è stato definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio, che ha recepito la proposta della Commissione europea. La Decisione contiene precisi obiettivi e traguardi, cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione delle risorse su base semestrale. Per quanto riguarda la struttura del Piano, esso si articola in 6 Missioni, che raggruppano 16 Componenti, funzionali a realizzare gli obiettivi economico-sociali definiti nella strategia del Governo. La Missione 6, denominata "Salute", è caratterizzata da linee di azione volte a rafforzare e rendere più sinergica la risposta sanitaria territoriale e ospedaliera. Questa missione, "Salute", stanziava complessivamente 18,5 miliardi, di cui 15,6 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 2,9 miliardi dal Fondo. Dal piano nazionale di ripresa e resilienza emerge che la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Si evidenzia anche che ci sono significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

La componente fondamentale della missione recita: "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari". (Piano sanitario di ripresa e resilienza, pagina 226)

Una parte dell'investimento mira al potenziamento dei servizi domiciliari e, di conseguenza, ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Dal piano si evince la volontà di riorganizzare le cure e l'assistenza nell'ottica del case management, con la speranza di una maggiore valorizzazione della figura del case manager.

La seguente figura del Ministero dell'Economia e delle Finanze riassume i concetti fondamentali racchiusi nella missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2022-2024. (Figura 2)

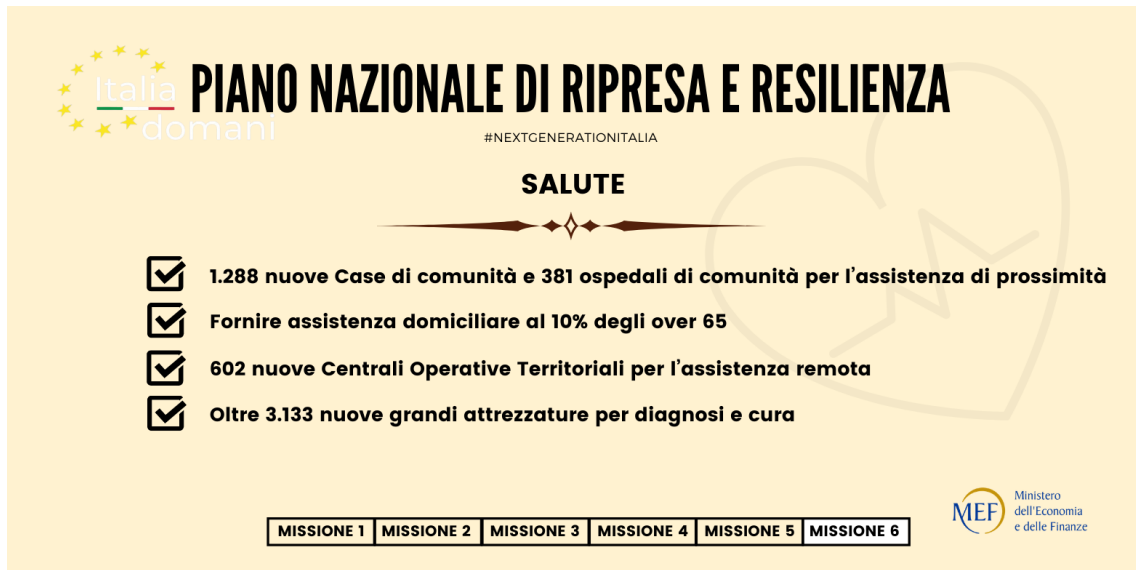


Figura 2: Missione 6, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2022-2024. MEF (2021)

OBIETTIVO

Questa ricerca nasce con l'obiettivo di rispondere alla domanda "l'assistenza infermieristica affidata al case manager migliora la qualità di vita degli anziani fragili?" e ancora "In che modo le attività svolte dal case manager influenzano la gestione della cura del paziente?".

Il paziente è la persona che riceve l'assistenza, in questo caso l'anziano fragile, l'intervento sono le attività svolte dagli infermieri case manager di pratica avanzata e i risultati sono quelli derivati dalla gestione e dall'efficienza dell'assistenza. Da ciò ne deriva anche la definizione di quelle che sono le situazioni assistenziali in cui è efficace l'assistenza affidata a questa nuova figura.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta in forma di revisione della letteratura narrativa individuando per prima cosa il problema oggetto di indagine. Inizialmente tramite la formulazione di quesiti di background per ricavare informazioni riguardo i principi generali del case management, della figura dell'infermiere case manager e dell'assistenza all'anziano fragile e a pazienti con comorbidità, poi tramite la formulazione del quesito di foreground mediante la strategia P.I.C.O.M. al fine di valutare l'applicazione e il ruolo del case manager nella gestione di questa tipologia di pazienti.

Per il **P.I.C.O.M.** sono stati individuati come popolazione (**P**) gli anziani fragili cioè paziente con età superiore a 65 anni cronicamente affetti da patologie multiple soprattutto croniche, con stato di salute instabile e alle spalle ospedalizzazioni e accessi ai servizi sanitari frequenti. L'intervento principale (**I**) è quello di assistenza infermieristica affidata alla figura dell'infermiere case manager che seguendo il piano assistenziale individuale persegue attraverso interventi mirati la realizzazione di obiettivi prestabiliti, insieme a questo si unisce l'intervento educativo al paziente e alla sua famiglia.

L'outcome del quesito (**O**) è principalmente il miglioramento della qualità di vita del paziente, valutato attraverso diversi indicatori come la riduzione delle ospedalizzazioni, una maggior tolleranza all'attività fisica, una miglior gestione delle diverse patologie croniche e un aumento della autonomia sia per attività quotidiane sia per la sfera della salute. La metodologia prescelta (**M**) è quella di ottenere una revisione completa basata su RCT che dia una visione completa e chiara su questo ruolo ancora poco conosciuto.

Di seguito lo schema della costruzione del modello PICOM per la costruzione del quesito di ricerca.

P	Anziani fragili
I	Assistenza infermieristica affidata all'infermiere case manager
C	Nessuna comparazione
O	Miglioramento della qualità di vita degli anziani fragili
M	RCT

Il motore di ricerca maggiormente consultato per il materiale è stato PubMed in cui sono state inserite tre stringhe di ricerca, costruite utilizzando le parole chiave individuate, associate agli operatori booleani AND e OR.

La prima comprendeva “(nurse case manager) AND (elderly people)”, la seconda “(elderly frail people) AND (quality of life) OR (QoL)” e la terza “(case manager) AND (chronic disease)”.

Alle stringhe di ricerca, in seguito, sono stati aggiunti i seguenti filtri; sono stati scelti gli articoli compresi tra il 2012 e il 2022, selezionando solamente gli studi RCT. Tutti gli articoli erano basati su studi la cui popolazione era composta da umani. La popolazione presa in considerazione è stata quella di pazienti con età superiore a 65 anni e che presenta comorbidità e/o patologie croniche.

Ed infine sono stati scelti gli articoli in lingua inglese o italiana, selezionando solamente gli articoli in free full text.

Sono stati inclusi nello studio **14 articoli** pertinenti all’argomento e completi in tutte le loro parti.

I principali risultati della ricerca sono stati inseriti nella tabella di revisione, di seguito riportata.

TABELLA DEI RISULTATI.
TABELLA RIASSUNTIVA DELLA REVISIONE

Titolo, Autori, Anno	Studio	Popolazione	Obiettivi	Interventi	Principali Risultati
<p><i>“Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: a pragmatic randomized controlled trial “</i></p> <p>Chouinard, M. C., Hudon, C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., Fortin, M., Couture, E. M., & Sasseville, M.</p> <p>2013</p> <p>doi.org/10.1186/1472-6963-13-49</p>	RCT	<p>200 pazienti anziani di età superiore a 65 anni che presentano patologie croniche, con numerosi accessi in pronto soccorso e ricoveri. Divisi in 4 gruppi seguiti ognuno da un infermiere case manager.</p>	<p>Analizzare l’attuazione dell’intervento all’interno delle strutture;</p> <p>valutare gli effetti prossimali (autogestione della patologia, abitudini sanitarie...) e intermedi (empowerment, qualità della vita...);</p> <p>condurre una analisi economica del rapporto costo-beneficio.</p>	<p>Incontri con gruppi di supporto per l’autogestione della malattia cronica gestiti da infermieri case manager.</p> <p>Rivalutati dopo 3 e 6 mesi.</p>	<p>A distanza di 3 mesi non vi era alcuna differenza significativa riguardo gli outcomes tra i due gruppi.</p> <p>Dopo 6 mesi è stato registrato un miglioramento riguardo la qualità della vita, l’autogestione della malattia e il disagio psicologico nel gruppo di intervento.</p>
<p><i>“Continuum of care for frail older people a randomized controlled trial”</i></p> <p>Eklund, K., Wilhelmson, K., Gustafsson, H., Landahl, S., & Dahlin-Ivanoff, S.</p> <p>2013</p> <p>doi.org/10.1186/1471-2318-13-76</p>	RCT	<p>161 pazienti di età superior a 65 anni, con almeno una malattia cronica e dipendente in almeno un’attività della vita quotidiana. Che hanno cercato assistenza presso il pronto soccorso e dono stati dimessi al loro domicilio.</p> <p>Il gruppo di studio comprendeva un campione rappresentativo di anziani fragili ad alto rischio di futuro consumo di assistenza sanitaria.</p>	<p>Valutare il miglioramento nelle attività della vita quotidiana (ADL);</p> <p>analizzare gli effetti sulla fragilità.</p>	<p>L’intervento prevede la continuità assistenziale per la persona anziana dal pronto soccorso, attraverso il reparto ospedaliero e fino alle proprie case da parte di un team multiprofessionale creato da un infermiere case manager, un infermiere con competenza geriatrica del pronto soccorso e una equipe specifica per la cura e riabilitazione degli anziani.</p>	<p>Non ci sono state differenze significative per quanto riguarda il miglioramento della fragilità.</p> <p>La maggior parte dei partecipanti è passato dall’essere fragile all’essere pre-fragile.</p> <p>L’autonomia nelle attività quotidiane è migliorata significativamente nel follow-up a 12 mesi.</p>

<p><i>“A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities”</i></p> <p>Chow, S. K., & Wong, F. K.</p> <p>2014</p> <p>doi.org/10.1111%2Fjan.12375</p>	<p>RCT</p>	<p>281 pazienti anziani di età superiore a 65 anni, ricoverati con diagnosi medica correlata a malattie croniche respiratorie, cardiache, diabete di tipo 2 e malattie renali.</p>	<p>Valutare se l'intervento: Riduce la riammissione in ospedale;</p> <p>Migliora la qualità della vita;</p> <p>Migliora l'autogestione della malattia.</p>	<p>Intervento integrato attraverso visite a domicilio e telefonate da parte dell'infermiere case manager, in aggiunta alle cure standard. Rivalutato dopo circa 80 giorni.</p>	<p>A 84 giorni dalla dimissione: tasso di riammissione per il gruppo di controllo 45,4%, mentre per la visita domiciliare e il gruppo di chiamata erano del 33,0% e del 28,3% ($\chi^2 = 8.03, P = 0.018$). Miglioramento della qualità di vita per la componente fisica [$F(2, 277) = 4.31, P = 0.014$]. Nessun miglioramento significativo per lo stato mentale; miglioramento significativo nell'autogestione della malattia ($P = 0.005$).</p>
<p><i>“Case manager for blood pressure and lipid control after minor stroke Prevention randomized controlled trial”</i></p> <p>McAlister, F. A., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Fradette, M., Thompson, A., Buck, B., Dean, N., Bakal, J. A., Tsuyuki, R., Grover, S., & Shuaib, A.</p> <p>2014</p> <p>doi.org/10.1503%2Fcmaj.140053</p>	<p>RCT</p>	<p>279 pazienti con età media di 67,6 anni che hanno avuto un ictus ischemico o un attacco ischemico transitorio con pressione sistolica >140 mm/Hg e colesterolo LDL a digiuno >2,0 mmol/L o HDL >4,0 mmol/L</p>	<p>Registrare una riduzione della pressione sistolica e del colesterolo LDL. Ottenere valori all'interno dei range ottimali.</p>	<p>Visite cliniche mensili per 6 mesi con un infermiere case manager che ha fornito consigli sullo stile di vita, controllato la pressione sanguigna e i livelli di LDL e ha inviato via fax le misurazioni al medico di famiglia dopo ogni visita.</p>	<p>Il 52,7% dei pazienti ha raggiunto sia il target di pressione sistolica che quello di LDL.</p>

<p><i>“Diabetes Nurse Case Manager and Motivational Interviewing for Change (DYNAMIC): Results of a 2-year Randomized Controlled Pragmatic Trial”</i></p> <p>Gabbay, R. A., Añel-Tiangco, R. M., Dellasega, C., Mauger, D. T., Adelman, A., & Van Horn, D. H.</p> <p>2014</p> <p>doi.org/10.1111%2F1753-0407.12030</p>	<p>RCT</p>	<p>232 pazienti con età superiore a 65 anni con diabete di tipo 2. Pazienti che presentavano: emoglobina glicata > 8.5%, pressione arteriosa > 140/90, LDL > 130.</p>	<p>Registrare una riduzione di:</p> <p>Pressione sistolica;</p> <p>Pressione diastolica;</p> <p>colesterolo LDL;</p> <p>Sintomi della depressione;</p> <p>Disagio legato al diabete.</p>	<p>Assistenza integrata e colloquio motivazionale al cambiamento comportamentale da parte dell’infermiere case manager addestrato, in aggiunta alle cure usuali.</p>	<p>Pressione sistolica 131±15,9 (p<0,05); Pressione diastolica da 80 a 74 mmHg; Emoglobina glicata da 8.8% a 7,8%; LDL da 128 a 102 mg/dl; Sintomi della depressione riferiti diminuiti; Riduzione del disagio lievemente migliorata.</p>
<p><i>“Experiences of Community-Living Older Adults Receiving Integrate Care Based on the Chronic Care Model”</i></p> <p>Uittenbroek, R. J., van der Mei, S. F., Slotman, K., Reijneveld, S. A., & Wynia, K.</p> <p>2015</p> <p>doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0137803</p>	<p>RCT</p>	<p>23 partecipanti che vivono in comunità di età compresa tra 75 e 89 anni. Di cui 8 vivono da soli, 5 vivevano con altri e 5 vivevano con il proprio partner anch’esso partecipante al modello.</p>	<p>Aumentare la salute, il benessere, la qualità di vita nella popolazione;</p> <p>valutare il miglioramento nelle attività quotidiane;</p> <p>migliorare l’uso dei Servizi sanitari;</p>	<p>Modello di assistenza integrata per anziani che vivono in comunità (Embrace), che si basa sul Chronic Care Model e su un modello di gestione della salute della popolazione gestita da infermieri case manager. In aggiunta a interventi mirati da parte dell’infermiere case manager.</p>	<p>I partecipanti hanno sperimentato maggiore sensazione di avere il controllo della propria patologia. Sono in grado di prendere decisioni e sentono di essere informati riguardo la loro condizione. Hanno manifestato un miglioramento nelle attività quotidiane e in generale della qualità di vita.</p>

<p><i>“Telemedically supported case manager of living-donor renal transplant recipients to optimize routine evidence-based aftercare: a single-center randomized controlled trial”</i></p> <p>Schmid, A., Hils, S., Kramer-Zucker, A., Bogatyreva, L., Hauschke, D., & De Geest, S.</p> <p>2016</p> <p>doi.org/10.1111/ajt.14138</p>	<p>RCT</p>	<p>46 pazienti con età superior a 65 anni che avevano subito un trapianto di rene da donatore vivente da meno di un anno.</p>	<p>Ridurre le cure ospedaliere non necessarie e i costi.</p> <p>Migliorare l’aderenza al trattamento post trapianto;</p> <p>migliorare la qualità della vita;</p> <p>incentivare il ritorno al lavoro.</p>	<p>Assistenza post trapianto di rene da parte di un case manager supportato dalla telemedicina. Il modello prevede: la presa in carico da parte del case manager dopo la dimissione in situazioni croniche o acute e un team affidato alla telemedicina.</p>	<p>L’assistenza affidata al case manager ha permesso una riduzione delle cure ospedaliere per acuti non programmate, con notevoli riduzioni dei costi. Solo il 17,4% non ha aderito alle cure post trapianto (rispetto al 56,5% del gruppo di controllo). Sono stati raggiunti i livelli prestabiliti di aderenza, qualità della vita e ritorno al lavoro.</p>
<p><i>“Integrated care for older adults improves perceived quality of care: results of a randomized controlled trial of embrace”</i></p> <p>Uittenbroek, R. J., Kremer, H., Spoorenberg, S., Reijneveld, S. A., & Wynia, K</p> <p>2017</p> <p>doi.org/10.1007%2Fs11606-016-3742-y</p>	<p>RCT</p>	<p>1456 anziani di età superiore a 75 anni con livelli autoriferiti di complessità e fragilità. Successivamente sono stati stratificati in 3 profili di rischio in base alla complessità del caso e la fragilità: complex, frail e robust</p>	<p>Migliorare la qualità dell’assistenza;</p> <p>valutare la soddisfazione all’assistenza.</p>	<p>Assistenza primaria integrata e incentrata sulla persona e supporto a tutti gli anziani che vivono nella comunità, con cure che dipendono dal profilo di rischio. Gestito da infermieri case manager.</p>	<p>Gli anziani hanno riportato un livello più elevato di qualità percepita dell’assistenza. In particolare è stato percepito un miglioramento soprattutto nei profili di rischio “frail” e “complex care needs”. I professionisti hanno segnalato un aumento significativo del livello percepito di attuazione dell’assistenza.</p>

<p><i>“Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial”</i></p> <p>Björkelund, C., Svenningsson, I., Hange, D., Udo, C., Petersson, E. L., Ariai, N., Nejati, S., Wessman, C., Wikberg, C., André, M., Wallin, L., & Westman, J.</p> <p>2018</p> <p>doi.org/10.1186%2Fs12875-018-0711-z</p>	<p>RCT</p>	<p>192 pazienti con età media di 65 anni che frequentano centri di terapia cognitivo comportamentale con diagnosi di depressione da meno di 1 mese.</p>	<p>Ridurre i sintomi depressivi;</p> <p>migliorare la qualità della vita;</p> <p>incentivare il ritorno al lavoro;</p> <p>valutare la soddisfazione del servizio;</p> <p>aumentare l’adesione alla terapia.</p>	<p>Intervento integrato da parte del case manager attraverso 6-7 accessi in circa 12 settimane seguendo un piano assistenziale individuale.</p>	<p>Il punteggio misurato dalla scala MADRS-S per i sintomi depressivi era inferiore di 2,27 dopo 6 mesi, quello della scala BDI-II era inferiore di 1,96. La remissione della patologia era del 61%. La qualità della vita è migliorata significativamente come anche il ritorno alla lavoro. I pazienti del gruppo di intervento assumevano i farmaci antidepressivi in maniera più coerente.</p>
<p><i>“Evaluation of a decision support app for nurse and case managers to facilitate aging in place of people with dementia. A randomized controlled laboratory experiment”</i></p> <p>Thoma-Lürken, T., Bleijlevens, M., Lexis, M., & Hamers, J.</p> <p>2018</p> <p>doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.04.019</p>	<p>RCT</p>	<p>67 anziani con età superiore a 65 anni, affetti da demenza e non autosufficienti.</p>	<p>Migliorare l’autonomia nelle attività quotidiane;</p> <p>migliorare la qualità di vita;</p> <p>aumentare la sicurezza percepita dalle persone</p> <p>incentivare le risorse della rete sociale/assistenziale.</p>	<p>Utilizzo di una applicazione (App) di supporto agli infermieri case manager nel giudizio clinico e nel processo decisionale. App che presenta una prima parte di individuazione dei problemi e una seconda con indicazioni a possibili soluzioni specifiche. Il tutto supportato da linee guida.</p>	<p>Lo studio non ha fornito prove che l’App di supporto alle decisioni abbia migliorato la fiducia dei case manager nella valutazione dei problemi o nell’erogazione di consigli per possibili soluzioni. Non sono state riscontrate differenze significative negli outcomes tra gruppo di controllo e gruppo di intervento; tuttavia, tra i partecipanti c’era una elevata disponibilità ad utilizzare l’App. Inoltre, gli infermieri case manager hanno consigliato l’utilizzo dell’App di supporto alle decisioni.</p>

<p><i>“Comparing strategies targeting osteoporosis to prevent fractures after an upper extremity fractures: a randomized controlled trial”</i></p> <p>Majumdar, S.R., McAlister, A., Johnson, J.A., Brian H.R., Bellerose, D., Hassan, I., Lier, D.A., Li, S., Maksymowych, W.P., Menon, M., Russell, A.S., Wirzba, B., & Beupre, L.A.</p> <p>2018</p> <p>doi.org/10.1002/jbmr.3557</p>	<p>RCT</p>	<p>350 pazienti di età superior a 65 anni con fratture dell’arto superiore e osteoporosi non in trattamento con bifosfonati. Divisi poi in tre gruppi: il primo ha ricevuto cure standard, il secondo cure con bifosfonati e il terzo una assistenza individuale da parte del case manager.</p>	<p>Migliorare la densità minerale ossea;</p> <p>rendere la popolazione capace di fare scelte per la propria salute attraverso le cure appropriate (prendere una decisione consapevole, rifiutare il trattamento).</p>	<p>Intervento ad alta intensità con un infermiere case manager appositamente formato che ha identificato i pazienti, studiato la salute delle ossa e avviato un trattamento appropriato.</p>	<p>L’assistenza del case manager ha portato a miglioramenti sostanzialmente maggiori nel trattamento rispetto agli altri due gruppi. Miglioramento nel 73% dei casi per la densità minerale ossea e nel 76% per le cure appropriate.</p>
<p><i>“Case management in primary care for frequent users of health care services: a mixed methods study”</i></p> <p>Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., Lambert, M., Hudon, É., Diadiou, F., & Bouliane, D.</p> <p>2018</p> <p>https://doi.org/10.1370%2Fafm.2233</p>	<p>RCT</p>	<p>247 pazienti di età superior a 65 anni con bisogni assistenziali complessi, con almeno una malattia cronica e con accessi frequenti in ambito ospedaliero. In particolare, utenti con 3 o più visite al pronto soccorso, ricoveri o una loro combinazione nei 12 mesi precedenti.</p>	<p>Ridurre il disagio psicologico della popolazione;</p> <p>aumentare il livello di attività nei partecipanti.</p>	<p>Intervento integrato da parte di un case manager formato. L’intervento prevedeva: la valutazione dei bisogni e delle risorse del paziente, creazione e attuazione di un piano assistenziale personalizzato, coordinamento dell’assistenza sanitaria e supporto all’autogestione per i pazienti e le loro famiglie.</p>	<p>L’intervento ha ridotto la probabilità di disagio psicologico rispetto alle cure usuali (or=0,43; IC 95%; P=0,04). Non ha però alterato significativamente l’attività del paziente.</p>

<p><i>“Quality of extent of implementation of a nurse-led care management intervention: care coordination for health promotion and activities in Parkinson’s disease (CHAPS)”</i></p> <p>Connor, K. I., Siebens, H. C., Mittman, B. S., Ganz, D. A., Barry, F., Ernst, E. J., Edwards, L. K., McGowan, M. G., McNeese-Smith, D. K., Cheng, E. M., & Vickrey, B. G.</p> <p>2020</p> <p>doi.org/10.1186%2Fs12913-020-05594-8</p>	<p>RCT</p>	<p>140 pazienti con età media 69,4 anni, affetti da Morbo di Parkinson e altre patologie. Residenti in comunità.</p>	<p>Aumentare la capacità di prendersi cura di sé, della gestione dei farmaci e dell’autogestione della patologia</p> <p>migliorare la qualità della vita, il livello di attività, la nutrizione, la deglutizione e il dolore;</p> <p>ridurre l’affaticamento, il sonno, il peso e la sintomatologia depressiva.</p>	<p>Attività infermieristica integrata attraverso 27 tipi di interventi mirati per affrontare i problemi identificati. Le attività più frequenti sono state: consulenza e supporto emotivo, gestione dei farmaci e il coaching per la gestione della malattia. Il tutto attraverso chiamate e messaggi telefonici.</p>	<p>Un totale di 79 partecipanti ha riportato miglioramenti specifici sperimentati, come documentazione infermieristica. In particolare, i miglioramenti più frequentemente riportati sono stati: nell’attività, affaticamento e sonno, peso, nutrizione, dolore, deglutizione, sintomatologia depressiva e cadute. Tutti i partecipanti hanno evidenziato miglioramenti nella gestione della terapia e nella gestione della patologia in generale.</p>
<p><i>“Effect of a Telecare Case Management Program for Older Adults who are homebound during the COVID-19 Pandemic”</i></p> <p>Wong, A., Wong, F., Chow, K., Wong, S. M., & Lee, P. H.</p> <p>2021</p> <p>doi.org/10.1001%2Fjamanetworkopen.2021.23453</p>	<p>RCT</p>	<p>68 anziani con età maggiore di 60 anni con pluri patologie che possiedono uno smartphone e che escono di casa meno di una volta a settimana.</p>	<p>Registrare un aumento della qualità della vita, dell’autonomia nelle attività quotidiane, della gestione della salute</p> <p>Migliorare l’aderenza alla terapia;</p> <p>ridurre la sintomatologia depressiva;</p> <p>ridurre l’uso dei servizi sanitari quando non necessario.</p>	<p>Telefonate e videomessaggi settimanali (weekly case management) su argomenti di cura di sé da parte di una infermiera case manager supportata da un team di servizi sociali.</p>	<p>A 3 mesi non vi era alcuna differenza statistica nell’autonomia generale della vita quotidiana, non sono state riscontrate differenze significative nelle attività di base, nella depressione e nell’uso dei servizi sanitari. Tuttavia, gli interventi hanno mostrato un miglioramento significativo nella aderenza alla terapia e sulla qualità di vita,</p>

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei 14 articoli selezionati dalla ricerca, in generale, è emerso che gli interventi effettuati dall'infermiere case manager sono risultati più efficaci ed efficienti nell'affrontare i pazienti con patologie croniche rispetto a quelli effettuati secondo il modello tradizionale.

La maggior parte degli studi RCT presi in considerazione per questa revisione ha convenuto che l'assistenza relativa al programma di case management, ha avuto un impatto positivo sulla salute delle persone e la loro qualità di vita.

Il modello di case management si è dimostrato efficace nel trattamento di quei pazienti definiti anziani fragili cioè con una età superiore a 65 anni, cronicamente affetti da patologie multiple soprattutto croniche, con stato di salute instabile e alle spalle ospedalizzazioni e accessi ai servizi sanitari frequenti. Ciò è dovuto alla presenza regolare dell'infermiere case manager con il paziente e la famiglia nelle visite domiciliari, consultazioni, aiuti nelle decisioni quotidiane per il controllo delle malattie e soprattutto dalla presenza di un piano assistenziale individuale in cui erano espressi gli obiettivi comuni da perseguire e gli interventi per raggiungerli.

Tra gli aspetti che più hanno riscontrato un miglioramento grazie all'assistenza da parte del case manager troviamo: l'autogestione della patologia e la sua conoscenza, come emerge dagli studi di Chouinard, M.C. et al (2013), Chow, S.K. et al (2014), Uittenbroek, R.J. (2015), Uittenbroek, R.J. (2017) e Connor, K.I. et al (2020). L'autonomia nelle attività di vita quotidiana è aumentata significativamente negli studi condotti da Eklund, K. (2013), Chow, S.K. (2014), Uittenbroek, R.J. (2015), Connor, K.I. et al (2020) e Wong, A. (2021). Anche l'aderenza alla terapia prescritta, considerata come outcome negli studi di Schmid, A. et al (2016), Bjokelund, C. et al (2018), Connor, K.I. et al (2020) e Wong, A. et al (2021), ha ottenuto un accrescimento nei pazienti assistiti dall'infermiere case manager.

Questi miglioramenti sono stati raggiunti soprattutto attraverso le visite domiciliari programmate dal case manager e dal piano di educazione completo creato appositamente per il paziente e la sua famiglia, che comprende tutte le informazioni riguardanti la patologia, la sua gestione, i migliori trattamenti e le indicazioni di vita quotidiana volte a migliorare la condizione.

Negli studi condotti da Chow, S.K. et al (2014) e in quello di Schmid, A. et al (2016) si è riscontrato come gli interventi dell'infermiere case manager abbia ridotto le riammissioni in ospedale, i ricoveri, la durata di questi e gli accessi al pronto soccorso, riducendo di conseguenza anche i costi diretti e indiretti per il sistema sanitario in quanto, con un uso meno frequente del pronto soccorso ospedaliero, i pazienti sono stati sottoposti a meno esami diagnostici non necessari e con l'accessibilità del programma di case management, hanno richiesto minori ricoveri. Questo si è verificato mediante l'attivazione di tutte quelle risorse della rete territoriale e sociale attivate dell'infermiere case manager in base alle necessità dei pazienti.

Oltre a questi, negli articoli di Chouinard, M.C. et al (2013), di Gabbay R.A. (2014), di Bjokelund, C. et al (2018) e di Hudon, C. et al (2018) si è riscontrato che il disagio psicologico nei pazienti presi in considerazione era diminuito in modo considerevole; in contrapposizione però con lo studio di Chow, S.K. et al (2014) in cui questo outcome non ha subito alcun cambiamento.

Dai diversi studi come quelli di Chouinard, M.C. et al (2013), Eklund, K. Et al (2013) e Wong, A. et al (2021) è emerso che i miglioramenti nei risultati sono evidenti quando la valutazione viene effettuata dopo 6 o più mesi dell'inizio del programma con l'infermiere case manager, rispetto alle valutazioni a 3 mesi da cui non si evincevano cambiamenti significativi. È necessario quindi che il modello di assistenza venga protratto nel tempo perché i risultati abbiano una valenza significativa.

Si sono dimostrati più efficaci gli interventi che consistevano in visite domiciliari, o, più in generale, tutti gli incontri di persona tra infermiere-paziente e infermiere-famiglia che ritroviamo in tutti gli studi eccetto uno, rispetto a quelli che si basavano su applicazioni sul cellulare, messaggi o videomessaggi per la gestione della patologia come dimostra lo studio di Thoma-Lurken, T. et al (2018) che non ha portato a miglioramenti negli outcomes considerati.

Sia nell'articolo di McAlister, F.A., et al (2014), sia in quello di Gabbay, R.A. (2014) in cui i pazienti considerati presentavano ipertensione e LDL aumentato, gli interventi dell'infermiere case manager hanno portato i due outcomes a valori nei range di riferimento e allo stesso tempo ridotto il rischio di patologie cardiache.

L'obiettivo comune dell'infermiere case manager, nei diversi articoli considerati, era quello di fornire cure adatte e continue al paziente nell'ottica della continuità assistenziale e della presa in carico a 360° del paziente, con un follow-up ottimale per migliorare le sue condizioni di salute.

Sono stati analizzati articoli di diversi paesi per comprendere che i dati sanitari di persone con patologie croniche e comorbidità sono comuni in tutto il mondo, prevalentemente pazienti cronici anziani, i cosiddetti anziani fragili, che generano un alto costo sanitario. Come afferma l'Associazione Italiana Case Manager (2021) nel panorama nazionale, dopo le prime esperienze del S.Orsola-Malpighi e dell'Azienda USL della Città di Bologna nell'ambito dei programmi di gestione dei pazienti nelle strutture dei Post Acuti e Riabilitazione Estensiva si è diffuso anche nei reparti per acuti, dove oggi la figura del Case Manager è chiaramente divenuta indispensabile.

In Veneto, Piemonte, Toscana, Friuli e Lazio si stanno avviando programmi di inserimento dell'infermiere case manager, anche se ancora non si trovano in letteratura esperienze, se non limitatamente a progetti ipotetici.

L'infermiere case manager fornisce un importante contributo ai programmi di Clinical Governance (Governo Clinico), questi hanno l'obiettivo di costruire un ponte ideale fra l'approccio manageriale e quello clinico per ottenere una migliore qualità dell'assistenza, con una riduzione del rischio clinico verificando sistematicamente se le attività clinico-assistenziali sono in linea con le attuali evidenze scientifiche.

La letteratura attuale riporta che in tutti quei setting dove è presente un infermiere case manager, lì c'è una implementazione di pratiche basate su evidenze scientifiche. Dunque, la figura del case manager, con il suo ruolo clinico e manageriale, è una figura fondamentale, al pari di tante altre, per assicurare la qualità come insieme di aspetti di efficienza, sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione ed equità.

Purtroppo, anche se attualmente in minor grado e circoscritto in alcune aree geografiche, nel panorama sanitario italiano rimane un grosso problema di riconoscimento definitivo di questa figura che taluni vedono conflittuale con la figura del medico; tuttavia, dalla maggior parte dei professionisti vi è apertura ad una sanità improntata alla collaborazione ed alla integrazione fra più figure professionali nell'interesse del percorso del paziente.

Gli interventi effettuati dagli infermieri case manager hanno mostrato una natura globale, valutando i bisogni e il contesto della persona per fornire appropriate che rispondano ai suoi problemi di salute. Tali attività sono volte a ridurre la frammentazione dei servizi sanitari al fine di fornire un'assistenza coordinata e continuativa

CONCLUSIONE

Questa revisione della letteratura narrativa ha messo in luce come gli interventi realizzati dall'infermiere case manager hanno carattere integrale, tenendo conto degli obiettivi e delle esigenze di ciascuna persona, e fornendo cure coordinate e nell'ottica della continuità assistenziale. Le attività svolte migliorano la salute degli anziani fragili con età avanzata, malattie croniche e comorbidità, consentendo risultati migliori in tema di autogestione della patologia, aderenza alla terapia e autonomia nelle attività di vita quotidiana.

Il modello di assistenza basato sul case management è risultato essere efficace ed efficiente, riducendo i costi sanitari, le ospedalizzazioni e gli accessi al pronto soccorso, aumentando la soddisfazione dei pazienti e migliorando la qualità dell'assistenza. E soprattutto gli interventi dell'infermiere case manager hanno migliorato la qualità di vita dei pazienti, che era lo scopo di questa revisione.

Grazie all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con il contributo di oltre 25 miliardi di euro messi a disposizione dal Piano si auspica, innanzitutto, il potenziamento della capacità di prevenzione del Sistema sanitario nazionale, beneficio che dovrà essere esteso a tutti i cittadini attraverso la possibilità di accedere alle cure in maniera equa e capillare sul territorio. C'è quindi l'intenzione e la volontà di potenziare queste risorse e aumentare la presenza di figure come quella dell'infermiere case manager.

La speranza per il futuro è che la figura dell'infermiere case manager venga maggiormente valorizzata e che diventi più presente sia a livello ospedaliero che territoriale. Inoltre, si auspica che presto l'assistenza sia riorganizzata per rispondere alle esigenze e ai bisogni degli anziani fragili, fetta di popolazione in crescente aumento, sfruttando e incrementando tutte quelle risorse presenti a livello territoriale

BIBLIOGRAFIA

Björkelund, C., Svenningsson, I., Hange, D., Udo, C., Petersson, E. L., Ariai, N., Nejati, S., Wessman, C., Wikberg, C., André, M., Wallin, L., & Westman, J. (2018). Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC family practice*, *19*(1), 28. doi.org/10.1186/s12875-018-0711-z

Calamandrei, C., & Orlandi, C. (2015). *La dirigenza infermieristica*. Editore: Mc Graw-Hill education

Chiari, P., & Santullo, A. (2010). *L'infermiere case manager: dalla teoria alla prassi*. Editore: Mc Graw-Hill education.

Chouinard, M. C., Hudon, C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., Fortin, M., Couture, E. M., & Sasseville, M. (2013). Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC health services research*, *13*, 49. doi.org/10.1186/1472-6963-13-49

Chow, S. K., & Wong, F. K. (2014). A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *Journal of advanced nursing*, *70*(10), 2257–2271. doi.org/10.1111/jan.12375

Connor, K. I., Siebens, H. C., Mittman, B. S., Ganz, D. A., Barry, F., Ernst, E. J., Edwards, L. K., McGowan, M. G., McNeese-Smith, D. K., Cheng, E. M., & Vickrey, B. G. (2020). Quality and extent of implementation of a nurse-led care management intervention: care coordination for health promotion and activities in Parkinson's disease (CHAPS). *BMC health services research*, *20*(1), 732. doi.org/10.1186/s12913-020-05594-8

Doménech-Briz, V., Gómez Romero, R., de Miguel-Montoya, I., Juárez-Vela, R., Martínez-Riera, J. R., Mármol-López, M. I., Verdeguer-Gómez, M. V., Sánchez-Rodríguez, Á., & Gea-Caballero, V. (2020). Results of Nurse Case Management in Primary Health Care: Bibliographic Review. *International journal of environmental research and public health*, *17*(24), 9541. doi.org/10.3390/ijerph17249541

Eklund, K., Wilhelmson, K., Gustafsson, H., Landahl, S., & Dahlin-Ivanoff, S. (2013). One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial: "Continuum of care for frail older people". *BMC geriatrics*, *13*, 76. doi.org/10.1186/1471-2318-13-76

Ferrarese, F., Faccini, M., Tommasi, S., Tosoni, P., Bozzini, C., Bellamoli, C., Gazzola, B., Pomari, C., & Bovo, C. (2014). L'infermiere coordinatore di percorso nella pianificazione della dimissione dell'anziano fragile. *Tempo di nursing*. doi.org/10.1523/cmaj.140053

Foroni, M., Mussi, C., Erzili, E., & Salvioli, G. (2014). L'anziano fragile e il paziente anziano fragile: problema solo terminologico? *Società italiana di gerontologia e geriatria*. doi.org/54.255/cmaj.259

Gabbay, R. A., Añel-Tiangco, R. M., Dellasega, C., Mauger, D. T., Adelman, A., & Van Horn, D. H. (2013). Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial. *Journal of diabetes*, 5(3), 349–357. doi.org/10.1111/1753-0407.12030

Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., & Scafato, E. (2019). L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida? *Istituto Superiore di Sanità*. doi.org/10.3290/ijerph17249541

Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., Lambert, M., Hudon, É., Diadiou, F., & Bouliane, D. (2018). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study. *Annals of family medicine*, 16(3), 232–239. doi.org/10.1370/afm.2233

Khanassov, V., Vedel, I., & Pluye, P. (2014). Case management for dementia in primary health care: a systematic mixed studies review based on the diffusion of innovation model. *Clinical interventions in aging*, 9, 915–928. doi.org/10.2147/CIA.S64723

Majumdar, S.R., McAlister, A., Johnson, J.A., Brian H.R., Bellerose, D., Hassan, I., Lier, D.A., Li, S., Maksymowych, W.P., Menon, M., Russell, A.S., Wirzba, B., & Beupre, L.A. (2018). Comparing Strategies Targeting Osteoporosis to Prevent Fractures After an Upper Extremity Fracture (C-STOP Trial): A Randomized Controlled Trial. doi.org/10.1002/jbmr.3557

McAlister, F. A., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Fradette, M., Thompson, A., Buck, B., Dean, N., Bakal, J. A., Tsuyuki, R., Grover, S., & Shuaib, A. (2014). Case management for blood pressure and lipid level control after minor stroke: PREVENTION randomized controlled trial. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 186(8), 577–584. doi.org/10.1503/cmaj.140053

Pilotto, A., Scarcelli, C., Addante, F., & Franceschi, M. (2008). La valutazione multidimensionale per l'anziano. *Diartimento di Scienze Mediche, UO Geriatria e Laboratorio di ricerca Gerontologia-Geriatria*. doi.org/10.1231/ajt.14138

Pilotto, A., Franceschi, M., & Ferrucci, L., (2007). Il multidimensional prognostic index (MPI) per la valutazione dell'anziano fragile ospedalizzato. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. doi.org/10.1592/ajt.15638

Ruggiero, C., Cherubini, A., & Senin, U. (2007). Alla scoperta delle origini dell'anziano fragile. Società italiana di gerontologia e geriatria. doi.org/10.255/cmaj.259

Schmid, A., Hils, S., Kramer-Zucker, A., Bogatyreva, L., Hauschke, D., & De Geest, S. (2017). Telemedically supported case management of living-donor renal transplant recipients to optimize routine evidence-based aftercare: a Single-Center Randomized Controlled Trial. *Am J Transplant* 17:1594–1605. doi.org/10.1111/ajt.14138

Senin, U., Polidori, M.C., Cherubini, A., & Mecocci, P. (2001). Paziente anziano – Paziente geriatrico Medicina della Complessità; fondamenti di Gerontologia e Geriatria. Editore: EdiSES università

Spoorenberg, S. L., Wynia, K., Fokkens, A. S., Slotman, K., Kremer, H. P., & Reijneveld, S. A. (2015). Experiences of Community-Living Older Adults Receiving Integrated Care Based on the Chronic Care Model: A Qualitative Study. *PloS one*, 10(10), e0137803. doi.org/10.1371/journal.pone.0137803

Thoma-Lürken, T., Bleijlevens, M., Lexis, M., & Hamers, J. (2018). Evaluation of a decision support app for nurses and case managers to facilitate aging in place of people with dementia. A randomized controlled laboratory experiment. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 39(6), 653–662. doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.04.019

Uittenbroek, R. J., Kremer, H., Spoorenberg, S., Reijneveld, S. A., & Wynia, K. (2017). Integrated Care for Older Adults Improves Perceived Quality of Care: Results of a Randomized Controlled Trial of Embrace. *Journal of general internal medicine*, 32(5), 516–523. doi.org/10.1007/s11606-016-3742-y

Uittenbroek, R. J., van der Mei, S. F., Slotman, K., Reijneveld, S. A., & Wynia, K. (2018). Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: A qualitative study on embrace. *PloS one*, 13(11), e0207109. doi.org/10.1371/journal.pone.0207109

Wilkinson, J.M., Barcus, L. (2017). Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC. Editore: Casa Editrice Ambrosiana

Wong, A., Wong, F., Chow, K., Wong, S. M., & Lee, P. H. (2021). Effect of a Telecare Case Management Program for Older Adults Who Are Homebound During the COVID-19 Pandemic: A Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 4(9), e2123453. doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.234

SITOGRAFIA

Academy Case Manager: <https://www.academycasemanagement.org/chi-siamo/#bawregister#>

Ultima consultazione: 14/09/22

Associazione Italiana Case Manager (AICM): <https://associazioneitalianacaseanager.it>

Ultima consultazione: 10/10/22

Istat. (2019). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Diponibile in:

<https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

Ultima consultazione: 20/09/22

Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. (2019).

<https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/02/Focus-1-Osservasalute-La-cronicità-in-Italia-feb-2019.pdf>

Ultima consultazione: 28/09/22

Piano nazionale di Ripresa e Resilienza 2022-2024:

<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

Ultima consultazione: 28/09/22

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, focus (2021). Ministero dell'Economia e delle Finanze.

<https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/>

Ultima consultazione: 28/09/22

Società italiana di gerontologia e geriatria: <https://www.sigg.it>

Ultima consultazione: 10/09/22

RINGRAZIAMENTI

Questo spazio lo dedico alle persone che, con il loro supporto, mi hanno aiutato in questo intenso ma meraviglioso percorso che mi ha portato fino a qui.

In primis, un sentito grazie alla mia relatrice e tutor Mara Marchetti per la sua disponibilità e tempestività ad ogni mio dubbio o richiesta e per avermi seguito passo dopo passo in questi tre anni.

Ringrazio immensamente mia mamma, mio babbo e mia sorella Sara che mi hanno sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione fin dalla scelta del mio percorso di studi. Grazie per essermi stati accanto sempre con infinita pazienza e per avermi permesso di realizzare i miei progetti, senza di voi tutto questo non sarebbe stato possibile.

Grazie ai miei nonni che hanno creduto in me fin da subito e che mi hanno incoraggiato. Ringrazio di cuore le mie coinquiline Elisa, Sara ed Eleonora con cui ho condiviso tutto in questi tre anni, grazie per essere state mie complici, grazie per tutti i bellissimi ricordi che conserverò per sempre. Vi auguro il meglio.

E infine ringrazio Daniele per aver gioito per ogni singolo traguardo che ho raggiunto, per essermi stato vicino nei momenti più difficili, per aver creduto sempre in me. Grazie per esserci sempre.