

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ASSISTENZA

Daniele Pendenza

Dottore in Scienze Biologiche e Magistrale in Biotecnologie Mediche
Università degli Studi dell'Aquila

Enrico Pendenza

Direttore Unità Operativa Complessa di Medicina Riabilitativa Ospedale
di Tagliacozzo (AQ)

Keywords:

malattie croniche, fragilità, modello bio-psico-sociale,
chronic care model, transitional care

Corresponding author:

Dott. Enrico Pendenza
Email: ependenza@libero.it

Contributions:

the author(s) made a substantial intellectual contribution,
read and approved the final version of the manuscript, and
agreed to be accountable for all aspects of the work.

Conflict of interest:

the author(s) declare no potential conflict of interest.

Ethics approval and consent to participate:

not applicable.

Patient consent for publication:

not applicable.

Funding:

none.

Availability of data and materials:

data and materials are available
from the corresponding author upon request.

Received: 28 May 2025

Accepted: 23 June 2025

IL CHRONIC CARE MODEL: NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER PAZIENTI CRONICI

ABSTRACT

The need for integration between hospital and local services is a long-debated issue that has remained substantially unresolved; and this despite the fact that it is increasingly evident that the epidemiological transition, with the greater prevalence of chronic diseases and the progressive aging of the population, now makes continuity of care essential for the care of patients who inevitably require long-term care at different intensity of treatment.

The Chronic Care Model, through the Transitional Care methodology, seeks to develop the transition from a reactive to a proactive health system (initiative medicine), which aims to "maintain" the state of health of patients through more effective planning of interventions on the territory, reorganizing the primary care model.

Also in light of the measures introduced by Ministerial Decree 77/2022, which defines the new organizational model of territorial assistance in Italy, it is considered crucial to implement the actions necessary to improve the "transition moment" from hospital to territory.

RIASSUNTO

La necessità di una integrazione tra ospedale e servizi territoriali è un tema lungamente dibattuto ma rimasto sostanzialmente irrisolto; e questo nonostante sia sempre più evidente come la transizione epidemiologica, con la maggiore prevalenza di patologie croniche e il progressivo invecchiamento della popolazione, renda ormai indispensabile una continuità delle cure per la presa in carico di pazienti che inevitabilmente necessitano di assistenza di lunga durata a diversa intensità di trattamento.

Il modello di assistenza *Chronic Care Model*, attraverso la metodologia del *Transitional Care*, cerca di sviluppare il passaggio da un sistema sanitario di tipo reattivo a uno di tipo proattivo (*medicina di iniziativa*), che punti a "mantenere" lo stato di salute dei pazienti mediante una più efficace programmazione degli interventi sul territorio, riorganizzando il modello assistenziale delle cure primarie.

Anche alla luce dei provvedimenti introdotti con il DM 77/2022, che va a definire il nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale in Italia, si ritiene che sia cruciale implementare le azioni necessarie a migliorare il "momento di transizione" da ospedale a territorio.

INTRODUZIONE

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le malattie croniche come "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo che va da anni a decenni" e le Nazioni Unite sottolineano l'importanza di ottenere dei miglioramenti negli esiti di queste malattie, ponendo particolare attenzione alle popolazioni vulnerabili, riducendo così le disuguaglianze ⁽²⁾.

Attualmente le patologie croniche assorbono circa l'80% delle risorse sanitarie a livello mondiale. In questo contesto si inserisce la necessità di sviluppare e implementare modelli di assistenza per promuovere la salute nelle fasce di popolazione più fragili.

Di fatto, in tutto il mondo, le malattie croniche continuano a rappresentare un onere significativo in termini di morbidità e mortalità. Il diabete mellito, l'ipertensione, la malattia cardiovascolare e la broncopneumopatia cronica ostruttiva sono quattro principali stati patologici cronici con un'elevata prevalenza nelle popolazioni di tutto il mondo. L'incidenza di queste quattro malattie è aumentata rapidamente negli ultimi decenni.

I modelli storici di assistenza clinica, in gran parte sviluppati per la gestione delle malattie acute, si stanno dimostrando meno in grado di soddisfare le complesse esigenze del crescente onere delle cure croniche. Di conseguenza, una terapia inefficace e un controllo non ottimale della malattia potrebbero portare all'insoddisfazione del paziente.

Inoltre, l'aumento della domanda di assistenza sanitaria ha portato ad un aumento sostanziale del carico medico, compresi ricoveri ospedalieri evitabili e spese sanitarie non necessarie ⁽²⁾.

IL 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 ⁽⁴⁾.

Quando si parla di paziente fragile vengono presi in considerazione alcuni elementi ⁽⁵⁾:

1. La compromissione di numerosi sistemi fisiologici, nello specifico la funzione muscolare, il sistema nervoso centrale, il sistema ormonale, il sistema immunitario;
2. 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;
3. Elementi bio-fisici correlati con l'età, riguardanti in particolare gli anziani poiché sussiste un biologico declino fisico;
4. La vulnerabilità agli stress ed ai cambiamenti ambientali, clinicamente validata dal decorso naturale di un paziente fragile dopo un problema di salute;
5. Un aumentato rischio di sviluppo di problemi di salute, rispetto alla naturale tendenza omeostatica dell'organismo umano;
6. 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 ⁽⁶⁾.

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 ⁽⁵⁾.

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.

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 essere ridotto ed eliminato tramite il personale infermieristico preposto a questa funzione.

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE DI SALUTE

Nella gestione del paziente fragile è quanto mai 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 ⁽⁶⁾.

Molteplici direttrici di sviluppo del sistema di welfare del nostro Paese pongono oggi, come criterio chiave per l'intervento sulla persona con disabilità, la certezza dei diritti e l'universalismo nell'accesso a benefici e servizi.

Alla persona con disabilità deve essere garantito un modello di accesso al sistema di welfare chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di piena partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato. Nei decenni trascorsi il nostro Paese ha sviluppato una forte evoluzione in questa direzione, facendo tesoro di un confronto culturale molto intenso sui temi dei

diritti alla Salute, ma anche contemporaneamente sui temi dell'organizzazione sociosanitaria.

La Riforma Sanitaria e prima ancora la Riforma Ospedaliera hanno indicato l'orientamento da seguire e, alcuni primi elementi operativi di rilievo, risiedevano nell'esigenza di comprendere come realizzare un'efficace integrazione con le altre attività della Sanità e del Sociale per dare unitarietà agli interventi nei vari settori operativi.

Già la Legge 104/1992 proponeva un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona con disabilità, e non soltanto la valutazione delle patologie o della menomazione.

Tale problematica è stata definitivamente e positivamente risolta dall'introduzione nel 2001, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, della Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF) che impone una metodologia di analisi e definizione della persona con disabilità atta a costruire *un profilo di funzionamento basato sul modello bio-psico-sociale* ⁽¹⁵⁾.

Tutti gli interventi da allora proposti si fondano su un consolidato convincimento culturale (affermatosi nel nostro Paese con la ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, Legge n. 18 del 3 marzo 2009) che pone al centro del sistema il cittadino con disabilità e la sua famiglia, nella loro interazione con l'ambiente sociale e le istituzioni e che conseguentemente orienta tutte le attività rispetto a tale priorità e ne verifica i risultati solo su questa base. Strumenti già elaborati e accettati nel nostro Paese come il *Percorso Assistenziale Integrato* costruito tramite la Valutazione Multidimensionale sanitaria e sociale della Persona sono confermati in questo rinnovato contesto scientifico-culturale come elementi essenziali per concretizzare questa impostazione.

Tale percorso analizza, integra e rende sinergiche le diverse componenti sanitarie e non sanitarie, di ogni intervento assistenziale e quindi anche in campo riabilitativo: nello specifico ambito medico-sanitario viene confermato come la metodologia del *Progetto Riabilitativo Individuale* (PRI) applichi compiutamente la prassi multidimensionale e

multiprofessionale indispensabile per abbracciare i molteplici parametri della complessità della persona presa in cura.

La finalità in sintesi è quindi un reale *empowerment* della persona, realizzando e indirizzando tutti gli interventi sanitari atti a far raggiungere alla persona il più alto livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla volontà della persona stessa e al contesto.

Il PRI configura tutto ciò, definendo fasi, obiettivi, tempi e modalità di intervento.

L'ICF diviene quindi il linguaggio unificante per conoscere la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base.

I suoi tre elementi fondamentali (strutture e attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione) danno la possibilità di sintetizzare gli *aspetti biopatologici con quelli individuali, relazionali e ambientali*. Ciò conferisce all'ICF la capacità di guidare la valutazione multidimensionale della persona e la definizione individuale degli outcome da raggiungere.

Si tratta di un sistema nel quale gli interventi centrati sui diversi problemi (valutazione e trattamento di sintomi o patologie, ricostruzione/riapprendimento di funzioni o capacità, modifiche dell'atteggiamento soggettivo, dell'ambiente o del contesto anche tramite ausili ecc.) generano specifici out-put, step e contemporaneamente indicatori delle diverse fasi e settori; indicatori atti alla valutazione di risultato e contemporaneamente alle eventuali modifiche (anche in progress) del processo stesso.

IL CHRONIC CARE MODEL

Uno degli approcci più promettenti per affrontare questa sfida è il Chronic Care Model.

La sanità di iniziativa, è quella che viene utilizzata dalle cure primarie per far fronte alle malattie croniche perché prende in considerazione a livello globale i bisogni della comunità, la prevenzione e il coinvolgimento dei cittadini ⁽⁷⁾.

La caratteristica principale è avere un'assistenza che prende in carico il cittadino a lungo termine “*long term care*” per avere una continuità e al fine di

migliorare questo tipo di approccio socio-sanitario sono nate nuove forme e modelli organizzativi di integrazione ospedale-territorio tra cui il principale utilizzato è il “*Chronic Care Model*” ⁽⁸⁾.

Il Chronic Care Model (CCM) è un modello di assistenza per pazienti affetti da malattie croniche trattato dal professor Wagner nel 1990 e ampiamente riconosciuto nel mondo.

Il modello indica una sequenza di obiettivi a favorire il cambiamento dello stato di salute dei malati cronici e consiglia un approccio tra il personale sanitario e i pazienti che vengono coinvolti in modo proattivo nel processo assistenziale ⁽⁹⁾.

Il modello si articola in sei componenti ed altrettanti interventi (Tab.1 e Tab.2) :

TAB. 1 I SEI COMPONENTI DEL CHRONIC CARE MODEL	
COMPONENTE	INTERVENTI
Sistema Sanitario	Organizzazione dell'assistenza sanitaria fornendo una leadership che garantisca risorse e che rimuova le barriere all'assistenza
Supporto all'autogestione	Facilita l'apprendimento basato sulle competenze e sull'empowerment del paziente
Supporto decisionale	Fornire una guida per l'implementazione dell'assistenza basata sull'evidenza
Progettazione del sistema di erogazione	Coordinare i processi di assistenza
Sistemi di informazione clinica	Monitorare i progressi attraverso feedback sugli outcome a pazienti e operatori sanitari
Risorse e politiche della comunità	Sostenere l'assistenza utilizzando risorse basate sulla comunità e politiche di salute pubblica

TAB. 2
I SEI INTERVENTI DEL CHRONIC CARE MODEL

1	Promuovere la cooperazione tra tutti i produttori di servizi per malati cronici
2	Finalizzare alle sole cronicità una parte delle risorse del sistema assistenziale
3	Promuovere il self-management
4	Affidare prevenzione e cura a team multidisciplinari
5	Riferirsi a percorsi assistenziali EBM, audit e formazione
6	Rendere l'accesso ai dati clinici completo e rapido

Finora, la CCM è stata adottata e implementata in molte aree della pratica medica.

I risultati di questi studi hanno suggerito che l'implementazione del CCM potrebbe migliorare notevolmente i risultati medici e ridurre gli oneri medici non necessari.

Le strategie per prevenire ricoveri evitabili, suggerite da articoli in letteratura, sono fortemente connesse con le componenti del CCM, come la formazione all'autogestione sia per gli assistiti che per gli operatori sanitari, identificazione delle risorse comunitarie esistenti, sistemi elettronici di cartelle cliniche per il monitoraggio, nonché condivisione e collegamento tra servizi ambulatoriali, ospedali e comunità e assistenza primaria ⁽³⁾.

L'implementazione di elementi del modello di assistenza cronica nello sviluppo di modelli di assistenza acuta può migliorare gli esiti dei pazienti e ridurre i ricoveri ospedalieri non necessari per le persone anziane.

Il CCM rappresenta senza alcun dubbio un cambio di paradigma, un passaggio da una medicina di attesa ad una *medicina di iniziativa*.

Occorre farsi carico proattivamente del paziente cronico nelle varie fasi della malattia e non solo durante l'insorgenza dell'evento acuto e ciò necessita di un sistema sanitario in cui i vari professionisti integrino le loro competenze in modo da creare percorsi di cura condivisi.

Il Chronic Care Model, a quasi 20 anni dalle prime sperimentazioni, ha dimostrato di essere un modello di cura altamente efficace nella gestione e nel controllo delle malattie croniche.

Un modello ormai ampiamente diffuso e sperimentato, dal Brasile ⁽¹⁰⁾ alla Germania, dove una serie di studi hanno dimostrato che la sua applicazione produce una riduzione della mortalità, dei ricoveri ospedalieri e di conseguenza una riduzione dei costi ⁽¹¹⁾.

Il Chronic Care Model è stato adottato in Italia solo in alcune regioni, come l'Emilia Romagna e la Toscana.

In quest'ultima regione, a partire dal 2010 è in atto il progetto regionale sulla Sanità d'Iniziativa per la gestione delle malattie croniche, che prevede la costituzione di team multi-professionali composti da medici di famiglia e infermieri territoriali, capaci di identificare, arruolare e seguire proattivamente i pazienti affetti da diabete mellito tipo II, scompenso cardiaco, broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO) ed esiti di ictus, con l'effetto di prevenire l'aggravamento delle patologie e ridurre il ricorso ai ricoveri ospedalieri e gli accessi al pronto soccorso. Oggi quasi 2 MMG su 3 in Toscana lavorano sulle malattie croniche con questo approccio, nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Chris Ham, professore di Health Policy and Management, uno dei più noti e autorevoli analisti di politica sanitaria, ha dedicato alla gestione delle malattie croniche un ampio studio in cui traccia la storia dell'applicazione del Chronic Care Model nel decennio 2000-2010, valutandone i risultati ed evidenziando quanto ancora è necessario per migliorare il sistema e riorientare i servizi per soddisfare i bisogni delle popolazioni ⁽¹²⁾.

LA SANITÀ ED I CONTESTI ORGANIZZATIVI: IL PIANO CRONICITÀ 2023 E IL TRANSITIONAL CARE MODELL

Negli ultimi decenni, nella realtà italiana, abbiamo assistito a una compressione dei posti ospedalieri superiore al 50% dal 1980 al 2000, a una riduzione dei giorni di degenza di quasi il 45% e a una riduzione della degenza media del 40%. Tutti questi interventi avrebbero dovuto rimuovere la centralità dell'ospedale nell'organizzazione sanitaria, a favore della crescita del territorio, ma di fatto non è stato così.

La costante urgenza nel mantenere un elevato numero di dimissioni giornaliere ospedaliere per assicurare i ricoveri, la scarsa capacità del territorio di sostenere la domiciliazione dell'assistito, il disgregarsi del modello patriarcale con conseguente difficoltà della famiglia di accogliere e curare una persona anziana, l'invecchiamento della popolazione e la cronicità/complessità delle patologie, che sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità, fragilità e non autosufficienza, hanno portato a sviluppare nuovi modelli organizzativi dedicati alla cronicità in grado di offrire soluzioni intermedie all'ospedale, ormai, essenzialmente dedicato ad accogliere assistiti acuti, gravi e complessi.

Il Piano Nazionale della Cronicità 2023, attraverso un approccio stratificato e mirato, propone delle strategie attuative per migliorare la gestione delle patologie croniche, ridurre le disuguaglianze sanitarie tra Nord, Centro e Sud Italia e ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie, garantendo al contempo una migliore qualità della vita ai pazienti cronici ⁽¹³⁾.

Tale piano identifica alcuni obiettivi attuabili attraverso il *Transitional Care Model (TCM)* per uniformare la gestione dei pazienti cronici complessi lungo tutta la penisola italiana.

In particolare esso si propone di assicurare il setting di cura più appropriato, accompagnando il paziente nella transizione tra ambiti assistenziali senza necessità di cercare autonomamente l'erogatore adeguato, supporta il caregiver nel gestire la situazione critica attraverso il miglioramento dell'esperienza di cura ottimizzando la gestione del passaggio tra ospedale e territorio e infine alleggerisce il carico assistenziale

dei Professionisti del SSN, individuando i luoghi di dimissione e riducendo il rischio di inappropriately o permanenze eccessive negli Ospedali.

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

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

- Le COT sono state identificate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal DM 77/2022 come strutture di riferimento per le cure di transizione attraverso la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, domiciliari e residenziali, ospedaliere e dell'emergenza-urgenza. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.
- Le UVM valutano il bisogno del paziente considerando tutte le dimensioni rilevanti: fisiche, cognitive, psichiche, funzionali, relazionali sociali ed economiche. In sintesi, mentre le UVM valutano il singolo paziente nel quadro olistico dei suoi bisogni, le COT coordinano le risposte assistenziali valutando l'aggregato dei pazienti del distretto e il volume di offerta dei servizi disponibile.
- Infine, il numero telefonico unico europeo 116117 e il PUA con i servizi domiciliari diventano il riferimento per il primo contatto per l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti.

L'interazione tra i diversi attori è favorita dall'impiego di strumenti digitali come la telemedicina dalla diffusione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), intese come l'utilizzo di tecnologie informatiche, uno strumento di supporto

per la governance del passaggio da un setting di cure ad un altro e nel follow-up del paziente.

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

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

Tutto ciò potrà anche favorire l'integrazione organizzativa e gestionale ospedale-territorio in un circolo virtuoso a tutto vantaggio del sistema sanitario nazionale. In particolare, il tema della continuità assistenziale tra ospedale e territorio rappresenta una delle sfide principali nel campo della Sanità, specie per quel che riguarda il paziente anziano, complesso, fragile e pluripatologico.

Il *transitional care* è una metodologia di presa in cura relativamente nuova che vedrà una rapida evoluzione grazie ai finanziamenti del piano nazionale di ripresa e resilienza e alle grandi opportunità che nascono dalla riorganizzazione della sanità territoriale con il Decreto Ministeriale n.77 del 21/04/2022.

Esso rappresenta l'insieme dei provvedimenti necessari ad assicurare una corretta coordinazione e continuità nel percorso di cure nel momento in cui un paziente sperimenta una "fase di transizione", ovvero il momento di passaggio tra setting diversi, o diversi livelli di assistenza, caratterizzato da una grande vulnerabilità per i soggetti coinvolti.

Gli elementi della transitional care potrebbero assicurare una migliore gestione del paziente in transizione, riducendone significativamente il rischio di un nuovo ricovero (Tab.3).

TAB. 3
TRANSITIONAL CARE:
IL PERCORSO DEL PAZIENTE NELLA "TRANSIZIONE"

INTERVENTI IN OSPEDALE	INTERVENTI DI "TRANSIZIONE"	INTERVENTI SUL TERRITORIO
Istruzioni sul self management	Consegne tra clinico ospedaliero e territoriale	Supporto telefonico
Istruzioni al caregiver	Cure primarie tempestive	Visite domiciliari
Riconciliazione terapeutica	Attivazione servizi assistenziali e sociali del territorio	Tele monitoraggio (dove necessario)
Determinazione delle necessità assistenziali	Gestione dei casi	Supporto psico-educazionale
Pianificazione follow-up	Riunioni team professionale	Rivalutazione necessità assistenziali

Gli obiettivi del modello di transitional care sono finalizzati a:

- supportare lo staff ospedaliero nel gestire il processo di dimissione nei tempi giusti;
- diminuire le riammissioni negli ospedali;
- garantire la continuità assistenziale;
- assicurare l'educazione degli assistiti-caregiver;
- promuovere la sicurezza nella continuità delle cure ⁽⁶⁾.

Il percorso può essere di tipo *step up*, in cui si cerca di prevenire ospedalizzazioni o consumi di servizi specialistici inappropriati attraverso la medicina d'iniziativa e *follow-up*, o di tipo *step down*, in cui si cerca di accompagnare le dimissioni dei potenziali assistiti *bed blockers* (persona pronta per la dimissione ma che non può lasciare l'ospedale perché non è stato predisposto un percorso di continuità assistenziale).

verso nodi di cure intermedie più appropriati grazie al coinvolgimento di team multidisciplinari, all'adozione di strumenti operativi utili al passaggio corretto di informazioni e alla determinazione di percorsi *ad hoc*.

L'adozione di questo modello garantisce durante i percorsi di "transizione", il corretto passaggio d'informazioni tra i due team assistenziali e ottimizza i tempi di presa in cura nei vari contesti sia ospedalieri che territoriali.

Promuovere la continuità delle cure nel territorio, significa offrire risposte adeguate ai bisogni assistenziali, sostenere la persona e la famiglia nel gestire al meglio la malattia nella propria abitazione ed individuare tempestivamente l'eventuale aggravamento dello stato di salute (crisi, complicanze, ricadute cliniche, nuove comorbidità, nuove disabilità), o cambi cruciali del proprio ambiente sociale e di vita (ad esempio, un lutto).

Il transitional care opera a favore degli interessi degli assistiti, dei propri familiari, dei professionisti e dei servizi del SSN. Alla persona viene proposto il setting di cura più appropriato e viene accompagnato nei processi di transizione da un ambito all'altro, senza che debba cercare di procurarsi soluzione estemporanee allo scopo di tamponare il disagio.

I caregiver vengono sostenuti nel processo di elaborazione e nella governance della situazione critica, nonché sollevati e supportati per un periodo congruo alla gestione della fragilità.

I professionisti sanitari, allo stesso tempo, non devono preoccuparsi di ricercare dei possibili luoghi di dimissione o di accoglimento per i loro assistiti, potendosi così concentrare sull'attività clinico-assistenziale.

Sono molti gli interventi sociosanitari che coinvolgono i vari professionisti e possono includere la gestione dei dati grazie all'informatizzazione della cartella clinica, la condivisione delle informazioni, la formazione dell'assistito e del caregiver, le consulenze/colloqui con altri professionisti, i monitoraggi e il follow-up.

Senza integrazione non c'è continuità assistenziale che si realizza quando sussiste una relazione tra la dimensione relazionale tra assistito e professionista (fondata sulla comunicazione, sulla fiducia, il

comfort e la condivisione di valori), informativa (si riferisce alla capacità di trasferire e predisporre di tutte le informazioni cliniche rilevanti) e gestionale (garantisce che gli interventi erogati siano tra loro complementari, coerenti e puntuali).

Il transitional care favorisce l'integrazione tra i professionisti della salute, riafferma la centralità della persona e promuove la personalizzazione delle cure mediante la progettazione e l'implementazione di reti cliniche e percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali (PDTA) perseguendo obiettivi quali equità, efficacia ed efficienza.

Il *modello di transitional care* si realizza attraverso modalità organizzative, con un team multidisciplinare e attraverso fasi di processo specifiche:

a) Modalità organizzative

La COT, quale modello organizzativo innovativo, svolge una funzione di coordinamento della presa in cura della persona e raccorda tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Rappresenta un modello di governo dei percorsi in uscita dalla fase ospedaliera acuta dell'assistito alla fase post-acuta, ma anche di episodi di riacutizzazione che si verificano nel territorio al fine di evitare un ricovero improprio, garantendo equità di fruizione delle risorse disponibili. Risponde ad una utenza ampia che va dal minore all'anziano, con una temporaneità della presa in cura sociosanitaria e la collocazione degli interventi in un momento delimitato della vita della persona, favorendo una comunicazione bidirezionale ospedale/territorio.

Nello specifico nel percorso di transizione si occupa di: ricevere le segnalazioni della rete dei professionisti ospedalieri/territoriali, coinvolge il team multi professionale nell'identificare i bisogni clinico-assistenziali, definisce il percorso appropriato se domiciliare e/o in strutture territoriali quali ospedale di comunità-leniterapia-residenza sanitaria assistenziale in condivisione con l'assistito/famiglia, coordina il processo di dimissione e verifica la fornitura di ausili.

b) Team multidisciplinare

Il personale coinvolto è costituito da un team multidisciplinare:

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

c) Fasi del processo

Le fasi del processo sono tre e servono a definire per tempo la presa in cura dell'assistito alla dimissione coinvolgendo i professionisti e attivando i percorsi necessari.

- La prima fase è la segnalazione: l'IR insieme al medico tutor e/o altre figure professionali, entro le 48/72 ore dal ricovero dell'assistito, segnala alla COT i bisogni clinico-assistenziali relativi al "qui ed ora".
- La seconda fase è la valutazione-briefing del team COT che individua il percorso e il piano assistenziale individuale adeguato, trasmettendolo ai colleghi ospedalieri. L'handover, pratica per la sicurezza del paziente, è uno schema comunicativo, strutturato e

scritto che il personale infermieristico-medico sia del territorio che dell'ospedale utilizza per il sicuro ed efficace passaggio delle informazioni. Viene trasmesso alla COT il giorno prima della dimissione dell'assistito e successivamente inviato all'IFeC.

- La terza fase è la dimissione: l'IR ed il medico tutor preparano e consegnano la lettera di dimissione con tutte le informazioni necessarie (indicazioni sulle medicazioni, indicazioni terapeutiche, follow-up).

CONCLUSIONI

L'attività ospedaliera necessita di una forte integrazione organizzativa con l'assistenza territoriale. È di fondamentale importanza che siano sviluppate connessioni e modalità di relazione a ponte in un'ottica della continuità delle cure allo scopo di assicurare alla persona fragile e con patologie croniche un'assistenza personalizzata tarata sui bisogni di salute. I cittadini non accettano più servizi frammentati, disaggregati in cui spetta al fruitore ricercare unitarietà e continuità.

L'assistito si aspetta che ci sia un unico punto di riferimento che esprima una diagnosi unitaria e che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente. L'assistenza integrata deve garantire la continuità delle cure sanitarie e dell'assistenza sociosanitaria grazie a strutture intermedie collocate tra ospedale e territorio in grado di dare risposte tempestive. Il personale infermieristico avrà l'opportunità di acquisire nuove competenze in ambito professionale allo scopo di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute sempre più complessi.

Le persone con condizioni croniche possono avere bisogni sanitari complessi, dovuti a comorbidità e condizioni di fragilità e/o vulnerabilità sociali; possono diventare utenti abituali dei servizi sanitari. Organizzare servizi per migliorare l'assistenza a questi pazienti con bisogni complessi è diventata oggi una priorità per i sistemi sanitari e richiede un'integrazione dei servizi offerti dai diversi setting sanitari, sociali e quindi anche comunitari.

Il modello di assistenza *Chronic Care Model* cerca di sviluppare il passaggio da un sistema sanitario di tipo reattivo a uno di tipo proattivo (*medicina di iniziativa*),

che punti a “mantenere” lo stato di salute dei pazienti mediante una più efficace programmazione degli interventi sul territorio, riorganizzando il modello assistenziale delle cure primarie. Nonostante la non univocità dei dati presenti in letteratura, esiste una vasta casistica a supporto dell'efficacia degli interventi effettuati tramite la metodologia sulla quale si basa il Chronic Care Model, cioè il *Transitional Care*.

Anche alla luce dei provvedimenti introdotti con il DM 77/2022, che va a definire il nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale in Italia, si ritiene che sia cruciale implementare le azioni necessarie a migliorare il “momento di transizione” da ospedale a territorio.

Sarà compito dello *staff* ospedaliero identificare con chiarezza le necessità e criticità del paziente ricoverato, garantendo una giusta continuità attraverso un'efficace fase di transizione verso un sistema di cure primarie che deve essere adeguatamente preparato a ricevere il paziente.

Bibliografia

1. ISTAT. Rapporto annuale 2024. <https://www.istat.it/it/files/2024/05/Sintesi-Rapporto-Annuale-2024>.
2. WHO. Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition. 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/342223>.
3. Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, et al. Benefits and limitations of implementing chronic care model (CCM) in primary care programs: a systematic review. *Int J Cardiol* 2018;258:279-88.
4. Pilotto A, L. F. (2011): *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>
5. De Toni, G. I.: *Il mondo invisibile dei pazienti fragili*. Torino: UTET Università, 2010.
6. Micheloni, B. : *Ruolo dell'infermiere di continuità assistenziale*. Negrar, 2011.
7. Batti R, Rossi M, Mercone A, Autieri F: *Il Chronic care model e la sua attuazione nell'azienda usl di Arezzo*. Mondo Sanitario. Edizioni SECUP. pag.27-33, 2009.
8. Ridolfi L.: *La community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale*. Professioni Infermieristiche, 2014.
9. Bravi F, Carradori T, & Curcio Rubertini B. : *La Sanità del futuro: transizione epidemiologica e modelli di assistenza*. In: *Programmazione e servizi sanitari*. s.l.:Clueb, pp. 95- 156, 2019.
10. <http://www.saluteinternazionale.info/2015/02/chronic-care-model-in-salsa-brasiliana/>
11. <http://www.saluteinternazionale.info/2014/09/chronic-care-model-in-salsa-tesca/>.
12. Ham C.: *The ten characteristics of the high-performing chronic care system*. *Health Economics, Policy and Law* 2010; 5: 71–90
13. Wagner, E. H.: *The role of patient care teams in chronic disease management*. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7234), 569–572, 2000. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7234.569>
14. Tyler N, Hodgkinson A, Planner C, et al. : *Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: a systematic review and network meta-analysis*. *JAMA Network Open*, 2023;6:e2344825.
15. Ministero della Salute: *La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali*, Quaderni del Ministero della Salute, n. 8, marzo-aprile 2011 ISSN 2038-5293.

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.
©Copyright: the Author(s), 2025