

L'Integrazione

Concetto di Integrazione

Il concetto di *Integrazione* rappresenta uno degli obiettivi fondamentali delle innovazioni organizzative portate avanti in questi ultimi decenni da tutte le aziende produttrici di beni e servizi¹. Sul versante dei servizi per la salute l'obiettivo è quello di ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza e la continuità dell'assistenza creando connettività, allineamento e collaborazione entro e tra le diverse istituzioni socio-sanitarie per migliorare la qualità dell'assistenza e della vita dei pazienti, l'efficienza del sistema, e la soddisfazione dei pazienti con problemi complessi che utilizzano/attraversano servizi, provider, e *setting* operativi differenti. [Ovretveit, 1998² Kodner and Spreeuwenberg, 2002³].

Le logiche di integrazione/continuità nel campo dell'assistenza sanitaria hanno trovato la loro *traduzione concettuale* nel *Chronic Care Model/Expanded Chronic Care Model* e nel *Disease Management* e la *traduzione operativa* nella progettazione e implementazione dei *Percorsi Assistenziali e Reti assistenziali* strumenti, ad oggi, ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari (Equità, Efficacia, Efficienza) attraverso:

- La promozione delle dinamiche di *clinical governance* e l'integrazione dei percorsi assistenziali tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale, ecc) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc) che spingono verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all'interno degli stessi livelli);
- Il coinvolgimento dei pazienti nell'autogestione della salute;
- L'attivazione di processi di *benchmarking* e *benchlearning* al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;
- La razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenze in altri;
- Il perseguimento di economie di scala grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc).

Integrazione

Leutz (1999)⁴ individua tre tipologie di integrazione (*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*) in rapporto al bisogno dell'utente e alla sua complessità (Figura 1).

Il modello organizzativo definito da Leutz con il termine *linkage* risulta essere quello più vicino al tradizionale modo di operare del sistema socio-assistenziale.

La 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.

La comunità scientifica appare, nel suo complesso, concorde con le indicazioni emerse dal rapporto del *Canadian Health Service Research Foundation - CHSRF* (Reid et al., 2002)⁵ che individua due elementi core e tre tipologie della continuità assistenziale.

Core elements:

1 Raccomandazione SQUAS VRQ "Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale", Franco Angeli Editore, Milano e Roma, 2013.

2 Ovretveit, J. (1998) *Evaluating Health Interventions*. Open University Press, Buckingham.

3 [Kodner DL, Spreeuwenberg C.](#) - *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper.* [Int J Integr Care.](#) 2002;2:e12

4 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.

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

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

Tipologie di continuità:

1. *Relational Continuity:*
 - *Ongoing patient-provider relationship;*
 - *Consistency of personnel;*
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 Pathway*) (*Consistency of care*)

LE DIMENSIONI		I LIVELLI DI COMPLESSITA'		
		BASSA	MEDIA	ALTA
DIMENSIONI DEL BISOGNO (Leutz, 1999)	Severità	medio-moderata	moderata-severa	moderata-severa
	Stabilità	stabile	stabile	instabile
	Durata	corto tendente a lungo termine	corto tendente a lungo termine	lungo termine fino a terminale
	Urgenza	routine/ non urgente	per lo più di routine	frequentemente urgente
	Impegno dei servizi	limitato/ moderato	moderato/ forte	ampio/ forte
INTEGRAZIONE (Tipologia) (Leutz, 1999)		LINKAGE	COORDINATION	FULL INTEGRATION
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Reid et al., 2002)	Continuità relazionale	(+)	(++)	(+++)
	Continuità gestionale	(++)	(+++)	(+++)
	Continuità informativa	(+)	(++)	(+++)
RETI	Regolazione sociale (Goddwin, 2004; Kennedy, 2007)	INDIVIDUALISTIC NETWORKS -> ENCLAVE NETWORKS	ENCLAVE NETWORKS -> HIERARCHICAL NETWORKS	HIERARCHICAL NETWORKS
	Integrazione sociale (Goddwin, 2004; Kennedy, 2007; Lega e Tozzi, 2009)	LEARNING AND INFORMATIONAL NETWORK	CO-ORDINATED HEALTH AND SOCIAL CARE NETWORK - MANAGED CLINICAL NETWORK	PROCUREMENT NETWORK - MANAGED CARE NETWORK
PROCESSI ASSISTENZIALI		PTD	CLINICAL PATHWAY (PDTA)	DISEASE MANAGEMENT (Chronic Care Model)
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA (modificata da Delnoij et al, 2002)	Istituzionale	(+/-)	(++)	(+++)
	Organizzativa	(+)	(+++)	(+++)
	Professionale	(++)	(+++)	(+++)
	Assistenziale	(++)	(+++)	(+++)
COINVOLGIMENTO SERVIZI SOCIO-SANITARI		SANITARIO +++ ; SOCIALE +/-	SANITARIO +++ ; SOCIALE ++	SANITARIO +++ ; SOCIALE +++(+)

Chronic Care Model e Expanded Chronic Care Model

Come precedentemente ricordato, le logiche di integrazione/continuità nel campo dell'assistenza sanitaria hanno trovato la loro traduzione concettuale nel "Chronic Care Model/Expanded Chronic Care Model" e nel "Disease Management", sviluppati per rispondere all'emergenza delle malattie croniche

Le malattie croniche causano nel mondo il 60% (circa 35 milioni) di tutti i decessi⁶. Una dimensione epidemica, ma "negletta", dimenticata⁸ 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

6 World Health Organization: *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, WHO 2005

7 Horton R: *The neglected epidemic of chronic disease*. Lancet 2005; 366: 1514

8 Lorini C, Voller F, Maciocco G: *Malattie croniche. L'epidemia dimenticata*. L'Arco di Giano 2006; 47: 9-93

individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari e le società¹.

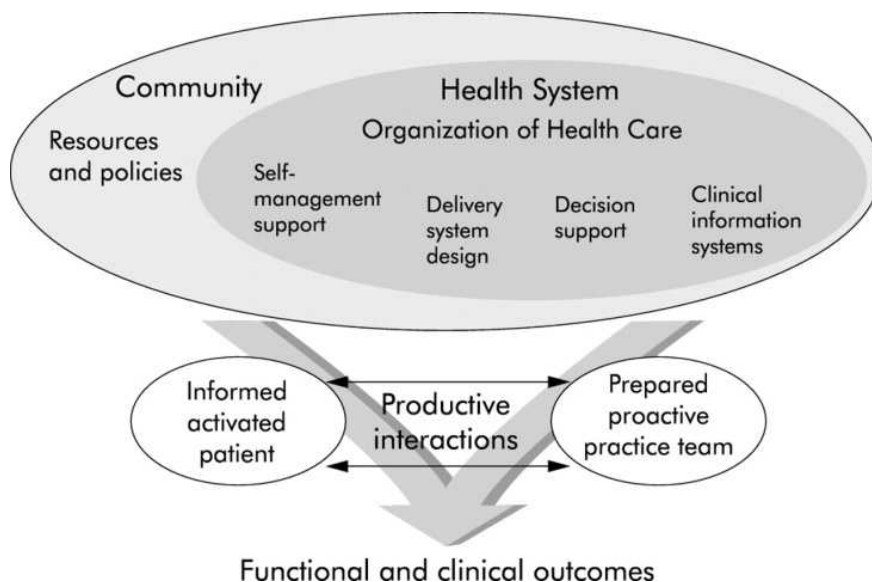
Il Chronic Care Model

Dalla metà degli anni '90 diversi gruppi di ricercatori (Katon et al., 1995⁹; Wagner et al, 1996^{10,11}; Wagner, 1996¹²; Von Korff et al, 1997¹³), 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).

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)¹⁴.

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 2).

Figura 2. Chronic Care Model



9 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.

10 Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M., *Organizing care for patients with chronic illness*, Milbank Quarterly 74 (1996): 511-544

11 Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M., *Improving outcomes in chronic illness*, Managed Care Quarterly 4 (1996): (2) 12-25.

12 Wagner EH: *What will it take to improve care for chronic illness?*. Effective Clinical Practice, 1996, 1: 2-4

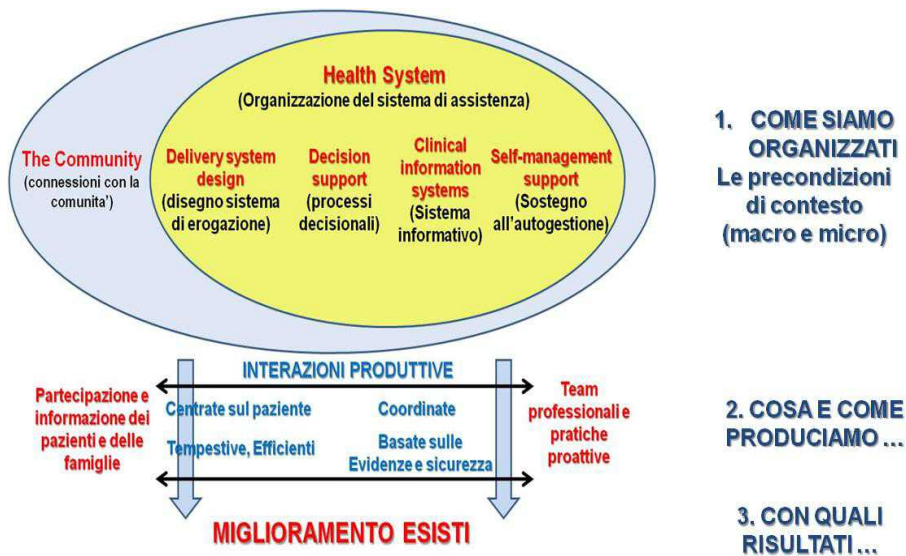
13 Von Korff M., Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. and Wagner E.H., *Collaborative management of chronic illness*, Annals of Internal Medicine 127 (1997): 1097-1102.

14 *Improving Chronic Illness Care*: <http://www.improvingchroniccare.org>

Obiettivi del sistema sono la definizione di (Figura 3):

- Come siamo organizzati, ovvero, le precondizioni di contesto (macro e micro);
- Cosa e come produciamo ...;
- Con quali risultati

Figura 3. Chronic Care Model



Il “Chronic Care Model” pone in evidenza 8 aree di intervento per migliorare l’assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica:

A livello dell’Organizzazione Sanitaria nel suo complesso

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.

e nelle sue macrofunzioni

1) 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.

2) 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.

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

- Fornire 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.

4) 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.

A livello della Comunità:

5) The Community, mobilitare 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.

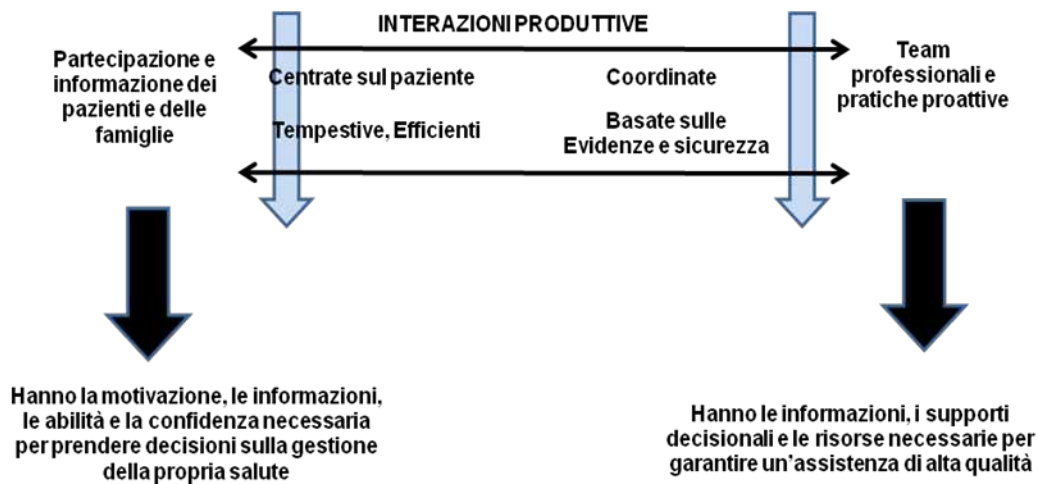
A livello dei professionisti:

6) Team multi professionali e pratiche proattive, che posseggano le informazioni, i supporti decisionali e le risorse necessarie per garantire un'assistenza di alta qualità

A livello degli utenti:

7) Partecipazione e informazione dei pazienti e delle famiglie, che devono avere la motivazione, le informazioni, le abilità e la confidenza necessaria per prendere decisioni sulla gestione della propria salute

Team professionali e utenti che integrano le azioni orientate al miglioramento continuo degli esiti fondate su: *evidenza di efficacia; sicurezza; efficienza; tempestività*



Gli 6 elementi del modello suddetti possono ulteriormente specificarsi come segue (Maciocco, 2011¹⁵):

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 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.

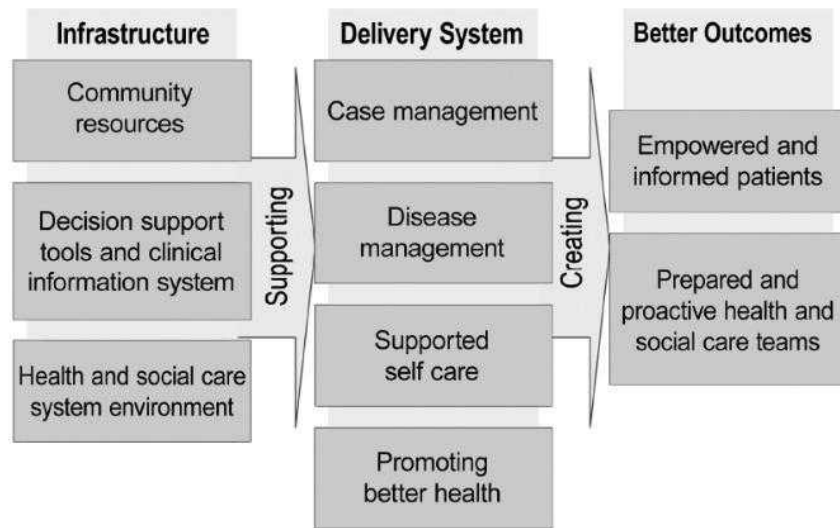
Un ampio sistema di informazioni cliniche, in formato digitale o cartaceo, è indispensabile secondo il "*Chronic Care Model*", per fornire alle/agli operatrici/operatori sanitari i dati relativi alle/ai pazienti o a gruppi di pazienti affette/i da disturbi cronici specifici. Analizzando il database e 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.

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 ¹⁶ (Figura 4).

Figura 4. National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model

National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model



*Expanded Chronic Care Model*¹⁷

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 5*).

Figura 5. 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 esiti 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.

¹⁷ 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.

Build Healty Public Policy
(Sviluppo di politiche per migliorare la salute della popolazione)

Create Supportive Environments
(Creare condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli)

Strengthen Community Action
(Lavorare con gruppi comunitari per individuare priorità e raggiungere obiettivi che migliorano la salute della comunità)



Delivery System Design / Re-orient Health System
(Espansione del mandato per supportare gli individui e le comunità)

Decision Support
(Integrazione di strategie per facilitare le abilità della comunità di promuovere la salute)

Information System
(Non solo esiti clinici, ma esiti come qualità della vita + Indicatori "comunitari" [disponibilità trasporti, tassi povertà, ecc.])

Self Management/ Develop Personal Skills
(Rinforzare capacità e abilità per la salute e il benessere individuale)

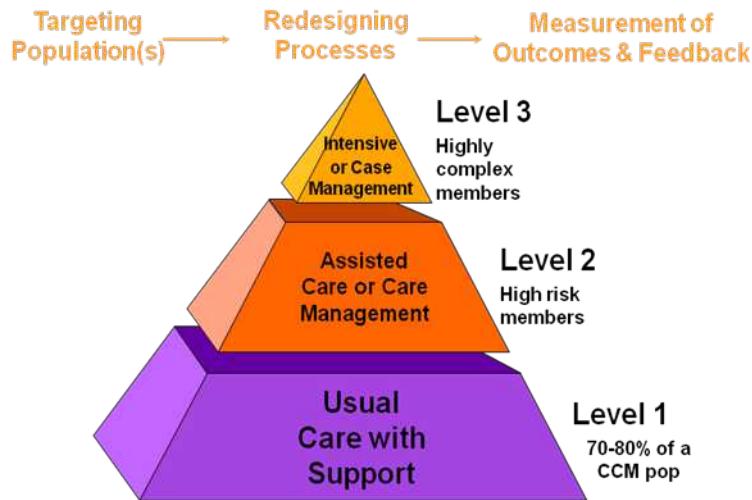


Il Disease Management

Kaiser Permanente¹⁸ 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 6)

Figura 6. Kaiser Permanente's risk stratification model

Population Management: More than Care & Case Management



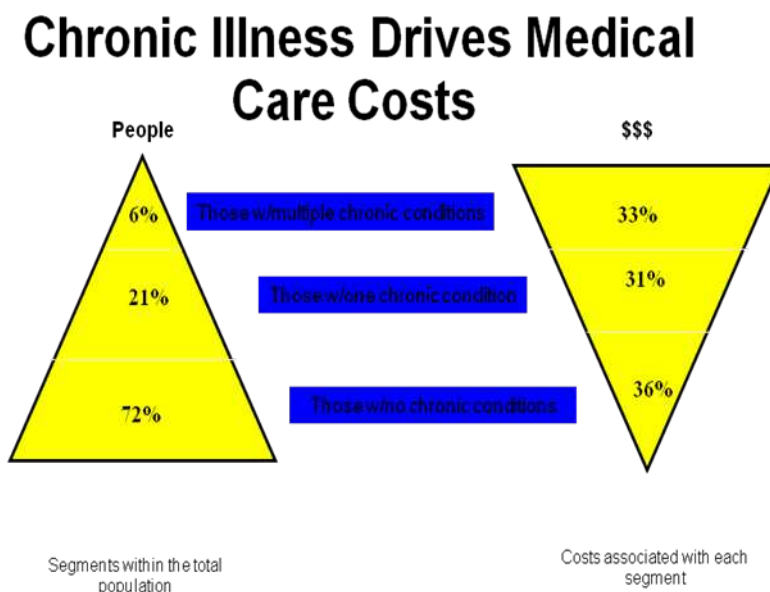
Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (Expanded CCM, Kaiser Permanente)



evidenziando anche il differenziale dei costi per ciascun segmento di assistenza (Figura 7).

18 Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

Figura 7. Kaiser Permanente's stratificazione del rischio e costi



Sulla base di tale modello, in *Gran Bretagna* il *Department of Health*¹⁹, ridefinisce una strategia di "Population management" fondata su:

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

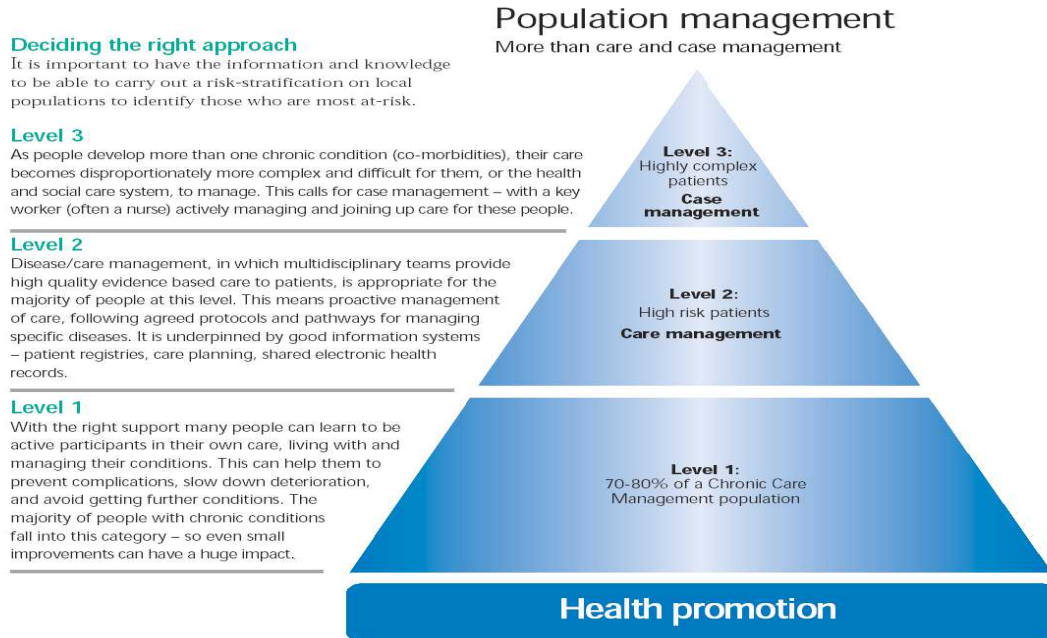
b) Una stratificazione del bisogno su 3 livelli (Figura 8):

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;
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

¹⁹ 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)

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 8 : Population Management



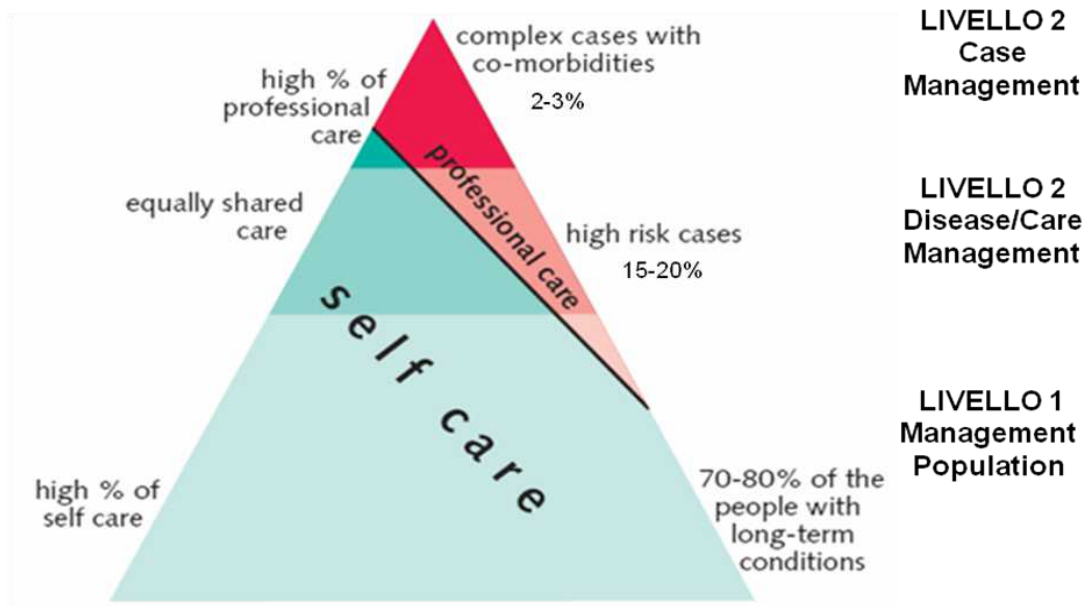
c) Una risposta assistenziale fondata su 4 approcci chiave:

- **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.

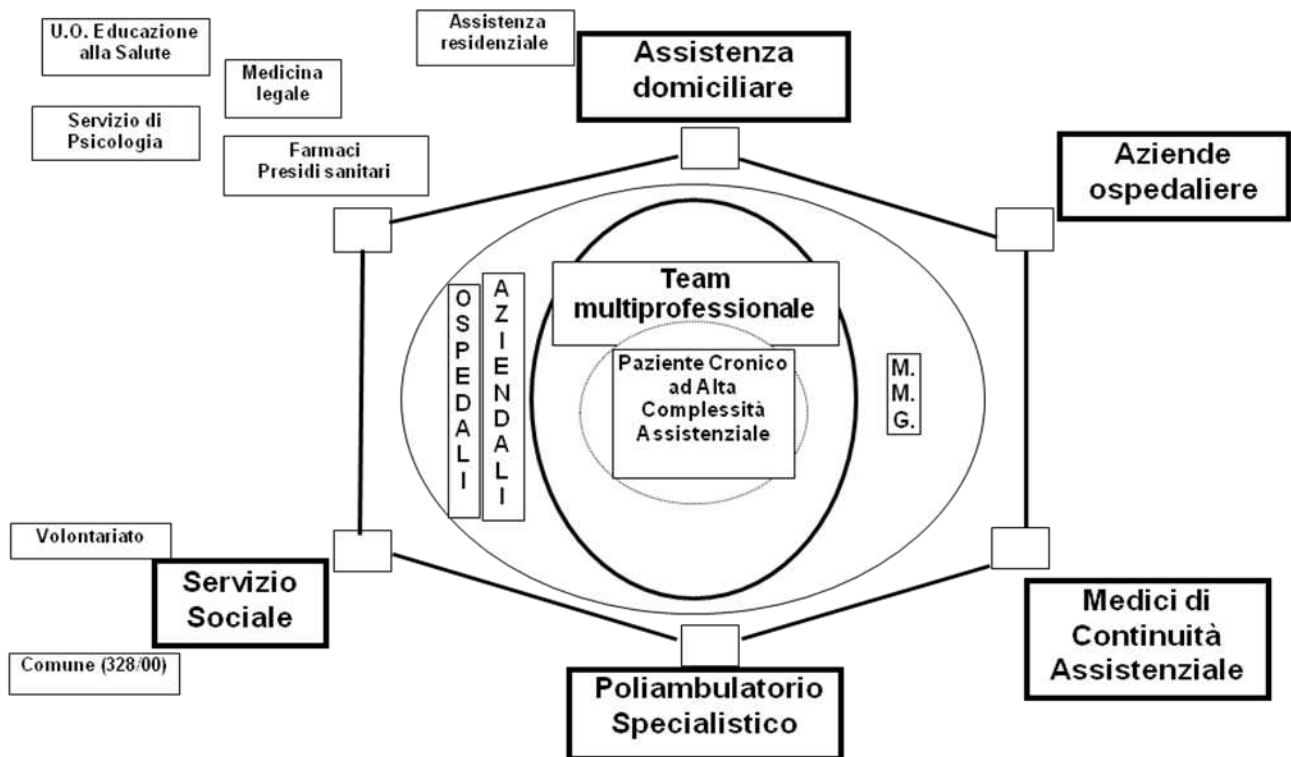
L'applicazione del "disease management" (1995-2003) nello studio pilota del *Castlefield Health Center* ha portato nella popolazione anziana assistita alla riduzione del 15% dei ricoveri, all'abbattimento del 31% della durata media di degenza (da 6.2 a 4.3 giorni) e del 41% delle giornate di degenza²⁰.

20 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/>*

Da quanto sopra ne deriva l'importanza dell'empowerment e del self care...



E' necessario mettere al centro il paziente in particolare per i target ad alta complessità assistenziale:



Sono ancora estremamente valide le indicazioni emerse dall'*European Social Network Conference*, tenutasi a Edimburgo nel luglio del 2005. Nella sintesi del documento "*Integrated Care. A Guide for Policymakers*" (Lloyd et Wait, 2005) vengono riportati i seguenti punti:

- 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 adattati alle realtà locali.

Le 8 Raccomandazioni per i responsabili politici per portare avanti l'agenda sull'assistenza integrata:

1. Garantire che lo sviluppo delle cure integrate è compatibile con la salute e le altre politiche di assistenza sociale.
2. Fissare obiettivi realistici per i modelli di assistenza integrata. Prestare particolare attenzione alle possibili sfide in fase di esecuzione.
3. Investire nella formazione di tutti i professionisti che per colmare il divario culturale tra assistenza sanitaria e sociale. Questo allo scopo di facilitare il coordinamento delle cure e favorire il rispetto reciproco.
4. Chiedersi per quali soggetti si è cominciata ad integrare l'assistenza e trovare il giusto equilibrio tra utenti e fornitori dell'assistenza integrata.
5. Stringere legami più stretti tra responsabili politici, professionisti e ricercatori in modo di apprendere dall'esperienza.
6. Condividere la ricerca e le migliori pratiche all'interno e tra i paesi.
7. Condurre ricerche sul rapporto costo-efficacia per determinare gli effetti dei diversi modelli di assistenza integrata in materia di uso delle risorse e risultati di salute.
8. Esplorare le possibilità della tecnologia per facilitare l'attuazione delle cure integrate.

Per concludere si possono riprendere alcune suggestioni della Conferenza di Edimburgo:

- *L'esperienza di cure integrate finora è limitata, ma promettente.* I veri cambiamenti organizzativi e culturali non avvengono nel corso di una legislazione ma di qualche lustro. A un trentennio dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale sono a tutti evidenti gli enormi passi avanti effettuati. Tutti i sistemi regionali si sono mossi. Alcuni, favoriti da migliori situazioni economiche e da condizioni culturali e sociali storicamente determinatesi, si sono mossi più rapidamente, sperimentando modelli fortemente innovativi, altre regioni stanno avanzando più lentamente, ma nessuna è restata ferma.
- *Ulteriori ricerche sono necessarie per garantire che l'applicazione dei modelli proposti è fattibile, sostenibile e si traduce in migliori condizioni di salute.* Occorre andare avanti, sperimentare, valutare, scambiare esperienze: non per individuare modelli da esportare/imporre, ma per individuare i driver degli interventi che aumentano la probabilità di successo degli stessi.