



Allegato 11 - Integrazione e politiche di prevenzione e di promozione della salute

D. Cosa è la prevenzione?

La *prevenzione* è l'insieme di azioni finalizzate ad impedire o ridurre il rischio, ossia la probabilità che si verifichino eventi non desiderati. Gli interventi di prevenzione sono in genere rivolti all'eliminazione o, nel caso non la stessa non sia concretamente attuabile, alla riduzione dei rischi che possono generare dei danni.

D. La prevenzione nell'ambito lavorativo cosa è?

Nell'ambito lavorativo la "prevenzione" è definita dall'art. 2 lett. n) del D.Lgs.81/2008 come «*il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno;*».

Le misure di prevenzione sono di tipo strutturale o organizzativo, come:

- L'informazione, la formazione e l'addestramento dei lavoratori;
- La progettazione, costruzione e corretto utilizzo di ambienti, strutture, macchine, attrezzature e impianti;
- L'evitare situazioni di pericolo che possano determinare un danno probabile (rischio);
- L'adozione di comportamenti e procedure operative adeguate;
- Il controllo dei luoghi e la segnalazione di situazioni di pericolo.

D. La prevenzione in ambito sanitario cosa è?

In ambito sanitario, si indica come "prevenzione" l'azione tecnico-professionale o l'attività di policy che mira a ridurre la mortalità, la morbidità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio o ad una certa patologia, promuovendo la salute ed il benessere individuale e collettivo ("salutogenesi").

Le attività di prevenzione, essendo parte della più ampia attività di "tutela della salute", sono parte delle competenze professionali tipiche delle professioni sanitarie, nei loro diversi ambiti applicativi (medico, infermieristico, ostetrico, psicologico...).

D. Quanti livelli di prevenzione esistono?

Esistono tre livelli di prevenzione, che si riferiscono ad atti e fasi diverse:

1. *Prevenzione Primaria*: è la forma classica e principale di prevenzione, focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole. La maggior parte delle attività di promozione della salute verso la popolazione sono, ad esempio, misure di prevenzione primaria, in quanto mirano a ridurre i fattori di rischio da cui potrebbe derivare un aumento dell'incidenza di quella patologia. Frequentemente la prevenzione primaria si basa su azioni a livello comportamentale o psicosociale (educazione sanitaria, interventi psicologici e psicoeducativi di modifica dei comportamenti, degli atteggiamenti o delle rappresentazioni). Un esempio di prevenzione primaria è rappresentato dalle campagne antifumo promosse dai governi.

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

2. *Prevenzione Secondaria*: si tratta di una definizione tecnica che si riferisce alla diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa. La precocità di intervento aumenta le opportunità terapeutiche, migliorandone la progressione e riducendo gli effetti negativi. Un esempio di prevenzione secondaria è lo svolgimento del Pap test nella popolazione femminile sana.
3. *Prevenzione Terziaria*: è un termine tecnico relativo non tanto alla prevenzione della malattia in sé, quanto dei suoi esiti più complessi. La prevenzione in questo caso è quella delle complicanze, delle probabilità di recidive e della morte (anche se, in tale caso, tutti i trattamenti terapeutici sarebbero in un certo senso, paradossalmente, "prevenzione"). Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale.

D. Quali questioni restano aperte nell'integrazione tra sanità e sociale?

Il termine integrazione, secondo Elisabetta Neve, non dovrebbe essere confuso con integralismo.

La prima occorrenza si accompagna al decentramento e al coinvolgimento del territorio, l'altra, invece, consiste nella «*standardizzazione degli interventi*» e si caratterizza per alcune tendenze istituzionalizzanti del passato.

È anche vero, però, che la regolamentazione mal si adatta alla pianificazione primaria, che richiede ampi spazi d'iniziativa, spesso sostenuta da individui o gruppi di individui.

Tanto nel panorama nazionale quanto in quello locale si assiste a un ritardo della integrazione socio-sanitaria che attualmente sopravvive per le sue due separate sfere d'influenza.

Allo stesso modo ciò ha favorito la partecipazione sul versante sociale ma non su quello sanitario in cui vige ancora un sistema dominato dal ruolo politico.

L'Azienda Sanitaria Locale, infatti, è un ente gestito dalla Regione che offre servizi e prestazioni a cittadini ed extracomunitari nel quadro prestabilito dei Livelli Essenziali di Assistenza che si sviluppano su tre livelli: prestazioni a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni ad elevata integrazione sanitaria.

L'assistenza ospedaliera comprende gli interventi di pronto soccorso e le acuzie per le quali non è contemplata l'assistenza domiciliare o residenziale.

Tutte le altre tipologie di cure sono garantite dal Distretto, dove agiscono, per ogni area funzionale, dei professionisti che vigilano sulla correttezza delle certificazioni e sulla costanza delle cure.

Per ogni distretto sono organizzati diverse *Unità Territoriali di Base* i quali a loro volta si suddividono in *Ambiti*.

Una delle difficoltà del raggiungimento dell'integrazione, dunque, è l'ente deputato ad assumere le decisioni relative all'organizzazione dei servizi: per i servizi sociali è il Municipio, per quelli sanitari è la Regione.

In alcuni casi sussiste un vero e proprio conflitto di competenze come nel caso delle separazioni di coppia, laddove il Tribunale per i Minorenni è chiamato in causa solo allorché si presenti una condotta pregiudizievole del soggetto.

D. Quali sono i due ambiti attuali nell'integrazione per la sanità e il sociale?

L'integrazione sociosanitaria è stata costruita con grande difficoltà all'interno di due sistemi, il sociale e il sanitario che sono diversi per riferimenti normativi, istituzionali, organizzativi, gestionali, professionali e operativi. In particolare i sistemi istituzionali/ normativi si differenziano per una legislazione concorrente che si contrappone ad una legislazione esclusiva, per l'individuazione dei centri di responsabilità, per l'acquisizione di risorse, per i sistemi professionali (contratti, visibilità, potere).

Quando le risorse diminuiscono di continuo per lo Stato sociale e in parallelo la domanda dei cittadini non solo aumenta ma cambia, l'approntare un'offerta adeguata diventa ricerca di una qualità d'assistenza, ma anche un'opportunità per ridurre costi ed evitare sprechi del sistema pubblico, ma anche nei bilanci delle famiglie.

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

D. Quali sono i concetti essenziali per l’integrazione?

I percorsi d’integrazione sociosanitaria devono avere la loro origine e il loro obiettivo nel fare propri i concetti essenziali di una qualità dell’assistenza alla persona basata su:

- *centralità della persona;*
- *prevenzione;*
- *programmazione integrata.*

Centralità della persona, se si vuole uscire da un’affermazione generica e non traducibile in attività operativa, significa decodificare la domanda dei cittadini in altrettanti requisiti/criteri del percorso assistenziale:

- partecipazione dell’utente e dei caregiver familiari al programma di cura;
- piani individuali d’assistenza con percorsi sistemici (cure mediche complementari, aiuti psicologici e sociali);
- rispetto d’identità e privacy;
- capacità d’ascolto da parte dei professionisti;
- riconoscimento dei saperi della persona e dei suoi caregiver;
- risposte e soluzioni soddisfacenti, flessibili e non dogmatiche;
- “contratto” per le prestazioni e le cure.

La *prevenzione* significa in primo luogo che l’integrazione sociosanitaria deve, prima ancora d’intervenire in ambiti riparativi, saper costruire programmi di promozione della salute e di prevenzione per le patologie per le quali le determinanti sociali, relazionali e di contesto sono essenziali. Per questo la prevenzione può riassumersi in:

- rapporti con le reti territoriali e con le organizzazioni sociali;
- investimento in formazione sia universale che a “testimoni privilegiati”;
- investimento in formazione congiunta del personale sociale e sanitario.

La *programmazione integrata* prevista nella legislazione sociale e sanitaria, ma su tavoli diversi e con soggetti, che non sono necessariamente gli stessi, fa sì che non sia garantita in modo adeguato una circolarità delle informazioni, ma ancor più si riduce la possibilità di controllo/valutazione sulla coerenza/correttezza del percorso programmatico sino alle decisioni finali.

La *programmazione integrata* deve garantire:

- continuità assistenziale;
- assegnazione di ruoli e responsabilità in un quadro congiunto sociale sanitario;
- assegnazione di risorse per i singoli comparti che renda possibile un percorso senza soluzione di continuità dal sociale al sanitario e viceversa;
- redistribuzione delle risorse assegnate nei budget individuali di cura che devono sostenere il PAI.

All’interno della *programmazione integrata* occorre esaminare con attenzione, per farli rientrare nel percorso integrato di cura, tre elementi che hanno rilevanza in entrambi i sistemi sul piano operativo, ma una diversa concettualizzazione e definizione nella *programmazione*.

Due rientrano nel Piano assistenziale individuale:

- *il ruolo dei caregiver familiari*, siano essi i parenti o le assistenti familiari (badanti) con le varie forme di sostegno e d’impegno privato a favore della persona in cura;
- *il volontariato*.

Il terzo è attore determinante nella costruzione dei modelli organizzativi, nel monitoraggio e nella valutazione di risultato: i *soggetti gestori*, diversi dal pubblico, (cooperative sociali, privati, Onlus) che, in ogni modo, entrano nella conduzione di Servizi di competenza pubblica.

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

D. Quale sono le criticità del sistema sociale nell’integrazione?

Il sistema sociale, per il suo ambito d’interventi, già da anni si è dovuto confrontare con queste realtà, riuscendo a rielaborare una modalità d’intervento che da questi non può prescindere.

Si sono analizzati anche i punti di criticità più evidenti in tre aree fondamentali:

- l’allungarsi della catena decisionale quando dal pubblico gli indirizzi assistenziali e le modalità d’intervento devono distribuirsi su soggetti con altri riferimenti contrattuali (Operatori degli enti gestori) o altre finalità d’azione (i volontari);
- i diversi percorsi formativi, anche nella stessa figura professionale;
- le forme di controllo, ma soprattutto di valutazione dei risultati.

Se i caregiver familiari rientrano nella triade di cura ((persona, familiare, operatore) per i quali valgono quanto prima affermato sulla centralità dell’individuo, i volontari svolgono un’azione di supporto che non si limita al trasporto e a momenti di “conforto spirituale”.

D. Quando si passa dal concetto di cura a quello di prendersi cura, quali altri attori entrano in gioco?

Il passaggio dal concetto di cura al concetto di “prendersi cura” e nello stesso momento, dal luogo dedicato alle prestazioni sanitarie dell’ospedale al territorio e dal territorio al domicilio, fanno rientrare nell’equipe di cura anche i volontari che in molti casi rappresentano l’unica risorsa per mantenere un anziano a domicilio, per assistere un malato terminale, per dare sollievo ad una famiglia impegnata in un lavoro di cura di un demente o di un handicappato grave o gravissimo.

Le organizzazioni di volontariato nel territorio, siano esse a carattere assistenziale, ricreativo, sportivo o altro, sono gli interlocutori primari per percorsi e programmi di prevenzione e promozione della salute. Si pensi ai progetti “Guadagnare in salute” al Progetto di promozione dell’attività motoria, ai programmi per la lotta all’obesità ed altri ancora.

L’altro attore dell’azione di prendersi cura è il gestore di determinate prestazioni sociosanitarie nel territorio, ma anche nei presidi territoriali (sportelli d’accesso, centri diurni, RSA, eccetera).

D. Quali criticità sono affini nell’integrazione in sanità e nel sociale?

Le criticità, che il sistema sociale sta dibattendo da diverso tempo, esistono anche nell’ambito sanitario. Il paradosso si raggiunge quando operatori di uno stesso gestore rispondono a due enti pubblici diversi –il Comune o Consorzio dei Comuni e l’ASL- all’interno di una stessa casa, intervenendo su una stessa persona.

Non a caso le maggiori criticità nel rapporto sociale e sanitario, nella possibilità di costruzione d’azioni integrate nascono nei servizi più significativi del territorio, ove i codici comportamentali dell’assistenza assumono caratteri diversi da quelli adottati nel “luogo chiuso” dell’ospedale ed assumono caratteri che non solo incidono sulla qualità dell’assistenza, ma anche nella soddisfazione del cittadino e, in ultima analisi, sui risultati di benessere della persona assistita, che si possono rilevare.

Due dei servizi che sommano le maggiori contraddizioni del rapporto sociale e sanitario sono l’assistenza domiciliare e la Residenza sanitaria assistenziale o altri servizi a minore intensità sanitaria, ma con partecipazione, in varie forme del Servizio sanitario nazionale.

Essendo questi servizi ad organizzazione complessa, le mancate integrazioni hanno ricadute sui risultati complessivi simili ad onde concentriche.

Nelle RSA, che possono essere a gestione diversa- Comune, ASP, Consorzio di Comuni, ASL, in concessione a cooperative sociali, il Servizio sanitario gestisce autonomamente le proprie prestazioni o qualora sia ente gestore adotta, di norma, il modello organizzativo ospedaliero.

Come sempre queste valutazioni si riferiscono alla maggioranza dei casi conosciuti, non escludendo rilevanti esperienze d’integrazione tra i diversi soggetti coinvolti.

Altri presidi, sorti poi come i Punti unici d’accesso per il sistema sanitario, mal si raffrontano con gli sportelli sociali, nati, sempre in maniera disomogenea sul territorio, già da alcuni anni.

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

Prendiamo in esame a titolo esemplificativo i due servizi menzionati, assistenza domiciliare e RSA, annotando come ulteriore contraddizione come l’assistenza domiciliare organizzata dal servizio sanitario viene denominata “integrata”(ADI) mentre si sa che non s’intreccia con quella sociale.

L’integrazione, qualora anche esista, avviene tra professioni e discipline interne al mondo sanitario.

Servizi sociosanitari assistenza domiciliare e RSA a confronto: criticità e linee evolutive:

<i>Criticità</i>	<i>Prospettive</i>	<i>Criticità</i>	<i>Prospettive</i>
<i>Assistenza</i>	<i>domiciliare</i>	<i>Residenza</i>	<i>sanitaria</i>
Modelli organizzativi diversi	Integrazione organizzativa e professionale	Modello organizzativo “ospedaliero”	Modello organizzativo specifico
Esclusione soggetto gestore	Coinvolgimento soggetto gestore	Gestione accesso centralizzata	Gestione territoriale
Erogazione prestazioni	Prendersi cura con budget individuale sociosanitario	Nodo separato della “rete”	Nodo della rete
Interventi con voucher in forma alternativa	Possibilità di scelta tra kit d’interventi	Spazi, camere ambiente e servizi su modello “lungodegenza”	Funzionalità spazi, camere e servizi come residenza
Esclusione caregiver familiari	Inclusione caregiver, volontari, singoli e/o associati	Gestione separata	Gestione a supporto assistenza domiciliare e cure intensive

La costruzione di percorsi d’integrazione sociosanitaria che rispondano a principi di qualità, efficacia, affidabilità ma anche d’efficienza dovrebbero divenire un obiettivo condiviso non solo dalla dirigenza e dagli operatori dei due sistemi, ma anche dai decisori delle politiche sociali italiane, a fronte della crisi di risorse e d’investimenti nel settore. Operare in un’ottica d’integrazione significa in molti casi recuperare sovrapposizioni, duplicità d’intervento, sprechi ma in particolare in appropriatezza delle azioni.

Non si vuole parlare, in questo ambito, di prestazioni perché queste sono la parte finale di un intervento complessivo, che, proprio per crescere in qualità, deve saper agire – come promozione di benessere- sin dalla prevenzione e come sistema dalla condivisione di progetti e dalla programmazione di risorse e attività.