

## I requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale

Oggi possiamo ritenere di essere in grado di monitorare e valutare quasi tutti gli aspetti gestionali e di qualità degli ospedali. Ben diversa è la situazione per la medicina territoriale e per le reti di servizi sanitari e sociali non ospedalieri: anche se l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria è tra gli scopi già indicati nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 1978, scarsi sono stati i risultati ottenuti.

Per questo SIQuAS ha organizzato un "percorso" di confronto sui temi della qualità nell'integrazione tra sanità e sociale pervenendo ad una nuova Raccomandazione. Alla base, la convinzione che l'obiettivo dell'integrazione debba passare da una modalità prestazionale ? curare al meglio una malattia di un paziente ? ad una cultura di servizio in cui ci si prende cura di una persona.

Questa Raccomandazione è dunque volta a:

- individuare i possibili requisiti, obiettivi e standard centrati sul benessere del paziente, l'assegnazione di responsabilità individuali e professionali, i risultati attesi;
- fornire un quadro di letteratura e prassi – modelli ed evidenze – sul tema dell'integrazione fra i servizi, sanitari e sociali, preposti alla tutela della salute e del benessere dei cittadini;
- analizzare i sistemi esistenti di classificazione delle strutture/servizi in base alle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali e alle prestazioni erogate;
- svolgere una analisi di contesto sulle filiere assistenziali individuando quadri normativi, risorse impegnate, mandatari, attori e utenti;
- analizzare i diversi modelli di reti, i loro punti di forza e di debolezza, le possibili proposte di miglioramento e le migliori pratiche.

La Raccomandazione, prima nel suo genere in Italia e in Europa, sintetica e di facile consultazione, è una guida fondamentale per gli Enti, Organizzazioni, Aziende, Strutture del settore per costruire, utilizzare e valutare i propri programmi, supportata da banche dati, osservatori, nomenclatore, e glossario.

All'indirizzo [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it), accedendo alla Biblioteca Multimediale, sono riportati approfondimenti tematici.

**La SIQuAS**, Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, costituita nel 1987, è stata la prima società per la qualità in sanità in Europa. È stata socia fondatrice della ISQH, International Society for Quality in Health, e della ESQH, European Society for Quality in Health. Edita dal 1987 una rivista QA. Ha editato 15 Raccomandazioni scientifiche sui temi tipici della gestione in sanità.

**FrancoAngeli**  
La passione per le conoscenze

€ 26,00 (U)

1426.1

A. APICELLA, G. BANCHIERI, F. DI STANISLAO, L. GOLDONI, V. SABATINI  
**I REQUISITI DI QUALITÀ NELL'INTEGRAZIONE TRA SANITÀ E SOCIALE**

# I requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale

## Raccomandazione Nazionale SIQuAS

A cura di Anna Apicella, Giorgio Banchieri,  
Francesco Di Stanislao, Lidia Goldoni,  
Veronica Sabatini

FrancoAngeli

**SIQuAS, Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria**



Oggi possiamo ritenere di essere in grado di monitorare e valutare quasi tutti gli aspetti gestionali e di qualità degli ospedali. Ben diversa è la situazione per la medicina territoriale e per le reti di servizi sanitari e sociali non ospedalieri: anche se l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria è tra gli scopi già indicati nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 1978, scarsi sono stati i risultati ottenuti.

Per questo SIQuAS ha organizzato un "percorso" di confronto sui temi della qualità nell'integrazione tra sanità e sociale pervenendo ad una nuova Raccomandazione. Alla base, la convinzione che l'obiettivo dell'integrazione debba passare da una modalità prestazionale ? curare al meglio una malattia di un paziente ? ad una cultura di servizio in cui ci si prende cura di una persona.

Questa Raccomandazione è dunque volte a:

- individuare i possibili requisiti, obiettivi e standard centrati sul benessere del paziente, l'assegnazione di responsabilità individuali e professionali, i risultati attesi;
- fornire un quadro di letteratura e prassi – modelli ed evidenze – sul tema dell'integrazione fra i servizi, sanitari e sociali, preposti alla tutela della salute e del benessere dei cittadini;
- analizzare i sistemi esistenti di classificazione delle strutture/servizi in base alle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali e alle prestazioni erogate;
- svolgere una analisi di contesto sulle filiere assistenziali individuando quadri normativi, risorse impegnate, mandatari, attori e utenti;
- analizzare i diversi modelli di reti, i loro punti di forza e di debolezza, le possibili proposte di miglioramento e le migliori pratiche.

La Raccomandazione, prima nel suo genere in Italia e in Europa, sintetica e di facile consultazione, è una guida fondamentale per gli Enti, Organizzazioni, Aziende, Strutture del settore per costruire, utilizzare e valutare i propri programmi, supportata da banche dati, osservatori, nomenclatore, e glossario.

All'indirizzo [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it), accedendo alla Biblioteca Multimediale, sono riportati approfondimenti tematici.

**La SIQuAS**, Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, costituita nel 1987, è stata la prima società per la qualità in sanità in Europa. È stata socia fondatrice della ISQH, International Society for Quality in Health, e della ESQH, European Society for Quality in Health. Edita dal 1987 una rivista QA. Ha editato 15 Raccomandazioni scientifiche sui temi topici della gestione in sanità.



€ 26,00 (U)



1426\_1

A. APICELLA, G. BANCHIERI, F. DI STANISLAO, L. GOLDONI, V. SABATINI  
**I REQUISITI DI QUALITÀ NELL'INTEGRAZIONE TRA SANITÀ E SOCIALE**

# I requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale

## Raccomandazione Nazionale SIQuAS

A cura di Anna Apicella,  
Giorgio Banchieri,  
Francesco Di Stanislao,  
Lidia Goldoni,  
Veronica Sabatini

SIQuAS, Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria



**FrancoAngeli**





## **RACCOMANDAZIONE SIQuAS 2012**

**Titolo:**

**“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”**

### **INDICE DELLA RACCOMANDAZIONE\***

**Prefazione** (*Andrea Gardini, Presidente SIQuAS*)

**Introduzione**

#### **Capitolo1 - Il metodo**

1. La metodologia di lavoro
2. La composizione del gruppo

#### **Capitolo 2 - L’integrazione tra sanità e sociale e lo stato dell’arte**

1. L’integrazione in letteratura scientifica
2. L’integrazione oggi: analisi del rapporto
3. L’integrazione e l’allocazione delle risorse
4. L’integrazione e i riferimenti normativi
5. Le parole dell’integrazione

#### **Capitolo 3 - La qualità dell’integrazione tra sanità e sociale**

1. La qualità dell’integrazione: criteri e requisiti
2. Obiettivi, aree e destinatari
3. Contenuti e dimensioni

#### **Capitolo 4 - Qualità ed esperienze**

1. Un sistema di autovalutazione dei progetti di integrazione
2. La rilettura delle buone prassi

#### **Capitolo 5 - Prospettive, strumenti e opportunità**

1. I percorsi futuri dell’integrazione: dimensioni qualificanti
2. Integrazione nel territorio, nella comunità e nella città
3. Gli strumenti per il governo dell'integrazione
4. L'integrazione nella programmazione

#### **Capitolo 6 - Le raccomandazioni**

1. Contenuti e destinatari

#### **Appendici**

Glossario sull’integrazione sociosanitaria

Schema di autovalutazione dei progetti di integrazione socio sanitaria

#### **Allegati**

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	--	---

\*Coordinamento, introduzione e revisione finale a cura dei coordinatori:

- Anna Apicella,
- Giorgio Banchieri,
- Francesco di Stanislao,
- Lidia Goldoni.

Nello specifico, la redazione dei capitoli è stata curata da:

- Apicella Anna: Cap. 1, paragrafi 1 e 2.
- Banchieri Giorgio: Cap. 2, paragrafo 3; Cap. 4, paragrafo 2; Cap. 5, paragrafo 4.
- Di Stanislao Francesco: Cap. 2, paragrafo 1; Cap. 3, paragrafo 1.
- Goldoni Lidia: Cap. 3, paragrafi 2 e 3; Cap. 5, paragrafo 2.
- Gardini Andrea, Cap. 4, paragrafo 1.
- Bugliari Armenio Leonilda: Cap. 2, paragrafi 4- 5, Glossario.
- Bellentani Mariadonata: Cap. 2, paragrafi 4- 5, Glossario.
- Fauni Loredana: Cap. 4, paragrafo 1.
- Fortino Antonio: Cap. 2, paragrafo 5, Capitolo 5, paragrafo 4, Glossario.
- Ricci Stefano: Cap.2, paragrafo 2; Cap.5, paragrafo 1.
- Sabatini Veronica: Cap. 2, Paragrafo 3; Cap. 4, paragrafo 2.
- Vernerò Sandra: Cap. 4, paragrafo 1.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

## Introduzione

(Andrea Gardini, Presidente SIQuAS)

E' abbastanza chiaro che il lavoro volontario, quello fatto nei ritagli di tempo, da un gruppo motivato di professionisti competenti dà i migliori risultati. E' successo a Sabin, a Koch, a Donabedian. I professionisti competenti, perché il lavoro riesca bene, devono essere anche indipendenti da potentati economici o interessi precostituiti. L'unica motivazione, perché il lavoro riesca bene, è la curiosità.

E ci rendeva curiosi, circa quattro anni fa, il fatto che tutto il mondo dei servizi sociali e sanitari facesse piani, progetti, programmi di integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari spesso avulsi dalla realtà con tanta teoria in testa, ma con poche capacità di analisi e di sintesi....Di analisi magari tanta, ma in quanto alla sintesi.....ed all'applicazione poi....quintali di carta scritta, poche realizzazioni pratiche, le persone ammalate sempre con problemi di continuità assistenziale, ad aspettare una carta, un permesso, un operatore disponibile....

Eh, si....l'integrazione fra i servizi sanitari e quelli sociali è un evento che accade ogni giorno, più volte al giorno, ma non è detto che sia di buona qualità. Quando nel 2007 il consiglio Direttivo della Società Italiana per la Qualità dell'assistenza sanitaria ( SIQuAS-VRQ) nel completare il suo decennale percorso per la definizione di raccomandazioni sugli strumenti per la qualità si è interrogato su che cos'è qualità nell'integrazione fra i servizi sanitari e quelli sociali, qualcuno ha ridacchiato, altri hanno francamente riso, un caro amico esperto internazionale di accreditamento ha commentato “ *Accreditation in social services?.....what a funny urpose....!*)..... Invece c'era tutto da capire, prima di applicare qualsiasi strumento della qualità.

Dopo quattro anni di lavoro avete a disposizione i risultati di questa ricerca, totalmente effettuata da amici di SIQuAS, volontariamente, amici generosi, desiderosi di mettersi assieme in un percorso di conoscenza che vorremmo porti luce e trasparenza ad un oggetto, quello dell'integrazione fra i servizi sanitari e sociali che dovrebbe essere ben noto a quanti governano i servizi sanitari e sociali e su questi investono i proventi del prelievo fiscale. I servizi sociali e i servizi sanitari pubblici infatti appartengono alle persone che vivono in Paese e sono pagati con i loro soldi, le famose tasse che, se non pagate, ne riducono le potenzialità.

Il metodo rigoroso, la bibliografia, i confronti anche importanti che ci sono stati in questo periodo e che hanno coinvolto tutti gli Autori fanno di queste Raccomandazioni SIQuAS un pezzo unico in Italia e, per le difficoltà trovate a reperire fonti bibliografiche internazionali, anche europee.

Abbiamo voluto mettere assieme una forte base di conoscenza per quelli che in futuro si troveranno a dover organizzare e gestire il settore della nostra civiltà più delicato, quello che desidera garantire ad ogni persona che appartiene ai nostri Paesi, martoriati dalla crisi di un modello di consumi e di vita che fa ancora fatica a trovare alternative credibili, ma che così com'è ha mostrato tutta la sua debolezza ed incapacità a dare benessere alle persone ed alle comunità. Il testo che vi presentiamo è il frutto di questo lavoro, per il quale le persone che vi hanno partecipato ci hanno messo, anche economicamente, del proprio, hanno offerto la propria esperienza e la propria intelligenza, hanno dato la loro disponibilità a mettere in discussione le proprie idee ed i propri dati.

Integrare i servizi sanitari con quelli sociali oggi significa rendersi conto che i bisogni delle persone non sono solamente quelli di base descritti da Talcott Parsons e che il loro soddisfacimento non è dato per sempre, ma dipende dalle condizioni di contesto in cui sono sviluppati... Inserire la parola qualità all'interno del titolo di questo lavoro ha significato utilizzare una lente comune per vedere molti fenomeni, a volte anche contrastanti, diversi fra loro, a volte non comparabili....Qualità però è sempre legata, oramai indissolubilmente alla parola Sostenibilità....servizi e cure di efficacia dimostrata, integrati con i servizi sociali costano di meno e sono più efficaci. Lo diceva l'OMS trent'anni fa, lo ripete anche adesso, anche se non sembra più di moda... Qualità conviene a tutti.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

## Prefazione

### Il mandato ricevuto

La SIQuAS, Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, ha organizzato e svolto un “percorso” di confronto e di ricerca sui temi della qualità nell'integrazione tra sanità e sociale per pervenire, quale risultato di sintesi del percorso, ad una nuova Raccomandazione SIQuAS sul tema.

Il razionale della proposta ha origine dalle seguenti considerazioni:

- è necessario, come sempre si dovrebbe, partire da una analisi dei bisogni di salute dei cittadini su cui programmare le risposte dei Servizi Sanitari Regionali (S.S.R.) a livello dei servizi socio sanitari e socio assistenziali in termini di appropriatezza, efficacia e efficienza delle cure e delle prestazioni erogate, recuperando i grandi margini di non appropriatezza esistenti;
- si impone oggi, sempre di più, una riflessione su come sviluppare un percorso di deospedalizzazione e una crescita delle reti territoriali e di cure primarie, nonché lo sviluppo di processi di garanzia della continuità delle cure e di presa in carico dei pazienti, congiuntamente al tema delle reti per patologie e della loro integrazione verticale e orizzontale, su come riorganizzare la presenza della sanità nei territori e su come integrarla con altre presenze assistenziali in logiche sempre più di collaborazione, condivisione e di network;
- si deve affrontare in questo approccio il tema dell'uso razionale delle risorse disponibili in un contesto non facile di difesa del ruolo del carattere pubblico e universalista dei Sistemi Sanitari Regionali, prefigurando e sperimentando nuovi modelli organizzativi e gestionali che garantiscano la sostenibilità degli stessi e la difesa dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) in tutto il Paese,
- fino ad oggi i modelli gestionali, di sicurezza e qualità si sono sviluppati principalmente nell'area dell'assistenza e cura dei pazienti acuti in quanto la realtà degli ospedali era ed è di più facile parametrizzazione, mentre la realtà delle reti territoriali, essendo oggettivamente dispersa nei territori, è sempre stata più difficilmente monitorata e valutata;
- lo sviluppo del ruolo dei servizi socio sanitari e socio assistenziali richiede di affrontare in modo sistematico il tema del loro monitoraggio, della loro valutazione in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza, nonché di sicurezza e qualità.

In questo approccio la nostra Società che si è già impegnata da più di venti anni su questi temi e in particolare su quelli relativi alle attività per acuti, ha inteso e intende mettere a disposizione delle istituzioni e degli operatori sanitari, socio sanitari e socio assistenziali una competenza consolidata sui temi della sicurezza, qualità, monitoraggio, validazione, gestione e management.

### Obiettivi

L'attuazione dell'integrazione sociosanitaria è tra gli scopi già indicati nella legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale n.833 del 1978. Gli scarsi risultati ottenuti, - se non in buone prassi, anche con livelli di eccellenza, disperse sul territorio - hanno indotto alcuni professionisti e soci SIQuAS a :

- rileggere i documenti a disposizione, le esperienze e la letteratura scientifica internazionale, i percorsi sinora realizzati, la normativa nazionale e regionale per evidenziare, in questa moltitudine di atti gli elementi favorevoli e sfavorevoli;
- introdurre una lettura attualizzata della cultura, delle motivazioni e degli obiettivi dell'integrazione aggiornata alle sensibilità e alle aspettative dei cittadini, ma anche degli operatori e dei professionisti, delle associazioni e delle rappresentanze della società;
- valorizzare e motivare concetti e principi, alla elaborazione odierna, riflettendo su alcuni temi – quali persona, continuità assistenziale, appropriatezza e utilizzo delle risorse - declinati in campo



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
**“La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario”**

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

sociologico, filosofico, antropologico per consentire non solo un adeguamento dei termini e delle linee guida dell'integrazione sociosanitaria, ma anche una condivisione di culture e significati dei termini e una maggiore idoneità a perseguire il benessere dei cittadini e a rispondere alle loro aspettative.

La speranza e la volontà insite in questo percorso sono state indirizzate a fornire contenuti e argomenti perché l'integrazione sociosanitaria riprenda il suo cammino con un coinvolgimento corale di tutti i diversi attori per garantire risultati diffusi.

L'obiettivo dell'integrazione deve transitare da una modalità prestazionale - curare al meglio una malattia di un paziente - ad una cultura di servizio in cui ci si prende cura di una persona.

Il prodotto realizzato è un documento metodologico necessariamente sintetico, di facile consultazione, suddiviso per capitoli, cui sono allegati per esteso i documenti specifici per gli approfondimenti tematici.

Gli obiettivi esplicitati costituiscono un *“valore aggiunto”* che ha ispirato e guidato gli attori di questo percorso di studio e ricerca.

Il progetto ha inteso :

- individuare obiettivi significativi e standard centrati sul benessere del paziente, l'assegnazione di responsabilità individuali e professionali, i risultati attesi;
- fornire un quadro sintetico di letteratura, prassi e successivi aggiornamenti nei siti individuati sul tema dell'integrazione fra i servizi alla persona preposti alla tutela della salute e del benessere delle persone e delle comunità;
- analizzare i sistemi di classificazione delle strutture/servizi individuati sulla base delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali e dei servizi e delle prestazioni da loro erogabili;
- svolgere una analisi di contesto sulle filiere assistenziali osservate individuando quadri normativi, risorse impegnate, mandatarî, attori e utenti;
- analizzare i diversi modelli di reti di assistenza sanitaria e socio assistenziale, i loro punti di forza e di debolezza, le possibili proposte di miglioramento, le migliori pratiche di riferimento pro tempore nelle filiere assistenziali osservate.

La Raccomandazione sarà proposta agli Enti, Organizzazioni, Aziende, strutture, che lavorano sul tema, come guida per la costruzione, utilizzo e la valutazione dei propri programmi, supportata da banche dati, osservatori, nomenclatore, e glossario.

La struttura del documento prevede nell'introduzione l'esplicitazione del mandato, e gli obiettivi ed è articolata in sei capitoli tematici e uno dedicato alla Bibliografia.

Un'appendice riporta il Glossario dell'integrazione socio- sanitaria

Il know how prodotto, utilizzando tutte le esperienze disponibili, sarà diffuso in varie forme (riviste, siti, seminari, convegni, etc.) in primis sui siti [www.siquas.it](http://www.siquas.it), [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it) e sulla Rivista online QA.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center"><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p align="center"><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	--

## Capitolo1 - Il metodo

### 1. La metodologia di lavoro

La Società Italiana per la qualità dell’assistenza sanitaria (S.I.Qu.A.S.-V.R.Q.) opera dal 1984 per ricercare, validare, promuovere e diffondere in Italia i modelli e gli strumenti per la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari accettati dalle maggiori istituzioni sanitarie internazionali.

Le Raccomandazioni che la SIQuAS-VRQ fornisce agli operatori sanitari nei diversi ambiti dell’assistenza rappresentano modelli e linee-guida, per il miglioramento delle loro pratiche di assistenza. Vengono elaborate da membri del Consiglio Direttivo e del Comitato tecnico scientifico con la collaborazione di esperti, validate e pubblicate sul sito [www.siquas.it](http://www.siquas.it).

Nell’ottobre del 2009 si è costituito un gruppo di lavoro, su mandato del Consiglio Direttivo, con lo scopo di organizzare e svolgere un percorso di confronto e ricerca sui temi della Qualità nell’integrazione socio sanitaria e socio assistenziale che portasse ad una nuova Raccomandazione SIQuAS sul tema.

Il percorso in una prima fase si è sostanziato in una serie di Convegni tematici per raccogliere le evidenze normative, di letteratura e pratiche più significative sulle tematiche topiche dell’integrazione tra sanità e sociale tra ottobre 2009 e febbraio 2010, come segue:

<i>Data- Luogo</i>	<i>Tema</i>
Aula Magna Presidio Nuovo “Regina Margherita”, Via Morosini, 30, Trastevere, Roma  Ottobre 2009	<i>Preso in carico e continuità delle cure: le reti territoriali integrate socio-sanitarie e socio-assistenziali.</i>  <i>Sessione plenaria:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiche e modelli organizzativi regionali: un primo confronto</li> </ul> <i>Sessioni parallele confermate:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo sviluppo delle reti territoriali nei sistemi sanitari regionali: modelli a confronto.</li> <li>• Esperienze di rendicontazione sociale nelle reti di cure primarie.</li> </ul>
Forum sulla Non autosufficienza, Centro Congressi Savoia Hotel, Bologna  Novembre 2009	<i>Qualità delle cure e continuità assistenziale, linee guida e protocolli nelle aree cardine dell’integrazione socio-sanitaria:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazione socio-sanitaria,</li> <li>• Unitarietà della persona,</li> <li>• Valore della partecipazione delle reti informali ai processi di cura;</li> <li>• Stretta collaborazione tra sociale e sanitario.</li> </ul>
Aula Magna Ospedale G. Eastman Viale Regina Elena 287/b , Roma  Dicembre 2009	<i>Reti per patologie e integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.</i>  <i>Sessione plenaria:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reti integrate e reti per patologie</li> </ul> <i>Sessioni parallele trasferite:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oltre gli ospedali: la progettualità delle reti territoriali</li> <li>• Progetti d’integrazione nell’assistenza alle persone fragili o con patologie croniche.</li> </ul>
Aula Magna Ospedale G. Eastman Viale Regina Elena 287/b , Roma  Febbraio 2010	<i>Misurare e validare, condivisione dei dati e monitoraggio nell’integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.</i>  <i>Sessione plenaria:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I sistemi regionali di valutazione e monitoraggio</li> </ul> <i>Sessioni parallele trasferite:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatori e sistemi di misurazione e valutazione delle reti territoriali.</li> <li>• Continuità, Collaborazione, Controllo: condividere il patrimonio informativo per fare sistema.</li> </ul>

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

In occasione del Forum della Non Autosufficienza che si è tenuto a Bologna il 12 novembre 2009 è stato presentato pubblicamente il progetto e definito il gruppo di coordinamento ed i sottogruppi di lavoro con esperti provenienti da realtà professionali e scientifiche, da istituzioni pubbliche e private centrali e locali, provenienti da diverse regioni italiane.

Il percorso si è articolato per fasi :

Fase preliminare	è stato effettuato uno studio sul concetto di integrazione socio-sanitaria e dei requisiti di qualità; tale concetto è stato aggiornato in progress
I fase	sono stati raccolti documenti italiani e stranieri
II fase	le esperienze raccolte sono state selezionate e rese disponibili nell’Osservatorio Sanità ( <a href="http://www.osservatoriosanita.it">www.osservatoriosanita.it</a> )
III fase	si è sviluppata la discussione ed il confronto fra gli esperti, attraverso seminari, congressi nazionali, forum, e numerosi incontri del gruppo di lavoro nazionale e dei sottogruppi;
IV fase	si è giunti alla redazione ed approvazione di un primo indice della raccomandazione
V fase	i componenti del gruppo hanno redatto i capitoli assegnati
VI fase	la raccomandazione è stata validata e pubblicata.

Le funzioni oggetto della Raccomandazione sono a livello:

- *istituzionale* del governo nazionale e locale;
- *gestionale* di tipo organizzativo e professionale;
- *assistenziale* nella pratica clinica e sociale.

I soggetti a cui è indirizzata la raccomandazione sono:

- politici e funzionari amministrativi nazionali, regionali e di Enti Locali;
- Direttori Generali, staff, di ASL-AUSL-AO , Dirigenti, Amministrativi dei Servizi e degli Enti Locali;
- Gruppi Professionali e professionisti singoli.

Il tema oggetto della presente Raccomandazione per le sue specifiche caratteristiche esula dalle precedenti raccomandazioni pubblicate da SIQuAS, pertanto nella stesura si è tenuto conto dei seguenti fattori:

- Non sono ancora consolidate evidenze in letteratura sull’integrazione socio-sanitaria (vedi cap.2 Lo stato dell’arte – I modelli di integrazione in letteratura scientifica: Edinburgo, Europa,...);
- Esistono evidenze sulle sue componenti (processi, reti, etc..);
- E’ stata utilizzata una modalità oggettiva e condivisa basata sul dialogo ed il confronto delle esperienze tra operatori esperti del settore;
- Si è considerata la riproducibilità;
- Il gruppo di lavoro era multidisciplinare, rappresentativo di tutte le figure professionali coinvolte nei processi oggetto della Raccomandazione per garantire la coerenza dei diversi punti di vista;

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	--	---

- Le fonti bibliografiche, le banche dati e le strategie di ricerca utilizzate sono esplicitate;
- Per le peculiarità del tema non viene riportato il *grading* delle evidenze e di conseguenza la forza della raccomandazione.

Sono state elaborate le Raccomandazioni (vedi cap.6) di facile e snella consultazione per gli utilizzatori, partendo da una esplicitazione dei principi dell’integrazione tra sanità e sociale, sintetizzati in nove punti e successivamente sviluppati ai vari livelli delle funzioni oggetto della raccomandazione generale: *istituzionale, gestionale ed assistenziale*.

La struttura del documento prevede la prefazione curata dal Presidente della SIQuAS, una introduzione in cui vi è l’esplicitazione del mandato, degli obiettivi ; nel capitolo n°1 è riportata la metodologia di lavoro; seguono cinque capitoli tematici e nel sesto capitolo vengono illustrate le Raccomandazioni.

Ogni capitolo è corredato da bibliografia; in appendice viene riportato il Glossario dell’integrazione tra sociale e sanitario. Gli approfondimenti vengono rinviati agli allegati.

Questo lavoro rappresenta un primo prodotto che sarà proposto e sottoposto alla discussione ed applicazione nei diversi contesti descritti e periodicamente oggetto di revisione con il contributo di tutti coloro che vorranno parteciparvi.

	<b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria	<b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b>	<b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b>
--	---	--	---------------------------------------

## La composizione del gruppo

Il Gruppo di Lavoro attivato è composto da:

Andrea Gardini	Direttore Sanitario AOP Ferrara, Presidente SIQuAS	Ferrara
Anna Apicella	Univ. Genova, Resp Uff. Qualità ASL 2 Savonese , SIQuAS	Savona
Giorgio Banchieri	<a href="http://www.osservatoriosanita.it">www.osservatoriosanita.it</a> , DISS, Univ. “Sapienza”, SIQuAS,	Roma
Lidia Goldoni	Consulente, SIQuAS	Modena
Francesco Di Stanislao	Università Politecnico Marche, SIQuAS, Consulente AGENAS,	Ancona
Antonio Fortino	ASL Roma D, SIQuAS	Roma
Stefano Ricci	Responsabile socio sanitario, ARS Marche, SIQuAS	Ancona
Mariadonata Bellentani	Dirigente Organizzazione Servizi Sanitari, AGENAS	Roma
Leonilda Bugliari Armenio	Organizzazione Servizi Sanitari, AGENAS	Roma
Sandra Venero	AUSL Bologna, SIQuAS	Bologna
Loredana Fauni	AUSL Bologna, SIQuAS	Bologna
Veronica Sabatini	Ricercatrice <a href="http://www.osservatoriosanita.it">www.osservatoriosanita.it</a>	Roma
Silvia Boni	Dirigente Politiche Sociali e Sanità ,FORMEZ PA	Roma
Antonio Giulio de Belvis	Osservasalute - Italian Observatory on Health Care	Roma
Marta Martino	Osservasalute - Italian Observatory on Health Care	Roma
Ambrogio Aquilino	ARS Puglia, SIQuAS	Bari
Michele Loiudice	Azienda ARES 118, SIQuAS	Roma
Barruchello Mario	Medico di Medicina Generale, Esperto, SIQuAS	Bergamo
Carolina Tomasi	OASI, SIQuAS	Enna
Nicola Pinelli	FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere	Roma
Fosco Foglietta	FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere	Ferrara
Liliana Leone	Consulente CEVAS	Roma
Monica Minelli	Dipartimento Attività socio sanitarie AUSL BO	Bologna
Andrea Valdré	Direttore Società della Salute Fiorentina Nordovest	Firenze
Piero Borgia	Responsabile Scientifico, ASP Lazio	Roma
Fabio Sturani	Federsanità ANCI	Roma
Stefano Pompili	Ex Direttore Sanitario ASL RM A, Lab. Didattica ASL Lazio	Roma
Alfonso Pascale	Rete Fattorie Sociali	Roma
Mario Ronchetti	Responsabile UOC Formazione, ASL Roma C	Roma
Luisa Lomazzi	Consulente	Milano
M. Rosaria Filograna	FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri	Lecce
Tonino Aceti	Cittadinanzattiva, CNAMAC	Roma
Giulio Nati	SIMG, Società Italiana di Medicina Generale	Roma
Francesco Buono	SIMG, Società Italiana di Medicina Generale	Roma
Giovanna De Giacomi	Azienda ARES 118	Roma

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

## Capitolo 2 - L'integrazione tra sanità e sociale e lo stato dell'arte

### 1. L'integrazione tra sanità e sociale in letteratura

Il concetto di *Integrazione* rappresenta uno degli obiettivi fondamentali delle innovazioni organizzative portate avanti in questi ultimi decenni da tutte le aziende produttrici di beni e servizi. Sul versante dei servizi per la salute l'obiettivo è quello di ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza e la continuità dell'assistenza creando connettività, allineamento e collaborazione entro e tra le diverse istituzioni socio-sanitarie per migliorare la qualità dell'assistenza e della vita dei pazienti, l'efficienza del sistema, e la soddisfazione dei pazienti con problemi complessi che utilizzano/attraversano servizi, provider, e setting operativi differenti. [Ovretveit, 1998 Kodner and Spreeuwenberg, 2002].

Le logiche di integrazione/continuità nel campo dell'assistenza sanitaria hanno trovato la loro *traduzione concettuale* nel *Chronic Care Model/Expanded Chronic Care Model*, [Box 1] e nel *Disease Management* [Box 2] e la *traduzione operativa* nella progettazione e implementazione delle *Reti* [Box 3] e dei *Percorsi Assistenziali* [Box 4] strumenti, a oggi, ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari (Equità, Efficacia, Efficienza) attraverso:

- la promozione delle dinamiche di *clinical governance* e l'integrazione dei percorsi assistenziali tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale, ecc) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc) che spingono verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all'interno degli stessi livelli);
- il coinvolgimento dei pazienti nell'autogestione della salute;
- l'attivazione di processi di *benchmarking* e *benchlearning* al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;
- la razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenze in altri;
- il perseguimento di economie di scala grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc).

#### **BOX 1 - Chronic Care Model**

Il *Chronic Care Model*, modello sviluppato negli USA dalla metà degli anni '90 [Katon et al., 1995; Wagner et al, 1996 (1 e 2); Wagner, 1996; Von Korff et al, 1997], ridefinisce l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di assistenza da un approccio reattivo, basato sul "paradigma dell'attesa" dell'evento acuto, ad un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo, dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia, sull'*empowerment* del paziente (e della comunità) e alla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale), individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "*sistemico*" alle malattie croniche, "*sistemico*" in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori.

Il *Chronic Care Model* pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica:

1 - *il sistema organizzativo (health system)*: creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità.;

2. *Il disegno del sistema di erogazione (delivery system design)*: assicurare l'erogazione di un'assistenza clinica efficace ed efficiente e di un sostegno auto-gestito;



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
**“La qualità nell’integrazione tra sociale e  
sanitario”**

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

3. *I processi decisionali (decision support)*: promuovere un’assistenza clinica che sia in accordo alle evidenze scientifiche e alle preferenze del paziente;

4. *Il sistema informativo (clinical information systems)*: organizzare i dati relativi ai pazienti e alle popolazioni per facilitare un’assistenza efficace ed efficiente;

5. *Il sostegno all’autogestione (self-management support)*: potenziare e preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza;

6. *Le connessioni con la comunità (the community)*: mobilitare le risorse della comunità per incontrare i bisogni dei pazienti.

Barr e Coll (2003) hanno “espanso” il modello originario di Wagner specificando meglio le “connessioni” con la comunità in termini di:

- *Rinforzo dell’azione comunitaria* (Lavorare con gruppi comunitari per individuare priorità e raggiungere obiettivi che migliorano la salute della comunità);

- *Costruzione di politiche di salute pubblica* (Sviluppo di politiche per migliorare la salute della popolazione);

- *Creazione di ambienti di supporto* (Creare condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli).

### **BOX 2 - Disease Management**

Dalla logica del *Chronic Care Model* è maturato il *Disease Management* [Hunter e Fairfield, 1997; Wagner, 2004; Department of Health UK, 2004] definito come “*un sistema di interventi assistenziali coordinati e di comunicazioni per gruppi di popolazione con condizioni in cui la partecipazione attiva del paziente alla gestione del proprio stato di salute può avere un impatto significativo*” [CCA, 2011].

Le componenti fondamentali del *Disease Management* sono:

- Identificazione dei Bisogni/rischi/risorse della popolazione

- Assistenza basata sulle evidenze (EBM, EBN, EBPH, ecc);

- Modelli di pratiche collaborative tra operatori sanitari e produttori di servizi di supporto;

- Educazione del paziente all’autogestione;

- Misurazione dei processi ed esiti, valutazione, e gestione;

- Sistema di reporting continuo (comunicazione con pazienti, medici, produttori di servizi, ecc).

Il *Disease Management* è un approccio sistemico ed *evidence-based*, alle patologie croniche, fondato su una risposta assistenziale basata su 4 elementi chiave:

- *Knowledge management*: abilità nell’identificare gruppi a rischio all’interno della popolazione, effettuare valutazioni dei bisogni, capire le risorse e i livelli di attività e identificare gli andamenti;

- *Self Care and Self Management* (70-80% dell’assistenza ai pazienti cronici): sostenere le persone nell’assumere un ruolo attivo nella cura di sé stessi. Aiutare le persone nel gestire specifiche condizioni e nell’adottare misure che possano prevenire un peggioramento di queste condizioni e riducano il rischio di aggiungerne di nuove;

- *Disease/Care Management* (15-20% dell’assistenza ai pazienti cronici ad elevato rischio): team multidisciplinari che forniscono cure di elevata qualità, basate sulle evidenze includendo l’uso di percorsi e protocolli;

- *Case management* (2-3 % dell’assistenza ai pazienti cronici ad elevata complessità): la gestione attiva della popolazione ad elevato rischio con bisogni complessi, con i *case managers* (solitamente infermieri) che si prendono la responsabilità del carico di lavoro, lavorando in un sistema di assistenza integrato.



### **BOX 3 – Reti Assistenziali**

Nei sistemi sociali, economici, istituzionali e aziendali da tempo sono emersi modelli di organizzazione complessa, ma flessibile, caratterizzati dalla presenza di forme di cooperazione tra soggetti individuali e collettivi che perseguono un comune obiettivo.

Tali modelli organizzativi complessi, definibili come reti organizzative o imprese di reti, sono composti di soggetti individuali e collettivi ad alta capacità di auto-organizzazione, che instaurano tra di loro modalità differenti di relazione reciproca, costruiscono delle relazioni più stabili e strutturate e agiscono in riferimento ad obiettivi condivisi, cercando linguaggi comuni, condividendo valori, dotandosi di sistemi di coordinamento e controllo e di monitoraggio [Meneguzzo, 2008].

Il nucleo delle reti cliniche è la rete dei professionisti di una determinata famiglia professionale che decide dove allocare i saperi della specialità e i servizi a essi collegati [Lega e Tozzi, 2009].

I network (reti) sono soluzioni istituzionali e gestionali nate dall'interdipendenza di più aziende, pubbliche, private, per affrontare problemi complessi e per la necessità di avere infrastrutture adeguate agli sviluppi internazionali o alle riforme dei sistemi di Welfare [O'Toole, 1997].

Nel settore pubblico le reti si caratterizzano come naturale evoluzione delle logiche di *public governance* e dei processi propri dell'economia della regolazione. Esse si caratterizzano come *knowledge e labor intensive*, con servizi di alta personalizzazione e dominanza dagli assetti intangibili, in linea con la società della conoscenza. La logica reticolare permette di affrontare in modo più sistematico le necessità di gestione unitaria di bisogni sanitari sempre più complessi, in un contesto di sostenibilità economiche.

### **BOX 4 – Percorsi Assistenziali**

Un percorso assistenziale è un intervento complesso, decisionale e organizzativo, dei processi di cura di un gruppo di pazienti ben definito, nel corso di un periodo ben definito [Woolf, 1990; Shekim, 1994; Pearson et al, 1995; Panella et al., 1997, Morosini et al., 2004; Noto e Di Stanislao 2003; ;Vanhaecht et al, 2007].

Le caratteristiche che definiscono i percorsi assistenziali sono:

1. Una dichiarazione esplicita degli obiettivi e degli elementi fondamentali di assistenza basate sulle evidenze, sulle migliori pratiche e sulle aspettative dei pazienti e sulle loro caratteristiche;
2. La facilitazione della comunicazione tra i membri del team e con i pazienti e le famiglie;
3. Il coordinamento del processo di cura attraverso il coordinamento dei ruoli e lo sviluppo delle sequenze delle attività del team di cura multidisciplinare, dei pazienti e dei loro familiari;
4. La documentazione, monitoraggio e valutazione degli scostamenti e dei risultati, e ...
5. L'identificazione delle risorse adeguate.

L'obiettivo di un percorso assistenziale è quello di:

- migliorare la qualità delle cure attraverso un continuum, mediante il miglioramento degli esiti aggiustati sul rischio specifico dei pazienti,
- promuovere la sicurezza dei pazienti;
- aumentare la soddisfazione dei pazienti;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Le evidenze sull'efficacia di tali approcci, pur non essendo ancora solida, viene ritenuta dagli studiosi sufficientemente valida per proseguirne l'implementazione [Box 5]



### BOX 5 - Evidenze

La disamina della letteratura sulle evidenze di impatto (efficacia, efficienza, ecc.) dei modelli e strumenti organizzativi descritti nei box 1-4 (*Chronic Care Model, Disease management, Reti cliniche, Percorsi assistenziali*) suggeriscono le seguenti considerazioni di massima:

✓ I modelli e strumenti organizzativi sono "interventi complessi costruiti da una serie di componenti, che possono agire sia autonomamente che in modo interdipendente<sup>1</sup>". Ciò rende difficile definire i "principi attivi" dell'intervento ed essere quindi sicuri della rilevanza di singoli componenti o combinazioni di elementi. La difficoltà di identificare le componenti attive di un intervento complesso rende difficile la puntuale replicazione dell'intervento e le possibilità di confronto<sup>2</sup> [Campbell et al., 2000 e 2007; Shiell e coll., 2008]; Solo negli ultimi anni sono stati proposti e sperimentati modelli di studio che tentano di controllare al meglio i fattori di confondimento ed evidenziare la forza delle singole componenti degli interventi complessi [Campbell et al., 2000 e 2007];

✓ Ne consegue che nonostante l'elevato numero di articoli su tali argomenti, permane ancora (fatto salvo interventi su specifiche patologie delimitate nel tempo) una carenza di studi sperimentali di elevata qualità che forniscano evidenze sicure che tali interventi complessi siano in grado di migliorare significativamente la qualità (efficacia, efficienza, equità, accessibilità, accettabilità, sicurezza) dell'assistenza.

✓ Oltre a questi problemi legati alle difficoltà metodologiche (ed anche economiche) di sperimentazione di interventi organizzativi complessi, non vanno dimenticate altre questioni di rilievo:

- Mancanza di accordo (su alcuni dei temi) di una definizione "universale" dell'oggetto (si pensi solo alle diverse dizioni utilizzate per i percorsi assistenziali);
- Carenza di validazione sugli strumenti di rilevazione e di misurazione (indicatori);
- Difficoltà di integrare strumenti di analisi organizzativa e sociologica (per studiare ad esempio le interazioni che si verificano tra i componenti dell'intervento così come tra l'intervento e il contesto in cui è attuato) all'interno degli strumenti classici di sperimentazione in campo medico.

A fronte di questo scenario di cui la maggior parte degli studiosi è ben consapevole (tanto che viene quasi sempre richiamato all'inizio delle conclusioni dei propri lavori), gli studi non si esimono dal fornire indicazioni di valutazione di massima di impatto degli interventi sperimentati.

Di seguito vengono riportati sinteticamente i riferimenti sui macro interventi, sottolineando ancora che laddove si manifestano evidenze favorevoli queste non devono (nella maggior parte dei casi) considerarsi esaustive ma indicano un orientamento che andrà nel tempo rinforzato (o negato) tramite l'effettuazione di studi focalizzati sulla valutazione di interventi complessi.

#### *Sintesi evidenze dei vantaggi legati al Chronic Care Model*

Studi sulla capacità degli approcci legati al *Chronic Care Model* di migliorare gli *outcome* di salute [Bodenheimer et al, 2002 -1 e 2; Tsai et al., 2005; Ouwens et al., 2005] e di abbassare i costi dell'assistenza [Wagner et al, 2001; Goetzl et al., 2005; Huang et al., 2007; Huang et al., 2008].

<sup>1</sup> Ad es. gli studi di valutazione di efficacia di implementazione delle *Stroke Unit* dovrebbero prendere in considerazione tutte le variabili che entrano in gioco (il modello organizzativo adottato, la gestione organizzativa, la competenza/esperienza dei vari operatori, le attività diagnostiche, i farmaci, le linee guida, le modalità di dimissione e di follow-up, ecc.)

<sup>2</sup> Es. gli studi di efficacia sul *Disease Management* nei pazienti del *Medicaid* variano notevolmente in merito alle patologie trattate, i programmi assistenziali individuali, le pratiche amministrative, la tipologia dei dati raccolti, i servizi medici e professionisti che sono stati inclusi, la durata dello studio, i risultati monitorati.



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
“La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario”

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

#### *Sintesi evidenze dei vantaggi legati al Disease Management*

La validità degli interventi di disease management è stata dimostrata in termini di efficacia, di riduzione dei costi, di minore ospedalizzazione e di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza [Kitchiner D et al., 1996; Ellrodt G et al., 1997; McAlister FA e tal.; 2001; Elliott, 2005; Qualis Health, 2008, Freeman et al., 2011].

#### *Sintesi evidenze dei vantaggi legati alle Reti assistenziali*

Tra i vantaggi segnalati in letteratura [Lega , 1998; Wall e Boggust , 2003; Goddwin 2004] possono essere ricordati: potenziale di cura del paziente senza discontinuità, utilizzo più efficiente dello staff; condivisione di *good e best practice*; sviluppo di opportunità di apprendimento organizzativo; prevenzione della duplicazione di sforzi e delle risorse; condivisione dei costi di ricerca e sviluppo; maggiore circolazione delle informazioni e accelerazione dei processi di diffusione dell'innovazione.

#### *Sintesi evidenze dei vantaggi legati ai Percorsi assistenziali.*

I percorsi assistenziali (considerati nel loro insieme e non per specifiche patologie) sono associati ad una riduzione delle complicanze intraospedaliere e ad un miglioramento della documentazione, senza impattare negativamente sulla durata della degenza e sui costi ospedalieri [Renholm , 2002; Rotter et al, 2008 e 2010]. I percorsi assistenziali su specifiche patologie (es.: *stroke*, scompenso cardiaco, artroplastica dell'anca, ecc.) hanno evidenziato una diminuzione delle complicanze ospedaliere, della durata della degenza, dei costi ospedalieri, una maggiore adesione all'applicazione di raccomandazioni/protocolli/linee guida diagnostico-terapeutico e assistenziali, e maggior soddisfazione degli utenti [Every et al, 2000; Cannon et al, 2002; Kim et al, 2003; Panella et al., 2003; Kwan et al,2004; Lemmens et al., 2008; Neuman et al., 2009; Barbieri et al., 2009; Panella et al., 2009; Van Herck et al., 2010].

La scelta di orientare l'assistenza verso l'integrazione socio-sanitaria viene ribadita dall'*European Social Network Conference* che evidenzia, tra l'altro, che [Lloyd et Wait , 2005]:

- l'assistenza integrata è una componente fondamentale della salute e delle riforme dell'assistenza sociale in tutta Europa;
- l'assistenza integrata cerca di colmare la tradizionale divisione tra assistenza sanitaria e sociale. In tal modo, essa può:
  - affrontare il cambiamento della domanda di assistenza derivanti dall'invecchiamento della popolazione;
  - offrire un'assistenza che è centrata sulla persona, riconoscendo che gli esiti dell'assistenza sanitaria e sociale sono interdipendenti;
  - facilitare l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società attraverso un migliore accesso ai servizi della comunità flessibili;
  - portare ad una migliore efficienza del sistema attraverso un migliore coordinamento dell'assistenza.
- l'esperienza di cure integrate finora è limitata, ma promettente. Ulteriori ricerche sono necessarie per garantire che l'applicazione dei modelli proposti è fattibile, sostenibile e si traduce in migliori condizioni di salute.
- le politiche devono essere adattate alle realtà locali.

Nello stesso documento vengono elencate le seguenti 8 Raccomandazioni per i responsabili politici per portare avanti l'agenda sull'assistenza integrata:

1. Garantire che lo sviluppo integrato delle cure è compatibile con la salute e le altre politiche di assistenza sociale.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center"><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p align="center"><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	--

2. Fissare obiettivi realistici per i modelli di assistenza integrata. Prestare particolare attenzione alle possibili sfide in fase di esecuzione.
3. Investire nella formazione di tutti i professionisti per colmare il divario culturale tra assistenza sanitaria e sociale. Questo allo scopo di facilitare il coordinamento delle cure e favorire il rispetto reciproco.
4. Chiedersi per quali soggetti si è cominciata ad integrare l’assistenza e trovare il giusto equilibrio tra utenti e fornitori dell’assistenza integrata.
5. Stringere legami più stretti tra responsabili politici, professionisti e ricercatori in modo di apprendere dall’esperienza.
6. Condividere la ricerca e le migliori pratiche all'interno e tra i Paesi.
7. Condurre ricerche sul rapporto costo-efficacia per determinare gli effetti dei diversi modelli di assistenza integrata in materia di uso delle risorse e risultati di salute.
8. Esplorare le possibilità della tecnologia per facilitare l'attuazione delle cure integrate.

Tali indicazioni non vengono nella sostanza contraddette dalle conclusioni di una recente *review* sullo stato delle evidenze sull’integrazione nei sistemi sanitari [Armitage et al., 2009], evidenze che , anche in questo campo, si sovrappongono in termini di criticità/proposte a quanto riportato per i modelli e strumenti precedentemente citati [cfr. Box 5].

Infatti pur evidenziando nei risultati della *review* i seguenti elementi di criticità;

- Non esiste una definizione universale di integrazione e, nel caso, tale concetto è stato derivato da molteplici modelli di integrazione reperiti sia nel mondo sanitario che in quello industriale;
- Nonostante il gran numero di articoli riguardanti l'integrazione, esistono ancora carenze significative nella letteratura scientifica;
- C'è stata una mancanza di studi sperimentali di elevata qualità, che forniscano evidenze sicure su come l’integrazione sia in grado di migliorare l'erogazione dei servizi e la salute della popolazione;
- L'esame ha anche rivelato una mancanza di standard, strumenti validati che possano essere utilizzati sistematicamente per valutare i risultati di integrazione. Questo rende fortemente impegnativo misurare e comparare l'impatto dell’ integrazione a livello di sistema, provider e paziente.

Nelle conclusioni vengono proposte alcune riflessioni/proposte del tutto sovrapponibili alle indicazioni dell’ *European Social Network Conference*:

- L'assistenza sanitaria è sicuramente troppo complessa per una soluzione unica e univoca di integrazione;
- E’ importante per i decisori e pianificatori scegliere una serie di modelli complementari, di strutture e processi per creare un sistema integrato di assistenza che si adatti alle esigenze della popolazione attraverso il continuum di cura;
- Tuttavia, al fine di avere evidenze disponibili, decisori e progettisti devono includere sistematicamente la valutazione degli interventi integrati ai fini dell’assunzione di responsabilità e per garantire una migliore comprensione della efficacia e impatto dell'integrazione dei sistemi sanitari.

## **2. L’integrazione tra sanità e sociale oggi: analisi del rapporto**

La salute è l’esito delle “*relazioni*” tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, formazione e scuola, lavoro, giustizia e legge...); fra questi la “*sanità*” ed il “*sociale*” sono quelli per cui l’integrazione è essenziale per le forti interconnessioni e la difficoltà di distinguere il livello di separazione.



In effetti i bisogni sociali e sanitari di ogni persona variano nel tempo e questo comporta implicazioni rispetto alla necessaria continuità e all'appropriatezza delle risposte. Pur nella possibilità di distinguere le competenze istituzionali rispetto a costi, integrazione, programmazione, gestione di servizi e interventi risulta evidente che l'integrazione sociale e sanitaria deve trovare forme di prossimità che esprimano compiutamente l'indispensabile unitarietà dell'approccio e delle modalità operative.

La stessa individuazione dei "soggetti privilegiati" delle prestazioni integrate tra sanità e sociale (minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV) da parte della normativa nazionale, evidenzia come sia la "fragilità" la dimensione peculiare dell'integrazione, nella consapevolezza che proprio queste tipologie di persone hanno più bisogno di specifiche modalità di "presa in carico" e "continuità dell'assistenza", caratterizzate da globalità e interdisciplinarietà.

Anche il "percorso assistenziale" tra i diversi destinatari degli interventi e le tipologie dei servizi (di sostegno e accompagnamento, ambulatoriali - territoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, per le emergenze) deve qualificarsi, nel senso dell'integrazione, per l'unitarietà sostanziale e la garanzia della continuità rispetto alle varie fasi dell'intensità assistenziale: intensiva, estensiva, di lungo assistenza. Un altro aspetto importante nel rapporto tra sanità e sociale è la ricerca delle coerenze tra la cornice dell'azione socio-sanitaria integrata sul territorio e la progettualità individualizzata degli interventi socio-sanitari sulle persone.

Purtroppo, invece, un tratto comune ai livelli nazionale e regionale è rappresentato dalle asimmetrie tra sanità e sociale (istituzionali, amministrative, finanziarie, organizzative, professionali) che penalizzano il sistema dei servizi sociali rispetto a quello della sanità e che, invece, dovrebbero essere riequilibrare per una corretta integrazione.

A fronte di un quadro normativo nazionale sostanzialmente coerente<sup>3</sup>, anche se non completamente compiuto, le amministrazioni regionali hanno legiferato, anche in forza delle modifiche costituzionali del 2001, sviluppando diversi "modelli", o comunque modalità, di integrazione tra sanità e sociale.

Nel panorama territoriale molto differenziato è possibile però identificare due dimensioni costitutive dell'integrazione tra sanità e sociale:

1. i "Contenuti" dell'integrazione, cioè la declinazione e la contestualizzazione territoriale delle tipologie di prestazioni sociosanitarie definite dal D.lgs. n. 229/99 (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria), che possono distribuirsi lungo un asse con due polarità: quella "sistemica" da un lato, caratterizzata da un approccio organico e coerente rispetto a settori di intervento e tipologie di servizi ed interventi, e quella "settoriale" dall'altro, che invece prevede livelli e modalità di integrazione diversi, più o meno articolati e consolidati, tra sanità e sociale rispetto agli interventi in favore delle diverse categorie di destinatari;
2. le "Modalità" dell'integrazione, cioè l'architettura organizzativo/gestionale del rapporto tra sanità e sociale, anch'esse distribuite lungo un asse con due polarità: quella "strutturale", dove è definita la configurazione rigorosa di un sistema integrato socio-sanitario che regola responsabilità, competenze, procedure, che si confronta con quella "funzionale", distinta dall'attenzione alla operatività concreta nello spazio comune a sanità e sociale.
3. Lo schema concettuale individuato non definisce univocamente la buona o la cattiva integrazione tra sanità e sociale, in quanto opportunità e rischi esistono per ognuna delle possibili "tipologie/classificazioni" dei modelli regionali che possono essere delineati, ma può essere utile per:
  - individuare gli elementi caratterizzanti l'integrazione tra sanità e sociale;
  - definire i fattori di successo da riproporre ed i pericoli da evitare per consolidare il processo di integrazione tra sanità e sociale;
  - favorire il dialogo ed il confronto sull'integrazione tra sanità e sociale;

<sup>3</sup> Cfr. successivo paragrafo 4

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	--	---

- comprendere i diversi orientamenti regionali e le operatività effettive sull’integrazione tra sanità e sociale;
  - orientare scelte per migliorare l’integrazione tra sanità e sociale.
4. Al di là dei modelli regionali, dall’analisi comparata delle diverse situazioni locali, emerge come il rapporto e l’integrazione tra sanità e sociale dipendano da un’azione coordinata e coerente rispetto ai seguenti livelli:
- *Territoriale*, dove la coincidenza tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale è condizione necessaria, anche se non sufficiente, per una corretta ed efficace integrazione tra sanità e sociale.
  - *Istituzionale*, con riferimento ai soggetti istituzionali che hanno le competenze nel sociale e in sanità (Comuni e ASL), per individuare forme solide e stabili di collaborazione per l’integrazione tra sanità e sociale.
  - *Normativo*, a livello nazionale per trovare il giusto equilibrio tra l’aggiornamento dei LEA sanitari e la individuazione dei corrispettivi livelli relativi all’assistenza sociale; a livello delle Regioni per l’armonizzazione delle normative di settore nel rafforzamento della logica di sistema unitario e coerente.
  - *Finanziario*, che rimodula lo squilibrio crescente tra risorse economiche destinate a sanità e sociale con l’individuazione degli strumenti per il finanziamento congiunto dell’area dell’integrazione sociale e sanitaria.
  - *Programmatorio*, che contempla l’adozione di uno strumento unico, unitario, o comunque integrato, per la programmazione sanitaria e sociale sia a livello regionale che nei territori locali.
  - *Organizzativo*, con la progressiva configurazione ed il consolidamento della rete dei servizi integrati sociali e sanitari che valorizzi e armonizzi l’articolazione strutturata e stabile della sanità con quella flessibile e polifunzionale del sociale.
  - *Gestionale*, nella prospettiva di una “*sussidiarietà circolare*”, che comprende, da un lato, le responsabilità dei diversi soggetti istituzionali e l’importante ruolo di molte realtà del privato sociale, e, dall’altro, processi e percorsi lineari, semplificati unitari tra le aree dell’accettazione/accoglienza, della valutazione multidisciplinare, della presa in carico e della continuità degli interventi integrati sociali e sanitari.
  - *Professionale*, superando lo squilibrio tra la presenza dei profili delle professioni sanitarie e la mancanza dei profili delle professioni sociali, nella proposta di occasioni, forme e modalità stabile di collaborazione tra le professionalità all’*“interno”* e *“tra”* i sistemi sanitari e sociali di servizio alla persona.

### **3. L’allocazione delle risorse nell’integrazione tra sanità e sociale**

Dal 2001 al 2009 la crescita del PIL è stata pari al +0,9% annuo, mentre la UE viaggiava su medie del + 1,5-2,0%; la spesa sanitaria invece nello stesso periodo è aumentata del +45,1%, ovvero del + 5,01% annuo.

Il finanziamento al SSN a sua volta nel periodo considerato è aumentato del +50,6%, pari ad una media annua del + 5,6%. Questi dati pongono già in modo sintetico un tema di sostenibilità dei SSR. [Americo Cicchetti, Elaborazione su dati Ministero Salute e Banca d’Italia, 2010]

Nell’anno 2009 il SSN ha assorbito risorse per 101.481 miliardi di € (con un incremento dello + 0,02% rispetto all’anno precedente) , garantendo per ciascun cittadino una spesa pro capite del valore di €. 1.716. Emerge pertanto come lo Stato finanzia la spesa sanitaria soltanto circa per il 95% del fabbisogno complessivo, con una percentuale che sul PIL scende al 6,1%. [Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario,2010]. Il finanziamento medio per la sanità previsto per i prossimi tre anni dal governo (+1,5%), se



confrontato con le previsioni di crescita di PIL nello stesso periodo (+3,3%) sempre dall'Esecutivo, rischia di configurare una recessione della sanità pubblica.

In pratica il finanziamento pubblico della Sanità, che è stato congelato al 6,7% del PIL da alcuni anni, si ridurrebbe giungendo al 6,3% nel 2014: affinché l'impatto sulle famiglie fosse nullo, la spesa sanitaria si dovrebbe ridurre a sua volta di circa 10 miliardi di euro da qui al 2014, ovvero oltre il 6% circa di tutta la spesa sanitaria pubblica e privata attuale. [Federico Spandonaro, CEIS, Univ. Tor Vergata, 2011].

La spesa per la protezione sociale, articolata nelle tre aree di intervento della previdenza, della sanità e dell'assistenza, vede nel 2006 l'Italia con circa 6.700 euro annui pro capite collocarsi in posizione intermedia rispetto agli altri paesi europei e, comunque, al di sopra della media Ue27 (6.349 euro). Rispetto al PIL, la spesa dedicata alla protezione sociale nei paesi Ue27 è pari al 26,9%. L'Italia, con il 26,6%, si colloca appena sotto la media Ue27 e vicino al Regno Unito (26,4%). [ISTAT, 2011]

Prendendo in esame esclusivamente la spesa per prestazioni di protezione sociale per i diversi bisogni (circa il 98% del totale della protezione sociale), nel 2008, la funzione "vecchiaia" ne rappresenta oltre il 50%.

Rispetto al 2002 si riscontra un leggero declino (circa mezzo punto percentuale), anche se cresce l'incidenza di questa funzione sul PIL (dal 12,6% al 13,5%). La spesa per la "sanità e per i trasferimenti monetari in caso di malattia o infortunio" è pari al 26,5% del totale delle prestazioni e a circa il 7% del PIL, in aumento di un punto dal 2002 al 2008. Le funzioni "superstiti" e "invalidità" nel 2008 rappresentano rispettivamente il 9,5% e il 5,9% della spesa (il 2,5% e l'1,6% sul PIL), mentre la "disoccupazione e altre forme di esclusione sociale" si attestano intorno al 2,3% del totale. [ISTAT, 2011].

La quota del Pil destinata alle famiglie nel 2008 risulta pari all'1,2%, in lieve aumento dal 2002, e corrisponde al 4,6% del totale della spesa per prestazioni di protezione sociale. Nel 2007, la spesa per prestazioni sociali erogata in Italia dagli enti di previdenza è pari nel complesso a 258.380 milioni di euro, il 16,7% del PIL, e corrisponde a un importo pro capite di 4.352 euro. Il settore della previdenza rappresenta quasi il 93% delle uscite, seguito da quelli dell'assistenza e della sanità. All'opposto, le entrate attraverso i contributi sociali ammontano a 209 milioni di euro (3.521 euro per abitante, il 13,5% del PIL) e coprono circa l'81% della spesa. [ISTAT, 2011].

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali è la principale fonte di finanziamento delle politiche sociali italiane. E' stato istituito con la Legge n.449/97, articolo 59, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con finalità di promuovere interventi in materia di politiche sociali mediante finanziamenti a favore delle Regioni, Province Autonome ed Enti Locali, ma anche di organismi del Terzo settore e del Volontariato.

Con la Riforma del Titolo V della Costituzione la potestà sul Fondo è stata trasferita in capo alle Regioni, come potestà esclusiva. [Ministero Economia, 2011].

Con l'entrata in vigore della Legge n. 328/00 si evidenziava un notevole incremento del FNPS che tra il 2000 e il 2001 passava da circa 500 milioni a 1.600 milioni di Euro con un aumento del 200%. Prendendo in considerazione i dati assoluti sull'ammontare delle risorse si registra un notevole incremento dei trasferimenti regionali pari al +32% tra il 2001 e il 2004. Purtroppo il Fondo nazionale per le politiche sociali per il 2009 ha subito un taglio di 150 milioni di euro, passando da 1.464 milioni del 2008 a 1.420. Il taglio è circa del -25% soprattutto a carico delle Regioni che avranno a disposizione 518 milioni contro i 656 dell'anno precedente. Per quanto riguarda la destinazione dei fondi ogni anno circa il 50% delle risorse del Fondo sono destinate alle Regioni.

Ai Comuni, oltre alle già previste risorse relative alla sperimentazione del reddito minimo di inserimento, sono state trasferite unicamente risorse finanziarie relative al FNPS per l'infanzia e l'adolescenza, di cui alla Legge n. 285/97. [Ministero Lavoro e Welfare, 2011].

Un peso rilevante hanno assunto i fondi destinati all'INPS per finanziare interventi a supporto dei diritti soggettivi: assegno per il terzo figlio e assegni di maternità; assegni per famiglie con portatori di handicap; delle indennità a favore dei lavoratori portatori di patologie specifiche. [INPS, 2011].

Con la Legge Finanziaria 2011 il Governo ha ritenuto necessario ridimensionare i Fondi statali a carattere sociale comportando un quasi azzeramento delle politiche sociali. Nel 2008 i Fondi nel loro complesso

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	--	---

avevano una dotazione di €. 2.520,00 MIL, mentre nel 2013 è prevista una dotazione degli stessi Fondi pari a solo €. 271,6 MIL. Siamo di fronte ad una riduzione progressiva da 10 a 1. [Ministero Economia, 2011].

Nel 2008 i Comuni italiani, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 6 miliardi e 662 milioni di euro, un valore pari allo 0,42% del PIL nazionale.

E' quanto riporta l'Istat nell'ultimo rapporto *“Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati”*, secondo cui in Italia esiste una tendenza costante di crescita della spesa sociale a partire dal 2003 (primo anno d'indagine dell'aggregato). Nello specifico tra il 2003 e il 2008 si è registrata una crescita complessiva del 28,2% a prezzi correnti (del 13,5% se si considera l'ammontare a prezzi costanti). A livello pro capite la spesa media è cresciuta dai 90 euro del 2003 ai 111 euro del 2008, ovvero di circa 20 euro (a prezzi correnti). [ISTAT, 2010].

Poco più di un quinto (il 21,2%) della spesa sociale è dedicato alle politiche assistenziali relative agli anziani (in calo dal 25,2% del 2003) ed un altro quinto (il 21,1%) a quelle destinate ai disabili (dal 19,7% del 2003).

La quota maggiore è dedicata alle famiglia e ai minori (40,3%), in aumento di 1,5 punti percentuali rispetto al 2003. La quota residuale (il 17,4% del totale della spesa sociale) va per le politiche di sostegno alla povertà, al disagio degli adulti e ai senza dimora (7,7%), agli immigrati (2,7%) alla cura delle dipendenze (0,7%) ed ad una serie di altri soggetti identificati con la dicitura multiutenza (6,3%). Quest'ultima componente è cresciuta di 1,1 punti percentuali rispetto al 2003, grazie all'aumento delle risorse per gli immigrati e per le politiche di sostegno alla povertà, al disagio degli adulti e ai senza dimora. [ISTAT, 2011 – Ministero Economia, 2011].

A livello nazionale il 38,7% della spesa sociale è assorbita dai servizi di supporto alle esigenze delle varie categorie di utenti, mentre il 34,5% è destinata al funzionamento delle strutture. La quota residuale (il 26,8%) è destinata ai trasferimenti in denaro, che possono essere erogati direttamente alle famiglie bisognose per finalità assistenziali specifiche o essere versati ai diversi enti che operano nel settore.

L'Istat ricorda che i Comuni gestiscono singolarmente il 75% della spesa sociale, mentre il rimanente 25% è gestito dai Comuni in forma associata. Vi sono poi diversi tipi di enti che affiancano o sostituiscono i Comuni nella gestione dei servizi sociali quali Consorzi, Comprensori, Distretti Sociali, ASL, Comunità Montane etc. Per quanto riguarda quest'ultimo punto ricordiamo che la manovra economica ha stabilito, a partire dal 2011, un taglio delle risorse ai Comuni con più di 5.000 abitanti di 1,5 miliardi. Una misura che avrà sicuramente ricadute anche per quanto riguarda gli interventi e i servizi sociali. [Ministero Economia, 2011]. In proposito il rapporto IFEL ha calcolato che nel Biennio 2011-2012 la correzione finanziaria imposta ai comuni si tradurrà in un taglio dei servizi pari a 100 euro pro capite il primo anno e di quasi 120 euro per il secondo. [ISFEL, 2011].

Per il 2010 la dotazione del FSN era pari a 102.895.497.900 €, mentre il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali era pari a 1.174.944.000 €. A fronte di questi dati si può parlare più che di *“integrazione”* di *“incorporazione”* tra sanità e sociale [Elio Guzzanti, 2011.]

#### **4. L’integrazione e i riferimenti normativi**

L’integrazione sociosanitaria costituisce un obiettivo prioritario del Servizio sanitario nazionale (SSN) fin dalla sua origine, come necessario presupposto per rispondere ad un bisogno di salute ampio e complesso, in particolare nelle fasce a rischio, quali l’area materno-infantile, gli anziani, i disabili, i malati mentali, i tossicodipendenti, i malati terminali, i malati di HIV.

La normativa nazionale affronta questo tema a partire dall’istituzione del SSN con la legge n. 833 del 1978. Tale legge unifica in un’unica struttura, l’Unità sanitaria locale (USL), i diversi servizi volti alla tutela della salute e attribuisce la gestione stessa dei servizi sanitari all’ente più vicino ai cittadini: il Comune o l’Associazione dei Comuni. Nasce, presto, la necessità di ripartire competenze e risorse tra Comuni e Unità

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	--	---

sanitarie locali, basti pensare agli interventi normativi degli anni Ottanta, prima di tutto il DPCM 8 agosto 1985 sull’integrazione sociosanitaria.

Il passaggio successivo, fortemente improntato alla ricerca di strumenti di maggiore efficienza e razionalizzazione delle spese, è riconducibile alla trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende con il decreto legislativo n. 502/1992. Tale riforma ha separato il momento politico da quello tecnico, escludendo gli enti locali dalla gestione dei servizi sanitari. Nella modifica introdotta dal successivo decreto legislativo n. 517/1993 si corresponsabilizza l’ente locale alla definizione degli indirizzi e alle attività di verifica, tramite la creazione di Conferenze dei sindaci da istituire in ogni Azienda USL.

L’integrazione sociosanitaria ha acquistato una nuova centralità in epoca recente, per lo stesso cambiamento del quadro epidemiologico, con il crescente aumento delle patologie croniche stabilizzate, di quelle cronico-degenerative legate soprattutto all’invecchiamento della popolazione, e con la maggiore diffusione di malattie con determinanti sociali per l’incremento delle disuguaglianze. Questo tipo di condizioni non può trovare una risposta esaustiva nei tradizionali centri sanitari (ospedali e servizi ad alta specializzazione), ma richiede la costruzione di una rete di servizi socio-sanitari che si prenda carico complessivamente dei problemi della popolazione.

Questa consapevolezza è maturata in una serie di riforme istituzionali che nel settore sanitario si sono incentrate nel Piano sanitario nazionale 1994-1996, che recupera l’obiettivo dell’integrazione sociosanitaria da realizzarsi prima di tutto nel Distretto, e trova nuovo sviluppo nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nel decreto legislativo n. 229/1999. Quest’ultimo, la cosiddetta “Riforma ter” del SSN, prevede forme nuove ed incisive di partecipazione degli enti locali al sistema sanitario nell’ambito della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, con concorso alla definizione del piano sanitario regionale, del piano attuativo locale e del programma delle attività territoriali. Per quanto riguarda l’integrazione sociosanitaria lo stesso decreto individua nuovi criteri per distinguere le prestazioni tra sanitario e sociale (*prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, con la sottocategoria delle *prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria*, che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza, caratterizzate dalla particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria), nel tentativo di chiarire cosa compete al Comune e cosa alle Aziende sanitarie. Si specifica, inoltre, che il Distretto è tenuto a garantire anche le prestazioni socio-sanitarie e a programmarle in forma concertata con i Comuni tramite il piano delle attività territoriali.

In attuazione di queste norme, l’atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM 14 febbraio 2001 identifica criteri per pervenire alla definizione delle prestazioni socio-sanitarie, tra i quali quelli dell’appropriatezza, della modulazione di intensità e di complessità dei fattori produttivi, ribadendo altresì l’importanza della valutazione multidisciplinare del bisogno, la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza, l’approccio progettuale.

Nel settore sociale, un riferimento normativo organico è intervenuto solo con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, legge n. 328/2000; l’art. 8 di tale norma stabilisce che le Regioni, nel determinare gli ambiti territoriali delle zone sociali, prevedono incentivi a favore dell’esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i Distretti sanitari. Si tratta di un’indicazione importante, in quanto un Distretto che coincida territorialmente con l’ambito sociale può rappresentare meglio la comunità locale ed essere facilitato nelle modalità programmatiche ed operative.

La vera svolta in questo ambito si ha nel 2001, allorché una profonda trasformazione dell’assetto istituzionale del Paese in senso federalistico viene prevista dalla riforma del Titolo V, Parte seconda, della Costituzione con la legge costituzionale n. 3/2001.

Questa trasformazione è rilevante per diversi aspetti, in primo luogo per l’affermazione del principio fondamentale della sussidiarietà sia verticale, fra le stesse istituzioni, che orizzontale, tra istituzioni e comunità. Si tratta qui della partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi partendo da quelli più vicini ai cittadini e, quindi, al luogo dove si evidenziano i bisogni. Un principio secondo cui la generalità delle

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	--	---

competenze è attribuita al livello regionale e locale, mentre al livello centrale spetta la competenza esclusiva nella *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* [art. 117, co. 1, lett. m, Cost] come fondamentale elemento di unitarietà di un sistema che sceglie la differenziazione come valore positivo.

Le Regioni, con la riforma del Titolo V, Parte seconda, della Costituzione sono, quindi, chiamate ad esercitare nuove competenze in un ambito di autonomia ben più ampio. L’obiettivo dell’integrazione sociosanitaria e della realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali sul territorio è presente nella programmazione regionale. La normativa regionale appare fortemente connotata dal valore dell’integrazione tra sanitario e sociale, anche in un modello che prevede la titolarità separata nell’esercizio delle funzioni sociali e sanitarie e la separazione delle competenze finanziarie.

L’integrazione sociosanitaria sta cominciando a passare da una definizione di intenti alla identificazione di strumenti operativi, che devono necessariamente coinvolgere attori diversi, compresi gli erogatori pubblici e privati, sia profit che no-profit. Le scelte regionali, comunali e aziendali saranno determinanti in questo senso, ma occorre anche chiarire ai diversi livelli di governo cosa si intende garantire a tutti i cittadini e con quali risorse.

La difficoltà risiede nella definizione del sistema, che risulta essere ancora in profonda trasformazione, con confini piuttosto incerti, da cui la necessità di definire priorità sociali e socio-sanitarie e le relative risorse, scelte che implicano una riflessione sul futuro stesso dell’intero sistema di welfare che si intende realizzare. Nel sistema dell’integrazione sociosanitaria costituisce un problema il fatto che mentre sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) che devono essere garantiti a tutti i cittadini [DPCM 29 novembre 2001], sul versante sociale non esiste ancora l’atto formale di definizione dei livelli essenziali dell’assistenza sociale, come invece è richiesto dalla legge quadro dei servizi sociali n. 328/2000. La definizione dei cosiddetti LIVEAS sembra trovare un ostacolo nella difficoltà che si incontra nell’individuare non solo le prestazioni socio-sanitarie e sociali, ma anche le risorse per erogarle.

Il DPCM 29 novembre 2001 indica i servizi e le attività sociosanitarie che rientrano nei LEA (All. 1C), recependo le indicazioni dell’atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001 fornisce ulteriori indicazioni. L’allegato, tuttavia, ha suscitato discussioni e conflitti, in quanto prevede un riparto di competenze e oneri tra Aziende sanitarie locali e Comuni rispetto ad una serie di prestazioni sociosanitarie che rende urgente individuare risorse nuove per gli enti locali, di entità ben più ampia di quelle attualmente previste nel Fondo nazionale per le politiche sociali; Fondo che con la manovra finanziaria per il 2011 ha visto un drastico ridimensionamento passando dai 435,257 milioni di euro per il 2010 ai 218,084 milioni di euro per il 2011.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha posto l’integrazione sociosanitaria tra i principi fondamentali del sistema sanitario italiano e come uno dei punti di riferimento per la graduale transizione del sistema dalla sanità alla salute. Il Piano dedica particolare attenzione ai servizi territoriali. Indica, infatti, come obiettivi fondamentali, la costruzione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l’assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili, nonché la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari. Inoltre, affronta in maniera esplicita il problema del rapporto tra salute e sociale, indicando che nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione sociosanitaria, e fissa obiettivi di tutela per le fasce più a rischio. Il Piano richiama, inoltre, uno dei nodi centrali del problema: la necessità di individuare nuove e specifiche risorse per questa area, anche per far fronte alle prestazioni escluse dai LEA.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ha sottolineato la necessità dell’integrazione considerandola un’area assistenziale nella quale la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario ed ha promosso lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center"><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p align="center"><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	--

continuità e l’unitarietà del percorso assistenziale e la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le ASL.

Il precedente Patto per la salute 2007-2009 ha precisato che il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento delle attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, nonché lo sviluppo dell’integrazione sociosanitaria a cominciare dall’assistenza ai non autosufficienti.

Il Patto per la salute 2010-2012, invece, all’articolo 9 stabilisce, anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, che nelle singole Regioni e Province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l’organizzazione dell’assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti siano oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA. L’ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale eseguita con gli strumenti valutativi già decisi di comune accordo da Regioni e Ministero. È, inoltre, prevista l’attivazione e la trasmissione al Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero dei flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale.

Anche i più recenti Accordi sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per gli anni 2009 e 2010 dedicano particolare attenzione alle cure primarie, nell’ambito delle quali le Regioni possono garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali. Inoltre, viene posta in primo piano la problematica della non autosufficienza per la quale risulta assolutamente necessario contrastare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinarla ed aggravarla, anche attraverso il rafforzamento delle reti assistenziali con una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali.

In tale ottica diviene di fondamentale importanza l’incremento dell’Assistenza domiciliare integrata (ADI), considerato uno degli obiettivi prioritari che il SSN vuole perseguire in tutto il territorio per garantire alla persona fragile e/o non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio, con la realizzazione di un progetto di cura e assistenza multi professionale.

Inoltre, in coerenza con la normativa nazionale citata le Regioni possono avviare specifici progetti (relativi, ad esempio, ai Punti unici di accesso; ai sistemi informativi regionali per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali; ecc.).

La proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013 (che non ha ancora completato l’iter di approvazione; ha ricevuto per ora il parere positivo dalla Conferenza Unificata il 22 settembre 2011) attribuisce al Distretto il coordinamento e l’integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (Medici di medicina generale e altre professionalità convenzionate).

La proposta di Piano prevede che la costruzione del processo di integrazione non possa prescindere dalla preliminare identificazione formale delle responsabilità specifiche nella conduzione integrata degli interventi, delle risorse e dei soggetti istituzionali presenti sul territorio (Azienda sanitaria locale, Comune, Provincia).

La manovra finanziaria per il 2011 ha ridimensionato i fondi statali di carattere sociale ed ha azzerato il Fondo nazionale per le non autosufficienze, con conseguenze rilevanti sul mantenimento di importanti politiche socio-assistenziali, in un Paese dove a fronte di almeno 2,6 milioni di persone non autonome nello svolgere le normali funzioni quotidiane le risorse pubbliche destinate a sostenere le disabilità e la non autosufficienza sono assolutamente esigue in rapporto a quanto viene speso nel resto d’Europa.

Per un’analisi sistematica della normativa, si rinvia agli allegati.



## 5. Le parole dell'integrazione.

L'integrazione socio-sanitaria costituisce un argomento di complesso inquadramento e difficile sistematizzazione, data la vastità di ogni ambito che la riguarda, le interconnessioni con molte aree del welfare, la variabilità dei modelli normativi ed organizzativi, la scarsa standardizzazione sul piano concettuale ed operativo. Una recente revisione della letteratura (Armitage et al., 2009) non trova una definizione universale del concetto di integrazione ma la compresenza di diversi modelli tratti sia dal mondo degli affari sia dal settore sanitario.

Secondo Kodner e Spreeuwenberg (2002) *l'integrazione* è l'insieme coerente di metodi e di modelli riguardanti il finanziamento, l'amministrazione, l'organizzazione, l'erogazione di servizi ed i livelli clinici, progettati per creare connessioni, allineamento e collaborazione all'interno e tra i settori delle cure (*cure*) e dell'assistenza (*care*). Scopo di tali metodi e modelli è di aumentare la qualità dell'assistenza e la qualità di vita, il livello di soddisfazione e l'efficienza di sistema per pazienti con problemi complessi e di lunga durata che coinvolgono diversi servizi, erogatori e modalità assistenziali.

Il risultato degli sforzi per promuovere l'integrazione costituisce *l'assistenza integrata (integrated care)*. Il termine inglese di *care (assistenza)* esprime il prendersi a cuore qualcuno o qualcosa, il curare con l'intenzione di rendere migliore la qualità di vita, a prescindere dalla persistenza o meno della patologia; il termine *cure (cura)*, invece, significa curare una malattia con l'intenzione di guarire.

*L'integrazione sociosanitaria* può, quindi, essere intesa come il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Essa va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

Aspetti fondamentali sono l'effettiva *centralità della persona* e dei suoi *bisogni*, la rilevanza della *prevenzione e la programmazione integrata*.

Tra i modelli che facilitano l'integrazione, hanno uno speciale rilievo l'assistenza primaria, la domiciliarità, la continuità assistenziale.

*L'assistenza sanitaria primaria o di base (primary health care)* è il primo livello di contatto e di accesso degli individui, delle famiglie, delle comunità con il sistema sanitario, è la forma di risposta più prossima ai bisogni, nei luoghi in cui le persone vivono e lavorano.

La *domiciliarità* è la possibilità ed il diritto per chi non è autosufficiente di restare nella propria casa e nella propria comunità locale, ottenendo i sostegni necessari tra cui la disponibilità di cure e di assistenza domiciliare.

La *continuità assistenziale* è il dare una risposta duratura e coordinata a bisogni per un periodo lungo o indeterminato, attraverso la comunicazione ed il passaggio di informazioni tra i diversi erogatori e tra i luoghi dell'assistenza, l'azione sinergica e coordinata, la relazione continua tra erogatori/professionisti ed il paziente. Tra i metodi e gli strumenti del livello organizzativo dell'integrazione, assumono rilievo le *reti* ed i *percorsi*.

Le reti assistenziali sono l'insieme di servizi, di attività e di professionisti tra loro interdipendenti ed organizzati in nodi e connessioni, che ricompongono le proprie azioni intorno al bisogno di assistenza della persona; i percorsi assistenziali sono interventi multidisciplinari e interprofessionali progettati per la gestione complessiva di un problema di salute, coi quali si coordinano i diversi processi di assistenza e si effettua il monitoraggio degli esiti.

Strumenti operativi sono la *presa in carico*, costituita dall'insieme di azioni, percorsi, strategie di aiuto, di sostegno e di cura che i servizi sociali e sanitari mettono in atto per rispondere a bisogni complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo e che coinvolge diverse professionalità; la *valutazione multidimensionale*, tecnica che esplora le diverse dimensioni e bisogni della persona nella sua globalità, clinici, funzionali, cognitivi, sociali-relazionali-ambientali.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

Il Glossario presentato [vedi in appendice] fornisce indicazioni e descrizioni per molti dei termini utilizzati nell’ambito del vasto tema dell’integrazione sociosanitaria, richiamandosi alla normativa e alla letteratura scientifica esistente.

Esso può rappresentare uno strumento di consultazione per il lettore e può contribuire a sviluppare una terminologia condivisa su una tematica complessa e dai confini ancora incerti. Ci si augura che contributi di altri esperti ed operatori del settore possano arricchirlo ed affinarlo, in modo dinamico e collaborativo.

## 6. Bibliografia

### Paragrafo 1.

- Armitage G.D., Suter E., Oelke N.D., Adair C.E. : *Health systems integration: state of the evidence-. International Journal of Integrated Care* – Vol. 9, 17 June 2009 – ISSN 1568-4156
- Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, Panella M: *Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis* BMC Med. 2009; 7: 32. Published online 2009 July 1. doi: 10.1186/1741-7015-7-32
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Ravensdale D, Salivaras S.: *The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model.* Hosp Q 2003;7:73–82
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness.* JAMA 2002; 288: 1775-1779.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2.* JAMA 2002; 288: 1909-1914.
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health.* BMJ 2000;321:694-6.
- Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, 14 Farmer A, Griffiths F, et al. *Designing and evaluating complex interventions to improve health care.* BMJ 2007;334:455-9.
- Cannon, C. P., Hand, M. H., Bahr, R., Boden, W. E., Christenson, R., Gibler, W. B., Eagle, K., Lambrew, C. T., Lee, T. H., MacLeod, B., Ornato, J. P., Selker, H. P., Steele, P., and Zalenski, R. J. *Critical Pathways for Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: an Assessment by the National Heart Attack Alert Program.* Am.Heart J. 2002;143(5):777-89
- Care Continuum Alliance. *Care Continuum Alliance (CCA) definition of disease management.* Retrieved 2011-05-24
- Cochrane A. *Efficienza ed efficacia. Riflessioni sui servizi sanitari.* Roma, 1999. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Department of Health - *Government of United Kingdom: Improving Chronic Disease Management.* (2004),
- Di Stanislao F.: *Profili di assistenza sanitaria e governo clinico.* In *Atti del Convegno: La Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale.* Luiss University Press: 64-27; 2005
- Elliott, R.I A. et al.: *Cost Effectiveness of Adherence Enhancing Interventions: A Quality Assessment of the Evidence, The Annals of Pharmacotherapy,* Vol. 39, No. 2, March 2005 508515.
- Ellrodt G, Cook D, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S (1997). *Evidence-Based Disease Management.* JAMA, 278, 20: 1687-1692.
- Every NR, Hochman J, Becker R, Lopecky S, Cannon CP. *Critical Pathways: a Review.* Circulation 2000;101(4):461-65.
- Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. *Managed care. Origins, principles, and evolution.* BMJ 1997; 314: 1823-6.
- Freeman R., Lybecker K. M. and Taylor D. W.: *The Effectiveness of Disease Management Programs in the Medicaid Population,* Hamilton ON: The Cameron Institute, 2011.”
- Goodwin N, Peck E, Tim Freeman T, Rachel Posaner R. - *Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) - January 2004*
- Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. *Return on Investment in Disease Management: a Review.* Health Care Finance Rev 2005; 26(4):1-19
- Huang E.S. et al., "The Cost-Effectiveness of Improving Diabetes Care in U.S. Federally Qualified Community Health Centers," Health Services Research 42, no. 6 Pt 1 (2007): 2174-2193.
- Huang E.S. et al., "The cost consequences of improving diabetes care: the community health center experience," Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety 34, no 3 (2008): 138-146
- Hunter DJ, Fairfield G "Education and debate. Managed care: diseases management" BMJ 1997;315:50-53
- Katon W., Von Korff M., Lin E., Walker E., Simon G.E., Bush T., Robinson P. and Russo J., *Collaborative management to achieve treatment guidelines, Journal of the American Medical Association* 273 (1995): 1026-1031.
- Kim S, Losina E, Solomon DH, Wright J, Katz JN. *Effectiveness of clinical pathways for total knee and total hip arthroplasty: literature review.* Journal of Arthroplasty 2003; 18(1):69-74.
- Kitchiner D, Davidson C, Bundred P (1996). *Integrated care pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice.* J Eval Clin Pract 2 (1): 65-9



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
**“La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario”**

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

- Kodner, D. and C. Spreeuwenberg. 2002. *“Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – a Discussion Paper.”* International Journal of Integrated Care 2(3). Retrieved January 21, 2009.
- Kwan J, Sandercock P. *In-hospital care pathways for stroke.* Cochrane Database Syst Rev 2004;(4)
- Lega 1998: *“Scelte strategiche e ridefinizione dei confini dell'ospedale: dalla struttura focalizzata all'organizzazione a rete”.* Organizzazione sanitaria 1, 43-66.
- Lega F e Tozzi V.: *Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia.* Rapporto OASI 2009, pagg. 249-272
- Lemmens L , Van Zelm R., Vanhaecht K., Kerckamp H.: *Systematic review: indicators to evaluate effectiveness of clinical pathways for gastrointestinal surgery* DOI: 10.1111/j.1365-2753.2008.01079.x
- Lloyd J. and Wait S.: *Integrated Care. A Guide for Policymakers.* Alliance for Health and the Future 2006
- McAlister F.A., Lawson F. M.E., Teo K.K, Armstrong P.W.. *A systematic review of randomized trials of diseases management programs in heart failure.* Am J Med 2001(110);378-384.
- Meneguzzo M., Cepiku D., 2008. *Network pubblici: Strategia, struttura e governance,* The McGraw Hill, Milano.
- Morosini PL, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Mastrogiovanni P, Vichi MC, Jovine R, Falasco P. ( a cura di) *Qualità professionale e percorsi assistenziali.* Pubblicazione Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Regionale Sanitaria Marche, Ministero della Salute, Roma-Ancona 2004. Sito web: [www.ars.marche.it/qualita](http://www.ars.marche.it/qualita).
- Neuman MD, Archan S, Karlawish JH, Schwartz JS, Fleisher LA. *The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture.* J Am Geriatr Soc. 2009 Nov;57(11):2046-54. Epub 2009 Sep 28.
- Noto G., DI STANISLAO F.: *Dai profili di assistenza alla Clinical Governance: l'esperienza della Regione Marche.* Mecosan XII (47): 135-148; 2003.
- O'Toole L.J., *“Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration”*, Public Administration Review, N. 57, 1997.
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. *Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews.* Int J Qual Health Care 2005; 17(2):141-6
- Ovreteit, J. (1998) *Evaluating Health Interventions.* Open University Press, Buckingham.
- Panella M, Moran N, Di Stanislao F. *Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc.* QA volume 8, n°1. Marzo 1997 (1-16).
- Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. *Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work?* Int J Qual Health Care 2003; 15(6):509-521
- Panella M Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F.: *Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomized controlled trial.* Qual Saf Health Care 2009;18:369-373
- Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH (1995). *Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential.* Ann Intern Med Dec 15; 123 (12): 941-948.
- Qualis Health, *Evaluation of Washington State Medicaid Chronic Care Management Projects Qualitative Report*, December 31, 2008.
- Renholm M, Leino-Kilpi H, Suominen T. *Critical pathways. A systematic review.* J Nurs Adm 2002; 32(4):196-202.
- Robinson R, Steiner A. *Managed health care.* Buckingham: Open University Press, 1998.
- Rotter T., Kugler J., Koch R., Gothe H., Tworck S., van Oostrum J.M., Steyerberg E.W: *A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes* BMC Health Services Research 2008, 8:265
- Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs.* Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;3:CD006632.
- Shekim L (1994), *Critical Pathway.* Quality Improvement Digest Fall.: 1-10.
- Shiell A., Hawe P., Gold L. *Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation* BMJ , 7 June 2008 , Volume 336 1281-3
- Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB *A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses* Am J Manag Care 2005; 11 (8): 478-488
- Vanhaecht, K., De Witte, K. Sermeus, W. (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes.* PhD dissertation KULeuven, 154pp, Katholieke Universiteit Leuven.
- Van Herck P, Vanhaecht K, Deneckere S, Bellemans J, Panella M, Barbieri A, Sermeus W. *Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review.* J Eval Clin Pract. 2010 Feb;16(1):39-49.
- Von Korff M., Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. and Wagner E.H., *Collaborative management of chronic illness,* Annals of Internal Medicine 127 (1997): 1097-1102.
- Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M.: *Organizing care for patients with chronic illness,* Milbank Quarterly 74 (1996): 511-544
- Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M. (2): *Improving outcomes in chronic illness,* Managed Care Quarterly (1996): 4; 12-25.
- Wagner EH: *What will it take to improve care for chronic illness?.* Effective Clinical Practice, 1996, 1: 2-4

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center"><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p align="center"><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	--

- Wagner EH, Sandhu N, Newton KM, McCulloch DK, Ramsey SD, Grothaus LC . *Effect of improved glycemc control on health care costs and utilization*. JAMA 2001; 285(2):182-9
- Wagner EH, “Chronic disease care” BMJ 2004;328;177-178
- Wall, D. e Boggust, M. (2003). *Developing managed clinical networks*. Clinical Governance Bulletin, 3(6); 3.
- Woolf SH (1990) *Practice guidelines: a new reality in medicine*. I. *Recent developments*. Arch Intern Med, 09, 150: 9, 1811-1818.

### Paragrafo 3.

- Cavicchi I. 2005, *Sanità Un libro bianco per discutere*, edizioni Dedalo Bari.
- Dona Sofio A. Meneguzzo M. Mennini F.S. Spandonaro F. (a cura di) *Rapporti CEIS 2006-2010* CEIS-Sanità Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.
- Ufficio VI della Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema (a cura di), *“Rapporto nazionale di monitoraggio dell’assistenza sanitaria Anni 2002-2003”*, Ministero della Salute, Marzo 2006.
- AGENAS (2009), *“Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell’assistenza domiciliare del SSN”*, Settembre 2009, Roma.
- AGENAS (2009), Relazione finale del progetto di ricerca corrente: *“Rilevazione dell’attuale spesa pubblica per l’assistenza sociosanitaria degli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard”* 27 gennaio 2009.
- Donolo C. (2003), *“Politiche integrate come contesto dell’apprendimento istituzionale”*, in Battistelli, a cura di, *“La P.A. tra innovazione e retorica”*, Franco Angeli Editore, 2003.
- INRCA (2009), *“Rapporto annuale sulla non autosufficienza in Italia- Anno 2009”*, Agenzia nazionale per l’invecchiamento.
- Ministero della Salute-Dipartimento Qualità, *“Rapporto di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza 2005-2006”*, 2009.
- Rosati D. (2003), *“Ma davvero il futuro è degli anziani? ”*, Servizi Sociali Oggi, Maggioli.
- Scaccabarozzi G.L., *“Quali cure domiciliari a sostegno delle fragilità: la ricerca di un percorso comune”*, ASL di Lecco Dipartimento della Fragilità.
- AGENAS, *“Terza ricerca sui Distretti Socio sanitari in Italia”*, 2010. I supplementi di Monitor .
- Bissolo G, Fazzi L (a cura di). *“Costruire l’integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi”*. Carocci Faber, Roma 2005.
- Casagrande S, Marceca M. *“Integrazione socio-sanitaria”*. CARE 2006; 6
- Donati P, Folgheraiter F - *Gli operatori sociali nel welfare mix* - Erikson, Trento (1999).
- Federsanità ANCI/Studi e ricerche, *“1° Rapporto 2007 sull’integrazione Socio sanitaria e socio assistenziale”*, in collaborazione con DISS, Dipartimento di Scienze Sociali, Università “Sapienza”, Roma, a cura di Giorgio Banchieri & c.
- FORMEZ, *“I sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali”*, Quaderno 57, 2007
- FORMEZ, *“L’attuazione della riforma del welfare locale”*, Quaderno n. 6, 2003
- Federsanità ANCI/Studi e ricerche, *“2° Rapporto 2010 sull’integrazione Socio sanitaria e socio assistenziale”*, in collaborazione con DISS, Dipartimento di Scienze Sociali, Università “Sapienza”, Roma, a cura di Giorgio Banchieri & c.
- Folgheraiter F - *Il servizio sociale postmoderno* - Erickson, Trento (2005).
- Folgheraiter F. - *Relational social work* - Jessika Kinsley, London (2004).
- Folgheraiter F: *“Integrazione socio-sanitaria”*. Lavoro sociale 2009.
- Giorgio Bissolo e Luca Fazzi (a cura di) *“Costruire l’integrazione Sociosanitaria. Attori, Strumenti, metodi”* Carocci Faber 2005.
- Gui L. *“Le sfide teoriche del servizio sociale”*. Carocci, Roma (2004).
- *“Integrazione Sociosanitaria”*, Silvia Casagrande, Maurizio Marceca ASP Laziosanità.
- Maria Giulia Marini, Nicola Castelli (a cura di) *“Le organizzazioni aperte in sanità: innovare per gestire la complessità del mondo sanità”* Edizioni il SOLE 24ORE, 2006.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale. Settembre 2005, *“Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali”*.
- Rainieri ML. *“Il metodo di rete in pratica”*. Erikson, Trento (2004)
- Ranci Ortigosa E. *“Il rapporto tra servizi sociali e sanitari dopo la Legge 328/2000. Tendenze nuove”* 2004; 6: 533-542.
- Sanicola L. *“Intervento di rete in pratica”*. Dizionario di Servizio Sociale (diretto da M. Dal Pra Ponticelli). Carocci, Roma (2005).

### Paragrafo 5 e Glossario.

#### Dizionari e Glossari

- Beccastrini S., Gardini A., Tonelli. S.: *Piccolo dizionario della qualità*. Centro Scientifico Editore, 2001.
- Dal Pra Ponticelli M.: *Dizionario di Servizio Sociale*. Carocci Faber, 2006.
- Faggiano F., Donato F., Barbone F.: *Applicazioni di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*. Centro Scientifico Editore, 2006.
- Federici A. (a cura di): *Le parole della nuova sanità. Dizionario per gli operatori del sistema sanitario*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	--	---

- Gardini A.: *Verso la Qualità*. Centro Scientifico Editore, 2004.
- Martiny G., Cataldo A., Antonello O.: *Glossario ragionato sulla qualità in Sanità*. Editrice Impressioni Grafiche, 1999.
- Marceca M., Casagrande S., Pasquarella A., Guasticchi G.: *Glossario sull’assistenza domiciliare*. Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, 2006.
- Morosini P., Perraro F.: *Enciclopedia della gestione di qualità in Sanità*. Centro Scientifico Editore, 2001.

#### Articoli e Testi

- Armitage G.D., Suter E., Oelke N.D., Adair C.E.: *Health systems integration: state of the evidence- International Journal of Integrated Care* – Vol. 9, 17 June 2009.
- Bellentani M., Bugliari Armenio L. *I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni*. Documento Agenas, novembre 2009, [www.agenas.it](http://www.agenas.it).
- Bellentani M., Bugliari Armenio L.: *L’assistenza domiciliare nei Livelli Essenziali di Assistenza e gli obiettivi per la non autosufficienza. Uno strumento per identificare le cure e la qualità*. Servizi Sociali Oggi, N. 3, pp. 9-15, 2010.
- Folgheraiter F.: *Integrazione socio-sanitaria*. Dizionario in Lavoro sociale, Vol. 9, pp. 435-448, 2009.
- Kodner D., Spreeuwenberg C.: *Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – A Discussion Paper*. International Journal of Integrated Care, Vol. 2(3), 2002.
- Casagrande S., Marceca M.: *Integrazione Sociosanitaria*, CARE, n. 6, 2006.
- Damiani G., Venditti A., Palumbo D., Rizzato E., Guzzanti E.: *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. Organizzazione sanitaria, Vol. 2, pp. 3-16, 2007.
- Guzzanti E.: *L’assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. Proposta del GISAP (Gruppo indipendente per lo studio dell’assistenza primaria). Edizioni Iniziative Sanitarie. Roma, 2009.
- Mete R.: *Il ruolo del Distretto nelle cure primarie*. Monitor, 20, 2008.
- Ministero della Salute: *“Libro bianco sui principi fondamentali del SSN”*. 2008. [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_808\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_808_allegato.pdf)
- o Morosini P.L., Di Stanislao F., Casati G., Panella M. (a cura di): *Qualità professionale e percorsi assistenziali*. Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Regionale Sanitaria Marche, Ministero della Salute. Quarta edizione. Roma Ancona, 2005 [www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Qualit%C3%A0\\_professionale\\_e\\_percorsi\\_assistenziali.pdf](http://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Qualit%C3%A0_professionale_e_percorsi_assistenziali.pdf) .
- Riediger H.: *Cos’è la terminologia e come si fa un Glossario*. [www.term-minator.it/corso/doc/mod3\\_termino\\_glossa.pdf](http://www.term-minator.it/corso/doc/mod3_termino_glossa.pdf),
- Vecchiato T.: *Programmazione e valutazione di efficacia: questioni teoriche e applicative*. Da: Canali C, Maluccio A.N., Vecchiato T.: *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*. Fondazione Zancan, Padova, 2003
- World Health Organization (WHO): *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever*, 2008. [www.who.int/whr/2008/en/index.html](http://www.who.int/whr/2008/en/index.html)

#### Sitografia

- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - [www.agenas.it](http://www.agenas.it)
- Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio - [www.asplazio.it](http://www.asplazio.it)
- Care - [www.careonline.it](http://www.careonline.it)
- Fondazione Zancan - [www.fondazionezancan.it](http://www.fondazionezancan.it)
- Il Sole 24 Ore Sanità - [www.sanita.ilsole24ore.com](http://www.sanita.ilsole24ore.com)
- Osservatorio buone pratiche - [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)
- Term-minator.it - [www.term-minator.it](http://www.term-minator.it)
- Wikipedia - [www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

## Capitolo 3 - La qualità dell'integrazione tra sanità e sociale

### 1. La qualità dell'integrazione tra sanità e sociale: criteri e requisiti

Sebbene non sia ancora disponibile una definizione universalmente accettata di qualità dell'assistenza la W.H.O. nel corso degli ultimi decenni ha tentato di definire le componenti fondamentali che dovrebbero sostanziare la buona qualità dell'assistenza sanitaria.

A metà degli anni '80 (WHO, 1985)<sup>4</sup> vennero individuati 4 elementi costitutivi:

1. Performance professionale (Qualità tecnica) (*N.d.r. – Efficacia*)
2. Uso delle risorse (Efficienza)
3. Gestione del rischio (il rischio di danni o malattie legato con i servizi resi)
4. Soddisfazione del paziente per i servizi resi

Incorporando questi quattro elementi venne fornita la seguente definizione di Garanzia della Qualità dell'Assistenza Sanitaria:

*"Disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici tali da produrre con la maggiore probabilità, per il paziente, l'esito di un'assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed il rapporto con fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia da cui è affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico, ed altri fattori connessi; con il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo risultato; con il minor rischio possibile di ulteriori danni o disabilità in conseguenza a tale terapia; e con la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario ed ai risultati ottenuti"*

Sempre il W.H.O. , più recentemente [W.H.O. 2006]<sup>5</sup>, puntualizza che le scelte strategiche in campo sanitario devono essere effettuate con un focus sui sistemi sanitari nel loro complesso e sulla qualità dei risultati di salute raggiunti sia per i singoli utenti dei servizi sia per le intere comunità. Non viene data una definizione specifica ma si suggerisce che i sistemi sanitari devono cercare di portare miglioramenti in sei aree o dimensioni della qualità:

1. *Efficacia*: l'assistenza sanitaria è fondata sulle evidenze scientifiche e i risultati migliorano gli esiti di salute per gli individui e la comunità;
2. *Efficienza*: l'assistenza deve tendere a massimizzare l'uso delle risorse e ridurre/annullare gli sprechi;
3. *Accessibilità*: l'assistenza deve essere tempestiva ed erogata in *setting* operativi facilmente raggiungibili geograficamente, dove competenze e risorse sono appropriate ai bisogni di salute;
4. *Accettabilità (Orientamento al paziente)*: l'assistenza deve tener conto delle preferenze e aspirazioni dei singoli utilizzatori dei servizi e della cultura della propria comunità di appartenenza
5. *Sicurezza* l'assistenza deve minimizzare i rischi e i danni degli utenti;
6. *Equità*: l'assistenza non deve essere differente rispetto al genere, razza, etnia, localizzazione geografica o stato socio-economico.

Rispetto alla precedente definizione vengono fortemente sottolineati alcuni elementi centrati sui diritti dei pazienti: accessibilità – accettabilità (e non solo soddisfazione) – equità.

<sup>4</sup> W.H.O.:The principles of quality assurance.- Regional Office for Europa, Euro Report N. 94, 1985

<sup>5</sup> W.H.O.:, 2006 - QUALITY OF CARE - A process for making strategic choices in Health systems

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

Nella predisposizione delle raccomandazioni, SIQuAS ha naturalmente tenuto conto di questi elementi costitutivi, che si ritrovano tutte all'interno delle diverse raccomandazioni, ma ha anche utilizzato, come bussola, i tre assi (*valutazione di struttura, processo, esito*) dell'approccio valutativo alla qualità definite da Donabedian [Donabedian, 1966<sup>6</sup> e 1988<sup>7</sup>] nonché le dimensioni della qualità (*qualità tecnico/professionale, organizzativa, percepita*) desumibili dalla logica dell'azione organizzativa [Maggi, 1990<sup>8</sup>; Vaccani, 1992<sup>9</sup>].

La *valutazione di struttura* – Connota le caratteristiche dello scenario nel quale avviene l'erogazione dell'assistenza. Include le caratteristiche delle risorse materiali (come impianti, attrezzature, ecc), delle risorse economiche, delle risorse umane (quantitative e qualitative) e della struttura organizzativa (articolazione organizzativa, sistemi di valutazione, sistemi premianti, ecc). Questo tipo di valutazione basa la sua logica sul fatto che per fornire un servizio di buona qualità sono necessarie (ancorché spesso non sufficienti!) la presenza di risorse umane, materiali ed economiche adeguate.

La *valutazione di processo* riguarda l'analisi delle modalità con cui vengono effettuate le diverse attività professionali (diagnostiche, terapeutiche, preventive, riabilitative). Il principale oggetto di osservazione sono le *procedure tecnico-operative*. Questo tipo di valutazione basa la sua logica sull'equazione *good care = good outcome*, cioè se ciascun operatore applica gli interventi secondo quanto viene dettato dalle correnti conoscenze scientifiche, i risultati dell'assistenza dovrebbero essere migliori di quelli conseguenti alla non corretta applicazione delle conoscenze scientifiche.

La *valutazione dei risultati (outcome)*. Il presupposto logico della misurazione della qualità dell'assistenza in base ai risultati da essa ottenuti è semplice ed ineccepibile. Gli obiettivi dell'assistenza sanitaria sono quelli di promuovere la salute, curare le malattie, arrestare la loro progressione, restaurare le capacità funzionali, alleviare dolore e sofferenze: la qualità dell'assistenza dovrebbe sempre misurare il raggiungimento di uno di questi obiettivi. Il miglioramento delle conoscenze e i cambiamenti comportamentali più salutari sono inclusi nella definizione del miglioramento dello stato di salute, così come il grado di soddisfazione dei pazienti nei confronti dell'assistenza ricevuta.

Alla classica tripartizione definita da Donabedian si affiancano tre dimensioni che derivano dalla logica dell'azione organizzativa: qualità organizzativa, qualità tecnico/professionale e qualità percepita (dagli utenti e dagli operatori) intese:

- la *qualità organizzativa* come congruenza delle relazioni tra elementi costitutivi dell'organizzazione. Gli elementi costitutivi vengono divisi in *struttura di base* (organigramma; funzionigramma; divisione/attribuzione delle risorse umane, economiche, impiantistico-tecnologiche, strutturali) e *sistemi operativi di supporto* (sistema decisionale, sistema valutativo, sistema di controllo di gestione, sistema premiante, sistema informativo, sistema formativo).
- la *qualità tecnico/professionale* come appropriatezza d'uso di tecnologie efficaci
- la *qualità percepita* come scarto tra atteso ed osservato:
  - o dall'utente nel ricevere la prestazione e
  - o dall'operatore nel vissuto dell'organizzazione.

Aree, assi e dimensioni della qualità possono essere ricomposte (con qualche inevitabile sovrapposizione) all'interno di uno schema che unifica le diverse “visioni” [Tabella 1]

<sup>6</sup> Donabedian A. – Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966, 44; 166-203

<sup>7</sup> Donabedian A. – The quality of care. How can it be assessed. JAMA 1988, 260: 1743-1748

<sup>8</sup> Maggi B.: Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione. Etaslibri Ed., Milano, 1990;

<sup>9</sup> Vaccani S.: La Sanità incompiuta. Nuova Italia Scientifica, Milano, 1992

	<b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria	<b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b>	<b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b>
--	---	--	---------------------------------------

Tabella 1.

<i>Le aree del W.H.O.</i>	<i>Gli “assi” di Donabedian</i>	<i>Le dimensioni della logica organizzativa</i>	<i>Metodologie/ strumenti analisi e intervento</i>
Efficienza	Struttura	Qualità Organizzativa	Analisi sistemica; Analisi Congruenze; Circoli qualità; Certificazione; Accredитamento; Analisi economiche (ACB – ACE – ACU); Process management; Business Process; Reengineering; ecc..
Accessibilità			
Sicurezza	Processo	Qualità Tecnico / Professionale	Audit clinico; Peer review; Utilization review ;Case management; Risk management; Analisi eventi sentinella; Quality Assurance-VRQ; Linee guida; Profili assistenza; Accredитamento; ecc
Efficacia			
Accettabilità	Esito	Qualità Percepita	Questionari; Interviste; focus group; Reclami; Incidenti critici; Audit civico; Analisi partecipata Qualità
Equità			

e giustapposte a loro volta alle categorie delle Raccomandazioni SIQuAS [Tabella 2]

Tabella 2.

<i>Le aree del W.H.O.</i>	<i>Gli “assi” di Donabedian</i>	<i>Le dimensioni della logica organizzativa</i>	<i>Le categorie delle Raccomandazioni</i>
Efficienza	Struttura	Qualità Organizzativa	Politico- Istituzionale e Organizzativo - Gestionale
Accessibilità			
Sicurezza	Processo	Qualità Tecnico / Professionale	Professionale
Efficacia			
Accettabilità	Esito	Qualità Percepita	Politico- Istituzionale
Equità			

## 2. Obiettivi, aree e destinatari

La qualità nei servizi alla persona ha, nel corso di questi ultimi anni, fatto propri alcuni principi:

- Prendersi cura della persona e non solo curarla;
- Centralità della persona: rispetto d’identità, volontà e scelte;
- Partecipazione al piano di cura del paziente, dei familiari, delle assistenti familiari, delle reti informali di cura (vicinato, volontariato);
- Relazione tra pari tra paziente e professionista nella comunicazione, nell’ascolto e nella narrazione;
- Anamnesi sociosanitaria, valorizzando anche le opportunità delle moderne tecnologie;
- Percorsi d’inclusione psicologica, sociale, economica, lavorativa.

L’integrazione sociosanitaria è un aspetto determinante, nel prendersi cura di una persona, ma anche un tassello di una rete più ampia di aiuto. Le persone per le quali una cultura d’integrazione non è solo una qualità di servizio, ma una necessità vitale sono:

- Gli anziani a rischio di perdita di autosufficienza o già non autosufficienti;
- I disabili sin dalla nascita, o al momento del suo manifestarsi (per trauma, incidente, patologia o altro);



- Le persone con disagio mentale;
- Gli immigrati;
- Le persone in grave condizione sociale ed economica;
- I bambini.

Sono tutti soggetti fragili ed esposti, per ragioni diverse a patologie anche gravi, ma, diversamente dagli altri cittadini, con meno strumenti per proteggersi.

Si può quindi identificare, in relazione a queste categorie di persone, quelle aree ove, più che mai, è richiesta un'integrazione tra i diversi settori: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, cronicità, fragilità economica, sociale, anagrafica, di diritti di cittadinanza.

Per loro s'intrecciano le più recenti condivisioni delle scienze mediche e sociali: necessità di individuare i determinanti di salute nel contesto sociale, economico, lavorativo, relazionale ed anche valoriale per la singola persona; l'importanza del contesto nel determinare la riuscita o meno dell'inclusione al termine di un vulnus sociale e/o sanitario; le persone dipendenti siano essi anziani, disabili o bambini, traggono il massimo beneficio dalla relazione di cura con i propri familiari e tra questi e i professionisti.

Conferma l'OCSE che le disuguaglianze nella salute sono legate al reddito e al titolo di studio, oltre che alla collocazione territoriale degli individui, specie in Italia. Uguale conclusione al recente congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia largamente dedicato a valutare le differenze geografiche nella salute in Italia<sup>10</sup>.

I principi e i requisiti dell'integrazione sociosanitaria devono obbligatoriamente tararsi e adattarsi agli individui che per primi devono esserne beneficiari.

Se non esiste questa appropriatezza degli interventi, intesa come idoneità a rispondere in primo luogo a questa tipologia di utenti, tutti i principi enunciati risulteranno privi di significato ed efficacia. In molti casi potranno anche essere dannosi, perché una non attuazione non prevista e calcolata della cura farà peggiorare la situazione sociale e sanitaria. In altri termini la centralità della persona, come requisito di qualità è tale solo se di quella persona sono evidenziate le caratteristiche individuali<sup>11</sup>.

Potremmo quindi pervenire ad una prima, anche se approssimativa definizione:

*"L'integrazione sociosanitaria è una delle risposte alla più vasta azione del prendersi cura della persona, che va accolta e curata sempre nell'insieme delle sue condizioni e delle sue espressioni. La qualità dell'integrazione si raggiunge quando obiettivi, azioni e prestazioni sanno adattare i principi generali del prendersi cura alle condizioni individuali, restituendo al soggetto il suo ben-essere e il massimo delle sue autonomie psicologiche, sanitarie e sociali."*

### 3. Contenuti e dimensioni

I principi e i concetti sopra richiamati di qualità dell'integrazione sociosanitaria si traducono in alcuni criteri e indicazioni operative non esaustive ma esplicative.

Si selezionano a tale scopo due contesti:

- il contesto delle aree d'intervento;
- il contesto professionale e organizzativo.

Nel contesto delle aree d'intervento requisiti determinanti sono:

- adeguate politiche/azioni di prevenzione (in relazione al livello coinvolto);

<sup>10</sup> XXXV Congresso Associazione Italiana di Epidemiologia, Torino 7-9 novembre 2011

<sup>11</sup> Si leggano a tal fine due articoli di Gavino Maciocco *Assistere le persone con condizioni croniche-Modelli assistenziali innovativi in un documento canadese. L'approccio focalizzato sulla persona (person-focused care)* (Salute internazionale 23 giugno 2011 (<http://saluteinternazionale.info/2011/06/assistere-le-persone-con-condizioni-croniche/>); Assistenza sanitaria e centralità del paziente. What, Why, How, Salute internazionale 10- 2010 (<http://saluteinternazionale.info/2010/10/assistenza-sanitaria-e-centralita-del-paziente-what-why-how/>).



- adeguate politiche/azioni d'inclusione.

Nel contesto professionale e organizzativo per il raggiungimento degli obiettivi di qualità indicati, requisiti determinanti sono:

- la continuità assistenziale;
- l'idoneità dei luoghi della cura;
- l'accessibilità.

### 3.1 Le aree d'intervento

Le aree d'intervento in cui corretti e qualitativamente validi percorsi d'integrazione sociosanitaria sono maggiormente incisivi sono:

- prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- inclusione sociale, psicologica e lavorativa.

I ruoli e le responsabilità dei due sistemi sociale e sanitario in questi ambiti ha peso e coinvolgimenti diversi, non quantificabili a priori ma sono in relazione agli specifici progetti d'intervento.

Alcune esperienze condotte recentemente (ad esempio, nel campo della prevenzione il progetto "Guadagnare salute" del Ministero della salute), pur se attivate in maniera disomogenea sul territorio nazionale, hanno confermato che i risultati più efficaci erano proporzionali al coinvolgimento oltre che dei servizi sanitari, in particolare quelle territoriali, delle organizzazioni sportive, ricreative, sindacali della realtà locale.

### 3.2. La continuità assistenziale

E' intesa a diversi livelli dei professionisti e dell'organizzazione.

Più specificatamente possono essere indicate, quale aree su cui sviluppare corrispondenti criteri:

- *Continuità e passaggio delle informazioni tra i professionisti dei diversi settori* - sociale, sanitario, abitativo erogazioni economiche - coinvolti per prendersi cura della persona;
- *Continuità nel processo di cura*, qualunque sia la porta d'ingresso, nel sistema sanitario (domicilio, ospedale, RSA, Centri integrati ecc.);
- *Continuità e coerenza d'azione tra i diversi ambiti organizzativi coinvolti*: sociale, sanitario, imprese di gestione, associazioni volontarie coinvolte nell'organizzazione dei servizi ( ambulanze, trasporti sociali, reti informali) prestazioni accessorie (ausili sanitari, supporti tecnologici ecc).

### 3.3. L'idoneità dei luoghi di cura

L'idoneità è intesa in due diverse accezioni:

- *Soggettiva*: l'ambiente (sia domiciliare che del servizio) considerato come il più idoneo e appropriato per il recupero del benessere della persona;
- *Oggettiva*: l'ambiente, specie se riferito ad un servizio o ad un reparto, pensato, organizzato e gestito per rispondere al benessere della persona e sollecitare le sue risorse (accesso ai familiari, spazi accoglienti eccetera).

### 3.4. L'accessibilità

Anche in questo tema è presente un principio della centralità della persona e dell'integrazione nella definizione prima indicata. Le diverse modalità e criteri organizzativi adottati per unificare i punti d'accesso al sistema sociale e sanitario, raramente unificati, devono rispondere sempre al criterio della centralità della persona e della continuità assistenziale.

Ciò significa orientarli a:

- Unificazione dei percorsi di presa in carico con corrispondente assunzione di responsabilità del sistema;

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	---	---

- Percorsi predefiniti e semplificati per i casi in cui vi è un intervento di più soggetti organizzativi (protocolli e procedure per i diversi accessi-visite specialistiche, supporti e adattamenti ambientali eccetera);
- Adozione di sistemi di comunicazione, informazione e coinvolgimento idonei in relazione alle categorie di persone ( evitare, ad esempio, discriminazioni per il digitale che divide);
- Accessibilità fisica e localizzazione urbana idonea anche per le categorie di persone svantaggiate.

### **Bibliografia**

- Barcellona P. *Il sapere affettivo*, edizioni DIABASIS, Reggio Emilia, 2011
- Gregori Daniela, *Tutela della salute processi di inclusione sociale. La relazione tra “malati” e contesto sociale*, Servizi sociali oggi, n.1/2010, Maggioli Editore
- Sergio Caprinico, *In che cosa posso servirla-Idee e cultura per le organizzazioni di servizio* GUERINI E ASSOCIATI Milano, 1992.
- Butera F., *Il castello e la rete. Impresa, organizzazioni e professioni nell’Europa degli anni 90*, Franco Angeli, Milano 2005.
- Morosini P.L., Piergentili P. ( a cura di) *Accreditamento volontario di eccellenza. Manuale – questionario di accreditamento volontario tra pari*, Maggioli editore, Vega, 2009.
- Spadea T., Costa G. *I dati per la misura delle diseguaglianze di salute: adeguatezza, accessibilità, integrazione*, Salute e società, 1/2009, Franco Angeli
- Goldoni L., *Integrazione socio-sanitaria: come, quando, perché*, in Sanità pubblica e privata, n. 2 marzo/aprile 2006, Maggioli editore.
- Goldoni L., *Integra-azione. Perché un titolo spezzato*, in Welfare oggi, n. 3 / 2011, Maggioli editore.
- Goldoni L., *Integra-azione. La persona al centro*, in Welfare oggi n.4/2011 Maggioli editore.
- Goldoni L., *Integra-azione, L’espressione della volontà*, in Welfare oggi n.6/2011, Maggioli editore
- AA.VV, *La Bottega del Possibile (a cura di), Oltre la famiglia, oltre la casa. Il senso dell’abitare*, edizioni L’altro modo, Pinerolo 1997.
- AA.VV, *La Bottega del Possibile (a cura di), La casa e la persona*, edizioni L’altro modo, 1998.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

## Capitolo 4 - Qualità ed esperienze

### 1. Un sistema di autovalutazione dei progetti di integrazione

E' stato da noi elaborato uno schema di autovalutazione dei progetti di integrazione socio sanitaria a partire dal **modello per l'eccellenza della European Foundation for Quality Management (EFQM)**<sup>12</sup>. Il modello EFQM è stato considerato dallo studio ExPeRT<sup>13</sup>, promosso nel 1996 dall'Unione Europea, tra i sistemi di revisione esterna maggiormente utilizzati in Europa per il miglioramento della qualità dell'assistenza dei servizi sanitari, accanto a: accreditamento, norme ISO 9000 e revisione professionale fra pari.

Il modello, basato su nove dimensioni, delle quali cinque sono fattori strutturali e di processo e quattro sono risultati, ripropone, in maniera più articolata, le tre dimensioni di Donabedian: Struttura, Processo, Esito.

Le principali caratteristiche del modello EFQM che a nostro giudizio ne rendono particolarmente opportuno l'impiego nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria sono: la sua visione sistemica, che favorisce il superamento della concezione meccanicistica e deterministica su cui si basa di fatto la gestione della maggior parte delle organizzazioni, la focalizzazione sui risultati e sul loro bilanciamento, l'attenzione alle persone (sia pazienti, persone prossime indicate dai pazienti, familiari e cittadini sia le persone interne all'organizzazione), l'importanza riconosciuta alla funzione di guida e responsabilità, la promozione di apprendimento, creatività e innovazione come strumenti di miglioramento continuo.

Il modello ha già avuto applicazione nei servizi socio sanitari: a partire da una Check list di sintesi per la Valutazione delle Organizzazioni Sanitarie, elaborata da SIQuAS-VRQ sulla base del questionario EFQM utilizzato nell'Azienda Ospedaliera di Udine e nell'Azienda USL di Bologna, è stata elaborata una Check list di Autovalutazione per una Residenza Sanitaria Assistenziale<sup>14</sup>, comprensiva di indicatori pertinenti relativi alle dimensioni EFQM di risultato.

Sulla stessa base è stata recentemente formulata una Griglia di Autovalutazione per una Organizzazione sanitaria "Slow": sobria, rispettosa e giusta<sup>15</sup>.

I contatti con il gruppo europeo che promuove e studia l'applicazione del modello EFQM nell'assistenza sanitaria (EFQM Health Community of Practice), insieme alle esperienze di impiego nella realtà sanitaria e sociosanitaria anche italiana, hanno fatto sì che il modello, nato nelle organizzazioni industriali, avesse una continua evoluzione e assumesse man mano i contenuti e il linguaggio delle organizzazioni sanitarie e sociosanitarie in un progressivo sforzo di concretezza, leggerezza e comprensibilità.

Nello schema di autovalutazione dei progetti di integrazione socio sanitaria è stata utilizzata la versione del modello sotto riportata, resa compatibile con il mondo socio sanitario.

<sup>12</sup> European Foundation for Quality Management, <http://www.efqm.org>, gennaio 2012

<sup>13</sup> Shaw C.D. *External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries*. Int J Qual Health Care 2000;12:169-75.

<sup>14</sup> Vernero S, Gardini A *Il modello EFQM per l'eccellenza: possibile applicazione nei Servizi Sociosanitari*. Servizi Sociali Oggi 2011; 1: 41-45

<sup>15</sup> Vernero S, Gardini A, Domenighetti G: Una Griglia di Autovalutazione per una Organizzazione sanitaria "Slow": sobria, rispettosa e giusta. La parola e la cura. Numero monografico per Slow Medicine. Change Torino editore. Autunno 2011



Lo schema di autovalutazione è costituito da 32 item, di cui 23 relativi ai fattori strutturali e di processo e 9 relativi ai risultati. In particolare:

#### **Fattori strutturali e di processo**

- 1) Guida e responsabilità: 1 item
- 2) Pianificazione: 6 item
- 3) Le Persone nell'Organizzazione: 2 item
- 4) Alleanze e Risorse: 5 item
- 5) Le Cure /Prestazioni: 9 item

valutati secondo i seguenti parametri:

D= no/non è descritto

C= poco

B= in parte

A= pienamente

NA= item non appropriato per il progetto in oggetto

#### **Risultati**

- 6) Risultati relativi a Pazienti, Persone Prossime indicate dai Pazienti, Familiari, Cittadini (percezione e indicatori): 2 item
- 7) Risultati relativi alle Persone nell'Organizzazione (percezione e indicatori): 2 item
- 8) Risultati relativi alla Società e all'Ambiente: 1 item

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	--	---

9) Risultati Chiave (clinico assistenziali, organizzativi ed economico-finanziari): 4 item

valutati secondo i seguenti parametri:

D= non viene misurato

C= viene misurato

B= risultati parzialmente positivi

A= risultati pienamente positivi

NA= item non appropriato per il progetto in oggetto

Per l’analisi dei dati, si prevede di seguire la metodologia proposta da EFQM di trasformare le risposte qualitative in valori numerici (D = 0; C = 33; B = 67; A = 100).

Riteniamo che lo schema possa rappresentare sia una griglia di autovalutazione per progetti di integrazione socio sanitaria già realizzati sia una guida per la strutturazione di nuovi progetti.

In particolare, in linea con i concetti sottesi al modello EFQM, lo schema intende invitare a porre la dovuta attenzione non solo alla corretta pianificazione di un progetto ma anche alla adeguata valutazione di tutti i risultati che ne conseguono: i risultati chiave, clinico assistenziali oltre che organizzativi ed economico-finanziari, le esperienze e la soddisfazione dei pazienti, delle persone prossime da loro indicate, dei familiari e dei cittadini, la motivazione e soddisfazione dei professionisti e di tutti gli operatori e infine l’impatto sulla società esterna e sull’ambiente.

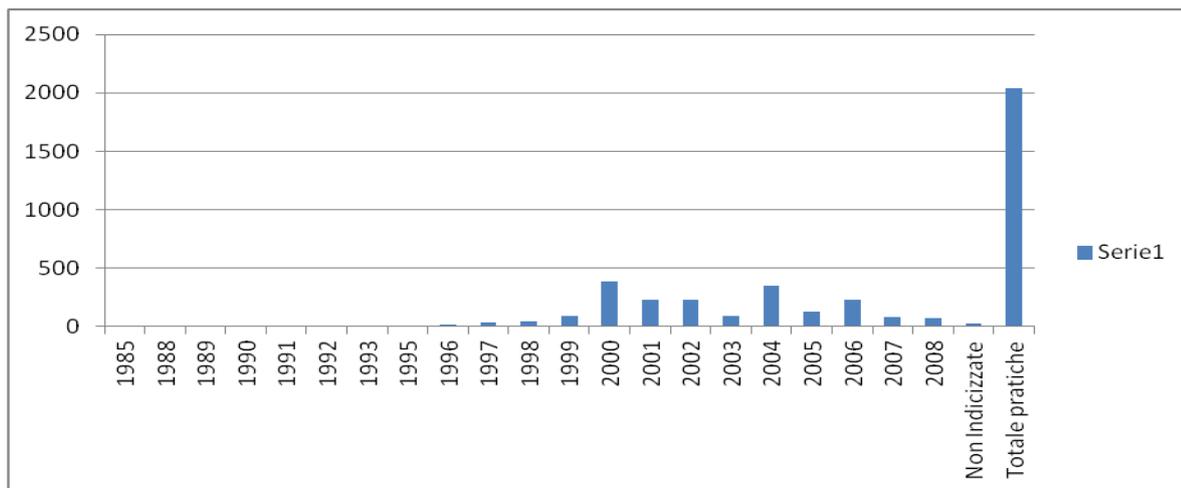
E, alla luce dei risultati, prevedere la sistematica revisione del progetto in oggetto, in una cultura di miglioramento continuo e circolare.

Lo schema di autovalutazione è riportato nella sua versione integrale come appendice a questo documento.



## 2 La rilettura delle buone prassi

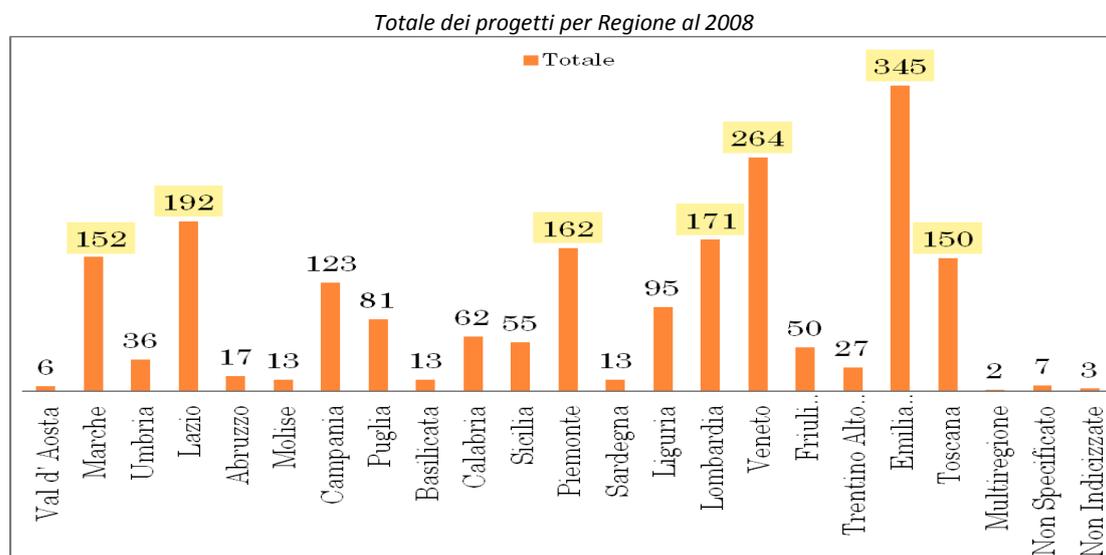
In questo paragrafo sono stati raccolti i dati estratti dal database dell'osservatorio [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it) al 2009 relativi alle pratiche/progetti presentati dalle aziende sanitarie o da enti (Regioni, Comuni) e soggetti vari (cooperative, etc.) ad Awards organizzati sui temi dell'integrazione tra sanità e sociale. Il totale delle pratiche/progetti censiti sono pari a 2.039.



Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)

La distribuzione dei progetti per anno vede un crescendo della distribuzione dal 1985 (1) al 2000 (382) con poi dei picchi nel 2004 (352) e nel 2006 (229) anche se decrescenti, per poi calare drasticamente nel 2007 (80) e nel 2008 (73), quasi a confermare un rallentamento dell'interesse nelle aziende sanitarie al tema, nonostante l'attualità dello stesso in tutti i PSR vigenti.

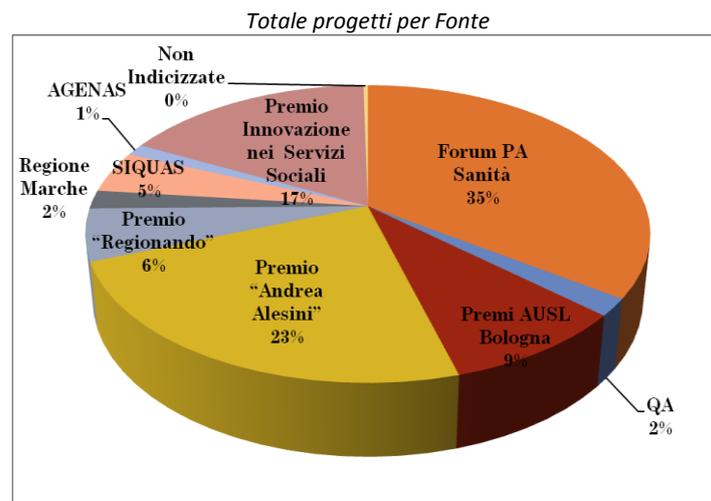
Le Regioni con maggiore produzione di pratiche/progetti sono l'Emilia Romagna (345, 16,92%), il Veneto (264, 12,95%), il Lazio (192, 9,49%), la Lombardia (171, 8,39%), il Piemonte (162, 7,95%), le Marche (152, 7,45%) e la Toscana (150, 7,36). Queste Regioni da sole contabilizzano 1.436 pratiche/progetti pari al 70,42% del totale censito.



Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)

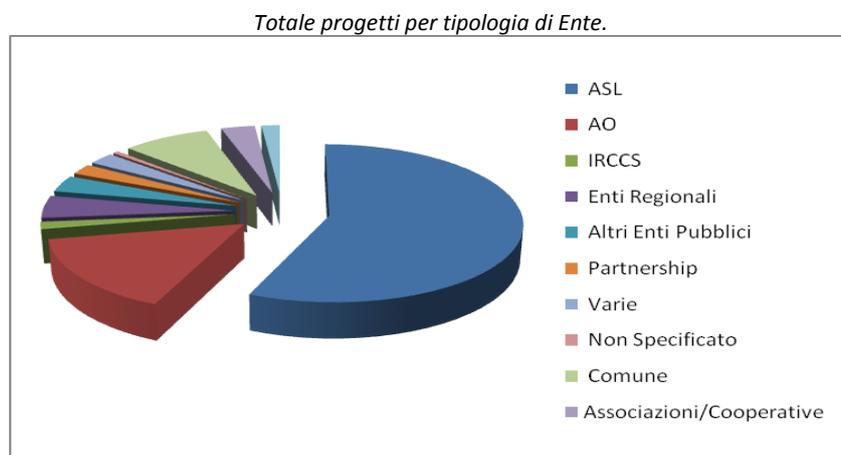


Le fonti considerate sono quelle dell'osservatorio [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it). La fonte più ricca di pratiche ed esperienze raccolte è Forum PA che da sola totalizza 709 pratiche/progetti pari al 34,77%. Se si considera anche il Premio "Regionando", sempre di Forum PA, abbiamo altre 115 pratiche/progetti pari al 5,64%. Quindi solo Forum PA con i suoi premi totalizza 824 pratiche/progetti pari al 40,41%. Seguono il Premio "Andrea Alesini" con 478 pratiche/progetti censiti pari al 23,44%, il premio per l'Innovazione nei Servizi Sociali, organizzato dalla Maggioli Editore di Bologna, con 349 pratiche/progetti pari al 17,12% del totale. Infine il Premio della AUSL di Bologna con 184 pratiche/progetti pari al 9,02% del totale.



Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)

Analizzando la distribuzione delle pratiche/progetti per tipologia di soggetto proponente abbiamo il massimo del contributo da parte delle ASL con 1.153 pratiche /progetti pari al 57%. Seguono le Aziende Ospedaliere con 315 pratiche /progetti pari al 15%, poi i Comuni con 169 pratiche /progetti pari all'8%, poi le Regioni con 94 pratiche /progetti pari al 5%, poi altri enti pubblici con 70 pratiche /progetti pari al 3%. Infine la associazioni/cooperative con 65 pratiche /progetti pari al 3%. Aggregando Asl + AO + IRCCS abbiamo 1.539 pratiche /progetti pari al 74% del totale. Invece aggregando Enti regioni + Comuni + altri Enti Pubblici abbiamo 33 pratiche /progetti pari al 16% del totale. Il mondo dell'associazionismo invece conta solo 65 pratiche /progetti pari al 3% del totale.

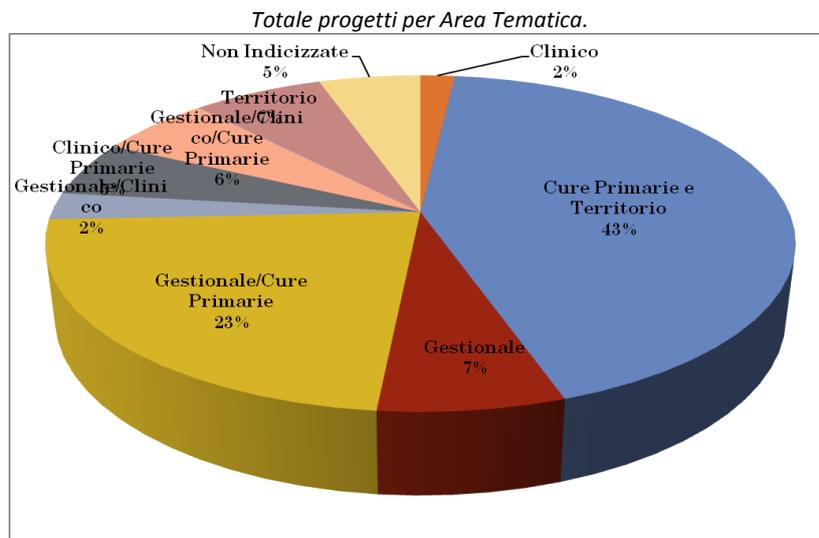


Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)



Dal database generale di [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it) sono state estratte tutte le pratiche /progetti relative alle seguenti aree tematiche:

- Clinico con rilevanza territoriale;
- Cure primarie e territorio (integrazione territoriale);
- Gestionale con rilevanza territoriale;
- Gestionale e cure primarie;
- Clinico e cure primarie (integrazione trasversale ospedale territorio);
- Gestionale, clinico, cure primarie (integrazione trasversale).



Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)

Le aree tematiche più rilevanti come numero di pratiche /progetti raccolte e censite sono:

- Cure primarie e territorio (integrazione territoriale) con 877 pratiche /progetti pari al 43%;
- Gestionale e cure primarie con 464 pratiche /progetti pari al 22,76%;
- Gestionale con rilevanza territoriale con 138 pratiche /progetti pari al 6,77%;
- Gestionale, clinico, cure primarie (integrazione trasversale) con 118 pratiche /progetti pari al 5,79%;
- Clinico e cure primarie (integrazione trasversale ospedale territorio) con 108 pratiche /progetti pari al 5,30%.

**SIQuAS**Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria**RACCOMANDAZIONE 2012**  
"La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario"**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

Tabella 1. Incrocio tra Regioni e tipologia di Soggetto Proponente.

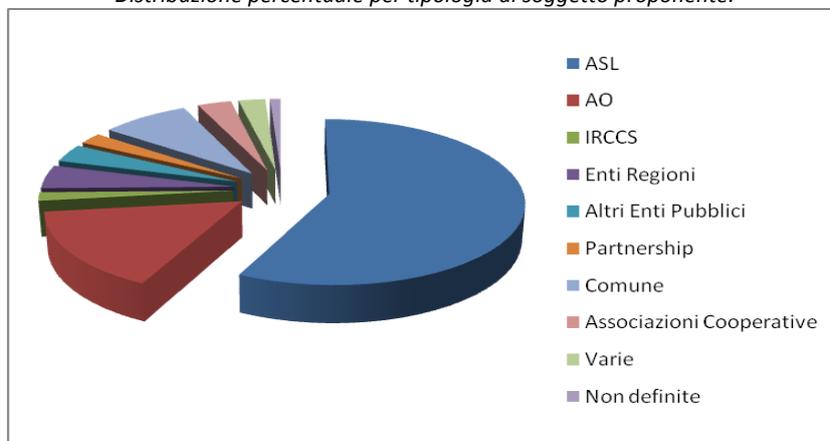
Regioni/Tipologia soggetti	ASL	AO	IRCCS	Enti Regionali	Altri Enti Pubblici	Partner ship	Varie	Non def.	Comune	Associazioni Cooperative	Totale
Valle d' Aosta	2	-	-	1	-	1	-	-	2	-	6
Marche	96	32	1	2	2	-	-	1	13	3	150
Umbria	16	8	-	-	1	1	-	-	4	2	32
Lazio	95	26	10	11	8	8	11	2	10	9	190
Abruzzo	3	-	-	2	1	-	1	-	9	1	17
Molise	10	-	-	1	-	1	-	-	1	-	13
Campania	98	10	-	-	4	1	-	-	9	-	122
Puglia	47	16	2	6	-	2	3	-	3	1	80
Basilicata	7	-	-	1	-	-	1	-	2	-	11
Calabria	42	6	-	1	1	1	1	-	10	-	62
Sicilia	22	5	-	3	8	-	4	-	9	3	54
Piemonte	72	30	-	18	10	7	9	1	7	5	159
Sardegna	9	-	-	-	1	-	-	-	2	1	13
Liguria	72	9	3	2	-	1	2	1	4	1	95
Lombardia	44	55	12	6	9	4	2	-	30	6	168
Veneto	194	35	-	9	3	2	4	1	7	8	263
Friuli V. G.	25	10	2	1	1	2	1	1	6	1	50
Trentino A.A.	9	4	-	4	7	-	1	-	2	-	27
Emilia R.	200	42	1	13	12	8	4	3	31	20	334
Toscana	89	27	-	12	2	3	3	-	8	3	147
Multi Regione	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Non def.	15	5	3	1	2	1	4	10	-	3	44
<b>Totale pratiche</b>	<b>1.167</b>	<b>320</b>	<b>34</b>	<b>94</b>	<b>72</b>	<b>45</b>	<b>51</b>	<b>20</b>	<b>169</b>	<b>64</b>	<b>2.039</b>

Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)

Incrocio i dati relativi alle pratiche /progetti censiti tra Regioni e soggetti proponenti abbiamo che ASL, AO e IRCCS totalizzano 1.521 pratiche pari al 74,59% del totale contro Regioni, Comuni e altri enti pubblici che totalizzano 335 pratiche /progetti pari al 16,42% del totale. L'associazionismo per contro totalizza solo 64 pratiche /progetti pari al 3,13%. Quest'ultimo dato può non essere significativo in quanto l'associazionismo ha i suoi canali di finanziamento e di Awards diversi da quelli della sanità e quindi in questo caso si censiscono solo le pratiche /progetti presentate a Awards sanitari o socio-sanitari.



Distribuzione percentuale per tipologia di soggetto proponente.



Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)

Tabella 2. Incrocio tra Regioni e Aree tematiche.

Regioni/Aree Tematiche	Cure Primarie e Territorio	Gestionale/ Cure Primarie	Clinico/ Cure Primarie	Gestionale/ Clinico/Cure Primarie	Territorio	Totale
Val d' Aosta	5	1	-	-	-	6
Marche	70	39	15	5	3	132
Umbria	15	7	-	3	3	28
Lazio	97	38	7	17	13	172
Abruzzo	7	1	-	-	5	13
Molise	5	2	1	-	1	9
Campania	55	33	5	9	1	103
Puglia	47	15	4	3	2	71
Basilicata	5	2	3	-	1	11
Calabria	26	16	5	3	2	52
Sicilia	23	13	-	2	8	46
Piemonte	72	38	7	9	15	141
Sardegna	10	-	-	-	1	11
Liguria	43	27	4	7	3	84
Lombardia	56	38	7	10	19	130
Veneto	119	67	15	18	10	229
Friuli Venezia Giulia	21	14	3	3	3	44
Trentino Alto Adige	7	10	-	1	6	24
Emilia Romagna	125	76	23	23	35	282
Toscana	75	30	10	5	5	125
Multiregione	-	1	-	-	-	1
Non Specificato	161	86	18	33	27	325
<b>Totale pratiche</b>	<b>1.044</b>	<b>554</b>	<b>127</b>	<b>151</b>	<b>163</b>	<b>2.039</b>

Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

## Capitolo 5 - Prospettive, strumenti e opportunità

### 1. I percorsi futuri dell'integrazione: dimensioni qualificanti

Nel futuro dell'integrazione tra sanità e sociale non può esserci un modello unico di riferimento.

Sono accettabili e, probabilmente, necessari gradi di integrazione diversi tra i servizi sanitari e i servizi sociali, ma serve raccordo e coordinamento, partecipato e condiviso... cioè "governance" sia a livello regionale che locale.

Tra frammentarietà ed unitarietà vanno individuate le dimensioni dell'integrazione sociale e sanitaria da "comporre" per le diverse forme della integrazione sociale e sanitaria, "possibile" e "necessaria", valorizzando soprattutto il ruolo dei "livelli" regionali e locali.

Il futuro dell'integrazione tra sanità e sociale dovrà essere una specie di Tangram dove i "pezzi" sono quelli (7) e sono "fissi", per garantire la necessaria cornice unitaria nazionale, ma le "combinazioni" saranno diverse per costruire disegni progettuali adeguati ai diversi contesti territoriali regionali.

È necessario dare contenuti ai "pezzi" del Tangram<sup>16</sup> dell'integrazione sociale e sanitaria.

#### 1. L'assetto istituzionale/territoriale dell'integrazione

Al livello nazionale - Parlamento, Governo e Conferenza Unificata - spetta la non più procrastinabile individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, o comunque di una soglia definita che, sempre nella logica dei diritti, definisca, declini e adegui l'"universalismo selettivo" rispetto ai sistemi dei servizi sociali e sanitari evidenziando l'area comune dell'integrazione tra sanità e sociale.

Al livello regionale vanno esplicitati i principi generali di riferimento del "modello" di integrazione sociale e sanitaria con la conseguente armonizzazione dei contenuti tra normative nazionali e normative regionali.

Il Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale è il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

La definizione di assetti territoriali coincidenti tra sanitario e sociale è un'opzione irrinunciabile perché, tra l'altro:

- facilita la costruzione delle rete dei servizi sanitari e sociali integrati;
- favorisce l'accoglienza e la consulenza integrata alla persona per la fruizione dei servizi;
- permette lo sviluppo dell'appropriatezza nella erogazione di interventi e servizi alle persone.

L'individuazione dei soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria (a livello regionale, a livello locale) e delle relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria consente:

- la valorizzazione del ruolo attivo del/della Comitato/Conferenza dei Sindaci del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;
- lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica solidaristico - assicurativa contro la logica contributivo - capitaria;
- il consolidamento del sistema integrato pubblico - privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali;

<sup>16</sup> Il *tangram* (in cinese 七巧板; pīnyīn qī qiǎo bǎn) è un gioco rompicapo cinese. Il nome significa "Le sette pietre della saggezza". Pur essendo comunemente ritenuto di origine molto remota nel tempo, le più antiche fonti conosciute non lo nominano, però, che verso il XVIII secolo. È costituito da sette tavolette del medesimo materiale e del medesimo colore (chiamati *tan*) che sono disposti inizialmente a formare un quadrato: 5 triangoli (2 grandi, 1 medio, 2 piccoli), 1 quadrato e 1 parallelogramma. Lo scopo del gioco è di formare figure di senso compiuto. Le regole sono alquanto semplici: usare tutti e sette i pezzi nel comporre la figura finale; non sovrapporne nessuno.



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
**“La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario”**

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

- la partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, coprogettazione, cogestione/corresponsabilità, controllo partecipato.

## 2. *Programmazione integrata sociale e sanitaria*

La programmazione integrata sociale e sanitaria per la promozione di un avanzato sistema di welfare privilegia:

- la riallocazione delle risorse nella logica del riequilibrio territoriale e il loro pieno utilizzo,
- la riqualificazione delle politiche sanitarie e sociali come politiche del corso di vita delle persone e delle famiglie, con strategie mirate per la fragilità sociale;
- il consolidamento e il miglioramento dei servizi alla persona e alla comunità con la valorizzazione degli operatori sanitari e sociali;
- il riconoscimento e la promozione delle capacità di azione delle persone e di rafforzamento di legami sociali nelle comunità di appartenenza;

La programmazione integrata sociale e sanitaria va sviluppata a livello regionale e territoriale (Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale).

La programmazione sociale e sanitaria regionale e territoriale va elaborata nella prospettiva del “Piano regolatore” dei servizi integrati alla persona come:

- un processo aperto di individuazione degli obiettivi, delle priorità e delle direzioni di intervento che si arricchisce nel corso della sua implementazione/valutazione;
- una modalità di sviluppo delle politiche sanitarie e sociali che interpella e orienta tutte le politiche per la coesione e il benessere della comunità;
- uno strumento strategico - organizzativo che favorisce la costruzione di interventi e progetti trasversali ed integrati.

## 3. *Accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza*

La necessità del “governo della domanda” sociosanitaria dei cittadini impegna le amministrazioni regionali a declinare e regolare le tre aree logiche, collegate tra loro:

- *Area dell'Accettazione/accoglienza territoriale integrata tra sanità e sociale:*

Al di là di denominazioni e modelli di riferimento (Punto Unico di Accesso...) le funzioni che contraddistinguono l'accesso integrato, in cui sono presenti operatori sanitari delle ASL e operatori sociali dei Comuni, sono: accesso, accoglienza (ascolto, informazione, accompagnamento), orientamento, raccolta di segnalazioni, gestione della domanda, attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici, avvio della presa in carico e integrazione con i servizi sociali e i servizi sanitari della rete territoriale e ospedaliera.

- *Area della Valutazione multidimensionale integrata tra sanità e sociale:*

Ha l'obiettivo di portare ad unitarietà l'attività di valutazione nell'area dell'integrazione tra sanità e sociale convogliando tutte le richieste per interventi assistenziali complessi. La responsabilità di quest'area logica va ricondotta al Direttore di Distretto o, comunque, al responsabile dell'assistenza sanitaria territoriale, e al Responsabile dell'Ambito Territoriale Sociale. Si ritiene opportuno che svolga tutte le funzioni di valutazione collegate alle prestazioni complesse erogate sul territorio e che sia: mista (composta da diversi professionisti sia dal sanità - ASL - che del sociale - Comuni -); unica, pur nelle sue articolazioni per aree di intervento (fasce d'età, patologie, discipline mediche).

- *Area della Presa in carico e continuità dell'assistenza tra sanità e sociale:*

Il governo del processo favorisce l'appropriatezza dei livelli assistenziali e delle prestazioni ed una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie, per cui si ritiene utile che i soggetti titolari di tale funzione siano il Direttore di Distretto e il Responsabile



dell'Ambito Territoriale Sociale. In questa area logica si sviluppa e si dà corso al *Piano Assistenziale Individuale*, con l'individuazione: dei soggetti erogatori dei servizi e delle prestazioni; dei soggetti che gestiscono il processo (il *case manager*, quale responsabile clinico della persona assistita, e il *care manager* quale responsabile del percorso assistenziale).

#### 4. *L'assetto organizzativo/gestionale dell'integrazione*

L'assetto organizzativo/gestionale dell'integrazione tra sanità e sociale presuppone che, a livello regionale, siano definiti:

- *un percorso di autorizzazione e accreditamento dei servizi delle aree:* sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale, che sia adeguato e coerente con il necessario continuum dell'articolazione delle risposte ai bisogni dei cittadini;
- *la definizione di un atto di fabbisogno dei servizi dell'area dell'integrazione sociale e sanitaria con riferimento ai principi di:* rispondenza ai diversi bisogni della popolazione; equilibrata allocazione territoriale rispetto alla distribuzione della popolazione e all'ampiezza territoriale; continuità dal livello sanitario extraospedaliero, a quello socio-sanitario, a quello sociale; unitarietà dell'impostazione per le diverse tipologie di destinatari pur nella necessaria contestualizzazione; sostenibilità economico-finanziaria;
- *un sistema tariffario per le diverse tipologie di servizi dell'area dell'integrazione sociale e sanitaria, calibrato sui diversi fattori di produzione e organizzazione dei servizi all'interno di una cornice unitaria che:* permette una comparazione tra settori e tipologie di servizi; definisce le spese che vengono riconosciute ai soggetti erogatori dei servizi e le rispettive quote di competenza del Servizio Sanitario Regionale e dei Servizi Sociali Comunali; stabilisce i criteri ed i livelli di compartecipazione di cittadini nel sostenere il costo dei servizi e delle prestazioni;
- *un sistema informativo appropriato per l'integrazione sociale e sanitaria e integrato con i diversi sistemi informativi,* in grado di garantire il monitoraggio dei servizi e delle attività realizzate e di supportare la programmazione.

L'assetto organizzativo/gestionale vero e proprio dell'integrazione tra sanità e sociale, con i modelli organizzativi che integrano i servizi e gli interventi della sanità (ASL e AO) con quelli del sociale (Comuni, singoli o associati) non può essere definito a priori e discende, con coerenza, dalle scelte delle Regioni rispetto a: assetto istituzionale/territoriale dell'integrazione, programmazione integrata sociale e sanitaria, governo della domanda sociosanitaria.

#### 5. *Processi, percorsi, procedure*

La progressiva definizione di standard di intervento e di prodotto sotto il profilo della adeguatezza delle strutture di offerta per le prestazioni socio-sanitarie, cioè di *"percorsi di cura integrati"*, rappresenta la dimensione più importante per il consolidamento e lo sviluppo dell'integrazione tra sanità e sociale.

L'indicazione arriva direttamente dall'articolo 3 septies del D.lgs. 229/99, cui va dato adeguato sviluppo, in cui si definiscono: *"percorsi assistenziali integrati"*, in cui sono inserite le *"prestazioni sociosanitarie"*, finalizzati a soddisfare *"bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione."*

Le esperienze di profili assistenziali o percorsi di cura si sono sviluppate prevalentemente nell'ambito sanitario: dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), al Profilo Integrato di Cura (PIC), con esiti ed effetti differenti nei territori regionali. I percorsi di cura in sanità convergono, almeno come tendenza, verso una modalità strutturata e monitorata; i percorsi di intervento nel sociale sono flessibili, ma (spesso) poco sistematici e poco sostenuti da linee teoriche validate.

Quello di cui c'è bisogno non è una *"batteria"* di PAC (Pacchetto Ambulatoriale Complesso) sociali, ma la costruzione di Percorsi Assistenziali Integrati Sanitari e Sociali calibrati su:



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
**“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”**

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

- centralità dei bisogni complessi del paziente,
- promozione della continuità dell'assistenza,
- utilizzo congruo delle risorse della sanità e del sociale,
- riduzione variabilità nelle pratiche della clinica e dell'intervento sociale,
- integrazione degli operatori sanitari e sociali,
- diffusione dei fattori di successo.

La prospettiva di un nuovo, necessario, *“paradigma sociosanitario”* passa per la costruzione, congiunta tra operatori della sanità (ASL e AO) e operatori del sociale (Comuni singoli e associati), di *Percorsi Assistenziali Integrati Sanitari e Sociali* in grado di: dare risposte sempre più appropriate e integrate ai bisogni di salute dei cittadini; determinare lo spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio; sviluppare logiche di gestione integrata dell'offerta dei servizi sanitari extraospedalieri, sociosanitari e sociali; garantire la continuità assistenziale nei percorsi di cura intesa quale percorso integrato tra le reti dei servizi ospedalieri, dei servizi sanitari territoriali, dei servizi sociali.

Questo processo porterà al superamento della contrapposizione o giustapposizione tra *“sistemi sanitari”* e *“sistemi sociali”*, per la realizzazione dei *“sistemi di salute”*.

#### 6. I modi dell'integrazione professionale

La collaborazione costante tra operatori sanitari (ASL e AO) e operatori sociali (Comuni singoli e associati) permette di costruire *“dal basso”* una corretta e completa integrazione tra sanità e sociale.

Coerentemente con le piste indicate precedentemente l'integrazione professionale ha bisogno di *“luoghi”* di incontro definiti e stabili quali:

- l'accoglienza e l'accettazione integrata;
- la valutazione multidimensionale integrata;
- la costruzione del Progetto di Assistenza Individualizzato;
- l'operatività interprofessionale nella gestione dei servizi e nella erogazione delle prestazioni.

Gli strumenti che possono favorire la costruzione ed il consolidamento dell'integrazione professionale tra sanità e sociale sono:

- formazione permanente e aggiornamento congiunti o, comunque, integrati tra operatori sanitari e sociali di diverse qualifiche;
- protocolli che regolano le azioni da compiere e le mansioni professionali delle diverse professionalità;
- individuazione di *case manager* come riferimento interno ed esterno all'interno di una équipe realmente integrata tra operatori sanitari e operatori sociali;
- valutazione congiunta degli esiti e impatti degli interventi;
- incontri periodici di valutazione dei programmi e progetti.

#### 7. Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento

È comprensibile e normale che ci siano differenze anche significative nei contenuti e nelle modalità di integrazione tra sanità e sociale tra i diversi settori di intervento: materno - infantile, adolescenti e giovani, disabilità, salute mentale, dipendenze, adulti fragili, anziani...

D'altra parte sembra sempre più necessario il rafforzamento della logica di sistema unitario e coerente di integrazione tra sanità e sociale, che collochi organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento e di contesto territoriale. Nell'ambito di ogni settore di intervento verranno individuati:

- competenze specifiche,
- soggetti e attori,
- assetti organizzativi,
- funzioni e attività,
- piani programmatici,

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	--	---

che richiamano i principi comuni di riferimento e declinano le indicazioni generali date ai livelli nazionale e regionale.

## **2. Integrazione nel territorio, nella comunità e nella città**

Se l’integrazione sociosanitaria è l’approccio più corretto per prendersi cura delle persone, la dimensione “*territorio*” ha una specifica valenza non solo come localizzazione dei servizi, ma come attivazione delle risorse disponibili, qualunque siano le sedi e le aree in cui sono allocate, la loro entità e/o caratteristica.

Diversi sono gli attori che operano sul territorio:

- Enti pubblici territoriali: Comune Province;
- Enti di gestione: ASL, ASP, Consorzi;
- Società cooperative e del terzo settore;
- Associazioni di promozione sociale;
- Fondazioni, associazioni di volontariato, di famigliari, di categoria;
- Centri di assistenza e d’informazione;
- Società private profit.

Ognuno di questi soggetti svolge azioni in base alle proprie funzioni e competenze o alla propria ragione sociale o infine in base ai propri fini statutari.

Parlando d’integrazione sociosanitaria, ma anche d’inclusione sociale, lavorativa, economica il coinvolgimento dei diversi soggetti è indispensabile, sia in attività di prevenzione che di cura e reinserimento.

Nella competenza degli Enti locali rientrano le politiche sociali più universali:

- Le politiche urbanistiche su spazi verdi, viabilità, luoghi d’incontro;
- Le politiche abitative e *l’housing sociale*;
- I servizi sociali e sanitari e la loro localizzazione.

Nelle competenze degli enti di gestione dei servizi e delle attività siano essi pubblici, no profit o profit rientrano:

- La costruzione dei Piani assistenziali e dei Piani terapeutici;
- L’attivazione delle risorse formali ed informali necessarie alla loro realizzazione;
- La costruzione delle reti formali e della loro gestione;
- L’integrazione delle reti formali e di quelle informali;
- Il sistema di relazioni, comunicazioni ed informazioni, unitamente agli Enti locali, con la comunità circostante.

La presenza sul territorio delle Fondazioni, associazioni di volontariato a scopi assistenziali, ricreative, sportive, culturali di supporto amministrativo e logistico rappresentano non solo un apporto di risorse diverse nella presa in cura della persona, ma anche il punto di collegamento tra questa e la sua storia, la sua identità, la sua cultura e le sue tradizioni.

La costruzione di un welfare comunitario si avvale di queste risorse non solo come sussidiarietà verticale, ma anche orizzontale.

Risultano rilevanti anche quelle risorse informali, non strutturate come le reti vicinali, i condomini solidali e le altre forme di intervento solidaristico disponibili nel territorio di riferimento.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	---	---

### 3. Gli strumenti per il governo dell'integrazione (formazione, PAC, budget di salute)

#### *Analisi dei bisogni di popolazione (o Valutazione dei bisogni).*

Metodo sistematico per identificare i bisogni di salute e di assistenza sanitaria di una popolazione o di un sottogruppo, nonché per individuare i cambiamenti necessari a soddisfarli. Si possono riconoscere tre soggetti che intervengono nella valutazione dei bisogni: l'individuo che manifesta bisogni percepiti ed espressi, l'esperto di epidemiologia e di sanità pubblica, il sistema dei servizi socio-sanitari. In letteratura, Costa descrive tre impostazioni per condurre le analisi di bisogni: l'approccio concertato, l'approccio comparativo e l'approccio epidemiologico.

- l'approccio concertato dà voce a tutti i soggetti portatori di interesse (*stakeholder*) scelti tra il pubblico, tra gli esperti e nel sistema dei servizi; esso mostra buona sensibilità alla percezione locale dei bisogni, ma risulta potenzialmente distorto dai determinanti della domanda e dalle circostanze politiche;
- approccio comparativo è quello che, in assenza di solide informazioni su un ragionevole *standard* di riferimento per definire un bisogno, cerca ispirazione dal confronto con quanto accade in altre popolazioni e altre comunità;
- l'approccio epidemiologico, invece, parte dalle misure di occorrenza dei problemi di salute, identifica gli interventi di efficacia provata e servizi disponibili a realizzarli; seppur in linea di principio più oggettivo, è limitato dalla disponibilità di informazioni necessarie.

La *valutazione dello stato di salute* è una indispensabile premessa alla valutazione dei bisogni, quest'ultima essendo caratterizzata dalla ricerca di soluzioni efficaci e dall'individuazione delle priorità su cui agire. La valutazione dello stato di salute serve come supporto per decisioni di politica sanitaria, per la definizione di obiettivi, per valutazione dei bisogni delle popolazioni e per la valutazione delle attività svolte. La valutazione dello stato di salute viene riferita attraverso documenti che assumono varie denominazioni. La più tradizionale *Relazione sanitaria* prevede sia l'analisi dello stato di salute, sia la rendicontazione dell'attività svolta e degli obiettivi raggiunti. La necessità di una valutazione più partecipata e intersettoriale dei problemi di salute ha dato avvio ai *Profili di salute* nei quali si indagano anche i determinanti di salute, compresi quelli ambientali e socioculturali e si ricorre ad indicatori trasversali (Indicatori dello stato di salute di una comunità, quali ad esempio il tasso di abortività tra le minorenni, la morbosità attribuibile al livello di inquinamento ambientale, ecc.).

Infine, l'apertura ad una programmazione condivisa con gli enti locali e con altri *stakeholder* ha fatto coniare l'espressione *Profili di Comunità*, coi quali la Comunità locale, circoscritta al livello più piccolo (distretto), oltre che oggetto di valutazione è anche soggetto partecipe della valutazione stessa, nonché apportatrice di risorse culturali, sociali, educative, ecc. che influiscono sul benessere e sulla salute.

#### *Budget di cura*

L'investimento economico, definito “*budget di cura*” (*BdC*), rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, una restituzione sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.

Attraverso il budget di cura s'intendono promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle aree (corrispondenti al tempo stesso ai principali determinanti sociali della salute e a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti): apprendimento / espressività, formazione / lavoro, casa / habitat sociale, affettività / socialità.

Sinteticamente, gli obiettivi nelle quattro aree sono:

- *occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite*, in maniera strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali). Obiettivo delle attività dovrà essere

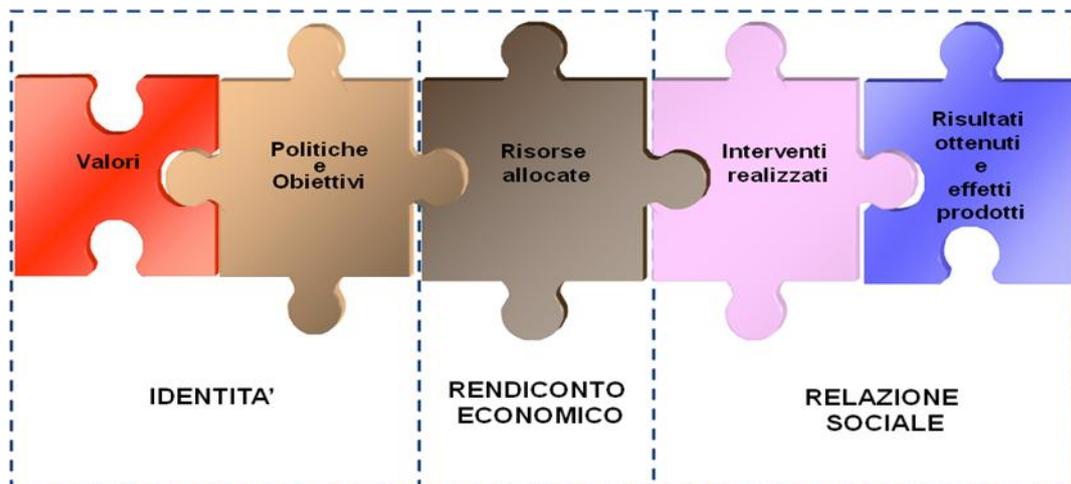
- l'apprendimento e l'acquisizione di abilità, prima non possedute, e/o lo sviluppo delle stesse, avendo cura d'identificare ciò che la persona è in grado di fare;
- *conseguimento ed eventuale possesso da esercitare della casa/habitat sociale*, in forma singola o mutualmente associata (*gruppi di convivenza*). Le abitazioni, che attraverso il Bdc entrano nella disponibilità delle persone-utenti, potranno avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone-utenti e del servizio pubblico;
  - *formazione professionale e pratica di una attività - in qualità di soci lavoratori o fruitori di ambienti operosi, produttivi e di alto scambio interumano* - come sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa, con finalità emancipative o economiche, oppure come partecipazione attiva alla comunità;
  - *concrete risposte ai bisogni minimali delle persone* in condizione di svantaggio, di promozione dell'avere, del possedere, della proprietà personale, intese come elementi ricostruttivi e mediatori dell'affettività/socialità e, quindi, della contrattualità. La promozione continua degli strumenti di partecipazione attiva, all'interno degli organismi di solidarietà organizzata.

**Bilancio sociale.**

Strumento che risponde all'esigenza di dotarsi di uno strumento di comunicazione, dialogo e per la rendicontazione dei risultati delle attività aziendali alla collettività. E' lo strumento che esplicita la visione della complessità dell'azione aziendale: integra dati patrimoniali, economici-finanziari, indicatori qualitativi e quantitativi. Come percorso interno (formazione, condivisione e formalizzazione) è integrato con gli altri strumenti gestionali e comunicativi dell'ente.



Gli elementi fondanti del bilancio sociale sono i seguenti:



 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

L'esigenza di rendicontazione sociale in ambito sanitario nasce dalla consapevolezza dello stretto legame esistente tra Medicina e Società, che caratterizza la scienza medica come scienza sociale.

Una riflessione sulla natura e sulle finalità della rendicontazione dovrebbe, quindi, partire dall'esplicitazione del rapporto esistente tra l'effettivo esercizio del diritto alla salute e le condizioni reali del contesto socio-economico di riferimento. Esiste, infatti, nell'ambito della sanità pubblica, l'obbligo di rendicontare il proprio operato; tale dovere riguarda, in generale, tutte le Pubbliche Amministrazioni, ma assume, per quanto concerne l'ambito sanitario, una valenza particolare.

Un'azienda sanitaria dovrebbe, infatti, trarre il proprio fondamento ontologico dall'esplicitazione del carattere sociale della propria *mission*, poiché essa è istituzionalmente preposta alla tutela della salute dei cittadini; inoltre, dovrebbe essere in grado di fornire una dettagliata rendicontazione delle attività svolte, nonché dell'impatto che esse esercitano sul contesto socio-economico, politico e ambientale di riferimento. Il bilancio sociale rappresenta attualmente uno degli strumenti più idonei per la valutazione del grado di coerenza tra l'azione svolta dall'azienda e la propria *mission*. Esso, mediante il dialogo instaurato con gli *stakeholder*, consente di rendere esplicito l'esito della valutazione stessa, applicando in tal modo quel principio di trasparenza che dovrebbe caratterizzare l'agire pubblico, e che contribuisce ad incrementare l'*accountability* delle amministrazioni.

In particolare, il bilancio sociale consente di descrivere in maniera analitica le ragioni per cui l'azienda sostiene o ha sostenuto determinati costi, seguendo criteri verificabili e oggettivi; ciò contribuisce non solo a dare maggiore visibilità all'attività svolta, ma soprattutto ad accrescere la legittimazione degli interventi attuati nel contesto territoriale di riferimento e il consenso a livello sociale.

Una particolare riflessione va fatta sull'esigenza di progettare un modello di rendicontazione sociale che sia sistematico e sia inserito nel processo di analisi dei bisogni, di pianificazione e di utilizzo di risorse da parte delle aziende sanitarie. Infatti, non sempre tutto ciò che rappresenta un bisogno per il cittadino diventa offerta da parte della ASL, e non tutti i servizi offerti dall'azienda corrispondono perfettamente ai bisogni dei cittadini. Il bilancio sociale in ambito sanitario diventa perciò strumento di definizione delle aree dei bisogni per tarare l'offerta dei servizi rivolti ai cittadini e delle attività ad essi collegate.

In base alle linee guida *AccountAbility 1000*, le fasi del processo per produrre una rendicontazione sociale sono:

- decisione della direzione di entrare in dialogo con gli *stakeholder*;
- identificazione degli *stakeholder* chiave;
- costruzione di un tavolo/dialogo permanente;
- individuazione degli indicatori;
- monitoraggio;
- identificazione delle azioni di miglioramento;
- predisposizione, verifica e pubblicazione del resoconto finale;
- *feedback* degli *stakeholder*.)

#### *Care giver.*

Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "donatore di cura"; si potrebbe anche definirlo come "assistente alla persona". È colui che, nell'ambiente domestico, assume l'impegno di cura della persona non autosufficiente, fornisce aiuto e supporto al malato nel suo percorso di recupero fisico, mentale ed affettivo. È in genere un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (*caregiver non professionali*) o un operatore adeguatamente formato (*caregiver professionali*). Il *caregiver* svolge un ruolo insostituibile, con un'attività che può dirsi continuativa per l'intero arco della giornata, con le prevedibili conseguenze su tutti gli aspetti della vita, soprattutto nel caso che il *caregiver* sia un familiare. Per poter essere un efficace "curante", deve conoscere la malattia e le conseguenze che essa ha nel comportamento del malato. È necessario che acquisisca conoscenza e competenza per essere in grado di affrontare tutti gli ostacoli che la vita quotidiana con il malato presenta.



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
**“La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario”**

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

Ha il diritto, pertanto, a ricevere le indicazioni sulle migliori strategie per affrontare i problemi quotidiani, per instaurare un rapporto comunicativo corretto con l'assistito e ad essere informato sugli obiettivi, la strategia, la cronologia del programma di cura e anche i limiti dello stesso in relazione alle lesioni sofferte dalla persona assistita. Il *caregiver* stesso ha necessità di essere sostenuto attraverso specifici interventi nell'ambito del percorso di cura.

#### *Case manager.*

La figura del Responsabile del caso è un professionista che opera come riferimento e “facilitatore” per la persona che ha bisogni complessi sociosanitari, e ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per migliorare l'efficienza dell'assistenza. E' fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con l'utente e la sua famiglia.

Di norma viene individuato dalla *équipe o unità di valutazione multidimensionale (UVM)*, al suo interno o anche all'esterno. E' una figura innovativa nel nostro sistema di servizi, che sta rapidamente affermandosi come fondamentale modalità di una “presa in carico” che sia riconoscibile e ben presente nella vita dell'utente, in grado di attivare risorse e servizi, anche erogate da enti diversi e dalla comunità, per assicurare una risposta complessiva ed integrata a bisogni complessi della persona.

Nei paesi anglosassoni il *Case manager* gestisce anche le risorse umane e finanziarie necessarie per assistere la persona. Il ruolo di *Case manager* è assunto da figure assistenziali diverse a seconda dei bisogni e della complessità del paziente, ed integra il lavoro della UVM, con diversi professionisti che intervengono al momento più opportuno nella gestione del piano personalizzato di assistenza, applicando il metodo di lavoro di *team* con compiti e responsabilità assegnate.

#### *Cure domiciliari.*

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ed in interventi socioassistenziali, associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e migliorare la qualità quotidiana della vita. L'assistenza domiciliare è uno strumento con cui realizzare la domiciliarità, che esprime il diritto e la possibilità per chi non è autosufficiente di restare nella propria casa e nella propria comunità locale, vicino alle cose care e significative per lui. Si tratta di un sistema a forte evoluzione (Vedi Assistenza domiciliare integrata).

Le cure domiciliari devono divenire un “sistema organico” di assistenza, o meglio una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, modulata secondo le necessità rilevate. In letteratura scientifica, nella normativa e negli atti programmatori delle diverse regioni italiane, vengono spesso differenziate in distinte tipologie: Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata, ecc.

#### *Formazione.*

Si designano con questo termine tutti quei processi di insegnamento/apprendimento che sono finalizzati a preparare l'individuo allo svolgimento di un determinato ruolo sociale o di una determinata mansione operativa all'interno di un'organizzazione. In tal senso, il concetto di formazione si distingue da quello di educazione, che si riferisce invece a tutti quei processi di insegnamento/apprendimento che tendono all'acculturazione generale dell'individuo così da permettergli una buona socializzazione ed un buon esercizio dei propri diritti di cittadino all'interno della comunità. Si distinguono una formazione di base ed una formazione permanente. La prima sta ad indicare tutti quei processi formativi che avvengono prima dell'accesso al lavoro o comunque al compito operativo interno a questa o quella organizzazione. Essi creano le basi teoriche generali su cui costruire le acquisizioni più specifiche inerenti al mondo del lavoro e

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	--	---

dell'organizzazione Laddove necessario, è attraverso la formazione di base che si acquisiscono i titoli legali per accedere a determinati ruoli o mansioni.

Per formazione permanente si intendono invece tutti quei processi formativi che avvengono quando l'individuo ha già acquisito quel ruolo o quella mansione, all'interno di un'organizzazione, cui la formazione di base lo aveva predisposto. Generalmente è l'organizzazione ne stessa che promuove tali processi, al fine di mantenere elevate le capacità operative dei propri membri al mutare dell'ambiente, della domanda, della tecnologia e così via. In tal senso, la formazione permanente rappresenta, all'intento dell'organizzazione, uno strumento strategico per la implementazione e lo sviluppo delle risorse umane dell'organizzazione medesima. Soprattutto in un'epoca di grandi mutamenti (sociali, ideologici, comportamentali, tecnologici, scientifici e così via) come la nostra, una organizzazione che voglia restare al passo con l'evoluzione dell'ambiente in cui opera deve promuovere molta e buona formazione permanente dei propri membri. La formazione permanente rappresenta, evidentemente, uno degli strumenti indispensabili per sviluppare, all'interno delle organizzazioni, processi di miglioramento continuo della qualità. Imparare a lavorare assieme, al fine di acquisire una sempre maggior consapevolezza. critica costituisce infatti il presupposto di qualunque, vero processo di sviluppo della qualità del lavoro dei membri di un'organizzazione. Un'organizzazione che non investe molto e bene (il molto, da solo, non basta) nello sviluppo delle proprie risorse umane, difficilmente riuscirà ad essere od a restare un'organizzazione "di qualità".

[Beccastrini S, Gardini A., Tonelli S. (2001) “Piccolo Dizionario della Qualità”, Centro Scientifico ed.]

Processo permanente finalizzato a costruire un progetto professionale nell'ottica dell'eccellenza. Se l'addestramento richiama la “qualità statica” e l'aggiornamento l'idea di “manutenzione”, la formazione si inserisce nell'idea di “qualità dinamica”, intesa come tensione all'eccellenza e ricerca del miglioramento continuo. Nella sua dimensione professionale globale (percepita e agita come azione organizzativa) il soggetto in formazione dà e riceve dall'organizzazione, è nell'esperienza professionale che divengono opportunità per l'organizzazione e per il singolo gli eventi, i successi e gli errori.

La formazione è una delle tante esperienze di apprendimento che si fanno in età adulta. E' un processo cognitivo che si intreccia con un più ampio processo organizzativo di gestione delle persone che operano in una organizzazione. La formazione rappresenta un punto di incontro tra le potenzialità e i bisogni dell'individuo e le potenzialità e i bisogni dell'organizzazione.

[Glossario Formez PA]

#### *Équipe (di assistenza).*

Il lavoro sociosanitario per il raggiungimento degli obiettivi richiede l'intervento sinergico di molteplici e differenti attori che, pur appartenendo a contesti diversi, devono lavorare insieme. La modalità operativa che ne consegue è quella del lavoro di gruppo interdisciplinare. In diversi settori e servizi, la metodica del lavoro in équipe è entrata a far parte delle prassi del servizio sanitario e sociale, costituendo una risorsa essenziale per fronteggiare la complessità dei problemi affrontati nella pratica quotidiana. La complementarità delle competenze dei diversi operatori, infatti, può generare sinergie che intervengono positivamente nel governare le difficoltà tipiche del lavoro sanitario e sociale, soprattutto quando queste sono amplificate dal generale contesto socioeconomico.

Per essere efficace, il lavoro di équipe ha necessità di essere ben progettato, strutturato e rivalutato con regolarità. Un'applicazione importante del lavoro in équipe (*team* di cura) si ritrova nell'ambito del *Chronic Care Model* (Vedi). L'équipe territoriale è una forma associativa della Medicina generale introdotta dall'Accordo nazionale del 2005, di tipo “funzionale”, in quanto non prevede la costituzione di una “sede unica” o di una sede di riferimento, organizzata in ambito distrettuale. Essa coinvolge non solo i Medici di medicina generale, ma possibilmente le diverse figure professionali operanti nel distretto.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

*Percorsi assistenziali (socio sanitari).*

Un percorso assistenziale (*care pathway*) è un intervento complesso per l'assunzione di decisioni condivise e per l'organizzazione di processi di assistenza per un gruppo di pazienti ben identificato, da svolgersi in un arco di tempo definito. La caratteristiche di un percorso assistenziale comprendono:

- l'esplicitazione degli obiettivi e degli elementi fondamentali dell'assistenza sulla base dell'evidenza scientifica, delle migliori pratiche, delle aspettative dei pazienti e delle caratteristiche di questi ultimi;
- la facilitazione della comunicazione tra i membri del *team* di cura e tra questi ultimi, i pazienti e le loro famiglie;
- il coordinamento dei processi di assistenza, stabilendo i ruoli e la sequenza delle attività del *team* multidisciplinare, dei pazienti e dei familiari;
- la documentazione, il monitoraggio e valutazione delle variazioni e degli esiti;
- l'identificazione delle risorse appropriate.

Lo scopo dei percorsi è di aumentare la qualità dell'assistenza nel suo continuum, migliorando gli esiti per i pazienti, promuovendo la sicurezza, accrescendone la soddisfazione ed ottimizzando l'uso delle risorse. [Vanhaecht, et al., 2007].

*Punto Unico di Accesso (Porta o Sportello di accesso).*

E' una modalità organizzativa, a disposizione del cittadino, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare la presa in carico con accesso unitario alla rete dei servizi sanitari e sociali, non compresi nell'emergenza.

E' costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere. Il PUA è uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale e, come tale, richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali.

Quindi, il collegamento con i servizi sociali deve essere sistematico e integrato, a cominciare da una programmazione concordata. Tale definizione permette di identificare i destinatari del PUA tra tutti i cittadini che esprimono un bisogno di salute.

La formula utilizzata di *persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali*, mira a comprendere l'insieme di tutte queste fattispecie, che riguardano la non autosufficienza e le fragilità, termini che ancora non trovano univocità di definizioni nell'ampia letteratura esistente.

Il PUA può essere organizzato in modo *strutturale*, con una specifica sede organizzativa, sulla base delle differenti scelte regionali, oppure *funzionale* con l'individuazione di più soggetti e sedi istituzionali ai quali il cittadino può rivolgersi. Tale modalità funzionale garantisce ugualmente in modo stabile e definito le caratteristiche e lo svolgimento delle funzioni che attengono al percorso di accoglienza e di avvio della presa in carico. Il PUA è, quindi, uno strumento di facilitazione che mira a promuovere e sostenere le garanzie di maggiore equità nell'accesso ai servizi e alla presa in carico.

Il PUA rappresenta nella pratica uno dei principi fondamentali sui quali si fonda il SSN, come indicato nell'art. 1 della legge istitutiva del 1978 e, confermato, dall'art. 1, co. 2 del D.Lgs. n. 229/1999. Lo stesso principio è anche richiamato dalla L. n. 328/2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali, nonché dal Piano sociale nazionale 2001-2003, [Monitor, 2008].

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

#### *Piano di assistenza individuale*

E' un documento che viene redatto dall'équipe multidisciplinare in collaborazione con i familiari a seguito di un'attenta analisi e di una valutazione dei bisogni identificati e percepiti dalla persona. Esso riporta il problema, l'obiettivo, l'intervento e la data di verifica prevista a medio o lungo termine. Ogni piano di assistenza è un progetto dinamico, continuamente aggiornabile e adattato a tutte le necessità che possono di volta in volta emergere.

#### *Piani comunitari di salute*

Sono programmi pluriennali, coordinati a livello locale, che mirano a migliorare il benessere della comunità. Riconoscono che il contesto sociale, economico e ambientale ha un impatto rilevante sulla salute dei cittadini. Spostano gli interventi dal campo sanitario, agli altri settori, come le politiche sociali, ambientali, abitative, formative, occupazionali e produttive.

Sono finalizzati a ridurre le disuguaglianze, anche per quanto riguarda l'accesso ai servizi, e a contrastare le patologie prevalenti del nostro tempo. Le opportunità offerte dai Piani comunitari lasciano ampio spazio alle iniziative e al protagonismo del territorio.

#### *Sistema informativo sociosanitario e cartella socio sanitaria*

Insieme di mezzi, strumenti e competenze per raccogliere, collegare, classificare e conservare dati e soprattutto per elaborare, distribuire e comunicare informazioni sui bisogni, sulla salute, sui servizi e sulle prestazioni sociosanitari, con scopi di diretta erogazione, di supporto a coloro che devono prendere decisioni e ai cittadini. Si tratta sia di una competenza diffusa sia di un servizio specializzato. Il Flusso informativo è il passaggio di dati tra diversi soggetti e diversi enti, mediante regole e modalità prestabilite e note. In ambito sociosanitario si assiste alla creazione di cartelle sociosanitarie e di banche dati fragilità quali primi passi per un sistema informativo sociosanitario.

L'integrazione tra le due tipologie di dati può essere ottenuta, a seconda del reale grado di integrazione "sul campo", in forma nativa oppure per aggregazione di altri sistemi informativi esistenti (o in corso di attivazione, come i recenti flussi informativi nazionali sull'assistenza domiciliare integrata e sulle Residenze sanitarie). In ogni caso è fondamentale condividere l'anagrafe degli utenti per consentire un tracciamento univoco e certo della persona attraverso i vari servizi e stabilire la nomenclatura di prodotti prestazioni e attività forniti. Richiede uno sforzo di informatizzazione e di formazione degli addetti rilevante ma ineludibile per i vantaggi sia nell'erogazione sia nella valutazione dei servizi.

La continua evoluzione tecnologica e la maggiore utilizzabilità delle stesse tecnologie consentono un ruolo attivo nella raccolta dei dati da parte degli stessi utenti e delle loro famiglie. Naturalmente la tecnologia informativa deve essere considerata un fattore abilitante ma non sostitutivo delle relazioni di cura interpersonali.

#### *Cartella socio sanitaria*

La cartella sociale del caso è l'insieme dei documenti e delle informazioni relative ad un caso seguito; sono in corso le prime esperienze di informatizzazione delle cartelle sociali.

Il contenuto minimo è costituito dai dati anagrafici dell'utente e dai riferimenti dei familiari e dei *caregiver*; dai contatti; dalla valutazione del caso; dalle risorse da attivare; dal piano/progetto di intervento; dal contratto con l'utente; dal diario cronologico; dalla registrazione di colloqui o visite domiciliari; da relazioni inviate; da resoconti di riunioni dell'équipe; da rivalutazione periodiche dei risultati e della situazione; dalla rilevazione di urgenze quali il cambiamento nelle condizioni personali dell'utente.

Se informatizzata e collegata agli aspetti sanitari, la cartella sociale - divenuta sociosanitaria - può costituire il primo, essenziale, "mattoncino" del Sistema informativo sociosanitario potendo consentire ai vari attori del processo di attingere ed alimentare le informazioni sul caso seguito.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	--	---

Può essere connessa ad altri sistemi informatici dedicati a specifici aspetti di cura (fornitura di farmaci, di protesi e ausili, ecc.).

Oltre alle finalità operative, la cartella rappresenta anche uno strumento di formazione degli operatori, poiché fornisce uno stimolo e una guida nel processo di valutazione, di stesura del piano individuale, di erogazione e di revisione dell’attività svolta. Gli aspetti cruciali del rispetto della *privacy* debbono essere accuratamente affrontati e risolti sia in fase di progettazione sia in fase di utilizzo della cartella.

#### *Valutazione dei servizi socio sanitari*

Espressione di giudizi di valore nei confronti di “oggetti” in base a criteri determinati, facendo riferimento ad obiettivi prefissati o comunque a livelli attesi di risultati. Si tratta di un elemento fondamentale di ogni sistema organizzato, in quanto consente di misurare per gestire/migliorare/correggere/innovare/motivare. La valutazione deve essere un processo trasparente che specifica bene lo scopo e l’oggetto della valutazione ed esplicita le attese, i criteri, i margini di possibile “tolleranza”, le precondizioni necessarie, il contesto. La valutazione poggia, quindi, su due pilastri: la raccolta sistematica di dati di buona qualità, possibilmente ripetuti nel tempo (Vedi monitoraggio, sistema informativo) e la definizione del “valore”, dell’atteso, in base al quale si emette un giudizio di valore. Sebbene fondata su tale trasparenza e su dati e indicatori certi e affidabili, resta il fatto che “qualunque processo valutativo è profondamente segnato dalla soggettività” e che, pertanto, le procedure devono essere quanto più possibile aperte e flessibili. La valutazione avviene a diversi livelli dell’organizzazione: “micro” (singolo operatore o servizio/ reparto), “meso” (azienda, comune, regione), “macro” (nazione); ciascuno di questi livelli richiede specifiche modalità di valutazione ed appropriati indicatori.

#### *Valutazione multidimensionale.*

E’ parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e si configura come un’operazione dinamica e continua che segue l’anziano/disabile nel suo percorso dentro la rete dei servizi sociosanitari e ne rappresenta nel tempo l’evoluzione. Si tratta del *momento valutativo* che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale. I momenti valutativi sono tre: VMD ex-ante; VMD intermedia; VMD ex-post. La multidimensionalità della valutazione scaturisce dalla complessità e dalla globalità dei bisogni afferenti alla persona anziana e/o non autosufficiente.

La finalità della VMD è la seguente:

- esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona sulle diverse problematiche;
- assicura maggiore appropriatezza ai successivi interventi di cura e riabilitazione;
- predispone al coordinamento e all’integrazione tra interventi di carattere sanitario e interventi sociali nei confronti della persona inserita nella rete dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti;
- predispone alla individuazione della tipologia di servizio, struttura e intervento più appropriati a fronteggiare le esigenze della persona non autosufficiente;
- pone le condizioni per definire il progetto personalizzato.

#### *Voucher sociale e Voucher socio-sanitario.*

Diverse Regioni stanno introducendo strumenti, definiti “*Voucher*”, quali titoli per l’acquisto di prestazioni, sociosanitarie o socio-assistenziali, da erogarsi presso strutture accreditate. Da un punto di vista normativo, il riferimento è costituito dall’art. 17 della L. n. 328/2000, il quale prevede che le Regioni disciplinano i criteri e le modalità per la concessione dei titoli validi per l’acquisto di servizi sociali nell’ambito di un percorso assistenziale attivo per l’integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali. Da un punto di vista sanitario, un accenno al *Voucher* è contenuto nel Piano sanitario nazionale 2003-2005.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

#### 4. L'integrazione nella programmazione

##### *Scenario.*

La programmazione in sanità e nel sociale si deve sostanziare in un “*processo di consenso*” nel tempo che permetta l'individuazione dei bisogni delle popolazioni attuali e in prospettiva e che cerchi di soddisfarli con una evoluzione continua delle strutture sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali e sociali e della loro capacità di offerta di servizi qualificati, appropriati ed efficienti.

L'opportunità è rendere il sistema più prossimo ai cittadini e ai loro bisogni, coniugando l'autonomia nell'organizzazione della risposta dei servizi alla responsabilità sulla loro qualità e sostenibilità economica, coinvolgendo tutte le categorie di “*decisor*” delle filiere sanitarie, assistenziali e socio assistenziali, nonché sociali nelle determinazioni degli obiettivi possibili.

Invecchiamento, cronicità e disabilità, che spesso si associano a più complessive situazioni di *esclusione sociale*, costituiscono il volano per un nuovo orientamento della domanda di servizi.

I servizi di “*nuova generazione*” si dovrebbero caratterizzare, al fine di rispondere a situazioni di deprivazione complessa, per una forte connotazione “*integrata*” tra prestazioni di sostegno psicologico e sociale, prestazioni di assistenza alla persona e prestazione di cura e riabilitazione in senso stretto.

##### *La Fase attuale della programmazione nazionale: il peso della riforma costituzionale del 2001.*

Le linee di fondo della programmazione nazionale che si è andata definendo dopo il 2001 sono state finalizzate al perseguimento della razionalizzazione del SSN , ovvero, alla promozione di quattro azioni trasversali:

- mettere ordine nei fondamenti tecnico programmatici del SSN;
- promuovere la ricerca e l'innovazione;
- agire sul rapporto sanità/sviluppo;
- promuovere l'efficienza allocativa.

Questo da realizzare agendo in tre direzioni:

- rilancio operativo di una organica pianificazione degli interventi di prevenzione;
- ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie;
- riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici in particolare nelle cure ospedaliere.

Il contesto in cui si sono state definite le attuali linee programmatiche è caratterizzato da:

- evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico;
- forte cambiamento dei contenuti assistenziali;
- rilevanti evoluzioni dei *setting* assistenziali;
- la conseguente necessità di governare questi processi;
- il condizionamento delle risorse limitate.

Da tutto ciò deriva la necessità di promuovere l'efficienza allocativa per determinare un uso appropriato delle risorse. L'allocazione delle risorse sarà condizionata da due tematiche connesse alla cosiddetta transizione epidemiologica: la tematica della non autosufficienza e della disabilità e il peso crescente del trattamento di casi che richiedono l'applicazione di alte tecnologie e/o di alte intensità assistenziali.

Da questo deriverà la conseguente necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse per i rimanenti interventi.

##### *Gli “strumenti” della programmazione sanitaria*

Il set di strumenti nazionali e regionali per scrivere e gestire la programmazione sanitaria e socio sanitaria nonché sociale sono:

- analisi dei bisogni di salute della popolazione come *starting point* epidemiologico;
- atti programmatori nazionali e regionali;

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	---	---

- definizione in sede di Conferenza Stato Regioni delle modalità di applicazione e delle risorse destinate a LEA e LIVEAS;
- definizione di DRG e SDO, di Nomenclatori Tariffari, degli obiettivi macro regionali con i Piani Sanitari Regionali e i Piani di Salute Regionali;
- la coincidenza degli Ambiti Territoriali Sociali e di Distretto;
- la definizione dei Piani di Zona o Comprensorio e dei Piani di Sviluppo Aziendali;
- la condivisione delle scelte programmatiche ai vari livelli da parte degli Enti Locali e delle comunità locali;
- l'affermazione di una “*governance*” come gestione delle compatibilità per un sistema di qualità.

Il passaggio in atto è dal vecchio modello di *welfare* ad un nuovo modello di *welfare* di comunità federale. Occorre orientarsi sempre più verso il binomio salute - *welfare*. Significa dare senso all'obiettivo di tutela del benessere dei cittadini, sapendo che la salute è una delle componenti del benessere.

#### *Autonomia e sussidiarietà.*

Altri due elementi del *welfare* di comunità sono i concetti d'*autonomia* e di *sussidiarietà*.

L'*Autonomia* è l'atteggiamento degli operatori. I servizi devono prendere in carico, ma la presa in carico definisce una situazione di delega, a chi prende in carico, a chi si assume la responsabilità. È l'*ability to cooperate*, è la capacità di far fronte, è la valutazione nei soggetti delle capacità residue, significa dare una spinta forte alla *compliance*, all'*empowerment* dei cittadini, dei soggetti, al fatto che i soggetti devono riappropriarsi della loro possibilità di scelta nei confronti della salute.

L'altro elemento sono le componenti che caratterizzano la *sussidiarietà*: l'*empowerment* dell'individuo; la valorizzazione delle famiglie, delle reti parentali, delle associazioni di volontariato, delle formazioni sociali. Tutte realtà che agiscono sui territori, sui servizi locali. I Comuni devono giocare un ruolo fondamentale. Sono tutti elementi che concorrono a formare la rete di *sussidiarietà orizzontale* fatto salvo che poi ci deve essere una *sussidiarietà verticale* da parte della Regione e dello Stato. È chiaro che siamo all'interno di uno scenario nel quale si sposta il baricentro del *welfare*. La centralità si sposta dal livello statale a livello delle comunità locali. Il tutto nel senso di affermare una *sussidiarietà circolare* come prospettiva di integrazione reale.

#### *La programmazione integrata: rapporto bisogno – offerta.*

La programmazione deve basarsi su un processo circolare. Non ha importanza se si parte dall'alto o dal basso, l'importante è realizzare una circolarità continua degli atti programmatori, che non sono stabili nel tempo, ma devono essere rimodulati continuamente, man mano che le cose si fanno, individuando come devono evolvere i servizi, come tutta l'organizzazione deve essere ridisegnata.

La programmazione deve essere *negoziata* fra i partner, deve sostanzarsi in *Accordi di programma* all'interno delle *Community*. E infine deve essere *sostenibile* in quanto, se il budget è predefinito, bisogna cercare di stare dentro le dotazioni esistenti. L'altro elemento: la programmazione deve essere *integrata*. Molte Regioni elaborano ancora il Piano Sanitario e il Piano Sociale, ma sono separati. E' necessario forse tornare a quello che era nella Legge Naz. n. 833 il *Piano Socio Sanitario*.

#### *Il ruolo dei Distretti Sanitari.*

Il Distretto dovrebbe essere la sede delle relazioni tra le attività aziendali ed quelle degli Enti Locali, nel quale i Comitati di Distretto, composti dai Sindaci di quel territorio, sono chiamati a livelli di responsabilità sul piano della programmazione, al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento e l'adozione di strumenti di programmazione integrata, per rispondere in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute.

Le esperienze più avanzate, in sede regionale e locale, si sono dovute confrontare con la complessità della declinazione operativa, in relazione alla programmazione aziendale e alle risorse assegnate, delle macro-

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

funzioni del Distretto: governare i servizi incentrati sul bisogno della persona; ricomporre la separazione tra elementi sanitari e socio-assistenziali; governare domanda e garantire assistenza primaria.

A queste tre funzioni se ne dovrebbero aggiungere altre, ovvero:

- *esercizio del ruolo di garante del cittadino*; accoglimento, analisi, valutazione ed orientamento della domanda ed organizzazione della risposta (l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale come porta di accesso alla rete dei servizi);
- *concorso dell'attività di pianificazione e di programmazione aziendale mediante l'analisi e la valutazione dei bisogni di salute*;
- *gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel "livello di assistenza distrettuale" avvalendosi di operatori e di unità operative proprie oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori e mediante strumenti gestionali "esternalizzati" (società miste, Fondazioni, Società della Salute, ecc.)*;
- *governo dei consumi di prestazioni "indirette" (farmaceutiche, specialistiche, ambulatoriali ed ospedaliere) attraverso attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, l'integrazione nell'organizzazione distrettuale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (strumenti ed obiettivi di governo manageriale della medicina generale)*;
- *realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello gestionale ed operativo, a livello istituzionale e comunitario (AUSL, Comuni, Privato Sociale) e a livello professionale come condizione essenziale per il raggiungimento di obiettivi di salute individuati dai PAT e dai Piani di Zona dei servizi alla persona.*

## Bibliografia

- AGENAS, "Allegati normativi sull'integrazione socio-sanitaria per la costruzione della Raccomandazione SIQuAS: La qualità della integrazione tra sanità e sociale", 2011
- AGENAS, "Terza ricerca sui Distretti Socio sanitari in Italia", 8° supplemento al n. 27 di Monitor, 2010
- Belligoni M., Ricci S. (a cura di), "Attività, esiti e prospettive dei lavori della Cabina di Regia regionale per l'integrazione socio-sanitaria", Agenzia Regionale Sanitaria Marche, 2010
- Bissolo G., Fazzi L., "Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi", Carocci, 2005
- Brizzi L., Cava F., "L'integrazione sociosanitaria", Carocci, 2004
- Cepiku D., Marino A., "I modelli regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica", in Rapporto CEIS - Sanità, 2007
- Foglietta F., "L'integrazione socio-sanitaria: ordinamenti e modelli regionali", Edizioni Panorama della Sanità, 2010
- FORMEZ, "I sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali", Quaderno 57, 2007
- FORMEZ, "L'attuazione della riforma del welfare locale", Quaderno n. 6, 2003
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, "La vita buona nella società attiva. Il Libro Bianco del 2009 sul futuro del modello sociale", 2009
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, "La vita buona nella società attiva. Il Libro Verde del 2008 sul futuro del modello sociale", 2008
- Pavolini E., "Nuovi bisogni di salute e servizi alla persona: governance, organizzazioni, professioni e cittadini nell'integrazione socio-sanitaria", intervento a Seminario Progetto PRIN 2007, Ancona 8 aprile 2011
- Perino M., "Livelli essenziali di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale", Appunti sulle politiche sociali n. 2, 2006
- Ricci S., "Integrazione sociosanitaria nelle Marche", Prospettive sociali e sanitarie, 2005
- AGENAS- Ricerche sui Distretti in Italia, 2001, 2005 e 2010;
- CENSIS – I Distretti in Italia e le reti Territoriali, 2009;
- CENSIS N°5-6 Maggio/Giugno, "Rivedere lo Stato sociale. Welfare dei diritti e welfare delle responsabilità", 1993;
- AGENAS, "Terza ricerca sui Distretti Socio sanitari in Italia", 8° supplemento al n. 27 di Monitor, 2010;
- FORMEZ, Maria Donata Bellentani (a cura), "La programmazione sanitaria. Metodologie e strumenti di valutazione per le Regioni e le aziende sanitarie", FORMEZ, 2005;
- FORMEZ, "I sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali", Quaderno 57, 2007;
- FORMEZ, "L'attuazione della riforma del welfare locale", Quaderno n. 6, 2003;
- Poggi, Lazzarini, Talucci "Evidence Based Public Health" Carocci Faber Giugno 2009,
- "I Sistemi di Governance dei Servizi", Quaderni Formez N.57;
- Ricci S. "Integrazione sociosanitaria nelle Marche. Prospettive sociali e sanitarie" 2005.

	<b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria	<b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b>	<b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b>
--	---	--	---------------------------------------

## Capitolo 6 - Le raccomandazioni

### 1. Le raccomandazioni

Le Raccomandazioni SIQuAS sono declinate in rapporto alle funzioni:

- Politico-istituzionali;
- Organizzativo-gestionali;
- Professionali.

secondo lo schema di seguito riportato che prende spunto da quanto già rappresentato capitolo 3 (cfr. Cap.3, § 1, Tab.2).

LIVELLI	FUNZIONI oggetto della RACCOMANDAZIONE		SOGGETTI cui è indirizzata la RACCOMANDAZIONE	
MACRO	POLITICO-ISTITUZIONALE	GOVERNO NAZIONALE (Macro 1)	ISTITUZIONI : STATO - REGIONI - ENTI LOCALI	POLITICI E FUNZIONARI A LIVELLO EUROPEO E NAZIONALE
		GOVERNO LOCALE (Macro 2)		POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI REGIONALI ED EELL
MESO	ORGANIZZATIVO - GESTIONALE	GESTIONE ORGANIZZATIVA (Meso 1)	ENTI GESTORI Aziende sanitarie - Servizi sociali EELL - altri	DIRETTORI GENERALI - STAFF (ASL/AO)- DIRIGENTI AMMINISTRATIVI SERVIZI EELL
		GESTIONE PROFESSIONALE (Meso 2)		GRUPPI PROFESSIONALI nella fase di pianificazione organizzativa e professionale
MICRO	PROFESSIONALE	ASSISTENZIALE (Micro)	PROFESSIONISTI nelle fasi di implementazione e valutazione degli interventi	PROFESSIONISTI (singolarmente e/o team operativi)

Le Raccomandazioni sull’integrazione tra sanità e sociale si fondano sui seguenti principi:

1. Affermare la centralità della persona e garantire il rispetto del diritto di fruizione dei servizi sanitari e sociali;
2. Garantire equità di accesso e di prestazioni tra reti sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali e sociali;
3. Garantire la presa in carico e la continuità delle cure e dell’assistenza;
4. Passare da un approccio di cura a quello di tutela della salute;
5. Non medicalizzare i disagi e le fragilità sociali;
6. Garantire informazione, consenso e trasparenza verso i cittadini;
7. Favorire l’*empowerment* dei cittadini sia singoli che associati nei processi di cura e di assistenza;
8. Garantire forme di sussidiarietà verticali e orizzontali tra gli attori istituzionali e non delle filiere assistenziali;
9. Sviluppare un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari alla persona che, mantenendo al settore pubblico le funzioni di indirizzo, orientamento e monitoraggio, verifica, valorizzi la presenza del terzo settore e della società civile negli ambiti della consultazione, della concertazione, della coprogettazione, della cogestione/corresponsabilità, del controllo partecipato.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center"><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p align="center"><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	--

## INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA RACCOMANDAZIONI SIQuAS 2012

<b>FUNZIONE POLITICO- ISTITUZIONALE</b>		
<i>Raccomandazione</i>	<i>Livello</i>	<i>Soggetti</i>
1.Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, un Dipartimento che abbia la titolarità delle competenze per l’integrazione sociale e sanitaria, coordinando le azioni del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Nazionali
2.Adottare il decreto sui profili delle Figure professionali sociali previsto dalla L.328/00 e ridefinire con il Ministero dell’Istruzione e dell’Università, nonché con il CUN i percorsi formativi per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati tra sanità e sociale nei territori.	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Nazionali
3. Promuovere il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
4. Individuare le tipologie di soggetti dell’integrazione sociale e sanitaria a livello nazionale.	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
5.Definire le tipologie di relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell’integrazione sociale e sanitaria;	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
6.Garantire che la definizione delle policy siano basate su metodologie di analisi dei bisogni della popolazione residente fondate sui dati storici e sulle direttrici di cambiamento della domanda di medio e lungo termine (invecchiamento della popolazione, cronicità, disabilità, dipendenze, fragilità, disagio ed emarginazioni sociali).	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
7.Per le tipologie di soggetti dell’integrazione sociale e sanitaria individuate dalla normativa nazionale ri/definire: a) i Livelli di Assistenza (LEA + LIVEAS) con la contestuale definizione dei corrispondenti interventi e prestazioni sanitarie e sociali, integrate, coerenti ed in continuità con i processi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione; b) i livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l’azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria (accettazione/accoglienza, valutazione multidimensionale, presa in carico globale e costruzione del piano assistenziale individualizzato).	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
8.Declinare i criteri per la rimodulazione dell’offerta dei servizi sociali e sanitari;	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
**“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”**

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

9. Costruire Linee Guida, condivise e definite a livello della Conferenza Stato-Regioni, per definire requisiti comuni condivisi di accreditamento orientati alla qualità, necessari per i soggetti terzi per essere accreditati con i SSR e con gli enti locali per poter offrire i loro servizi e partecipare alle gare pubbliche di assegnazione	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
10. Definire i costi standard, condivisi e definiti a livello di Conferenza Stato-Regioni, per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie integrate offerti, verso i quali far convergere l'organizzazione dei servizi da parte delle singole Regioni e da usare come nomenclatore tariffario nazionale di riferimento massimo, non superabile a livello delle singole Regioni;	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
11. Allocare risorse adeguate a livello nazionale per sostenere lo sviluppo delle reti di integrazione tra sanità e sociale a livello regionale con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi nazionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti regionali;	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
12. Qualificare i sistemi informativi socio-sanitari integrati a livello nazionale attraverso la implementazione di sistemi di indicatori e standard per un monitoraggio sistematico dei servizi offerti da parte degli erogatori accreditati, pubblici e privati, da parte della Conferenza Stato-Regioni, al fine del controllo della qualità e delle performance dei servizi erogati e per il monitoraggio della spesa in un approccio di garanzia dei LIVEAS, della qualità e della sostenibilità delle reti integrate di servizi sanitari e sociali;	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
13. Favorire la raccolta delle buone pratiche normative, gestionali e assistenziali per favorirne una divulgazione tra le Regioni e tra gli operatori accreditati, pubblici e privati, in un approccio di crescita della cultura della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sostenibilità delle prestazioni erogate;	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
14. Perseguire il consolidamento del sistema integrato pubblico-privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali;	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
15. Definire gli strumenti normativi per favorire lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica di sussidiarietà verticale, solidaristico-assicurativa superando la logica contributivo - capitaria;	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
16. Allocare risorse adeguate a livello regionale e degli Enti Locali subordinati, prevedendo meccanismi di programmazione integrata e di cofinanziamento dei servizi, per sostenere lo sviluppo delle reti territoriali di integrazione tra sanità e servizi con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi regionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti territoriali.	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

**RACCOMANDAZIONE 2012**  
**“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”**

**Rev.0**  
**del 16.03.2012**

<p>17. Per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria, nei livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali:</p> <p>A) vengono definiti i possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione;</p> <p>B) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale ;</p> <p>C) vengono indicati i criteri per la presa in carico e la continuità assistenziale;</p> <p>D) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>18. Nel Programma Nazionale Linee Guida e/o a livello regionale vengono redatte Linee Guide sulle evidenze scientifiche relative:</p> <p>a) ai “luoghi” di accettazione e accoglienza integrata territoriale;</p> <p>b) agli strumenti di valutazione integrata;</p> <p>c) alle modalità della presa in carico e della continuità assistenziale;</p> <p>d) agli strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti di integrata e dell'integrazione professionale</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2) e Organizzazioni Professionali (Meso 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL + Organizzazioni Professionali (Società Scientifiche)</p>
<p>19. Garantire una unicità di gestione istituzionale delle politiche socio sanitarie, socio assistenziali e sociali unificando le competenze degli attuali Assessorati Regionali preposti (Assessorato alla Salute e Assessorato alle Politiche Sociali);</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>20. Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) nella Regione onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati;</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>21. Organizzare e articolare su base regionale e locale la partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, co-progettazione, co-gestione/co-responsabilità, controllo partecipato.</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>22. Declinare la rimodulazione dell'offerta disponibilità dei servizi sociali e sanitari, favorendo il riequilibrio territoriale e la contestualizzazione dell'offerta</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>23. Individuare i “luoghi” istituzionali, organizzativi e gestionali dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale e locale.</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>24. Ridefinire con i Policlinici Universitari e gli Atenei presenti nelle singole Regioni i percorsi formativi, stage, tirocini destinati a per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati e in base agli obiettivi definiti in sede regionale; con la Formazione professionale, a titolarità regionale e provinciale, i titoli ed i percorsi formativi delle professionalità sociali e sanitarie di competenza.</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>

	<p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"</p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	--	---	---

<p>25. Definire la prospettiva del "Piano Regolatore" dei servizi integrati alla persona a livello regionale e nelle sue declinazioni a livello territoriale (Piani Aziendali, Piani di Zona, Accordi di Programma, etc.);</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>26. Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello regionale e ai livelli subordinati;</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>27. Definire i collegamenti con le "altre" programmazioni (ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, formazione professionale, etc.);</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>28. Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) in tutte le Regioni onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati;</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>29. Definire l'identificazione del "portafoglio" di servizi ed interventi sociali, sanitari, socio-sanitari erogabili, in quanto elemento costitutivo dei LEA, 3° livello, e dei LIVEAS;</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>30. Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello territoriale favorendo l'adozione di strumenti unitari con particolare riferimento a: profilo di comunità, obiettivi, programmazione di settore, monitoraggio e valutazione.</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>31. Costruire un processo di programmazione integrata e di rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari.</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>32. Le regioni recepiscono nei propri atti amministrativi i livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali in merito: A) ai possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) all'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale; C) alla definizione delle modalità di presa in carico e di continuità assistenziale; D) all'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>

<b>FUNZIONE ORGANIZZATIVO- GESTIONALE</b>		
<i>Raccomandazione</i>	<i>Livello</i>	<i>Soggetti</i>
<p>1 Costruire atti aziendali e contratti unitari, certi e chiaramente determinati, per l'integrazione socio-sanitaria.</p>	<p>Gestione Organizzativa (Meso 1)</p>	<p>Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL</p>
<p>2 Gli enti gestori (ASL e EE.LL) individuano ed attivano, definendo le regole di funzionamento organizzativo, i <i>Punti Unici di Accesso</i> (o altra definizione) territoriali e <i>le modalità di presa in carico e di continuità assistenziale</i></p>	<p>Gestione Organizzativa (Meso 1)</p>	<p>Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL</p>
<p>3. Progettare e implementare la formazione continua sugli oggetti dell'integrazione sociosanitaria sempre con il coinvolgimento degli operatori sanitari e operatori sociali</p>	<p>Gestione Organizzativa E Professionale (Meso 1 e 2)</p>	<p>Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL + Gruppi Professionali</p>

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<b>RACCOMANDAZIONE 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b>	<b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b>
---	--	---------------------------------------

<p>4. Definire le competenze specifiche, i soggetti, l’assetto organizzativo, le funzioni e le attività, i piani programmatici per ognuno dei settori tipici dell’integrazione sociale e sanitaria.</p>	Gestione Organizzativa E Professionale (Meso 1 e 2)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL + Gruppi Professionali
<p>5. <i>I responsabili amministrativi e i professionisti sanitari e sociali degli enti gestori condividono:</i> a) gli obiettivi di medio-lungo termine della implementazione dei percorsi assistenziali integrati socio-sanitari; b) il sistema di valutazione di qualità dei percorsi; c) le modalità di utilizzo dei dati/risultati della valutazione per la loro "rendicontazione" ai cittadini</p>	Gestione Organizzativa E Professionale (Meso 1 e 2)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL + Gruppi Professionali
<p>6. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL), sulla base delle linee Guida nazionali e/o regionali <i>costruiscono gli strumenti organizzativi, operativi, informativi (standard di intervento e di prodotto)</i> necessari per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI)</p>	Gestione Professionale (Meso 2)	Gruppi Professionali

<b>FUNZIONE ASSISTENZIALE</b>		
<i>Raccomandazione</i>	<i>Livello</i>	<i>Soggetti</i>
<p>1. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL):</p> <p>a) <i>implementano</i> quanto programmato per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI);</p> <p>b) <i>curano la raccolta dei dati</i> relativi a tali fenomeni ed eventualmente quelli ulteriori individuati nel sistema di valutazione di qualità;</p> <p>c) effettuano almeno un <i>audit</i> annuale di valutazione e propongono, nel caso, i cambiamenti da apportare per migliorare la qualità del modello di integrazione socio-sanitario sperimentato</p>	Pratica Clinica (Micro)	Professionisti Singoli
<p>2. Almeno il 50% della formazione continua dei professionisti sanitari e sociali degli enti gestori che operano in prevalenza nei settori ad alta integrazione socio-sanitaria, deve essere effettuata congiuntamente</p>	Pratica Clinica (Micro)	Professionisti Singoli
<p>3. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori valutano almeno una volta all'anno i risultati delle indagini di monitoraggio della soddisfazione degli operatori e dei cittadini e utenti sulla qualità della integrazione tra professionisti, coinvolgimento degli utenti/famiglie, continuità assistenziale, ecc.</p>	Pratica Clinica (Micro)	Professionisti Singoli

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	---	---

## Appendici.

### 1. Glossario sull’integrazione sociosanitaria

( Fonte: Antonio Fortino°, Mariadonata Bellentani\*, Leonilda Bugliari Armenio\*

° ASL Roma D - \* AGENAS)

#### Presentazione

Un Glossario è una raccolta di termini di un ambito specifico e circoscritto.

La glossa indicava una nota esplicativa apposta a fianco di un termine di difficile comprensione.

Il glossario si distingue dal vocabolario e dal dizionario, pur essendo anch’esso una raccolta di lemmi, proprio perché cataloga termini e locuzioni proprie di un ambito di riferimento peculiare e limitato a un argomento, generalmente tecnico (*Wikipedia*).

L’obiettivo di questo Glossario è di fornire agli Autori e ai Lettori della Raccomandazione una descrizione di termini e concetti più comuni sui temi dell’integrazione sociosanitaria e socio assistenziale, al fine di favorire la chiarezza e l’omogeneità di linguaggio della Raccomandazione stessa..

I materiali utilizzati per la stesura del Glossario sono costituiti da:

*Fonti autoritative:* normativa nazionale e regionale

*Letteratura scientifica:* articoli scientifici, testi di sanità pubblica e di assistenza sociale, documenti AGENAS, descrizione di esperienze significative, dizionari e glossari, siti Internet: vedi sezione bibliografia del Capitolo 2.

Circa il metodo, sono stati individuati a priori alcuni “domini” relativi all’assistenza sanitaria di base (primaria), all’assistenza sociale e alla qualità.

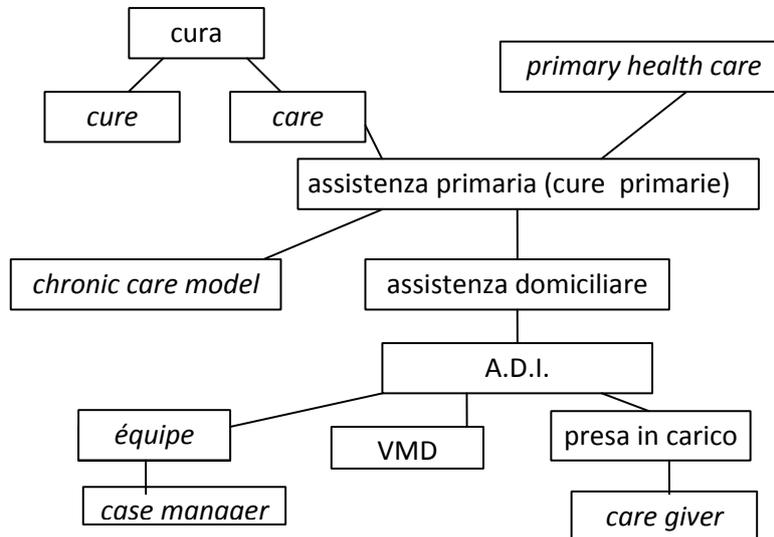
I termini da descrivere sono stati individuati attraverso criteri di pertinenza al tema trattato e ai domini, di rilevanza cioè di uso frequente, di novità nonché dell’interesse degli operatori del settore.

Per ogni termine è stata individuata una documentazione specifica che ne ha supportato la descrizione.

Nella descrizione dei lemmi si è seguito uno stile quanto più chiaro, specifico e documentato con citazioni delle fonti. Al fine di rendere più esplicite le relazioni logiche tra alcune voci e concetti si è fatto ricorso a sistemi concettuali come quello riportato in Figura 1.



Figura 1. Esempio di sistema concettuale.



Il Glossario consta di oltre 75 voci/espressioni, alcune articolate in sotto voci, afferenti ad alcune aree tematiche:

- *domiciliarità e metodi innovativi di assistenza sul territorio*: assistenza domiciliare integrata, *care giver*, *case manager*, continuità assistenziale, cure domiciliari;
- *aspetti giuridici e di finanziamento*: accreditamento, Fondo per la non autosufficienza, Fondi sanitari integrativi, Lea, Liveas;
- *strategie e tecniche del lavoro di integrazione*: fragilità, Punto unico di accesso, presa in carico, valutazione multidimensionale;
- *idee e strumenti per la qualità*: analisi dei bisogni, appropriatezza, efficacia, indicatore;
- *contesto socio-economico*: inclusione ed esclusione sociale, sostegno o supporto sociale, costi sociali.

Il Glossario risente di qualche difficoltà e contraddizioni presenti in alcuni concetti/termini quali territorio, cure primarie, disabilità, ecc.; si tratta di una materia ancora non consolidata dal punto di vista giuridico e tecnico-professionale, nonché difficilmente delimitabile rispetto a numerose altre aree concettuali, quali lo svantaggio sociale, la povertà, le politiche del welfare, il finanziamento dei servizi socio-sanitari. Inoltre, le strette connessioni agli specifici contesti culturali, sociali e politici dei diversi Paesi, rendono problematici i confronti e la standardizzazione dei concetti.

L'attuale versione del Glossario costituisce per tali motivi uno strumento in evoluzione ed aperto a contributi e proposte, che si possono trasmettere all'indirizzo: [bugliari@agenas.it](mailto:bugliari@agenas.it).

Ove si utilizzino le definizioni del presente Glossario, si chiede di citarne la fonte e gli autori.



## GLOSSARIO SULL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

### **Accesso.**

È il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini; l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari rappresenta una declinazione dei principi di equità e di universalità delle persone. Il SSN ha da sempre previsto, tra i suoi principi fondamentali, l'equità delle persone nell'accesso ai servizi. Le modalità di accesso devono avere determinate caratteristiche, ed in particolare devono essere:

1. *unificate*, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non autosufficienti o in condizioni di fragilità;
2. *integrate*, ossia garantire percorsi sanitari e socio sanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali.

È diritto della popolazione ottenere una risposta dai servizi ad una specifica domanda, in forma tempestiva in relazione al bisogno. Ciò comporta la presenza di efficaci meccanismi d'accesso, trasparenza dei ruoli e delle responsabilità e un'articolazione dei servizi del territorio basata sui bisogni delle persone (nonché valutando le aree critiche e le risorse disponibili).

La realizzazione di questo principio necessita dell'armonizzazione anche di una serie di procedure, per semplificare i percorsi di accesso del cittadino, ad esempio la semplificazione delle procedure per ottenere presidi sanitari, oppure per l'accertamento dell'invalidità civile con il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (in caso di invalidità al 100%).

### **Accoglienza.**

Processo o percorso di inserimento della persona in un nuovo contesto fisico, sociale, relazionale. L'ambiente umano e fisico accogliente è fondamentale per facilitare l'accesso a servizi complessi quali quelli sanitari.

L'accoglienza ha come presupposto il "contatto" e tutto ciò che lo facilita. Accogliere vuol dire anche ricevere l'altro con una certa "disposizione d'animo" descritta da chi "si sente accolto" con termini quali: "cordialità", "familiarità", "apertura", "disponibilità", "facilitazione", "affabilità", "affettuosità", ecc. Scopo dell'accoglienza è mettere a proprio agio la persona, in modo da facilitare la conoscenza del contesto in cui la stessa dovrà orientarsi cognitivamente, agire socialmente e spostarsi fisicamente.

### **Accreditamento.**

Il termine accreditamento è usato per la prima volta in ambito sanitario nel programma "*Minimum Standards for Hospitals*", proposto dall'associazione nord-americana dei chirurghi (in particolare da Ernest A. Codman - 1917).

L'accreditamento nasce come iniziativa volontaria delle strutture e dei professionisti operanti in ambito sanitario che vogliono sottoporsi alla valutazione qualitativa da parte di un soggetto esterno, indipendente, non riconducibile ad una istituzione governativa. La valutazione non è finalizzata soltanto alla qualità tecnico-professionale, ma anche, e soprattutto, agli aspetti organizzativi e agli indicatori di processo e di esito. E', pertanto, definibile in via generale come processo di valutazione, sistematico e periodico, svolto da un organismo indipendente che si pone l'obiettivo di verificare l'esistenza di requisiti predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che determinano la qualità dell'assistenza.

Nell'attuale sistema sanitario italiano l'accreditamento delle strutture sanitarie è il presupposto indispensabile perché una struttura sanitaria possa divenire erogatore effettivo di prestazioni remunerate o rese per conto del SSN. Nella normativa nazionale non è presente una "definizione" chiara di cosa si intenda con il termine accreditamento, ma è possibile ricavare tale definizione dalla sentenza della Corte Costituzionale 28 luglio 1995, n. 416 sul tema: "*l'accreditamento è una operazione da parte di una autorità o istituzione (nella specie la Regione), con la quale si riconosce il possesso, da parte di un soggetto o di un*



*organismo, di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve [...] in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie) [...]l'accreditamento [viene ancorato] al possesso dei requisiti prestabiliti (strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, a tutela della qualità e della affidabilità del servizio-prestazione, in modo uniforme a livello nazionale per strutture erogatrici)".*

Pertanto, in Italia, l'accreditamento è rilasciato da un organismo istituzionale e non da un'agenzia esterna. Il soggetto che intende erogare prestazioni sanitarie per conto del SSN ha l'obbligo di accreditarsi nella Regione in cui opera; per tale motivo il sistema dell'accreditamento viene definito *obbligatorio* o *istituzionale*. Se una struttura non è accreditata essa non può entrare a far parte dei soggetti erogatori per conto del SSN. In particolare, l'aggettivo "istituzionale" si riferisce al fatto che l'accreditamento sia specificamente previsto e disciplinato da norme di legge. Occorre tenere presente che con il termine accreditamento si fa riferimento, nel nostro Paese, sia all'intero processo che ad una fase specifica dello stesso. Il sistema dell'accreditamento indica tutto l'*iter* che va dalla nascita di una struttura sanitaria fino al suo riconoscimento, su richiesta, come erogatore in nome e per conto del SSN. Più precisamente, il termine accreditamento è usato per indicare una delle fasi di un complesso processo tecnico-amministrativo, così scandito:

1. autorizzazione alla realizzazione;
2. autorizzazione all'esercizio (in base a requisiti minimi - DPR 14 gennaio 1997);
3. accreditamento vero e proprio (requisiti ulteriori e fabbisogno);
4. accordo contrattuale/contratto (stipulato da ASL o Regione in base alle tipologie di attività).

Autorizzazione e accreditamento sono due processi che, a garanzia del cittadino, valutano le strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali (ai sensi del D.lgs. n. 502/1992 e della L. n. 328/2000 e loro mod.), per verificare il possesso di requisiti relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento. In particolare, l'*accreditamento* valuta i processi di qualità per garantire ai cittadini servizi sempre più aderenti alle loro esigenze, nell'ambito del complessivo fabbisogno regionale.

Oltre all'accreditamento istituzionale esistono altre tipologie, quali:

- l'accreditamento professionale volontario: attivato dalla Società Italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria, secondo il modello dei paesi anglofoni, realizzato mediante visite scambievoli fra pari. Tale modalità di verifica della qualità deve integrarsi con l'accreditamento istituzionale. Il contributo dei professionisti al miglioramento della qualità delle prestazioni fondamentale in relazione alle specifiche attività del processo assistenziale.
- certificazione: è un'attestazione di qualità di tipo volontario rilasciata da enti specifici sulla base di appositi requisiti (a volte definiti norme), ad esempio il sistema ISO; il modello EFQM; il sistema della *Joint Commission International*; il sistema del *Canadian Council*; e altri.

### **Analisi dei bisogni di popolazione (o Valutazione dei bisogni).**

Metodo sistematico per identificare i bisogni di salute e di assistenza sanitaria di una popolazione o di un sottogruppo, nonché per individuare i cambiamenti necessari a soddisfarli. Si possono riconoscere tre soggetti che intervengono nella valutazione dei bisogni: l'individuo che manifesta bisogni percepiti ed espressi, l'esperto di epidemiologia e di sanità pubblica, il sistema dei servizi socio-sanitari. In letteratura, Costa descrive tre impostazioni per condurre le analisi di bisogni: l'approccio concertato, l'approccio comparativo e l'approccio epidemiologico.

- l'approccio concertato dà voce a tutti i soggetti portatori di interesse (*stakeholder*) scelti tra il pubblico, tra gli esperti e nel sistema dei servizi; esso mostra buona sensibilità alla percezione locale dei bisogni, ma risulta potenzialmente distorto dai determinanti della domanda e dalle circostanze politiche;
- approccio comparativo è quello che, in assenza di solide informazioni su un ragionevole *standard* di riferimento per definire un bisogno, cerca ispirazione dal confronto con quanto accade in altre popolazioni e altre comunità;



- l'approccio epidemiologico, invece, parte dalle misure di occorrenza dei problemi di salute, identifica gli interventi di efficacia provata e servizi disponibili a realizzarli; seppur in linea di principio più oggettivo, è limitato dalla disponibilità di informazioni necessarie.

La *valutazione dello stato di salute* è una indispensabile premessa alla valutazione dei bisogni, quest'ultima essendo caratterizzata dalla ricerca di soluzioni efficaci e dall'individuazione delle priorità su cui agire. La valutazione dello stato di salute serve come supporto per decisioni di politica sanitaria, per la definizione di obiettivi, per valutazione dei bisogni delle popolazioni e per la valutazione delle attività svolte. La valutazione dello stato di salute viene riferita attraverso documenti che assumono varie denominazioni. La più tradizionale *Relazione sanitaria* prevede sia l'analisi dello stato di salute, sia la rendicontazione dell'attività svolta e degli obiettivi raggiunti. La necessità di una valutazione più partecipata e intersettoriale dei problemi di salute ha dato avvio ai *Profili di salute* nei quali si indagano anche i determinanti di salute, compresi quelli ambientali e socioculturali e si ricorre ad indicatori trasversali (Indicatori dello stato di salute di una comunità, quali ad esempio il tasso di abortività tra le minorenni, la morbosità attribuibile al livello di inquinamento ambientale, ecc.).

Infine, l'apertura ad una programmazione condivisa con gli enti locali e con altri *stakeholder* ha fatto coniare l'espressione *Profili di Comunità*, coi quali la Comunità locale, circoscritta al livello più piccolo (distretto), oltre che oggetto di valutazione è anche soggetto partecipe della valutazione stessa, nonché apportatrice di risorse culturali, sociali, educative, ecc. che influiscono sul benessere e sulla salute.

#### **Appropriatezza.**

Costituisce una delle caratteristiche di una prestazione compresa nei Livelli essenziali di assistenza, e riguarda l'adeguatezza di un servizio o prestazione sanitaria a rispondere al bisogno specifico. La programmazione sanitaria distingue tra *appropriatezza clinica* delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato, la quale si basa sull'efficacia documentata secondo i principi dell'*evidence based medicine*, e *appropriatezza organizzativa* come modalità di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse (ottenere le risposte nella sede idonea e in tempi accettabili).

Per il cittadino vuol dire ottenere le *cose giuste e nella sede giusta*. L'appropriatezza è un valore determinante per l'efficacia e l'efficienza di un sistema di servizi. Risulta, quindi, indispensabile che gli operatori del sistema possiedano la capacità di porsi dalla parte del cittadino per spiegare ciò di cui ha diritto e aumentarne la consapevolezza anche attraverso un ascolto empatico.

#### **Ascolto.**

L'ascolto è un processo comunicativo attivo di decodifica e comprensione di messaggi, informazioni, richieste, espressioni emotive.

Il processo dell'ascolto attivo richiede la preparazione del professionista e anche alcune competenze da parte dell'utente nonché condizioni ambientali/organizzative fondamentali. L'ascolto prevede i seguenti aspetti:

1. accogliere (vedi voce "accoglienza");
2. comprendere cognitivamente ed empaticamente ciò che la persona comunica;
3. identificare i bisogni della persona;
4. utilizzare il *feedback* per confermare quanto l'altro ha espresso;
5. ridurre le interferenze e il "rumore" sia fisico sia cognitivo;
6. comunicare eventuali risposte e informazioni in modo chiaro e in modo cognitivamente accessibile all'interlocutore.

L'ascolto attivo assume una particolare rilevanza in ambito socio-sanitario per il riconoscimento della complessità dei bisogni della persona e per l'importanza della relazione di aiuto.



### **Assessment.**

Processo di valutazione che si basa su specifiche informazioni al fine di determinare il bisogno di salute della persona e la conseguente eleggibilità per determinati servizi.

### **Assistenza domiciliare integrata (ADI).**

È la forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie e anche competenze sociali al fine di rispondere a esigenze complesse, di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di un'assistenza continuativa di tipo sociosanitario. Lo scopo è garantire all'utente l'assistenza di cui necessita presso il proprio domicilio o per favorire le dimissioni, completare trattamenti complessi eseguiti in ospedale o in struttura residenziale.

Si tratta di cure domiciliari che possono essere di diversa intensità e proprio l'ampiezza di questa gamma ha motivato alcune Regioni ad articolare l'ADI in fasce di diversa intensità: bassa, media e alta, o anche in relazione alle tipologie di utenti. Un punto di riferimento sul tema è costituito dal documento "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*" approvato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA nella seduta del 18 ottobre 2006. L'ADI si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni tra loro integrate, sia sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali.

La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale e la sede organizzativa è nel distretto. L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, la previa valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un piano personalizzato di assistenza, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La valutazione è effettuata con diversi professionisti: MMG, Infermiere, Terapista della riabilitazione, Assistente sociale, Specialista di riferimento dell'azienda sanitaria e, se necessario, lo Psicologo.

### **Assistenza primaria (Primary Care).**

Complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento delle malattie, degli incidenti di larga diffusione e di minor gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica (Guzzanti - Longhi, 1985).

Si tratta del primo livello di contatto degli individui, delle famiglie, delle comunità col sistema sanitario del Paese, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria (Conferenza internazionale di Alma Ata (1978).

Comprende, quindi, l'insieme di servizi quali medicina generale e pediatria di libera scelta, guardia medica, assistenza domiciliare, attività dei consultori, centri per la salute mentale, farmacie, strutture residenziali e semiresidenziali, assistenza infermieristica, ostetrica e riabilitativa, gli sportelli distrettuali; in altri termini, i servizi che costituiscono il livello essenziale di assistenza distrettuale compresa la specialistica ambulatoriale territoriale (mentre gli specialisti ospedalieri potrebbero rientrare nella *secondary care*) nonché i servizi dell'integrazione sociosanitaria.

Nel NHS inglese, la *Primary Care* riguarda i servizi forniti da medici di medicina generale, dentisti, farmacie, infermieri, optometristi, nonché dal servizio *NHS direct* (consigli ed informazioni telefoniche ed on line) e dai *Walk-in Centres* (accesso diretto per malattie minori, generalmente a gestione infermieristica).

Caratteristiche fondanti dell'assistenza primaria sono la capillarità, l'accessibilità, la capacità di riconoscere problemi e bisogni spesso mal definiti, la multidisciplinarietà e la continuità dell'assistenza.

La *Primary Care* può essere considerata un'applicazione del più vasto modello concettuale e strategico definito *Primary Health Care* (v.).



### Assistenza sociosanitaria.

La definizione di assistenza sociosanitaria non è definita dalla legge che invece tratta di Integrazione sociosanitaria (Vedi), ma deriva dall'art. 3 *septies* del D.lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.lgs. n. 229/1999 e successivi ed è definita come un *"tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"*. Il comma 1 dell'art. 2 del successivo DPCM 14 febbraio 2001 stabilisce che *"L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali"*.

### Associazionismo in Medicina Generale.

I più recenti Accordi collettivi nazionali della Medicina generale come di seguito indicati hanno introdotto, accanto alle forme tradizionali di associazionismo (associazione semplice, medicina in rete, medicina di gruppo), altre forme associative, che hanno caratteristiche diverse dalle prime soprattutto perché non nascono dalle scelte dei singoli medici di associarsi, ma nascono dalla programmazione regionale, a cui si unisce l'adesione da parte dei medici e talora di altre figure professionali. In questa sede si forniscono alcune indicazioni sulle forme organizzative individuate dai suddetti Accordi: Aggregazioni funzionali territoriali, Unità complesse delle cure primarie, Équipe territoriali e Unità Territoriali di Assistenza Primaria; le varie forme associative sono tuttora in via di realizzazione nelle diverse Regioni.

- *Aggregazioni funzionali territoriali*: le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) sono forme associative che sono introdotte dagli Accordi collettivi nazionali della Medicina convenzionata e sono considerate obbligatorie in quanto *"realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza"*, (ACN 23 marzo 2005 s.m.i.). Le modalità operative sono definite dagli Accordi integrativi regionali, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, sulla base di alcuni criteri: riferimento territoriale, di norma intra-distrettuale con popolazione assistita non superiore a 30.000 e, comunque, con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria. Le AFT sono formate dai soli medici convenzionati e sono di tipo funzionale ossia non richiedono la costituzione unica o una sede di riferimento. Ciò a differenza delle UCCP a cui partecipano diverse figure professionali (tra cui medici, infermieri, ecc.) e che richiedono una sede unica o di riferimento.

- *Unità complessa delle cure primarie*: i recenti Accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati (per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale - ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.; con i Pediatri di libera scelta - ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.; con gli Specialisti ambulatoriali convenzionati - ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.), introducono l'Unità complessa delle cure primarie (UCCP) come modalità organizzativa o associativa di tipo innovativo con alcune caratteristiche: è di tipo strutturale, in quanto organizzata con sede unica o con una sede di riferimento; è finalizzata ad assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio di competenza; è prevista l'adesione obbligatoria dei professionisti convenzionati.

In particolare, l'UCCP diviene obbligatoria per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, gli Specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati solo se attivate mediante appositi Accordi regionali da stipulare con le organizzazioni sindacali dei medici convenzionati. Tali Accordi, pertanto, diventano determinanti per l'attivazione delle UCCP, la loro organizzazione, le risorse per la dotazione strutturale, strumentale e di personale nonché per le modalità di funzionamento.

Le UCCP, quando attivate, sostituiranno le precedenti forme associative solo per i medici che vi parteciperanno a seguito degli Accordi. Questa precisazione è riportata nella norma finale 18 dei suddetti Accordi: *"Le disposizioni degli artt. 26 e 54 dell'ACN 23 marzo 2005, così come precisato all'ultimo capoverso del comma 2 dell'art. 26 ter del presente accordo, cessano e non trovano applicazione per i soli medici che entrano a far parte delle Unità Complesse delle Cure Primarie"*.



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

Appendici alla Raccomandazione 2012  
"La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario"

Rev.0  
del 16.03.2012

A seguito dei predetti Accordi si opera un cambiamento molto importante per l'area della medicina convenzionata prevedendo l'obbligatorietà del lavoro in team tramite le aggregazioni funzionali territoriali (Vedi) e le unità complesse delle cure primarie. Rimangono confermate anche le precedenti forme associative, sia quelle tradizionali (semplice, di rete, di gruppo) sia quelle che nascono dalla programmazione e unitamente alla condivisione dei professionisti (territoriali e UTAP), anche se come si desume dalla norma finale citata l'intento appare essere quello di pervenire ad una maggiore semplificazione e riorganizzazione unitaria della medicina associativa.

- *Équipe territoriale*: l'équipe territoriale è una forma associativa della Medicina generale introdotta dall'Accordo nazionale del 2005, di tipo "funzionale", in quanto non prevede la costituzione di una "sede unica" o di una sede di riferimento, organizzata in ambito distrettuale. Essa coinvolge non solo i Medici di medicina generale, ma possibilmente le diverse figure professionali operanti nel distretto.

- *Unità Territoriali di Assistenza Primaria*: l'UTAP è un organismo operativo distrettuale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale le cui funzioni sono svolte in coordinamento col distretto sulla base di obiettivi predefiniti nel programma di attività territoriali. Essa prevede la creazione di una sede unica, sostitutiva dei singoli studi professionali (eventualmente messa a disposizione del distretto), con spazi e dotazione tecnologica adeguati, e un'organizzazione tra diversi professionisti sanitari che gestiscono direttamente diverse attività, da sviluppare gradualmente, per garantire la continuità assistenziale e un sistema di filtro rispetto all'accesso improprio in pronto soccorso.

#### **Autosufficienza e Non Autosufficienza.**

Si ritiene opportuno adottare una definizione di "autosufficienza" di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana.

Persona non autosufficiente, quindi, è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi dal letto o da una sedia, lavarsi, vestirsi, ecc.).

Quantunque una definizione univoca di "non autosufficienza" non sia al momento disponibile, ai fini degli interventi di *home care* si fa riferimento alle persone che non sono in grado di compiere con continuità le attività quotidiane della vita senza un aiuto esterno. Una condizione che si valuta tenendo conto delle funzioni essenziali di vita, articolate in due ambiti:

1. attività per la cura di sé (*Activities of Daily Living* - ADL), che consistono in 6 funzioni generali, relative al lavarsi, vestirsi, andare alla *toilette*, muoversi in casa, essere continenti, alimentarsi;
2. attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living* - IADL), che consistono in: capacità di usare il telefono, fare la spesa, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro.

Per misurare ADL e IADL si usano scale validate in sede internazionale, che stabiliscono la quantità di aiuto necessaria affinché la persona possa svolgere le funzioni determinanti per vivere. Gli strumenti più utilizzati sono: per l'ADL la scala proposta da Katz e collaboratori (1963), mentre per IADL la scala di Lawton e Brody (1969). Le funzioni ADL e IADL sono comprese, in tutto o in parte, in molte scale sintetiche, come l'indice di Barthel o analoghi (Vedi: Disabilità e ICF).

#### **Best practice.**

Migliore pratica: modello di riferimento che sintetizza il modo ottimale ed esemplare con cui un soggetto ha affrontato e risolto nella pratica un problema, portato avanti un progetto, organizzato e gestito la realizzazione di un'attività.

#### **Bilancio Sociale.**

Strumento (inteso come percorso e come documento) che permette di misurare e monitorare processi e risultati di un'impresa sociale, e di ogni ente che persegua finalità pubbliche nel campo delle politiche di cura alla persona e delle politiche di inclusione sociale, di rappresentare con dati quantitativi e qualitativi i



comportamenti e gli impatti degli interventi sugli interlocutori dell'impresa. Lo scopo è quello di valutare e orientare le strategie dell'ente, nel rispetto di un sistema generale di valori e di obiettivi comuni, consentendo ai soggetti coinvolti la piena conoscenza del percorso intrapreso come elemento fondamentale di trasparenza, di rendicontazione pubblica dell'utilizzo delle risorse (*accountability*) e, infine, di partecipazione. Pertanto, il bilancio sociale può essere utilizzato come leva organizzativa e gestionale, come strumento di verifica istituzionale, come strumento di comunicazione, come base di elaborazione delle strategie sociali. Rispetto al contenuto, il bilancio sociale rappresenta il riconoscimento degli *stakeholder*, la dichiarazione del mandato istituzionale (*mission*), un codice etico o carte dei valori, il resoconto dei risultati sociali conseguiti con indicatori di risultato e di impatto sociale, una sintesi degli aspetti finanziari e dei costi dell'impresa.

### **Bisogno e complessità del bisogno.**

In campo sanitario e sociale per bisogno si intende lo scarto tra ciò che esiste e ciò che è desiderabile in termini di stato di salute e di disponibilità di servizi sanitari. Un bisogno è sempre, implicitamente o esplicitamente, correlato ad un'attesa. Il bisogno percepito è la situazione di carenza e/o di perdita di equilibrio o di integrità bio-psico-sociale. Il bisogno di salute della persona deve essere valutato nelle sue diverse dimensioni (clinico-cognitiva, comportamentale, sociale ecc.). Il bisogno diventa complesso quando richiede una risposta che coinvolge le diverse dimensioni ed è, pertanto, sempre sociosanitario. Lo "stato di bisogno", da un punto di vista psicologico, genera un vissuto sgradevole di tensione, pressione, sofferenza nella persona.

Il bisogno viene anche descritto operativamente come l'insieme di un preciso obiettivo da raggiungere, una distanza misurabile da tale obiettivo, e dei mezzi per poter colmare tale distanza.

Si distinguono bisogni percepiti e non percepiti; inoltre, alcuni bisogni di rilevanza collettiva sono normativi, cioè espressamente individuati da norme o da indicazioni tecniche. Talora vengono espressi "bisogni indotti" dallo stesso sistema di offerta e di prestazioni.

### **Care giver.**

Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "donatore di cura"; si potrebbe anche definirlo come "assistente alla persona". E' colui che, nell'ambiente domestico, assume l'impegno di cura della persona non autosufficiente, fornisce aiuto e supporto al malato nel suo percorso di recupero fisico, mentale ed affettivo. È in genere un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (*caregiver non professionali*) o un operatore adeguatamente formato (*caregiver professionali*). Il *caregiver* svolge un ruolo insostituibile, con un'attività che può dirsi continuativa per l'intero arco della giornata, con le prevedibili conseguenze su tutti gli aspetti della vita, soprattutto nel caso che il *caregiver* sia un familiare. Per poter essere un efficace "curante", deve conoscere la malattia e le conseguenze che essa ha nel comportamento del malato. È necessario che acquisisca conoscenza e competenza per essere in grado di affrontare tutti gli ostacoli che la vita quotidiana con il malato presenta. Ha il diritto, pertanto, a ricevere le indicazioni sulle migliori strategie per affrontare i problemi quotidiani, per instaurare un rapporto comunicativo corretto con l'assistito e ad essere informato sugli obiettivi, la strategia, la cronologia del programma di cura e anche i limiti dello stesso in relazione alle lesioni sofferte dalla persona assistita. Il *caregiver* stesso ha necessità di essere sostenuto attraverso specifici interventi nell'ambito del percorso di cura.

### **Cartella sociosanitaria.**

La cartella sociale del caso è l'insieme dei documenti e delle informazioni relative ad un caso seguito; sono in corso le prime esperienze di informatizzazione delle cartelle sociali.

Il contenuto minimo è costituito dai dati anagrafici dell'utente e dai riferimenti dei familiari e dei *caregiver*; dai contatti; dalla valutazione del caso; dalle risorse da attivare; dal piano/progetto di intervento; dal



contratto con l'utente; dal diario cronologico; dalla registrazione di colloqui o visite domiciliari; da relazioni inviate; da resoconti di riunioni dell'équipe; da rivalutazione periodiche dei risultati e della situazione; dalla rilevazione di urgenze quali il cambiamento nelle condizioni personali dell'utente. Se informatizzata e collegata agli aspetti sanitari, la cartella sociale - divenuta sociosanitaria - può costituire il primo, essenziale, “mattoncino” del Sistema informativo sociosanitario potendo consentire ai vari attori del processo di attingere ed alimentare le informazioni sul caso seguito. Può essere connessa ad altri sistemi informatici dedicati a specifici aspetti di cura (fornitura di farmaci, di protesi e ausili, ecc.). Oltre alle finalità operative, la cartella rappresenta anche uno strumento di formazione degli operatori, poiché fornisce uno stimolo e una guida nel processo di valutazione, di stesura del piano individuale, di erogazione e di revisione dell'attività svolta. Gli aspetti cruciali del rispetto della *privacy* debbono essere accuratamente affrontati e risolti sia in fase di progettazione sia in fase di utilizzo della cartella.

#### **Casa della salute.**

E' una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare le cure primarie e garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, al cui interno opera l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (che vi eleggeranno il proprio studio associato), medici di continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali. Il termine è stato introdotto in alcune Regioni e ripreso in alcune normative nazionali negli anni 2006-2008 (art. 1, co. 806, L. n. 296/2006 Finanziaria 2007 – sperimentazione case della salute).

#### **Case manager.**

La figura del Responsabile del caso è un professionista che opera come riferimento e “facilitatore” per la persona che ha bisogni complessi sociosanitari, e ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per migliorare l'efficienza dell'assistenza. E' fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con l'utente e la sua famiglia.

Di norma viene individuato dalla **équipe o unità di valutazione multidimensionale (UVM)**, al suo interno o anche all'esterno. E' una figura innovativa nel nostro sistema di servizi, che sta rapidamente affermandosi come fondamentale modalità di una “presa in carico” che sia riconoscibile e ben presente nella vita dell'utente, in grado di attivare risorse e servizi, anche erogate da enti diversi e dalla comunità, per assicurare una risposta complessiva ed integrata a bisogni complessi della persona.

Nei paesi anglosassoni il *Case manager* gestisce anche le risorse umane e finanziarie necessarie per assistere la persona. Il ruolo di *Case manager* è assunto da figure assistenziali diverse a seconda dei bisogni e della complessità del paziente, ed integra il lavoro della UVM, con diversi professionisti che intervengono al momento più opportuno nella gestione del piano personalizzato di assistenza, applicando il metodo di lavoro di *team* con compiti e responsabilità assegnate.

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

E' un insieme di principi e metodologie integrati che possono rappresentare un modello di riferimento basato sulle evidenze sviluppato negli Stati Uniti dal gruppo guidato da Ed Wagner del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* di Seattle ([www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)).

Descrive aspetti organizzativi ritenuti fondamentali per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi di assistenza a pazienti affetti da malattie croniche, quali diabete, scompenso cardiaco, depressione, asma, BPCO ed altre. Il modello descrive i cambiamenti necessari al fine di migliorare l'assistenza dei malati cronici. I cambiamenti riguardano l'informazione dei pazienti, la promozione dell'auto assistenza e l'attivazione di *team* pluriprofessionali, integrati e dedicati.



Il *Chronic care model* (CCM) si basa su un approccio integrato al fine di superare la frammentazione tra gli interventi effettuati da operatori diversi, in tempi e spazi diversi, ma che coinvolgono lo stesso assistito per lo stesso problema e si articola in sei aree di intervento:

1. il sistema organizzativo (*health system*);
2. il disegno del sistema di erogazione (*delivery system design*);
3. i processi decisionali (*decision support*);
4. il sistema informativo (*clinical information systems*);
5. il sostegno all'autogestione (*self-management support*);
6. le connessioni con la comunità (*the community*).

Particolare interesse è rivestito dalla possibilità di introdurre, quale usuale approccio assistenziale, la "gestione programmata" dei pazienti cronici attraverso un nuovo disegno del *team* assistenziale che preveda la valorizzazione di tutte le figure sanitarie.

Data la crescente incidenza delle malattie croniche nel mondo, la ricerca di efficaci strategie di gestione e di prevenzione è essenziale. Il CCM è stato inizialmente orientato verso la gestione clinica integrata della malattia mentre ha mostrato limiti nella prevenzione e nella promozione della salute. Per meglio integrare tali aspetti è stata introdotta una nuova versione, chiamata *Expanded Model Chronic Care*, che si basa sul riconoscimento dei determinanti sociali della salute e su una maggiore partecipazione della comunità. Questi elementi diventano parte integrante del lavoro dei *team* di cura che seguono i percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche.

In sintesi nell'*Expanded Chronic Care Model* gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica (prevenzione primaria collettiva e attenzione ai determinanti di salute) in ottica di *community oriented primary care*. La stessa comprende sia aspetti di *empowerment* del paziente (Accessibilità, Informazione, Proattività, *Self care*) sia aspetti di approccio comunitario (Bisogni della comunità, Partecipazione, Lotta alle disuguaglianze, Prevenzione primaria).

### **Compliance (Aderenza).**

Grado di adesione concreta del paziente o di gruppi di pazienti alle indicazioni fornite dai professionisti o dall'organizzazione sanitaria. In cure continuative e spesso multi professionali, è un elemento su cui tenere la massima attenzione. Dell'aderenza fa parte anche la persistenza, cioè la misura della continuità del trattamento per tutto il tempo indicato. Ben lungi da una passiva accettazione di quanto prescritto, l'ottenimento di una buona *compliance* richiede uno sforzo nel comprendere e ove possibile potenziare le condizioni favorevoli al processo di cura: personali, familiari, lavorative, sociali. Non è da trascurare la modalità di comunicazione interpersonale con il paziente/utente che deve basarsi su un clima di ascolto, di fiducia, di chiarezza reciproca.

La variazione dell'aderenza influenza l'efficacia degli interventi proposti e l'uso adeguato delle risorse.

Il problema dei determinanti dell'aderenza assume caratteristiche diverse secondo il livello individuale o di popolazione. I determinanti della *compliance* e della *non-compliance* sono stati di volta in volta definiti come di tipo demografico (età, sesso), socioeconomico, personale (storia anamnestica, familiarità), o organizzativo (sistema sanitario-assicurativo, medico di famiglia, accessibilità, etc.), anche se non sembra esserci consenso su un modello teorico che spieghi compiutamente il fenomeno della *compliance*.

### **Comunità.**

Termine con molte accezioni e sfumature. In questo contesto, può essere usato per definire la popolazione di riferimento per un servizio sanitario o sociosanitario; comprende, quindi, le caratteristiche geografiche e demografiche ma anche quelle socio-economiche, culturali, ecc., di un gruppo di persone interagenti, in un territorio possibilmente ben delimitato e circoscritto, "con la creazione di legami comuni, improntati a sentimenti di solidarietà, di identificazione, a modelli culturali condivisi che permettono di sviluppare azioni

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

*collettive”* (Guerrini). La Comunità è, quindi, sia oggetto (Bacino d’utenza, Territorio, *Community care*), sia soggetto di valutazioni ed intervento (partecipazione, *empowerment* sociale, comunità competenti).

### **Continuità assistenziale delle cure.**

Modalità e strumenti per dare risposte coordinate e durature a bisogni che richiedono una presa in carico per un periodo di tempo lungo o indeterminato.

La continuità assistenziale si compone di tre aspetti fondamentali:

1. *Continuità dell’informazione (informational continuity)*: permette la comunicazione tra i soggetti istituzionali/professionali che afferiscono ai differenti *setting* assistenziali nel percorso di cura del paziente. Riguarda informazioni non solo sulla condizione clinica, ma anche sulle preferenze, le caratteristiche personali e di contesto, utili ad assicurare la rispondenza al bisogno di salute.
2. *Continuità gestionale (management continuity)* è particolarmente importante in patologie cliniche croniche o complesse, che richiedono l’integrazione di più attori professionali/istituzionali nella gestione del percorso paziente. Questo si realizza attraverso un’azione complementare e temporalmente coordinata dei servizi/professionisti coinvolti nel sistema di offerta assistenziale. In tal senso l’utilizzo di piani assistenziali e protocolli di cura garantiscono maggiore sicurezza nella programmazione e nella efficacia del percorso di trattamento individuale, soprattutto in percorsi di cura a decorso cronico (*long term care*).
3. *Continuità relazionale (relational continuity)*: permette la connessione non solo tra la dimensione pregressa e attuale nella definizione dell’iter di cura/assistenza, ma fornisce anche una dimensione prospettica. Essa consiste nella relazione continua del paziente con diversi professionisti sociosanitari (es. assistenza infermieristica a domicilio) che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento in senso prospettico.

### **Copertura dei servizi.**

Misure per assicurarsi che un dato servizio effettivamente raggiunga la popolazione “bersaglio”. E’ necessario superare la produzione episodica ed isolata di un servizio per assicurarsi che davvero chi ne ha bisogno e diritto ne sia raggiunto. In genere è un indice costruito come rapporto (es. anziani presi in carico dall’assistenza domiciliare/1000 anziani residenti).

In accezione “assicurativa”, il termine copertura definisce quale e quanta assistenza viene finanziata a favore di gruppi di popolazione o per specifiche condizioni (es. la copertura per la non autosufficienza).

### **Costi sociali.**

Gli studi sui costi sociali delle malattie misurano le risorse economiche assorbite a causa dell’esistenza di una determinata patologia. Accostare l’aggettivo sociale ai costi vuol dire misurare il costo secondo la prospettiva della società. I costi sociali si possono classificare in quattro categorie principali:

1. costi dei servizi sanitari sostenuti dalle famiglie o dallo Stato per erogare servizi finalizzati a mantenere o migliorare la salute, quali servizi diagnostici, ospedalieri, ecc.;
2. costi per produrre servizi che si rendono necessari a causa della malattia, ma che non sono di tipo sanitario (l’assistenza sociale per un paziente non autosufficiente, i costi legali collegati ai trattamenti sanitari obbligatori per soggetti psicotici);
3. assistenza erogata dai *caregiver*; anche in questo caso si tratta di servizi (generalmente non sanitari), ma a differenza della precedente categoria si tratta di servizi che sono erogati gratuitamente. Tale categoria di costi non è collegata a un esborso monetario, né interessa direttamente il sistema sanitario o altre istituzioni pubbliche. Ciò nondimeno è una componente del costo sociale in quanto il tempo dei familiari o di amici del paziente è una risorsa economica;
4. danno per la collettività conseguente all’assenza dal lavoro del malato.



Gli studi sui costi sociali possono dare un contributo al miglioramento della qualità delle decisioni in sanità: completano il quadro offerto dagli studi epidemiologici mediante informazioni sulla dimensione economica; possono generare ipotesi di lavoro per ricerche più analitiche e sperimentali; rendere visibili costi spesso trascurati o negati come quelli delle famiglie.

### **Cronico – Cronicità.**

Le *malattie croniche* si caratterizzano (in antitesi con quelle acute) per la durata prolungata (con una fase preclinica, anche lenta, cui fa seguito la manifestazione clinica), per l'eziologia multifattoriale, per la necessità di assistenza permanente anche per far fronte al costante rischio di complicazioni. Vengono essenzialmente classificate come croniche le malattie cardiovascolari, oncologiche, un vasto gruppo di patologie respiratorie di natura ostruttiva, ed alcune malattie dismetaboliche. Meno frequentemente viene ricondotto allo stesso gruppo un gran numero di altre malattie, per lo più di natura degenerativo/infiammatoria, come quelle di ambito neuropsichiatrico, le patologie degenerative di natura osteo-articolare, di natura gastroenterica, oculistica, ginecologica o dermatologica. In verità, a "scardinare" la classica distinzione tra patologie infettive a decorso acuto e patologie non infettive a decorso cronico sono intervenuti, negli ultimi 25 anni, i cambiamenti nell'evoluzione di patologie come le epatiti B e C o l'AIDS, ad eziologia infettiva, per le quali la ricerca ed il progresso farmacologico hanno consentito di prolungare il decorso della malattia per molti anni, facendo quindi assumere loro una storia naturale intermedia tra le due classicamente descritte. Per di più, in diverse patologie definite cronicodegenerative è provata o si sospetta un'eziologia infettiva. La *cronicità* è la condizione di salute e di vita delle persone affette da malattie croniche; spesso tali persone sono affette da più malattie croniche (cosiddetta "polipatologia"). Tali situazioni, più frequenti negli anziani, determinano specifici bisogni di cura e di assistenza che richiedono risposte sanitarie e sociosanitarie differenti dal tradizionale modello di cura dell'acuzie.

### **Cura.**

Nel linguaggio anglosassone, il termine cura è espresso in due differenti accezioni, a seconda che si voglia indicare la cura sanitaria o quella sociale. Nel primo caso si usa il vocabolo *cure* che significa curare con l'intenzione di guarire. Nel secondo si usa il termine *care*, che significa prendersi a cuore qualcuno o qualcosa, curare con l'intenzione di rendere migliore la qualità di vita a prescindere dalla persistenza o meno della patologia (o della sua stessa esistenza *ab origine*) (Folgheraiter, 2009).

### **Cure domiciliari.**

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ed in interventi socioassistenziali, associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e migliorare la qualità quotidiana della vita. L'assistenza domiciliare è uno strumento con cui realizzare la domiciliarità, che esprime il diritto e la possibilità per chi non è autosufficiente di restare nella propria casa e nella propria comunità locale, vicino alle cose care e significative per lui. Si tratta di un sistema a forte evoluzione (Vedi Assistenza domiciliare integrata). Le cure domiciliari devono divenire un "sistema organico" di assistenza, o meglio una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, modulata secondo le necessità rilevate.

In letteratura scientifica, nella normativa e negli atti programmatori delle diverse regioni italiane, vengono spesso differenziate in distinte tipologie: Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata, ecc.



### Cure primarie.

Espressione che ha assunto diversi significati; la Conferenza nazionale sulle Cure Primarie ha utilizzato nel documento conclusivo l'espressione "sistemi di assistenza primaria".

In un'accezione ampia, le cure primarie comprendono l'intera rete assistenziale del distretto e, quindi, coincidono con l'assistenza primaria (v. sopra). In un'accezione più selettiva, le cure primarie comprendono unicamente i medici di medicina generale (v.) e quindi i MMG, i Pediatri di libera scelta e i Medici di continuità assistenziale, ed eventualmente l'assistenza infermieristica.

Attualmente, le esperienze innovative nell'ambito delle cure primarie riguardano le forme associative strutturali di medici di medicina generale, con la collaborazione di infermieri, in sedi uniche di lavoro (UCCP, Nuclei di Cure Primarie, ecc.); i punti unici di accesso; la gestione di percorsi diagnostico-terapeutici cui collaborano specialisti territoriali ed ospedalieri, ecc.

La programmazione nazionale tratta di assistenza primaria agli artt. 3 *quater* e 3 *quinquies* del d.lgs. n. 502/1992 s.m.i. in riferimento al distretto e alle sue funzioni (tra cui quella di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie).

La valutazione delle cure primarie può essere fatta attraverso opportuni indicatori di processo (es. % di pazienti diabetici cui viene prescritto annualmente un esame di controllo previsto da linee guida) o di esito (es. % di pazienti con complicanze o % di pazienti i cui parametri clinici mostrano scarso controllo) o anche di accesso (% di pazienti presi in carico rispetto a quelli affetti dalla malattia).

### Dimissione.

L'atto ed il momento del dimettere (lasciar uscire) un paziente da un istituto di cura a conclusione di un periodo di degenza ospedaliera; in altre forme di assistenza, la dimissione corrisponde all'ultimo contatto con la struttura/servizio in cui si è svolto il ciclo assistenziale. La data di dimissione viene registrata sulla cartella clinica. Una dimissione sicura ed efficace va preparata in anticipo con un *Piano delle dimissioni* che stabilisca le condizioni di dimissibilità, l'educazione del paziente alla gestione della malattia, la continuità assistenziale ospedaliera e territoriale, l'attivazione di altri servizi. E' un'attività strutturata che può essere svolta da medici o da infermieri e che richiede tempo, conoscenze tecniche e capacità relazionali.

Il foglio di dimissioni è lo strumento conclusivo di tale piano, e deve riportare con chiarezza e completezza tutte le informazioni necessarie alla gestione del post-ricovero.

### Dimissione protetta.

Modalità di dimissione concordata tra l'ospedale e i servizi sanitari e sociali territoriali per pazienti in condizioni di non autosufficienza o di incompleta stabilizzazione clinica, che richiedono, a domicilio o in assistenza residenziale, la continuazione delle cure mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali.

### Disabilità e ICF.

La Convenzione ONU del 13 Dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità, ratificata in Italia con la L. n. 18/2009, definisce *persone con disabilità* coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri. Secondo la classificazione formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1980 (*International Classification of Disease, Disability and Handicap, ICDH*) si compone di tre livelli, *menomazione, disabilità ed handicap*, che vengono così definiti:

1. per *menomazione* si intende "qualsiasi perturbazione mentale o fisica del funzionamento del corpo. Essa è caratterizzata da perdite o anomalia anatomica, psicologica o fisiologica (a livello di un tessuto, di un organo, di un sistema funzionale o di una singola funzione del corpo)";



2. per *disabilità* si intende "la riduzione o la perdita di capacità funzionali o dell'attività conseguente alla menomazione";
3. *l'handicap* è lo "svantaggio vissuto a causa della presenza di menomazione o disabilità. Esso, dunque, esprime le conseguenze sociali e ambientali della disabilità o della menomazione.

La presenza di limiti concettuali insiti nella classificazione ICDH ha portato l'OMS ad elaborare un ulteriore strumento: "Classificazione Internazionale del funzionamento e della disabilità" (ICIDH-2, 1999), che rappresenta l'embrione del modello concettuale che sarà sviluppato nell'ultima classificazione dell'OMS: "Classificazione Internazionale del funzionamento, disabilità e salute" (ICF, 2001).

La sequenza Menomazione → Disabilità → Handicap, alla base dell'ICIDH, viene superata nella nuova Classificazione ICF da un approccio multiprospettico alla classificazione del funzionamento e la disabilità secondo un processo interattivo ed evolutivo. La classificazione integra in un approccio di tipo "biopsicosociale" (in cui la salute viene valutata complessivamente secondo tre dimensioni: biologica, individuale e sociale) la concezione medica e sociale della disabilità. È in sostanza il passaggio da un approccio individuale ad uno socio-relazionale nello studio della disabilità. La disabilità viene intesa, infatti, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale. L'ICF correlando la condizione di salute con l'ambiente promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività che permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione. L'ICF, a differenza della precedente classificazione ICDH, non è una classificazione delle conseguenze delle malattie, ma delle componenti della salute. In particolare, nell'ICIDH l'attenzione veniva posta sulle conseguenze, cioè sull'impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare, mentre nell'ICF si identificano gli elementi costitutivi della salute. In tal senso, l'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma tutte le persone proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni. Per approfondimenti si rinvia a: OMS, Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10), Milano, Masson, 1992; OMS, Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH), Cles, 1980; OMS, Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (ICF), Trento, Erickson, 2001.

#### **Disability manager.**

Nuova figura professionale individuata dal "Libro Bianco su accessibilità e mobilità urbana. Linee guida per gli enti locali" presentato in data 1° luglio 2009 dal Ministro del Lavoro, Salute e Politiche sociali. È un responsabile tecnico in materia di disabilità, attivato in via sperimentale nei Comuni con più di 50.000 abitanti, in grado di promuovere e coordinare a livello comunale le varie azioni per l'abbattimento delle barriere che escludono o discriminano le persone con disabilità, integrando le attività dei diversi servizi.

#### **Disuguaglianze e diseguità in salute.**

Disuguaglianze e diseguità in salute si riferiscono alle differenze e disparità di condizioni e di trattamenti che interessano diverse dimensioni dell'individuo o gruppi di popolazione - tra cui quelle sociali, economiche, demografiche e geografiche - e comportano differenziali nello stato di salute o negli esiti individuali/complessivi di assistenza.

Le *disuguaglianze* si riferiscono a differenti condizioni (sociali, economiche, di istruzione, educative, ecc.) che caratterizzano in senso descrittivo e misurabile individui o gruppi/popolazioni e che possono incidere sulla possibilità di accesso ai trattamenti sanitari. Tali differenze possono riguardare anche condizioni indipendenti e non evitabili (come caratteristiche genetiche dell'individuo, effetti dovuti alla classe di età),



mentre le *disequità* in salute rappresentano il complesso delle disuguaglianze ritenute ingiuste, evitabili e non necessarie poiché comportano una differente distribuzione di garanzie, *chance* e opportunità di benessere (un esempio può riguardare la disequità di accesso ai servizi sociosanitari).

### **Efficacia (dei servizi sociosanitari).**

Capacità/grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'efficacia di un servizio si identifica con la sua capacità di raggiungere gli obiettivi che ne contraddistinguono il mandato. In sanità è la capacità di un intervento di migliorare gli esiti di una determinata condizione. Può essere di due tipi: *sperimentale* (dimostrata in condizioni di ricerca con soggetti selezionati) e *pratica* (osservata nelle condizioni di funzionamento dei servizi sanitari).

### **Efficienza.**

Capacità di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili in vista dei risultati. Si realizza sia attraverso la capacità di ottenere i risultati attesi con il minor impiego di risorse, che quando da una data disponibilità di risorse si ottiene il massimo risultato possibile.

Il giudizio di efficienza può essere formulato in relazione ai risultati o alle prestazioni:

1. rapporto tra risultati e risorse, in tal senso si configura come giudizio comparativo circa la capacità di un servizio o di un operatore di produrre gli stessi risultati con minore consumo di risorse rispetto ad altre entità, ovvero di produrre migliori risultati a parità di risorse impegnate;
2. rapporto tra prestazioni e risorse, ovvero fa riferimento alla capacità di produrre prestazioni col minimo di risorse.

L'*efficienza tecnica* misura il miglior risultato con la migliore combinazione delle risorse utilizzate; mentre l'*efficienza allocativa* è la capacità di distribuire in modo proporzionato le risorse disponibili nei diversi ambiti di azione.

### **Empowerment (Rafforzamento delle competenze).**

*“L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita”, (Wallerstein 2006).*

Gli ambiti entro i quali si possono ritrovare esperienze di *empowerment individuale* sono:

1. acquisire stili di vita e comportamenti più corretti: es. movimenti/campagne informative per la prevenzione/educazione a stili di vita sani;
2. gestire e prendere in carico la propria malattia-cronicità: es. gruppi di auto-aiuto in ambito sanitario e socio-sanitario;
3. accedere all'organizzazione dei servizi: es. servizi come l'URP, gestione reclami e numero verde, “Carta dei Servizi”;
4. accedere al processo decisionale di cura: es. il consenso informato, la cartella clinica integrata.

Gli ambiti entro i quali si possono ritrovare esperienze di *empowerment organizzativo* sono:

1. condividere il processo decisionale di cura: es. mediazione dei conflitti, mediazione culturale nel rapporto medico-paziente;
2. condividere la pianificazione dei servizi: progetti e/o contesti che coinvolgono i cittadini nell'analisi, progettazione, valutazione dei bisogni come, ad es. l'*Audit civico*, i Laboratori del cittadino;
3. condividere la gestione dei servizi: es. l'inserimento dei *caregivers* e dei volontari nella gestione di alcuni aspetti dell'organizzazione nell'accoglienza e guida.

Gli ambiti entro i quali si possono ritrovare esperienze di *empowerment di comunità* sono:

1. fare ascoltare la propria voce: es. i movimenti di difesa, pressione e stimolo dei diritti del malato verso le istituzioni sanitarie, le reti di ospedali che cooperano per realizzare e implementare pratiche di umanizzazione dell'assistenza;



2. contribuire al governo locale della comunità: processi/strumenti di governo locale capaci di coinvolgere i cittadini e le organizzazioni nelle scelte in merito a problemi, bisogni, domande come, ad es. i Patti di solidarietà o i Forum dei cittadini, gli strumenti di programmazione strategica.

La definizione di tali ambiti ha fornito una concreta esemplificazione di come un costruito complesso come l'*empowerment* possa essere tradotto in azioni specifiche all'interno dei servizi sanitari (Monitor, 2010).

Pertanto, per sviluppare l'*empowerment* del paziente, è necessario renderlo partecipe del processo decisionale, per accrescere la sua soddisfazione e migliorare l'efficacia dei risultati clinici, aumentando l'accettabilità al trattamento. Per conseguire tale risultato, i servizi debbono: accertare le aspettative e le priorità dei pazienti; coinvolgere i pazienti per rendere le persone consapevoli della propria situazione clinica, delle alternative terapeutiche possibili, del proprio diritto a scegliere consapevolmente e liberamente il proprio piano di cura assumendone le spettanti responsabilità; acquisire *feedback*, rispetto a questo, su cui basare il processo di miglioramento. Per facilitare ciò risulta necessario fornire al cittadino gli strumenti adeguati per interloquire con l'istituzione/servizio, per offrirgli i presupposti al fine di esprimere le proprie volontà sul processo di cura e, successivamente, le proprie opinioni e gradimenti sui servizi erogati.

#### **Équipe (di assistenza).**

Il lavoro sociosanitario per il raggiungimento degli obiettivi richiede l'intervento sinergico di molteplici e differenti attori che, pur appartenendo a contesti diversi, devono lavorare insieme. La modalità operativa che ne consegue è quella del lavoro di gruppo interdisciplinare. In diversi settori e servizi, la metodica del lavoro in équipe è entrata a far parte delle prassi del servizio sanitario e sociale, costituendo una risorsa essenziale per fronteggiare la complessità dei problemi affrontati nella pratica quotidiana. La complementarità delle competenze dei diversi operatori, infatti, può generare sinergie che intervengono positivamente nel governare le difficoltà tipiche del lavoro sanitario e sociale, soprattutto quando queste sono amplificate dal generale contesto socioeconomico.

Per essere efficace, il lavoro di équipe ha necessità di essere ben progettato, strutturato e rivalutato con regolarità. Un'applicazione importante del lavoro in équipe (*team* di cura) si ritrova nell'ambito del *Chronic Care Model* (Vedi). L'équipe territoriale è una forma associativa della Medicina generale introdotta dall'Accordo nazionale del 2005, di tipo "funzionale", in quanto non prevede la costituzione di una "sede unica" o di una sede di riferimento, organizzata in ambito distrettuale. Essa coinvolge non solo i Medici di medicina generale, ma possibilmente le diverse figure professionali operanti nel distretto.

#### **Esclusione sociale (vedi anche inclusione sociale).**

*"Processo multidimensionale di progressiva rottura sociale che causa il distacco di gruppi e individui dalle relazioni sociali e dalle istituzioni, impedendo la piena partecipazione alle comuni e normativamente prescritte attività della società in cui vivono"*, (Silver, 2007). Altri autori, come Rovati (2003), riprendendo Ballet, presentano una esemplificazione del processo di progressivo allentamento dei vincoli sociali a partire dalla precarietà, che può diventare povertà ed evolvere infine in esclusione sociale: *"L'esclusione è allora la forma estrema della precarietà e della povertà, nella quale si cumulano gli svantaggi di entrambi gli stadi precedenti. Diversamente da chi è precario, disoccupato o povero, gli esclusi si collocano in una sorta di enclave all'interno del processo di stratificazione e sono bloccati rispetto al processo di mobilità ascendente"*. Il documento del "Tavolo Inclusione sociale" (reperibile su: [www.retepariopportunita.it](http://www.retepariopportunita.it), nell'ambito delle attività promosse dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri sulla programmazione dei Fondi Strutturali UE 2007-2013) evidenzia l'importanza di *"individuare i target di popolazione più a rischio di esclusione sociale, identificando l'esclusione con povertà relativa, isolamento sociale, non autosufficienza. Parlando di rischio di esclusione si introduce un concetto dinamico, non si considerano solo le condizioni oggettive (disabilità, vecchiaia, ecc.), ma anche le condizioni che possono accrescere il rischio di essere esclusi (come ad esempio la perdita del lavoro, l'essere a capo di famiglie monoparentali, l'aver solo lavori temporanei, avere bassi titoli di studio, essere immigrati, ecc.). Sono le politiche pubbliche che*



*possono/devono promuovere, favorire e garantire l'inclusione sociale e prevenire i rischi di esclusione". La legge quadro n. 328 del 2000 all'art. 27 ha istituito la Commissione di indagine sulla esclusione sociale con "il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione sociale. La Commissione predisporre per il Governo rapporti e relazioni ed annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte formulate".*

### **Fondo per la Non Autosufficienza.**

Con la legge finanziaria 2007 è stato istituito presso il Ministero della Solidarietà sociale il Fondo nazionale per le non autosufficienze, finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti. Negli ultimi anni la crescente domanda sociale e le difficoltà del Governo centrale nell'istituire un sistema integrato di protezione e di assistenza globale per le persone non autosufficienti, hanno spinto le Regioni a intraprendere percorsi autonomi per la determinazione di livelli regionali di prestazioni a favore delle persone non autosufficienti. La strategia che sottende la definizione di un Fondo regionale per la non autosufficienza è orientata al consolidamento e potenziamento del ruolo del sistema di *Welfare* regionale.

I primi atti riguardanti il Fondo regionale/provinciale per la non autosufficienza risalgono al 2003, ma solo negli ultimi anni è cresciuto il numero delle esperienze avviate. Ad oggi, diverse Regioni hanno istituito un apposito Fondo dedicato alla non autosufficienza, alcune con valenza sistematica e altre correlandolo alla disponibilità finanziaria annuale. Peculiare è il caso della P.A. di Bolzano avente un Fondo assicurativo di tipo universalistico suddiviso nel *Fondo prestazioni*, destinato alla copertura delle spese derivanti dall'erogazione dell'assegno di cura e delle altre spese correnti e, nel *Fondo integrativo a capitalizzazione*, che dopo una fase di alimentazione e capitalizzazione è destinato all'integrazione del Fondo prestazioni.

Costituiscono elementi di forza dei Fondi regionali l'individuazione di precise risorse per la non autosufficienza, la maggiore integrazione tra attività e risorse sanitarie e sociali, la sistematicità degli interventi comprese le attività di prevenzione, la priorità per le cure domiciliari nonché maggiore equità all'interno della singola Regione. Sono, invece, elementi di criticità la diversità tra i Fondi delle singole Regioni (quanto a servizi, modalità di gestione, risorse), con rischio di ampliare il livello di diseguità tra le Regioni e all'interno di una stessa Regione (ad es. perché la copertura può riguardare solo un numero limitato di persone per scarsità di risorse). Il Fondo per le non autosufficienze istituito con la legge finanziaria 2007 costituisce, in realtà, solo un "contributo", sicuramente importante per l'avvio di una politica unitaria e specifica sul tema della non autosufficienza ma, tuttavia, ancora lontano dal costituire un vero e proprio Fondo nazionale.

### **Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale (SSN).**

La disciplina dei fondi sanitari del SSN è stata introdotta dall'art. 9 del D. lgs. n. 502/1992 come modificato dal D. lgs. n. 229/1999 e si differenzia dai Fondi sanitari assicurativi tipici delle aziende private, per la loro caratteristica di "integrazione" rispetto a quanto garantito nell'ambito dei LEA.

La disciplina si è evoluta in un arco temporale particolarmente lungo e comprende ora due diverse forme possibili di fondo sanitario in Italia:

- *i fondi sanitari disciplinati ai sensi dell'art. 51 del TUIR* (Testo unico delle imposte sui redditi), DPR n. 917/1986, che raccolgono i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro e/o dal lavoratore in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale e che si avvalgono del beneficio fiscale della deducibilità degli importi versati. Si tratta dei fondi che, operando a favore di gruppi di lavoratori definiti per categoria o per azienda, vengono detti "chiusi". Tali fondi possono essere enti, casse o società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziali.



- i fondi sanitari integrativi del SSN, previsti dal citato art. 9 del D.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, che sono finalizzati a "potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale". Tali Fondi possono essere istituiti da: contratti e accordi collettivi, anche aziendali; accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale; regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali; deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative, operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria; deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute; atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. Si tratta di fondi che assumono una forma "chiusa" quando operano a favore di categorie o gruppi di lavoratori e, una forma "aperta", quando sono rivolti a tutti i cittadini.

Il DM 31 marzo 2008 istituisce presso il Ministero della Salute l'Anagrafe dei fondi sanitari. Il successivo DM 27 ottobre 2009 definisce le procedure e le modalità di funzionamento dell'Anagrafe. L'Anagrafe riguarda sia i fondi sanitari integrativi del SSN, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i., sia gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui al citato art. 51 co. 2, lett. a) del DPR n. 917/1986.

L'istituzione dell'Anagrafe si è resa necessaria a seguito della specificazione degli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi del SSN e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, apportata dal DM 31 marzo 2008. In particolare, per gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, il Ministero della Salute accerterà, a decorrere dall'anno 2011 e mediante consultazione della documentazione trasmessa all'Anagrafe, il rispetto della soglia delle risorse vincolata all'erogazione delle prestazioni indicate nel DM 31 marzo 2008, come modificato dal DM 27 ottobre 2009.

### **Fragilità.**

Il concetto di "fragilità", molto utilizzato in ambito geriatrico, esprime, a livello individuale, una condizione generale di elevato rischio di perdita dell'autonomia o situazione di instabilità fisica e sociosanitaria: si tratta di un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita totale o parziale della capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concorrenza di diversi fattori: biologici, psicologici e socioambientali che agendo in modo sinergico si amplificano e si perpetuano vicendevolmente (Trabucchi. 2005).

La comunità scientifica esprime un crescente interesse sulla fragilità malgrado ad oggi non esista una definizione univocamente accettata o una classificazione ufficiale nell'*International Classification of Disease* (ICD). La condizione identificata e maggiormente condivisa include il deperimento (sia della massa muscolare e della forza fisica sia della perdita di peso), perdita della capacità di resistenza, diminuzione dell'equilibrio e della capacità di muoversi, rallentamento nelle capacità motorie e potenziale diminuzione della funzione cognitiva. La fragilità risulta un importante predittore del rischio di *outcome* avversi, quali l'istituzionalizzazione, le cadute e la morte.

In forma più generale, si intende la condizione di fasce di popolazione a particolare rischio di peggioramento della salute, di perdita dell'autonomia, di solitudine, di impoverimento e di esclusione sociale. La fragilità, in questo concetto (Fried, 2003) è distinto dalla non autosufficienza ed identifica la condizione di anziani soli e ammalati, particolarmente vulnerabili (*frail elderly*), la cui situazione sociosanitaria può precipitare per cause ambientali, per malattie o ricoveri, per eventi traumatici, ecc. Sono in corso iniziative per costituire banche dati o registri della fragilità, nelle quali dovrebbero confluire dati sanitari e dati sociali, principalmente con lo scopo di prevenire e gestire situazioni critiche che interessano ampi strati di popolazione quali ondate di calore o epidemie di influenza.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

### **Governo clinico.**

La definizione più diffusa e comunemente accettata è quella di Scally e Donaldson (1998), che lo identificano come la somma di “riferimenti entro i quali le Organizzazioni (del sistema sanitario nazionale) sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati livelli di assistenza e creano l’ambiente in cui si sviluppa l’eccellenza dell’assistenza clinica”. Buetow S.A., e Roland M., su *Quality in Health Care* (1999), affermano che governo clinico “è l’anello di congiunzione che permette di unire le due visioni o modi di affrontare la problematica della qualità delle cure, e cioè quello manageriale e quello squisitamente clinico”.

Proposto per la prima volta nel 1997 dal *National Health Service Trust* ed adottato dal governo britannico, si dota di competenze ampie ed usa strumenti tecnici in grado di supportare le decisioni migliori, consapevoli e condivise in materia di assistenza sanitaria.

Gli elementi del governo clinico sono: educazione e formazione; gestione del rischio; trasparenza; ricerca e sviluppo; efficacia clinica pratica; verifica clinica.

Ognuno di questi obiettivi è poi più facilmente perseguibile attraverso l’applicazione strumenti innovativi di gestione tra cui, ad es. la *Evidence Based Medicine*, l’*Health Technology Assessment*, indicatori di *performance*, l’*Audit* clinico, le Linee guida ed i Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, ecc.

Tali strumenti gestionali innovativi, innestati su solide basi di competenze tradizionali, devono essere affidati a figure e/o organismi, all’interno dell’Azienda sanitaria, che abbiano le competenze, l’autorevolezza e la capacità per attuarli appropriatamente e per coinvolgere tutti gli attori del sistema.

### **Inclusione sociale (vedi anche esclusione sociale).**

L’inclusione sociale può essere definita come la situazione in cui rispetto a una serie di fattori (reddito, occupazione, istruzione, servizi collettivi, assistenza sanitaria, abitazione) tutti gli individui e i gruppi godono degli standard essenziali, le disparità tra le persone e i gruppi sono socialmente accettabili e il processo attraverso il quale vengono raggiunti questi risultati è partecipativo ed equo (Gorreri, Quagliotti, Pezzani, 2009, con modifiche). La nozione di inclusione sociale è multidimensionale nel senso che tutti i vari fattori concorrono al benessere di una persona ed alla coesione sociale fornendo agli individui l’opportunità sostanziale di vivere secondo i propri valori e le proprie scelte e di migliorare le proprie condizioni. L’Unione Europea ha stabilito un “*Processo per la protezione sociale e l’inclusione sociale*” basato sul Metodo aperto di coordinamento al quale fa riscontro in Italia il “*Piano nazionale per l’inclusione sociale*”. Gli aspetti comuni delle politiche per l’inclusione sociale sono la garanzia per tutti dell’accesso alle risorse di base, ai servizi sociali ed ai diritti necessari per la partecipazione nella società; la promozione di politiche attive per l’occupazione ed il reinserimento lavorativo; la lotta alle forme estreme di esclusione e di marginalità.

### **Indicatore.**

Caratteristica qualitativa (confrontabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (costruire ipotesi, dare giudizi). Il risultato dell’osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il “*valore*” o la misura dell’indicatore. Gli indicatori sanitari e gli indicatori sociali misurano aspetti rilevanti e danno indirettamente un indizio di conoscenza su altri aspetti più complessi e più difficilmente misurabili. Ad esempio la percentuale di obesi fornisce un’informazione indiretta su aspetti sociali e sanitari (grado di istruzione, livello socioeconomico, disponibilità di servizi, politiche di offerta attiva, ecc.).

Di solito gli indicatori si raggruppano per dimensione esplorata (accessibilità, efficacia, continuità, appropriatezza, ecc.) o per punto di vista adottato (degli utenti, dei professionisti, dei *manager*, dei politici). Si vanno adesso sviluppando macro-indicatori che misurino aspetti globali quali il benessere, lo sviluppo sostenibile, la performance, ecc. Dato il potere orientativo di giudizi e di azioni, gli indicatori devono essere di provata validità, cioè essere pertinenti, accurati, precisi, tempestivi, ecc.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

### **Integrazione sociosanitaria.**

L’art. 3 *septies*, co. 1 del [D.lgs. n. 229/1999](#) definisce le prestazioni socio-sanitarie *“tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione”*.

Tipologia delle prestazioni sociosanitarie:

1. *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* sono tutte le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all’individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite. Esse sono di competenza delle Aziende sanitarie e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, o in strutture residenziali o semiresidenziali;
2. *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* sono tutte le attività del sistema sociale, che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di lungo-assistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi;
3. *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* rientrano nei LEA e sono poste a carico del Fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate *“dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza”*.

Il successivo DPCM 14 febbraio 2001 *“Atto di Indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di prestazioni socio-sanitarie”* individua i LEA in relazione alle seguenti aree di attività: materno-infantile; disabili; anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative; patologie psichiatriche; dipendenze da alcool, droga e farmaci; patologie per infezioni da HIV; pazienti in fase terminale. Ha come finalità: la definizione delle modalità e delle aree di attività per una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali; la disciplina della partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali.

I destinatari dell’assistenza socio-sanitaria sono: le persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali prestate da operatori del sociale e della sanità. I criteri di individuazione e caratterizzazione delle prestazioni socio-sanitarie: la natura del bisogno: viene determinata tenendo conto delle funzioni psicofisiche, della natura dell’attività del soggetto e relative limitazioni; delle modalità di partecipazione alla vita sociale e dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e al suo superamento; la complessità dell’intervento: è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura) ed alla loro articolazione nel progetto personalizzato; l’intensità dell’intervento: l’intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato.

Il DPCM 29 novembre 2001 [all’Allegato 1C](#)) definisce i LEA per l’area dell’integrazione socio-sanitaria e stabilisce i riferimenti normativi tra cui l’Atto di indirizzo e coordinamento sull’Integrazione sociosanitaria (DPCM 14 febbraio 2001).

Secondo Kodner e Spreeuwenberg (2002) l’integrazione è l’insieme coerente di metodi e di modelli riguardanti il finanziamento, l’amministrazione, l’organizzazione, l’erogazione di servizi ed i livelli clinici, progettati per creare connessioni, allineamento e collaborazione all’interno e tra i settori delle cure (*cure*) e dell’assistenza (*care*). Scopo di tali metodi e modelli è di aumentare la qualità dell’assistenza e la qualità di vita, il livello di soddisfazione e l’efficienza di sistema per pazienti con problemi complessi e di lunga durata che coinvolgono diversi servizi, erogatori e modalità assistenziali. L’integrazione sociosanitaria va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.



L'integrazione istituzionale riguarda il livello politico-amministrativo nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma (stipulati da circa la metà delle aziende sanitarie, per tre quarti nell'area dell'assistenza agli anziani).

A questo scopo le Regioni, nei rispettivi Piani, preferibilmente sociosanitari, provvedono a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, mettendo in grado le aziende Usl di programmare l'entità delle risorse da assegnare ai distretti.

L'integrazione gestionale riguarda il governo manageriale di risorse e di servizi da integrare in progetti comuni di intervento e si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali, il lavoro per progetti, la definizione di percorsi assistenziali.

Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità.

Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto; vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti.

L'integrazione professionale riguarda la composizione di saperi e abilità per garantire risposte efficaci ed è strettamente correlata all'adozione di linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale e del *case management*. E' l'integrazione sul campo, sulla frontiera dei bisogni e dei servizi erogati, che dipende in modo decisivo da convinzioni e comportamenti dei professionisti che occorre incentivare e sostenere nelle loro autonomie sul campo, raccordandole con precise responsabilità deontologiche e doveri di rendicontazione.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

### **Intensità e complessità degli interventi (socosanitari).**

L'art. 2 del DPCM 14 febbraio 2001 precisa che le prestazioni sociosanitarie di cui all'art. 3 *septies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la *natura del bisogno*, la *complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale*, nonché la sua *durata*. L'intensità assistenziale si evolve durante le diverse fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite: la *fase intensiva*, caratterizzata da un forte impegno assistenziale, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari; la *fase estensiva*, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito; la *fase di lungoassistenza*, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi. La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.



### Lavoro di comunità.

Processo tramite cui si aiutano le persone a migliorare le loro comunità di appartenenza attraverso iniziative collettive. Fornire questo aiuto presuppone, generalmente, l'impiego di operatori retribuiti definiti "operatori di comunità". Scopo essenziale del lavoro di comunità è garantire, in primo luogo, un miglioramento delle condizioni di vita di chi abita in certe aree geografiche, o fa parte di un gruppo in particolare stato di bisogno; in secondo luogo, fare sì che le persone "interiorizzino" questo miglioramento il più possibile, potenziando le proprie abilità e la fiducia in se stesse.

Le tematiche affrontate possono riguardare *aspetti sociali* quali: la casa, il lavoro, i servizi sociali; *aspetti educativi e formativi* quali: l'istruzione, la formazione, il tempo libero, la cultura; *aspetti sanitari* quali: i servizi sanitari, l'assistenza a gruppi svantaggiati, ecc.

Si può fare lavoro di comunità a partire da numerosi approcci distinti e complementari, quali:

1. l'approccio dello sviluppo di comunità (*community development*), ovvero il lavorare con la comunità, e quello della pianificazione di servizi (*social planning*), ovvero il lavorare per la comunità;
2. la prospettiva dell'auto aiuto (la comunità che «si aiuta da sé»), contrapposta a quella delle azioni di pressione.

Il lavoro di comunità si presta a essere descritto, in primo luogo, come un insieme di valori; in secondo luogo, come un insieme di tecniche, abilità e prospettive, tutte legate a questi valori. Si tratta di valori che hanno a che fare con la giustizia, il rispetto, la democrazia, l'*empowerment* e il miglioramento delle condizioni di vita di chiunque sia, a un qualche titolo, «svantaggiato». Le tecniche riguardano invece la capacità di intrecciare relazioni con queste persone, di comprendere il punto di vista altrui, di trovare un modo per "aiutare le persone ad aiutarsi", cosa che non esclude, talvolta, l'opzione di fare delle cose «al posto loro». L'operatore deve saper selezionare le opzioni d'intervento più utili a migliorare le condizioni di vita della comunità con cui lavora e ad accrescere nelle persone la fiducia in se stesse e la capacità d'agire; a incidere positivamente, in ultima istanza, sulle amministrazioni locali, o su altre organizzazioni che possono contribuire al benessere di quella comunità (Twelvetrees, 2006).

### Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.

L'insieme delle prestazioni e dei servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I LEA sono organizzati in tre grandi Aree:

1. *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
2. *assistenza distrettuale*, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
3. *assistenza ospedaliera*, ovvero le attività di assistenza in regime di degenza, in ricovero ordinario, in *day hospital* e *day surgery*, o in pronto soccorso, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, ecc.

Infine le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini e risulta a discrezione delle Regioni garantire, con risorse proprie, servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.



### **Liveas.**

L'art. 22 della L. n. 328/2000 assegna allo Stato il compito di definire i LEA in materia sociale che devono, sull'intero territorio nazionale, essere garantiti a tutti i cittadini sulla base di *standard* comuni.

Questa norma prevede che il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantisca al cittadino, nell'ambito del distretto socio-sanitario, l'erogazione di alcune prestazioni essenziali che rappresentano i *livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale*, i cosiddetti Liveas. Tali livelli essenziali garantiscono un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire, alle persone e alle famiglie, qualità della vita e cittadinanza sociale, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

La forte e importante valenza innovativa della L. n. 328/2000, che ha per la prima volta affermato il diritto all'assistenza, si fonda su un assetto istituzionale in parte anticipatore dei contenuti della riforma del Titolo V, parte II della Costituzione (ad opera della L. cost. n. 3 del 2001), introducendo il federalismo amministrativo, con la L. n. 59/1997 la cui attuazione è stata affidata, in particolare al D.lgs. n. 112/1998.

Il nuovo testo costituzionale assegna alla piena potestà legislativa regionale, senza più vincoli ai principi fondamentali fissati da leggi dello Stato, tutte le materie che non siano oggetto di legislazione concorrente o esclusiva dello Stato. Tra le materie assegnate alla piena competenza legislativa delle Regioni rientra *l'assistenza sociale*. Il nuovo quadro costituzionale impone, quindi, una diversa lettura dei principi e delle norme contenute nella L. n. 328/2000. Le esigenze unitarie sovraregionali, la necessità di garantire un livello di uguaglianza di tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale, trovano risposta – nel nuovo testo costituzionale – nei diritti civili e sociali di cui alla lett. m) dell'articolo 117, quale competenza dello Stato. Più che competenza per materia, la fissazione dei diritti civili e sociali è competenza di sistema con l'obiettivo di assicurare un livello uniforme di trattamento a tutti i cittadini del territorio nazionale.

### **Long term (care) (Cure di lungo termine).**

I sistemi sanitari odierni interessati da un lungo processo di progressiva specializzazione dei servizi ospedalieri e orientati verso un aumento della capacità di risposta ad emergenze cliniche, tendono ad evitare pazienti con necessità di cure a lungo termine e a bassa complessità o a basso contenuto sanitario. Considerato però che si sta registrando un progressivo aumento delle problematiche legate alla disabilità e alle malattie croniche, che determinano una crescente domanda di servizi di assistenza, si presenta per l'appunto il problema dell'assistenza a lungo termine (domiciliare o residenziale) e di conseguenza di organizzare e gestire modelli di "*long-term care*" in ambienti sempre più professionali. Si tratta di sistemi di cura per loro natura sociosanitari in quanto forniscono risposte a bisogni di tipo medico e di tipo socioassistenziale.

### **Medicina generale (Primary Care Physicians).**

Comprende le figure professionali del Medico di medicina generale (MMG), il Pediatra di libera scelta (PLS) e il medico della continuità assistenziale (MCA). La Medicina generale è l'insieme delle cure fornite da medici che seguono uno specifico *training* formativo, esperti nel primo contatto generale con i pazienti, che affrontano per ogni singolo paziente la molteplicità dei suoi problemi di salute e si occupano della malattia al suo insorgere, quando ancora la sintomatologia non si è espressa interamente e non è diagnosticata e durante tutto il suo sviluppo. Fornisce anche ai pazienti una guida al sistema sanitario per ottenere una cura adeguata con il coordinamento dei diversi servizi sanitari, e promuove l'effettiva comunicazione con i pazienti, incoraggiando il ruolo del paziente come "*partner*" nella cura. La stessa include la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, il mantenimento della salute, il *counseling*, l'educazione alla salute, la diagnosi e il trattamento di malattie acute e croniche in diverse sedi sanitarie (dallo studio alle cure domiciliari). E' organizzata e gestita da personale medico che spesso collabora con altri professionisti sanitari e utilizza consulti e consulenze specialistiche quando necessario. (La definizione è tratta dal sito della "*American Academy of Family Physicians*" (<http://www.iaafp.org/x2632.html>)), ma trova riscontro

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

anche nella più ampia definizione europea di medicina generale/di famiglia data da Wonca Europe, 2002, di cui esiste attualmente la versione italiana disponibile su <http://www.medicidimedecinagenerale.org>).

**Mission.**

Ragione fondamentale per cui l’organizzazione esiste; proposito di base dell’organizzazione; ciò che l’organizzazione sceglie di fare per ottenere riconoscimento, soddisfare i bisogni dei clienti/utenti e realizzare i propri obiettivi.

**Monitoraggio.**

Sistema di rilevazioni ripetute e continuative di un fenomeno (con raccolte di dati e di indicatori pertinenti) per seguirne l’andamento nel tempo, identificare potenziali problemi, per segnalare l’eventuale superamento di soglie di attenzione o di allarme, per assicurare l’attuazione di progetti e il miglioramento continuo.

**Option counseling.**

Processo relazionale interattivo di supporto alla formulazione delle decisioni. Tale processo prevede che utenti, famiglie e persone significative vengano supportate nelle scelte in merito all’individuazione di una corretta ed appropriata risposta assistenziale, attraverso un percorso di maggiore consapevolezza individuale, di corretta formulazione del bisogno di salute, di considerazione delle preferenze personali e delle caratteristiche del contesto di vita.

**Outcome.**

Esiti degli interventi sanitari o sociali. Le misure di *outcome* si differenziano dai prodotti/output perché riguardano l’efficacia degli interventi, gli effetti sulla salute dell’individuo o su altri importanti risultati attesi (es. grado di autonomia, aspetti relazionali, ecc) .

**Percorsi assistenziali (socioassistenziali).**

Un percorso assistenziale (*care pathway*) è un intervento complesso per l’assunzione di decisioni condivise e per l’organizzazione di processi di assistenza per un gruppo di pazienti ben identificato, da svolgersi in un arco di tempo definito.

La caratteristiche di un percorso assistenziale comprendono:

1. l’esplicitazione degli obiettivi e degli elementi fondamentali dell’assistenza sulla base dell’evidenza scientifica, delle migliori pratiche, delle aspettative dei pazienti e delle caratteristiche di questi ultimi;
2. la facilitazione della comunicazione tra i membri del *team* di cura e tra questi ultimi, i pazienti e le loro famiglie;
3. il coordinamento dei processi di assistenza, stabilendo i ruoli e la sequenza delle attività del *team* multidisciplinare, dei pazienti e dei familiari;
4. la documentazione, il monitoraggio e valutazione delle variazioni e degli esiti;
5. l’identificazione delle risorse appropriate.

Lo scopo dei percorsi è di aumentare la qualità dell’assistenza nel suo continuum, migliorando gli esiti per i pazienti, promuovendo la sicurezza, accrescendone la soddisfazione ed ottimizzando l’uso delle risorse. (Vanhaecht, et al., 2007).

**Preso in carico.**

È un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie di aiuto, sostegno, cura che il servizio sanitario e sociale mettono in atto per rispondere a bisogni complessi e che richiedono un’assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità.



Nell'ottica del Punto Unico di Accesso, la "presa in carico" può essere definita come "un processo integrato e continuativo che si configura come "governo" di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso e articolato".

La "presa in carico" è legata alla "complessità" dei bisogni, della domanda, della valutazione dei bisogni e dell'offerta. La complessità richiede unitarietà di azioni nei diversi livelli di intervento (tra soggetti istituzionali; tra soggetti professionali; tra i diversi attori che operano nel contesto socio-ambientale: famiglia, ambiente sociale, comunità). La complessità richiede continuità tra i bisogni, espressi da una domanda, e le risposte rappresentate dall'offerta di servizi; di risposte modulate nella loro gradualità e modulate nel tempo. Si "prende in carico" la persona, nella sua globalità, con l'insieme di bisogni che essa esprime.

La presa in carico si compone di diverse fasi e momenti: richiesta di aiuto; analisi della domanda; progetto di intervento; elaborazione e attuazione del progetto personalizzato e del piano personalizzato degli interventi; verifica e valutazione; chiusura dell'intervento.

Il *piano di assistenza individuale* è un documento che viene redatto dall'équipe multidisciplinare in collaborazione con i familiari a seguito di un'attenta analisi e di una valutazione dei bisogni identificati e percepiti dalla persona. Esso riporta il problema, l'obiettivo, l'intervento e la data di verifica prevista a medio o lungo termine. Ogni piano di assistenza è un progetto dinamico, continuamente aggiornabile e adattato a tutte le necessità che possono di volta in volta emergere.

#### **Prestazioni ed Interventi (socio-sanitari).**

Le *prestazioni* costituiscono l'*output*, cioè il prodotto dei servizi sanitari e sociali; si tratta di prodotti immateriali quali una visita medica, un colloquio, un sopralluogo, una indagine sanitaria o ambientale o anche atti derivati da queste azioni (es. una ricetta, documento, una autorizzazione), forniti direttamente da operatori agli utenti/clienti. Nell'analisi organizzativa i servizi e le prestazioni non sono "altra cosa" dai processi operativi tecnici (attività e compiti), ma sono un sottoinsieme omogeneo di essi caratterizzato sostanzialmente dal fatto che in ogni prestazione è compreso anche il rapporto diretto con il cliente/utente (il "momento della verità" di Normann),(Gardini, Beccastrini, Tonelli).

In ambito socio-sanitario, le prestazioni singole sono parte di *interventi*, cioè di episodi di relazione/aiuto/cura che possono essere complessi, lunghi, personalizzati (descritti nel relativo progetto individuale di intervento o di assistenza). Le prestazioni sono, quindi, atti delimitati e standardizzati (punti), mentre gli interventi sono insieme, processi, composti e prolungati fatti di prestazioni e di altre attività senza diretto rapporto con il paziente/utente (linee). A differenza di altri Paesi, in Italia non esiste tuttora una nomenclatura di riferimento delle prestazioni sociali e socio-sanitarie né tantomeno un sistema di classificazione degli interventi socio-sanitari. Alcuni tentativi di definizione (e relativa tariffazione) sono in corso in alcune Regioni. Prestazioni ed interventi costituiscono il livello "micro" dell'attività, mentre i Liveas dovrebbero costituire il livello "macro", restando naturalmente tali livelli strettamente connessi e logicamente coerenti tra loro.

#### **Prevenzione.**

La prevenzione comprende l'insieme delle strategie e degli interventi posti in essere con anticipo, a monte, per evitare l'insorgere di un disagio, di una esclusione, di un danno, di una malattia. Gli interventi preventivi sono di natura culturale, psicologica, sociale, sanitaria, economica e politica; trovano realizzazione a livello individuale, di gruppo e sociale.

Secondo Caplan (1964) si distinguono tre tipi di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

La prevenzione primaria ha lo scopo di ridurre i fattori di rischio e di aumentare i fattori protettivi (ad esempio: promozione della salute, promozione del benessere, educazione e comunicazione, ecc.); interessa tanto la comunità quanto i singoli individui. La prevenzione secondaria ha lo scopo di individuare precocemente i primi sintomi di un disagio per frenarne l'evoluzione; si rivolge a selezionati gruppi di



individui che sono a maggior rischio. La prevenzione terziaria ha l'obiettivo di limitare il più possibile i danni o le conseguenze negative di un disagio, di una malattia, di una esclusione sociale e di mettere in atto interventi di riabilitazione e di reinserimento sociale; si rivolge a gruppi di individui già portatori del disagio o della malattia. I tre bisogni di prevenzione possono essere compresenti anche in un singolo individuo e coesistere con gli aspetti tipici della cura e della presa in carico. Su un piano complessivo la prevenzione riguarda tutti i servizi e richiede la collaborazione intersettoriale tra diversi ambiti sociosanitari. Il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 richiama la *"necessità di un'efficace collaborazione fra tutte le aree di governo, la cui azione direttamente o indirettamente incida, da una parte, sulla salute e, dall'altra, riconosca il territorio quale luogo ove si colgono i risultati di tutte le misure trasversali che concorrono allo stare bene di una persona. Conseguentemente, le politiche sanitarie devono certamente continuare ad assumere come punto prioritario del loro agire la centralità della persona ma devono al contempo, cercare ogni alleanza utile alla migliore tutela possibile della salute dei cittadini, nella convinzione che la promozione della salute non possa compiutamente svolgersi in mancanza di politiche a sostegno del diritto di ciascuno a realizzare il proprio progetto di vita e, comunque, in assenza di un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui si vive"*.

#### **Primary Health Care.**

Una possibile traduzione è "Attenzione e assistenza sanitaria di base" (G. Monasta, OMS, 2008). Per l'Organizzazione mondiale della sanità *Primary Health Care* (PHC) costituisce il primo livello di contatto del cittadino con il sistema sanitario, basato su servizi sanitari e sociali di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla persona, supportata al bisogno dai servizi ospedalieri di secondo e terzo livello. La PHC è un vero modello concettuale, una strategia politica, una *vision* finalizzata ad assicurare l'equità, la copertura universale dei bisogni a costi sostenibili, la più ampia accessibilità ai servizi, la presa in carico globale della persona, l'assunzione di responsabilità verso una popolazione ben identificata. Per ottenere questi risultati è necessario andare oltre l'ambito sanitario e coinvolgere anche altri settori quali l'educazione, l'agricoltura, l'alimentazione, l'industria, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, ecc, ricercando lo sforzo combinato di tutti questi settori.

Sul piano operativo, al centro della rete dei servizi sono posti i *team* multi professionali, che assicurano la continuità e stabilità delle cure, l'erogazione di prestazioni integrate anche con i servizi sociali della comunità, il coordinamento con ospedali e servizi specialistici, la mediazione con altri servizi non sanitari. (OMS: *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*).

Numerosi professionisti partecipano ai team della *Primary Health Care*: medici di base, pediatri, ostetriche, infermieri di comunità, operatori socio-assistenziali, terapeuti, educatori

Grazie a queste competenze il team assicura la "presa in carico" nei servizi in rete dei sempre più numerosi pazienti anziani, con polipatologia, disabilità e problemi socio-economico-familiari, ricercandone la partecipazione attiva. Vedi anche voce Assistenza primaria/*Primary care* (tratto da: Guzzanti - Longhi, 1985).

#### **Programmazione sociosanitaria (regionale e locale).**

Il metodo della programmazione pluriennale costituisce un solido principio fondamentale della materia "tutela della salute" nonché uno degli elementi qualificanti del SSN, in grado di orientare e coordinare gli obiettivi, l'attività e le risorse dei diversi livelli istituzionali coinvolti nel garantire la tutela della salute; la programmazione, infatti, abbraccia trasversalmente sia il livello statale, sia quello regionale, giungendo sino al livello aziendale e infra-aziendale. A seguito delle riforme degli anni Novanta si afferma l'esigenza di una programmazione volta a garantire l'effettività al diritto alla salute, realizzando al contempo un contenimento della spesa pubblica e una razionalizzazione del sistema sanitario. A livello statale, il principale strumento di pianificazione è il *Piano sanitario nazionale*; la programmazione sanitaria statale si inserisce a pieno titolo nella programmazione economico-finanziaria dello Stato, in quanto l'individuazione



dei LEA e delle prestazioni efficaci ed appropriate, da effettuarsi in sede di Piano sanitario, deve avvenire "contestualmente" all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN.

A livello regionale il *Piano sanitario regionale* rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Uniforme risulta il procedimento di adozione, in quanto le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, attraverso il parere obbligatorio della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale che può formulare osservazioni e che garantisce il coinvolgimento delle autonomie locali in sede di programmazione, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali, degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal SSN.

Le Regioni e le Province autonome trasmettono al Ministro della salute i relativi schemi o progetti di Piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale; il Ministro della salute esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

A seguito della riforma costituzionale del Titolo V, il raffronto tra le diverse programmazioni regionali evidenzia strategie di fondo sostanzialmente condivise, con indicazioni attuative differenziate sotto il profilo organizzativo, calibrate sulle diverse specificità e sui diversi bisogni di salute dei singoli territori.

La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del *Piano attuativo locale* e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati.

Ove la Regione risulti inadempiente in materia di istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e di disciplina del rapporto tra programmazione regionale e locale, è previsto l'intervento sostitutivo del Ministro della salute, che tuttavia non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale e dei piani attuativi metropolitani.

La programmazione sanitaria nazionale non si esaurisce con il Piano sanitario nazionale, essendo previsti dall'ordinamento strumenti ulteriori in grado di assicurare il necessario coordinamento e la leale collaborazione tra Stato e Regioni; oltre alle intese tra Stato e Regioni, i Piani nazionali di settore (che attengono alle modalità erogative dei LEA), le intese istituzionali e gli accordi di programma (che costituiscono il quadro di riferimento degli atti di programmazione negoziata che hanno luogo nella Regione o Provincia autonoma), le linee guida, gli accordi deliberati in seno alla Conferenza Stato-Regioni ed alla Conferenza unificata. Sono, inoltre, previsti programmi operativi regionali di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali.

Posto che alla programmazione centrale spetta la specificazione degli obiettivi, mentre quella regionale si caratterizza per la puntuale individuazione delle competenze in materia organizzativa, la pianificazione a livello aziendale (aziende USL e aziende ospedaliere) attiene alle competenze in materia gestionale.

Lo strumento puntuale di programmazione aziendale è costituito dal *Piano attuativo locale*.

Il metodo della pianificazione riveste un ruolo importante anche a livello infraaziendale, attraverso due strumenti: il *Programma delle attività territoriali*, proposto dal Direttore di distretto ed approvato dal Direttore generale d'intesa con il Comitato dei Sindaci di distretto, che si colloca a livello distrettuale e prevede la localizzazione dei relativi servizi e la determinazione delle risorse per l'integrazione sociosanitaria, nonché il *Piano di dipartimento* avente ad oggetto le attività e l'utilizzazione delle risorse

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

disponibili, che viene predisposto dal Direttore di dipartimento con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento, previa negoziazione con la Direzione generale nell’ambito della programmazione aziendale (Balduzzi, Siclari, 2008).

### **Prossimità.**

In molte realtà urbane italiane, il ricorso all'accompagnamento o ad azioni di mediazione territoriale, realizzate attraverso il coinvolgimento e la partecipazione degli abitanti, sta diventando sempre più una pratica innovativa riconosciuta e adottata nell'affrontare interventi di rigenerazione o riqualificazione urbana. Nella città, sistema complesso di relazioni, la strategia della prossimità nasce e cresce come esigenza di ricomposizione e convivenza. Il tessuto sociale non appare più costruito a partire da un’unicità di riferimento e molti fattori indipendenti fra loro e non unicamente derivanti dal comportamento umano, contribuiscono a connotare i vari contesti urbani. L’azione di prossimità, l’essere vicino e “dentro” i problemi, costruendo e valorizzando dall’interno percorsi di autopromozione, diventa in questo caso, l’azione strategica che permette l’individuazione di azioni costruttive e positive. La strategia della prossimità consente, inoltre, l’individuazione e la costruzione di percorsi capaci di innescare evoluzioni positive e virtuose in grado di interagire con la complessità delle relazioni e dei processi, rendendo più agevole la comunicazione fra soggetti appartenenti a culture o raggruppamenti sociali diversi. Esempi di servizi di prossimità sono i custodi sociali, gli sportelli o punti unici di accesso, le équipes di assistenza domiciliare, ecc. I servizi di prossimità sono, quindi, caratterizzati da capillarità, immediatezza di accesso, conoscenza dei bisogni locali, personalizzazione della risposta. Il massimo grado di accessibilità si ha nei servizi “a bassa soglia” espressione con cui si intende un modello di intervento sociale o sociosanitario nel quale l’unico requisito richiesto di accesso è la maggiore età. Sono servizi di accoglienza indirizzati agli adulti in situazione di estrema difficoltà (senza tetto, tossicodipendenti, immigrati privi di documenti), spesso orientati alla [riduzione del danno](#). Il concetto di bassa soglia esprime una metodologia di intervento innovativa, non completamente definita e teorizzata, perché fortemente ancorata ai contesti in cui si realizza e alle emergenze che tenta di affrontare. In linea di massima, a contraddistinguere una struttura o un intervento di bassa soglia concorrono diversi fattori: massima accessibilità; rapporto informale tra operatori e utenti (la relazione che si instaura non è di tipo terapeutico, l’utente non deve rispettare alcun percorso o patto, ma semplici ed elementari regole di convivenza); multidisciplinarietà dell’équipe; lavoro di rete tra diversi servizi sia di bassa soglia (come [drop-in](#), unità mobili, dormitori) che sociosanitari (ambulatori, ospedali, servizi sociali, Ser.t), per facilitare la risposta a bisogni più specifici manifestati dall’utenza (Wikipedia).

### **Punto Unico di Accesso (Porta o Sportello di accesso).**

E’ una modalità organizzativa, a disposizione del cittadino, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare la presa in carico con accesso unitario alla rete dei servizi sanitari e sociali, non compresi nell’emergenza. E’ costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere. Il PUA è uno dei luoghi dell’integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale e, come tale, richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali. Quindi, il collegamento con i servizi sociali deve essere sistematico e integrato, a cominciare da una programmazione concordata. Tale definizione permette di identificare i destinatari del PUA tra tutti i cittadini che esprimono un bisogno di salute. La formula utilizzata di *persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali*, mira a comprendere l’insieme di tutte queste fattispecie, che riguardano la non autosufficienza e le fragilità, termini che ancora non trovano univocità di definizioni nell’ampia letteratura esistente. Il PUA può essere organizzato in modo *strutturale*, con una specifica sede organizzativa, sulla base delle differenti scelte regionali, oppure *funzionale* con l’individuazione di più soggetti e sedi istituzionali ai quali il cittadino può rivolgersi. Tale

 <p data-bbox="363 107 485 143"><b>SIQuAS</b></p> <p data-bbox="347 170 580 215">Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p data-bbox="676 125 1131 215"><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p data-bbox="1227 125 1390 181"><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
--	--	---

modalità funzionale garantisce ugualmente in modo stabile e definito le caratteristiche e lo svolgimento delle funzioni che attengono al percorso di accoglienza e di avvio della presa in carico. Il PUA è, quindi, uno strumento di facilitazione che mira a promuovere e sostenere le garanzie di maggiore equità nell’accesso ai servizi e alla presa in carico. Il PUA rappresenta nella pratica uno dei principi fondamentali sui quali si fonda il SSN, come indicato nell’art. 1 della legge istitutiva del 1978 e, confermato, dall’art. 1, co. 2 del D.Lgs. n. 229/1999. Lo stesso principio è anche richiamato dalla L. n. 328/2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali, nonché dal Piano sociale nazionale 2001-2003, (Monitor, 2008).

### **Rete dei servizi del Distretto sociosanitario.**

Il termine rete, nel contesto dei sistemi organizzativi, riguarda la definizione di modalità sistematiche di connessione ed integrazione tra una serie di servizi ed attività: una rete è composta da nodi, connessioni e proprietà di funzionamento. In sanità il modello a “rete” è fondamentale in quanto il sistema sanitario è formato da una complessità di servizi e professionisti che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona. Il modello “a rete” implica la definizione di percorsi di cura coordinati ed integrati in modo da consentire, al cittadino, un facile accesso ad un percorso di cura coerente. Deve, inoltre, consentire agli operatori sociosanitari la conoscenza rapida e sistematica dell’insieme delle informazioni necessarie. La rete è stata individuata inizialmente in esperienze sociali dove esistevano relazioni che non potevano essere fatte rientrare né nei legami di vicinato né in quelli del mondo lavorativo.

La rete si caratterizza per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi afferenti ad enti distinti (ma anche a servizi staccati dello stesso ente) ma la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti.

Reti sanitarie sono ad esempio quelle per il trattamento dell’infarto o dei gravi traumatismi (modelli gerarchici, *hub and spoke*) o quelle per il trattamento di condizioni morbose croniche diffuse quali il diabete (rete professionale non gerarchica); strumenti di tali reti sono i percorsi assistenziali ed organizzativi.

Esempi funzionanti sono le “*reseaux de santé*” francesi, disciplinate per legge.

Reti sociosanitarie hanno lo scopo di mobilitare le risorse sanitarie, sociali e d’altro tipo, in un dato territorio, attorno ai bisogni delle persone per promuovere l’erogazione di un’assistenza di prossimità di qualità (es. rete per Alzheimer; rete per assistenza domiciliare; ecc.).

Il modello lavoro a rete (o intervento di rete) pone al centro dell’azione le reti sociali e le loro potenzialità e sembra “quello preferibile per organizzare sul territorio i servizi sanitari e sociali di primo livello” (Gardini).

Il rischio di burocratizzare le reti in percorsi rigidi e formalistici andrebbe sempre tenuto presente, per evitare che la rete si trasformi in una gabbia e che le strutture/presidi (soprattutto quelle maggiori, cosiddetti *hub*) continuino a pesare più delle culture/mentalità.

### **Sistema informativo sociosanitario.**

Insieme di mezzi, strumenti e competenze per raccogliere, collegare, classificare e conservare dati e soprattutto per elaborare, distribuire e comunicare informazioni sui bisogni, sulla salute, sui servizi e sulle prestazioni sociosanitari, con scopi di diretta erogazione, di supporto a coloro che devono prendere decisioni e ai cittadini. Si tratta sia di una competenza diffusa sia di un servizio specializzato. Il Flusso informativo è il passaggio di dati tra diversi soggetti e diversi enti, mediante regole e modalità prestabilite e note. In ambito sociosanitario si assiste alla creazione di cartelle sociosanitarie e di banche dati fragilità quali primi passi per un sistema informativo sociosanitario.

L’integrazione tra le due tipologie di dati può essere ottenuta, a seconda del reale grado di integrazione “sul campo”, in forma nativa oppure per aggregazione di altri sistemi informativi esistenti (o in corso di attivazione, come i recenti flussi informativi nazionali sull’assistenza domiciliare integrata e sulle Residenze sanitarie). In ogni caso è fondamentale condividere l’anagrafe degli utenti per consentire un tracciamento univoco e certo della persona attraverso i vari servizi e stabilire la nomenclatura di prodotti prestazioni e

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

attività forniti. Richiede uno sforzo di informatizzazione e di formazione degli addetti rilevante ma ineludibile per i vantaggi sia nell'erogazione sia nella valutazione dei servizi. La continua evoluzione tecnologica e la maggiore utilizzabilità delle stesse tecnologie consentono un ruolo attivo nella raccolta dei dati da parte degli stessi utenti e delle loro famiglie. Naturalmente la tecnologia informativa deve essere considerata un fattore abilitante ma non sostitutivo delle relazioni di cura interpersonali.

#### **Società della salute.**

Esperienza nata nell'ambito della Regione Toscana che ha scelto di sviluppare l'integrazione del sistema sanitario con il sistema socio-assistenziale attraverso una inedita soluzione organizzativa dell'assistenza territoriale, le Società della salute. Precedente indicate nel Piano sanitario regionale 2002-2004, le Società della salute rappresentano una delle innovazioni più rilevanti della programmazione sanitaria regionale. Si configurano come consorzi pubblici senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali ed i Comuni. Rappresentano una soluzione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sociosanitari territoriali di zona-distretto e sono oggetto di sperimentazione nel corso del Piano sanitario regionale 2005-2007.

#### **Sostegno o supporto sociale.**

Il supporto sociale è l'aiuto nelle situazioni difficili della vita; è, più in particolare, il sostegno fisico ed emotivo offerto dalla famiglia, da amici, colleghi e altri. Si comprende, in tale concetto, sia la percezione da parte del soggetto che può ricevere sostegno, sia l'effettivo realizzarsi di tale sostegno. Si contribuisce, in tal modo, a rafforzare in una persona la convinzione di essere curato e amato, stimato e considerato; ciò non riguarda solo il mantenimento della salute e la cura delle malattie (mentali o fisiche), ma anche la loro prevenzione. Vi sono diverse forme di sostegno sociale: *emotivo*, di *apprezzamento*, *informativo*, *strumentale*.

Il supporto emotivo generalmente è offerto dalla famiglia e da amici stretti ed è la forma più comune di supporto sociale; comprende empatia, preoccupazione, cure, amore e fiducia.

Il supporto di apprezzamento riguarda il dare informazioni sotto forma di conferma, *feedback* e comparazione sociale. Questa informazione è spesso di tipo valutativo e può provenire dalla famiglia, dagli amici, dai colleghi o dalla comunità.

Il supporto informativo riguarda pareri, suggerimenti o indicazioni che aiutano la persona a rispondere alle proprie necessità.

Il supporto strumentale è la forma più concreta di sostegno sociale diretto e comprende l'aiuto in termini economici, di tempo, di assistenza e altre forme di intervento esplicito nei riguardi di una persona.

Il supporto sociale ha effetti diretti ed indiretti sulla salute e sul superamento di eventi critici. In tali situazioni l'impatto di contenimento è definito come effetto *stress-buffering*. Inoltre, il sostegno sociale ha un effetto di contenimento nella storia dello sviluppo di alcune malattie psicologiche e/o fisiche quali: l'ipertensione e la depressione, nonché di fattori di rischio quali l'abitudine al fumo e l'obesità. Gli interventi finalizzati a potenziare il sostegno sociale possono essere diretti all'intera popolazione (universali), a gruppi di individui con aumentati fattori di rischio (selettivi) o a singoli individui che sono già affetti da disturbi o malattie (Dalgard, 2009).

#### **Stakeholder.**

Nella cultura d'impresa di origine anglosassone il termine indica tutti i soggetti (attori) sociali e istituzionali che agiscono con ruoli diversi, che sono portatori di legittimi interessi ed aspettative di natura diversa nei confronti dell'organizzazione stessa e che, conseguentemente, ne possono influenzare gli orientamenti. Nel caso di un'Azienda Sanitaria gli *stakeholder* sono gli utenti, le organizzazioni sindacali, i politici della comunità, i professionisti, le organizzazioni scientifiche, le associazioni di pazienti, ecc. Secondo M.P. Morgan, guardare la propria organizzazione con gli occhi degli *stakeholder* rappresenta una delle

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

caratteristiche positive principali di una gestione orientata verso la ricerca della qualità dell'organizzazione stessa.

### **Territorio.**

Rispetto al termine comunità (Vedi) quello di territorio è più usato in ambito sanitario con un significato più ristretto che circoscrive un determinato ambiente geografico e demografico nonchè l'insieme dei servizi non ospedalieri che vi sono presenti (assistenza territoriale, medicina del territorio, continuità ospedale-territorio). Il territorio, inteso in senso strettamente sanitario, può quindi essere definito come l'insieme delle risorse e dei mezzi di cura extra ospedalieri, prossimi anche fisicamente all'utente e maggiormente accessibili, con bassa complessità tecnologica ed alta intensità relazionale.

Questo insieme comprende sia l'assistenza primaria (medicina di base, prevenzione, ecc.) sia, in parte, l'assistenza secondaria (specialistica di primo livello).

In forma giuridica, il territorio è stato tradotto in un livello essenziale di assistenza “l'assistenza distrettuale” ma si ritrova anche nel livello della “prevenzione”.

Al livello distrettuale, infatti, afferiscono la medicina di base, la continuità assistenziale, l'assistenza farmaceutica e quella protesica, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, ecc. Nel livello di prevenzione troviamo, invece, le vaccinazioni, gli *screening*, la medicina legale. Questo insieme di offerta va sempre più differenziandosi e specializzandosi: nascono ad es. i Nuclei di Cure Primarie (associazioni di Medici di base, specialisti, infermieri, con alcuni servizi diagnostico-terapeutici più semplici), le Strutture intermedie tra ospedale e territorio (ospedali di comunità, Presidi territoriali di prossimità), i Servizi di informazione e di sostegno (punti di accesso privilegiato, sportelli handicap, numeri verdi sanitari), ecc.

### **Valutazione (dei servizi sociosanitari).**

Espressione di giudizi di valore nei confronti di “oggetti” in base a criteri determinati, facendo riferimento ad obiettivi prefissati o comunque a livelli attesi di risultati.

Si tratta di un elemento fondamentale di ogni sistema organizzato, in quanto consente di misurare per gestire/migliorare/correggere/innovare/motivare. La valutazione deve essere un processo trasparente che specifica bene lo scopo e l'oggetto della valutazione ed esplicita le attese, i criteri, i margini di possibile “tolleranza”, le precondizioni necessarie, il contesto. La valutazione poggia, quindi, su due pilastri: la raccolta sistematica di dati di buona qualità, possibilmente ripetuti nel tempo (Vedi monitoraggio, sistema informativo) e la definizione del “valore”, dell'atteso, in base al quale si emette un giudizio di valore.

Sebbene fondata su tale trasparenza e su dati e indicatori certi e affidabili, resta il fatto che “qualunque processo valutativo è profondamente segnato dalla soggettività” e che, pertanto, le procedure devono essere quanto più possibile aperte e flessibili. La valutazione avviene a diversi livelli dell'organizzazione: “micro” (singolo operatore o servizio/ reparto), “meso” (azienda, comune, regione), “macro” (nazione); ciascuno di questi livelli richiede specifiche modalità di valutazione ed appropriati indicatori.

### **Valutazione multidimensionale.**

E' parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e si configura come un'operazione dinamica e continua che segue l'anziano/disabile nel suo percorso dentro la rete dei servizi sociosanitari e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione. Si tratta del *momento valutativo* che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale.

I momenti valutativi sono tre: VMD ex-ante; VMD intermedia; VMD ex-post.

La multidimensionalità della valutazione scaturisce dalla complessità e dalla globalità dei bisogni afferenti alla persona anziana e/o non autosufficiente.

La finalità della VMD è la seguente:



1. esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona sulle diverse problematiche;
2. assicura maggiore appropriatezza ai successivi interventi di cura e riabilitazione;
3. predispone al coordinamento e all'integrazione tra interventi di carattere sanitario e interventi sociali nei confronti della persona inserita nella rete dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti;
4. predispone alla individuazione della tipologia di servizio, struttura e intervento più appropriati a fronteggiare le esigenze della persona non autosufficiente;
5. pone le condizioni per definire il progetto personalizzato.

### **Volontariato e Associazionismo.**

*Volontariato: "Attività prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà"* (L. n. 266/1991). Ruoli del volontariato, secondo Marsico, sono: di *individuazione* dei bisogni emergenti, di *anticipazione* nella risposta a bisogni emergenti, di stimolo e contatto delle istituzioni pubbliche *a tutela dei diritti dei cittadini*, di *integrazione* dei servizi esistenti, pubblici e privati, di formazione della *cultura della solidarietà*, e delle reti informali della solidarietà di base. Il volontariato può essere organizzato o no (individuale, familiare, informale), ed opera in forma libera, gratuita, spontanea.

Un'associazione è l'unione organizzata di più persone con finalità comuni (De Mauro) in cui sono precisati ed organizzati i legami ed i vincoli tra gli associati; nell'associazionismo sociale o di promozione sociale le finalità non hanno comunque natura commerciale. Possono assumere la denominazione di associazione di promozione sociale: [associazioni](#) riconosciute e non riconosciute, [movimenti](#), [gruppi](#) e loro coordinamenti e federazioni.

Mentre le organizzazioni di volontariato non possono remunerare i soci, le associazioni di promozione sociale possono sempre remunerare i propri soci. Queste ultime, inoltre devono caratterizzarsi per una valenza mutualistica dei servizi erogati, anche se è indubbio che oggi le [associazioni](#) non si limitino solamente alla mera soddisfazione degli interessi e dei bisogni degli associati, ma abbiano sviluppato una forte apertura al sociale operando promozioni della partecipazione e della solidarietà attiva.

### **Voucher sociale e Voucher socio-sanitario.**

Diverse Regioni stanno introducendo strumenti, definiti "Voucher", quali titoli per l'acquisto di prestazioni, sociosanitarie o socio-assistenziali, da erogarsi presso strutture accreditate. Da un punto di vista normativo, il riferimento è costituito dall'art. 17 della L. n. 328/2000, il quale prevede che le Regioni disciplinano i criteri e le modalità per la concessione dei titoli validi per l'acquisto di servizi sociali nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per l'integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali. Da un punto di vista sanitario, un accenno al Voucher è contenuto nel *Alcuni esempi*

Piano sanitario nazionale 2003-2005.

La Regione Lombardia ha disciplinato la generalità dei servizi domiciliari con forme di Voucher sul versante socio-sanitario, tramite l'ASL (con forme di Voucher "flessibili", per particolare gravità, per le persone affette da malattie dei motoneuroni e in particolare da Sclerosi Laterale Amiotrofica) ed ha disposto alcune nuove forme di sostegno alla domiciliarità sul versante socio-assistenziale, tramite i Comuni.

Il Buono sociale è un contributo economico per mezzo del quale si riconosce e sostiene l'impegno diretto dei familiari anche attraverso il ricorso ad assistenti familiari, o appartenenti alle reti di solidarietà nell'accudire in maniera continuativa un proprio congiunto in condizione di fragilità.

Il Voucher sociale consiste nell'erogazione di un titolo di acquisto per prestazioni professionali di natura sociale presso agenzie pubbliche o private accreditate. E' destinato a sostenere interventi che possono favorire il mantenimento a domicilio di persone fragili. Il Voucher sociale è rivolto ad anziani, disabili, ma anche a minori, emarginati o persone con problemi di salute mentale che hanno necessità di prestazioni di tipo sociale o assistenziale garantite da professionisti. Il valore del Voucher sociale è determinato dai



Comuni associati all'interno del Piano di Zona; è fissato principalmente tenendo conto della diversa complessità delle prestazioni.

Il *Voucher sociosanitario* è stato istituito nel 2003 con la delibera della Giunta Regionale n. 12902 del 9 maggio 2003 per avviare il processo di riforma in ambito domiciliare: libertà di scelta per il cittadino e libertà d'azione per gli erogatori, mediante l'accreditamento di soggetti pubblici e privati, *profit* o non *profit*. Il *Voucher sociosanitario* si è così aggiunto alle forme tradizionali di Assistenza domiciliare integrata, per offrire prestazioni sanitarie abbinata a quelle socio-assistenziali. Il *Voucher sociosanitario*, erogato attraverso le ASL, è uno strumento che, sotto forma di titolo di acquisto, consente di comprare da soggetti accreditati prestazioni di assistenza sociosanitaria integrata svolte da personale professionalmente qualificato. Il *Voucher sociosanitario* non è, pertanto, erogato sotto forma di denaro liquido. Altri principali riferimenti rispetto alla DGR n. 12902 del 2003, sono costituiti dai PSSR 2002-2004, 2006-2008.

Al *Voucher sociosanitario*, con la delibera della Giunta Regionale n. 7915 del 6 agosto 2008, è stato aggiunto il *Credit sperimentale* quale forma d'intervento per erogare a domicilio prestazioni esclusivamente sanitarie (infermieristiche, riabilitative, ecc.). Il *Credit* si caratterizza come risposta adeguata alle situazioni di bisogno in cui le prestazioni per la cura non sono necessarie o richieste dal cittadino, ad esempio nei casi in cui la famiglia soddisfa autonomamente tali bisogni.

La Regione Sicilia con il DPR 7 luglio 2005 ai sensi dell'art. 10, co. 4 della L.r. n. 10/2003 procede all'approvazione della prima direttiva sui criteri, le modalità ed i livelli di reddito per la concessione del *Buono sociosanitario* a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi successivamente modificata con DPR 7 ottobre 2005. Con DPR 6 marzo 2008 disciplina nuovi criteri e modalità per l'erogazione del *Buono sociosanitario* a favore dei nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi.

Il *Buono sociosanitario* da erogare a favore delle famiglie in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano o del disabile, si distingue in:

- *Buono sociale*: provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzata a sostenere la famiglia nel prendersi cura dei propri familiari, con l'impiego del *care giver* familiare e delle reti di solidarietà familiare o dei soggetti legati da rapporti consolidati con le famiglie;
- *Buono di servizio (Voucher)*: titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da *care giver* professionale presso organismi ed enti *non profit*, riconosciuti ed accreditati in armonia con quanto previsto dalle linee guida per l'attuazione del Piano socio-sanitario Regionale (DPRS 4 novembre 2002), liberamente scelti dalle famiglie in rapporto diretto alla condizione sofferta dal familiare o presso strutture ed operatori delle Aziende Usl.

### **Zona Sociale.**

La L. n. 328/2000 individua all'art. 19, la Zona Sociale come associazione intercomunale ottimale per programmare politiche sociali sostenibili e collegate allo sviluppo locale.

La stessa legge propone che la Zona coincida con la dimensione adottata per la gestione dei servizi sanitari di base, ovvero con il distretto sanitario, con il quale la Zona deve instaurare forme di collaborazione particolarmente per i servizi sociosanitari a favore delle persone fragili.

Alla Zona è, quindi, attribuito un particolare ruolo strategico per l'integrazione sociosanitaria. La Zona sociale è individuata dalla maggioranza delle Regioni anche come sede per la costruzione della rete degli Sportelli di cittadinanza, quindi in questo senso è perfettamente collegabile al PUA.

La Zona assume la regia dei processi di concertazione e di confronto tecnico-politico con diversi attori istituzionali (terzo settore, associazionismo e volontariato) che collaborano alla programmazione intercomunale. Per i servizi sociali e sociali a rilievo sanitario, gestiti in maniera associata, la Zona individua un Comune capofila a cui è attribuito un ruolo di impulso e di coordinamento per la realizzare dei servizi stessi. Il comune capofila è in genere lo stesso anche per il distretto sanitario.

 <p><b>SIQuAS</b> Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p><b>Appendici alla Raccomandazione 2012</b> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p><b>Rev.0</b> <b>del 16.03.2012</b></p>
---	---	---

## Bibliografia

### Dizionari e Glossari

- Beccastrini S., Gardini A., Tonelli. S.: *Piccolo dizionario della qualità*. Centro Scientifico Editore, 2001.
- Dal Pra Ponticelli M.: *Dizionario di Servizio Sociale*. Carocci Faber, 2006.
- Faggiano F., Donato F., Barbone F.: *Applicazioni di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*. Centro Scientifico Editore, 2006.
- Federici A. (a cura di): *Le parole della nuova sanità. Dizionario per gli operatori del sistema sanitario*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.
- Gardini A.: *Verso la Qualità*. Centro Scientifico Editore, 2004.
- Martiny G., Cataldo A., Antonello O.: *Glossario ragionato sulla qualità in Sanità*. Editrice Impressioni Grafiche, 1999.
- Marceca M., Casagrande S., Pasquarella A., Guasticchi G.: *Glossario sull’assistenza domiciliare*. Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, 2006.
- Morosini P., Perraro F.: *Enciclopedia della gestione di qualità in Sanità*. Centro Scientifico Editore, 2001.

### Articoli e Testi

- Armitage G.D., Suter E., Oelke N.D., Adair C.E.: *Health systems integration: state of the evidence-*. *International Journal of Integrated Care* – Vol. 9, 17 June 2009.
- Bellentani M., Bugliari Armenio L. *I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni*. Documento Agenas, novembre 2009, [www.agenas.it](http://www.agenas.it).
- Bellentani M., Bugliari Armenio L.: *L’assistenza domiciliare nei Livelli Essenziali di Assistenza e gli obiettivi per la non autosufficienza. Uno strumento per identificare le cure e la qualità*. Servizi Sociali Oggi, N. 3, pp. 9-15, 2010.
- Folgheraiter F.: *Integrazione socio-sanitaria*. Dizionario in Lavoro sociale, Vol. 9, pp. 435-448, 2009.
- Kodner D., Spreeuwenberg C.: *Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – A Discussion Paper*. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2(3), 2002.
- Casagrande S., Marceca M.: *Integrazione Sociosanitaria*, CARE, n. 6, 2006.
- Damiani G., Venditti A., Palumbo D., Rizzato E., Guzzanti E.: *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. *Organizzazione sanitaria*, Vol. 2, pp. 3-16, 2007.
- Guzzanti E.: *L’assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. Proposta del GISAP (Gruppo indipendente per lo studio dell’assistenza primaria). Edizioni Iniziative Sanitarie. Roma, 2009.
- Mete R.: *Il ruolo del Distretto nelle cure primarie*. *Monitor*, 20, 2008.
- Ministero della Salute: *“Libro bianco sui principi fondamentali del SSN”*. 2008. [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_808\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_808_allegato.pdf)
- Morosini P.L., Di Stanislao F., Casati G., Panella M. (a cura di): *Qualità professionale e percorsi assistenziali*. Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Regionale Sanitaria Marche, Ministero della Salute. Quarta edizione. Roma Ancona, 2005
  - o [www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Qualit%C3%A0\\_professionale\\_e\\_percorsi\\_assistenziali.pdf](http://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Qualit%C3%A0_professionale_e_percorsi_assistenziali.pdf).
- Riediger H.: *Cos’è la terminologia e come si fa un Glossario*. [www.term-minator.it/corso/doc/mod3\\_termino\\_glossa.pdf](http://www.term-minator.it/corso/doc/mod3_termino_glossa.pdf),
- Vecchiato T.: *Programmazione e valutazione di efficacia: questioni teoriche e applicative*. Da: Canali C, Maluccio A.N., Vecchiato T.: *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*. Fondazione Zancan, Padova, 2003
- World Health Organization (WHO): *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever*, 2008. [www.who.int/whr/2008/en/index.html](http://www.who.int/whr/2008/en/index.html)

### Sitografia

- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - [www.agenas.it](http://www.agenas.it)
- Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio - [www.asplazio.it](http://www.asplazio.it)
- Care - [www.careonline.it](http://www.careonline.it)
- Fondazione Zancan - [www.fondazionezancan.it](http://www.fondazionezancan.it)
- Il Sole 24 Ore Sanità - [www.sanita.ilsole24ore.com](http://www.sanita.ilsole24ore.com)
- Osservatorio buone pratiche - [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)
- Term-minator.it - [www.term-minator.it](http://www.term-minator.it)
- Wikipedia - [www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

Appendici alla Raccomandazione 2012  
"La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario"

Rev.0  
del 16.03.2012

## 2. Schema di autovalutazione dei progetti di integrazione socio sanitaria

(Fonte: Sandra Vernero, Andrea Gardini, Loredana Fauni – SIQuAS)

### FATTORI STRUTTURALI e di PROCESSO

<b>1. Guida e Responsabilità</b>	no/non è descritto	poco	in parte	pienamente	NA*
Le persone alla guida dell'Organizzazione/Istituzione sono promotorici/sostenitrici del progetto					

<b>2. Pianificazione</b>	no/non è descritto	poco	in parte	pienamente	NA*
sono state analizzate esperienze precedenti anche in altre realtà					
è stata effettuata una raccolta preliminare dei dati di contesto					
sono stati definiti obiettivi e risultati attesi					
è previsto il rispetto di valori, aspettative e desideri di pazienti/ persone prossime indicate dai pazienti/ familiari/cittadini					
il progetto è condiviso e comunicato in modo capillare					
è previsto che il progetto venga regolarmente valutato, riesaminato e aggiornato					

<b>3. le Persone nell'Organizzazione</b>	no/non è descritto	poco	in parte	pienamente	NA*
il progetto prevede momenti di formazione per il personale relativamente a conoscenze e competenze professionali e relazionali					
il progetto prevede momenti di incontro tra le persone e di condivisione delle scelte					

<b>4. Alleanze e Risorse</b>	no/non è descritto	poco	in parte	pienamente	NA*
vengono coinvolti interlocutori interni ed esterni					
viene curato il comfort ambientale e organizzativo di pazienti e cittadini					



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

Appendici alla Raccomandazione 2012  
"La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario"

Rev.0  
del 16.03.2012

gli obiettivi del progetto sono stati collegati a un preventivo di spesa					
il preventivo di spesa è stato finanziato					
vengono promossi lo sviluppo e l'utilizzo delle tecnologie informatiche e dell'informazione					

<b>5. le Cure /Prestazioni</b>	<b>no/non è descritto</b>	<b>poco</b>	<b>in parte</b>	<b>pienamente</b>	<b>NA*</b>
vengono promosse cure/prestazioni appropriate e adeguate al paziente/cittadino					
vengono promosse cure/prestazioni integrate, in rete e interdisciplinari fondate sulla centralità del paziente/cittadino					
vengono assicurate cure/prestazioni in continuità assistenziale e organizzativa, in tempi rapidi, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie					
vengono concretamente tutelate riservatezza e dignità di pazienti, persone prossime indicate dai pazienti, familiari e cittadini					
viene posta attenzione ad azioni d'inclusione sociale (vita di relazione, lavoro ecc.)					
viene posta attenzione alle disuguaglianze e al disagio sociale					
il progetto è innovativo e promuove la creatività delle persone					
pazienti, persone prossime indicate dai pazienti, familiari, cittadini vengono informati, formati e ascoltati in modo adeguato relativamente al progetto					
pazienti, persone prossime indicate dai pazienti, familiari, cittadini vengono incoraggiati ad assumere un ruolo attivo nel progetto					

NA\*= item non appropriato per il progetto in oggetto



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria

Appendici alla Raccomandazione 2012  
"La qualità nell'integrazione tra sociale e  
sanitario"

Rev.0  
del 16.03.2012

### RISULTATI

<b>6. Risultati relativi a Pazienti, Persone Prossime indicate dai Pazienti, Familiari, Cittadini</b>	non viene misurato	viene misurato	risultati parzialmente positivi	risultati pienamente positivi	NA*
esperienza dei pazienti/ delle persone prossime indicate dai pazienti/ familiari/cittadini relativamente al progetto					
indicatori riguardanti i pazienti/cittadini (reclami, elogi, attrazione, fuga, partecipazione a attività di formazione...) relativamente al progetto					
<b>7. Risultati relativi alle Persone nell'Organizzazione</b>	non viene misurato	viene misurato	risultati parzialmente positivi	risultati pienamente positivi	NA*
esperienza delle persone dell'Organizzazione relativamente al progetto					
indicatori riguardanti le persone dell'Organizzazione (infortuni, assenze, partecipazione a attività di formazione...) relativamente al progetto					
<b>8. Risultati relativi alla Società e all'Ambiente</b>	non viene misurato	viene misurato	risultati parzialmente positivi	risultati pienamente positivi	NA*
impatto del progetto sull'Ambiente e sulla Società esterna					
<b>9. Risultati Chiave</b>	non viene misurato	viene misurato	risultati parzialmente positivi	risultati pienamente positivi	NA*
risultati clinico assistenziali tramite indicatori di processo					
risultati clinico assistenziali tramite indicatori di esito					
risultati di produttività e organizzativi					
risultati economico-finanziari					

NA\*= item non appropriato per il progetto in oggetto