

Continuità assistenziale e assistenza integrata: evoluzione dei termini e dei modelli

Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, van den Bosch WJ
How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts

Family Practice 2012; 29: 264-271

Più un'idea è 'rivoluzionaria' – richiedendo una rottura da schemi o paradigmi consolidati – più è di difficile attuazione. Anche per questo i risultati iniziali sono spesso modesti. Per mantenerla viva e non relegarla all'oblio del fallimento, si tende a cambiarle il nome, sperando di rinnovare – insieme al vocabolario – anche gli entusiasmi.

Rivisitare l'evoluzione nel tempo di un'idea è un altro modo – forse più trasparente – di valorizzarla, apprezzandone le diverse sfumature, notando come queste vengono abbandonate e poi riprese, riconoscendo in questa dinamicità anche le influenze delle nuove prospettive che emergono nel contesto di riferimento.

È quanto fanno gli autori dell'articolo pubblicato su *Family Practice* che, focalizzandosi sull'idea della continuità assistenziale, ripercorrono l'evoluzione nel tempo dei modelli proposti per fronteggiare un problema diffuso nei sistemi sanitari occidentali: il trasferimento dell'impegno sanitario e assistenziale dalle persone in stato acuto a quelle affette da condizioni croniche e multiple.

Lo scopo è quello di ricostruire le differenze e similitudini tra i molteplici concetti sottesi alle definizioni di continuità delle cure e fissarne i valori essenziali.

La ricerca delle pubblicazioni di qualsiasi tipo (studi, editoriali, li-

bri, commenti e discussioni) in lingua inglese e olandese (lingua madre degli autori) nell'arco temporale tra il 1948 e il 2009 ha prodotto quasi 10.000 voci bibliografiche. Dalla lettura dei soli titoli gli autori estrapolano una lista di concetti collegati alla continuità assistenziale, dalla quale selezionano i più frequenti: coordinamento, integrazione, *patient-centred* e *case management*.

L'analisi dello sviluppo delle cinque 'idee' viene effettuata secondo tre temi trasversali: la relazione personale tra il paziente e il professionista, la comunicazione delle informazioni relative al paziente e la cooperazione tra erogatori di assistenza. Questa chiave di lettura, oltre a rendere intellegibili i cambiamenti e le sfumature, rende i cinque modelli confrontabili.

Il modello della 'continuità delle cure', che emerge fin dai primi anni Cinquanta, ha subito diverse trasformazioni, focalizzandosi inizialmente sul professionista dedicato al paziente – il cosiddetto *personal care provider* – per poi includere il tema della comunicazione e della cooperazione, più in termini di continuità cronologica – tra ciò che succede prima e ciò che succede dopo – che di contemporaneità di azioni. Negli anni Ottanta il modello torna a focalizzarsi sulla relazione personale, cercando di dare una dimensione oggettivamente rilevabile alla continuità intesa come "vedere sempre lo stesso professionista nel tempo". Nella relazione personale viene data nuova enfasi alla rilevazione dei bisogni, che emerge in quel periodo influenzando tutti e cinque i modelli. Negli ultimi anni l'enfasi si sposta sulla multidisciplinarietà, mantenendo un'attenzione particolare a far sì che il paziente si relazioni con il medesimo ristretto gruppo di professionisti e su una continuità tra luoghi geografici e discipline assistenziali, oltre che cronologica e temporale.

Il modello del 'coordinamento delle cure' include sia la comunicazione sia la cooperazione, e tra gli anni Cinquanta e Settanta si alterna con il concetto di integrazione. Dagli anni Settanta pone

Evoluzione della definizione dei diversi modelli di assistenza.

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Continuity of care	Personal relationship		Definitions including personal relationship, communication and cooperation	Personal relationship		Definitions including personal relationship, communication and cooperation	
Coordination of care	Cooperation and communication			Communication		Definitions including personal relationship, communication and cooperation	
Integration of care	Definitions including communication and cooperation						
Patient-centred care				Definitions including personal relationship			
Case management				Definitions including personal relationship, communication and cooperation			

maggior enfasi sulla trasmissione di informazioni relative al paziente, mentre negli anni Novanta emerge la prospettiva del paziente e il coordinamento viene definito in funzione della percezione che il paziente ha della conoscenza, da parte del professionista, di quanto è successo in passato.

Dalla metà degli anni Novanta il coordinamento e *case management* diventano intercambiabili con la figura del coordinatore, che è a conoscenza di tutti i contatti che il paziente ha o deve avere con i servizi. Verso la fine degli anni Duemila, la definizione cambia ancora una volta sfumatura, enfatizzando un'erogazione di servizi e prestazioni da diversi professionisti in maniera tempestiva e complementare, che assicura un'assistenza coerente e coesiva.

Anche il modello dell'"integrazione delle cure" appare negli anni Cinquanta, ponendosi in contrapposizione alla frammentazione delle cure e insistendo sulla necessità di stabilire obiettivi comuni e condivisi tra professionisti. Oltre alla comunicazione e cooperazione viene enfatizzata la condivisione di responsabilità tramite il lavoro di gruppo e, negli ultimi dieci anni, sono state proposte soluzioni organizzative, come le case della salute, che facilitano comunicazione, collaborazione e coordinamento.

L'integrazione viene rappresentata come un continuo tra tre livelli di integrazione, che vanno da un approccio 'minimalista', nel quale ognuno lavora nel proprio ambito tenendo conto dei limiti che altre professionalità possono porre, al coordinamento basato su scambio di informazioni, alla piena integrazione, dove responsabilità, funzioni, risorse e finanziamenti di molteplici sistemi sono riuniti in un'unica struttura organizzativa.

Gli autori fanno notare che né il modello di coordinamento né quello dell'integrazione fanno chiaro riferimento all'importanza del professionista dedicato (*individual care provider*).

Il modello del '*patient-centred care*' si fa strada negli anni Settanta con un'enfasi alla dimensione individuale della continuità: il punto di osservazione diventa quello che succede al paziente e non quello che fanno i professionisti o l'organizzazione. Negli anni Ottanta il modello sottolinea la necessità di incoraggiare il paziente a esprimere i propri bisogni e dalla metà degli anni Novanta si evolve in un modello finalizzato alla piena comprensione dell'esperienza individuale del paziente. Questa intensità della relazione tra paziente e professionista investe anche attività di prevenzione e di promozione dei comportamenti corretti. La comunicazione e il coordinamento tra professionisti non appaiono in maniera esplicita nella definizione del *patient-centred care*, mentre il *case manager* può giocare un ruolo importante, ma non sembra indispensabile.

Nel *case management* sono presenti sia la persona dedicata sia la comunicazione e il coordinamento, affidati a una figura professionale di riferimento. Si delinea alla fine degli anni Settanta con l'i-

dea di mettere a disposizione del paziente una persona con la responsabilità di aiutarlo a coordinare le diverse attività necessarie alla propria cura, ad assicurarsi che riceva tutte le necessarie prestazioni o acceda ai necessari servizi in maniera efficiente.

Fino agli anni 90 i *case managers* avevano il compito di identificare i pazienti eleggibili, valutarne i bisogni, pianificare la risposta a questi bisogni, assicurare il raccordo tra i diversi servizi, il pieno coinvolgimento del paziente nelle scelte, intercettare tempestivamente eventuali cambiamenti nello stato di salute e farsi carico della difesa dei suoi diritti. Dopo gli anni Novanta le funzioni attribuite al *case management* presentano variabilità, a volte mantenendo la definizione originariamente ampia, altre volte restringendo le responsabilità ad un coordinamento tra servizi e prestazioni. Anche la figura professionale individuata varia, comprendendo l'infermiere, l'assistente sociale o il medico.

Come rappresentato nella figura riassuntiva, i cinque modelli sono sensibilmente cambiati nel tempo e attualmente presentano convergenza e sovrapposizione rispetto ai tre temi principali della relazione personale tra paziente e professionista, della comunicazione di informazioni relative al paziente e della collaborazione tra coloro che prendono decisioni assistenziali.

Questo semplifica le cose solo apparentemente, in quanto le comunità scientifiche di riferimento sembrano operare ognuna all'interno della propria sfera e con limitata consapevolezza delle sovrapposizioni dei concetti. Sarebbe invece necessario, sottolineano gli autori dell'articolo, unire gli sforzi per lo sviluppo di strumenti validi, di cui siamo tutt'ora privi, per misurare integrazione, continuità e coordinamento.

Le revisioni sistematiche di studi sull'impatto di questi modelli riportano risultati modesti e contraddittori. Tuttavia, non avendo strumenti per misurare l'integrazione o la continuità, non sappiamo se queste non siano in grado di dare i benefici attesi, oppure se integrazione e continuità semplicemente non si realizzino. Come spesso avviene nella valutazione degli interventi complessi, i programmi di assistenza integrata presentano una grande variabilità di definizione e componenti, e l'incapacità di riconoscere queste differenze porta a conclusioni errate riguardo la loro efficacia e a un inappropriato utilizzo dei risultati. Per poter confrontare i programmi e meglio comprendere la loro (costo) efficacia occorre usare definizioni consistenti e dettagliare le componenti dell'intervento.

Questa revisione storica aiuta a spiegare la curiosa circolarità delle definizioni; integrazione definita come coordinamento; coordinamento definito come continuità; continuità definita come integrazione. Soprattutto aiuta a dare significato ad un'auspicata ampia collaborazione per la efficace realizzazione di un modello di assistenza che non può attendere, salvaguardandoci dalla tentazione di inventare un nuovo termine.

Luciana Ballini

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia Romagna