

## Continuità assistenziale: modelli e pilastri. Risultati di una revisione della letteratura

Maria Rosaria Cozzolino, Francesco Castrini, Elettra Carini, Albino Grieco, Andrea Di Pilla e Maria Lucia Specchia

GEORG-ARTHUR-PFLUEGER su Unsplash

**Parole chiave:** modelli assistenziali, continuità assistenziale, assistenza integrata

### Riassunto

**Obiettivi:** Lo scopo di questo studio è stato quello di analizzare i modelli e gli approcci descritti a livello internazionale a sostegno della continuità assistenziale e identificarne le principali caratteristiche.

**Metodi:** A tale scopo è stata eseguita una revisione narrativa su Pubmed utilizzando quali criteri di inclusione: a) applicazione di modelli di continuità assistenziale, con particolare riferimento agli ambiti della cronicità, comorbidità, disabilità o fragilità; b) revisioni sistematiche pubblicate in inglese o in italiano.

**Risultati:** A partire da 129 record iniziali, sono stati selezionati 22 studi. All'interno di questi, il più modello più comunemente descritto è l'integration of care, analizzato

dal 41% degli studi. È inoltre emersa la presenza di pilastri (elementi fondanti) comuni a diversi modelli: coinvolgimento ed empowerment del paziente (86% degli studi); multidisciplinarietà (73% degli studi); coordinamento dell'assistenza (50% degli studi) e "case management" (50% degli studi).

**Conclusioni:** Gli elementi chiave e i pilastri dei modelli di continuità assistenziale analizzati sono tutti interconnessi e devono essere considerati parte di un processo di cura olistico che mira a rispondere alle diverse e complesse esigenze di salute del paziente. La continuità dell'assistenza richiede che il sistema di erogazione adotti un orientamento alla assistenza sanitaria primaria, che enfatizzi la completezza del processo assistenziale e la salute complessiva del paziente e implementi approcci basati su interventi multicomponente e multilivello.

### Introduzione

Nel corso degli anni si è osservata nei Paesi sviluppati una progressiva tendenza all'invecchiamento della popolazione con conseguenti importanti implicazioni per la salute, la società, l'economia e l'epidemiologia. L'età media della popolazione europea è gradualmente cresciuta fino a raggiungere 43,7 anni (al 1 gennaio 2019) e l'Italia registra la media più alta d'Europa (46,7 anni), confermando una struttura della popolazione relativamente anziana [1]. Si è inoltre stimato che nel nostro Paese, entro il 2050, il 34,6% della popolazione avrà più di 65 anni [2]. Come noto, le malattie cardiovascolari, l'osteoporosi e la demenza sono patologie croniche piuttosto frequenti nelle età più avanzate, e l'osteoartrite, il diabete e le disabilità

motorie aumentano la loro prevalenza con l'invecchiamento oltretutto con l'incremento delle condizioni di sovrappeso della popolazione [3]. L'incremento della prevalenza di patologie croniche sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo desta preoccupazione a livello internazionale [4].

Anziani con patologie multiple, complicate da altri fattori di rischio come deficit nello svolgimento delle attività quotidiane o barriere sociali, incontrano molte difficoltà nella gestione dei loro problemi di salute, specialmente negli episodi di acuzie delle patologie [5]. In questo contesto, è di fondamentale importanza il continuum assistenziale, un sistema integrato di servizi sanitari che guida e segue i pazienti nel tempo a ogni livello di intensità di cura [6].

L'identificazione di strategie efficaci per migliorare transizioni ed outcome dei pazienti cronici è essenziale. Le transizioni nell'assistenza sanitaria sono un set di azioni volte ad assicurare coordinamento e continuità assistenziali durante le fasi di trasferimento del paziente tra i diversi setting, intesi sia in termini di luogo fisico che di livello di cura. Durante le transizioni associate a patologia cronica o acuta, sistemi sanitari frammentati possono esporre a rischio i pazienti più vulnerabili, con possibile compromissione degli outcome, senza contare l'impatto sulla spesa sanitaria di transizioni non adeguatamente gestite [7].

Il raggiungimento degli obiettivi sopracitati ha reso necessario lo sviluppo di modelli multidimensionali di continuità assistenziale [8], grazie ai quali l'integrazione dei servizi sanitari possa migliorare la qualità dell'assistenza, incrementare la soddisfazione di pazienti e loro familiari/caregiver e contenere la spesa sanitaria [9].

Differenti modelli di continuità dell'assistenza sono stati proposti, nessuno dei quali è descritto però come universalmente applicabile a tutti i pazienti (e a tutte le patologie) [10]. Questo articolo propone un'overview dei modelli e degli approcci a supporto del continuum assistenziale e dei loro focus principali.

### Metodi

È stata condotta una revisione narrativa attraverso la consultazione del database scientifico Pubmed al fine di identificare articoli nazionali e internazionali che si focalizzassero su modelli e approcci a supporto della continuità assistenziale con particolare riferimento alle aree della cronicità, multimorbilità, disabilità o fragilità. Per la ricerca a testo libero sono stati utilizzati i seguenti termini: "chronic disease", "continuum of care", "primary care", "secondary care", "care models". La ricerca è stata limitata a "title/abstract" e "humans" con il filtro "systematic review" per la tipologia di studio. I criteri di inclusione comprendevano: applicazione di modelli di continuità assistenziale; revisioni sistematiche scritte in inglese o italiano; focus su cronicità, comorbilità, disabilità o condizioni di fragilità.

L'identificazione degli studi da includere nella revisione è stata effettuata sulla base del titolo e dell'abstract degli articoli rilevati a seguito della ricerca; i full text dei potenziali articoli da includere sono stati letti al fine di identificare quelli da selezionare per la revisione. I dati estratti sono stati inseriti in un foglio Microsoft® Excel e raccolti in una tabella di sintesi, per ogni articolo, delle seguenti informazioni: autori, titolo, anno di pubblicazione, Paese di origine, descrizione del modello e suoi principali elementi fondanti (pilastri).

### Risultati

La ricerca iniziale ha portato a 129 record. La selezione per titolo ha ridotto il numero a 39 e l'ulteriore valutazione per abstract ha permesso di selezionare 33 articoli. Di questi, dopo averne letto i full text, 11 sono stati esclusi (1 non era coerente con il disegno di studio, 4 non erano riferiti alla popolazione descritta nei criteri di inclusione, 4 non trattavano l'intervento di interesse e 2 non trattavano l'outcome di interesse).

Dei finali 22 studi selezionati, 13 sono stati condotti in Europa (7 UK [11-17], 1 Italia [18], 1 Irlanda [19], 1 Germania [20], 1 Paesi Bassi [21], 2 sono stati condotti congiuntamente da più di due Paesi europei [22,23]), 4 in Nord America (2 Canada [24,25] e 2 USA [26,27]), 4 in Australia [28-31] e 1 in Cina [32]. Gli studi inclusi sono stati pubblicati tra il 2011 e il 2020.

In relazione alla popolazione di interesse, il 32% (7 su 22) degli studi si è focalizzato su pazienti con una specifica patologia e, nel dettaglio, 2 sullo scompenso cardiaco [14,27], 1 sullo stroke e l'infarto del miocardio [26], 1 sulla broncopneumopatia cronica ostruttiva [21], 1 sulla sclerosi multipla [18], 1 sull'ipertensione [17] e 1 sul diabete mellito di tipo 2 [22]. Il 27% degli studi (6 su 22) si è focalizzato su pazienti con patologie croniche in generale [13,16,19,24,31,32] e il 23% (5 su 22) non si è focalizzato su nessun gruppo specifico di pazienti [12,15,20,28,30]. Due studi si sono focalizzati su anziani con patologie croniche [11,25], mentre fragilità ed età sono stati ciascuno il focus di uno studio [23,29].

### Modelli di continuità assistenziale

Negli studi selezionati sono stati analizzati i seguenti modelli: integration of care

in 9 studi [11,12,15,16,19,20,23,28,30] (41%); transitional care in 4 studi [24,26,27,29] (18%); disease management in 2 studi [14,21]; self-management in 2 studi [13,17]; chronic care model [22], patient-centred medical home model [31], system navigation model [25], telerabilitazione [18] e programma di dimissione infermieristica [32] in 1 studio ciascuno. In dettaglio, sono emersi i seguenti risultati.

### **Integration of care**

L'integrazione assistenziale è un principio organizzativo alla base dell'erogazione di servizi sanitari che abbiano l'obiettivo di migliorare la salute e l'esperienza del paziente attraverso un miglior coordinamento tra assistenza primaria e secondaria [11,28]. I modelli di assistenza integrata sono anche definiti come dei cambiamenti nell'erogazione dei servizi sanitari o correlati alla sanità con l'obiettivo di migliorare l'integrazione e/o il coordinamento dell'assistenza [12]. Quello assistenziale integrato è un modello efficace per migliorare gli outcome nei pazienti più anziani con patologie croniche e con necessità di cure complesse e di supporto [23].

Molti elementi chiave del modello sono emersi quali: self-management ed educazione del paziente; accesso condiviso a dati/tecnologie informative; gestione delle dimissioni e delle transizioni tra team e setting assistenziali; condivisione di linee guida di trattamento o di percorsi e pianificazioni congiunte; coinvolgimento dei caregiver/membri della famiglia [11,12,15,16,19,20,23,28,30]. I principali pilastri del modello sono: la multidisciplinarietà; il coinvolgimento ed empowerment del paziente; il coordinamento dell'assistenza; il case management; l'integrazione socio-sanitaria

[11,12,15,16,19,20,23,28,30]. In alcuni studi sono emersi anche altri aspetti di importanza quali: gestione dei processi [12,30], centralità del paziente [20] e relazione medico-paziente [20].

### **Transitional care**

Transitional care è un termine ampio riferito a interventi che promuovono trasferimenti sicuri e tempestivi di pazienti tra i vari livelli e setting assistenziali [29]. È definito come un "complesso di azioni designate a garantire coordinamento e continuità dell'assistenza nel momento in cui i pazienti vengono trasferiti in diversi setting o differenti livelli di assistenza all'interno dello stesso setting" [26]. Questo modello può inoltre comprendere una componente educativa, un iniziale contatto post-dimissione con il paziente, il coordinamento multidisciplinare, la continuità dell'assistenza mediante ripetuti contatti del paziente con lo stesso professionista sanitario e l'aumentata accessibilità del paziente ai professionisti clinici [24]. Gli studi inclusi analizzano la transizione dall'ospedale al domicilio dei pazienti anziani o con patologie croniche o con specifiche condizioni (es. scompenso cardiaco, stroke o infarto del miocardio). Gli elementi chiave comuni sono: follow-up strutturato sul territorio; educazione del paziente al self-management; aderenza e riconciliazione terapeutica; valutazione e pianificazione alla dimissione; comunicazione tra provider e servizi community-based [24,26,27,29]. I principali pilastri sono: multidisciplinarietà; coordinamento dell'assistenza; coinvolgimento ed empowerment del paziente e case management [24,26,27,29]. In alcuni studi sono emersi anche aspetti quali gestione dei processi [26] e integrazione socio-sanitaria [27].

### **Disease management**

Il disease management consiste in un insieme di interventi coerenti pensati per prevenire o gestire una o più condizioni cliniche utilizzando un approccio sistematico multidisciplinare e potenzialmente impiegando più modalità di trattamento [21]. L'approccio consiste nel fornire supporto diretto e continuo ai pazienti dopo la dimissione, facilitando un contatto precoce con gli specialisti e migliorando il monitoraggio dei sintomi [14]. Questo studio ha preso in esame programmi di disease management in pazienti con scompenso cardiaco [14] e broncopneumopatia cronico ostruttiva [21]. I principali interventi sono basati su self-management attraverso educazione del paziente; supporto psico-sociale e olistico; follow-up strutturato e monitoraggio (spesso effettuato da infermieri con protocolli condivisi) [14,21]. I pilastri identificati sono: case management, multidisciplinarietà e coinvolgimento ed empowerment del paziente [14,21].

### **Self-management**

Il self-management implica l'interazione e la collaborazione tra professionisti sanitari e pazienti affinché questi ultimi acquisiscano e dimostrino la conoscenza e le capacità richieste per gestire i propri bisogni assistenziali, cambiare i loro comportamenti, migliorare il controllo della loro patologia e migliorare il proprio benessere. L'educazione del paziente da sola, però, non è sufficiente, e il monitoraggio e la valutazione dei progressi sono anch'essi aspetti essenziali [13].

La letteratura analizzata riporta l'implementazione di approcci basati sul self-management per pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva

[13] e di ipertensione [17]. Gli elementi chiave identificati in questo modello sono: collaborazione tra professionisti sanitari e pazienti basata sull'educazione del paziente, automonitoraggio e valutazione dei progressi, feedback, rafforzamento e supporto comportamentale [13,17]. Il pilastro comune agli studi inclusi è il coinvolgimento ed empowerment del paziente, in alcuni casi [17] supportato dalla digital health.

### ***Chronic care model***

Il chronic care model comprende sei componenti tra loro correlate che sono ritenute essenziali per fornire assistenza di alta qualità a pazienti con patologie croniche: risorse della comunità; organizzazioni sanitarie; supporto al self-management; supporto alle decisioni; progettazione di sistemi assistenziali; sistemi informativi. I programmi sulla cronicità ideati per gli individui con diabete di tipo 2 sono caratterizzati da: visite regolari dei pazienti effettuate da infermieri con l'utilizzo dei sistemi informativi clinici, assistenza basata sulle linee guida, riscontri da parte del medico, supporti (brochure, opuscoli) informativi per i pazienti e supporto al self-management. I pilastri identificati sono: multidisciplinarietà e coinvolgimento ed empowerment del paziente [22].

### ***Patient-centred medical home model***

Il Patient-centred medical home model è uno dei modelli di presa in carico della cronicità che hanno dimostrato di fornire una soluzione multidimensionale per gestire efficacemente le patologie croniche e la multimorbilità nell'assistenza primaria. Questo modello di assistenza primaria consiste in un'assistenza guidata dal medico di medicina generale come parte di un team multidisciplinare che vuole fornire un'assistenza centrata

sul paziente, integrale e coordinata, con enfasi sul self-management e l'educazione del paziente stesso. Gli elementi di questo modello più frequentemente descritti sono: assistenza primaria integrata; utilizzo di efficienti percorsi di riferimento tra setting assistenziali; utilizzo della tecnologia nello sviluppo e nell'implementazione dei piani di cura e nel decision-making condiviso; collaborazione tra pazienti e provider orientata a obiettivi comuni; educazione e partecipazione dei pazienti all'autogestione delle proprie patologie croniche. I pilastri identificati sono: multidisciplinarietà; coordinamento dell'assistenza; gestione dei processi; centralità del paziente e suo coinvolgimento ed empowerment [31].

### ***System navigation model***

Il System navigation model impiega gli operatori sanitari per facilitare transizioni efficaci e sicure tra i setting assistenziali. Generalmente, la popolazione target include coloro per i quali le condizioni cliniche sono disabilitanti e persistenti e richiedono supporto addizionale per l'accesso ad un'assistenza appropriata. In questo modello spesso ci si focalizza su specifici setting, patologie, popolazioni o ruoli. Si tratta infatti di un modello rilevante per la gestione delle patologie croniche negli anziani, al fine di ridurre le barriere e supportare l'accesso ad un'assistenza appropriata nel corso delle transizioni tra diversi provider e setting. Nel dettaglio, questo modello include: pianificazione e coordinamento dell'assistenza, integrazione con servizi sanitari e di comunità, supporto telefonico, visite domiciliari ed educazione di paziente e caregiver. I principali pilastri sono: coordinamento dell'assistenza, case management, coinvolgimento ed empowerment del paziente [25].

### ***Teleriabilitazione***

L'approccio integrato di teleriabilitazione consiste in trattamenti riabilitativi che vadano oltre il setting ospedaliero, basati sulla tecnologia quale canale di comunicazione bidirezionale tra l'ospedale e il paziente. Le prestazioni effettuate possono essere: sincrone (paziente e terapeuta effettuano esercizi in tempo reale), asincrone (paziente e terapeuta non interagiscono in tempo reale) o miste. Questo modello viene incontro alla necessità dei pazienti di conciliare programmi riabilitativi di lunga durata con la vita sociale e produttiva. L'approccio teleriabilitativo integrato nella sclerosi multipla offre un canale di comunicazione bidirezionale tra ospedale e paziente, permettendo il monitoraggio da remoto delle performance dei pazienti e l'invio agli stessi di feedback appropriati. I pilastri principali sono: centralità del paziente, coinvolgimento ed empowerment del paziente e digital health [18].

### ***Programma di dimissione infermieristica***

Il modello basato sulla dimissione precoce infermieristica viene gestito da infermieri, supportati da un team multidisciplinare. Questo modello consente un focus tempestivo sulla valutazione delle necessità funzionali dei pazienti, sulla fornitura di informazioni a pazienti e caregiver e sulla razionalizzazione della terapia al momento della dimissione. Gli elementi chiave sono: visita infermieristica entro 48 ore dal ricovero in ospedale, valutazione pre-dimissione, programma strutturato di visite a domicilio e follow-up telefonico dopo la dimissione. I pilastri identificati sono: case management e multidisciplinarietà [32]. Le principali caratteristiche delle esperienze riportate dagli studi selezionati sono sintetizzate nella Tabella 1.

INTEGRATION OF CARE						
N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
1	Nicholson C, Jackson C, Marley J	A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review	2013	Australia	Modello integrato di assistenza primaria secondaria basato sui seguenti elementi: pianificazione congiunta, promozione di tecnologie informative integrate (cartelle cliniche elettroniche condivise), strategie di change management, condivisione tra le organizzazioni delle aree cliniche prioritarie, allineamento degli incentivi, assistenza sanitaria focalizzata sulla popolazione, misurazione (utilizzando i dati come strumento di miglioramento della qualità), sviluppo professionale continuo a supporto del valore aggiunto del lavoro di gruppo, coinvolgimento del paziente/comunità, innovazione.	Multidisciplinarietà Coordinamento dell'assistenza Coinvolgimento/empowerment del paziente
2	Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J	An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis	2014	Germania	Modello integrato di centralità del paziente basato su: - Principi: caratteristiche essenziali del medico, relazione medico-paziente, paziente come persona, prospettiva biopsicosociale; - Facilitatori: comunicazione medico-paziente, integrazione degli interventi sanitari e non sanitari, lavoro di squadra e teambuilding, accessibilità alle cure, coordinamento e continuità assistenziali; - Attività: informazione del paziente, coinvolgimento del paziente nel percorso clinico-assistenziale, coinvolgimento della famiglia e degli amici, empowerment del paziente, supporto fisico, supporto emotivo.	Rapporto medico-paziente Centralità del paziente Coinvolgimento/empowerment del paziente Coordinamento dell'assistenza Integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria
3	Pearson M, Hunt H, Cooper C, Shepperd S, Pawson R, Anderson R	Providing effective and preferred care closer to home: a realist review of intermediate care	2015	Regno Unito	Servizi di assistenza intermedia atti a prevenire ricoveri in ospedale e/o a fornire riabilitazione presso il, o in prossimità del, domicilio del paziente. Elementi chiave sono: - Decision-making in collaborazione con gli utilizzatori dei servizi per facilitare la riabilitazione (condivisione degli obiettivi del percorso di cura, promozione della continuità assistenziale nel sistema sociale e sanitario, ruolo dei caregiver nella discussione e decisione in merito al percorso di cura, definizione del miglior ambiente per la riabilitazione); - Lavoro integrato tra professionisti socio-sanitari e caregiver (change management nell'ambito delle organizzazioni sociali e sanitarie e tra le stesse, coinvolgimento dello staff, sviluppo professionale, leadership, supporto alle strutture organizzative e ai processi, coinvolgimento attivo dei caregiver e servizi di volontariato come parte del team).	Coinvolgimento/empowerment del paziente Coordinamento dell'assistenza Integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria

Tabella 1 - segue

N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
4	Mitchell GK, Burrige L, Zhang J et al.	Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness?	2015	Australia	Modelli integrati di assistenza sanitaria primaria, secondaria e terziaria. Elementi comuni sono: lavoro di gruppo interdisciplinare; scambio di comunicazioni/informazioni; linee guida o percorsi condivisi; educazione e formazione; accessibilità e accettabilità per i pazienti; modello di finanziamento valido.	Multidisciplinarietà Gestione dei processi
5	Damery S, Flanagan S, Combes G	Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews.	2016	Regno Unito	Modello assistenziale integrato per pazienti con patologie croniche. Gli interventi vengono classificati in: - Case management: implementazione di un processo collaborativo tra uno o più coordinatori o case manager e il paziente, per valutare, pianificare e facilitare l'erogazione dei servizi; - Chronic care model: supporto organizzativo; sistemi informativi clinici; progettazione dell'erogazione dei servizi; supporto alle decisioni; supporto al self-management; impiego delle risorse della comunità; - Gestione della dimissione: pensata per facilitare la transizione tra ospedale e altri setting assistenziali; - Team multidisciplinari: le attività sono effettuate da team composti da professionisti appartenenti a diversi settori sanitari e/o sociali; - Self-management: attività pensate per fornire supporto al paziente, consigli sull'alimentazione e sugli stili di vita e/o educazione specifica sulla patologia a supporto dell'aderenza alla terapia.	Case management Coinvolgimento/empowerment del paziente Multidisciplinarietà Coordinamento dell'assistenza Integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria
6	Flanagan S, Damery S, Combes G	The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence	2017	Regno Unito	Interventi assistenziali integrati per pazienti con patologie croniche: case management, gestione della dimissione, Chronic Care Model, lavoro in team multidisciplinare, complessità degli interventi, follow-up da primary vs secondary care e self-management.	Case management Multidisciplinarietà Coinvolgimento/empowerment del paziente
7	Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T	Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions	2017	Irlanda	Interventi sanitari per la gestione delle patologie croniche attraverso il presidio dell'interfaccia tra servizi di assistenza primaria e secondaria. Interventi strutturati che coinvolgono assistenza clinica collaborativa continuativa fornita da medici di assistenza primaria e specialisti: - Incontri tra specialisti e membri di team di assistenza primaria per la discussione e la pianificazione della gestione di specifiche patologie croniche; - Cartelle cliniche condivise (generalmente in possesso del paziente); - Servizi informatici condivisi. Questi sistemi possono includere anche registrazioni o recall di pazienti gestiti a livello informatico centralmente.	Multidisciplinarietà

Tabella 1 - segue

<b>N</b>	<b>AUTORI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>ANNO</b>	<b>PAESE</b>	<b>DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA</b>	<b>PILASTRI</b>
8	Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A	The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence	2018	Regno Unito	Modelli assistenziali integrati complessi e multielemento che includono: educazione del paziente; percorsi/piani integrati; accesso condiviso a cartelle/sistemi informativi; case management; team multidisciplinari; meeting multidisciplinari; servizi per le acuzie a livello territoriale.	Coinvolgimento/empowerment del paziente Gestione dei processi Case management Multidisciplinarietà
9	Hendry A, Vanhecke E, Carriazo AM et al.	Integrated care models for managing and preventing frailty: A systematic review European Action on Frailty for the Joint Prevention (ADVANTAGE JA)	2019	Regno Unito, Francia, Spagna, Irlanda, Finlandia, Malta, Italia, Romania, Grecia, Belgio	Modello assistenziale integrato per la gestione dei pazienti fragili. Elementi chiave sono: - Utilizzo di strumenti di screening semplici per la valutazione della fragilità in tutti i setting assistenziali; - Interventi attuati da team interdisciplinari in ospedale e sul territorio; - Gestione efficace delle transizioni tra team assistenziali e setting diversi; - Soluzioni facilitate da condivisione di informazioni e utilizzo della tecnologia; - Chiarezza su policy, procedure e processi per l'accesso ai servizi; - Assistenza domiciliare riabilitativa (supporto domiciliare per il recupero dell'autonomia); - Case management della cronicità nell'assistenza primaria e azione di raccordo tra i provider; - Valutazione geriatrica complessiva in ospedale; - Servizi di assistenza intermedia che offrono valutazione, trattamento e riabilitazione efficaci e sicuri a livello territoriale.	Multidisciplinarietà Coinvolgimento/empowerment del paziente Coordinamento dell'assistenza Case management

Tabella 1 - segue

TRANSITIONAL CARE						
N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
10	Olson DM, Prvu Bettger J, Alexander KP et al.	Transition of care for Acute Stroke and Myocardial Infarction Patients: From Hospitalization to Rehabilitation, Recovery, and Secondary Prevention	2011	USA	Transizione coordinata per l'assistenza post-acuzie di pazienti ospedalizzati per stroke o infarto del miocardio di prima insorgenza o ricorrente. I modelli prevedono: pianificazione della dimissione che includa la fornitura di strumenti e l'attivazione di servizi; percorsi integrati con riferimenti per il follow-up; coordinamento con i servizi territoriali per la riabilitazione; sistemi per l'accesso condiviso alle informazioni del paziente per consentirne la visione a più professionisti e coordinare l'assistenza; educazione del paziente e della famiglia prima della dimissione; supporto di comunità fornito attraverso infermieri care manager, medici di assistenza primaria e specialisti e team multidisciplinari.	<p>Coordinamento dell'assistenza</p> <p>Gestione dei processi</p> <p>Coinvolgimento/empowerment del paziente</p> <p>Case management</p> <p>Multidisciplinarietà</p>
11	Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM	Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review	2014	Australia	Interventi per promuovere una transizione sicura e tempestiva di pazienti anziani dall'ospedale al domicilio. Elementi essenziali sono: valutazione alla dimissione e pianificazione dell'assistenza; comunicazione tra professionisti; preparazione del paziente e dei caregiver per la transizione assistenziale; riconciliazione farmacologica, follow-up territoriale ed educazione del paziente al self-management. I responsabili principali dell'implementazione dell'intervento di transizione possono essere vari: infermieri esperti, medici e infermieri di assistenza primaria, anziani e loro caregiver con il supporto di coach, case manager, geriatri.	<p>Coordinamento dell'assistenza</p> <p>Coinvolgimento/empowerment del paziente</p> <p>Case management</p> <p>Multidisciplinarietà</p>
12	Albert NM	A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure	2016	USA	Modelli di transizione assistenziale per pazienti con scompenso cardiaco volti a minimizzare riacutizzazioni e riospedalizzazioni e migliorare la qualità della vita. Principali elementi sono: - Pianificazione della dimissione; - Lavoro di gruppo multiprofessionale, comunicazione e coordinamento durante la transizione dall'ospedale al domicilio; - Comunicazione tra ospedale e membri del team multidisciplinare, pazienti e familiari (o altri caregiver informali); - Informazioni tempestive, chiare e organizzate; - Riconciliazione farmacologica e aderenza alla terapia; - Coinvolgimento di gruppi di supporto sociale e di comunità; - Monitoraggio e gestione di segni e sintomi clinici dopo la dimissione, educazione del paziente, self-management; - Follow-up ambulatoriale; - Pianificazione assistenziale avanzata e cure palliative/del fine vita.	<p>Multidisciplinarietà</p> <p>Coinvolgimento/empowerment del paziente</p> <p>Coordinamento dell'assistenza</p> <p>Integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria</p> <p>Comunicazione</p>
13	Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I	Impact of transitional care services for chronically ill older patients: A Systematic Evidence Review	2017	Canada	Interventi per la transizione assistenziale di pazienti anziani con patologie croniche dall'ospedale al domicilio. Gli interventi sono basati principalmente su: follow-up post-dimissione strutturato e pre-definito (es: visite domiciliari, telefonate, numeri per richiesta di assistenza mediante canali preferenziali); gestione dei farmaci; coordinamento dell'assistenza; educazione del paziente; lavoro di squadra multidisciplinare.	<p>Case management</p> <p>Coordinamento dell'assistenza</p> <p>Coinvolgimento/empowerment del paziente</p> <p>Multidisciplinarietà</p>

Tabella 1 - segue



DISEASE MANAGEMENT						
N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
14	Kruis AL, Smidt N, Assendel WJJ et al.	Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease	2013	Paesi Bassi	Programmi di gestione integrata della BPCO. Gli interventi sono basati su: self-management (educazione, pianificazione degli obiettivi e/o degli interventi, gestione delle riacutizzazioni); esercizio (formazione a domicilio e/o allenamento per rafforzamento/resistenza muscolare); interventi psicosociali (terapia comportamentale cognitiva, gestione dello stress, altre valutazioni e/o trattamenti psicologici); follow-up e/o comunicazione strutturati; case management da parte di infermieri; lavoro di squadra multidisciplinare (partecipazione attiva di team di caregiver professionisti appartenenti a differenti discipline, revisione dei ruoli professionali, integrazione dei servizi, incontri di gruppo)	Coinvolgimento/empowerment del paziente Case management Multidisciplinarietà
15	Takeda A, Martin N, Taylor RS, Taylor SJC	Disease management interventions for heart failure	2019	Regno Unito	Interventi per la gestione dello scompenso cardiaco: monitoraggio intensivo dei pazienti post-dimissione (generalmente effettuato da un infermiere mediante visite domiciliari e/o contatti telefonici); visite ambulatoriali (generalmente con cardiologi o con infermieri esperti mediante l'utilizzo di protocolli condivisi per la gestione della terapia); approccio olistico alla situazione medica, psicosociale, comportamentale e finanziaria dell'individuo da parte di diversi professionisti che lavorano in collaborazione.	Case management Multidisciplinarietà Coinvolgimento/empowerment del paziente
SELF-MANAGEMENT						
N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
16	Jordan RE, Majothi S, Heneghan NR	Supported self-management for patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence synthesis and economic analysis	2015	Regno Unito	Interventi di supporto al self-management della BPCO mediante collaborazione tra professionisti sanitari e pazienti, basati su educazione del paziente, monitoraggio e valutazione dei progressi, feedback e rinforzo.	Coinvolgimento/empowerment del paziente
17	Band R, Bradbury K, Morton K et al.	Intervention planning for a digital intervention for self-management of hypertension: a theory-, evidence- and person-based approach	2017	Regno Unito	Modello volto alla gestione domiciliare della ipertensione arteriosa, basato su: adozione di strumenti di digital health, auto-monitoraggio della pressione arteriosa, gestione della terapia e supporto comportamentale opzionale. Principali interventi sono: - Tecniche comportamentali per rafforzare la motivazione del paziente; - Automonitoraggio; - Gestione della terapia e aderenza alla stessa; - Cambiamenti degli stili di vita; - Promemoria automatizzati via e-mail.	Coinvolgimento/empowerment del paziente Digital health
CHRONIC CARE						
N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
18	Bongaerts BWC, Müssig, Wens J et al.	Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis	2017	Germania / Belgio	- Programmi multielemento di gestione della cronicità definiti specificamente per pazienti con diabete mellito tipo 2 e caratterizzati da: - Assistenza multidisciplinare; - Empowerment del paziente; - Gestione di qualità (es. registri di pazienti, indicatori di processo e aderenza alle linee guida, e di raggiungimento degli obiettivi di trattamento); - Durata minima di 6 mesi; - Visite regolari ai pazienti effettuate da infermieri utilizzando strumenti informativi clinici, assistenza basata su linee guida, feedback da parte del medico, brochure informative per i pazienti, supporto al self-management.	Multidisciplinarietà Coinvolgimento/empowerment del paziente

Tabella 1 - segue

### PATIENT-CENTRED MEDICAL HOME MODEL

N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
19	John JR, Jani H, Peters K, Agho K, Tannous WK	The effectiveness of Patient-Centred Medical Home-Based Models of Care versus Standard Primary Care in Chronic Disease Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised and Non- Randomised Controlled Trials	2020	Australia	I principi più comunemente riportati sono: - Assistenza primaria integrata: assistenza integrata guidata dal MMG o approccio da parte di un team multidisciplinare; - Coordinamento dell'assistenza tra i livelli del sistema sanitario attraverso l'utilizzo di percorsi di riferimento che abbracciano diversi setting assistenziali; - Qualità dell'assistenza basata sui dati: utilizzo della tecnologia nello sviluppo e nell'implementazione dei piani di cura, decisioni condivise e audit per il miglioramento della qualità; - Relazione a lungo termine paziente-professionista: promozione della continuità assistenziale attraverso una relazione tra paziente, MMG e professionisti coinvolti nel percorso multidisciplinare, tesa a raggiungere l'obiettivo comune di erogare un'assistenza di alta qualità e incentrata sul paziente; - Empowerment e coinvolgimento del paziente: educazione del paziente alla partecipazione attiva attraverso la conoscenza e l'autogestione della patologia cronica.	Coinvolgimento/empowerment del paziente Case management Multidisciplinarietà

### SYSTEM NAVIGATION MODEL

N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
20	Manderson B, McMurray J, Piraino, Stolee P	Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature	2012	Canada	Modelli per la gestione delle patologie croniche volti a ridurre le barriere al trattamento e supportare l'accesso dei pazienti ad un'assistenza appropriata nel momento in cui transitano tra diversi provider o setting. Tali modelli offrono una varietà di servizi inclusi: pianificazione e coordinamento dell'assistenza, collegamento con i servizi sanitari e di comunità, supporto telefonico, visite domiciliari, educazione del paziente e del caregiver.	Coordinamento dell'assistenza Gestione dei processi Coinvolgimento/empowerment del paziente

### TELERIABILITAZIONE

N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
21	Di Tella S, Pagliari C, Blasi V, Mendozzi L, Rovaris M, Baglio F	Integrated telerehabilitation approach in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis	2020	Italia	Approccio integrato basato sull'utilizzo della tecnologia per la riabilitazione della sclerosi multipla al di fuori del setting ospedaliero. La tecnologia permette un doppio canale comunicativo tra ospedale e paziente permettendo il monitoraggio da remoto delle performance dei pazienti e la restituzione agli stessi di feedback appropriati.	Centralità del paziente Coinvolgimento/empowerment del paziente Digital health

### PROGRAMMA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA

N	AUTORI	TITOLO	ANNO	PAESE	DESCRIZIONE DEL MODELLO/ESPERIENZA	PILASTRI
22	Zhu Q-M, Liu J, Hu H-Y, Wang S	Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis	2015	Cina	Programmi di dimissione infermieristica precoce che consistono in: valutazione pre-dimissione, visite domiciliari strutturate e follow-up telefonico guidati da un infermiere e supportati da un team multidisciplinare.	Case management Multidisciplinarietà

Tabella 1 - segue

### ***Pilastri dei modelli di continuità assistenziale***

Analizzando gli studi selezionati, si nota la presenza di elementi comuni a più modelli. I pilastri emersi con maggior frequenza sono: “coinvolgimento ed empowerment del paziente” (19 studi) [11-18,20-29,31] (86%); “multidisciplinarietà” (16 studi) [11,12,14,16,19,21-24,26-32] (73%); “coordinamento dell’assistenza” (11 studi) [15,16,20,23-29,31] (50%); “case management” (11 studi) [11,12,14,16,21,23-26,29,32] (50%). I pilastri emersi meno frequentemente sono: “integrazione socio-sanitaria” (4 studi) [15,16,20,27] (18%); “gestione dei processi” (4 studi) [12,26,30,31] (18%); “assistenza centrata sul paziente” (3 studi) [18,20,31] (14%). In solo 2 degli studi analizzati è emerso il pilastro “digital health” [17,18] (9%) e in 2 studi anche pilastri quali “relazione medico-paziente” [20] (4,5%) e “comunicazione” [27] (4,5%) (Figura 1).

### **Conclusioni**

Questo studio ha avuto lo scopo di effettuare una revisione dei modelli e degli approcci presenti a livello internazionale a supporto della continuità assistenziale e di analizzarne i principali focus, con particolare riferimento alle aree della cronicità, comorbidità, disabilità o fragilità. Sono stati analizzati 9 modelli da 22 revisioni, tra cui i più rappresentati sono integration of care [11,12,15,16,19,20,23,28,30] e transitional care [24,26,27,29], seguiti da disease management [14,21], self-management [13,17], chronic care model [22], patient-centred medical home model [31], system navigation model [25], telerabilitazione [18] e programma di dimissione infermieristica [32]. I mo-

delli analizzati si basano su dieci pilastri nel loro insieme, tra cui i più frequenti sono: coinvolgimento ed empowerment del paziente [11-18,20-29,31], multidisciplinarietà [11,12,14,16,19,21-24,26-32], coordinamento dell’assistenza [15,16,20,23-29,31] e case management [11,12,14,16,21,23-26,29,32], seguiti da integrazione socio-sanitaria [15,16,20,27], gestione dei processi [12,26,30,31], assistenza centrata sul paziente [18,20,31], digital health [17,18], relazione medico-paziente [20] e comunicazione [27].

Per quanto riguarda i modelli di continuità assistenziale, l’**integration of care** rappresenta un principio organizzativo per l’erogazione delle cure che mira a migliorare il percorso dei pazienti attraverso un migliore coordinamento tra le varie aree di competenza [33]. Questo modello è stato proposto come soluzione alla frammentazione [34] risultante dai numerosi punti di contatto che i pazienti anziani con comorbidità hanno con il sistema sanitario durante un episodio di cura [35]. Tale frammentazione è spesso associata a un trasferimento incompleto di informazioni tra i provider sanitari [36] e a maggiori difficoltà nella gestione e nel coordinamento dell’erogazione delle cure [37]. Hendry A et al (2018) [38], in linea con i nostri risultati [11,12,16,19,30], evidenziano come molti programmi di gestione della cronicità forniscano un’assistenza integrata attraverso la costruzione di relazioni continue con un professionista della primary care o dell’assistenza sociale, supportato da un’assistenza coordinata da parte di un team interdisciplinare.

La **transitional care** può essere considerata parte dell’assistenza integrata che si verifica su episodi di assistenza di più lunga durata [39] e parte dei pro-

grammi di prevenzione della re-ospedalizzazione nell’ambito della gestione delle malattie croniche a lungo termine [40]. Gli aspetti principali del modello di transitional care emersi dai nostri risultati [24,26,27,29] sono allineati con quelli riportati da Hirschman K et al (2015) [41]: coinvolgere pazienti e caregiver; valutare e gestire rischi e sintomi; educare e promuovere il self-management; promuovere la continuità assistenziale; favorire il coordinamento e la collaborazione tra i professionisti. Il nostro studio ha inoltre sottolineato l’importanza di follow-up strutturati post-dimissione [24,26,27,29], dell’aderenza/riconciliazione della terapia farmacologia [24,27,29] e della valutazione e pianificazione delle dimissioni [26,27,29].

I programmi di **disease management** sono stati introdotti nell’assistenza sanitaria per implementare la pratica clinica basata sull’evidenza (attraverso linee guida, protocolli e procedure), migliorare il coordinamento tra i professionisti coinvolti e garantire la completezza delle cure [42]. In linea con i nostri risultati [14,21], alcuni autori hanno evidenziato come il disease management sia caratterizzato da un’assistenza coordinata e completa lungo il continuum della malattia e trasversale ai servizi sanitari e come inoltre che il suo processo sia costituito da una combinazione di educazione del paziente, adozione di linee guida da parte dei professionisti sanitari e opportuna consultazione [43,44]. Dalla nostra revisione è inoltre emersa l’importanza di follow-up strutturati [21] e del supporto psicosociale [14].

Riguardo al **self-management**, i nostri risultati [17] sono allineati con quelli di Dineen-Griffin et al. (2019) [45], in particolare per quanto concerne l’o-

biiettivo cardine di questo modello, che è quello di cambiare i comportamenti del paziente all'interno di un accordo collaborativo per il raggiungimento di risultati sostenibili. Ciò può essere ottenuto rafforzando le capacità e la fiducia dei pazienti nella gestione del loro stato di malattia attraverso la definizione degli obiettivi, la valutazione regolare dei progressi e delle criticità e il supporto per la risoluzione di eventuali problemi [45]. Inoltre, ulteriori studi in letteratura sottolineano anche l'importanza della rete e del supporto dei pazienti, affermando che le relazioni tra questi ultimi e gli operatori sanitari (principalmente infermieri), gli amici, la comunità e i familiari sono fondamentali per il successo del self-management [46,47].

Oltre al self-management, le evidenze sottolineano sempre più l'importanza di riorientare le politiche sanitarie verso sistemi di assistenza alla cronicità in cui la primary care cambi paradigma, sempre più muovendosi da quello dell'acuzie verso quello della cronicità e da una gestione reattiva verso una proattiva [48], quest'ultima organizzata e strutturata attraverso la combinazione di team multidisciplinari efficaci e interazioni pianificate con i pazienti affetti da patologie croniche [49]. Sono questi i capisaldi del **chronic care model**, progettato per far sì che l'assistenza migliori gli esiti di salute per il paziente affetto da patologia cronica, incentrandosi sul paziente stesso e basandosi sull'evidenza [50]. Come riportato anche nei nostri risultati [22], secondo Coleman K et al (2009), gli elementi chiave di questo modello sono infatti: assistenza multidisciplinare efficace e incontri pianificati con i pazienti; sostegno al self-management rafforzato da un utilizzo più efficace delle risorse comunitarie; sup-

porto decisionale integrato; registri dei pazienti e altre tecnologie informatiche di supporto [50].

Il modello **patient-centred medical home** è definito da Nutting PA et al (2011) come un modo per migliorare la primary care attraverso un'assistenza erogata da un team e incentrata sull'assistito per una coorte di pazienti registrati, migliorando così l'esperienza del paziente e la qualità delle cure [51]. Due studi [52,53], in linea con la nostra revisione [31], hanno riportato come principi comuni: il coinvolgimento del paziente attraverso l'educazione e il self-management e il coordinamento delle cure affiancato all'assistenza erogata da un team. I nostri risultati [31] sono in linea anche con lo studio di Fontaine P et al (2014), in cui il modello è descritto da attributi chiave e funzioni che includono: centralità del paziente, assistenza completa e coordinata, accessibilità dei servizi e salvaguardia della qualità e della sicurezza delle cure [54].

Nella nostra revisione abbiamo approfondito il **system navigation** come approccio rilevante per ridurre le barriere all'assistenza, utile a colmare quelle lacune nei servizi sanitari che possono rappresentare insidie per i pazienti più complessi [25]. Secondo Carter N et al (2018), lo sviluppo di ruoli e modelli di navigazione risponde a esigenze insoddisfatte di coordinamento e facilitazione dell'assistenza, in particolare in relazione a quei gruppi della popolazione per i quali i determinanti sociali di salute creano ulteriori barriere all'accesso a servizi e supporti socio-sanitari [55]. I ruoli di navigazione spesso si concentrano su un contesto, una patologia, una popolazione specifici [25]. Esempi tratti dalla letteratura di ruoli basati sul setting includono il community case ma-

nager - come riportato da Luzinski CH et al (2008) - il cui obiettivo è facilitare i servizi sanitari e socio-sanitari attraverso il continuum assistenziale [56]. Ulteriori studi su questo argomento specificano meglio come i navigator possano essere di aiuto nel superamento della frammentazione del sistema socio-sanitario attraverso vari metodi tra cui: comunicazione con più servizi [57,58], facilitazione dell'accesso alle prestazioni [59,60] e navigazione vera e propria nel sistema [61].

La letteratura riporta e descrive infine i modelli di teleriabilitazione e di dimissione infermieristica.

La **teleriabilitazione** è stata sviluppata con l'obiettivo di prendersi cura dei pazienti trasferiti al domicilio dopo la fase acuta della malattia per ridurre tempi e costi di ricovero [62]. Questo modello assistenziale consente infatti il trattamento della fase post-acuta della malattia sostituendo il tradizionale approccio faccia a faccia con l'interazione a distanza paziente-riabilitatore [18, 63]. La letteratura supporta notevolmente il valore degli interventi erogati nell'ambiente "naturale" del paziente, in termini sia di efficacia che di aumento della partecipazione e soddisfazione del paziente [64].

Per quanto riguarda la **dimissione infermieristica**, nota anche come dimissione facilitata dall'infermiere, Lees L (2004) definisce questo approccio come la delega di responsabilità per il processo di dimissione del paziente, secondo un piano concordato che segue criteri/strumenti specifici [65]. La dimissione infermieristica prevede la facilitazione e accelerazione del processo di dimissione da parte di una figura infermieristica a ciò deputata, che si coordina con tutti gli altri professionisti coinvolti nell'as-

sistenza al paziente [32, 66].

Per quanto riguarda i pilastri su cui i modelli di continuità assistenziale poggiano, quelli maggiormente identificati negli studi inclusi (dall'86% al 50% degli studi) sono: coinvolgimento/empowerment del paziente [11-18,20-29,31]; multidisciplinarietà [11,12,14,16,19,21-24,26-32]; coordinamento dell'assistenza [15,16,20,23-29,31] e case management [11,12,14,16,21,23-26,29,32]. La spiegazione della frequente ricorrenza di questi elementi può risiedere principalmente nelle caratteristiche trasversali dei modelli di continuità assistenziale, che inevitabilmente ne determinano la sovrapposizione dei pilastri fondanti. I nostri risultati suggeriscono, infatti, che i diversi modelli analizzati non dovrebbero essere considerati a sé stanti. I loro elementi chiave appaiono, in effetti, fortemente interconnessi, probabilmente per la comune esigenza di fondo da cui essi scaturiscono: dare risposta alla complessa natura della cronicità e della multimorbilità.

Il concetto di **coinvolgimento/empowerment del paziente** è oggetto di crescente attenzione in ambito sanitario [67,68] e gli ultimi decenni hanno visto una profonda revisione dei modelli assistenziali al fine di un maggiore riconoscimento del ruolo del paziente, visto come attore principale e non come soggetto passivo, nel processo assistenziale [69]. Lo spostamento verso una cultura del coinvolgimento del paziente a tutti i livelli del sistema sanitario è stato riconosciuto come una priorità chiave nella gestione delle malattie croniche e una possibile base per l'attuazione di nuove azioni in grado di rafforzare il ruolo dei pazienti e dei loro caregiver lungo l'intero percorso clinico-assistenziale [70]. L'importanza della **multidisciplina-**

**rietà** è sottolineata da Rothman AA e Wagner EH (2003) [71], che enfatizzano la necessità di raggiungere un'elevata qualità nella gestione delle malattie croniche attraverso un approccio integrato e coordinato, da parte di un team multidisciplinare, alla valutazione, trattamento, supporto al self-management e follow-up. La collaborazione interdisciplinare dei professionisti sanitari è necessaria per garantire che i pazienti siano sottoposti a una valutazione periodica dello stato clinico, oltre che le risorse e l'assistenza pertinenti siano fornite in modo tempestivo [72].

La ragione dell'elevata ricorrenza del pilastro **coordinamento dell'assistenza** negli studi inclusi [15,16,20,23-29,31] è da ricercarsi nel fatto che i pazienti cronici spesso presentano più patologie che richiedono un sistema di assistenza ben coordinato tra diversi provider e in setting differenti [73]. Il coordinamento assistenziale è particolarmente critico quando numerosi operatori sanitari sono coinvolti nella cura del paziente [74], come accade in contesti di multimorbilità e fragilità.

La connessione tra malattie croniche, multimorbilità e **case management** non è una novità. Negli ultimi anni, i programmi di case management sono emersi quale approccio alla gestione delle malattie croniche incentrato sul miglioramento della salute dei pazienti e sul servizio ai bisogni sociali [75]. I case manager hanno dimostrato di possedere le capacità e le competenze per valutare un mix di problemi clinici e sociali, e quindi accedere alle reti più appropriate per aiutare i pazienti anziani con patologie multiple a navigare in un complesso sistema di operatori [76]. È necessario, inoltre, discutere altri pilastri emersi nel nostro studio, anche se

con minore frequenza (18%-14% degli studi), quali: integrazione tra assistenza sanitaria e sociale [15,16,20,27], gestione dei processi [12,26,30,31] e centralità del paziente [18,20,31]. L'aumento della durata media della vita e la conseguente maggiore incidenza di malattie croniche e di patologie concomitanti rende necessaria una maggiore integrazione dell'assistenza, inclusa **l'integrazione dei servizi sociali e sanitari** a sostegno dei pazienti con molteplici condizioni patologiche a lungo termine [77]. I servizi integrati di assistenza sanitaria e sociale assumono forme diverse per migliorare la salute della popolazione, con diversi livelli di coordinamento attraverso i confini geografici [78]. Una mancata conoscenza/comprendimento della cultura organizzativa, ripetuti e complessi cambiamenti strutturali e una comunicazione inefficace rappresentano barriere all'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale [79] (ciò potrebbe giustificare la minore ricorrenza di questo pilastro negli studi inclusi nella nostra revisione [15,16,20,27]). La **gestione dei processi** rappresenta un passaggio fondamentale da un approccio tradizionale (function-driven) a un approccio end-to-end (patient-driven) [80]. La metodologia di gestione dei processi, basata su una sequenza spazio-temporale di episodi e attività clinico-assistenziali tra loro coordinati e finalizzati ad offrire al paziente la migliore assistenza possibile, è utilizzata nei percorsi clinici come strumento multidisciplinare per gestire la qualità dell'assistenza [81, 82]. Riguardo alla **centralità del paziente**, gli interventi per promuovere questo pilastro in casi di multimorbilità e la loro efficacia nella primary care sono ben documentati [83], sebbene vi sia ancora ambiguità riguardo all'esatto signifi-

ficato del termine e ai metodi ottimali per misurare processi ed esiti della patient-centred care [84].

I pilastri meno frequenti (9%-4,5% degli studi) identificati nella nostra revisione sono: digital health [17,18], relazione medico-paziente [20] e comunicazione [27]. Considerata l'importanza di tali elementi nella gestione di condizioni complesse e/o croniche, questi risultati potrebbero suggerire ulteriori ambiti di ricerca, soprattutto con riferimento alle prospettive future della digital health nella nostra era tecnologica.

La continuità assistenziale si esprime attraverso un sistema integrato di cure che dirige e segue l'intero percorso dei pazienti nel tempo attraverso una gamma completa di servizi sanitari che coprono tutti i livelli di intensità assistenziale [6]. La nostra revisione, incentrata sui diversi modelli di continuità assistenziale e sui loro elementi chiave e pilastri, ha inteso delineare una panoramica il più ampia possibile dell'argomento, lungi dal voler identificare il modello "perfetto" di continuità assistenziale. Esistono diversi modelli perché i pazienti, con le loro patologie e all'interno dei loro contesti, presentano caratteristiche e necessità assistenziali differenti. È quindi importante che i provider e le organizzazioni sanitarie orientino i loro sistemi verso l'implementazione di un modello piuttosto che un altro, in base alle caratteristiche dei loro contesti interni ed esterni e alle esigenze di salute dei propri pazienti.

Inoltre, sebbene gli elementi chiave e i pilastri dei modelli di continuità assistenziale siano stati analizzati separatamente, è importante sottolineare come essi siano tutti interconnessi e debbano essere considerati come parte di un processo di cura olistico che mira a rispon-

dere alle diverse e complesse esigenze di salute del paziente. Il miglioramento dell'assistenza alle malattie croniche richiede che il sistema adotti un orientamento alla primary health care che enfatizzi la completezza del processo assistenziale e la salute complessiva del paziente [85] e implementi approcci basati su interventi multicomponente e multilivello [86,87].

#### Bibliografia

1. Eurostat (2020). Population: Structure indicators. Retrieved on <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demopjanind/default/table?lang=en>.
2. De Luca d'Alessandro E, Bonacci S, Giraldo G. Aging populations: the health and quality of life of the elderly. *Clin Ter* 2011; 162(1): e13-8.
3. Jaul E, Barron J. Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Front Public Health* 2017; 5: 335.
4. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Family Practice* 2015; 16: 102.
5. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of Care: The Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs* 2015; 20(3): 1.
6. Evashwick C. Creating the continuum of care. *Health Matrix* 1989; 7(1): 30-9.
7. Rochester-Eyeguokan CD, Pincus KJ, Patel RS, Reitz SJ. The Current Landscape of Transitions of Care Practice Models: A Scoping Review. *Pharmacotherapy* 2016; 36(1): 117-33.
8. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is 'continuity of care'? *J Health Serv Res Policy* 2006; 11(4): 248-50.
9. Chen H, Han T, Chen C. The effectiveness of continuing care models in patients with chronic diseases: a systematic review. *Hu Li Za Zhi* 2014; 61(2): 4-83.
10. Tarquini R, Coletta CD, Mazzoccoli G, Gensini GF. Continuity of care: an Italian clinical experience. *Intern Emerg Med* 2013; 8(7): 595-9.
11. Flanagan S, Damery S, Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health Qual Life Outcomes* 2017; 15(1): 188.
12. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1): 350.
13. Jordan RE, Majothi S, Heneghan NR et al. Supported self-management for patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence synthesis and economic analysis. *Health Technol Assess* 2015; 19(36): 1-516.
14. Takeda A, Martin N, Taylor RS, Taylor SJC. C. Disease management interventions for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 1(1): CD002752.
15. Pearson M, Hunt H, Cooper C, Shepperd S, Pawson R, Anderson R. Providing effective and preferred care closer to home: a realist review of intermediate care. *Health Soc Care Community* 2015; 23(6): 577-93.
16. Damery S, Flanagan S, Combes G. Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews. *BMJ Open* 2016; 6(11): e011952.
17. Band R, Bradbury K, Morton K et al. Intervention planning for a digital intervention for self-management of hypertension: a theory-, evidence- and person-based approach. *Implement Sci* 2017; 12(1): 25.
18. Di Tella S, Pagliari C, Blasi V, Mendozzi L, Rovaris M, Baglio F. Integrated telerehabilitation approach in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2020; 26(7-8): 385-399.
19. Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2017(2): CD004910.
20. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An Integrative Model of Patient-Centeredness - A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS One* 2014; 9(9): e107828.
21. Kruis AL, Smidt N, Assendel WJJ et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (10): CD009437.
22. Bongaerts BWC, Müssig K, Wens J et al. Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017; 7(3): e013076.
23. Hendry A, Vanhecke E, Carriazo AM et al. Integrated care models for managing and

- preventing frailty: A systematic review for the European Joint Action on Frailty Prevention (ADVANTAGE JA). *Transl Med UniSa* 2019; 19(2): 5-10.
24. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of transitional care services for chronically ill older patients: A Systematic Evidence Review. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65(7): 1597-1608.
  25. Manderson B, McMurray J, Piraino E, Stolee P. Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community* 2012; 20(2): 113-27.
  26. Olson DM, Prvu Bettger J, Alexander KP et al. Transition of Care for Acute Stroke and Myocardial Infarction Patients: From Hospitalization to Rehabilitation, Recovery, and Secondary Prevention. *Evid Rep Technol Assess* 2011; (202): 1-197.
  27. Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Heart Lung* 2016; 45(2): 100-13.
  28. Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 528.
  29. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 346.
  30. Mitchell GK, Burrige L, Zhang J et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness?. *Aust J Prim Health* 2015; 21(4): 391-408.
  31. John JR, Jani H, Peters K, Agho K, Tannous WK. The Effectiveness of Patient-Centred Medical Home-Based Models of Care versus Standard Primary Care in Chronic Disease Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised and Non-Randomised Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(18): 6886.
  32. Zhu Q-M, Liu J, Hu H-Y, Wang S. Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2015; 24(19-20): 2993-3005.
  33. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? London: Nuffield Trust, 2011.
  34. Kodner D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q* 2009; 13: 6-15.
  35. Ma E, Coleman EA, Fish R, Lin M, Kramer AM. Quantifying post-hospital care transitions in older patients. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5(2): 71-4.
  36. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297(8): 831-41.
  37. Golden AG, Tewary S, Dang S, Roos BA. Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *Gerontologist* 2010; 50(4): 451-8.
  38. Hendry A, Cariazo A, Vanhecke E, Rodriguez-Laso A. Integrated Care: A Collaborative ADVANTAGE for Frailty. *Int J Integr Care* 2018; 18(2): 1.
  39. Reed J, Cook G, Childs S, McCormack B. A literature review to explore integrated care for older people. *Int J Integrated Care* 2005; 5: 1-10.
  40. Harrison PL, Hara PA, Pope JE, Young MC, Rula EY. The impact of postdischarge telephonic follow-up on hospital readmissions. *Popul Health Manag* 2011; 14(1): 27-32.
  41. Hirschman K, Shaid E, McCauley K, Pauly M, Naylor M. Continuity of Care: The Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs* 2015; 20(3): 1.
  42. Kesteloot K. Disease Management: A new technology in need of critical assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1999; 15: 506-519.
  43. Ellrod G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. *JAMA* 1997; 278(20): 1687-92.
  44. Hunter DJ, Fairfield G. Disease management. *BMJ* 1997; 315(7099): 50-3.
  45. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS ONE* 2019; 14(8): e0220116.
  46. Geden E, Isaramalai SA, Taylor S. Influences of partners' views of asthma self-management and family environment on asthmatic adults' asthma quality of life. *Appl Nurs Res* 2002; 15(4): 217-226.
  47. Rosland AM, Heisler M, Choi HJ, Silveira MJ, Piette JD. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? *Chronic Illn* 2010; 6(1): 22-33.
  48. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law* 2010; 5(1): 71-90.
  49. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001; 20(6): 64-78.
  50. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28(1): 75-85.
  51. Nutting PA, Crabtree BF, Miller WL, Stange KC, Stewart E, Jaén C. Transforming physician practices to patient-centered medical homes: lessons from the National Demonstration Project. *Health Aff* 2011; 30(3): 439-45.
  52. Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R et al. The patient centered medical home. A systematic review. *Ann Intern Med* 2013; 158(3): 169-78.
  53. Stange KC, Nutting PA, Miller WL et al. Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home. *J Gen Intern Med* 2010; 25(6): 601-12.
  54. Fontaine P, Whitebird R, Solberg L, Tillema J, Smithson A, Crabtree B. Minnesota's early experience with medical home implementation: viewpoints from the front lines. *J Gen Intern Med* 2014; 30(7): 899-906.
  55. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1): 96.
  56. Luzinski CH, Stockbridge E, Craighead J, Bayliss D, Schmidt M, Seideman J. The community case management programme: for 12 years, caring at its best. *Geriatric Nursing* 2008; 29(3): 207-215.
  57. Bishop SE, Edwards JM, Nadkarni M. Charlottesville health access: a locality-based model of health care navigation for the homeless. *J Health Care Poor Underserved* 2009; 20(4): 958-63.
  58. Hendren S, Chin N, Fisher S et al. Patients' barriers to receipt of cancer care, and factors associated with needing more assistance from a patient navigator. *J Natl Med Assoc* 2011; 103(8): 701-10.
  59. Brown N, Vaughn NA, Lin AJ, Browne R, White M, Smith P. Healthy families Brooklyn: working with health advocates to develop a health promotion program for residents living in New York City hous-

- ing authority developments. *J Community Health* 2011; 36(5): 864-73.
60. Clark CR, Baril N, Kunicki M et al. Addressing social determinants of health to improve access to early breast cancer detection: results of the Boston REACH 2010 Breast and Cervical Cancer Coalition Women's Health Demonstration Project. *J Women's Health* 2009; 18(5): 677-90.
  61. Palinkas LA, Ell K, Hansen M, Cabassa L, Wells A. Sustainability of collaborative care interventions in primary care settings. *J Soc Work* 2011; 11(1): 99-117.
  62. Peretti A, Amenta F, Tayebati S, Nittari G, Mahdi SS. Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application. *JMIR Rehabil Assist Technol* 2017; 4(2): e7.
  63. Carey JR, Durfee WK, Bhatt E et al. Comparison of finger tracking versus simple movement training via telerehabilitation to alter hand function and cortical reorganization after stroke. *Neurorehabil Neural Repair* 2007; 21(3): 216-232.
  64. McCue M, Fairman A, Pramuka M. Enhancing quality of life through telerehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2010; 21(1): 195-205.
  65. Lees L. Making nurse-led discharge work to improve patient care. *Nurs Times* 2004; 100(37): 30-2.
  66. Gibbens C. Nurse-facilitated discharge for children and their families. *Paediatr Nurs* 2010; 22(1): 14-8.
  67. Couto JE, Comer DM. Patient engagement: The critical catalyst to health reform in the USA. *J Comp Eff Res* 2012; 1: 209-211.
  68. Clancy CM. Patient engagement in health care. *Health Serv Res* 2011; 46: 389-393.
  69. Graffigna G, Barello S, Riva G et al. Recommendation for patient engagement promotion in care and cure for chronic conditions. *Recenti Prog Med* 2017; 108(11): 455-475.
  70. Graffigna G, Barello S, Riva G et al. Italian Consensus Statement on Patient Engagement in Chronic Care: Process and Outcomes. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(11): 4167.
  71. Rothman AA, Wagner EH. Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? *Annals of Internal Medicine* 2003; 138(3): 256-261.
  72. Hsu H, Chiang Y, Lai Y, Lin L, Hsieh H, Chen J. Effectiveness of Multidisciplinary Care for Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2021; 18(1): 33-41.
  73. Vogeli C, Shields AE, Lee TA et al. Multiple Chronic Conditions: Prevalence, Health Consequences, and Implications for Quality, Care Management, and Costs. *Journal of General Internal Medicine* 2007; 22(3): 391-399.
  74. Doessing A, Burau V. Care coordination of multimorbidity: a scoping study. *J Comorb* 2015; 5: 15-28.
  75. Woodward J, Rice E. Case Management. *Nursing Clinics of North America* 2015; 50(1): 109-121.
  76. Elwyn G, Williams M, Roberts C, Newcombe RG, Vincent J. Case management by nurses in primary care: analysis of 73 'success stories'. *Qual Prim Care* 2008; 16(2): 75-82.
  77. Kelly L, Harlock J, Peters M, Fitzpatrick R, Crocker H. Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 358.
  78. Wodchis WP, Dixon A, Anderson GM, Goodwin N. Integrating care for older people with complex needs: Key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *International Journal of Integrated Care* 2015; 15: 1-15.
  79. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: An evidence review. *Journal of Health Services Research & Policy* 2015; 20(3): 177-188.
  80. Husovich ME, Zadro R, Zoller-Neuner LL et al. Process Management Framework: Guidance to Successful Implementation of Processes in Clinical Development. *Ther Innov Regul Sci* 2019; 53(1): 25-35.
  81. Lenz R, Reichert M. IT support for health-care processes – premises, challenges, perspectives. *Data & Knowledge Engineering* 2007; 61(1): 39-58.
  82. Huang Z, Lu X, Duan H. Using recommendation to support adaptive clinical pathways. *J Med Syst* 2012; 36(3): 1849-60.
  83. Poitras ME, Maltais ME, Bestard-Denomé L, Stewart M, Fortin M. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *BMC Health Services Research* 2018; 18: 446.
  84. Mead N, Bower P. Patient centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51(7): 1087-110.
  85. Schmittdiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23(1): 77-80.
  86. Lewis MA, Tania Fitzgerald TM, Zulkiewicz B, Peinado S, Williams PA. Identifying Synergies in Multilevel Interventions: The Convergence Strategy. *Health Educ Behav* 2017; 44(2): 236-244.
  87. Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Car J. Multicomponent interventions for enhancing primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2020; 71(702): e10-e21.

*Maria Rosaria Cozzolino*  
Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità  
Pubblica – Sezione di Igiene, Università  
Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

*Elettra Carini*  
Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità  
Pubblica – Sezione di Igiene, Università  
Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

*Francesco Castrini*  
Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità  
Pubblica – Sezione di Igiene, Università  
Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

*Albino Grieco*  
Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità  
Pubblica – Sezione di Igiene, Università  
Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

*Andrea Di Pilla*  
Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità  
Pubblica – Sezione di Igiene, Università  
Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia  
Direzione Governo Clinico, Fondazione  
Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS,  
Roma, Italia

*Maria Lucia Specchia*  
Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità  
Pubblica – Sezione di Igiene, Università  
Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia  
Direzione Governo Clinico, Fondazione  
Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS,  
Roma, Italia

*Corrispondenza:*  
[marialucia.specchia@unicatt.it](mailto:marialucia.specchia@unicatt.it)  
0630154396