



## **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 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>
---	---	--

\*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 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>
--	---	--

## 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 aggiornata 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><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>
---	--	---

## 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>
<p>Aula Magna Presidio Nuovo “Regina Margherita”, Via Morosini, 30, Trastevere, Roma</p> <p>Ottobre 2009</p>	<p><i>Preso in carico e continuità delle cure: le reti territoriali integrate socio-sanitarie e socio-assistenziali.</i></p> <p><i>Sessione plenaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiche e modelli organizzativi regionali: un primo confronto</li> </ul> <p><i>Sessioni parallele confermate:</i></p> <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>
<p>Forum sulla Non autosufficienza, Centro Congressi Savoia Hotel, Bologna</p> <p>Novembre 2009</p>	<p><i>Qualità delle cure e continuità assistenziale, linee guida e protocolli nelle aree cardine dell’integrazione socio-sanitaria:</i></p> <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>
<p>Aula Magna Ospedale G. Eastman Viale Regina Elena 287/b , Roma</p> <p>Dicembre 2009</p>	<p><i>Reti per patologie e integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.</i></p> <p><i>Sessione plenaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reti integrate e reti per patologie</li> </ul> <p><i>Sessioni parallele trasferite:</i></p> <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>
<p>Aula Magna Ospedale G. Eastman Viale Regina Elena 287/b , Roma</p> <p>Febbraio 2010</p>	<p><i>Misurare e validare, condivisione dei dati e monitoraggio nell’integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.</i></p> <p><i>Sessione plenaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I sistemi regionali di valutazione e monitoraggio</li> </ul> <p><i>Sessioni parallele trasferite:</i></p> <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 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>
--	---	--

- 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 carenza 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.



#### *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.





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**

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 finanzi 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

 <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>
---	--	---

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



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 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="751 125 1050 152"><b>RACCOMANDAZIONE 2012</b></p> <p data-bbox="676 159 1131 219"><b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></p>	<p data-bbox="1227 125 1394 185"><b>Rev.0 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/>).

 <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>
---	---	---

- 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 organizzazione 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> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></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 disuguaglianze 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.

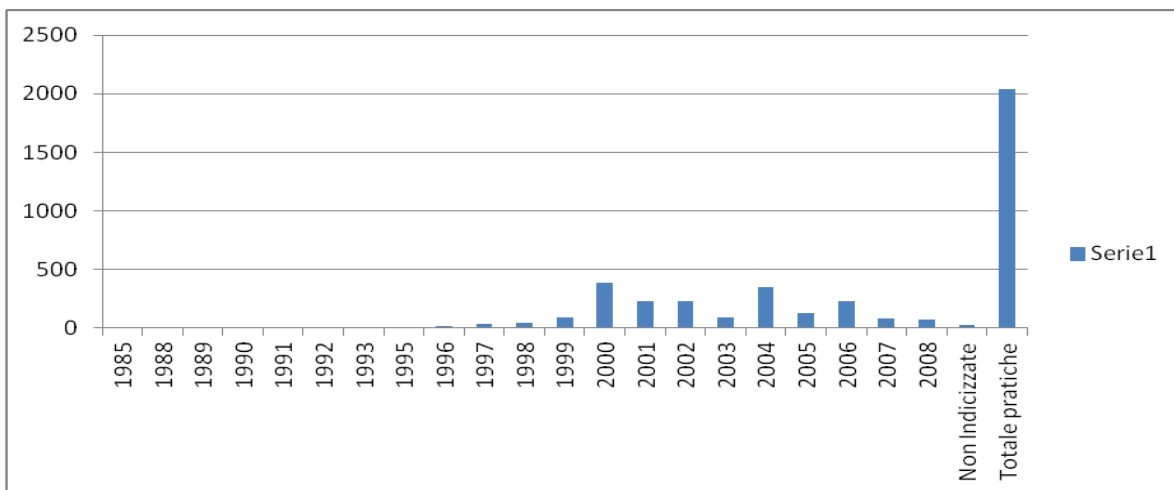
E, alla luce dei risultati, prevedere la sistematica revisione del progetto in oggetto, in una cultura di miglioramento continuo e circolare.

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



## 2 La rilettura delle buone prassi

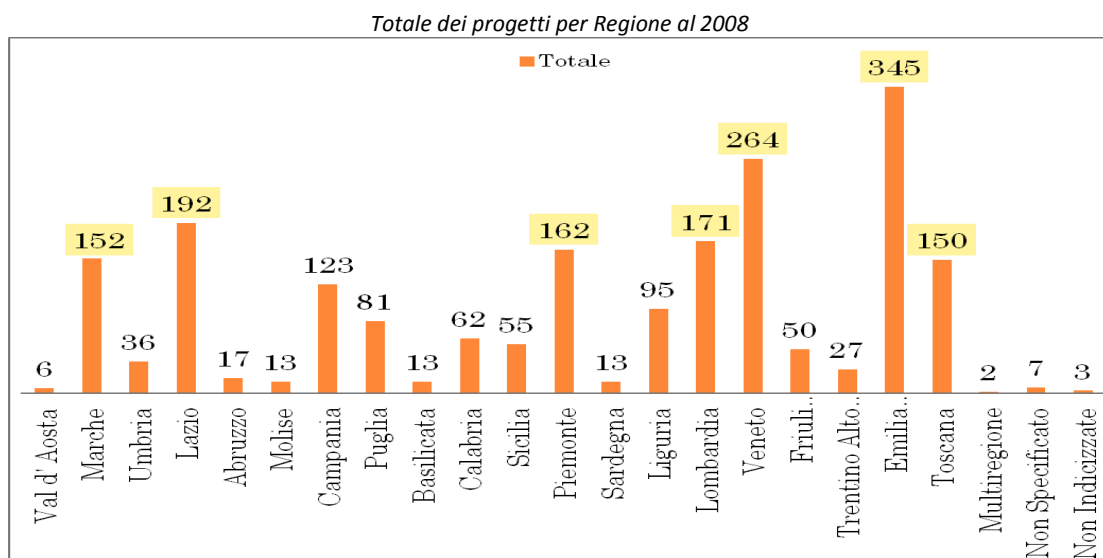
In questo paragrafo sono stati raccolti i dati estratti dal database dell'osservatorio [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it) al 2009 relativi alle pratiche/progetti presentati dalle aziende sanitarie o da enti (Regioni, Comuni) e soggetti vari (cooperative, etc.) ad Awards organizzati 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.

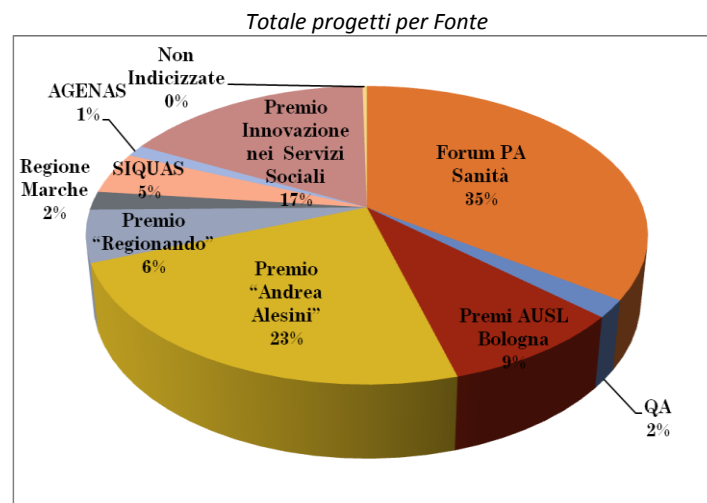
Le Regioni con maggiore produzione di pratiche/progetti sono l'Emilia Romagna (345, 16,92%), il Veneto (264, 12,95%), il Lazio (192, 9,49%), la Lombardia (171, 8,39%), il Piemonte (162, 7,95%), le Marche (152, 7,45%) e la Toscana (150, 7,36). Queste Regioni da sole contabilizzano 1.436 pratiche/progetti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



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

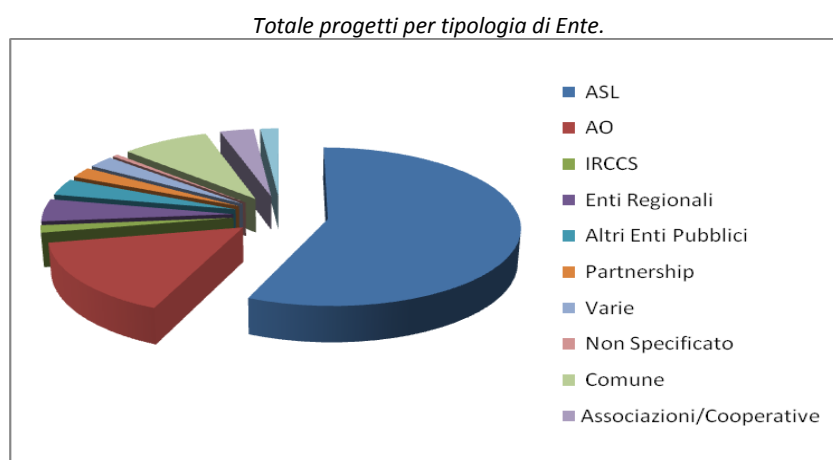


Le fonti considerate sono quelle dell'osservatorio [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it). La fonte più ricca di pratiche ed esperienze raccolte è Forum PA che da sola totalizza 709 pratiche/progetti pari al 34,77%. Se si considera anche il Premio "Regionando", sempre di Forum 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.

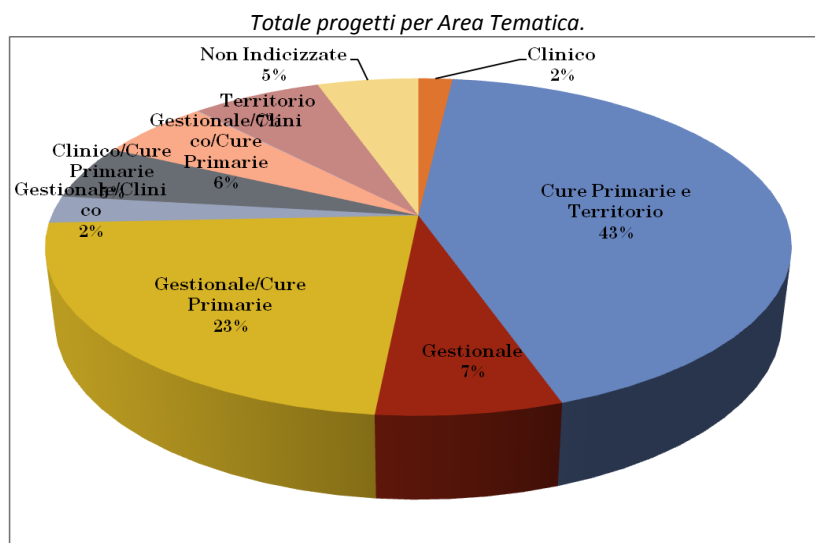


Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)



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%.



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>

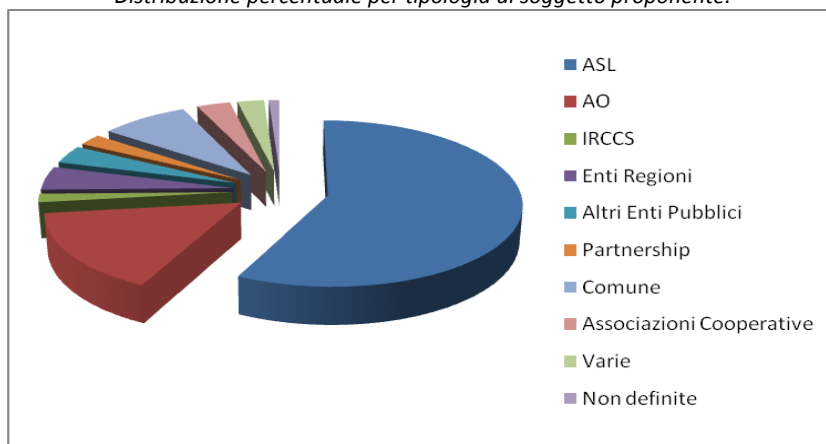
Fonte: [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it)

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:



- 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

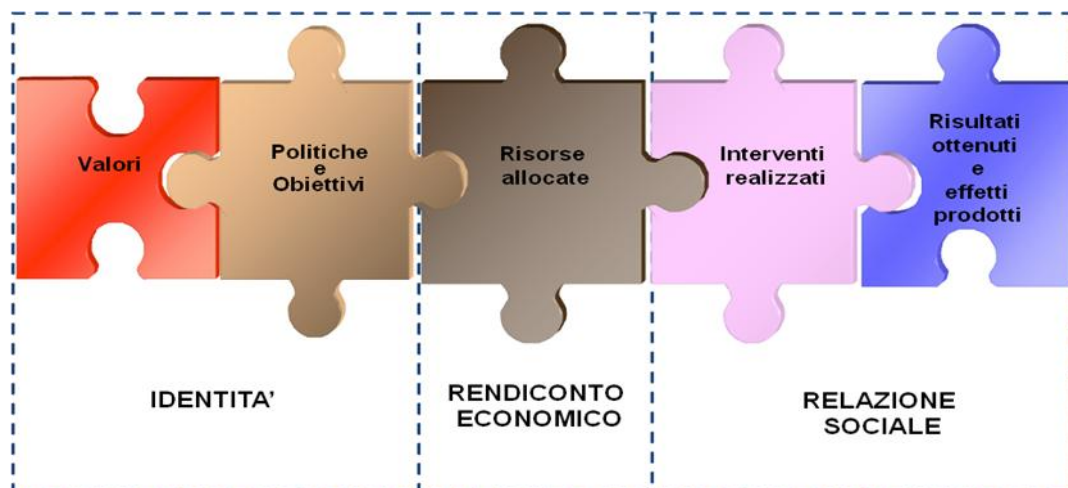
- l'apprendimento e l'acquisizione di abilità, prima non possedute, e/o lo sviluppo delle stesse, avendo cura d'identificare ciò che la persona è in grado di fare;
- *conseguimento ed eventuale possesso da esercitare della casa/habitat sociale*, in forma singola o mutualmente associata (*gruppi di convivenza*). 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:





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.

 <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>
---	---	---

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> <b>“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</b></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	
<b>MACRO</b>	<b>POLITICO-ISTITUZIONALE</b>	<b>GOVERNO NAZIONALE (Macro 1)</b>	<b>ISTITUZIONI : STATO - REGIONI - ENTI LOCALI</b>	<b>POLITICI E FUNZIONARI A LIVELLO EUROPEO E NAZIONALE</b>
		<b>GOVERNO LOCALE (Macro 2)</b>		<b>POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI REGIONALI ED EELL</b>
<b>MESO</b>	<b>ORGANIZZATIVO - GESTIONALE</b>	<b>GESTIONE ORGANIZZATIVA (Meso 1)</b>	<b>ENTI GESTORI</b> Aziende sanitarie - Servizi sociali EELL - altri	<b>DIRETTORI GENERALI - STAFF (ASL/AO)- DIRIGENTI AMMINISTRATIVI SERVIZI EELL</b>
		<b>GESTIONE PROFESSIONALE (Meso 2)</b>	<b>GRUPPI PROFESSIONALI</b> nella fase di pianificazione organizzativa e professionale	<b>GRUPPI PROFESSIONALI (Servizi, Società scientifiche)</b>
<b>MICRO</b>	<b>PROFESSIONALE</b>	<b>ASSISTENZIALE (Micro)</b>	<b>PROFESSIONISTI</b> nelle fasi di implementazione e valutazione degli interventi	<b>PROFESSIONISTI (singolarmente e/o team operativi)</b>

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>



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**

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.);	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
26. Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello regionale e ai livelli subordinati;	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
27. Definire i collegamenti con le “altre” programmazioni (ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, formazione professionale, etc.);	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
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;	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
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;	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
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.	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
31. Costruire un processo di programmazione integrata e di rimodulazione dell’offerta dei servizi sociali e sanitari.	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
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	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL

<b>FUNZIONE ORGANIZZATIVO- GESTIONALE</b>		
<i>Raccomandazione</i>	<i>Livello</i>	<i>Soggetti</i>
1 Costruire atti aziendali e contratti unitari, certi e chiaramente determinati, per l’integrazione socio-sanitaria.	Gestione Organizzativa (Meso 1)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL
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>	Gestione Organizzativa (Meso 1)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL
3. Progettare e implementare la formazione continua sugli oggetti dell’integrazione sociosanitaria sempre con il coinvolgimento degli operatori sanitari e operatori sociali	Gestione Organizzativa E Professionale (Meso 1 e 2)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL + Gruppi Professionali

 <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>
---	---	--

<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>	<p>Gestione Organizzativa E Professionale (Meso 1 e 2)</p>	<p>Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL + Gruppi Professionali</p>
<p>5. I responsabili amministrativi e i professionisti sanitari e sociali degli enti gestori condividono: 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>	<p>Gestione Organizzativa E Professionale (Meso 1 e 2)</p>	<p>Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL + Gruppi Professionali</p>
<p>6. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL), sulla base delle linee Guida nazionali e/o regionali costruiscono gli strumenti organizzativi, operativi, informativi (standard di intervento e di prodotto) 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>	<p>Gestione Professionale (Meso 2)</p>	<p>Gruppi Professionali</p>

FUNZIONE ASSISTENZIALE		
Raccomandazione	Livello	Soggetti
<p>1. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL): a) implementano 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); b) curano la raccolta dei dati relativi a tali fenomeni ed eventualmente quelli ulteriori individuati nel sistema di valutazione di qualità; 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>	<p>Pratica Clinica (Micro)</p>	<p>Professionisti Singoli</p>
<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>	<p>Pratica Clinica (Micro)</p>	<p>Professionisti Singoli</p>
<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>	<p>Pratica Clinica (Micro)</p>	<p>Professionisti Singoli</p>