



COLLANA STeRN

APPROFONDIMENTI TEMATICI

Servizi sanitari integrati e centrati sulle persone

Indice

Strategia 1 — Empowerment e coinvolgimento di persone e comunità	3
Strategia 2 — Rafforzare governance e accountability	4
Strategia 3 — Riorientare il modello di cura	5
Strategia 4 — Coordinare i servizi dentro e tra settori	6
Strategia 5 — Creare un ambiente abilitante.....	7
Key messages per l'infermieristica sul territorio.....	9

Per informazioni o formazione personalizzata: info@associazionestern.it

Servizi sanitari integrati e centrati sulle persone

A69/39 (15 aprile 2016)

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'

Perché questo framework

Il documento OMS nasce dalla constatazione che, nonostante i progressi, molte persone non accedono ancora a servizi essenziali e, quando accedono, spesso incontrano cure frammentate o di qualità insufficiente. Il framework propone un orientamento sistemico per ridurre la frammentazione, migliorare la risposta ai bisogni e la continuità lungo il corso di vita, affrontando sfide quali l'invecchiamento, la multimorbidità e i costi crescenti, e rafforzando la capacità dei servizi di rispondere a crisi sanitarie.

Definizioni nel documento OMS

Servizi sanitari integrati

Nel documento, l'integrazione riguarda l'organizzazione e la gestione dei servizi per garantire un continuum che includa promozione, prevenzione, diagnosi, trattamento, gestione, riabilitazione e cure palliative, coordinato tra livelli e setting di cura e, quando necessario, anche oltre il settore sanitario.

People-centred health services (servizi centrati sulle persone)

Il documento descrive servizi centrati sulle persone come servizi che considerano prospettive di individui, caregiver, famiglie e comunità come partecipanti e beneficiari. I sistemi sono organizzati intorno ai bisogni complessivi delle persone, non intorno a singole malattie, e prevedono supporto educativo per consentire decisioni informate e partecipazione alla cura, insieme a un ambiente di lavoro di supporto per chi assiste.

Co-produzione della salute

Nel framework, la co-produzione descrive una relazione più paritaria e reciproca tra professionisti e persone/famiglie/comunità, basata su condivisione di informazioni, decisioni e servizi nel tempo.

Strategia 1 — Empowerment e coinvolgimento di persone e comunità

Che cosa significa

Significa mettere le persone nelle condizioni di essere informate e capaci di prendere decisioni e partecipare alla cura, sostenute nell'autogestione (self-management) e supportate nel muoversi nel sistema (navigazione). Significa anche coinvolgere la comunità come parte attiva nel produrre salute (community delivered care, community health workers, partecipazione sociale). Comprende il supporto strutturato ai caregiver informali e azioni mirate verso gruppi marginalizzati/svantaggiati.

Perché è importante

- È “di primaria importanza” per accesso universale e per obiettivi di equità, giustizia sociale e solidarietà, contribuendo a coesione sociale.
- Rafforza la co-produzione: la cura e i risultati dipendono anche da ciò che persone e famiglie fanno, comprendono e decidono nel tempo.
- Aiuta a raggiungere chi oggi resta indietro (barriere di reddito, istruzione, residenza, genere, etnia, condizioni lavorative, status migratorio).

Problemi tipici che la strategia affronta

- Difficoltà delle persone a partecipare in modo informato a decisioni e percorsi complessi (necessità di educazione, informazione e supporto).
- Carico sui caregiver informali senza supporto adeguato e continuità del ruolo a rischio.
- Disuguaglianze e barriere di accesso (economiche, geografiche e sociali) che lasciano indietro gruppi vulnerabili o marginalizzati.

Come applicarla

1A) Con persone e famiglie: co-produzione della cura

- Educazione sanitaria (health education).
- Consenso informato.
- Decisioni condivise tra persona/famiglia/caregiver e provider.
- Self-management: valutazioni e piani personali di cura/trattamento.
- Supporto alla navigazione nel sistema sanitario.

1B) Con la comunità: partecipazione sociale e servizi “community delivered”

- Cure erogate nella comunità (community delivered care).
- Community health workers.
- Sviluppo società civile e rafforzamento partecipazione in sanità.

1C) Con i caregiver informali: formazione e sostegno

- Training per caregiver informali.
- Reti di caregiver, peer support e gruppi di “expert patients”.
- “Caring for the carers” e respite care.

1D) Per raggiungere underserved/marginalizzati: ridurre barriere

- Integrare equità negli obiettivi del settore salute.
- Outreach: unità mobili, trasporti, telemedicina.
- Rafforzare sistemi basati su cure primarie; esternalizzazione di servizi quando appropriato.

Strategia 2 — Rafforzare governance e accountability

Che cosa significa

Significa costruire un modo di guidare il sistema in cui le decisioni di policy/organizzazione sono coerenti con l'integrazione e la centralità sulla persona a tutti i livelli, la governance è partecipativa e trasparente ed esiste accountability reciproca (decisori, manager, provider, utenti) con incentivi coerenti con risultati di salute e qualità.

Perché è importante

- Serve per avere un approccio integrato “a tutti i livelli” (policy, pianificazione, delivery).
- Il documento evidenzia un problema frequente: provider poco accountable verso la popolazione → pochi incentivi a offrire cure davvero rispondenti ai bisogni
- La trasformazione richiede una “narrativa” e un impegno politico che rendano chiaro cosa si vuole ottenere e come.

Problemi tipici che la strategia affronta

- Decisioni e uso di risorse non allineati agli obiettivi di integrazione e centralità della persona.
- Scarsa trasparenza e limitata responsabilità (accountability) dei provider verso la popolazione.
- Programmi verticali e interessi frammentati che possono distorcere priorità e focus rispetto ai bisogni della comunità.

Come applicarla

2A) Governance partecipativa

- Partecipazione della comunità in formulazione e valutazione delle politiche.
- Rappresentanza della comunità nei board delle strutture.
- Politiche/strategie/piani nazionali per servizi integrati e people-centred.
- Rafforzare governance e management a livelli subnazionali/distrettuali/locali, con decentramento dove appropriato.
- Pianificazione “comprensiva” includendo pubblico e privato; stewardship verso attori non statali; clinical governance.
- Allineare contributi dei donatori alle politiche nazionali ed evitare che programmi verticali distorcano il focus sulla comunità.

2B) Accountability reciproca

- Chiarezza su diritti.

- Report card dei provider; survey di soddisfazione; misure riportate dai pazienti (patient-reported outcomes).
- Finanziamento/contratti legati a performance.
- Registrazione della popolazione con provider “responsabile di loro”.

Strategia 3 — Riorientare il modello di cura

Che cosa significa

Significa riprogettare l’assistenza per dare priorità a cure primarie e di comunità, spostare l’asse da ospedale/inpatient a outpatient/ambulatory quando appropriato, rafforzare promozione e prevenzione come parte del continuum e usare tecnologie (EHR condivisa, telemedicina, mHealth) a supporto di continuità e accesso.

Perché è importante

- Il documento critica sistemi “disease-based e ospedale-centrici” e “a silos”: ostacolano integrazione e risposta a bisogni complessivi, e possono ridurre efficienza e qualità.
- Per UHC e SDG3 servono servizi qualità/sicurezza/accettabilità ed efficienza: l’approccio integrato e people-centred è presentato come essenziale.

Problemi tipici che la strategia affronta

- Modelli ospedale-centrici e disease-based che generano silos e frammentazione lungo il continuum.
- Promozione e prevenzione non sufficientemente integrate rispetto ai bisogni di lungo periodo e alla multimorbilità.
- Difficoltà a spostare cure verso setting appropriati e a usare tecnologie per continuità informativa e accesso.

Come applicarla

3A) Definire priorità basate sui bisogni (life-course)

- Valutare bisogni locali (pattern di malattie trasmissibili e non).
- “Packaging” di servizi completo per gruppi di popolazione con processo partecipativo e trasparente.
- Strategic purchasing; servizi sensibili a genere/cultura/età; HTA.

3B) Rafforzare promozione, prevenzione e salute pubblica

- Monitoraggio stato di salute e stratificazione del rischio.
- Sorveglianza/ricerca/controllo di rischi e minacce.
- Più risorse a promozione e prevenzione; regolazione ed enforcement.

3C) Sistemi forti basati sulle cure primarie

- Primary care con approccio familiare e di comunità; team multidisciplinari; medicina di famiglia.
- Gatekeeping per accesso allo specialistico; aumentare quota di spesa alla primary care.

3D) Spostare verso outpatient/ambulatory (service substitution)

- Home care, residenze assistenziali, hospices.
- Ospedali secondari/terziari su acuzie complesse; chirurgia ambulatoriale, day hospital rinforzati

3E) Tecnologie a supporto

- Cartella elettronica condivisa; telemedicina; mHealth (per continuità informativa, empowerment, tracciamento qualità, raggiungere aree isolate “quando usate appropriatamente”).

Strategia 4 — Coordinare i servizi dentro e tra settori

Che cosa significa

Significa costruire coordinamento intorno alla persona (percorsi, transizioni, referral/counter-referral, case management, navigator), tra provider e programmi (reti distrettuali/regionali, incentivi/purchasing per integrazione) e tra settori (Health in All Policies, partnership, in alcuni casi integrazione con sociale). Il documento chiarisce che coordinare non implica necessariamente “fondere” organizzazioni o workflow: spesso il focus è su processi, ruoli, informazione e collegamenti.

Perché è importante

- La frammentazione e referral deboli compromettono continuità e qualità percepita; coordinare serve a migliorare l'esperienza e la continuità soprattutto nelle transizioni.
- È importante anche per affrontare determinanti sociali e per preparedness/risposta a crisi.

Problemi tipici che la strategia affronta

- Referral e collegamenti deboli tra livelli/setting con transizioni non affidabili.
- Discontinuità informativa e organizzativa tra servizi e provider.
- Bisogni che richiedono collegamenti intersettoriali non strutturati (determinanti sociali, preparedness/risposta).

Come applicarla

4A) Coordinare la cura per gli individui

- Percorsi assistenziali.
- Invio e reinvio in collegamento con specialisti
- Health navigators.
- Case management.
- Migliorare transizioni; team-based care.

4B) Coordinare provider e programmi

- Reti regionali/distrettuali.
- Purchasing di servizi integrati; integrazione programmi verticali nei sistemi nazionali; incentivi per coordinazione.

4C) Coordinare tra settori

- “Health in All Policies” e partnership intersettoriali.
- In alcuni casi: la fusione tra sanità e servizi sociali.
- Collegamento con istruzione per allineare curricula alle nuove competenze; coordinare preparedness e risposta alle crisi.

Strategia 5 — Creare un ambiente abilitante

Che cosa significa

È l'insieme delle condizioni che rende realizzabili le prime 4 strategie: leadership e management del cambiamento, sistemi informativi e gestione della conoscenza, qualità/sicurezza, riorientamento della forza lavoro, regolazione e modelli di finanziamento/pagamento coerenti.

Perché è importante

- Il documento dice che un enabling environment è necessario per “operazionalizzare” le altre quattro strategie.
- La trasformazione è complessa e richiede change management; richiede anche coinvolgimento dei professionisti clinici in leadership e management in partnership con comunità locali.

Problemi tipici che la strategia affronta

- Carenze e maldistribuzione della forza lavoro e skill mix non adeguato ai nuovi modelli.
- Sistemi informativi insufficienti e cultura dell'uso di dati/evidenze non consolidata per coordinamento e miglioramento.
- Assenza o disallineamento di leve abilitanti (qualità/sicurezza, regolazione, finanziamenti e incentivi) coerenti con integrazione e people-centred.

Come applicarla

5A) Leadership e change management

- Leadership trasformativa e distribuita; strategie di change management.

5B) Sistemi informativi e knowledge management

- Sviluppo sistemi informativi; ricerca sui sistemi; gestione della conoscenza; cultura organizzativa per usare dati e evidenze nelle decisioni.

5C) Qualità e sicurezza

- Quality assurance; cultura della sicurezza; continuous quality improvement (qualità tecnica e percepita).

5D) Forza lavoro (skill mix, ruoli, supporto)

- Preparare skill mix adeguato; affrontare carenze e maldistribuzione; training; team multiprofessionali oltre confini organizzativi.

- Ruoli e aspettative chiari; linee guida; colmare gap; feedback di supporto; retribuzione equa; ambienti e incentivi adeguati; support groups; rafforzare associazioni professionali.

5E) Regolazione, finanziamento e pagamenti

- Allineare framework regolatori (standard di qualità, pagamenti legati a target).
- Allocare risorse coerentemente con priorità di riforma; bundled payments; protezione da spese out-of-pocket indebite.

Messaggio trasversale del framework

- Le strategie sono interdipendenti: se ne manca una, le altre possono fallire o avere impatto limitato.
- Le voci operative sono opzioni: il documento non impone un unico modello, ma propone leve selezionabili secondo contesto e priorità.

Key messages per l'infermieristica sul territorio

I messaggi chiave seguenti applicano i principi del framework (centralità della persona, co-produzione, continuità e coordinamento) alla pratica infermieristica territoriale, al coordinamento dei percorsi e al management, restando nel perimetro concettuale del documento.

- Approcciarsi al paziente, alla famiglia e al caregiver come partecipanti del percorso: condividere informazioni utili e promuovere decisioni condivise, non solo comunicazione unidirezionale.
- Integrare l'educazione sanitaria e terapeutica per consentire scelte informate e la partecipazione alla cura, inclusi piani personali e strumenti di autogestione, quando previsti dai modelli di servizio.
- Riconoscere il caregiver informale come risorsa di continuità e unità di cura: prevedere formazione e supporto, facilitare reti e supporto tra pari e considerare interventi di sollievo (respite care) quando disponibili.
- Ridurre barriere alla partecipazione e all'accesso attraverso soluzioni di outreach e, quando appropriato, telemedicina e strumenti digitali.
- Usare strumenti di coordinamento centrati sulla persona (percorsi di cura, invio/controinvio, navigator, case management, team-based care) per rendere il percorso comprensibile e attraversabile per paziente e famiglia.
- Integrare le associazioni e i pazienti esperti nei percorsi assistenziali.
- Rendere affidabili le transizioni tra setting (domicilio/territorio–ospedale–post-acuzie) assicurando continuità informativa e collegamenti tra professionisti e servizi; valorizzare cartelle cliniche elettroniche condivise quando presenti.
- Promuovere reti tra servizi e provider (a livello distrettuale/territoriale) per ridurre frammentazione e discontinuità, soprattutto nei bisogni di lungo periodo.
- Sostenere leadership e change management orientati a servizi integrati e people-centred, includendo il coinvolgimento dei professionisti clinici nei processi organizzativi e decisionali e definire obiettivi di sviluppo di competenze orientati al coinvolgimento della persona, caregiver e familiare nel percorso di cura.
- Rafforzare qualità e sicurezza con assicurazione qualità, cultura della sicurezza e miglioramento continuo, includendo misure di esperienza ed esiti riportati dalle persone, caregiver, e familiari.