

La gestione delle transizioni di setting: un ponte tra i livelli di assistenza

Gianfranco Damiani^{1,2}, Maria Benedetta Michelazzo³

¹Fondazione Policlinico Agostino Gemelli IRCCS, Roma, Italia, ²Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia, ³Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Nei numeri precedenti di questa Rubrica abbiamo ripercorso la storia dell'Assistenza Primaria e ne abbiamo delineato le finalità. Siamo andati poi a descrivere l'approccio alla valutazione del bisogno di salute di popolazione, che si fonda sull'utilizzo di fonti informative di vario genere nel computo delle quali stanno assumendo progressivamente più importanza i *big data* (1). La valutazione del bisogno di salute di popolazione è il primo passo per la corretta suddivisione della popolazione nelle due macrocategorie dei "soggetti sani o apparentemente sani" e dei "pazienti con una o più condizioni croniche", sotto classificabili a loro volta in funzione di età della vita, vari livelli di autosufficienza e stadio evolutivo della specifica condizione. Entrambe queste categorie possono essere destinatarie di interventi di presa in carico on plan, che si differenziano in attività principalmente di promozione della salute e medicina preventiva per la popolazione dei soggetti sani o apparentemente tali (ad es. screening oncologici di comprovata efficacia), e in attività di prevenzione, cura e assistenza alla persona per i pazienti con condizioni croniche. Con "presa in carico", intendiamo la capacità di garantire accesso ai servizi e continuità dell'Assistenza (relazionale, informativa e manageriale)(2). La presa in carico è un elemento essenziale specialmente nella gestione dei pazienti con condizioni croniche, i quali rischiano altrimenti di andare incontro ad una frammentazione del percorso assistenziale con conseguente peggiore gestione della patologia, diminuita qualità della vita del paziente, e maggiori spese per il sistema (3). Spesso infatti la frammentazione del percorso assistenziale porta all'aumento del numero dei ricoveri evitabili. Uno snodo importante nell'assistenza al paziente cronico è il presidio delle cosiddette "transizioni", ossia il passaggio da un setting di cura ad un altro (4). In questi frangenti può infatti verificarsi una interruzione della continuità dell'assistenza, a causa della quale il paziente finisce per non mantenere tutti i risultati di salute e/o autosufficienza raggiunti nel setting di cura appena lasciato. L'esempio più comune è quello della transizione dal setting ospedaliero a quello territoriale o di lungodegenza: un passaggio che, se non ben gestito, può causare in breve tempo la riammissione del paziente al setting ospedaliero. Tuttavia, è bene ricordare che le "transizioni" si verificano anche all'interno di uno stesso setting (ad esempio il passaggio da un reparto all'altro all'interno di una struttura di ricovero), e che non per questo sono necessariamente a minor rischio di una frammentazione dell'assistenza.

Il termine "*transitional care*" compare in letteratura già dagli anni '70, in riferimento specialmente all'assistenza neonatale ed a quella dei pazienti con patologie psichiatriche dimessi dall'ospedale (5). Successivamente il campo di interesse si estende a varie patologie croniche per le quali la frammentazione dell'assistenza comporta una riduzione di efficacia e qualità delle cure. L'espressione viene però attualmente utilizzata anche in riferimento all'attenzione necessaria per i soggetti che, affetti da condizioni croniche, transitano dall'assistenza pediatrica a quella dell'adulto. Nel complesso si intendono comunque tutti quei meccanismi di coordinamento organizzativo che sono di aiuto nel ridurre il rischio di frammentazione nel percorso di assistenza. Il nostro target di interesse per questa rubrica sono specialmente i soggetti adulti/

anziani con molteplici patologie croniche e condizioni di non autosufficienza.

L'attenzione alla "cura delle transizioni", come potremmo tradurre l'espressione anglosassone, si sviluppa prevalentemente nel settore infermieristico, il cui personale possiede competenze privilegiate per lo svolgimento di questo tipo di attività; ciò nonostante, i programmi di *transitional care* reperibili attualmente in letteratura prevedono in alcuni casi l'impiego di figure professionali differenti. Spesso la figura professionale interessata dal modello specifico è appositamente formata per questo compito; si vedano a titolo di esempio i *Transitional Care Nurses*, infermieri che si sono formati attraverso corsi specifici per il lavoro in questo settore. Le tipologie di intervento che vanno a costituire il modello di *transitional care* sono svariate ed hanno una durata variabile. L'obiettivo comune è l'accompagnamento del paziente e dei caregiver nella transizione. Le diverse tipologie di intervento sono caratterizzate da alcuni elementi cardine: il contatto col paziente, sia esso di tipo telefonico o di persona; l'educazione del paziente e del caregiver; un'attenzione particolare alla gestione della terapia farmacologica (ad es. *medication reconciliation*); un'azione che favorisca la comunicazione tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza al paziente.

I programmi di *transitional care* hanno dimostrato di avere un impatto positivo sulla qualità della gestione della patologia, sull'utilizzo dei servizi sanitari e di conseguenza sui costi⁶. Approfondire ed applicare questi programmi può risultare in un miglioramento nella gestione dei pazienti sia per il setting dell'assistenza primaria sia per il setting ospedaliero.

Bibliografia

1. Damiani G, Pettinicchio V, Mammarella A, Goletti M. La prova dei Big Data in Italia: il ruolo dei sistemi informativi per il governo della complessità nell'Assistenza Primaria. *Ig. Sanità Pubbl.* 2019; 75:312-316.
1. Damiani G, Michelazzo MB. L'assistenza primaria tra storia e attualità. *Ig. Sanità Pubbl.* 2019; 75: 155.
2. Gouveia A, Staeger P, Donzé J. [Transitional care between hospital and ambulatory care: risks, interventions and new perspectives]. *Rev Med Suisse.* 2019 Jan 17;15(634):156-158.
3. Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M., Naylor, M., (September 30, 2015) "Continuity of Care: The Transitional Care Model" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 20, No. 3, Manuscript 1.
4. Furedy R, Crowder M, Silvers F. Transitional care: a new approach to aftercare. *Hosp Community Psychiatry.* 1977 Feb;28(2):122-4.
5. Naylor M, Keating SA. Transitional Care: Moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs.* 2008 Sep; 108(9 Suppl): 58-63.

Referente:

Prof. Gianfranco Damiani
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Largo F. Vito 1. 00168 Roma
E-mail: gianfranco.damiani@unicatt.it