

PROGETTO TSI “VERSO UN’ASSISTENZA SOCIOSANITARIA INTEGRATA INCENTRATA SULLA PERSONA IN ITALIA”

OUTPUT 3

Presentazione del rapporto: “Situazione attuale dell’assistenza sociosanitaria integrata in Italia e descrizione di buone pratiche internazionali, con particolare attenzione al social prescribing”.

22 MAGGIO 2024, Roma
Spazio Europa – Commissione Europea

PREMESSA

L'obiettivo del Progetto “Towards person-centered integrated care” è quello di rispondere alla necessità di identificare e implementare nuove soluzioni per l’integrazione dell’assistenza sanitaria e sociale, creando una strategia nazionale in grado di supportare un’effettiva integrazione di politiche sociali e sanitarie per migliorare la qualità dei servizi di Long Term Care - LTC. Il Progetto, finanziato dall’Unione Europea attraverso lo Strumento di Supporto Tecnico Technical Support Instrument - TSI, vede il supporto tecnico dell’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), in piena sinergia con la DG per il Sostegno alle Riforme Strutturali della Commissione Europea. Beneficiari del progetto sono, oltre a ProMIS, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Ministero della Salute e le Regioni/PP.AA italiane. Stakeholder pienamente coinvolti sono l’Istituto Superiore di Sanità e l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

L’incontro ha **presentato i risultati dell’OUTPUT 3** di Progetto, ovvero il **Rapporto “Situazione attuale dell’assistenza sociosanitaria integrata in Italia e descrizione di buone pratiche internazionali, con particolare attenzione al social prescribing”** ed è stato, inoltre, occasione per discutere e raccogliere le opinioni dei vari stakeholder sul documento.

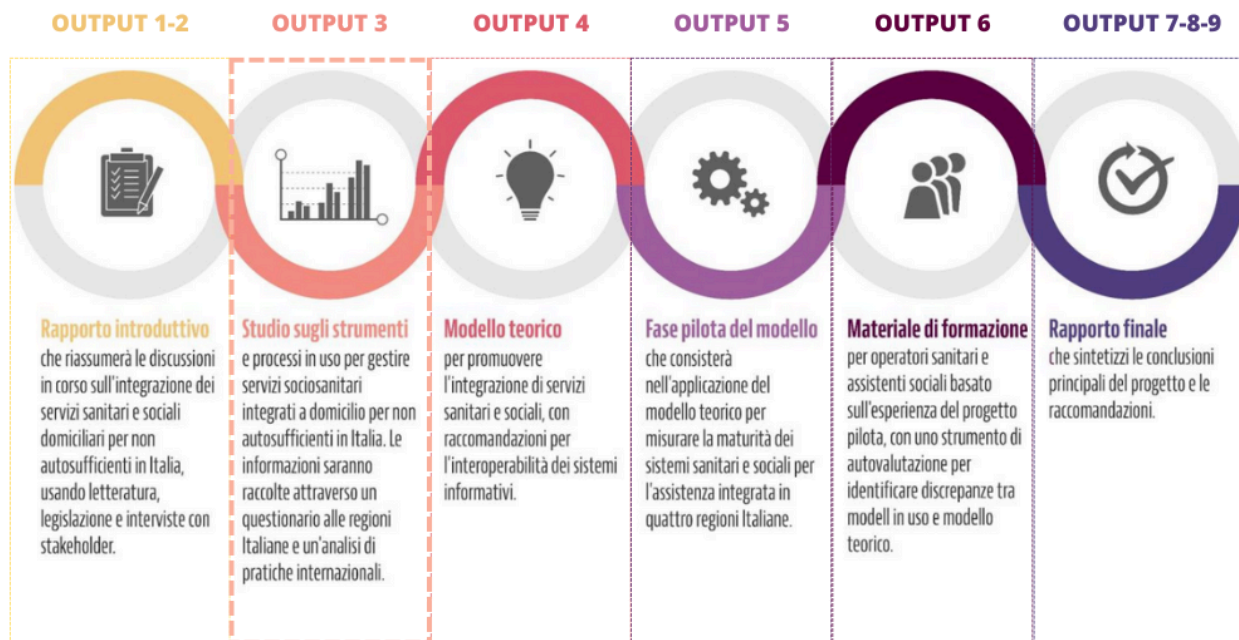
SINTESI

INTRODUZIONE

*Moderatore: **A.Proto** - Responsabile del Centro per lo Sviluppo Locale dell’OCSE di Trento presso l’OCSE*

Si è introdotto il Progetto, contestualizzandolo nel quadro del sistema italiano, nell’ambito di un processo di riforma per migliorare l’assistenza integrata, concentrandosi sui bisogni sanitari e sociali degli individui non autosufficienti. Infatti, lo scopo del progetto “Verso un’assistenza integrata centrata sulla persona in Italia” è proprio quello di sostenere tale riforma, migliorando la disponibilità e la qualità dei servizi sanitari e di assistenza sociale a domicilio per le persone non autosufficienti.

Per raggiungere questo obiettivo, il Progetto si sviluppa in diverse fasi raggruppabili in **9 OUTPUT** di seguito rappresentate:



Di seguito invece viene rappresentata la timeline del progetto che si concluderà entro settembre 2025:

OUTPUT 3 - GAP ANALYSIS: novembre 2023 - maggio 2024

OUTPUT 4 - THEORETICAL MODEL: giugno - ottobre 2024

OUTPUT 5 - PILOT: novembre 2024 - marzo 2025

OUTPUT 6 - CAPACITY BUILDING AND TRAINING: aprile - maggio 2025

OUTPUT 7-8-9 - FINAL REPORT: maggio 2025 - settembre 2025

La produzione del Rapporto ha il duplice obiettivo di sostenere il decisore politico nella definizione e nell'attuazione delle proprie politiche e, attraverso la condivisione dei risultati, fornire al contempo al più ampio sistema delle politiche e dei servizi per la non autosufficienza le conoscenze e le competenze per poterle mettere in pratica. Ciò è stato possibile attraverso la raccolta di informazioni dettagliate, ricavate da un questionario fatto circolare tra le Regioni/PPAA italiane, assieme all'analisi delle buone pratiche internazionali già esistenti.

- **PRESENTAZIONE DEI RISULTATI PRELIMINARI DEL RAPPORTO**

P. Sillitti & M. Corbetta - OCSE

Il Rapporto va ad aggiungere un *level-up* di dettaglio rispetto a quello fornito dall'Inception Report (OUTPUT 1-2). Se quest'ultimo ha restituito un'immagine di quello che era lo stato dell'integrazione delle cure sociosanitarie e domiciliari in Italia, confrontandolo con gli altri Paesi membri dell'OCSE, il Rapporto si concentra invece sul livello regionale/provinciale e locale.

Per fare questo, è stato necessario costruire una matrice iniziale dell'integrazione sociosanitaria in Italia, partendo dalla letteratura nazionale ed internazionale già esistente, e andando ad implementarla con alcune interviste effettuate agli esperti del settore. Le interviste sono state realizzate attraverso un questionario fatto circolare in tutte le Regioni e Province Autonome (grazie al supporto del ProMIS) tra la fine di gennaio e l'inizio di aprile di quest'anno.

Il questionario è stato costruito in collaborazione con gli stakeholder del progetto e si divideva in due parti: una prima che affrontava alcune tematiche fondamentali per l'integrazione delle cure (es: i sistemi di valutazione multidimensionale, il settore informale, i sistemi informativi...), ed una seconda parte incentrata sulla raccolta delle buone pratiche già esistenti a livello locale.

Il questionario è stato compilato da 18 Regioni/PPAA e ha mostrato rilevanti differenze tra le informazioni fornite. Tali disomogeneità derivano da una difficoltà di coordinamento tra i competenti dipartimenti sociali e sanitari in alcune Regioni ed alcune carenze informative su alcuni argomenti, come per esempio il settore informale, per cui chiaramente le informazioni sono meno strutturate.

Lo step successivo ha visto l'analisi di quattro dimensioni fondamentali per l'integrazione delle cure: **governance, erogazione dei servizi, forza lavoro e sistemi informativi.**

Per ognuna di queste dimensioni si sono poi esaminati ulteriori tre livelli di dettaglio: un livello macro, ovvero il livello nazionale, un livello meso ovvero il livello regionale/provinciale, ed infine un livello micro ovvero il livello locale.

- **Dimensione GOVERNANCE:** l'analisi della governance risulta fondamentale in quanto riveste un ruolo essenziale nella definizione, nella copertura e nell'accesso ai servizi sociosanitari. Pertanto, risulta necessario avere un sistema di governance multilivello integrato anche con il terzo settore (erogatore di servizi sociali). L'analisi a livello regionale si è quindi focalizzata sugli strumenti di governance territoriale, come: il piano delle attività territoriali, il piano di zona, gli accordi interistituzionali, l'esistenza di strumenti di co-programmazione e co-progettazione con il terzo settore e l'esistenza di finanziamenti per la realizzazione di progetti (diretti e indiretti) che hanno avuto un impatto significativo sull'integrazione socio-sanitaria.

RISULTATI:

- il 57% delle Regioni ritiene che il livello di integrazione dei servizi ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) sia ampiamente migliorabile. Questa criticità è collegata alla mancanza di governance condivisa tra il settore sanitario e sociale che ostacola l'erogazione integrata delle cure a livello nazionale.
 - 16 Regioni su 18 utilizzano gli strumenti di governance territoriale gestiti nell'ambito delle politiche nazionali in favore delle persone anziane e del Piano nazionale per l'invecchiamento attivo. Tuttavia, l'efficacia di questi strumenti risulta complessa a causa anche delle difficoltà di confronto fra le diverse pratiche regionali.
 - 7 regioni su 18 utilizzano gli strumenti di co-programmazione e co-progettazione con il terzo settore
 - 12 regioni su 18 utilizzano i progetti finanziati per la realizzazione di attività per l'integrazione socio-sanitaria.
- **Buone pratiche:** esempi di buone pratiche sono stati raccolti nella Regione Marche con la costituzione dell'unità operativa sociale e sanitaria, in Regione Abruzzo, invece, è stata istituita una cabina di regia per il Piano regionale per la non autosufficienza. Per quanto concerne gli altri Paesi membri dell'OCSE, si rilevano esempi di un dipartimento incaricato dalle politiche sia sociali che sanitarie, proponendo così una governance unificata, in ben 11 Stati. In altri Paesi (come Francia e Spagna) sono stati creati degli organismi intergovernativi che hanno lo scopo di semplificare la comunicazione tra gli attori coinvolti nella governance dei servizi sociali e sanitari.
- **Dimensione dell'EROGAZIONE PRATICA DEI SERVIZI:** L'analisi si è basata su 4 fattori:
 - Esistenza di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni e modalità di svolgimento della valutazione
 - Punti Unici di Accesso (PUA)
 - Progetto di Assistenza individuale Integrata (PAI)
 - Iniziative internazionali per un'erogazione integrata dei servizi, con particolare focus sul *social prescribing*.

RISULTATI:

- Gli strumenti di valutazione multidimensionale sono utilizzati in tutte le Regioni rilevando una grande varietà interregionale a livello di tipologia di strumenti utilizzati e target
- I PUA sono presenti in tutte le Regioni ma la loro definizione, copertura territoriale ed utilizzo variano sul territorio

- Per i PAI, ad oggi, esistono iniziative regionali per fasce specifiche di popolazione non autosufficiente
 - Le caratteristiche del *social prescribing* variano a livello internazionale, sia in termini di popolazione target.
- **Dimensione PROFESSIONALE:** L'analisi mira ad investigare in quali fasi del percorso di assistenza (attivazione, valutazione, erogazione dei servizi) e in quale misura avviene l'integrazione tra il settore sociale e sanitario sul piano professionale. Per rispondere a ciò, si sono valutati sia il settore formale, ossia il personale ascrivibile al settore pubblico sia sociale che sanitario, sia il settore informale, ossia le figure dei caregiver, degli assistenti personali e familiari.
 - **RISULTATI SETTORE FORMALE:** in questa dimensione i principali ostacoli sono: barriere contrattuali, frammentazione della formazione, carenza di risorse umane, insufficiente coordinamento tra settore formale e informale. Nel dettaglio, le barriere contrattuali e formative frenano la collaborazione multidisciplinare tra personale sanitario, sociosanitario e sociale. In particolare, si rileva un livello scarso di integrazione sul piano professionale nella fase dell'erogazione dei servizi, che fa risultare insufficiente il livello di integrazione tra ADI e SAD, oltre al basso numero di Regioni (6) che ricorrono alla figura di un operatore di collegamento (*link worker*) per favorire un approccio integrato alla cura.
 - **RISULTATI SETTORE INFORMALE:** le figure di questo settore offrono un supporto continuativo e personalizzato, fondamentale per il benessere quotidiano del paziente. Pertanto, una collaborazione efficace tra questi due settori può migliorare significativamente la qualità della vita dei pazienti, facilitando una transizione fluida e coordinata tra la cura formale e quella informale.
Per quanto riguarda la figura del caregiver, nella maggior parte delle Regioni (15) esiste una normativa che prevede e definisce la figura del caregiver familiare. Tuttavia, questa tipologia di ruolo spesso non è riconosciuta giuridicamente. Inoltre, solo 5 Regioni dichiarano di disporre di dati relativi al numero di assistenti familiari personali attivi sul territorio di competenza. Questo numero costituisce una problematica in quanto la maggior parte delle Regioni, non potendo risalire ai dati reali, non possono implementare le forme di supporto per sostenere i caregiver familiari nell'attività di cura. Parallelamente, persiste la necessità di rafforzare il riconoscimento e le tutele del settore informale, su cui poggia la maggior parte dell'assistenza prestata.
 - **Buone pratiche:** per il settore formale, in Regione Veneto si riscontrano buone pratiche sotto il profilo dell'istituzionalizzazione della figura dell'infermiere di comunità cui è attribuito un nuovo ruolo per la presa in carico precoce della fragilità del paziente. Per il settore informale, invece, in Regione Friuli Venezia Giulia e nella PA di Trento esistono attività di sostegno al caregiver familiare, mentre in Regione Lombardia è presente il bonus assistenti familiari, oppure in Regione Emilia Romagna incentivi per l'assunzione regolare di assistenti personali familiari a livello internazionale.
 - **Dimensione SISTEMI INFORMATIVI:** la non autosufficienza richiede un'assistenza coordinata e costante, rendendo fondamentale l'esistenza di sistemi informativi efficaci ed integrati, per facilitare la gestione delle informazioni sanitarie e sociali e per supportare i responsabili politici, i professionisti sanitari e i pazienti stessi. Pertanto, l'analisi ha voluto indagare quanto lo scenario dei sistemi informativi a livello regionale e provinciale sia coeso, distinguendo per necessità il settore sociale da quello sanitario, quale tipologia di dati sono disponibili e con quale frequenza vengono condivisi, oltre a quali siano gli ostacoli.
RISULTATI: l'analisi ha registrato un maggiore avanzamento nella raccolta dati nel settore sanitario rispetto a quello sociale. Infatti, per quanto riguarda il settore sociale, si denota una mancanza della cultura del dato, sottolineata anche dalla persistenza dell'uso dei sistemi cartacei per la raccolta di dati.
Inoltre, si denotano delle barriere anche nell'utilizzo della cartella sociale informatizzata. Infatti, le funzionalità di questo strumento non vengono sfruttate, evidenziando la mancanza di un monitoraggio sistematico sul territorio rispetto ai dati che vengono raccolti attraverso la cartella stessa. Le cause di questa

criticità sono legate a: mancanza di strumenti tecnici informatici adatti, problematiche legate alla privacy, resistenze da parte degli operatori dei servizi sociosanitari, mancanza di personale.

Solo 2 Regioni (Liguria e Valle d'Aosta) hanno risposto positivamente alla richiesta del questionario confermando la presenza nei loro territori di un sistema informativo integrato.

Buone pratiche: Nonostante lo scenario critico, esistono molte buone pratiche all'interno del territorio italiano. Partendo dalla Valle d'Aosta fino alla Basilicata, si rileva un utilizzo di sistemi integrati che mostrano la volontà delle Regioni di voler progredire sul fronte dell'interoperabilità e della capacità di analisi dei flussi informativi sanitari e sociali.

GAP ANALYSIS:

L'ultima parte del questionario è stata dedicata ad una *Gap Analysis*, ovvero una panoramica sulla distanza delle Regioni/PPAA rispetto a un modello ideale di integrazione sociosanitaria.

L'analisi del questionario si è basata su un cruscotto preliminare composto da set di 34 indicatori, suddivisi per le quattro dimensioni dell'analisi (governance, erogazione dei servizi, forza lavoro e sistemi informativi). Il cruscotto potrà poi essere utilizzato anche per individuare i quattro siti pilota del progetto (attività in fieri).

A tal proposito, un esempio di possibile scenario potrebbe essere quello di effettuare il progetto pilota nelle Regioni più distanti dal modello teorico, considerando gli aspetti di natura geografica o tenendo presente le specificità istituzionali di ciascun territorio.

RISULTATI:

L'analisi ha evidenziato una significativa variabilità tra Regioni e Province Autonome in termini di distanza da un modello integrato di interventi sociosanitari.

Le Regioni Campania, Molise e Sardegna non hanno risposto alla survey in merito alla valutazione dello stato di integrazione dei servizi domiciliari per persone non autosufficienti, pertanto il quadro reale sulla situazione delle cure integrate domiciliari in queste Regioni rimane parzialmente non noto, rendendo difficile una valutazione completa delle politiche e delle risorse messe in atto per assistere questo gruppo di popolazione.

Inoltre, alcune delle Regioni/PPAA che hanno risposto all'indagine hanno potuto fornire solo dati limitati, a seconda delle circostanze, nei settori sociale o sanitario, stanti le difficoltà nell'assicurare il coordinamento interdipartimentale necessario per una compilazione condivisa del questionario. Un'area in cui le informazioni disponibili sono risultate particolarmente carenti riguarda la quantificazione degli assistenti personali e caregiver familiari presenti nella Regione/PA interessata.

SESSIONE PLENARIA: DISCUSSIONE INTERATTIVA CON I PARTECIPANTI

MODERA: G.Viganò - ProMIS

Durante la sessione plenaria si sono ripresi e discussi i vari risultati ottenuti dalla survey. Si sono, inoltre, condivise le varie criticità riscontrate a livello regionale e locale, condividendo eventuali buone pratiche come soluzioni.

- Si riscontra la criticità della non-armonizzazione delle normative attive nel territorio italiano sulla non autosufficienza, nonostante il DM 77/2022 abbia richiesto una grande riorganizzazione dei servizi e delle attività di assistenza domiciliare integrata. Emerge, quindi, la necessità di una legge quadro a livello nazionale.
- Si porta evidenza la necessità di semplificare ed uniformare i PUA poiché spesso si costringe l'utente a doversi muovere per raggiungere il PUA più vicino, entrando in contraddizione con il suo scopo. A tal proposito, si ricorda come in Regione Liguria è in fase di realizzazione il sistema informativo integrato regionale denominato IT-CURA il quale costituirà il punto unico di accesso per i cittadini rendendo interoperabili i differenti sistemi dei professionisti sanitari dell'ospedale, del territorio e dei professionisti dell'area sociale dei Comuni coinvolti.

- Si sottolinea nuovamente come criticità la scarsa comunicazione tra il sociale ed il sanitario e tra le figure che compongono il sanitario stesso.
- Si sottolinea la necessità di riconoscere gli indicatori che possono dare un ritorno concreto e di efficacia in merito alle nuove figure professionali che si stanno mettendo in campo (es.. l'infermiere di famiglia e di comunità) per poterne valutare ed analizzare i risultati effettivi.
- Sono stati presentati gli strumenti digitali offerti per la valutazione del paziente, come Sunfrail Tool oppure il Progetto HANS che ha permesso di sviluppare un curriculum per gli infermieri di famiglia e comunità. Grazie a questo curriculum si sono definite un set di competenze che dovrebbero caratterizzare l'infermiere di famiglia e comunità. In Italia questa tipologia di curriculum è stata riconosciuta dalla FNOPI. A tal proposito, si ricorda anche il progetto TeamCare che si propone di sviluppare in 3 anni un curriculum per una nuova figura professionale, per creare una specializzazione nelle figure professionali che andranno a lavorare nei team multidisciplinari che si occuperanno di fare la valutazione multidimensionale del paziente.
- Si sottolinea la necessità di ampliare, implementare e investire nella formazione.
- Si riscontrano molteplici criticità derivanti da un contesto di governance estremamente disomogeneo.

Inoltre, si ricorda che, tra le nuove call del Programma TSI 2025, una è dedicata all'health hub dove, tra gli obiettivi rappresentati, vi è proprio il tema della co-programmazione e integrazione tra fondi europei, fondi nazionali e fondi regionali.

CONCLUSIONI E FASI SUCCESSIVE DEL PROGETTO

Il rapporto verrà integrato e reso disponibile online, mentre il prossimo appuntamento vedrà l'identificazione delle Regioni/PPAA che realizzeranno la sperimentazione dei piloti nei propri territori.