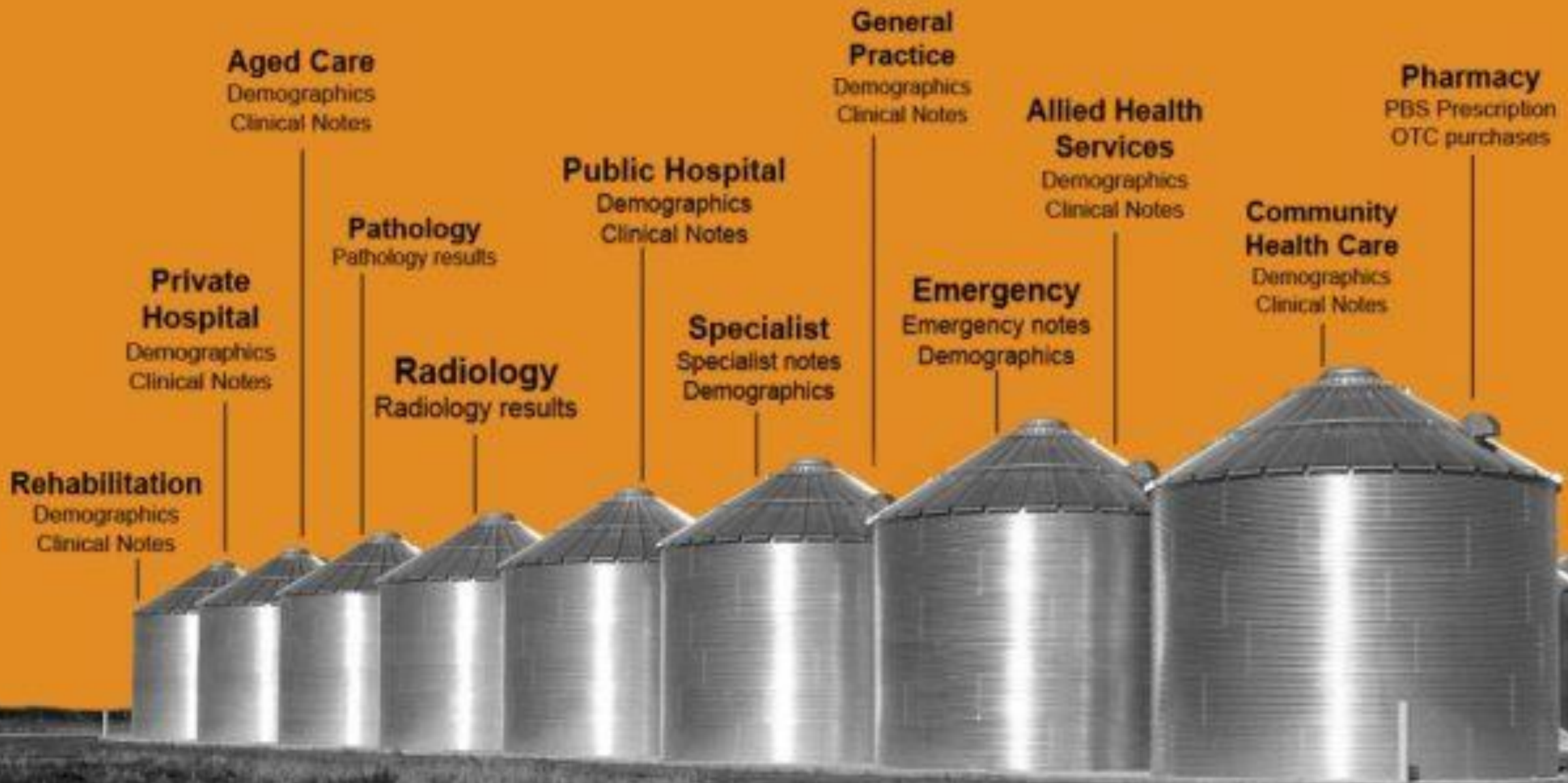




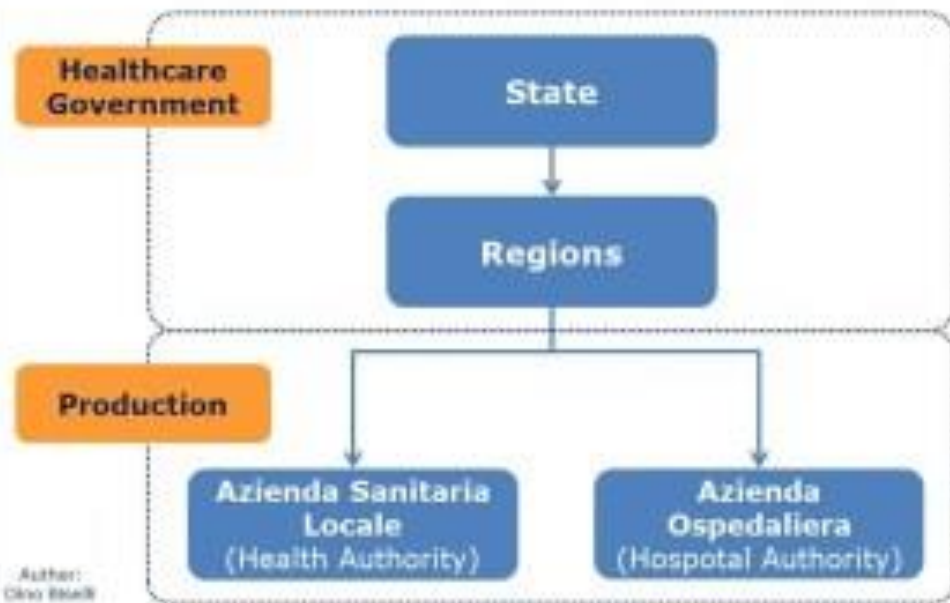
# L'INTEGRAZIONE CHE FUNZIONA, DAI SILOS AL SISTEMA: EVIDENZE E STRATEGIE DI POLICY PER L'INTEGRATED HEALTH CARE



Walter De Caro  
PhD, MSc, RN, FFNMRC SI  
[w.decaro@cnaipro.it](mailto:w.decaro@cnaipro.it) – [w.decaro@gmail.com](mailto:w.decaro@gmail.com)  
+ 39 3493250351



### Italian National Health System – General Layout



### Classic Model



# DAI SILOS AL SISTEMA

**Il Problema:** I sistemi sanitari tradizionali continuano ad operare per "silos" frammentati (acuti vs comunità, sanitario vs sociale), causando inefficienze e cure disgiunte.

**La Sfida Demografica:** L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità richiedono un cambio di paradigma.

**L'Obiettivo:** Superare la frammentazione per fornire cure coordinate, centrate sulla persona e sostenibili.

**Messaggio Chiave:** L'integrazione non è un intervento standardizzato, ma un insieme emergente di pratiche dipendenti dal contesto.

La letteratura evidenzia che l'integrazione efficace richiede un allineamento strategico tra finanziamenti, sistemi informativi e collaborazione interprofessionale.

Non basta cambiare la struttura; serve cambiare la cultura.

# CARATTERISTICHE DELLO STUDIO



## 48 studi esaminati

La revisione integrativa ha incluso 48 studi e documenti di policy su prove e politiche nell'assistenza sanitaria integrata



## Diversi contesti internazionali

Gli studi provenivano da diversi paesi e sistemi sanitari, riflettendo l'interesse globale per l'assistenza infermieristica integrata



## Prevalenza di studi in cure primarie e comunitarie

La maggior parte degli studi (36) si è concentrata su contesti di assistenza sanitaria primarie e comunitarie, con 12 studi che hanno esaminato popolazioni anziane con condizioni croniche

**Questa revisione integrativa ha fornito una panoramica degli studi internazionali sulle politiche e le prove relative all'assistenza sanitaria integrata, con una particolare attenzione ai ruoli infermieristici in diversi contesti di cura.**



# GLOSSARIO



- **Social Care:** Si traduce con "**Assistenza sociale**". In Italia, quando questa si integra con la parte medica, si parla spesso di "**Assistenza socio-sanitaria**".
- **Supported discharge:** Il termine tecnico italiano corrispondente è "**Dimissioni protette**". Indica il processo organizzato di transizione del paziente dall'ospedale (per acuti) al domicilio o a strutture territoriali, garantendo la continuità delle cure.
- **Acute medical care:** Si riferisce alle "**cure per acuti**" (generalmente l'assistenza ospedaliera per patologie improvvise o gravi).
- **Primary (medical) care:** Corrisponde all"**Assistenza primaria**" (o cure primarie), ovvero il primo livello di contatto con il sistema sanitario (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, servizi territoriali).
- **Single needs assessment:** Tradotto con "**valutazione unica dei bisogni**". In Italia questo concetto è spesso attuato tramite le UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) che generano un PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).
- **Repeat emergency admissions:** Si riferisce alle "**ri-ammissioni**" o ai "**ricoveri ripetuti**" che avvengono passando per il pronto soccorso/emergenza.
- **Public Health = Sanità pubblica:** Si riferisce alla scienza e all'arte di prevenire le malattie e promuovere la salute attraverso l'impegno organizzato della società.
- **Seamless = Senza soluzione di continuità:** In ambito amministrativo e sanitario italiano, questa è l'espressione tecnica corretta per indicare un percorso in cui non ci sono interruzioni o "buchi" tra un servizio e l'altro (es. il passaggio dal medico all'assistente sociale avviene in modo fluido).
- **Service users = Utenti dei servizi:** Nel sistema socio-sanitario italiano, le persone che usufruiscono delle prestazioni sono definite "utenti" (o talvolta "assistiti").
- **Supported discharge = Dimissioni protette:** È il termine specifico per indicare il passaggio organizzato del paziente dall'ospedale (fase acuta) al territorio, garantendo continuità assistenziale.
- **Acute medical care = Cure per acuti:** Si riferisce all'assistenza ospedaliera per patologie improvvise o fasi critiche.
- **Primary care = Assistenza primaria:** Il primo livello di accesso al sistema sanitario (Medici di Medicina Generale, servizi territoriali).
- **Single needs assessment = Valutazione unica dei bisogni:** Spesso effettuata tramite Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).
- **Care plan = Piano di cura:** In Italia corrisponde spesso al PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

# INTEGRATED HEALTH CARE



**WHO:** "L'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari in modo che le persone ricevano le cure di cui hanno bisogno, quando ne hanno bisogno, in modi facili da usare, che ottengano i risultati desiderati e offrano un buon rapporto costo-qualità

## **Elementi Costitutivi:**

- Integrazione Clinica (livello micro/paziente).
- Integrazione Professionale (livello meso/team).
- Integrazione Organizzativa (livello meso/strutture).
- Integrazione Funzionale (livello macro/finanziamenti).

**È fondamentale distinguere tra i vari livelli.  
L'obiettivo finale è l'integrazione "seamless" (senza soluzione di continuità)  
tra cure mediche, assistenza sociale e sanità pubblica.**

# INTEGRATED HEALTH CARE

## Assistenza sociale e

### sanità pubblica:

Es. **prevenire** problemi di salute o **infortuni** evitabili, anche attraverso servizi di riabilitazione e intervento precoce. Valutare i bisogni di salute della popolazione. Monitorare la salute e la sorveglianza delle malattie.

**Valutare gli interventi sanitari e sociali.**

## Assistenza sociale e assistenza medica:

Es. dimissioni protette dalle cure per acuti verso l'assistenza primaria e sociale.

Assistenza medica primaria e assistenza sociale che operano sulla base di una valutazione unica dei bisogni e di un piano di cura. Impatto dell'assistenza medica primaria e sociale sulla riduzione dei ricoveri d'urgenza ripetuti.

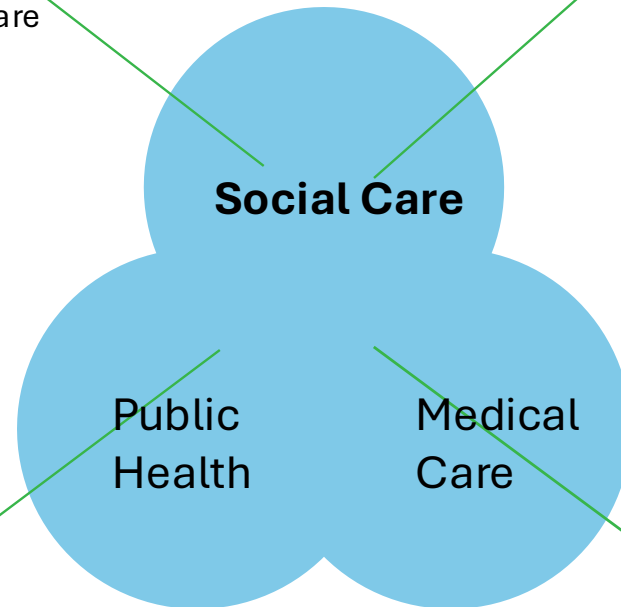
## Sanità pubblica e assistenza medica:

Es. **valutare** i bisogni di salute della popolazione. Prevenire problemi di salute e malattie legate allo stile di vita, e affrontarne i determinanti. **Monitorare** la salute e la sorveglianza delle malattie.

**Valutare** gli interventi sanitari.

## Assistenza sociale, assistenza medica e sanità pubblica:

Es. massimizzare la salute e il benessere di ciascun individuo e della popolazione nel suo complesso. Assistenza sanitaria e sociale senza soluzione di continuità per gli utenti dei servizi che ne necessitano.



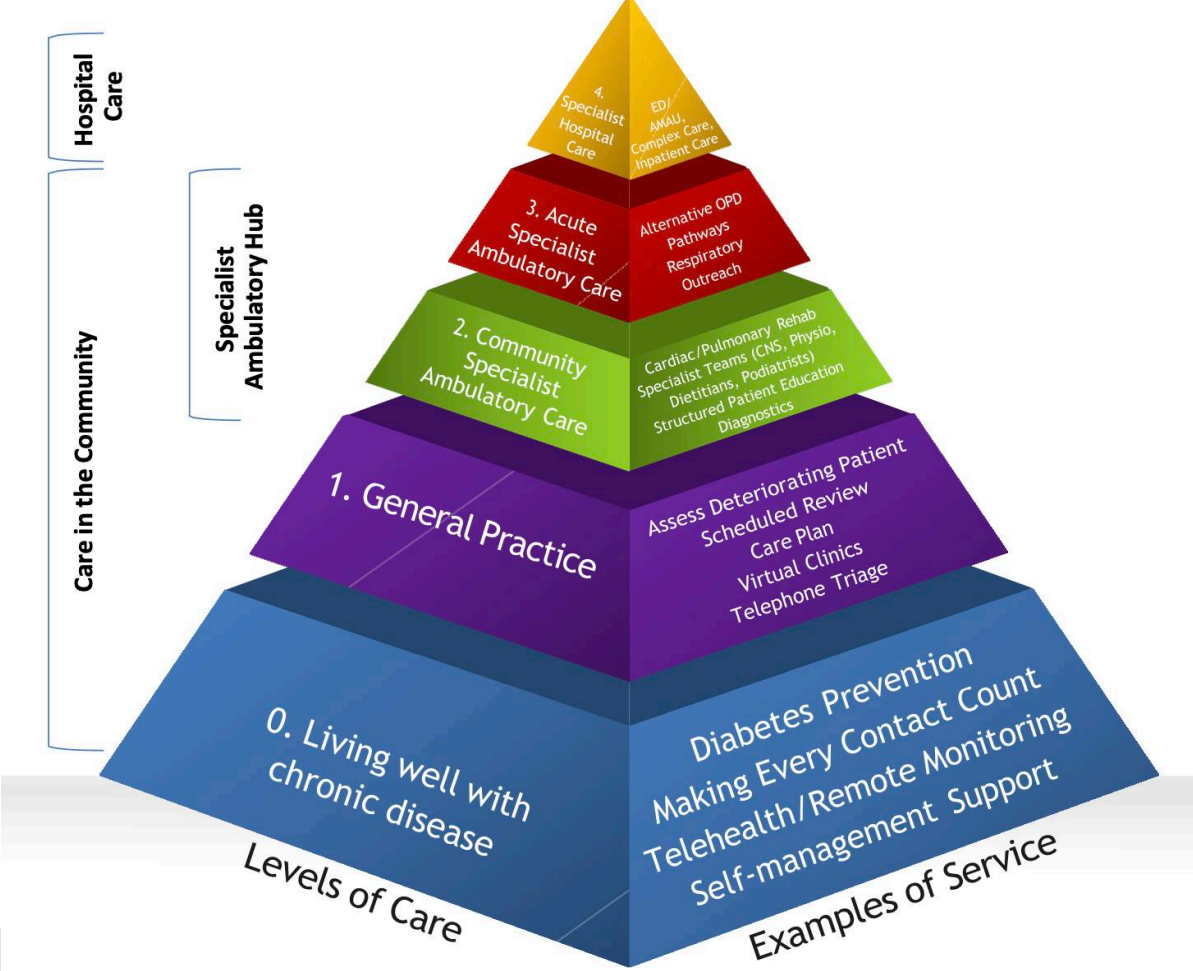
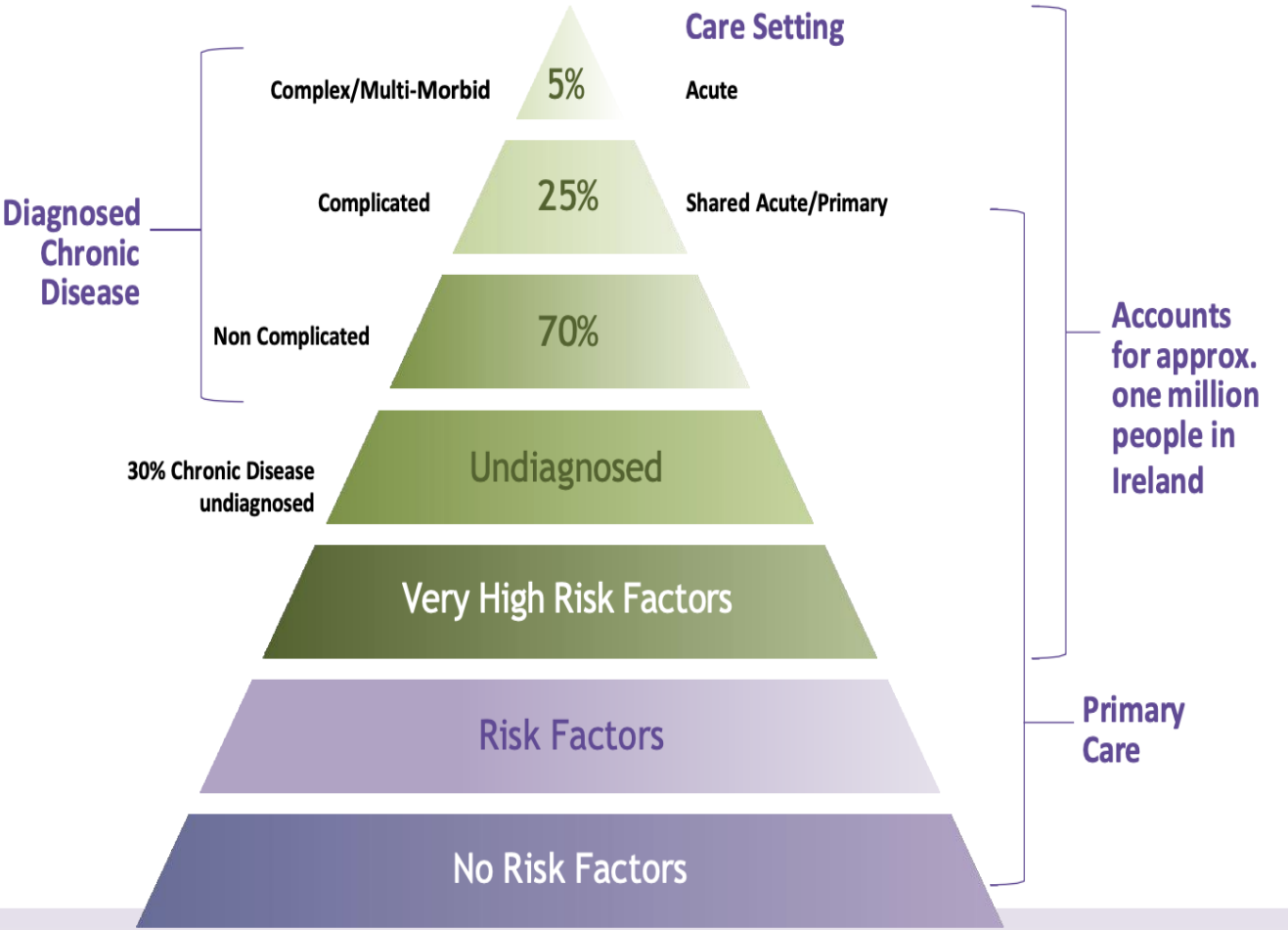


# ESEMPI DI INIZIATIVE



- Italia: Sviluppo di reti di assistenza domiciliare integrate e telemedicina.
- Irlanda: Framework per l'integrated health care e pratica avanzata
- Spagna: Implementazione di modelli di chronic care management e integrazione tra servizi sanitari e sociali.
- Regno Unito: Creazione di Integrated Care Systems (ICS) per coordinare l'assistenza a livello locale.
- Germania: Enfasi sulla gestione delle malattie croniche e sulla promozione della salute.
- Usa: esempi di macro-integrazione: Veterans Health Affairs

# INTEGRATED HEALTH CARE



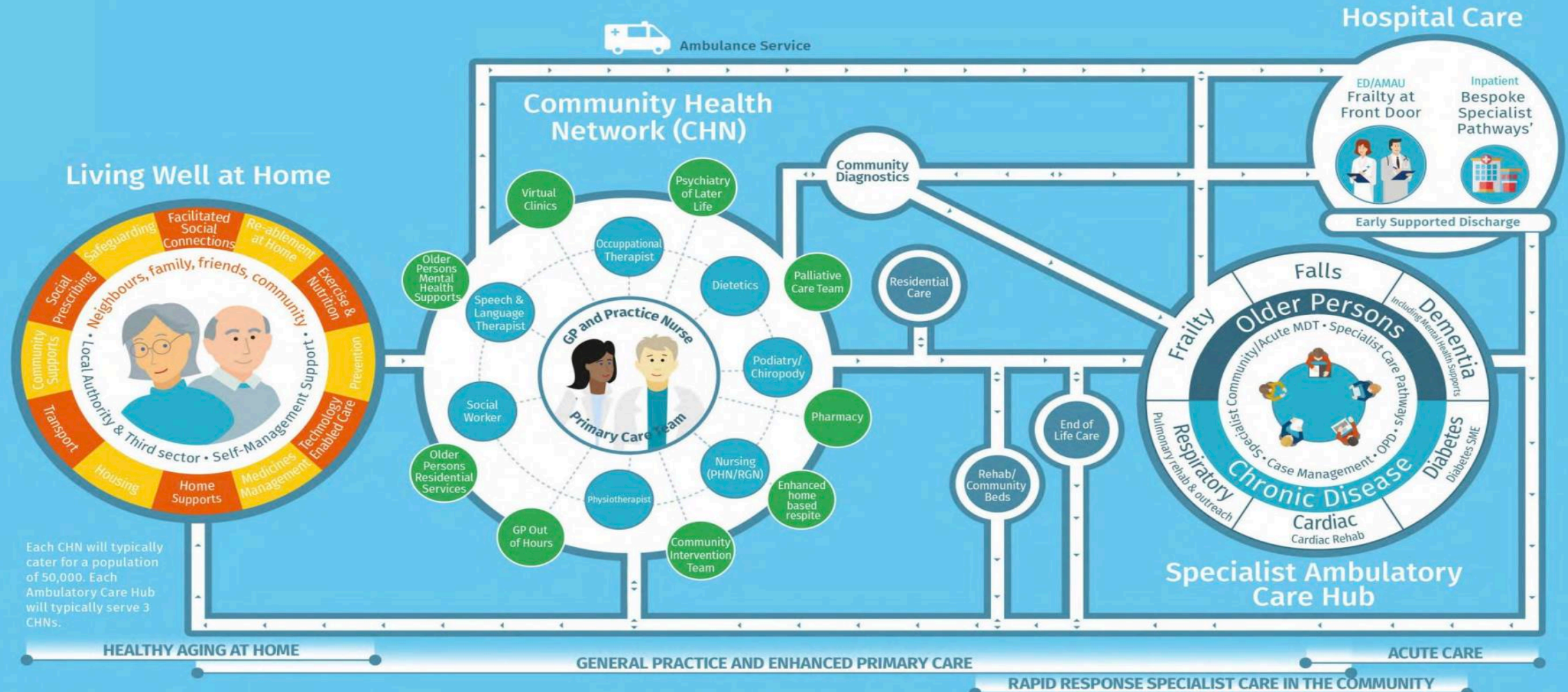
# INTEGRATED HEALTH CARE

## Older Persons/Chronic Disease Service Model



Shift Left of  
Resources & Activity

Least Intensive Setting / Care / Interventions



# L'EVOLUZIONE DELLE STRATEGIE (SCIENTIFIC FRAMEWORK)



L'analisi della letteratura evidenzia sei "shift" fondamentali nelle strategie di integrazione

- **Da Orizzontale a Verticale:** Non solo unire servizi simili, ma collegare i livelli di cura (primario -> terziario).
- **Da Acuti a Comunità:** Spostamento del baricentro dall'ospedale ai servizi territoriali e sociali.
- **Da Economia a Valore:** Focus non solo sul taglio dei costi, ma sulla qualità e il valore per il paziente.
- **Da Organizzazione a Paziente:** Misurazione basata sugli esiti riferiti dal paziente e non solo su metriche amministrative.
- **Da Strutturale a Culturale:** Riconoscimento che cambiare l'organigramma non basta senza cambiare le norme e le relazioni.
- **Da Regionale a Popolazione-Specifica:** Targetizzazione basata sulla stratificazione del rischio



# MODELLI ORGANIZZATIVI A CONFRONTO



## 1. Modelli Basati sulla Comunità (Community-Based):

- *Caratteristiche:* Cooperazione tra provider indipendenti differenziati, focus su cure domiciliari.
- *Esempio:* SIIPA (Canada), Case della Salute/di Comunità (Italia).
- *Vantaggi:* Flessibilità locale, ruolo attivo nel coordinamento socio-sanitario.

## 2. Modelli su Larga Scala (Large-Scale):

- *Caratteristiche:* Governance unificata, budget unico, autorità amministrativa singola.
- *Esempio:* Kaiser Permanente (USA), Veterans Health Administration.
- *Vantaggi:* Coerenza nell'implementazione, economie di scala.

Le evidenze suggeriscono che i modelli su larga scala sono efficaci per intere popolazioni, mentre quelli comunitari eccellono nell'adattamento locale ma faticano nella scalabilità.

# EVIDENZE DI EFFICACIA (DATI QUANTITATIVI)



- **Riduzione Ospedalizzazione Impropria:**
  - *Studio SIPA (Canada): -50%* di degenze ospedaliere per "alternate level of care» (bed blocking).
- **Prevenzione del Declino Funzionale:**
  - *Programma PRISMA (Quebec): -137 casi* di declino funzionale per 1.000 anziani all'anno.
- **Utilizzo Risorse (Italia - Case della Salute/di comunità):**
  - Riduzione significativa visite specialistiche, accessi al Pronto Soccorso e giorni di degenza
- **Soddisfazione:**
  - Aumento della soddisfazione dei caregiver senza aumento del carico di lavoro o dei costi vivi.

Le evidenze più forti riguardano le popolazioni anziane vulnerabili.  
Per le popolazioni generali, i risultati non forniscono risultati chiari di miglioramento a



# IL TRADE-OFF DEI COSTI



## Impatto Economico: Redistribuzione, non Eliminazione

**Il Mito:** L'integrazione riduce drasticamente la spesa totale nel breve termine.

### La Realtà Scientifica:

- L'integrazione **redistribuisce** i costi.
  - *Esempio SIPA:* I costi comunitari sono aumentati (+C\$3.390), ma compensati dalla riduzione dei costi istituzionali/ospedalieri (-C\$3.770).
  - *Risultato:* Neutralità di costo totale o lieve contenimento, ma con migliore qualità di vita.
- **Implicazione di Policy:** Investire nei servizi territoriali è necessario per ridurre la pressione sugli ospedali, ma richiede un trasferimento reale di risorse

# MECCANISMI DI POLICY (LEVERS)

## Leve per l'Implementazione



### Finanziamento Allineato:

1. Passaggio dal *Fee-for-Service* a pagamenti "a pacchetto" (Bundled Payments) o Capitation.
2. Esempio: "Money Follows the Patient" (MFTP) in Irlanda o tariffe omnicomprehensive.

### Sistemi Informativi (ICT):

Cartelle cliniche elettroniche condivise e identificativi unici del paziente sono prerequisiti essenziali

### Governance:

Creazione di ruoli di "Integratore" e partnership tra settori (Sanità + Sociale + Accademia).

### Forza Lavoro/Organici:

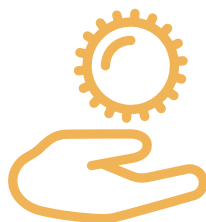
Team multidisciplinari e formazione congiunta per superare il "tribalismo professionale"

# FUNZIONI INFERMIERISTICHE



## **Coordinamento**

Infermieri che svolgono un ruolo centrale nel coordinamento dei servizi e delle cure per pazienti, in particolare anziani con condizioni croniche.



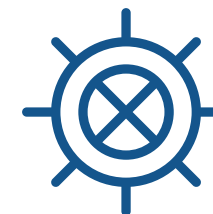
## **Case manager**

Infermieri che gestiscono in modo olistico il percorso di cura dei pazienti, effettuando valutazioni, sviluppando piani di assistenza e collaborando con team multidisciplinari.



## **Prevenzione e gestione delle malattie croniche**

Infermieri di pratica e avanzata e prescrittori che si occupano di attività che spaziano dalla prevenzione alla gestione di malattie complesse, con particolare attenzione alla terapia farmacologica.



## **Ruoli di leadership**

Infermieri che assumono posizioni di leadership nell'integrazione delle cure, partecipando a progetti di miglioramento della qualità e attività di advocacy per i cambiamenti di policy.

**Gli infermieri svolgono ruoli fondamentali nell'assistenza sanitaria integrata, agendo come coordinatori delle cure, case manager, esperti nella gestione delle malattie croniche e leader nell'integrazione e nel miglioramento della qualità delle cure.**

# I 4 LIVELLI DI ALLINEAMENTO



Perché l'integrazione funzioni, quattro livelli devono allinearsi simultaneamente:

- **Macro (Policy):** Ambiente normativo di supporto, impegno politico, finanziamenti adeguati.
- **Meso (Organizzazione):** Cultura della partnership, infrastruttura ICT, leadership condivisa.
- **Micro (Team):** Collaborazione interprofessionale basata sulla fiducia e sulle relazioni personali
- **Individuale (Paziente):** Pazienti attivati, coinvolti e "empowered".

**I programmi che agiscono su uno solo di questi livelli tendono a fallire.**

# AMBIENTE NORMATIVO E FATTORI REGOLAMENTARI



## **Variazione dei quadri normativi tra paesi e sistemi sanitari**

I quadri normativi a sostegno dell'assistenza integrata differivano notevolmente tra i vari contesti, riflettendo le diverse priorità e approcci politici.



## **Divario tra politiche e pratiche**

Erano comuni i divari tra le politiche di supporto concettuale all'assistenza integrata e le barriere normative e finanziarie che ne ostacolavano l'attuazione pratica.



## **Politiche di supporto concettuale**

Molti paesi avevano politiche che sostenevano concettualmente l'integrazione dell'assistenza sanitaria, ma che non riuscivano a tradurre efficacemente questo supporto in azioni concrete.



## **Barriere normative e finanziarie**

Le politiche spesso creavano barriere di tipo normativo e finanziario che ostacolavano l'effettiva realizzazione dell'assistenza sanitaria integrata.

**Per superare le sfide dell'ambiente normativo e regolamentare, sono necessari sforzi concertati a livello nazionale, organizzativo e di squadra per allineare le politiche alle pratiche e rimuovere le barriere che ostacolano l'integrazione dell'assistenza sanitaria.**

# SFIDE E BARRIERE - OSTACOLI



- **Silos di Finanziamento:** Separazione dei budget tra Sanità (spesso assicurativa/fiscale) e Sociale (spesso enti locali). «Finché i fondi sono separati, ci saranno tensioni»
- **Resistenza Culturale:** «Tribalismo professionale», paura della perdita di autonomia clinica, gestione gerarchica.
- **Deficit Tecnologico:** Mancanza di interoperabilità dei dati tra ospedale e territorio.
- **Tempo:** L'integrazione richiede anni per mostrare risultati. Molte esperienze estere hanno richiesto 4 anni per mostrare impatti sul declino funzionale.



# STRATEGIE PER IL FUTURO



- **Approccio PDSA (Plan-Do-Study-Act):** Cicli rapidi di miglioramento per testare cambiamenti su piccola scala prima dell'implementazione nazionale
- **Implementation Science:** Focus su leadership, competenze e driver organizzativi.
- **Adattamento Locale:** Evitare modelli standardizzati "top-down". Le policy devono definire la direzione, ma permettere l'adattamento locale
- **Inclusione del Sociale:** Integrare l'assistenza sociale nei modelli di finanziamento (es. Universal Health Insurance) per evitare «fratture» nella cura/assistenza dei pazienti complessi.

# CONCLUSIONI



- 1.L'integrazione è necessaria:** Per la sostenibilità del sistema e la qualità della vita dei pazienti fragili.
- 2.Non esiste una «taglia unica»:** Il successo dipende dall'adattamento al contesto locale e alla popolazione target.
- 3.È un investimento a lungo termine:** Richiede stabilità politica, visione pluriennale e pazienza per vedere i risultati sugli outcome di salute.
- 4.Focus sulle Relazioni:** Le strutture sono importanti, ma sono le relazioni e la cultura collaborativa a fare la differenza.

**L'obiettivo è un sistema centrato sui bisogni delle persone, non sulle strutture che erogano le cure.**



# From Policy to Practice: Elevating Nursing and Midwifery Prescribing in Europe



Save the Date: December 3, 2025



14:00-16:00 CET (Geneva time)



Advancing Nursing Prescription Authority:  
European



Join EFN, EFNNMA & WHO Europe for expert  
insights from across the continent!



Register now:

<https://bit.ly/webinarnurseprescribing>

[https://eu01web.zoom.us/webinar/register/WN\\_LWRHVb2CQ6O5yMNDJK6uzQ](https://eu01web.zoom.us/webinar/register/WN_LWRHVb2CQ6O5yMNDJK6uzQ)



bitly



**Consociazione Nazionale Associazioni Infermiere/i**



**80 ANNI DI CNAI**

**Assistenza infermieristica.  
Libertà. Eredità. Futuro.**

**Roma, 1-3 marzo 2026**

**[80@cnaipro.it](mailto:80@cnaipro.it)**





# L'INTEGRAZIONE CHE FUNZIONA, DAI SILOS AL SISTEMA: EVIDENZE E STRATEGIE DI POLICY PER L'INTEGRATED HEALTH CARE



Walter De Caro  
PhD, MSc, RN, FFNMRC SI  
[w.decaro@cnaipro.it](mailto:w.decaro@cnaipro.it) – [w.decaro@gmail.com](mailto:w.decaro@gmail.com)  
+ 39 3493250351