

Modelli di integrazione in letteratura scientifica

Il concetto di integrazione e i modelli di riferimento in letteratura scientifica.

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 servizi.

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, 1998 Kodner and Spreeuwenberg, 2002].

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)

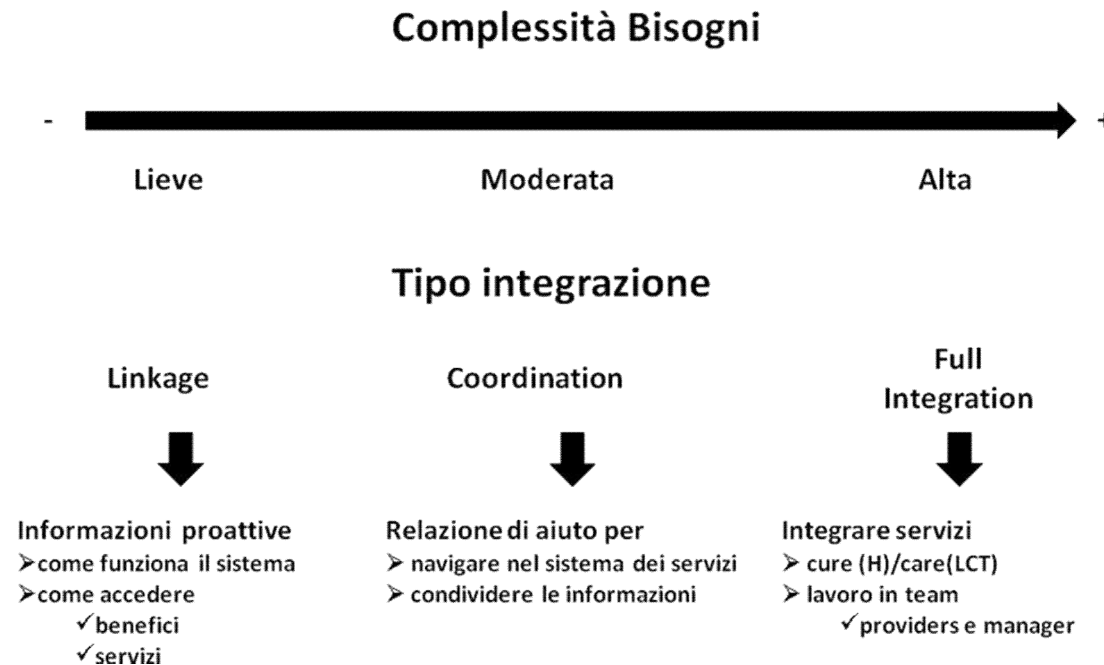
Obiettivi e policy

- 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 carenza in altri;
- Il perseguimento di economie di scala grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc).

Integrazione

Leutz (1999) 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.

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



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) che individua due elementi core e tre tipologie della continuità assistenziale.

Core elements:

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

Tipologie di continuità:

Relational Continuity:

- *Ongoing patient-provider relationship;*
- *Consistency of personnel;*

Management Continuity:

- *Consistency of care;*
- *Flexibility;*

Informational Continuity:

- *Transfer of information;*
- *Accumulated knowledge of patient.*

Continuità relazionale (**Relational continuity**):

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):

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):

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**)*

Il Chronic Care Model



1. COME SIAMO ORGANIZZATI
Le precondizioni di contesto (macro e micro)

2. COSA E COME PRODUCIAMO ...

3. CON QUALI RISULTATI ...

La struttura del modello

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

1) *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

2) *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.

3) *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.

e nelle sue macrofunzioni

4) 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.

5) 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:

6) *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.

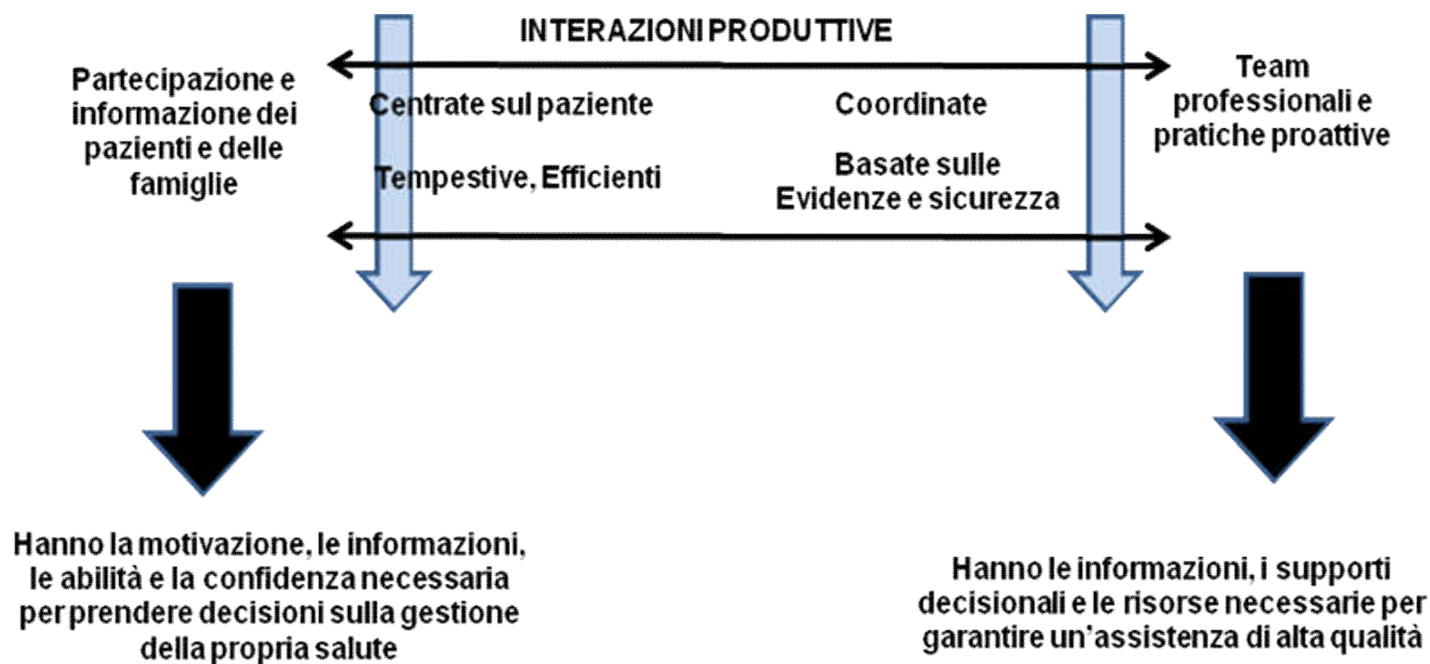
A livello dei professionisti:

7) *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:

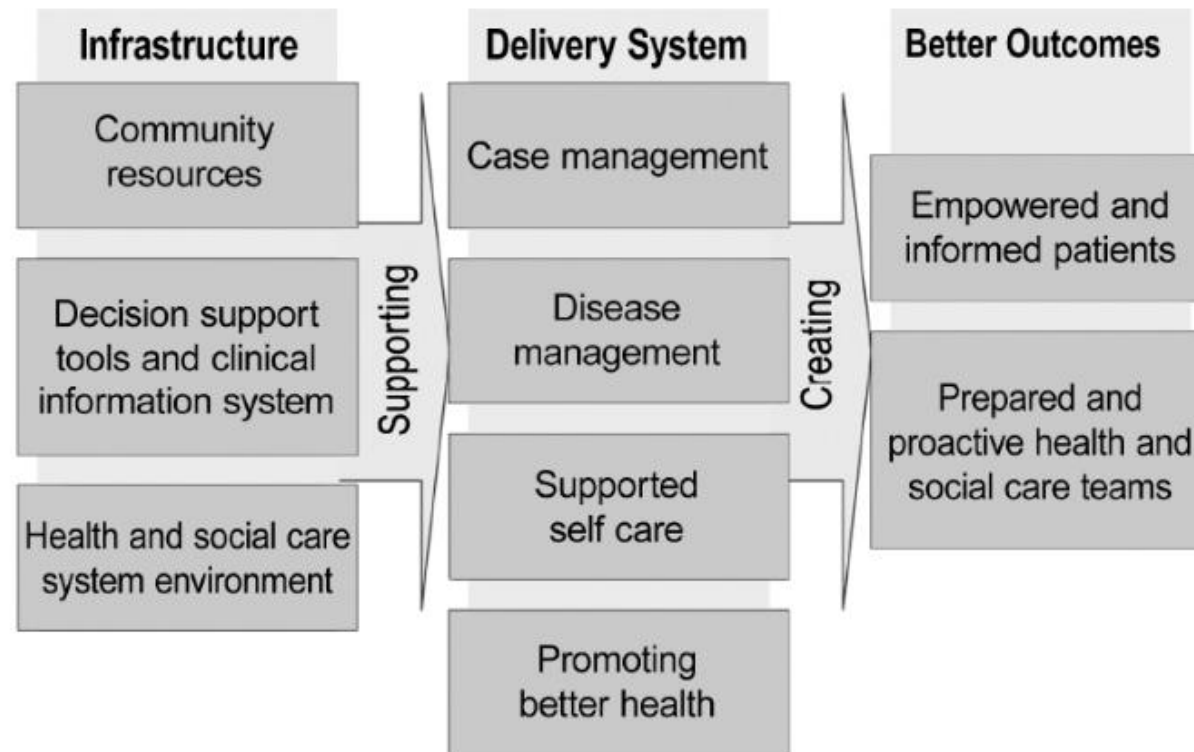
8) Partecipazione e informazione dei pazienti e delle famiglie, che devono avere la motivazione, le informazioni, le abilità e la confidenza necessaria per prendere decisioni sulla gestione della propria salute.

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

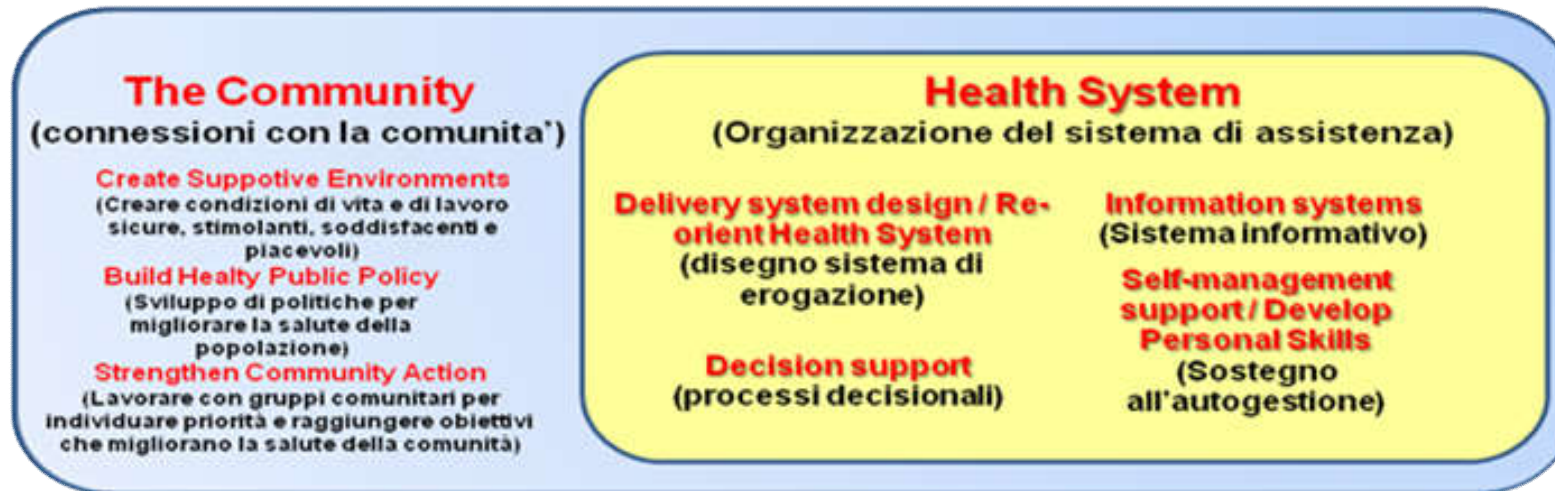


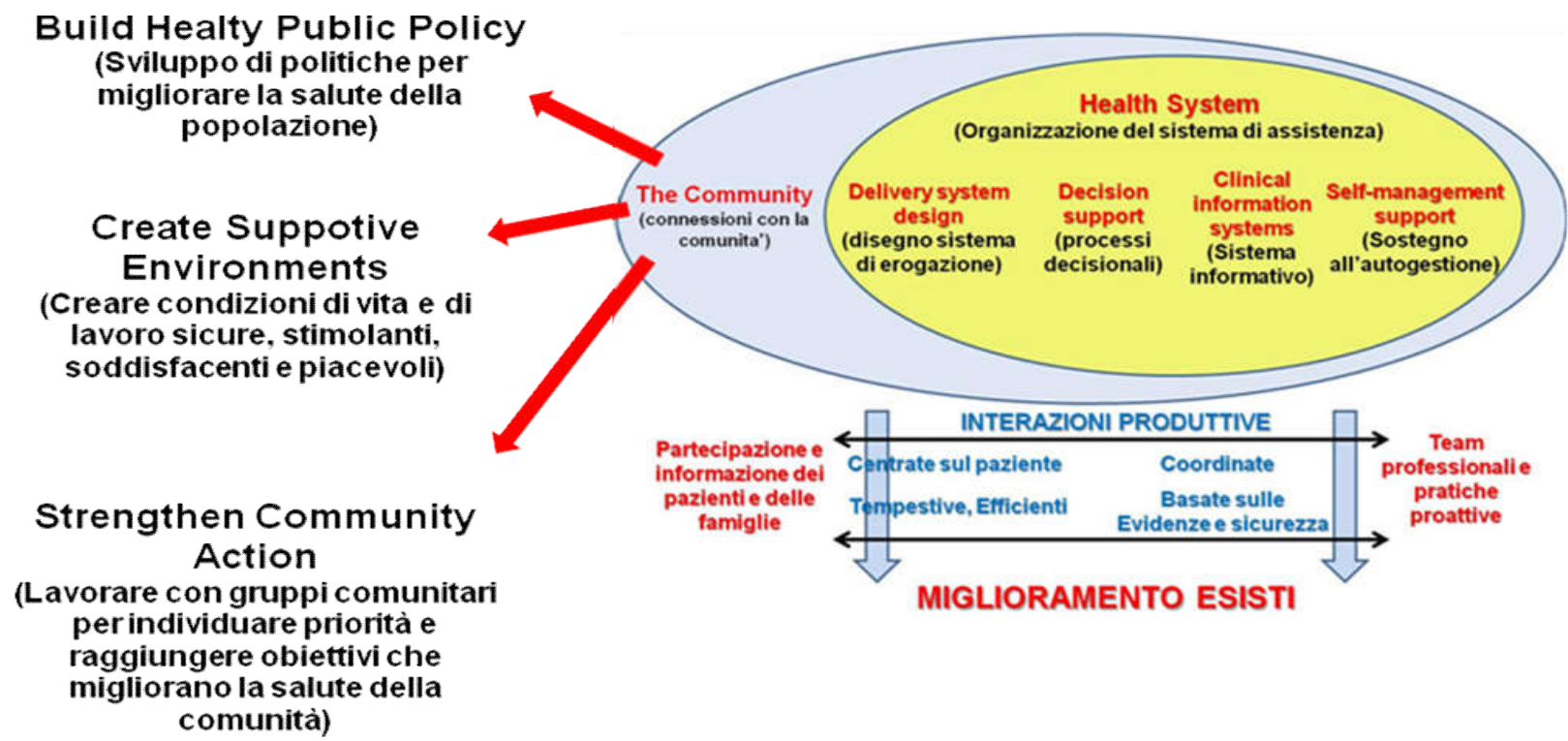
National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model

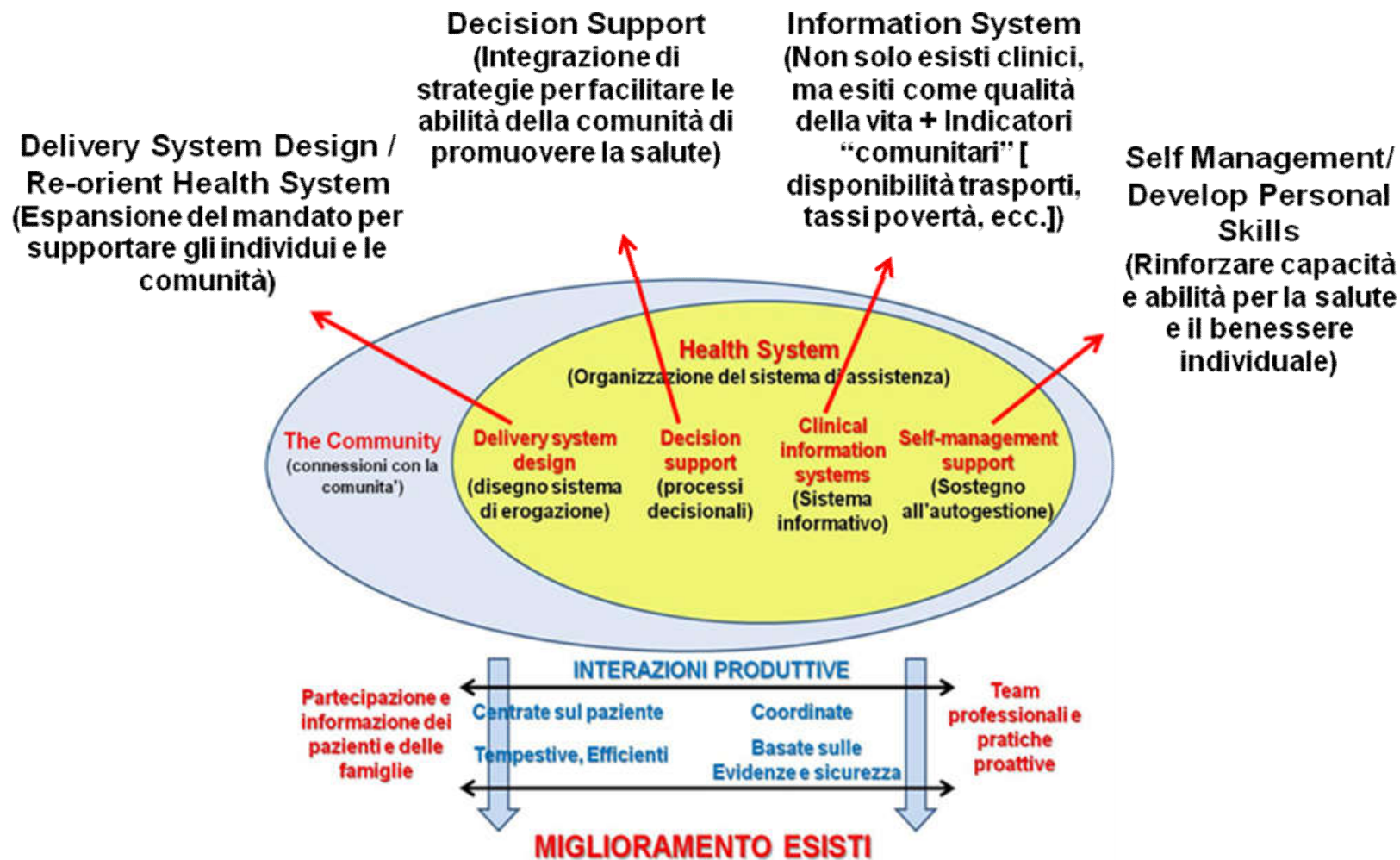
National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model



Expanded Chronic Care Model







C'è bisogno di nuove parole-chiave, capaci di indirizzare verso nuovi approcci e nuovi scenari:

- **Salute “possibile”** cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona;
- **Malattia vissuta** con al centro il paziente/persona (illness), e non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease);
- **Analisi integrata dei bisogni globali del paziente**, e non solo “razionalità tecnica” e problemi squisitamente clinici;
- **Analisi delle risorse del contesto ambientale**, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere;
- **Mantenimento e co-esistenza**, e non solo guarigione;
- **Accompagnamento**, e non solo cura;
- **Risorse del paziente**, e non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori;
- **Empowerment** inteso come *abilità a “fare fronte”* alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della *capacità di autogestione* (self care);
- **Approccio multidimensionale e di team** e non solo relazione “medico-paziente”;
- **Superamento dell’assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria, e costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici;**
- **Presenza in carico pro-attiva ed empatica** e non solo risposta assistenziale all’emergere del bisogno;
- **“Patto di cura”** con il paziente e i suoi caregiver e non solo compliance alle prescrizioni