Allegato 1 - L'integrazione tra sanità e sociale in letteratura scientifica (modelli di riferimento)

Non c'è niente di più pratico di una teoria (Kurt Lewin)

D. Quali sono in letteratura scientifica i modelli di integrazione più significativi?

Le malattie croniche causano nel mondo il 60% (circa 35 milioni) di tutti i decessi[1]. Una dimensione *epidemica*, ma 'negletta'[2], dimenticata[3] osservando le strategie promosse dai principali organismi internazionali, riconducibili ai modelli di programmi 'verticali' messo in atto contro le principali malattie infettivo- parassitarie (Aids, malaria, tubercolosi) e contro la mortalità materno-infantile, piuttosto che a programmi 'orizzontali' basati sui principi della 'primary health care' e fortemente orientati alla prevenzione.

Tale situazione epidemiologica ha evidentemente pesanti ricadute in termini di quantità di vita, di qualità della stessa, nonché rappresenta un grosso fardello economico per i singoli individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari e le società[1].

Dalla metà degli anni '90 diversi gruppi di ricercatori (Katon et al., 1995[4]; Wagner et al, 1996[5,6]; Wagner, 1996[7]; Von Korff et al, 1997[8]), hanno ridefinito l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura *da un approccio reattivo*, basato sul paradigma 'dell'attesa' dell'evento acuto, *ad un approccio proattivo*, improntato al paradigma preventivo, dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia, sull'empowerment del paziente (e della comunità) e alla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).

Il Chronic Care Model

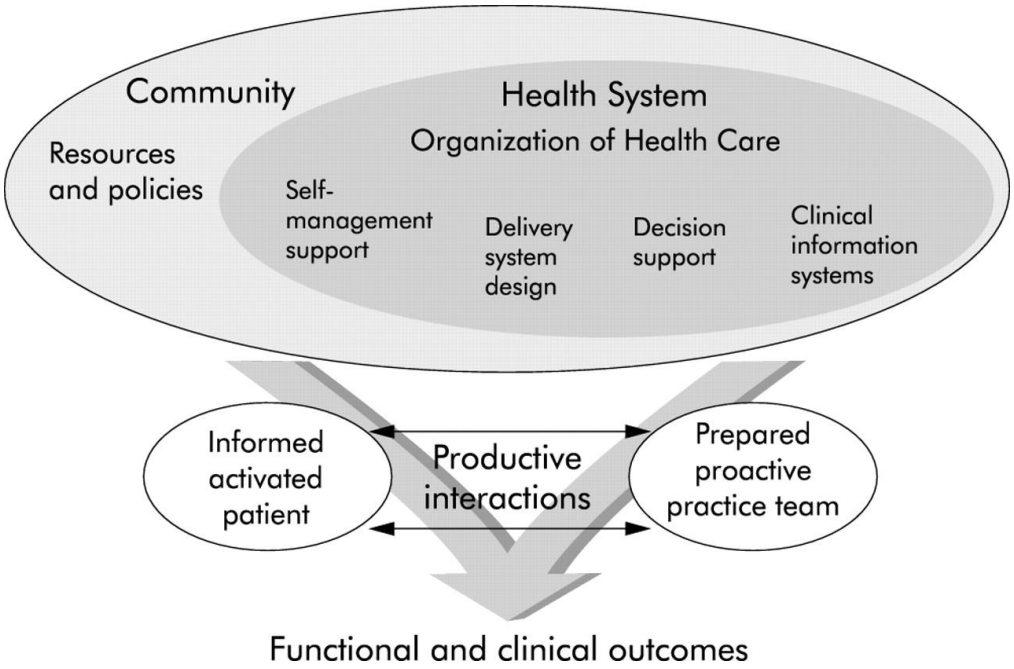
Sono stati i ricercatori del MacColl Institute for Healthcare Innovation, guidati da E.H.Wagner, a sviluppare il Chronic Care Model con il supporto della Robert Wood Johnson Foundation e la rivisitazione di un panel nazionale di esperti. Il modello fu testato in vari setting assistenziali e venne quindi sviluppato attraverso in programma nazionale: "Improving Chronic Illness Care" (ICIC)[9].

Il Chronic Care Model individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche, "sistemico" in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori(Figura 1).

---

[1] World Health Organization: *Preventing chronic diseases: a vital investment.* Geneva, WHO 2005
[2] Horton R: *The neglected epidemic of chronic disease.* Lancet 2005; 366: 1514
[3] Lorini C, Voller F, Maciocco G: *Malattie croniche. L'epidemia dimenticata.* L'Arco di Giano 2006; 47: 9-93
[4] Katon W., Von Korff M., Lin E., Walker E., Simon G.E., Bush T., Robinson P. and Russo J., *Collaborative management to achieve treatment guidelines*, Journal of the American Medical Association 273 (1995): 1026-1031.
[5] Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M., *Organizing care for patients with chronic illness*, Milbank Quarterly 74 (1996): 511-544
[6] Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M., *Improving outcomes in chronic illness*, Managed Care Quarterly 4 (1996): (2) 12-25.
[7] Wagner EH: *What will it take to improve care for chronic illness?.* Effective Clinical Practice, 1996, 1: 2-4
[8] Von Korff M., Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. and Wagner E.H., *Collaborative management of chronic illness*, Annals of Internal Medicine 127 (1997): 1097-1102.
[9] Improving Chronic Illness Care: http://www.improvingchroniccare.org

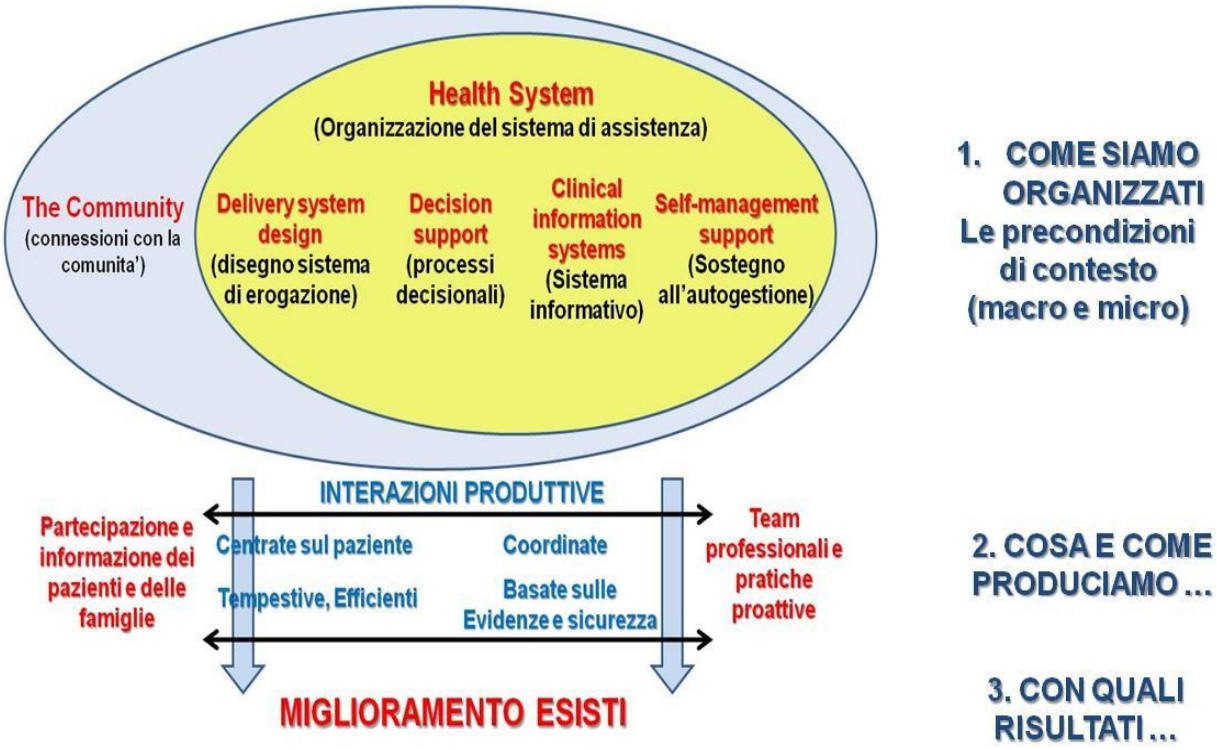
Figura 1. Chronic Care Model



Obiettivi del sistema sono la definizione di (Figura 2)

- come siamo organizzati, ovvero, le precondizioni di contesto (macro e micro;)
- cosa e come produciamo …;
- con quali risultati ….

Figura 2. Chronic Care Model



Il Chronic Care Model pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica:

Delivery System Design, assicurare l'erogazione di un'assistenza clinica efficace ed efficiente e di un sostegno auto-gestito:

- definire i ruoli e distribuire i compiti fra i membri del team;
- utilizzare interazioni pianificate per sostenere le cure basate sulle evidenze;
- fornire servizi adeguati per la gestione dei casi clinici per i pazienti complessi;
- assicurare un follow-up regolare da parte del team di cura;
- assicurarsi che i pazienti capiscano e che le spiegazioni fornite corrispondano al loro background culturale.

Health System, creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità:

- Miglioramento supportato ad ogni livello dell'organizzazione, ad iniziare dai leader "anziani";
- promuovere efficaci strategie di miglioramento finalizzate ad un globale cambiamento del sistema;
- incoraggiare una gestione degli errori e delle problematiche aperta e sistematica per migliorare l'assistenza;
- fornire degli stimoli/incentivi basati sulla qualità dell'assistenza;
- sviluppare intese che facilitino la coordinazione per l'assistenza entro e fra le organizzazioni.

Decision Support, promuovere un'assistenza clinica che sia in accordo alle evidenze scientifiche e alle preferenze del paziente:

- integrare le linee guida *evidence-based* con la pratica clinica quotidiana;
- condividere le linee guida *evidence-based* e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione;
- utilizzare metodi di insegnamento efficaci;
- integrare la conoscenza specialistica con l'assistenza di base.

The Community, mobilizzare le risorse della comunità per incontrare i bisogni dei pazienti:

- incoraggiare i pazienti a partecipare ad efficaci programmi sociali;
- formare delle *partnerships* con le organizzazioni sociali per sostenere e sviluppare interventi che riempiano le mancanze nei servizi necessari;
- sostenere politiche che migliorino l'assistenza al paziente.

Clinical Information Systems, organizzare i dati relativi ai pazienti e alle popolazioni per facilitare un'assistenza efficace ed efficiente:

- **f**ornire opportuni promemoria ai pazienti e ai *providers;*
- identificare importanti sottopopolazioni per una assistenza proattiva;
- facilitare piani di cura individuali per i singoli pazienti;
- condividere informazioni fra pazienti e *providers* per coordinare l'assistenza;
- monitorare la performance dell'attività del team e del sistema di cura.

Self-Management Support, potenziare e preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza:

- enfatizzare il ruolo centrale del paziente nella gestione della propria salute;
- usare efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, risoluzione dei problemi e *follow-up;*
- organizzare risorse interne e sociali per fornire un continuo sostegno auto-gestito ai pazienti.

Nel 1999, dopo la messa a punto definitiva del modello, fu dato mandato alla RAND Corporation e University of California di Berkeley, di effettuare una valutazione indipendente dell'efficacia del nuovo modello. La sperimentazione fu condotta per quattro anni in 51 zone coinvolgendo ca. 4000 pazienti con diabete, scompenso cardiaco cronico, asma e depressione.

Risultati preliminari della sperimentazione (*these findings are preliminary and have not yet been peer reviewed*):

- i pazienti con diabete hanno mostrato un significativo decremento di rischio di malattia cardiovascolare;
- i pazienti con scompenso cardiaco hanno mostrato più conoscenze, maggiore compliance al trattamento e una diminuzione del 35% di giornate di ospedalizzazione;
- i pazienti diabetici ed asmatici hanno avuto più probabilità di ricevere la terapia appropriata.

Nel Modello ci sono tre parole chiave:

- Team multiprofessionali e multidisciplinari;
- Approccio centrato sul paziente;
- Approccio di popolazione.

I sei elementi del modello suddetti possono ulteriormente specificarsi come segue (Maciocco, 2011[10]):

1. *Le risorse della comunità.* Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

2. *Le organizzazioni sanitarie***.** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

3. *Il supporto all'auto-cura***.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione – la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

4. *L'organizzazione del team.* La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team. Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.

5. *Il supporto alle decisioni.* L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

6. *I sistemi informativi***.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici , mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A_{1c} e di lipidi; 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per

[10] Maciocco G. - Assistere le persone con condizioni croniche. saluteinternazionale.info, 23/6/2011

amministrare un'assistenza "*population-based*". I registri di patologia – una delle caratteristiche centrali del *chronic care model* – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.

Le sei componenti del *chronic care model* sono interdipendenti, costruite l'una sull'altra. Le risorse della comunità – per esempio le attività di una palestra – aiutano i pazienti ad acquisire abilità nell'auto-gestione. La divisione del lavoro all'interno del team favorisce lo sviluppo delle capacità di addestramento dei pazienti all'auto-cura da parte degli infermieri. L'adozione di linee-guida non sarebbe attuabile senza un potente sistema informativo che funziona da allerta e da feedback dei dati.

Mentre i primi due punti sono caratterizzati da una forte valenza politica, gli ultimi quattro caratterizzano il percorso assistenziale delle/dei pazienti affetti da disturbi cronici.
Secondo il *chronic care model*, informare le/i pazienti e fornire loro un valido supporto all'autocura è un processo di fondamentale importanza per il raggiungimento di un miglior stato di salute che, nel caso dei malate/i croniche/i, può essere mantenuto anche in assenza di una continua assistenza medica.
L'organizzazione del percorso assistenziale deve garantire un perfetto coordinamento tra tutto il personale sanitario, compreso quello non medico, che riveste un ruolo fondamentale nel supporto alle/ai pazienti affette/i da disturbi cronici.
Il personale sanitario deve poter accedere a fonti d'aggiornamento continue di sviluppo professionale per l'assistenza alle/ai malate/i cronici e ogni decisione clinica deve essere supportata da protocolli e linee guida che garantiscano la massima efficacia del trattamento assistenziale.
Un ampio sistema di informazioni cliniche, in formato digitale o cartaceo, è indispensabile secondo il *chronic care model*, per fornire alle/agli operatrici/operatori sanitari i dati relativi alle/ai pazienti o a gruppi di pazienti affette/i da disturbi cronici specifici.
Analizzando il database e i programmi di assistenza le/gli operatrici/operatori sanitarie/sanitari possono così mettere a punto le migliori strategie di cura o piani individuali di assistenza personalizzata, valutandone in seguito la loro efficacia.

Come obiettivo finale il *chronic care model* vede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.

D. Quali sviluppi e implementazioni ha avuto il Chronic Care Model?

Il *chronic care model* è stato adottato dall'OMS e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei sistemi sanitari di diversi paesi, dal Canada all'Olanda, dalla Germania al Regno Unito. Il Regno Unito, adottando integralmente il modello, ne ha modificato l'impianto grafico [11] *(Figura 3)*

[11] Department of Health - Supporting People with Long Term Conditions ttp://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/ Publications/ PublicationsPolicyAndGuidance /Browsable/DH_4100317. 2007

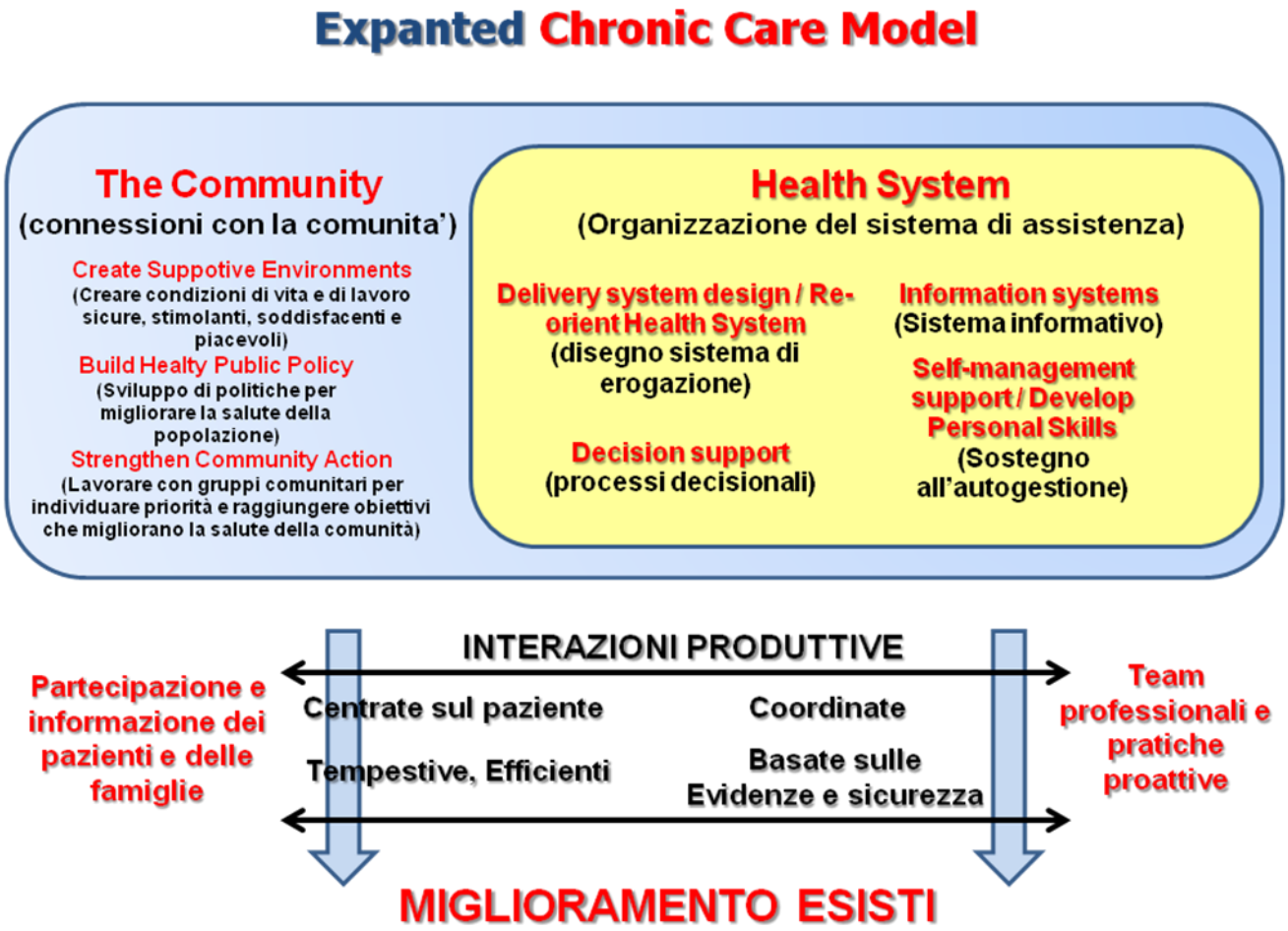
Figura 3. National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model

Expanded chronic care model [12]

Un gruppo di ricercatori canadesi ha proposto una versione allargata ("*expanded*") del *chronic care model,* dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti della salute; gli outcome non riguardano solo i pazienti ma le comunità e l'intera popolazione (*Figura 4).*

[12] Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. *The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model*. Healthcare Quarterly 2003; 7(1), 73–82.

Figura 4. Expanded chronic care model



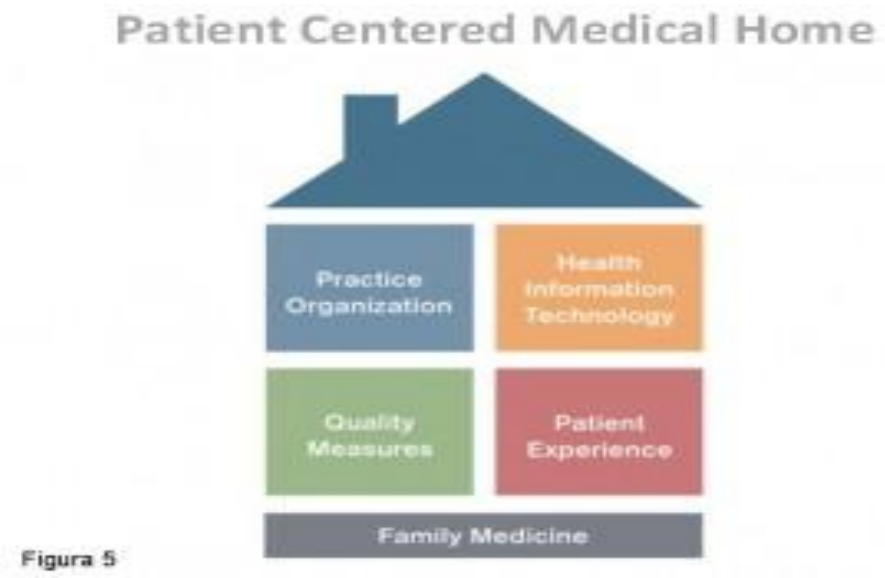
Gli elementi aggiuntivi di questo Modello allargato sono:

1. *Build Healty Public Policy*, Sviluppo di politiche per migliorare la salute della popolazione;
2. *Create Supportive Environments*, Creare condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli;
3. *Strengthen Community Action* Lavorare con gruppi comunitari per individuare priorità e raggiungere obiettivi che migliorano la salute della comunità;
4. *Delivery System Design / Re-orient Health System*, Espansione del mandato per supportare gli individui e le comunità;
5. *Decision Support* , Integrazione di strategie per facilitare le abilità della comunità di promuovere la salute;
6. *Information System* , Non solo esisti clinici, ma esiti come qualità della vita + Indicatori "comunitari" [disponibilità trasporti, tassi povertà, ecc.];
7. *Self Management/ Develop Personal Skills*, Rinforzare capacità e abilità per la salute e il benessere individuale.

Patient Centered Medical Home

Il modello si basa sul fatto che la persona ha un medico di riferimento che si fa carico dei suoi problemi di salute, garantendo il coordinamento, la continuità e la globalità degli interventi; la persona ha accesso a un team assistenziale interprofessionale che dispone di avanzati strumenti informativi; il miglioramento della qualità del servizio e la sicurezza del paziente sono gli obiettivi-chiave del team[13][] *(Figura 5).*

Figura 5. Patient Centered Medical Home



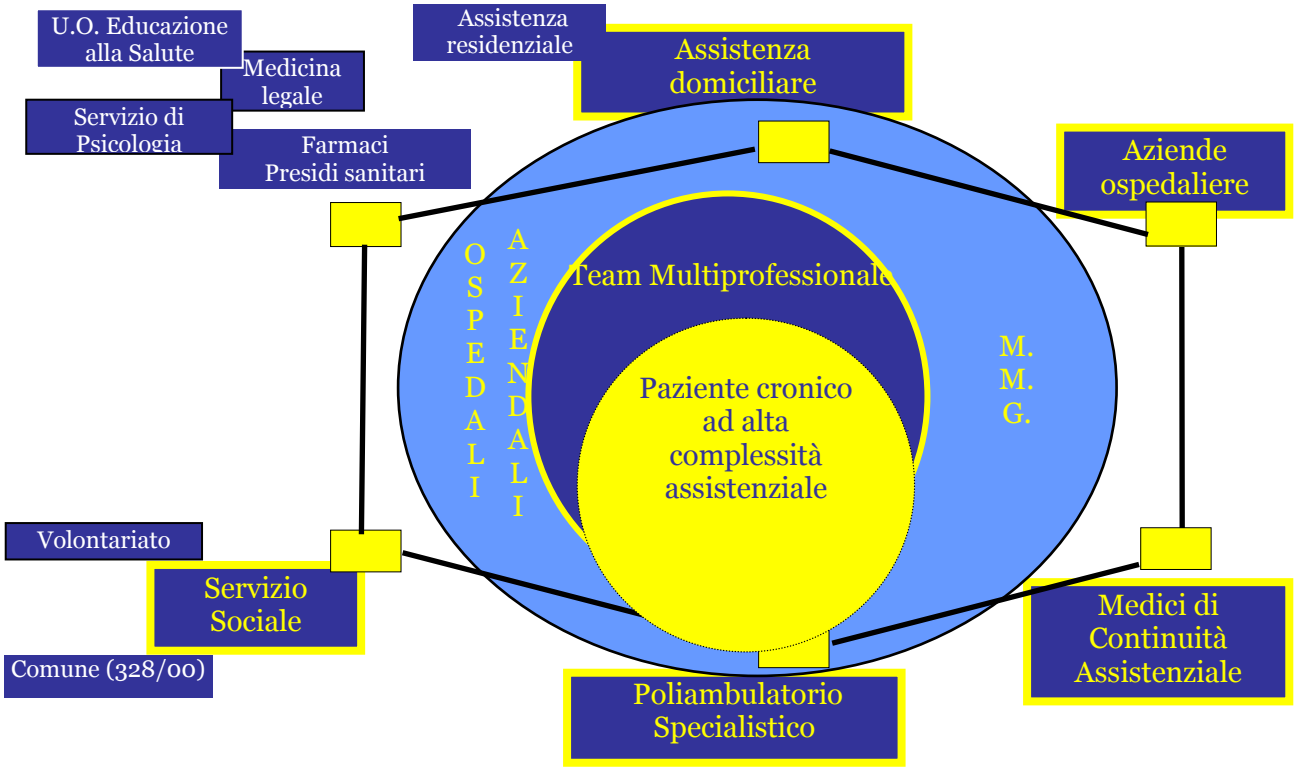
Questi modelli assistenziali hanno in comune molti elementi che qui elenchiamo:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a *un'assistenza "proattiva"*.
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla *stratificazione del rischio* e su differenti livelli di intensità assistenziale.
3. Il riconoscimento che le *cure primarie devono essere il punto centrale* (*Hub*) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema.
4. L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui *bisogni individuali della persona*, nel suo specifico contesto sociale.
5. La presenza di *sistemi informativi evoluti.*
6. Poter far leva sulla *partecipazione comunitaria.*
7. Investire sull'*auto-gestione dei pazienti* e dei *caregivers.*
8. Disporre di *linee guida* in grado di tener conto della *co-morbilità.*
9. Basarsi su *team multiprofessionali* che puntano al miglioramento continuo.

[13] American College of Physicians. *The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care*. [PDF: 260 Kb] January 22, 2006.

In Italia vuol dire mettere al centro il paziente in particolari target al alta complessità (Figura 6):

Figura 6. Il paziente cronico ad alta complessità dei servizi



L'assistenza integrata è diventata una componente fondamentale della salute e delle riforme dell' assistenza sociale in tutta Europa.

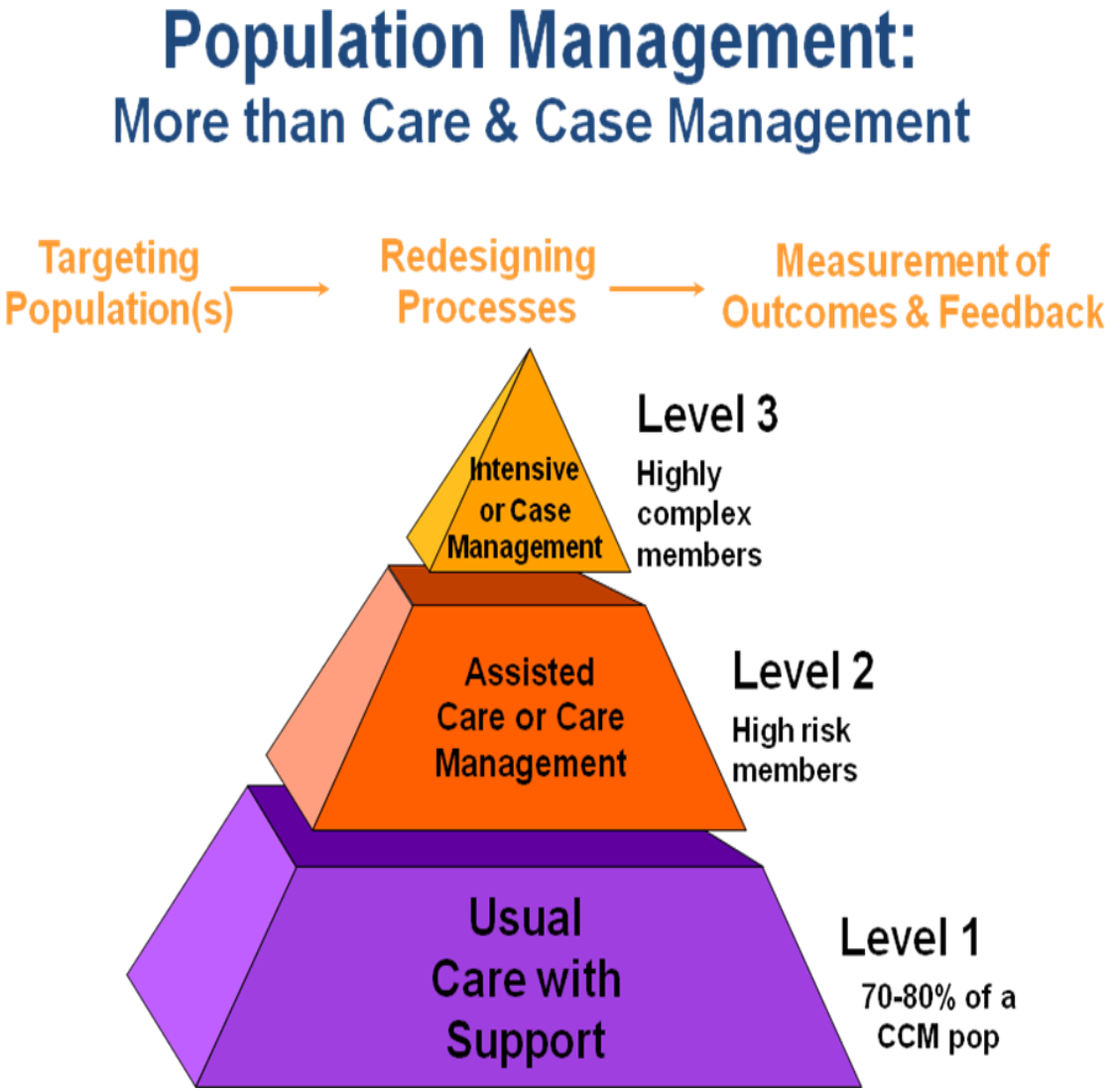
- L'assistenza integrata cerca di *colmare la tradizionale divisione tra assistenza sanitaria e sociale.* In tal modo, essa può:
  - affrontare il *cambiamento della domanda di assistenza* derivanti dall'invecchiamento della popolazione,
  - offrire *un'assistenza che è centrata sulla persona*, riconoscendo che gli esiti dell'assistenza sanitaria e sociale sono interdipendenti,
  - facilitare *l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società* attraverso un migliore accesso ai servizi della comunità flessibili,
  - portare ad una *migliore efficienza* del sistema attraverso un migliore coordinamento dell'assistenza.
- Mettere i modelli di assistenza integrata in pratica, *pone sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi.*
- *L'esperienza di cure integrate finora è limitata, ma promettente. Ulteriori ricerche sono necessarie* per garantire che l'applicazione dei modelli proposti è fattibile, sostenibile e si traduce in migliori condizioni di salute.
- Le *politiche* devono essere *adattate alle realtà locali.*

D. Quale relazione esiste tra Chronic Care Model e Disease Management?

Il Disease Management

Kaiser Permanente[14] ha integrato il modello di Ed Wagner con una particolare attenzione alla stratificazione del rischio e una differenziazione delle strategie d'intervento in relazione ai differenti livelli di rischio *(Figura 7)*

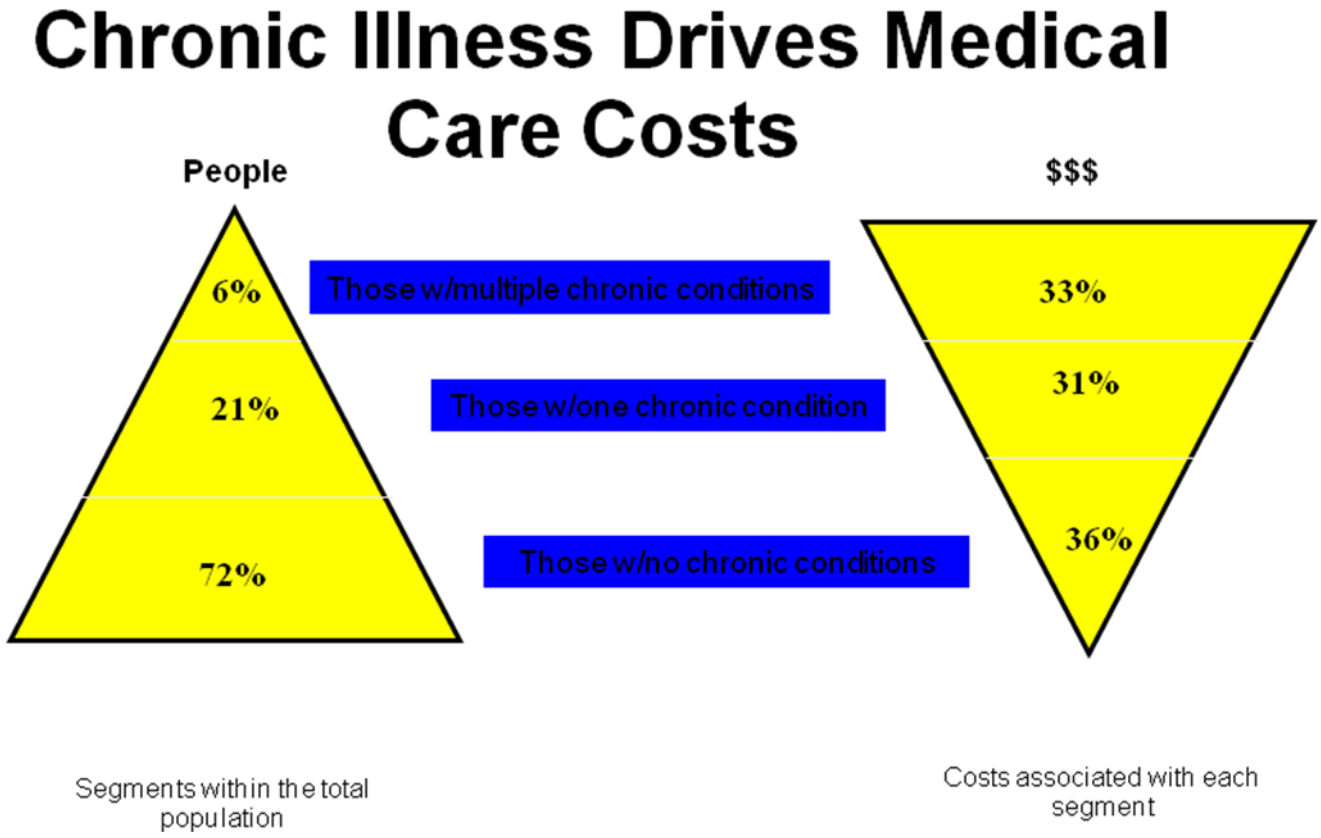
Figura 7. Kaiser Permanente's risk stratification model



[14] Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

evidenziando anche il differenziale dei costi per ciascun segmento di assistenza (Figura 8)

Figura 8. Kaiser Permanente's stratificazione del rischio e costi



Sulla base di tale modello, in **Gran Bretagna** il Department of Health[15], ridefinisce una strategia di "Population management" fondata:

a) una *infrastruttura* composta di tre elementi

1. Le risorse della comunità;
2. I sistemi informativi e le linee guida;
3. I servizi sanitari e sociali

b) Una *stratificazione del bisogno* su 3 livelli (Figura 9)**:**

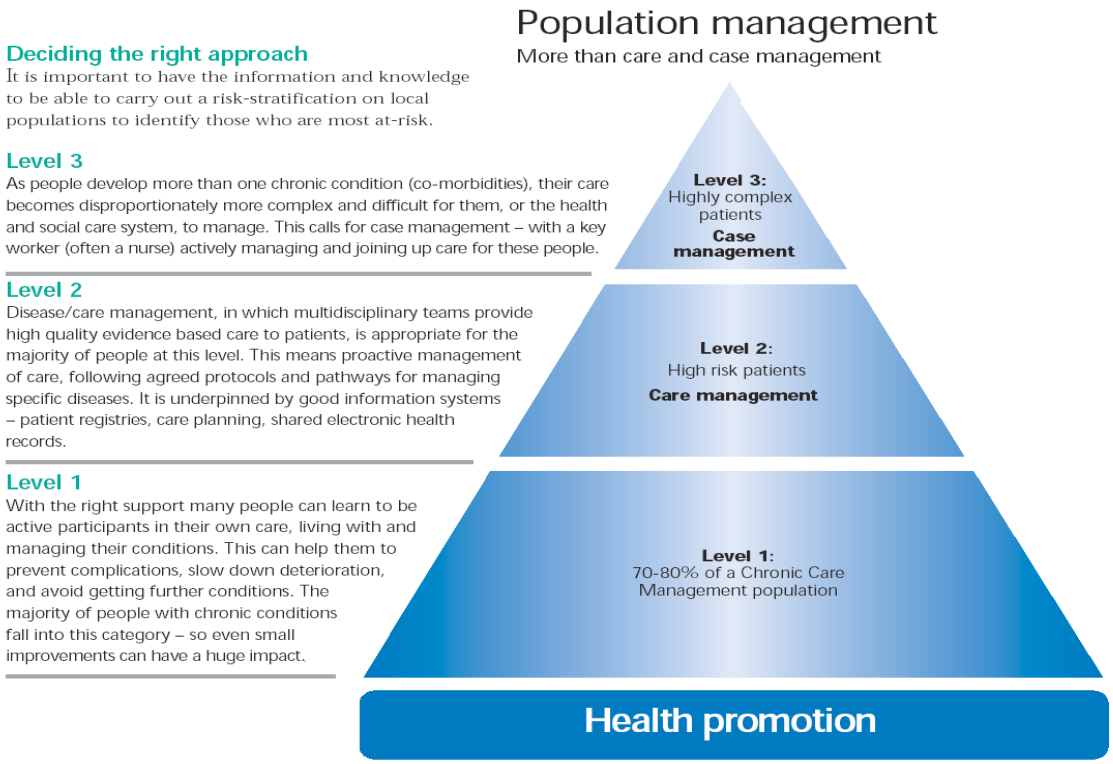
1. LIVELLO 1 – **Management Population** *(70-80% dell'assistenza ai pazienti cronici)* - Con il giusto supporto molte persone possono imparare ad avere una partecipazione attiva prendendosi cura di loro stessi, convivendo e riuscendo a gestire la propria condizione. Questo può aiutarli a prevenire delle complicanze, rallentare il deterioramento ed evitare di aggiungere altre patologie. La maggioranza della popolazione con una condizione cronica rientra in questa categoria – così che anche piccoli miglioramenti possano avere un enorme impatto.

[15] Department of Health – Government of United Kingdom: Improving Chronic Disease Management. (2004) Pubblicazione on line (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4075214)

2. LIVELLO 2 – **Disease/Care Management** *(15-20% dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevato rischio)* - La gestione della cura/malattia, in cui un team multidisciplinare fornisce un'assistenza di elevata qualità, basata sulle evidenze, al paziente, è appropriata per la maggior parte delle persone incluse in questo livello. Questo significa una gestione proattiva dell'assistenza, che segua protocolli approvati e percorsi per la gestione di specifiche patologie. E' sostenuta da un buon sistema informativo – registro dei pazienti, planning dell'assistenza, documentazione sanitaria in formato elettronico che sia condivisa da tutti.

3. LIVELLO 3 – **Case Management** *(2-3 % dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevata complessità)* Nel momento in cui la popolazione sviluppa più di una condizione cronica (comorbidità), la loro presa in carico diventa sproporzionatamente più complessa e difficile da gestire per loro o per il sistema socio-sanitario. Questo richiede una gestione del caso con un operatore chiave (spesso un infermiere) che gestisca attivamente e riunisca l'assistenza per queste persone.

Figura 9: Population Management



c) una risposta assistenziale fondata su 4 approcci chiave:

- *Self Care and Self Management*: sostenere le persone nell'assumere un ruolo attivo nella cura di sé stessi. Aiutare le persone nel gestire specifiche condizioni e nell'adottare misure che possano prevenire un peggioramento di queste condizioni e riducano il rischio di aggiungerne di nuove.
- *Disease/Care Management*: team multidisciplinari che forniscono cure di elevata qualità, basate sulle evidenze includendo l'uso di percorsi e protocolli
- *Case management*: la gestione attiva della popolazione ad elevato rischio con bisogni complessi, con i case managers (solitamente infermieri) che si prendono la responsabilità del carico di lavoro, lavorando in un sistema di assistenza integrato.

- *Knowledge management*: abilità nell'identificare gruppi a rischio all'interno della popolazione, effettuare valutazioni dei bisogni, capire le risorse e i livelli di attività e identificare gli andamenti.

L'applicazione del "disease management" (1195-2003) nello studio pilota del Castlefield Health Center ha portato nella popolazione anziana assistita alla riduzione del 15% dei ricoveri, all'abbattimento del 31% della durata media di degenza (da 6.2 a 4.3 giorni) e del 41% delle giornate di degenza[16].

D. Quali modelli connettono l'integrazione e la continuità assistenziale?

Integrazione e continuità assistenziale
(Integrazione)

Leutz (1999)[17] individua tre modelli di network (*linkage, coordination e full integration*) che si distribuiscono su un continuum che spazia da un livello di integrazione molto basso (*linkage*) ad un livello di integrazione totale (*full integration)*. (Figura 10)
Il modello organizzativo definito da Leutz con il termine *linkage* risulta essere quello più vicino al tradizionale modo di operare del sistema socio-assistenziale.
I diversi professionisti cui si rivolge la popolazione di un dato territorio continuano a svolgere le proprie funzioni in una situazione di sostanziale isolamento nel rispetto delle specifiche giurisdizioni, dei criteri di eligibilità, limiti finanziari e limiti operativi specifici della propria attività. Tuttavia mantengono dei collegamenti, seppur deboli, con le altre organizzazioni del sistema. Tali collegamenti si esprimono sostanzialmente nella disponibilità delle informazioni necessarie ad orientare verso il servizio più appropriato il paziente in caso di degenerazione del quadro clinico. Il modello denominato *coordination* si basa su una forma di integrazione più strutturata rispetto a quella proposta dal linkage.
Tale modello, infatti, prevede il coordinamento tra le strutture reciprocamente autonome che compongono un dato sistema assistenziale.
Il coordinamento si basa essenzialmente sulla definizione di meccanismi per la gestione del passaggio del mandato di cura tra i setting e per la condivisione dell'informazione, al fine di ridurre la confusione, la scarsa comunicazione, la frammentazione e la discontinuità all'interno del sistema e tra le diverse unità. L'enfasi è dunque sulla creazione di una infrastruttura per gestire l'intero continuum assistenziale e l'insieme di servizi, destinata ad una popolazione target.
L'ultimo modello proposto da Leutz, denominato *full integration*, si rivolge, in fine, a gruppi con bisogni estremamente complessi e si basa su una forma di integrazione totale delle responsabilità, risorse e finanziamenti all'interno di un unico quadro organizzativo.
In altri termini, tale modello si basa su una radicale riconfigurazione del sistema di erogazione in favore della costituzione di un sistema atto a consentire la gestione interna dell'intero percorso assistenziale del paziente.

Ci sembra inoltre di grande "saggezza" tener conto delle ***"leggi"*** di Leutz (1999) sull'integrazione:

- è possibile integrare alcuni dei servizi per tutti i cittadini, tutti i servizi per alcune delle persone, ma non è possibile integrare tutti i servizi per tutte le persone;
- l'integrazione ha dei costi prima che dia dei benefici;
- la tua integrazione è la mia frammentazione;
- non si può integrare un piolo quadrato e un buco rotondo;
- colui che integra detta il tempo e le regole.

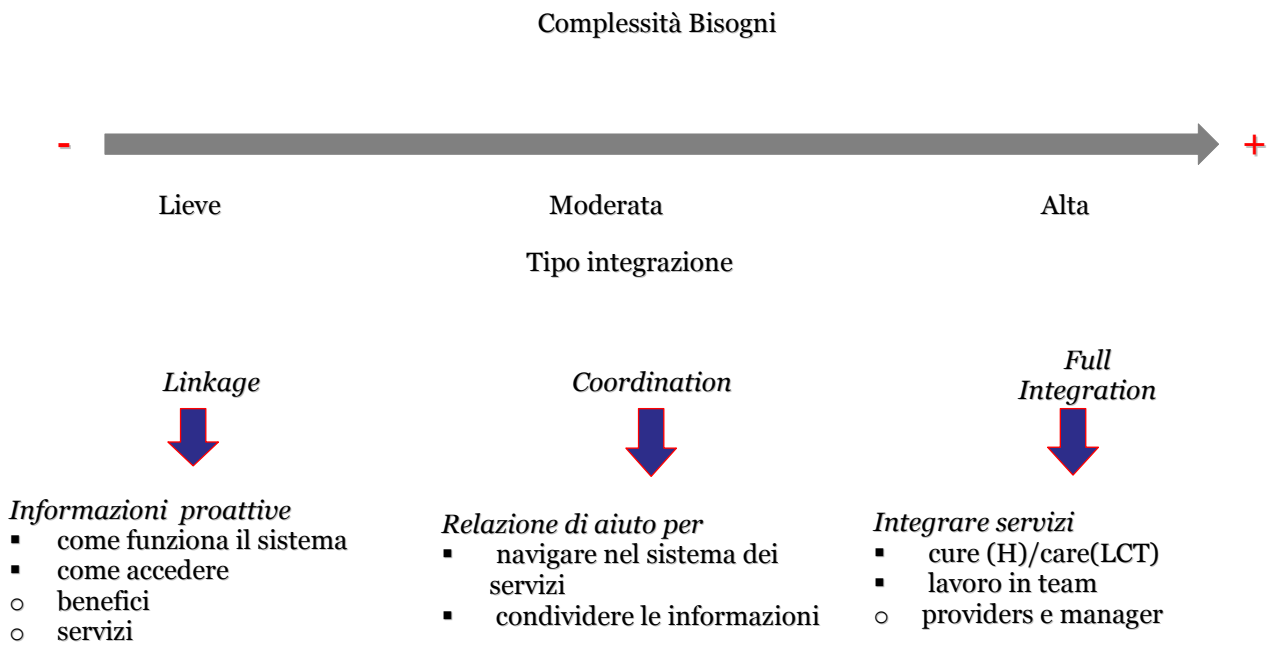
[16] Thome D.C and Jayne P.- Learning from the Castlefields Health Centre – in Supporting people with Long Term Conditions - NHS Examples - http://www.natpact.info/

[17] Leutz, W. (1999). "Five laws for integrating medical and social care: lessons from the US and UK." The Milbank Memorial Fund Quarterly 77(1): 77-110.

La prima legge ci indica un percorso di sano realismo: l'ottimo è il contrario del possibile. Partiamo nell'implementazione delle logiche dell'integrazione dalle esperienze consolidate, anche se solo in alcuni specifici settori, consolidiamo le esperienze e sfruttiamo nel tempo l'effetto di una sana "contaminazione" in altri settori.

La terza legge ci richiama a quel doloroso processo indicato in premessa di destrutturazione del proprio sapere e di crisi "professionale", crisi che, come sintetizzato nell'ideogramma cinese della parola ***crisi***, comporta un ***pericolo*** ma anche l'***opportunità*** di avviare un percorso euristico di ricerca, di scoperta, di apprendimento e quindi di miglioramento continuo. Un cambiamento culturale che è possibile, come testimoniano le numerose esperienze in atto.

Figura 9: Modelli di integrazione (Leutz, 1999)



La continuità assistenziale

Continuità Assistenziale

La continuità dell'assistenza, dalla prospettiva dell'erogatore, deve essere vista, come fornitura di servizi tempestiva, coordinata e integrata, sostenuta da un valido sistema di monitoraggio e di valutazione. *Canadian Health Service Research Foundation - CHSRF*[18]

Core elements:

1. L'esperienza dell'interazione tra l'individuo e gli operatori che forniscono assistenza;
2. L'assistenza fornita nel corso del tempo.

Tipologie:

1. *Relational Continuity:*
   - Ongoing patient-provider relationship;
   - Consistency of personnel;

[18] Reid R., Haggerty J., Mc Kendry R.: Defusing the Confusion. Concepts and Measures of Continuity of Health Care. CHFRS, 2002

2. *Management Continuity:*
   - Consistency of care;
   - Flexibility;
3. *Informational Continuity:*
   - Transfer of information;
   - Accumulated knowledge of patient.

Continuità relazionale (Relational continuity): consiste nella relazione continua del paziente con diversi professionisti sanitari e socio-sanitari che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento in senso prospettico.

- la relazione/rapporto tra individuo e provider nel corso del tempo, che aiuta a creare un ponte tra contatti discontinui *(Ongoing patient-provider relationship);*
- la stabilità/coerenza della presenza di medesimi operatori, che favorisce lo stabilirsi della relazione/rapporto con l'individuo *(Consistency of personnel).*

Continuità informativa (Informational continuity): permette la comunicazione tra i soggetti istituzionali/professionali che afferiscono ai differenti *setting* assistenziali nel percorso di cura del paziente. Riguarda informazioni non solo sulla condizione clinica, ma anche sulle preferenze, le caratteristiche personali e di contesto, utili ad assicurare la rispondenza al bisogno di salute.

- il trasferimento delle informazioni del paziente tra operatori (dello stesso team, della stessa organizzazione e tra diverse organizzazioni), che rappresenta un requisito basilare per l'integrazione e il coordinamento dell'assistenza *(Transfer of information);*
- l'allargamento dello spettro di conoscenze, nel senso che le informazioni non devono essere riferite solo alla condizione clinica, ma anche alle preferenze, le caratteristiche personali e di contesto, utili ad assicurare la rispondenza dei servizi/prestazioni ai bisogni del paziente *(Accumulated knowledge of patient).*

Continuità gestionale (Management continuity): Questo si realizza attraverso un'azione complementare e temporalmente coordinata e integrata dei servizi/professionisti coinvolti nel sistema di offerta assistenziale. E' particolarmente importante in patologie cliniche croniche o complesse, che richiedono l'integrazione di più attori professionali/istituzionali nella gestione del percorso paziente.

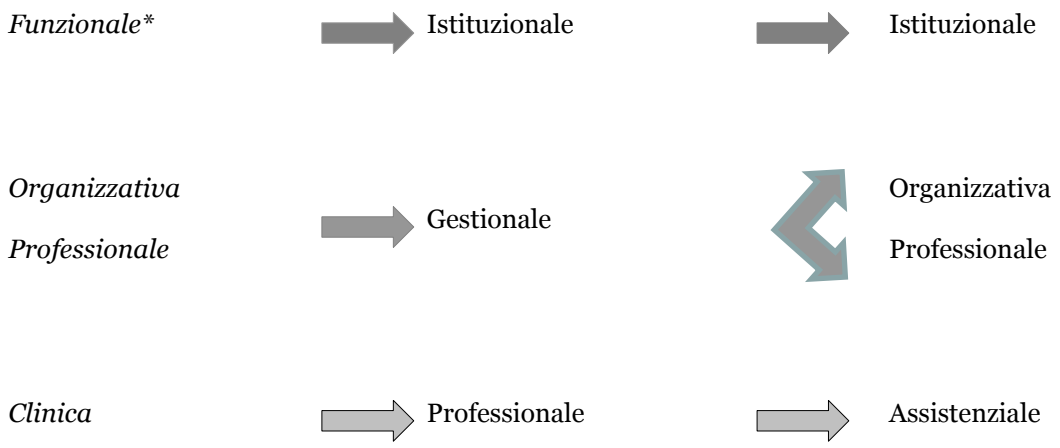
- La flessibilità che deve essere una caratteristica intrinseca dei percorsi assistenziali per permettere l'adattabilità degli stessi a nuovi/mutati bisogni di salute e a variazioni di contesto dell'assistito *(Flexibility).*
- L'integrazione e il coordinamento dell'assistenza attraverso la pianificazione, implementazione e valutazione dei percorsi assistenziali *(Clinical Patwhay) (Consistency of care)*

L'integrazione socio-sanitaria e il suo monitoraggio/valutazione;

D. Cosa si deve intendere come "integrazione socio-sanitaria"?

"*Is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors*."
nell'incoraggiare un approccio olistico e personalizzato *(Kodner & Spreeuwenberg, 2002)* danno centralità alla multidimensionalità dei bisogni sanitari.
I due autori ritengono, infatti, che l'integrazione non debba essere totale ma funzionale agli effettivi bisogni del paziente. In altri termini, seguendo un approccio bottom-up, riconoscono come dimensione principale nella scelta delle strategie di integrazione (cosa, come e dove integrare) gli effettivi bisogni della comunità, le sue credenze, preferenze e valori sociali, al fine di garantire un certo livello di partecipazione comune.

Gli schemi di integrazione socio-sanitaria sono i seguenti:



** Delnoij et al, 2002*[19]

Gli schemi di integrazione per livelli sono:

<u>Macro livello</u>	*Istituzionale*
Funzionale	Si realizza attraverso la collaborazione tra istituzioni sociali e sanitarie per la definizione di scelte programmatorie volte a realizzare comuni obiettivi di salute
<u>Meso livello</u>	*Gestionale*
Organizzativa *Professionale*	E' relativa alle modalità di gestione che possono promuovere e facilitare percorsi di continuità assistenziale, rispondendo in modo esaustivo e in senso multidimensionale al bisogno complesso di salute
<u>Micro livello</u>	*Professionale*
Clinica	Si realizza nella collaborazione tra diverse culture professionali nella gestione del sistema dell'offerta, attraverso l'unitarietà di protocolli degli interventi.

[19] Delnoij D, Niek Klazinga N, I. Kulu Glasgow I.K.: Integrated care in an international perspective International Journal of Integrated Care, 1 April 2002 - ISSN 1568-4156

Gli elementi caratterizzanti dei diversi approcci all'integrazione possono sintetizzarsi come segue:

A Livello Istituzionale:

Assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria:

- I soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria (a livello regionale, a livello locale);
- I "luoghi" dell'integrazione sociale e sanitaria;
- Le relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria;
- La rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;
- Lo sviluppo della gestione associata tra soggetti istituzionali;
- Il consolidamento del sistema integrato pubblico privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali;
- La partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, coprogettazione, cogestione/corresponsabilità, controllo partecipato.

Programmazione integrata sociale e sanitaria:

- Gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello regionale;
- Gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello territoriale;
- I collegamenti con le "altre" programmazioni.

A Livello Gestionale:

Organizzativa:

- Il "portafoglio" di servizi ed interventi sociali, sanitari, socio-sanitari;
- Gli organigramma e funzionigramma;
- I "luoghi" dell'accettazione territoriale integrata *(PUA/Sportello salute..);*
- I "luoghi" della valutazione multidimensionale;
- I "luoghi" della presa in carico e della continuità assistenziale integrata;
- I "luoghi" dell'integrazione professionale;
- L'affidamento dei servizi;
- L'impianto del sistema informativo;

Professionale:

- Definizione di standard di intervento e di prodotto sotto il profilo della adeguatezza delle strutture di offerta per le prestazioni sociosanitarie;
- I metodi e strumenti dell'accettazione territoriale;
- I metodi e strumenti della valutazione multidimensionale;
- I metodi e strumenti della presa in carico;

A Livello Assistenziale:

- L'integrazione e il coordinamento dell'assistenza attraverso la pianificazione, implementazione e valutazione dei percorsi assistenziali *(PAI – PDTA -Clinical Patwhay);*
- il trasferimento delle informazioni del paziente tra operatori;
- la relazione tra individuo e provider nel corso del tempo.