

## Titolo

Transitional Care Infermieristico: Dalla dimissione alla transizione di cura

**Autori** Scaloni G<sup>1</sup>, Antognini P<sup>2</sup>, Baldassarri A<sup>3</sup>, Bartolini M<sup>4</sup>, Carulli L<sup>5</sup>, Contigiani F<sup>6</sup>, Corsi D<sup>7</sup>, Mosca N<sup>8</sup>, Tesei L<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Direttore ff Direzione medica POU Ast Macerata, <sup>2</sup>Direttore UOC SPS Area Infermieristico –ostetrica Ast Macerata, <sup>3</sup>Infermiere IFO Direzione medica POU Ast Macerata, <sup>4</sup>Infermiere ITC Direzione medica POU Ast Macerata, <sup>5</sup>Infermiere IFO UOC SPS Area Infermieristico –ostetrica Ast Macerata, <sup>6</sup>Infermiere IFO Direzione medica POU Ast Macerata, <sup>7</sup> Direttore Sanitario AST Macerata, <sup>8</sup> Direttore UOC Integrazione ospedale- territorio AST Macerata, <sup>9</sup>Dirigente UOC SPS Area Infermieristico –ostetrica AST Macerata

## Parole Chiave:

Dimissione protetta, Transitional care infermieristico

## Introduzione

Con la DGRM 1237 del 2021 la Regione Marche al fine di garantire appropriatezza e continuità delle cure, ha definito le linee di indirizzo per la dimissione protetta, quale sistema di comunicazione e di integrazione tra i diversi servizi e gli operatori delle strutture ospedaliere, territoriali, enti locali e Medici di medicina generale.

La funzione di transitional care infermieristica, attraverso una programmazione strutturata ed anticipata della dimissione, puo' facilitare sia il processo di ammissione che di dimissione stessa e diminuire il rischio di riammissioni ospedaliere. La sperimentazione del modello organizzativo di "transitional care infermieristico" presso il Presidio ospedaliero di Macerata e quindi dell'implementazione della figura dell'Infermiere di transitional care (ITC) attivandosi precocemente nella fase di ricovero che nella fase di post-dimissione consente la valutazione dell'intensità di cura in essere e presumibile durante la transizione di cura, la valutazione predittiva dei problemi legati alla dimissione del paziente, l'attivazione precoce delle risorse socio sanitarie più utili alla continuità assistenziale, il monitoraggio del periodo "critico" di transizione (30 giorni dalla dimissione)

## Contenuti

Durante la sperimentazione del progetto l'infermiere ITC, figura della DMO, ha proceuto a valutare predittivamente i problemi legati alla dimissione del paziente, valutare l'intensità di cura in essere e presumibile durante la transizione di cura, supportare l'attivazione precoce delle risorse socio-sanitarie più utili alla continuità assistenziale, monitorare il periodo critico di transizione. Dall'avvio del progetto (Febbraio 2023) sono stati presi in carico 1814 degenti nei diversi setting. Di questi di cui 1716 sono stati valutati con l'utilizzo delle scale validate previste nel progetto (BRASS E TRI-CO) nelle tempistiche previste. La valutazione con BRASS ha consentito la stratificazione dei degenti nelle 3 categorie predittive: dimissione a domicilio (713), istituzionalizzazione (619), pianificazione assistenza domiciliare, (384). La valutazione con Tri.CO ha consentito la valutazione dell'intensità di cura richiesto dal paziente in ingresso nei diversi setting analizzati.(Tab 1)

PERIODO AL 31/12/2023						
	INGRESSO TRICO		USCITA TRICO			
REPARTO	INGRESSO TRICO	TOT	BASSA	MEDIA	ALTA	
A	ALTA	<b>25</b>	1	17	<b>7</b>	
	BASSA	<b>91</b>	73	14	4	
	MEDIA	<b>148</b>	62	70	16	
B	ALTA	<b>13</b>	3	7	<b>3</b>	
	BASSA	<b>168</b>	156	10	2	
	MEDIA	<b>68</b>	37	21	10	
C	ALTA	<b>13</b>	2	8	<b>3</b>	
	BASSA	<b>161</b>	144	16	1	
	MEDIA	<b>55</b>	34	19	2	
D	ALTA	<b>8</b>		5	<b>3</b>	
	BASSA	<b>319</b>	302	15	2	
	MEDIA	<b>71</b>	53	12	6	

E	ALTA		6	2	8
	BASSA	162	3	2	167
	MEDIA	23	25	5	53

Sono state quindi evidenziate rispetto al setting consigliato alla prima valutazione il setting effettivamente previsto in dimissione (cure intermedie, hospice,, casa di riposo, lungodegenza, riabilitazione,) o se il paziente è deceduto prima della dimissione.(Tab 2)

Setting consigliato (Brass a 48 ore)	TOT	CASA DI RIPOSO	CURE INTERMEDIE	HOSPICE	LUNGODEGENZA	RIABILITAZIONE	DOMICILIO	TRASFERITA	Exitus
DOMICILIO	713		5	5	9	12	668		14
ISTITUZIONALIZZAZIONE	619	11	44	23	125	91	236	1	88
PIANIFICAZIONE DOMICILIARE	384	1	11	9	24	31	284		24
TOTALE	1716								

### Conclusioni

La sperimentazione nasce per migliorare i percorsi di dimissione e ridurre le riammissioni ospedaliere dei pazienti. Rispetto al follow-up, sono stati attuati 456 follow-up di pazienti inviati alle strutture residenziali, per i quali è stato chiesto all'incaricato di funzione organizzativa se riteneva appropriato il passaggio di setting: 68% d'accordo, 5% neutrale, 7% non d'accordo, 19% pienamente d'accordo. Rispetto alla problematica dei re-ricoveri (30 gg dalla dimissione), sulla totalità dei pazienti presi in carico 39 sono stati ricoverati nuovamente dopo la dimissione (2.09%). Di questi il 60,9% è stato ricoverato con la stessa diagnosi.