

Una proposta di modello di intervento per promuovere l'integrazione degli interventi sanitari e sociali a domicilio per persone non autosufficienti

OUTPUT 4



OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs &
OECD Trento Centre for Local Development

Una proposta di modello di intervento per promuovere l'integrazione degli interventi sanitari e sociali a domicilio per persone non autosufficienti

Output 4

PARTNER DI PROGETTO

La Direzione per l'occupazione, il lavoro e gli affari sociali guida il lavoro dell'OCSE sull'occupazione, le politiche sociali, la migrazione internazionale e la salute. La direzione supervisiona il lavoro dell'OCSE su politiche interconnesse che aiutano i Paesi a promuovere l'occupazione e le competenze e a migliorare il benessere sociale e la salute. www.oecd.org/els

Il Centro OCSE di Trento per lo sviluppo locale è parte integrante del Centro per l'imprenditorialità, PMI, regioni e città dell'OCSE. Il Centro di Trento utilizza un approccio olistico "dai dati alla pratica" per le politiche di sviluppo locale sostenibile. Il Centro offre analisi delle politiche locali, affiancamento e programmi di potenziamento delle capacità per governi centrali e subnazionali per una migliore attuazione delle politiche per le persone, le imprese e i luoghi. www.trento.oecd.org

La Direzione Generale per il Sostegno alle Riforme Strutturali (DG REFORM) coordina e fornisce un supporto tecnico su misura agli Stati membri dell'UE, in collaborazione con i servizi competenti della Commissione. Il supporto viene fornito principalmente attraverso lo Strumento di Supporto Tecnico (Technical Support Instrument, TSI). L'obiettivo è quello di sostenere gli sforzi degli Stati membri per progettare e implementare riforme che aumentino la resilienza, contribuendo così alla ripresa dell'UE dalla crisi COVID-19, migliorando la qualità dei servizi pubblici e tornando sulla strada della crescita sostenibile e inclusiva. <https://reform-support.ec.europa.eu>

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali progetta, realizza e coordina interventi di politica del lavoro e sviluppo dell'occupazione, di tutela del lavoro e adeguatezza del sistema previdenziale, di politiche sociali, con particolare riferimento alla prevenzione e riduzione delle condizioni di bisogno e disagio delle persone e delle famiglie. www.lavoro.gov.it/

Il Ministero della Salute promuove e tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse delle collettività, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione Italiana. www.salute.gov.it/

Il Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS) è una struttura permanente a supporto delle Regioni e delle Province autonome nei loro processi di internazionalizzazione ed è nato per rispondere all'esigenza di portare la sanità delle Regioni in Europa e l'Europa nei Sistemi Sanitari delle Regioni italiane. <https://promisalute.it/>

OECD Papers should not be reported as representing the official views of the OECD or of its member countries. The opinions expressed and arguments employed are those of the author(s). OECD Papers describe preliminary results or research in progress by the author(s) and are published to stimulate discussion on a broad range of issues on which the OECD works.

Comments on OECD Papers are welcomed, and may be sent to the OECD Trento Centre, vicolo San Marco 1, 38121 Trento, Italy or OECD Directorate for Employment, Labour and Social, 2 rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

This document, as well as any statistical data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

This document was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.

Cover image: © getty / PCH-Vector

© OECD 2024

UNA PROPOSTA DI MODELLO DI INTERVENTO PER PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI SANITARI E SOCIALI A DOMICILIO PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI © OECD 2024

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <https://www.oecd.org/termsandconditions>.

Indice

Executive summary	6
Sintesi	8
Introduzione	11
1 Governance	12
2 Il ruolo dei prestatori di cura nell'integrazione sociosanitaria	21
3 Sistemi informativi	29
4 Erogazione dei servizi	35
5 Studio pilota	49
References	54

Executive summary

Quali sono le principali caratteristiche che favoriscono l'integrazione degli interventi socioassistenziali a domicilio per persone non autosufficienti?

Questo rapporto si propone di individuare strumenti e criteri per la regolazione e la governance dei rapporti fra gli attori coinvolti (politiche sociali e politiche sanitarie) e modelli di intervento (profilo delle risposte erogate) atti a favorire l'integrazione socioassistenziale a livello micro/locale. Tale analisi ha quale oggetto quattro dimensioni chiave per l'integrazione: governance, forza lavoro, sistemi informativi ed erogazione dei servizi. Inoltre, il rapporto descrive il disegno della fase pilota del progetto, che ha come obiettivo l'individuazione di action points volti ad aumentare grado di integrazione degli interventi socioassistenziali a livello micro/locale.

A livello di governance, due strumenti possono essere utilizzati per migliorare il grado di integrazione a livello micro/locale nell'ambito di una governance multilivello e partecipativa: il Piano integrato di attività ed organizzazione e l'Accordo di collaborazione interistituzionale.

Il Piano può essere utile alle amministrazioni sanitarie e sociali per migliorare il grado di coordinamento tra gli interventi sanitari e quelli sociali, tanto sul piano dell'organizzazione delle attività quanto sul piano dell'erogazione dei servizi integrati. Consente altresì una migliore pianificazione degli obiettivi formativi del personale, incluso nella direzione dello sviluppo di competenze trasversali.

La strategia di intervento relativa al percorso assistenziale integrato per persone non autosufficienti può essere inoltre sostenuta da un Accordo di collaborazione interistituzionale di ambito territoriale. Tale accordo è stipulato al livello dei singoli ambiti territoriali sociali dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale, ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a tale scopo, di pari passo con gli elementi di cooperazione organizzativa e professionale che ne garantiscono la pratica attuazione.

In relazione ai sistemi informativi, i seguenti criteri possono favorire un'efficace integrazione:

- **Interoperabilità:** implementazione di standard di interoperabilità riconosciuti a livello nazionale e l'adozione di soluzioni tecnologiche compatibili, incluse delle piattaforme che permettano una rapida condivisione delle informazioni tra gli attori coinvolti.
- **Governance dei dati:** definizione chiara dei ruoli e delle responsabilità di ciascun ente, con la creazione di strutture di governance che facilitino la collaborazione e la piena integrazione delle stesse all'interno dei modelli organizzativi dei servizi.
- **Standardizzazione:** sviluppo e implementazione di linee guida nazionali per la standardizzazione dei dati sanitari e sociali.
- **Protezione dei dati:** implementazione di misure di sicurezza rigorose e conformi alle normative sulla privacy, con formazione continua per gli operatori sui temi della sicurezza dei dati.
- **Accessibilità e usabilità:** sviluppo di interfacce utente intuitive per facilitare l'accesso dell'utenza e formazione degli operatori sull'uso dei sistemi informativi.

- Monitoraggio e valutazione: implementazione di sistemi di monitoraggio e valutazione che raccolgano dati di feedback e risultati per migliorare continuamente i servizi.

Riguardo all'integrazione tra i prestatori di assistenza e cura, quattro criteri possono essere utilizzati per individuare un modello di intervento:

- Riconoscimento: supporto ai caregiver e agli assistenti personali e familiari, inclusi servizi per il benessere, dietro apposita valutazione.
- Capitale umano: formazione e rafforzamento delle condizioni di lavoro per tutte le categorie professionali coinvolte.
- Collaborazione: formazione interdisciplinare e sviluppo delle soft skill (gestione della relazione tra il professionista, il paziente e i caregiver).
- Trasversalità: istituzione di figure di raccordo per assicurare coerenza negli interventi e chiare attribuzioni delle responsabilità lungo tutte le fasi del percorso assistenziale.

Infine, si possono individuare le seguenti caratteristiche per un efficace sistema di valutazione dei bisogni:

- La valutazione multidimensionale dovrebbe basarsi su misure che siano il più possibile accurate, oggettive e standardizzate, per garantire equità nell'accesso ai servizi e uniformità di risposta ai bisogni su tutto il territorio nazionale.
- Un sistema di classificazione graduale dei bisogni – simile a quello adottato in Germania e Spagna – basato su una valutazione multidimensionale unificata, permetterebbe poi di calibrare i benefici in modo proporzionato al livello di non autosufficienza, ottimizzando l'efficacia del supporto fornito attraverso il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Sintesi

La prima parte del documento (capitoli 1-4) illustra un modello di integrazione sociosanitaria per l'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti, basato sull'analisi di quattro dimensioni fondamentali: governance, forza lavoro, sistemi informativi ed erogazione dei servizi. Ogni area viene trattata in dettaglio per proporre un quadro di intervento pratico e realistico, che possa guidare il miglioramento dell'integrazione dei servizi in Italia, supportato da una riflessione sulle evoluzioni normative e da esempi di buone pratiche internazionali. L'obiettivo è creare un sistema più efficiente, capace di rispondere in modo coordinato e personalizzato ai bisogni complessi delle persone non autosufficienti.

Governance

Un modello efficace di governance per l'integrazione sociosanitaria deve basarsi su una stretta cooperazione tra i vari livelli istituzionali, con l'obiettivo di garantire una programmazione e una gestione unitaria dei servizi sanitari e sociali. Il principio guida in quest'area è la creazione di una governance multilivello integrata che permetta una gestione efficace e sinergica delle risorse a livello locale e nazionale, superando la frammentazione attuale.

L'integrazione tra Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) rappresenta un passaggio cruciale per garantire che i servizi sanitari e sociali rispondano in modo congiunto ai bisogni delle persone non autosufficienti. Le azioni proposte includono la formalizzazione della collaborazione tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, attraverso l'elaborazione congiunta dei Programmi di Attività Territoriali (PAT) e dei Piani di Zona (PdZ). In questo modo, si favorisce l'allineamento della pianificazione e l'implementazione di un approccio integrato anche ai servizi domiciliari.

L'esperienza dei Paesi Baschi è esemplare nel mostrare come una governance multilivello, combinata con protocolli operativi di coordinamento tra le diverse istituzioni e attori locali, possa favorire una presa in carico sociosanitaria efficace. La strategia del governo basco per l'assistenza sociosanitaria, basata su un quadro normativo solido e sulla cooperazione interistituzionale, ha migliorato la continuità assistenziale e ridotto la frammentazione tra i servizi sanitari e sociali, dimostrando come una governance ben strutturata possa rafforzare l'integrazione operativa.

Forza lavoro

L'integrazione sociosanitaria non può realizzarsi senza una forza lavoro adeguatamente formata e valorizzata. Il principio guida in quest'area è la creazione di un ambiente di lavoro interdisciplinare, che riconosca l'importanza sia del settore formale che informale di assistenza.

Una delle sfide più importanti per l'integrazione sociosanitaria è la formazione continua per i diversi attori coinvolti, tra cui infermieri, assistenti sociali e caregiver familiari. La proposta chiave è l'istituzione di percorsi formativi comuni e obbligatori per le équipes multidisciplinari, che rafforzino le competenze trasversali necessarie per lavorare in un contesto integrato. La formazione deve anche includere l'utilizzo di strumenti tecnologici e digitali, così da facilitare la condivisione delle informazioni tra i vari professionisti.

Inoltre, è fondamentale valorizzare il contributo degli assistenti informali (come i caregiver familiari), offrendo loro supporto formativo e assistenziale.

Un modello interessante in questo ambito è quello adottato in Svezia, dove la formazione multidisciplinare dei professionisti sociosanitari è strettamente integrata con l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare. Attraverso la creazione di team integrati e l'utilizzo di piattaforme digitali comuni, la Svezia ha potenziato la capacità dei professionisti di collaborare e migliorato la qualità dei servizi offerti ai pazienti non autosufficienti.

Sistemi informativi

Un'integrazione sociosanitaria efficace non può prescindere da sistemi informativi interoperabili che permettano la condivisione delle informazioni tra i vari attori coinvolti. Il principio guida in quest'area è l'interoperabilità dei sistemi informativi sanitari e sociali, che consente di monitorare i bisogni e gli interventi in tempo reale, riducendo la duplicazione di sforzi e migliorando la qualità dell'assistenza.

Attualmente, in Italia esistono sistemi informativi separati per la gestione dei servizi sanitari e sociali, rendendo complessa la condivisione dei dati. La proposta centrale è lo sviluppo di una piattaforma integrata dei sistemi informativi già esistenti, garantendo l'accesso ai dati da parte di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso di cura. Tale piattaforma deve essere accompagnata da una regolamentazione chiara sulla protezione dei dati e sull'accesso alle informazioni, per garantire la sicurezza e la privacy degli utenti.

Un esempio significativo di integrazione dei sistemi informativi è quello della Catalogna. Il governo catalano ha sviluppato un sistema informativo integrato che consente ai professionisti del settore sanitario e sociale di accedere a un'unica piattaforma condivisa, facilitando così la comunicazione e la collaborazione. Questo modello ha aumentato la capacità di risposta dei servizi sociosanitari, migliorando notevolmente l'efficacia della presa in carico dei pazienti con bisogni complessi.

Erogazione dei servizi

L'erogazione dei servizi domiciliari per le persone non autosufficienti deve seguire un percorso ben definito che preveda un'assistenza integrata, continuativa e personalizzata. Il principio guida in quest'area è la creazione di un percorso assistenziale integrato che unisca tutti i servizi sanitari e sociali necessari, con una valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente.

Le azioni proposte includono l'istituzione di un Punto Unico di Accesso (PUA) in ogni territorio, che faciliti l'orientamento e la presa in carico delle persone non autosufficienti. I PUA devono essere in grado di gestire la valutazione iniziale e indirizzare i pazienti verso le équipe multidisciplinari competenti, le quali saranno responsabili dell'elaborazione e del monitoraggio del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Il PAI deve essere aggiornato regolarmente in base all'evoluzione delle condizioni del paziente, assicurando così che l'assistenza sia sempre appropriata ai bisogni specifici.

Un modello di riferimento è rappresentato dal sistema di assistenza domiciliare tedesco. In Germania, l'assicurazione sanitaria obbligatoria per l'assistenza a lungo termine ha standardizzato il percorso assistenziale per le persone non autosufficienti, garantendo l'erogazione di servizi integrati e continuativi. I livelli di assistenza, noti come Pflegegrade, vengono determinati attraverso una valutazione multidimensionale, che assicura che ogni individuo riceva i servizi adeguati in base al proprio grado di dipendenza. Questo modello di graduazione dei fabbisogni assistenziali potrebbe fornire utili indicazioni per l'integrazione operativa di interventi sociali e sanitari in Italia.

La seconda parte del documento (capitolo 5) descrive le modalità di attuazione di un progetto pilota che mira a testare e valutare l'applicabilità pratica del modello precedentemente illustrato. Il pilota, che si svolgerà tra novembre 2024 e marzo 2025 in sette regioni e province autonome italiane (Emilia Romagna, Liguria, Province autonome di Bolzano e Trento, Puglia, Toscana e Veneto), sarà utilizzato per mappare l'attuale livello di integrazione dei servizi sociosanitari e misurare il grado di maturità delle cure integrate.

Le regioni e province autonome coinvolte presentano diversi livelli di integrazione degli interventi sociosanitari a domicilio. In ogni regione e provincia autonoma saranno selezionati uno o due distretti sanitari-Ambiti Territoriali Sociali utilizzando criteri relativi alle caratteristiche del territorio, la struttura della popolazione e la natura ed intensità degli interventi erogati a domicilio per persone non autosufficienti. . Una mappatura/diagnosi sarà effettuata nei distretti-ATS pilota attraverso due questionari rivolti a referenti sanitari e sociali di livello dirigenziale ed operativo. Tali questionari sono riportati negli allegati A e B. I risultati aiuteranno a elaborare strategie per promuovere l'integrazione sociosanitaria e pianificare attività di formazione nei contesti locali. Infine, saranno organizzati focus group con operatori, amministratori locali e stakeholder nei vari territori pilota, con l'obiettivo di identificare barriere, facilitatori e punti d'azione specifici per migliorare l'integrazione. Questi incontri si terranno nei primi mesi del 2025 e serviranno come base per ulteriori azioni e raccomandazioni, che saranno raccolte in un report finale.

Introduzione

Questo rapporto è suddiviso in due parti. La prima descrive il modello di riferimento per favorire l'integrazione degli interventi socioassistenziali a domicilio per persone non autosufficienti. La seconda individua gli strumenti e le azioni previste nella fase pilota del progetto.

La prima parte è organizzata in quattro sezioni che corrispondono alle quattro dimensioni dell'integrazione sociosanitaria individuate nel precedente rapporto OCSE per il progetto "Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia" (Output 3): governance, forza lavoro, sistemi informativi ed erogazione. Per ciascuna dimensione sono delineate l'obiettivo di policy perseguito dal legislatore statale, le disposizioni normative o programmatiche in vigore e le esperienze internazionali.

Il documento presta particolare attenzione alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale (DM 77 del 2022), a quella dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti (D.lgs. 29 del 2024) e quella in materia di disabilità (D.lgs. 62 del 2024) previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, evidenziando allo stesso tempo i punti di forza di questi disegni riformatori e quelli degli interventi statali ancora in corso.

Per la redazione di questa parte, il team di progetto ha adottato un approccio multidisciplinare, combinando una revisione approfondita delle politiche e delle pratiche esistenti ad un'analisi dettagliata delle banche dati nazionali e internazionali. Inoltre, attraverso un'analisi delle esperienze maturate in altri Paesi, si è cercato di identificare le migliori strategie e le principali lezioni che – con i dovuti accorgimenti – potrebbero essere applicate al contesto italiano.

La seconda parte descrive le modalità di selezione dei siti pilota e degli strumenti e processi che si prevede di utilizzare nella fase pilota del progetto al fine di ottenere: una mappatura dettagliata dell'attuale livello di integrazione degli interventi sociosanitari; una valutazione accurata del grado di maturità dell'integrazione degli interventi socio-assistenziali; l'identificazione di specifici action points per migliorare l'integrazione degli interventi; ed informazioni per pianificare attività di formazione e sviluppo delle capacità a livello locale.

1 Governance

Una significativa evoluzione della governance istituzionale è in atto in Italia tra Regioni (servizi sanitari regionali) e Comuni (servizi sociali) rispetto all'integrazione dei servizi esistenti. Tale evoluzione si pone l'obiettivo di garantire un modello di intervento unitario anche per quanto riguarda la componente dei servizi domiciliari rivolti alle persone non autosufficienti, concerne l'evoluzione dell'organizzazione sanitaria e sociale a livello territoriale e, non da ultimo, riguarda l'integrazione tra il raggio d'azione dei servizi pubblici e quello degli Enti del Terzo settore.

La definizione di un modello di intervento domiciliare unitario che passi attraverso una governance integrata dei servizi è un passo fondamentale verso la realizzazione dell'integrazione funzionale tra i servizi domiciliari per persone non-autosufficienti di servizi sanitari regionali di assistenza domiciliare integrata (ADI) e servizi comunali di assistenza domiciliare sociale (SAD). Tale modello è strumentale a garantire un approccio unitario, continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia.

Disposizioni normative e programmatiche sono già state poste in essere per definire le attività necessarie a raggiungere un modello di cure domiciliari integrate, gli attori coinvolti, le loro responsabilità e la cooperazione con enti del terzo settore. Tali disposizioni normative definiscono quanto segue.

I servizi di cure domiciliari ADI e SAD

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è il modello di cure domiciliari del Servizio sanitario nazionale e consiste in "percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita" (DPCM LEA 2017, art. 22 co. 1).

La normativa riguardante i servizi ADI prevede:

- l'integrazione con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia (DPCM, Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria, 2001)
- l'articolazione dei servizi in tre livelli a seconda dell'intensità, della complessità e della durata dell'intervento (DPCM LEA 2017, art. 22 co. 3)
- il nuovo principio della casa come primo luogo di cura (DM 77 del 2022, paragrafo 10)
- l'aumento dell'erogazione dell'ADI al 10% della popolazione over 65 (DM 77 del 2022, paragrafo 10)
- principio della continuità assistenziale "7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina" (DM 77 del 2022, paragrafo 10)

Il Servizio di Assistenza Domiciliare sociale (SAD) è il modello di intervento domiciliare dei servizi sociali del Comune e consiste in "servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare" (Legge 328 del 2000, art. 15 co. 1). L'assistenza domiciliare sociale è individuata come LEPS (livello essenziale di prestazione sociale) dalla Legge 234 del 2021, art. 1, co. 162 ed è indicata quale "servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo" (PNNA 2022-2024, pp. 14 e 16).

La normativa riguardante il SAD, inoltre, prevede:

- l'integrazione funzionale tra i modelli di intervento dell'ADI e della SAD, "finalizzata, con un approccio di efficientamento e di maggior efficacia delle azioni, della normativa e delle risorse disponibili a legislazione vigente, a garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, psicosociale e sociosanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale" (Legge 33 del 2023, art. 4, co.2, lettera n). L'integrazione tra i due modelli di intervento domiciliare è inoltre prevista quale "servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria" (PNNA 2022-2024, pp. 12 e 18 e indicazioni di coordinamento tra LEPS e LEA nella domiciliarità, p. 65).
- il ruolo di coordinamento e raccordo del sistema delle Centrali Organizzative Territoriali (COT) nell'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali (Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub, p. 11)
- i nuovi principi di unitarietà e adeguatezza della durata e dell'intensità dell'assistenza domiciliare (Legge 33 del 2023, art. 4, co. 2, lettera n, punti 1 e 4)
- il nuovo principio del diritto alla domiciliarità delle cure (D.lgs. 62 del 2024, art. 20)
- l'integrazione degli interventi, da realizzarsi attraverso il coordinamento tra servizi sanitari e sociali a livello domiciliare (D.lgs. 29 del 2024, art. 29 co. 5)

Sono inoltre previste linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari (proposta di Agenas e Rete della protezione e dell'inclusione sociale entro febbraio 2025, art. 29 co. 3).

L'organizzazione territoriale

Per realizzare l'integrazione piena ed uniforme dell'organizzazione territoriale dei servizi sanitari e sociosanitari (responsabilità del Distretto Sanitario) e dei servizi sociali (responsabilità dell'Ambito Territoriale Sociale), le attuali disposizioni normative e programmatiche definiscono i ruoli svolti dal Distretto Sanitario e dall'Ambito Territoriale Sociale, nonché la loro necessaria integrazione funzionale per una governance sociosanitaria integrata.

Il Distretto sanitario (DS) è l'unità organizzativa unitaria e minima sanitaria presente a livello territoriale e "assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie" (D.lgs. 229 del 1998, art. 3-quater co. 2).

Inoltre, la normativa prevede che:

- il DS costituisce "il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e dei servizi sanitari territoriali ed è deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta" (DM 77 del 2022, paragrafo 3).
- il DS è incaricato di diverse funzioni, come la committenza e programmazione dei servizi da garantire, la produzione ed erogazione dei servizi sanitari territoriali, la garanzia e assicurazione dell'accesso ai servizi (DM 77 del 2022, paragrafo 3, pp. 23-24)

L'Ambito Territoriale Sociale (ATS) è "la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale" che comprende un certo numero di Comuni secondo quanto disposto dalla legge regionale (definizione

MLPS con riferimento Legge 328 del 2000, art. 8 co. 3). Inoltre, è individuato quale “sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS” (PNNA 2022-2024, p. 26).

- L'ATS è incaricato dello svolgimento di molteplici funzioni, come il coordinamento e governance del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la pianificazione e programmazione degli interventi in base all'analisi dei bisogni, l'erogazione degli interventi e dei servizi, la gestione del personale (D.lgs. 19 del 2024, art. 24 co. 3)

È inoltre prevista l'approvazione di linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione graduale e progressiva dei LEPS nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente (D.lgs. 29 del 2024, art. 24 co. 5)

L'integrazione funzionale tra DS e ATS è promossa “allo scopo di garantire l'effettiva integrazione operativa dei processi, dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza” (Legge 33 del 2023, art. 4 co, 2 lettera h). Inoltre, le Regioni sono chiamate a “incentivare l'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari” (Legge 328 del 2000, art. 8 co. 3 lettera a).

Terzo settore e amministrazione condivisa

Gli enti del terzo settore svolgono un ruolo importante nell'erogazione dei servizi di assistenza a persone non autosufficienti, in particolare nell'ambito dei servizi di assistenza sociale. Allo scopo di raggiungere una presa in carico integrata della persona non autosufficiente, è quindi fondamentale realizzare la piena integrazione tra gli Enti del Terzo settore e i servizi pubblici nell'erogazione dei servizi e promuovere la co-programmazione e co-progettazione degli interventi sociosanitari anche domiciliari.

Gli Enti del Terzo settore sono “enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi (...) ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore” (D.lgs 117 del 2017, art. 4 co. 1).

L'integrazione del Terzo settore nell'erogazione dei servizi all'interno del sistema sociosanitario è ampiamente presente nella normativa, che prevede:

- l'individuazione delle “attività sociosanitarie” come attività di interesse generale perseguibili dal Terzo settore (D.lgs. 117 del 2017, art. 5)
- il rafforzamento del suo ruolo “per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione del terzo settore” (Legge 328 del 2000, art. 5 co. 1)
- valorizzazione della partecipazione del Terzo settore come “risorsa della comunità” per lo sviluppo dell'assistenza territoriale (DM 77 del 2022, paragrafo 2)
- il coinvolgimento degli enti del Terzo settore nell'erogazione di ogni intervento idoneo a contrastare la deprivazione relazionale delle persone anziane, inclusa l'assistenza domiciliare (Legge 33 del 2023, art. 2 co. 2, lettera c e art. 4, co. 2, lettera n, punto 5)
- l'attuazione dei servizi anche domiciliari “viene garantita attraverso i soggetti pubblici e privati accreditati e convenzionati nonché attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore” (D.lgs. 29 del 2024, art. 26 co. 2)
- coinvolgimento del Terzo settore nella definizione del progetto di vita, con particolare riferimento all'individuazione delle risorse umane e finanziarie nel relativo budget, e nell'attribuzione delle competenze per la sua attuazione (D.lgs. 62 del 2024, art. 24, co. 2 lettera c e art. 26, comma 3, lettera h e co. 4)

- la valorizzazione della collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore (Legge 234 del 2021, art. 1, lettera b)
- Tramite il DM 72/2021 inoltre la normativa adotta le linee guida sul rapporto tra le pubbliche amministrazioni e gli enti del terzo settore. Il decreto determina il procedimento di co-programmazione e co-progettazione con il terzo settore (DM 72/2021).

La promozione degli strumenti di amministrazione condivisa è prevista ampiamente dalla normativa. La co-programmazione e la co-progettazione sono due strumenti di attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale secondo la più recente giurisprudenza della Corte costituzionale (PNNA 2022-2024, p. 9).

La co-programmazione è definita come “l’individuazione, da parte della pubblica amministrazione, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili” (D.lgs. 117 del 2017, art. 55 co. 2), mentre la co-progettazione è definita come “la definizione ed eventualmente la realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2” (art. 55 co. 3).

La normativa sulla co-progettazione e co-programmazione prevede la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti (DM 77 del 2022, paragrafo 2), l’attuazione dell’integrazione tra servizi sanitari e sociali domiciliari anche con la concorrenza del Terzo settore e anche con le modalità previste dalla co-programmazione e co-progettazione (D.lgs. 29 del 2024, art. 26 co. 3). Infine, il principio di non regressione del progetto di vita prevede che la predisposizione del budget di progetto sia effettuata secondo i principi dell’amministrazione condivisa (D.lgs. 62 del 2024, art. 18 co. 2)

Strumenti esistenti per l’integrazione della governance multilivello

L’integrazione tra sanitario e sociale a livello programmatico è un elemento essenziale per rendere effettive le politiche pubbliche in favore della popolazione non autosufficiente; a questo fine, il D.Lgs 147 del 2017 ha promosso la coincidenza dell’estensione territoriale del Distretto sanitario (DS) e dell’Ambito Territoriale Sociale (ATS). Ciò ha favorito un miglioramento dell’efficacia del lavoro di integrazione sociosanitaria (Istituto Nazionale per l’Analisi delle Politiche Pubbliche, 2024^[11]).

Tra gli strumenti attualmente esistenti in Italia per la programmazione e governance integrata a livello locale dei servizi sanitari e sociali per persone non autosufficienti vi è l’elaborazione congiunta dei programmi di attività territoriali e i piani di zona, o l’elaborazione di altri strumenti congiunti per la programmazione dei servizi. Quanto segue descrive tali strumenti di programmazione, alcuni esempi esistenti di programmazione integrata e le criticità legate all’implementazione di una programmazione integrata nel sistema italiano.

L’elaborazione congiunta dei Programmi di Attività Territoriali e i Piani di Zona

Attualmente, i due strumenti per la programmazione dei servizi sociali e sanitari a livello locale sono il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e il Piano di Zona (PdZ).

Il Programma delle Attività Territoriali (PAT) è lo strumento attraverso cui sono stabilite le politiche sanitarie e sociosanitarie del distretto sanitario, in coerenza con i principi e gli obblighi della pianificazione regionale. Il PAT è redatto dal Distretto sanitario (DS) e indica l’analisi del bisogno della popolazione, gli obiettivi di salute da raggiungere, le modalità organizzative dei servizi nonché l’entità delle risorse pubbliche investite (D.Lgs. 509 del 1992, art.3-quater).

Il Piano di Zona (PdZ) è lo strumento della pianificazione dei servizi sociali territoriali volto a governare unitariamente la prevenzione, la cura e l’inclusione sociale dei soggetti vulnerabili (art. 19 L328/2000). Il piano è redatto dall’Ambito Territoriale Sociale (ATS), il quale ha mostrato una significativa resilienza istituzionale all’evoluzione legislativa e ai cambiamenti sociali (C. Ranieri, 2020^[2]). Inoltre, l’ATS è lo spazio

di attuazione e implementazione locale delle policy regionali e nazionali nonché della partecipazione delle formazioni sociali operanti sul territorio.

L'elaborazione congiunta e/o integrata dei PAT e dei PdZ può guidare verso una migliore integrazione della governance dei servizi sociosanitari locali. In molti territori italiani, l'integrazione tra PAT e PdZ è stabile e strutturata. Frequentemente, l'integrazione è realizzata attraverso uno o più strumenti formali di intesa tra l'ATS e il DS, come protocolli di intervento, accordi di programma, tavoli di lavoro multidisciplinari o riunioni di coordinamento (C. Ranieri, 2020^[2]).

Recentemente, è stato introdotto il Piano integrato di attività ed organizzazione (art. 6, legge 113 del 2021) per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa delle pubbliche amministrazioni, nonché agevolare il raggiungimento degli obiettivi delle stesse. Nel campo dell'assistenza sociosanitaria per le persone non autosufficienti, questo strumento può essere utile per perseguire l'integrazione sociosanitaria sul piano gestionale, professionale e dei sistemi informativi.

Il Piano può essere infatti utilizzato per la gestione integrata del lavoro degli operatori sanitari e sociali. In particolare, può essere utile alle amministrazioni sanitarie e sociali per migliorare il coordinamento tra gli interventi sanitari e quelli sociali, tanto sul piano dell'organizzazione delle attività che sul piano dell'erogazione dei servizi integrati. Allo stesso tempo, consente una migliore pianificazione degli obiettivi formativi del personale, anche nella direzione dello sviluppo di competenze trasversali.

Ulteriore obiettivo del Piano è agevolare l'accesso, sia fisico che digitale, ai servizi da parte della popolazione anziana e con disabilità. L'integrazione dei sistemi informativi delle amministrazioni sanitarie e sociali, infatti, è finalizzata non solo alla progressiva interoperabilità dei relativi dati, ma anche alla piena accessibilità di dati utili per gli utenti, da parte degli utenti stessi e alla loro soddisfazione rispetto ai servizi erogati.

Come indicato dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-24, la strategia di intervento relativa al percorso assistenziale integrato per persone non autosufficienti può essere sostenuta da un accordo di collaborazione interistituzionale di ambito territoriale. Tale accordo è stipulato al livello dei singoli ambiti territoriali sociali dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione. In ciascun ambito territoriale, l'Accordo può inoltre dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili.

Esempi regionali di integrazione della programmazione dei servizi sociali e sanitari

In alcune regioni italiane, la programmazione dei servizi sociali e sanitari per persone non autosufficienti avviene in maniera integrata tramite un unico documento programmatico.

La Regione Emilia Romagna aveva, per esempio, previsto un Piano sociale e sanitario per il triennio 2017-2019, i cui obiettivi includevano "la lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà, nonché nuovi strumenti per fornire servizi sempre più integrati e più vicini ai cittadini" (Regione Emilia Romagna, 2017^[3]).

La Regione Puglia ha sviluppato degli accordi di programma tra Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e Aziende Sanitarie Locali (ASL) con l'obiettivo di attuare un sistema locale degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari integrati, che miri a garantire i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e i livelli essenziali di assistenza (LEA). L'accordo di programma impone la definizione di obiettivi strategici, degli strumenti e delle risorse necessarie per il raggiungimento di tali obiettivi e le modalità attraverso le quali ottenere l'integrazione di servizi e prestazioni. L'accordo si propone inoltre di definire e attuare iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori sanitari e sociali, definire le modalità di partecipazione dei cittadini e degli utenti alla programmazione e al controllo della qualità dei servizi (Regione Puglia, 2022^[4]).

In altre regioni, sebbene mantenendo la separazione tra la programmazione dei servizi sociali e sanitari, si includono elementi di integrazione in ciascuno dei due piani di programmazione (sanitario e sociale), in modo da favorire l'integrazione programmatica dei servizi.

Nella Provincia Autonoma di Bolzano, per esempio, il piano sociale provinciale fa riferimento anche all'integrazione con servizi sanitari, facendo – tra altre cose - riferimento al punto unico di accesso e all'espansione dei centri di assistenza diurna e di servizi di assistenza specialistica semiresidenziale. Similmente, il piano sanitario provinciale fa riferimento all'integrazione sociosanitaria, includendo una sezione sull'assistenza socio sanitaria e l'integrazione delle prestazioni (Provincia Autonoma di Bolzano, 2023^[5]) (Provincia Autonoma di Bolzano, 2016^[6]).

Nella Provincia Autonoma di Trento, i tre documenti chiave per la programmazione dei servizi sociali e sanitari consistono nel programma sociale provinciale, il piano provinciale per la salute e i piani sociali di comunità. Tali piani sono redatti in maniera coordinata. In particolare, il programma sociale provinciale è lo strumento per la programmazione dei servizi alla persona a livello territoriale e individua i criteri per la definizione dei piani sociali di comunità. Il programma sociale provinciale è inoltre redatto in coerenza con il piano provinciale per la salute. Infine, il piano provinciale per la salute è lo strumento di pianificazione delle politiche sociali e sanitarie provinciali. Il piano ha una durata decennale e definisce gli obiettivi strategici per la promozione della salute, gli indirizzi e le linee d'intervento per il miglioramento della salute e del benessere della popolazione e per la riduzione delle disuguaglianze. Il piano si pone quindi l'obiettivo di sviluppare sistemi sociali e sanitari integrati e coordinati (Provincia Autonoma di Trento, 2023^[7]) (Provincia Autonoma di Trento, 2023^[8]).

Dinamiche evolutive e criticità della programmazione congiunta di Programmi di Attività Territoriali e i Piani di Zona

L'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale è il luogo nel quale la concertazione tra Amministrazioni Comunali e il Direttore generale dell'Azienda sanitaria può essere realizzata e, nel concreto, ciò si realizza attraverso l'istituzione di tavoli di lavoro tematici (Istituto Superiore di Sanità, 2006^[9]) (Istituto Superiore di Sanità, 2006^[10]). Per una vera programmazione integrata è inoltre necessario garantire la partecipazione degli Enti del Terzo settore operanti nel territorio e degli altri soggetti sociali, come i sindacati e le associazioni di rappresentanza degli utenti e dei loro familiari. Il manuale di programmazione di Federsanità-ANCI Toscana sottolinea inoltre l'importanza di strumenti tecnici efficaci a favorire l'interazione tra i diversi livelli di governance coinvolti e un percorso di assistenza continua improntato a un'amministrazione collaborativa tra gli enti istituzionali (Federsanità-ANCI Toscana, 2020^[11]). In particolare, è considerata auspicabile l'istituzione permanente di arene di confronto con gli Enti del Terzo settore, che possa assicurare continuità ai meccanismi partecipativi (Federsanità-ANCI Toscana, 2020^[11]).

Nonostante esistano numerosi esempi di sforzi legislativi e operativi per una programmazione integrata dei servizi sociosanitari per persone non-autosufficienti, resistono ad oggi degli elementi di ostacolo alla piena integrazione. Tra questi, la differenziazione dei modelli regionali nella partecipazione delle ASL alla pianificazione sociale e le carenze nella procedura di concertazione dell'integrazione da parte delle ASL (Motta, 2024^[12]) la proliferazione competitiva degli ambiti di programmazione (Istituto Superiore di Sanità, 2006^[9]) e la mancata istituzione degli ATS in alcuni territori e/o la loro mancata coincidenza territoriale con il DS (Motta, 2024^[12]).

Esempi di pratiche internazionali

La struttura della governance dei servizi sociali e sanitari della Spagna, in maniera simile a ciò che accade in Italia, è condivisa verticalmente tra diversi livelli di governo e divisa orizzontalmente tra il settore sanitario e quello sociale. Il livello di governo centrale ha un compito di definizione di un quadro legislativo e di

azione per la governance dei servizi. Le regioni e i governi locali, in Spagna come in Italia, giocano un ruolo fondamentale nella governance ed erogazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale a domicilio.

La Spagna condivide quindi con l'Italia le difficoltà legate alla frammentazione dei servizi di assistenza sociosanitaria a domicilio per persone non autosufficienti, ed ha intrapreso iniziative atte alla definizione di una governance integrata dei servizi sociosanitari.

Tre esempi di questo percorso verso una maggiore integrazione dei servizi sociosanitari per persone non autosufficienti è rappresentato da:

- I Paesi Baschi, dove è in corso la definizione di un contesto di governance integrata dei servizi sociosanitari.
- La Catalogna, dove è in corso il processo di istituzione di un'agenzia integrata per i servizi sociali e sanitari.
- Aragona, dove sono stati costituiti, a partire dal 2018, delle reti locali per il miglioramento della salute e del benessere, attraverso la cooperazione tra i servizi sanitari pubblici e gli enti del terzo settore.

Il modello di governance sociosanitaria dei Paesi Baschi (Spagna)

Al momento attuale, l'assistenza sociale e sanitaria nei Paesi Baschi è supportata dal quadro normativo stabilito da tre leggi:

- Legge 27/1983, del 25 novembre 1983, che regola le relazioni tra le Istituzioni Comuni della Comunità Autonoma dei Paesi Baschi e la Comunità Autonoma e la Comunità Forale dei Paesi Baschi.
- Legge 8/1997, del 26 giugno 1997, sull'organizzazione sanitaria dei Paesi Baschi, completata dal recente decreto 100/2018, del 3 luglio, sulle organizzazioni sanitarie integrate dell'ente pubblico Osakidetza-Servizio Sanitario Basco.
- Legge 12/2008, del 5 dicembre, sui servizi sociali, integrata dal Decreto 185/2015, del 6 ottobre, che regola i criteri, i requisiti e le procedure di accesso al portafoglio di prestazioni e servizi del Sistema basco di servizi sociali.

Inoltre, l'assistenza sociale e sanitaria coinvolge molti attori su diversi livelli di governance:

- Il governo Basco, le cui competenze si estendono dalla pianificazione delle politiche sociali e sanitarie, alla pianificazione ed erogazione di servizi sanitari, sociali e di assistenza.
- I tre governi provinciali (Álava, Bizkaia e Gipuzkoa), con competenze principalmente incentrate sulle politiche sociali e sulla prestazione di servizi di assistenza.
- I 252 consigli locali baschi, principale porta di accesso ai servizi sociali e di cure primarie.

Il governo Basco ha pubblicato una strategia per l'assistenza sociosanitaria dei Paesi Baschi 2021-2024, che descrive il modello di governance integrata in corso di attuazione.

Il modello di governance integrata definisce un quadro di lavoro interistituzionale, multilivello e multidisciplinare, che vede interagire tutte le principali istituzioni e organizzazioni coinvolte nella gestione ed erogazione dei servizi di assistenza sociosanitaria. Tali attori si suddividono tra organi decisori e figure di coordinamento. I primi, di natura multidisciplinare e interistituzionale, includono i) il Consiglio basco per l'assistenza sociale e sanitaria, ii) i Consigli territoriali di assistenza sociale e sanitaria, iii) le Commissioni territoriali di assistenza sociale e sanitaria, iv) le Commissioni primarie di assistenza sociale e sanitaria. Le figure di coordinamento, invece, svolgono un ruolo di coordinamento funzionale dei servizi sanitari e sociali e includono i) la Commissione tecnica permanente, ii) il Coordinamento socio-sanitario territoriale e iii) i referenti socio-sanitari.

Tra gli strumenti sviluppati dal governo Basco che possono rappresentare un utile esempio per il caso italiano, vi è la preparazione di protocolli di coordinamento socio-sanitario. I protocolli consistono in linee guida che descrivono il quadro delle relazioni di collaborazione e attività delle istituzioni e delle organizzazioni coinvolte nella governance ed erogazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria alla popolazione. La strategia del governo Basco prevede anche una regolare revisione dei protocolli e una regolare stipula di rapporti che descrivano lo stato dell'arte dell'attuazione dei protocolli e delle procedure di coordinamento socio-sanitario.

Tali strumenti di governance mirano quindi a fornire delle linee guida che possano semplificare la gestione dei rapporti tra gli organi incaricati della governance e dell'erogazione dei servizi sociosanitari e possono rappresentare un utile strumento verso una presa in carico più integrata delle persone con bisogni di cure sociosanitarie. D'altra parte, tra le difficoltà riscontrate dal governo Basco nella gestione e valutazione dei protocolli vi sono la mancanza di criteri definiti per la validità e la revisione dei protocolli socio-sanitari, la conseguente mancanza di allineamento tra diversi protocolli in diverse realtà locali, e il mancato di coinvolgimento dei responsabili del sistema dei servizi sociali nel processo di integrazione in alcune realtà locali.

L'agenzia integrata per i servizi sociali e sanitari in Catalogna (Spagna)

Il governo Catalano ha approvato, nel 2024, la proposta per l'istituzione di un'agenzia integrata per i servizi sociali e sanitari. L'agenzia costituisce un organo di governance integrata dei servizi di assistenza sociosanitaria a domicilio e in contesti residenziali per persone non-autosufficienti. Tale agenzia, ad oggi ancora in fase di costituzione, rappresenta un unicum a livello internazionale per la sua struttura e obiettivi.

L'obiettivo dell'agenzia è migliorare la collaborazione tra il personale sanitario e sociale, utilizzare strumenti di valutazione multidisciplinare e incentivare lo sviluppo di piani di assistenza integrata per le persone con esigenze complesse.

Il progetto attuale per la costituzione dell'agenzia prevede che la conduzione dell'agenzia venga suddivisa tra il Dipartimento della Salute e il Dipartimento delle Politiche Sociali della Catalogna. Il personale sarà composto sia dai membri di entrambi i dipartimenti, sia da rappresentanti dei Comuni, per garantire una copertura territoriale adeguata. La direzione dell'agenzia passerà alternativamente dal Dipartimento regionale della Salute a quello dei Servizi Sociali, con un mandato di tre anni per ciascuno.

Se il piano verrà approvato, una parte delle risorse finanziarie di ciascun dipartimento sarà destinata all'agenzia per costituire un fondo integrato dedicato al sostegno dei servizi sociosanitari. Questa configurazione permetterebbe una gestione coordinata del budget per i servizi di assistenza sociosanitaria, facilitando l'integrazione dei dati e dei sistemi informativi tra i settori sociale e sanitario e promuovendo un'erogazione integrata dei servizi (intervista OCSE, 2024).

Inoltre, il governo Catalano ha annunciato, a Luglio 2024, che i sistemi informativi del settore sociale e sanitario sono ad oggi interconnessi, permettendo l'accesso ai dati a più di 498 professionisti dei settori sociale e sanitario in Catalogna. Grazie a tale integrazione, i professionisti possono quindi visualizzare le informazioni relative alla salute dei loro utenti, come le loro diagnosi, i marcatori di condizioni croniche, i livelli di fragilità, i servizi di assistenza domiciliare ricevuti e il loro team sanitario di riferimento (Generalitat de Catalunya, 2024^[13]).

Le reti locali per la salute e il benessere in Aragona (Spagna)

Già a partire dal 1996, il governo di Aragona si è impegnato nello sviluppo di progetti multidisciplinari integrati destinati alla promozione della salute e del benessere con lo sviluppo della Rete dei Progetti di Promozione della Salute (Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud). Più recentemente, nel 2018, il governo di Aragona ha avviato il programma delle reti locali per la salute e il benessere, in linea

con il Piano Sanitario dell'Aragona 2030 e con la Strategia di Promozione della Salute del Sistema Sanitario Nazionale Spagnolo (Government of Aragona, 2024^[14]) (Government of Aragona, 2024^[15]).

Il programma ha formalmente avuto inizio con la creazione di un gruppo promotore, composto da personale dirigenziale e tecnico del Governo dell'Aragona e del Comune di Saragozza, incaricato di analizzare e proporre un programma di lavoro comune adattato alle realtà locali di Saragozza (OECD, forthcoming).

Successivamente, è stato istituito un gruppo operativo in ciascun quartiere partecipante. Dall'inizio, questi gruppi operativi hanno collaborato attivamente su vari aspetti della salute comunitaria nei tre quartieri. I gruppi operativi includevano professionisti del settore pubblico provenienti dall'istruzione, dai servizi sociali e sanitari, rappresentanti dei consigli di quartiere o distretto, individui legati alle risorse comunitarie, come i consigli sanitari o altre piattaforme di partecipazione, e professionisti del terzo settore (OECD, forthcoming).

Ogni gruppo ha redatto un rapporto di valutazione che includeva dati demografici, informazioni socio-economiche, informazioni sanitarie, bisogni individuati, risorse comunitarie e strutture di coordinamento in ciascun quartiere. Successivamente, ogni quartiere ha organizzato una conferenza per istituire la propria Rete di Salute (OECD, forthcoming).

Un anno dopo il lancio del programma, è stata organizzata una conferenza per una prima valutazione dell'iniziativa. Tra i punti di forza di questo progetto vi è certamente la natura multiprofessionale e integrata, che coinvolge gli attori del settore pubblico e privato e del terzo settore, impegnati nell'erogazione dei servizi sociali e sanitari nella comunità. D'altra parte, la natura comunitaria e locale permette di identificare al meglio i bisogni della comunità e di definire servizi adeguati ai bisogni. Ciononostante, a sei anni dalla sua implementazione, la diffusione territoriale del programma rimane ancora scarsa, anche a causa di risorse limitate per lo sviluppo del programma.

2 Il ruolo dei prestatori di cura nell'integrazione sociosanitaria

Descrizione del modello

Nell'elaborazione di un modello di integrazione sociosanitaria, il fattore umano è centrale. Prima di diritti, istituzioni, servizi e dati, il mondo dell'assistenza domiciliare è fatto di persone.

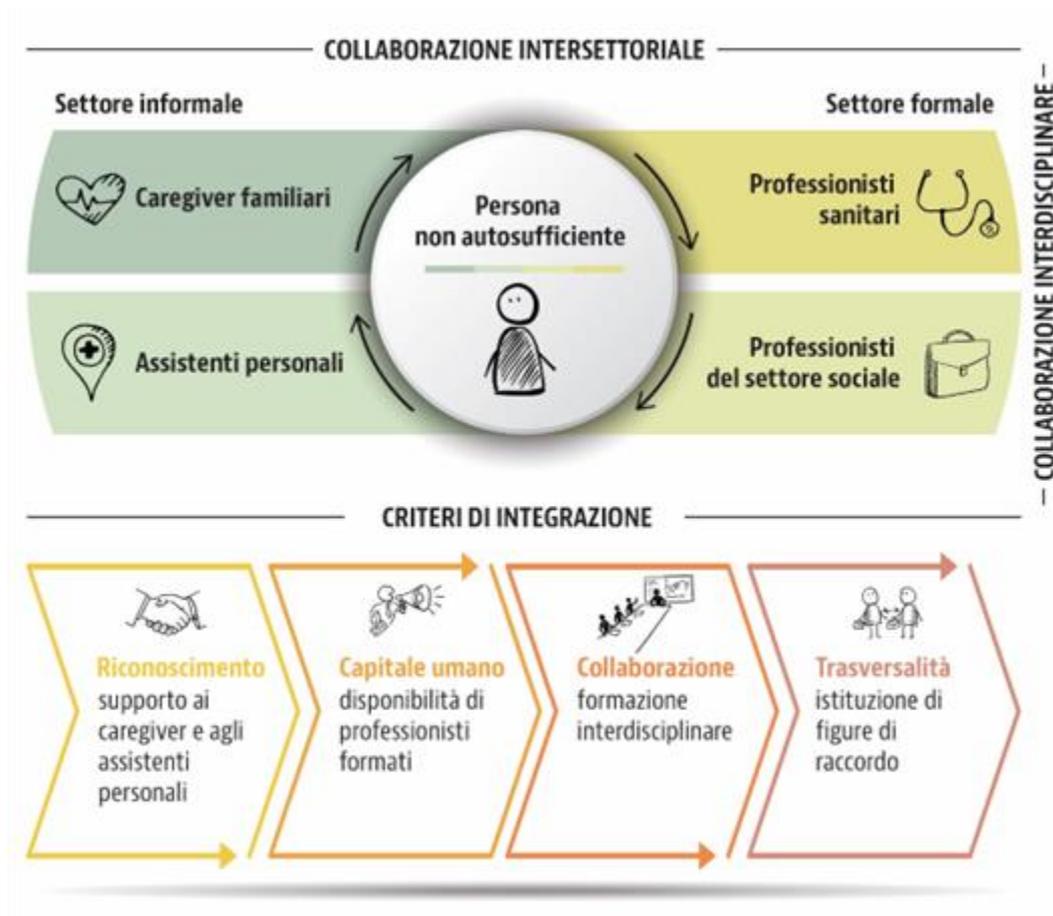
Accanto alle persone non autosufficienti, che necessitano di assistenza per le attività quotidiane, troviamo in primo luogo i caregiver, coloro che prestano assistenza per ragioni personali, familiari o amicali, e non per un rapporto professionale.

Un ruolo prominente nel panorama italiano dell'assistenza è assunto dagli assistenti personali e familiari, lavoratori domestici che forniscono supporto diretto e spesso continuo a chi ha bisogno di cure, assistenza quotidiana o supervisione.

Completano il quadro i professionisti del settore sanitario e sociale, che erogano servizi specialistici operando per enti pubblici, organizzazioni del terzo settore o, in misura crescente, aziende private.

Caregiver familiari, assistenti personali e professionisti del settore sanitario e sociale costituiscono una rete di relazioni essenziale per garantire un'assistenza adeguata alle persone non autosufficienti. L'attivazione e il coordinamento di questa rete sono fondamentali per il successo del modello di integrazione sociosanitaria. Il riconoscimento del ruolo di ciascuno di questi attori è un prerequisito essenziale (Figure 1).

Figure 1. Integrazione fra i prestatori di cure: attori, criteri e azioni



Source: OECD, 2024.

Promuovere una piena integrazione sociosanitaria significa quindi, prima di tutto, assicurare una piena integrazione tra le persone che ricoprono un ruolo nell'assistenza delle persone non autosufficienti. Tale integrazione si svolge sia a livello interdisciplinare, tra servizi sanitari e sociali, sia a livello intersettoriale, tra settore formale e informale.

In particolare, essa richiede, da un lato, la collaborazione tra i professionisti sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti e altri) e dei servizi sociali (assistenti sociali, operatori sociosanitari, psicologi e altri) per la redazione e attuazione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) che copra sia gli aspetti clinici sia quelli sociali della vita della persona non autosufficiente; dall'altro, la collaborazione tra gli operatori professionali dei servizi (settore formale) e le persone che quotidianamente si prendono cura della persona, in particolare il caregiver familiare e l'assistente personale (settore informale).

L'obiettivo è migliorare la qualità della vita del paziente, ottimizzare l'efficacia delle cure, evitare duplicazioni di servizi, ridurre le inefficienze e garantire che la persona riceva un sostegno olistico che consideri tutti gli aspetti del suo benessere e della sua autonomia possibile.

Una prima condizione fondamentale affinché un modello di assistenza sociosanitaria possa operare in modo efficiente ed efficace riguarda l'integrazione intersettoriale. Ciò significa non solo garantire un mutuo riconoscimento ma anche creare sinergie tra i prestatori di cura del settore formale (professionisti sanitari e dell'assistenza sociale) e informale (caregiver familiari, assistenti personali e familiari). Questo richiede la regolazione delle modalità di cooperazione tra questi due settori, per assicurare una chiara

interpretazione dei bisogni della persona non autosufficiente e la definizione di servizi di assistenza ritagliati su misura ed erogati in modo coordinato ed efficiente, nel rispetto dei rispettivi ruoli e professionalità.

Un efficace coordinamento organizzativo rappresenta un requisito essenziale per una piena integrazione intersettoriale: esso deve permeare tutti i livelli del ciclo di assistenza, sostanziandosi in una compartecipazione di diversi attori alla presa in carico e alla valutazione dei bisogni e in una piena integrazione funzionale nell'erogazione dei servizi. È inoltre essenziale che ci sia un flusso di comunicazione efficace tra tutti i livelli organizzativi per garantire che l'assistenza sia prestata in modo organico e coerente e se ciò vale per le istituzioni, vale tanto più anche per i professionisti che a diverso titolo vi operano.

In un contesto multiattoriale orientato al principio di sussidiarietà anche orizzontale, che vede impegnato tanto il settore pubblico quanto quello privato convenzionato e gli enti del terzo settore nell'erogazione dei servizi sociosanitari domiciliari, è particolarmente necessario garantire il coordinamento tra tutti i professionisti sanitari e sociali che vi lavorano, qualunque sia la natura della loro organizzazione di appartenenza. La collaborazione tra questi professionisti, che sempre più spesso esercitano la loro professionalità in condizioni di lavoro e salariali diverse, è necessaria per garantire una presa in carico complessiva ed efficace della persona non autosufficiente. In un sistema di servizi stratificato in più livelli istituzionali e gestionali, per raggiungere una effettiva integrazione delle attività dei professionisti coinvolti è infatti necessario, accanto alla capacità di dialogo degli stessi, un funzionante raccordo tra le amministrazioni pubbliche deputate alla programmazione partecipata dell'assistenza personalizzata e gli enti privati o del terzo settore che per loro conto erogano i servizi.

Un altro tassello fondamentale per una piena integrazione intersettoriale – e, prima ancora, per una compiuta collaborazione interprofessionale – è dato dalla formazione interdisciplinare. È importante sviluppare programmi di formazione che permettano ai professionisti sanitari di acquisire competenze di base nel campo sociale e viceversa. Inoltre, è utile promuovere la comprensione e l'apprezzamento delle diverse competenze professionali all'interno dell'équipe preposta all'esercizio di funzioni assistenziali. Ciò può avvenire tanto a livello di formazione secondaria e terziaria – formare nuovi professionisti strutturalmente dotati di competenze multidisciplinari – quanto di formazione sul posto di lavoro – formare i professionisti già attivi affinché assorbano e pratichino tali competenze nel loro lavoro quotidiano.

Tale questione non si esaurisce nel solo piano delle competenze ma inerisce a una più ampia necessità di promozione della cultura della collaborazione interdisciplinare: è fondamentale rafforzare la propensione alla collaborazione tra diverse professioni e settori, e ciò può essere ottenuto non solo attraverso una formazione adeguata ma anche attraverso la promozione di una nuova narrazione del concetto stesso di assistenza.

L'istituzione di ruoli dedicati per il coordinamento dell'assistenza, come la figura del case manager o dell'operatore di collegamento, può anch'essa contribuire in misura significativa a orientare i pazienti e le loro famiglie verso i servizi appropriati e a facilitare la comunicazione e il coordinamento tra i diversi professionisti coinvolti nell'assistenza.

Inoltre, dalla piena integrazione tra il settore formale e quello informale deriva l'erogazione di una rete di servizi di supporto, anche psicologico, per il caregiver familiare e l'assistente personale che, prestando quotidianamente cura alla persona non autosufficiente, sostengono un carico di assistenza crescente all'interno dell'ambiente domestico che spesso è difficilmente conciliabile con l'attività lavorativa.

Per trovare efficace compimento, questa cruciale dimensione dell'integrazione sociosanitaria richiede infine l'adozione di sistemi di monitoraggio e valutazione continui che consentano di rilevare non solo l'efficacia dell'integrazione ma anche i livelli di soddisfazione e salute del paziente, del caregiver familiare e degli assistenti personali che esercitano quotidianamente funzioni di cura.

Un inquadramento normativo

Su tutti questi aspetti dell'integrazione sociosanitaria, seppur in maniera differenziata, la normativa è in evoluzione. In particolare, si registrano novità sul piano dell'integrazione intersettoriale, nonché della formazione interdisciplinare per migliorare la collaborazione interprofessionale e il coordinamento nelle fasi dell'assistenza.

Settore formale: gli operatori professionali dei servizi

Diverse disposizioni normative e programmatiche a livello statale coinvolgono diverse dimensioni del settore formale, intervenendo su aspetti significativi del ruolo e del lavoro degli operatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. In particolare, la normativa prevede:

- il perseguimento dello “sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità” (DM 77 del 2022, paragrafo 2) e della “integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale” anche per mezzo della telemedicina (paragrafo 1, p. 14);
- la garanzia della “partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico della persona, senza interruzione dei setting assistenziali anche all'interno del Progetto di Salute” (paragrafo 3, p. 17);
- la cooperazione tra le figure presenti nell'équipe multiprofessionale all'interno della Casa di Comunità: medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di medicina di comunità e di medicina dei servizi, infermiere, specialista, farmacista, psicologo, assistente sociale (paragrafo 3, p. 18). In questo senso, la Casa della comunità è individuata quale “luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare” (paragrafo 5, p. 31);
- l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità come “un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute” che è “coinvolto nelle attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità nel sistema dell'assistenza sanitaria territoriale”. Questa nuova figura professionale “lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie e con le risorse della comunità e collabora in team con gli altri professionisti sanitari” (paragrafo 6, pp. 32-33);
- nel nuovo disegno dell'assistenza territoriale, l'assistente sociale è indicato come “il professionista sociosanitario che agisce negli interventi di valutazione degli aspetti sociali che influiscono sui bisogni di salute e nei percorsi integrati di presa in carico con attenzione alla persona, alla famiglia e al contesto di relazione e sociale nel quale è inserita e in rapporto all'ambiente” (Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub, p. 15);
- al Dipartimento di Prevenzione è poi affidata l'adozione e l'implementazione “standard e processi per la revisione e il miglioramento continuo dell'efficacia, dell'appropriatezza e della qualità professionale” (DM 77 del 2022, paragrafo 14, p. 51);
- l'adozione da parte delle strutture territoriali di standard di qualità in merito alla “formazione continua ed interprofessionale del personale” (paragrafo 16, p. 57)
- l'introduzione di misure di formazione integrata dei soggetti coinvolti nella valutazione di base per la disabilità (D.lgs. 62 del 2024, art. 32 co. 1).

In aggiunta a questo insieme di disposizioni, è inoltre prevista l'introduzione di linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi finalizzati a migliorare e rendere omogenea l'offerta formativa per le professioni di cura (D.lgs. 29 del 2024, art. 38 co. 1).

Settore informale: caregiver familiari e assistenti personali

Diverse disposizioni normative e programmatiche a livello statale coinvolgono diverse dimensioni del settore formale, intervenendo su aspetti significativi del ruolo e del lavoro degli operatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. In particolare, la normativa prevede:

- l'individuazione del caregiver familiare come "la persona che assiste e si prende cura (...) del familiare che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata o sia titolare di indennità di accompagnamento" (legge 205 del 2017, art. 1 comma 255);
- la valorizzazione della partecipazione del caregiver familiare nel processo di assistenza anche nella Casa di Comunità (DM 77 del 2022, paragrafo 2, p. 14 e 22);
- alcuni interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del caregiver prima del ritorno al domicilio del paziente (paragrafo 11, p. 42);
- il rapporto con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari secondo il progetto personalizzato e partecipato (D.lgs. 29 del 2024, art. 39 co. 2);
- la previsione del ruolo e delle attività del caregiver nel piano di assistenza e la sua partecipazione alla valutazione multidimensionale (art. 39 co. 3 e 4);
- la programmazione da parte delle Regioni delle "modalità di riordino e unificazione, attività e compiti svolti dalle unità di valutazione multidimensionale delle misure di sostegno e di sollievo ai caregiver familiari" (art. 39 co. 5);
- la valorizzazione delle competenze, in particolare quelle del caregiver familiare studente, anche attraverso riconoscimento della qualifica professionale di operatore sociosanitario e la promozione di misure di favore per il reinserimento lavorativo (art. 39 co. 7, 8 e 9);
- la partecipazione delle associazioni maggiormente rappresentative dei caregiver familiari alla programmazione regionale (art. 39 co. 12);
- la garanzia del pieno coinvolgimento del caregiver nel monitoraggio e nelle successive verifiche dell'attuazione del progetto di vita (D.lgs. 62 del 2024, art. 29 co. 1 lettera d);
- il comma 162 della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021 relativamente alle componenti servizi di sollievo e servizi di supporto;
- il Decreto legislativo 30 giugno 2022, n. 105 Attuazione della direttiva (UE) 2019/1158 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2019, relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza e che abroga la direttiva 2010/18/UE del Consiglio.

In aggiunta a queste disposizioni, sono attualmente in discussione diverse proposte di riforma della condizione giuridica del caregiver familiare a livello nazionale, che vede impegnato il dibattito parlamentare e il Tavolo tecnico per il riconoscimento del caregiver familiare insediato presso il Ministero per le disabilità.

Per quanto riguarda il ruolo degli assistenti familiari, inoltre, la normativa prevede la promozione, attraverso enti accreditati, di corsi di formazione professionale per acquisire la qualificazione di assistente familiare (D.lgs. 19 del 2024, art. 38 co. 4).

Inoltre, è prevista l'introduzione di linee guida finalizzate anche all'acquisizione della qualificazione professionale di assistente familiare, nonché alla definizione e validazione delle sue competenze (D.lgs. 29 del 2024, art. 38 co. 1).

Criteri di integrazione

Alla luce del modello sopra esposto e della più recente evoluzione normativa, possono essere delineati i seguenti criteri per un'integrazione tra i prestatori di assistenza e cura, e in relazioni ad essi delle azioni volte al loro soddisfacimento:

- Riconoscimento: un sistema è integrato se c'è chiarezza sugli attori che prestano cura e ciascuno trova adeguato riconoscimento nel sistema giuridico e amministrativo.
 - *Azione correlata:* supporto ai caregiver e agli assistenti personali e familiari, inclusi servizi per il benessere, dietro apposita valutazione.
- Capitale umano: un sistema è integrato se dispone di un numero adeguato di prestatori di cura formati sia nel settore formale che informale.
 - *Azione correlata:* formazione e rafforzamento delle condizioni di lavoro per tutte le categorie professionali coinvolte.
- Collaborazione: un sistema è integrato se vanta un forte coordinamento tra il settore formale e informale, e in particolare se conta su una solida cultura della collaborazione tra i professionisti dei servizi sanitari e del settore sociale.
 - *Azione correlata:* formazione interdisciplinare e sviluppo delle soft skill (gestione della relazione tra il professionista, il paziente e i caregiver).
- Trasversalità: l'integrazione è completa quando il coordinamento si compie lungo tutte le fasi del percorso assistenziale.
 - *Azione correlata:* istituzione di figure di raccordo per assicurare coerenza negli interventi e chiare attribuzioni delle responsabilità lungo tutte le fasi del percorso assistenziale.

Esempi di pratiche internazionali

Si propongono diversi esempi di pratiche internazionali rilevanti per ciascuna delle azioni proposte.

Politiche che istituiscono figure di raccordo per favorire l'integrazione sociosanitaria nell'assistenza

- Austria – Community nursing. L'iniziativa risponde alle esigenze di una popolazione in invecchiamento e con condizioni di salute complesse, mirando a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e a promuovere un'assistenza basata sulla prossimità e sulla continuità. La fase pilota, che prevede l'implementazione di almeno 150 infermieri comunitari entro il 2024, si concentra sul benessere delle comunità locali, specialmente degli anziani e di coloro che necessitano di assistenza. Le attività includono visite domiciliari preventive, consulenze, valutazioni assistenziali e il coordinamento di servizi aggiuntivi, con l'obiettivo di permettere alle persone di rimanere il più a lungo possibile nel proprio ambiente domestico. La valutazione dell'efficacia del progetto è affidata all'Institute for Applied Research on Ageing (IARA) e alla Fachhochschule Kärnten, attraverso un approccio multidisciplinare e partecipativo.¹
- Regno Unito – Health and Social Care Coordinators. I Coordinatori per la Salute e l'Assistenza Sociale lavorano nel Servizio Sanitario Nazionale per integrare i servizi sanitari e assistenziali, supportando i pazienti con esigenze complesse nel navigare il sistema di assistenza. Queste figure

¹ Per maggiori informazioni: <https://cn-oesterreich.at/>

facilitano la comunicazione tra diversi fornitori di servizi e assicurano che le cure siano coordinate e personalizzate.²

- Francia – Référents Parcours Santé. La Francia ha introdotto una figura di coordinamento per facilitare l'integrazione tra cure sanitarie e sociali, in particolare per le persone affette da malattie croniche o con bisogni complessi. Questi coordinatori aiutano i pazienti a orientarsi nel sistema sanitario, garantendo un approccio centrato sulla persona e una continuità dell'assistenza.³

Politiche per il riconoscimento e la valutazione dei bisogni dei caregiver familiari

- Inghilterra – Valutazione dei caregiver familiari. In Inghilterra, i caregiver familiari hanno diritto a una valutazione da parte del Health and Social Care Trust. Questa valutazione può essere svolta parallelamente a quella della persona assistita e analizza come l'attività di cura influenzi vari aspetti della vita del caregiver, tra cui salute fisica e mentale, lavoro, tempo libero e relazioni personali. La valutazione può avvenire di persona, telefonicamente o online e dura almeno un'ora. Successivamente, i servizi sociali sviluppano un "piano di cura" personalizzato, che determina il tipo di supporto necessario, come il supporto emotivo, l'aiuto domestico e l'adeguamento delle attrezzature presso il domicilio dell'assistito.
- Australia – Carer Gateway. Si tratta di un servizio pubblico che offre una vasta rete di supporto per i caregiver, inclusi consulenza, gruppi di sostegno tra pari, coaching, servizi di sollievo e corsi di formazione online. Per accedere ai servizi, è necessaria una valutazione che consente di adattare il supporto alle esigenze specifiche del caregiver. Tuttavia, per i caregiver che necessitano di assistenza immediata, il servizio offre interventi di emergenza disponibili 24 ore su 24, sette giorni su sette, senza necessità di valutazione preventiva.⁴
- Svezia – The Carers Outcome Agreement Tool (COAT). In Svezia, la valutazione dei caregiver permette di prendere in considerazione le opinioni dei caregiver riguardo all'assistenza domiciliare e di creare forme di supporto più personalizzate e flessibili. Il programma COAT, sperimentato a partire dal 2006 in alcune municipalità, si concentrava su quattro ambiti principali: aiutare i caregiver nell'assistenza, sostenere le loro esigenze personali, migliorare la qualità della vita degli assistiti, e garantire un supporto di alta qualità. COAT ha favorito la collaborazione tra caregiver e operatori, riconoscendo l'importanza dell'expertise di entrambe le parti e incoraggiando un impegno concreto e duraturo nel supporto alla cura familiare.⁵

Politiche per affrontare le carenze di manodopera nel settore della cura

- Regno Unito – Fondo per il reclutamento e la ritenzione del personale. Nel 2021 il Dipartimento della Salute e dell'Assistenza Sociale ha istituito un fondo temporaneo dedicato al reclutamento e alla ritenzione del personale nel settore dell'assistenza sociale per adulti (*Adult Social Care Recruitment and Retention Fund*).⁶ Questo fondo mirava a rafforzare il reclutamento e la ritenzione del personale attraverso l'offerta di una formazione migliorata, opportunità di sviluppo professionale e percorsi di carriera più chiari per attrarre e mantenere il personale nel settore dell'assistenza.

² Per maggiori informazioni: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/workforce-and-training/care-co-ordinators/>

³ Per maggiori informazioni: <https://www.ites-formation.com/wp-content/uploads/2022/10/plaquette.pdf>

⁴ Per maggiori informazioni: <https://www.carergateway.gov.au/>

⁵ Per maggiori informazioni: <https://hb.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A883719&dswid=2934>

⁶ Per maggiori informazioni: <https://www.gov.uk/government/publications/workforce-recruitment-and-retention-fund-for-adult-social-care>

- Germania – Riconoscimento delle qualifiche straniere. Nel 2021 il Ministero Federale dell'Istruzione e della Ricerca ha implementato una legge che facilita il riconoscimento delle qualifiche professionali acquisite all'estero, in particolare nel settore sanitario (*Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen*).⁷ Questa politica mira a rendere più facile per gli immigrati qualificati far riconoscere le proprie qualifiche e integrarsi nel mercato del lavoro tedesco, affrontando le carenze di personale sanitario.
- Giappone – Programma di formazione tecnica per tirocinanti stranieri. Nel 2017 l'Organizzazione per l'educazione professionalizzante dei tirocinanti ha avviato un programma che permette ai cittadini stranieri di venire in Giappone come tirocinanti in vari settori, incluso quello dell'assistenza (*Technical Intern Training Programme*).⁸ Il programma è progettato per trasferire competenze ai paesi in via di sviluppo e, allo stesso tempo, affrontare le carenze di manodopera nel settore dell'assistenza in Giappone.
- Australia – Iniziative di migrazione regionale. Il Dipartimento degli Affari Interni ha implementato varie iniziative di migrazione regionale – *Skilled Work Regional (Provisional) visa (subclass 491)*⁹ e *Regional Sponsored Migration Scheme (subclass 187)*¹⁰ – per attrarre professionisti del settore sanitario in aree rurali e remote dove le carenze sono più acute. Queste politiche offrono incentivi come percorsi verso la residenza permanente, salari più alti e assistenza per il trasferimento.

Politiche per promuovere l'integrazione dell'istruzione sociale e sanitaria

- Paesi Bassi – Curriculum di laurea in infermieristica. Il Ministero dell'Istruzione, Cultura e Scienza ha riformato il curriculum di laurea in infermieristica per enfatizzare la cura integrata (*Bachelor of Nursing – HBO-V*). Il nuovo curriculum include moduli congiunti su temi sociali e sanitari, preparando gli infermieri a lavorare in team interdisciplinari che affrontano sia i bisogni medici che quelli sociali dei pazienti.
- Canada – Educazione interprofessionale. Il Canada promuove l'educazione interprofessionale in cui studenti di varie discipline sanitarie apprendono insieme. Programmi come quelli offerti dall'Università di Toronto (*Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education – CACHE*)¹¹ includono corsi collaborativi e tirocini clinici che favoriscono il lavoro di squadra tra i futuri operatori sanitari e dei servizi sociali.
- Singapore – Formazione della forza lavoro integrata in ambito sociale e sanitario. L'Agenzia per la Cura Integrata di Singapore offre programmi di formazione che si concentrano sulla cura integrata (*Integrated Care Workforce Training*).¹² Questi programmi includono moduli sia sulla cura sanitaria che sociale, con l'obiettivo di fornire al personale le competenze necessarie per la gestione olistica della cura.

⁷ Per maggiori informazioni: https://www.anerkennung-in-deutschland.de/assets/content/Medien_Dokumente-Fachpublikum/anerkennungsgesetz.pdf

⁸ Per maggiori informazioni: <https://www.jitco.or.jp/en/regulation/>

⁹ Per maggiori informazioni: <https://immi.homeaffairs.gov.au/visas/getting-a-visa/visa-listing/skilled-work-regional-provisional-491>

¹⁰ Per maggiori informazioni: <https://immi.homeaffairs.gov.au/visas/getting-a-visa/visa-listing/regional-sponsor-migration-scheme-187>

¹¹ Per maggiori informazioni: <https://ipe.utoronto.ca/about-us>

¹² Per maggiori informazioni: <https://www.aic.sg/>

3 Sistemi informativi

Descrizione del modello

L'integrazione dei sistemi informativi rappresenta un elemento cruciale per il rafforzamento dell'assistenza sociale e sanitaria domiciliare. Tale dimensione è particolarmente importante per le persone non autosufficienti, che necessitano di un coordinamento continuo ed efficace tra i vari momenti e servizi di assistenza per garantire un supporto completo e adeguato alle loro esigenze di cura complesse e in continuo cambiamento. Sistemi informativi integrati permettono infatti di monitorare e gestire in modo efficiente i dati relativi alle condizioni di salute dei pazienti e dei loro bisogni, facilitando la condivisione di informazioni tra i diversi attori coinvolti nell'assistenza.

L'integrazione dei sistemi informativi si basa su diversi fattori che concorrono nel favorire un'efficace comunicazione e collaborazione tra i vari attori coinvolti (Figure 2).

- **Interoperabilità:** la capacità dei sistemi informativi di comunicare e scambiare dati in modo rapido e fluido tra le amministrazioni sanitarie e quelle deputate all'assistenza sociale. L'interoperabilità rappresenta un obiettivo cruciale verso cui è necessario tendere affinché tutte le informazioni rilevanti del paziente possano essere, in futuro, accessibili in modo sicuro sia ai professionisti sanitari che a quelli sociali. Questo permetterà di facilitare una presa in carico sempre più integrata della persona non autosufficiente, supportando una pianificazione coordinata degli interventi sociali e sanitari e promuovendo una continuità assistenziale più efficace.
- **Governance dei dati multilivello:** essa richiede meccanismi di coordinamento tra i vari enti a diversi livelli di governo (nazionale, regionale, locale). Questo comporta la definizione chiara dei ruoli e delle responsabilità di ciascun ente, garantendo che tutti gli attori lavorino verso obiettivi comuni di integrazione e continuità assistenziale, anche nel campo della raccolta, della gestione e della condivisione dei dati.
- **Standardizzazione dei dati:** per assicurare la coerenza e la qualità delle informazioni scambiate, sarebbe importante promuovere l'adozione di standard comuni per la raccolta, l'archiviazione e la trasmissione dei dati. Questo include l'uso di terminologie e codici unificati, che permettono a tutti i sistemi di interpretare correttamente i dati condivisi.
- **Protezione della privacy e sicurezza dei dati:** la protezione dei dati personali è essenziale per costruire la fiducia tra i pazienti e gli operatori. Devono essere implementate misure rigorose per garantire la sicurezza e la protezione dei dati, in conformità con le normative vigenti sulla privacy e in particolare tenendo conto degli ultimi orientamenti del Garante della Privacy.¹³

¹³ In particolare, il Garante ha evidenziato nel suo parere sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del 2022 che la disciplina attuale del FSE e del Dossier Elettronico Sanitario (EDS) non tiene adeguatamente conto della tutela del diritto alla riservatezza degli interessati. Il Garante ha sottolineato la necessità di maggiore chiarezza riguardo la titolarità del diritto e del trattamento dei dati, nonché le relative responsabilità degli enti istituzionali erogatori di servizi. In particolare, vi è una differenza giuridica tra il FSE, che non è obbligatorio, permette l'oscuramento dei dati, e basa

- **Accessibilità e usabilità:** i sistemi informativi devono essere accessibili e facili da usare per tutti gli utenti, compresi i pazienti e i loro caregiver. Devono supportare l'accesso remoto e mobile, migliorando l'efficienza nell'erogazione dei servizi.
- **Monitoraggio e valutazione:** un sistema integrato deve supportare il monitoraggio continuo e la valutazione degli interventi, raccogliendo dati di feedback e risultati per migliorare continuamente i servizi offerti. Questo permette di adattare gli interventi secondo le necessità del paziente e di garantire una qualità elevata delle cure.

Figure 2. L'integrazione dei sistemi informativi per il rafforzamento dell'assistenza sociale e sanitaria domiciliare



Source: OECD, 2024.

Nonostante si registri una progressiva evoluzione normativa anche in questo ambito, vi sono diverse sfide, potenziali e attuali, che devono essere affrontate per garantire un'integrazione efficace dei sistemi informativi:

- **Disomogeneità delle soluzioni digitali:** la frammentazione dei sistemi informativi tra i vari enti territoriali e tra le componenti sanitaria e sociale rappresenta una barriera significativa. Occorre promuovere l'adozione di soluzioni standardizzate a livello nazionale e incentivare la migrazione verso sistemi digitali avanzati.
- **Resistenza al cambiamento:** la formazione degli operatori è centrale per l'adozione efficace dei nuovi sistemi. Deve essere affrontata la resistenza al cambiamento da parte del personale sanitario e sociale, dimostrando i benefici pratici della digitalizzazione e dell'integrazione dei dati.

la liceità del trattamento sull'assenza di consenso, e la cartella clinica, che è un atto pubblico e non consente l'oscuramento. Il Garante ha inoltre evidenziato che l'accesso dei sanitari a tutte le informazioni contenute nel FSE potrebbe non rispettare appieno gli obblighi normativi relativi al consenso informato. Pertanto, è fondamentale affrontare queste problematiche per garantire una gestione sicura e conforme dei dati sanitari.

- Definizione dei diritti di accesso ai dati: non tutti gli enti necessitano di accedere a tutti i dati. È necessario definire chi può accedere a quali dati, basandosi su necessità operative e di sicurezza, in linea con il parere del Garante della Privacy precedentemente richiamato. Ciò può essere gestito tramite sistemi di autorizzazione che limitano l'accesso a dati sensibili solo a chi ne ha effettivamente bisogno.
- Bilanciamento tra standardizzazione e flessibilità: mentre la standardizzazione dei dati è cruciale per l'interoperabilità, è anche importante mantenere una certa flessibilità per adattarsi alle specifiche esigenze locali e ai cambiamenti futuri. Inoltre, l'integrazione dei dati può comportare cambiamenti nelle pratiche professionali, richiedendo formazione e supporto continuo per gli operatori sanitari e sociali.
- Mancanza di risorse e priorità politiche: la carenza di risorse tecniche e finanziarie può ostacolare l'implementazione di sistemi integrati. È necessario un forte impegno politico e un adeguato finanziamento pubblico per supportare questi processi.
- Governance e coordinamento: l'assenza di una governance unificata tra i settori sanitario e sociale può complicare l'integrazione. È fondamentale sviluppare strutture di governance che promuovano il coordinamento e l'allineamento tra i diversi livelli di governo e le organizzazioni coinvolte.

Un inquadramento normativo

Anche sul piano dell'integrazione tra sistemi informativi si registra una progressiva evoluzione normativa nel settore dell'assistenza domiciliare che, in termini generali, può essere ricondotta all'obiettivo di garantire progressivamente la piena integrazione dei sistemi informativi dei servizi sanitari e sociali sia a livello nazionale che regionale finalizzata all'interoperabilità dei flussi informativi.

Nelle riforme più recenti sono individuate diverse disposizioni normative e programmatiche relative all'integrazione dei sistemi informativi del settore sanitario e di quello sociale:

- l'integrazione dei sistemi informativi è disposta a livello nazionale, con riferimento all'assistenza domiciliare per le persone anziane non autosufficienti, per il monitoraggio dell'erogazione dei servizi domiciliari attraverso l'integrazione dei flussi informativi di SIAD (Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare) del Ministero della Salute e quelli di SIUSS (Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali) del Ministero del lavoro e politiche sociali (D.lgs. 29 del 2024, art. 29 co. 2); non sussiste invece, allo stato attuale, un relativo obbligo per le Regioni;
- la promozione dell'interoperabilità dei sistemi informativi a livello regionale e locale anche tra le regioni e le province autonome, i comuni e gli ATS nel rispetto delle linee guida sull'interoperabilità tecnica delle pubbliche amministrazioni, adottate dall'AGID (Agenzia per l'Italia digitale) e di quelle definite dall'ASD (Agenzia nazionale per la sanità digitale, funzione assunta da AGENAS ai sensi del decreto legge n. 4 del 27 gennaio 2022) allo scopo di agevolare la presa in carico della persona (art. 23, co. 3);
- la garanzia dell'attivazione immediata e automatica dei benefici anche attraverso il sistema di interoperabilità (art. 28 co. 3).

La normativa prevede inoltre:

- il potenziamento del FSE (fascicolo sanitario elettronico) e dotazione di infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate come standard per garantire interoperabilità dei dati sanitari sia all'interno del servizio sanitario regionale che con i diversi sistemi informativi statali (DM 77 del 2022, paragrafo 16, pp. 54-56);
- l'uniformità dell'istituzione del FSE e l'interoperabilità dei sistemi informativi anche per potenziare la disponibilità dei dati per la gestione della sanità pubblica (Linee-guida nazionali di attuazione del

Fascicolo Sanitario Elettronico 2022, p. 60); l'interoperabilità dei sistemi informativi sanitari e sociali a livello territoriale "è favorita anche dalla presenza dell'assistente sociale nella Casa della Comunità" (Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub, p. 12); la garanzia dell'interoperabilità tra le banche dati INPS e il FSE (Fascicolo sanitario elettronico) sugli elementi relativi al procedimento valutativo di base della disabilità (D.lgs. 62 del 2024, art. 16);

- Ministero della Salute, Decreto 7 agosto 2023; modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante: «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare».

Criteri d'integrazione

Alla luce del modello sopra esposto e della più recente evoluzione normativa, possono essere delineati i seguenti criteri per un'efficace integrazione dei sistemi informativi:

- **Interoperabilità:** un sistema è integrato se i vari sistemi informativi possono comunicare e scambiare dati in modo fluido e sicuro.
 - *Azione correlata:* implementazione di standard di interoperabilità riconosciuti a livello nazionale e l'adozione di soluzioni tecnologiche compatibili, incluse delle piattaforme che permettano una rapida condivisione delle informazioni tra gli attori coinvolti.
- **Governance dei dati:** un sistema è integrato se esiste un coordinamento efficace tra i diversi livelli di governo e tra i vari enti coinvolti.
 - *Azione correlata:* definizione chiara dei ruoli e delle responsabilità di ciascun ente, con la creazione di strutture di governance che facilitino la collaborazione e la piena integrazione delle stesse all'interno dei modelli organizzativi dei servizi.
- **Standardizzazione:** un sistema è integrato se adotta standard comuni per la raccolta, l'archiviazione e la trasmissione dei dati.
 - *Azione correlata:* sviluppo e implementazione di linee guida nazionali per la standardizzazione dei dati sanitari e sociali.
- **Protezione dei dati:** un sistema è integrato se garantisce la protezione della privacy e la sicurezza dei dati personali.
 - *Azione correlata:* implementazione di misure di sicurezza rigorose e conformi alle normative sulla privacy, con formazione continua per gli operatori sui temi della sicurezza dei dati.
- **Accessibilità e usabilità:** un sistema è integrato se è facilmente accessibile e utilizzabile da tutti gli utenti, inclusi i pazienti e i loro caregiver.
 - *Azione correlata:* sviluppo di interfacce utente intuitive per facilitare l'accesso dell'utenza e formazione degli operatori sull'uso dei sistemi informativi.
- **Monitoraggio e valutazione:** un sistema è integrato se consente il monitoraggio continuo e la valutazione degli interventi.
 - *Azione correlata:* implementazione di sistemi di monitoraggio e valutazione che raccolgano dati di feedback e risultati per migliorare continuamente i servizi.

Esempi di pratiche internazionali

Queste pratiche mostrano come l'integrazione dei dati tra i settori sociali e sanitari possa essere realizzata in modo sicuro e conforme al GDPR, bilanciando l'interoperabilità con il rispetto della privacy dei cittadini.

- Estonia – Sistema X-Road ed e-Health. L'Estonia è riconosciuta come leader nell'ambito della digitalizzazione dei servizi pubblici, grazie alla piattaforma X-Road,¹⁴ un'infrastruttura digitale sicura che consente lo scambio di dati tra vari database pubblici e privati, inclusi quelli sanitari e sociali. Il sistema permette alle istituzioni sanitarie e sociali di condividere in modo fluido e sicuro le informazioni sui cittadini, facilitando il coordinamento dei servizi in tempo reale. In concreto, i medici possono accedere alle cartelle cliniche digitali dei pazienti, e i servizi sociali possono verificare rapidamente lo stato di assistenza sanitaria di una persona.

X-Road utilizza tecnologie avanzate di crittografia e firme digitali per garantire che solo gli operatori autorizzati possano accedere ai dati. Ogni accesso ai dati è tracciato, e i cittadini possono monitorare chi ha consultato le loro informazioni, fornendo trasparenza e controllo individuale. Questo approccio rispetta pienamente il GDPR, poiché i cittadini possono gestire le autorizzazioni relative al trattamento dei propri dati, assicurando che siano condivisi solo con chi ha il consenso esplicito.

- Danimarca – National Health Data Network. La Danimarca ha sviluppato il National Health Data Network¹⁵, un'infrastruttura che collega i servizi sanitari e sociali attraverso piattaforme digitali. Il sistema è particolarmente utile per la gestione delle cure a lungo termine per anziani e pazienti con malattie croniche, poiché permette di condividere informazioni tra ospedali, medici di base, servizi sociali e comuni. Questa rete consente un pieno coordinamento tra le diverse istituzioni, riducendo il rischio di frammentazione delle cure.

Il sistema rispetta pienamente le normative GDPR, utilizzando tecniche di anonimizzazione dei dati e consentendo ai cittadini di gestire il consenso per la condivisione delle loro informazioni. La Danimarca ha implementato un robusto sistema di controllo degli accessi, garantendo che solo i professionisti autorizzati possano visualizzare i dati sensibili. Inoltre, il sistema consente la revoca del consenso da parte dei cittadini in qualsiasi momento, dando loro pieno controllo sui propri dati.

- Finlandia – Kanta Services. Il sistema Kanta¹⁶ è la piattaforma nazionale della Finlandia per la gestione elettronica dei dati sanitari e sociali. Attraverso Kanta, i professionisti del settore sanitario e sociale possono accedere a una base di dati integrata che contiene cartelle cliniche, piani di cura e informazioni sui servizi sociali. Questo migliora l'efficacia del servizio, poiché tutti gli operatori coinvolti possono accedere rapidamente alle informazioni necessarie per fornire cure personalizzate e coordinate.

Kanta adotta rigorose misure di sicurezza per garantire la protezione dei dati personali. I cittadini devono dare un consenso esplicito prima che i loro dati siano condivisi tra i servizi sanitari e sociali. La crittografia e i sistemi di autenticazione a più fattori proteggono ulteriormente i dati. Inoltre, Kanta fornisce ai cittadini la possibilità di monitorare chi accede alle loro informazioni e di limitare l'accesso ai propri dati, assicurando una piena conformità con il GDPR.

- Paesi Bassi – Personal Health Environment (PHE). Nei Paesi Bassi, Paese in cui negli ultimi anni si sono riscontrate criticità nell'integrazione dei sistemi informativi in ambito sanitario¹⁷, è corso di sperimentazione il Personal Health Environment (PHE)¹⁸, un sistema che permette ai cittadini di gestire le proprie informazioni sanitarie e sociali in un'unica piattaforma. Attraverso PHE, medici,

¹⁴ Per maggiori informazioni: [X-Road - e-Estonia](#)

¹⁵ Per maggiori informazioni: [English - Sundhedsdatastyrelsen](#)

¹⁶ Per maggiori informazioni: [What are the Kanta Services? - Citizens - Kanta.fi](#)

¹⁷ OECD (2022), *Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a1568975-en>.

¹⁸ Per maggiori informazioni: [Alles over persoonlijke gezondheidsomgevingen - PGO.nl](#); <https://www.digitalezorggids.nl/kies-je-pgo/>

assistenti sociali e altri professionisti potranno accedere ai dati rilevanti per migliorare la continuità delle cure. Il sistema promuove un approccio olistico alla cura, integrando informazioni provenienti da vari settori, inclusi quelli sociali, sanitari e assistenziali.

PHE adotta una struttura decentralizzata per l'archiviazione dei dati, il che significa che le informazioni sono suddivise tra diversi server e protette da rigide misure di sicurezza. I cittadini hanno il pieno controllo sui dati e possono decidere chi può accedere alle loro informazioni, rispettando i requisiti del GDPR. Il sistema utilizza anche crittografia avanzata per proteggere i dati durante il trasferimento e l'archiviazione.

- Svezia – Portale 1177 Vårdguiden. Il 1177 Vårdguiden¹⁹ è il portale nazionale della Svezia che permette ai cittadini di accedere ai propri dati sanitari e di interagire con i servizi sanitari in modo digitale. Attraverso questo portale, i pazienti possono prenotare visite mediche, visualizzare le proprie cartelle cliniche, richiedere rinnovi di prescrizioni e ottenere informazioni sanitarie da fonti attendibili. Il sistema integra dati provenienti da vari settori sanitari, facilitando la collaborazione tra medici, ospedali e servizi di assistenza primaria.

Il portale 1177 è progettato per rispettare rigorosamente la privacy degli utenti e garantire la conformità al GDPR. L'accesso ai dati personali è protetto tramite autenticazione a più fattori e crittografia avanzata. I cittadini possono controllare chi ha accesso ai propri dati sanitari e gestire le autorizzazioni per la condivisione delle informazioni, garantendo così il pieno rispetto dei loro diritti alla privacy.

- Germania – Riforme per la digitalizzazione nel settore sanitario. La Germania ha recentemente introdotto una serie di riforme per accelerare la digitalizzazione del sistema sanitario, con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità, la qualità e l'efficacia delle cure.²⁰ Tra le principali misure, il Digital-Gesetz (DigiG) e il Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), entrati in vigore nel marzo 2024, rappresentano passi importanti verso un sistema integrato. Il DigiG punta a migliorare l'uso quotidiano di soluzioni digitali come la cartella clinica elettronica (ePA) e la prescrizione elettronica (e-prescription), mentre il GDNG mira a rendere i dati sanitari più facilmente accessibili per la ricerca, contribuendo al miglioramento delle cure. A supporto di queste iniziative, la Germania ha introdotto anche infrastrutture telematiche sicure, come la Tessera Sanitaria Elettronica (eGK), e applicazioni di telemedicina e sanità digitale (DiGA).

Queste riforme non solo promuovono l'interoperabilità, ma assicurano anche il rispetto delle normative sulla privacy, in particolare del GDPR. Il Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) stabilisce che l'uso dei dati sanitari per ricerca e innovazione avviene nel rispetto della sovranità informativa dei cittadini, garantendo che i dati personali siano anonimi o pseudonimi, quando appropriato, e che i cittadini mantengano il controllo sui propri dati. La cartella clinica elettronica (ePA), per esempio, è accessibile solo con il consenso esplicito del paziente e tramite sistemi di autenticazione avanzata.

¹⁹ Per maggiori informazioni: [1177](#)

²⁰ Per maggiori informazioni: [Digitalisation in healthcare | BMG \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#)

4 Erogazione dei servizi

La Strategia di intervento 2 del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-24 si riferisce agli interventi normati dal comma 163 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano il percorso assistenziale integrato da attivare per le persone che presentano i bisogni complessi (i cosiddetti LEPS di processo).

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito da cinque macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile e sono ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali.

Accesso. Costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La normativa italiana sta evolvendo verso la creazione di un meccanismo che garantisca un accesso semplificato e integrato ai servizi di assistenza sanitaria e socio-assistenziale sul territorio. L'obiettivo principale è quello di realizzare un sistema unico che faciliti il cittadino nell'orientarsi tra le varie prestazioni e risorse disponibili, collocando il Punto Unico di Accesso (PUA) in un luogo di prossimità facilmente raggiungibile, come ad esempio le Case della Salute o altre strutture territoriali. Questo punto di accesso non solo migliorerà l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, ma anche la tempestività e l'efficienza delle risposte ai bisogni dell'utenza, riducendo la frammentazione delle cure. Inoltre, il PUA avrà la funzione di raccogliere, valutare e indirizzare le richieste, facilitando la presa in carico da parte delle diverse professionalità, migliorando così l'efficacia dell'assistenza territoriale e favorendo una maggiore continuità assistenziale. Le disposizioni normative e programmatiche prevedono:

- l'introduzione all'interno delle Case della Comunità di Punto Unico di Accesso (PUA) con funzioni di assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti DM 77 del 2022, paragrafo 5, p. 27)
- all'interno del PUA operano équipe multiprofessionali integrate che possono ricevere l'istanza di avvio del procedimento per la formazione del progetto di vita indipendente da parte della persona con disabilità e della sua famiglia (D.lgs. 62 del 2024, art. 23 co. 2)
- nell'ambito dei punti unici di accesso sono assicurati alle persone anziane, l'erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e sociosanitari e la possibilità di ottenere una valutazione multidimensionale unificata (D.lgs. 29 del 2024, art. 10).

Prima valutazione. Funzione che costituisce la fase di valutazione preliminare dei bisogni espressi dalla persona e/o dal nucleo familiare, in cui sono garantite le attività che completano il quadro informativo necessario per la presa in carico e le attività di rilevazione dell'eventuale complessità dei bisogni emersi. In caso di bisogno semplice di natura sanitaria o sociale, è previsto l'invio verso le competenti strutture organizzative anche di tipo specialistico. In caso di bisogno complesso con aspetti di integrazione, è prevista l'attivazione delle competenti unità di valutazione multidimensionale. Le attività di valutazione preliminare costituiscono lo snodo essenziale che permette il coordinamento operativo con le strutture

professionali delle Centrali Operative Territoriali (COT), mantenendo nel contempo lo svolgimento coerente, tempestivo e appropriato del percorso assistenziale per i casi complessi.

Valutazione multidimensionale. Costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psicosociale della persona nei casi complessi e delle condizioni e delle effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'attivazione dell'équipe integrata che provvede all'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato

Piano assistenziale individualizzato. Costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'équipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'équipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

Disposizioni normative e programmatiche:

- l'introduzione di un piano di assistenza individuale integrato (PAI) personalizzato che può prevedere anche e cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei LEA che può comprendere un piano di riabilitazione (PRI) (DM 77 del 2022, paragrafo 10, p. 39)
- la definizione del PAI segue all'accertamento della condizione di non autosufficienza da parte dell'UVM ed è redatto dall'unità di valutazione che può avvalersi di ulteriori figure professionali "per garantire la presenza della componente sanitaria unitariamente a quella sociale": professionisti di area sociale degli ATS, uno o più professionisti sanitari, incluso il responsabile clinico del processo di cura (D.lgs. 29 del 2024, art. 17 co. 13)
- il PAI "è redatto con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver familiari e, su richiesta della persona, degli enti del Terzo settore" e "contiene gli obiettivi di cura, gli interventi modulati secondo la durata e l'intensità del bisogno e le figure professionali coinvolte" nonché "le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento delle attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione" (art. 27 co. 15, 16 e 17)
- nell'ambito del PAI è prevista la redazione del budget di cura e assistenza "quale strumento per l'ottimizzazione progressiva della fruizione e della gestione degli interventi e dei servizi di cura e di sostegno ai fini dell'attuazione del progetto" (art. 17 co. 18)
- è istituito il progetto di vita che, elaborato dall'unità di valutazione multidimensionale, "assicura il coordinamento tra i piani di intervento previsti per ogni singolo contesto di vita" (D.lgs 62 del 2024 art. 19 co. 1) e, in particolare, individua gli obiettivi e gli interventi di assistenza (apprendimento, socialità, affettività, formazione e lavoro, casa ed habitat sociale, salute) e i servizi e le misure per garantire il pieno godimento dei diritti e delle libertà fondamentali della persona con disabilità (D.lgs 62 del 2024 art. 25 co. 3, lettere a, b, c)
- nel progetto sono definite le competenze e attribuzioni agli operatori professionali e agli altri soggetti coinvolte, anche considerando l'insieme delle risorse tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche private e del Terzo settore (art. 15 co. 3, lettera h)

Monitoraggio degli esiti di salute e di assistenza sociale. Costituisce la fase conoscitiva dell'andamento e dei risultati di salute e di assistenza raggiunti in attuazione del PAI. A questo scopo, è attuata la rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato, e la comparazione tra obiettivi di cura e di assistenza sociale definiti e risultati raggiunti. L'interoperabilità tra i sistemi

informativi sanitari e sociali è decisiva per questa macrofase del processo assistenziale, che può avvalersi anche delle innovazioni prodotte attraverso l'attuazione delle specifiche missioni del PNRR.

Visto il ruolo centrale nel LEPS di processo, nella parte restante della sezione vengono analizzati gli strumenti di valutazione multidimensionale e multidisciplinare attualmente in uso in Italia ed alcune pratiche internazionali.

Il sistema di valutazione dei bisogni

Nelle riforme più recenti sono state introdotte diverse disposizioni normative e programmatiche riguardanti diversi aspetti del processo di valutazione multidimensionale dei bisogni:

- l'introduzione di un nuovo sistema di valutazione della natura multidimensionale dei bisogni e viene realizzata attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) (D.M. 77 del 2022, paragrafo 10). Questa unità è composta da un'équipe multidisciplinare, che include figure sanitarie e sociali, con il compito di valutare globalmente la persona assistita. L'UVM deve garantire non solo una valutazione iniziale, ma anche una rivalutazione periodica per adattare il piano assistenziale alle esigenze in evoluzione dell'individuo.
- l'introduzione del sistema unico di valutazione multidimensionale (UVM) che, in coerenza con quanto disposto dal DM 77 del 2022, è effettuato da un'unità di valutazione multidimensionale composta da figure professionali diverse e finalizzato ad accertare la condizione di non autosufficienza (D.lgs. 29 del 2024, art. 27 co. 5)

È prevista inoltre la definizione dei criteri nazionali per la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM e per lo strumento della valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale anche in coordinamento con la riforma in materia di disabilità (D.lgs 62 del 2024 art. 27 co. 7)

- la gestione del procedimento di valutazione di base della disabilità viene affidata in via esclusiva all'INPS (D.lgs. 62 del 2024, art. 9 co. 1).
 - l'unità di valutazione di base è composta da almeno tre componenti: tra queste, una sola figura professionale appartenente all'area psicologica e sociale e due medici nominati dall'INPS, di cui uno specialista in medicina legale, che presiede la commissione (art. 9 co. 2, 3 e 4).
 - il procedimento di valutazione "è svolto sulla base di un metodo multidisciplinare ed è fondato sull'approccio bio-psico-sociale" (art. 25, co. 1) ed è finalizzato ad "accertare e verificare la condizione di salute della persona, valutare le durature e significative compromissioni dello stato di salute e del livello delle necessità di sostegno" secondo la classificazione ICF (OMS, 2001) da aggiornare periodicamente (art. 10 co.1 e art. 11).

Definizione di un set minimo di dati raccolti attraverso strumenti di valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale riveste un'importanza cruciale nel contesto dell'assistenza ai soggetti non autosufficienti, permettendo di andare oltre la semplice valutazione delle condizioni fisiche e mediche del paziente, ma includendo anche capacità cognitive, aspetti economici, necessità sociali e dell'ambiente di vita. Questa analisi consente ai professionisti operanti nell'ambito delle cure integrate di comprendere pienamente lo stato di salute e le esigenze di ciascun individuo, permettendo di formulare piani di assistenza dettagliati e personalizzati. Tramite i dati raccolti attraverso la valutazione multidimensionale, è possibile formulare un progetto di assistenza più preciso, individuare fattori di rischio e stabilire obiettivi di trattamento personalizzati. Inoltre, la raccolta sistematica dei dati nel tempo permette di monitorare la situazione del paziente, valutare l'efficacia degli interventi posti in essere e apportare eventuali aggiustamenti al piano di assistenza, in base all'evoluzione delle condizioni dell'assistito. La

programmazione basata sui dati facilita la pianificazione a lungo termine, consentendo ai caregiver e agli operatori sanitari di stabilire obiettivi realistici e misurabili nel tempo per il recupero, il mantenimento o il miglioramento della qualità della vita dell'assistito.

Inoltre, la raccolta di dati è fondamentale anche per poter effettuare una programmazione integrata, fornendo una base empirica per allocare le risorse dedicate all'assistenza delle persone non autosufficienti in modo efficiente. Grazie ai dati raccolti attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, circa aspetti funzionali, test cognitivi e valutazioni psicosociali, è possibile identificare le priorità di intervento e assegnare adeguatamente personale qualificato e supporto logistico: questo approccio basato sui dati aiuta a ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, riducendo sprechi e migliorando l'accesso agli interventi necessari. Inoltre, facilita una gestione più efficace dei tempi di intervento, consentendo di rispondere tempestivamente alle esigenze e di pianificare le attività di supporto continuativo in modo preventivo. In sintesi, la raccolta di dati supporta una programmazione delle risorse più precisa e mirata, garantendo un'assistenza di alta qualità e sostenibile.

Obiettivi della valutazione multidimensionale

L'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale mira innanzitutto all'identificazione delle esigenze specifiche dell'individuo per la pianificazione di interventi personalizzati, volti al miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza fornita agli anziani non autosufficienti. Ogni soggetto non autosufficiente ha un profilo unico di necessità che può includere requisiti di assistenza personale, supporto emotivo, gestione del dolore, e altre sfide specifiche legate alla salute e al benessere. Ad esempio, un anziano con una buona funzionalità fisica ma con difficoltà cognitive significative potrebbe beneficiare di interventi mirati per migliorare la memoria e la capacità decisionale. Al contrario, un paziente con limitazioni fisiche ma un forte supporto sociale potrebbe necessitare di un piano di assistenza che enfatizzi la sicurezza e l'autonomia nelle attività quotidiane. La valutazione multidimensionale consente di raccogliere dati dettagliati su ciascuna di queste aree, consentendo ai professionisti della salute e del sociale di comprendere in modo completo le condizioni di salute del paziente, andando oltre la mera sfera medica, e di personalizzare i piani di assistenza in base alle reali esigenze di ciascun soggetto.

Un aspetto cruciale è la capacità di anticipare e prevenire l'evoluzione della condizione dell'assistito attraverso una gestione proattiva. Ad esempio, la valutazione della funzionalità cognitiva può rivelare segni precoci di deterioramento che richiedono interventi tempestivi per migliorare la qualità della vita del paziente. Inoltre, una valutazione accurata delle condizioni psicosociali e ambientali può contribuire a creare un ambiente di cura più adatto, riducendo il rischio di depressione, isolamento sociale e altri problemi correlati.

Questo capitolo si propone di fornire un'analisi dettagliata degli strumenti di valutazione multidimensionale attualmente in uso nelle diverse regioni italiane, basata sui dati raccolti dal questionario OCSE analizzato nell'Output 3 del progetto (Tabella 1). L'obiettivo è quello di evidenziare le differenze e le similitudini nell'approccio valutativo adottato a livello locale e di individuare un pacchetto minimo di dati raccolti. Tale analisi mira a individuare eventuali aree di miglioramento e a promuovere l'adozione di strumenti più efficaci e una raccolta dati più omogenea su tutto il territorio nazionale, in linea con le raccomandazioni internazionali in materia di politiche pubbliche.

La regione Basilicata ha risposto alla survey indicando di non aver attualmente ancora adottato l'utilizzo di alcuno strumento di valutazione multidimensionale (SVM). Inoltre, le regioni Sardegna, Campania e Molise non hanno fornito risposta alla survey, lasciando pertanto incompleta la raccolta di dati a livello nazionale riguardante l'adozione e l'utilizzo di SVM²¹.

²¹ Da una rilevazione effettuata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali risulta che per l'ambito geriatrico, le regioni Molise e Campania abbiano adottato la scheda SVaMA, mentre la regione Sardegna abbia adottato il Programma Ritornare a casa plus e piani personalizzati. In ambito disabilità, la scheda adottata dalle tre regioni è SvaMDi.

Tabella 1. Setting assistenziale di utilizzo preferenziale di ciascun SVM

SVaMA	Domiciliare
InterRAI-HC	Domiciliare (nella versione Home Care)
BINAH	Domiciliare (nella versione Home)
PAP	Domiciliare
ValGraf	Domiciliare e Residenziale
UVG	Domiciliare e Residenziale
VITA	Domiciliare e Residenziale
RUG III	Residenziale
AGED	Residenziale

Dimensione sociale, economica e abitativa

La valutazione sociale fornisce informazioni cruciali per comprendere il contesto di vita del soggetto non autosufficiente, offrendo una visione chiara sulle reti di supporto disponibili e su chi fornisce assistenza attiva, come familiari o personale privato. Anche la situazione abitativa viene attentamente considerata per garantire un ambiente idoneo e pianificare interventi sanitari e sociali adeguati. Infine, l'analisi della condizione economica è indispensabile per assicurare all'assistito l'accesso alle risorse necessarie a mantenere una vita dignitosa.

La Tabella 2 fornisce una panoramica dettagliata dei dati raccolti dai diversi strumenti di valutazione multidimensionale impiegati nelle diverse regioni italiane circa l'ambito sociale, economico e abitativo.

Tabella 2. Dati raccolti nella valutazione sociale, economica e abitativa

		SVaMA	InterRAI-HC	BINAH	PAP	ValGraf	UVG	VITA	RUG III	AGED
Valutazione sociale	Stato civile	X	x	x	x	x	x			
	Titolo di studio	X		x	x	x	x			
	Pensione	x		x	x	x	x			
	Condizione professionale	x		x		x	x	x		
	Invalità civile	x		x	x	x	x	x		
	Indennità accompagnamento	x		x	x	x	x	x		
	Motivo della domanda	x	x					x		
	Richiedente	x					x	x	x	
	Medico curante	x					x	x	x	
	Valutazione della rete assistenziale familiare	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Altre persone attive nell'assistenza (compreso personale privato)	x	x			x	x	x	x	
Assistenza pubblica attiva	x					x		x		
Situazione abitativa	Titolo di godimento	x			x		x			
	Dislocazione nel territorio	x		x	x		x			
	Barriere	x	x		x	x	x	x		

	architettoniche									
	Idoneità	x	x	x	x	x	x			
Situazione economica	Reddito totale dell'anziano	x	x		x		x			
	Risparmi dell'anziano	x			x		x			
	Ulteriore disponibilità economica per l'assistenza	x			x		x			
	Integrazione economica del comune per l'assistenza	x								

Nota 1: Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane (SVaMA), InterRAI Home Care (InterRAI-HC), Breve Indice di Non Autosufficienza Home (BINAH), Scheda Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) della Regione Toscana, VALutazione GRAFica (ValGraf), Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) della Regione Piemonte, Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali (VITA) della PA di Bolzano, Resource Utilization Groups III (RUG III) e Assessment of Geriatric Disabilities (AGED).

Nota 2: lo strumento interRAI-HC analizza la situazione economica generale (problemi economici).

Dall'analisi dei dati raccolti emerge che, ad eccezione della Basilicata, che non ha attualmente adottato alcuno strumento di valutazione multidimensionale, la quasi totalità delle regioni italiane raccolgono informazioni circa la situazione sociale, abitativa ed economica. Nello specifico, vengono raccolti dati su condizione professionale e/o pensionistica, valutazione della situazione familiare e della rete assistenziale attorno al paziente, l'adeguatezza dell'ambiente domiciliare e la disponibilità economica del soggetto. Questi dati rappresentano il nucleo comune delle informazioni raccolte, suggerendo che queste aree sono considerate fondamentali per una valutazione completa e integrata delle persone non autosufficienti.

Tuttavia ci sono alcune eccezioni, rappresentate dalla scheda AGED (Assessment of geriatric disability), attualmente adottata dalla Liguria, e la scheda RUG III (Resource Utilization Groups III), di cui si avvalgono le Marche. Questi due strumenti sono orientati principalmente alla valutazione della condizione clinica e funzionale della persona, tralasciando gli aspetti sociali, invece inclusi negli strumenti adottati dalle altre regioni. La scheda AGED è pensata principalmente per indirizzare il paziente verso le collocazioni residenziali e semiresidenziali disponibili sul territorio. La scheda RUG III è invece nata specificamente per la valutazione degli ospiti già presenti in strutture residenziali. Questo sistema di classificazione suddivide gli anziani in gruppi sulla base dell'intensità assistenziale sanitaria e infermieristica di cui necessitano, con l'obiettivo di ottimizzare l'allocazione delle risorse all'interno delle strutture.

Ci sono anche alcune variazioni regionali: infatti, la scheda BINAH (Breve Indice di Non Autosufficienza Home), la scheda VITA (Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali) e la scheda PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato), utilizzate rispettivamente da Emilia-Romagna, P.A. di Bolzano e Toscana, raccolgono questa tipologia di dato con una granularità inferiore rispetto ad altri strumenti. Tuttavia, tutte e tre le schede esaminano uno degli aspetti più importanti di questa sezione, ovvero la presenza di una rete assistenziale attorno al soggetto, elemento cruciale per comprendere il supporto disponibile per la persona non autosufficiente.

Dimensione funzionale e cognitiva

Questi dati forniscono una visione delle capacità funzionali e delle esigenze di assistenza di ciascun individuo, permettendo ai professionisti sociosanitari e sociali di pianificare interventi personalizzati sui bisogni e di monitorare l'evoluzione delle condizioni fisiche e cognitive nel tempo. La valutazione accurata delle ADL e IADL è cruciale per identificare precocemente eventuali declini funzionali, prevenire incidenti domestici e ridurre il rischio di ospedalizzazione.

Le due tabelle di seguito (Tabella 3 e Tabella 4) forniscono un quadro dettagliato sulla raccolta di informazioni riguardanti le attività della vita quotidiana (ADL) e le attività strumentali della vita quotidiana

(IADL), oltre che sulla valutazione cognitiva, nelle diverse regioni italiane e attraverso diversi strumenti di valutazione.

Tabella 3. Dati raccolti nella valutazione funzionale e cognitiva

		SVaMA	InterRAI-HC	BINAH	PAP	ValGraf	UVG	VITA	RUG III	AGED	
ADL e IADL	Preparazione dei pasti	x	x	x	x	x	x		x		
	Pulizia della casa	x	x		x	x	x		x		
	Lavanderia	x	x		x	x			x		
	Uso del telefono		x		x	x			x		
	Effettuazione acquisti	x	x		x	x	x		x		
	Alimentazione	x	x		x	x		x	x	x	
	Bagno	x	x		x	x	x	x	x		
	Igiene personale	x	x		x	x	x	x	x		
	Abbigliamento	x	x		x	x	x	x	x		
	Uso del wc (o padella, o panno)	x	x		x	x	x		x	x	x
	Assunzione dei medicinali	x	x		x	x	x	x	x	x	
	Trasferimenti	x	x		x	x	x	x	x	x	x
	Deambulazione	x	x		x	x	x	x	x	x	
Gestione del denaro	x	x	x	x	x	x	x	x			
Valutazione cognitiva	Stato cognitivo	x	x	x	x	x	x	x	x	X	

Nota 1: Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane (SVaMA), InterRAI Home Care (InterRAI-HC), Breve Indice di Non Autosufficienza Home (BINAH), Scheda Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) della Regione Toscana, VALutazione GRAFica (ValGraf), Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) della Regione Piemonte, Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali (VITA) della PA di Bolzano, Resource Utilization Groups III (RUG III) e Assessment of Geriatric Disabilities (AGED).

Nota 2: lo strumento BINAH indaga genericamente il grado di dipendenza nelle attività della vita quotidiana

Le informazioni raccolte riguardano una serie di attività quotidiane fondamentali. Dall'analisi degli strumenti, emerge che non tutti raccolgono questa tipologia di dato. Alcune schede, come BINAH, RUG III e AGED, infatti, non coprono in maniera dettagliata ed esaustiva le attività della vita quotidiana e mancano di fornire una visione complessiva delle capacità funzionali degli individui non autosufficienti, risultando meno adatte per la valutazione delle ADL e IADL rispetto ad altri strumenti disponibili.

Analogamente, lo strumento RUG III è concepito per la classificazione degli ospiti delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), seguendo criteri e metriche orientate verso le necessità e le dinamiche di vita all'interno di strutture protette, e presenta delle limitazioni quando si tratta di valutare gli individui in un contesto domiciliare. Questo rende le informazioni raccolte tramite scheda RUG III incomplete o non del tutto pertinenti per una valutazione accurata delle capacità funzionali e delle esigenze di assistenza domiciliare. La scheda BINAH indaga l'aiuto necessario al soggetto per svolgere genericamente le ADL, ma senza valutare separatamente le singole attività come mangiare, lavarsi, vestirsi, etc., compromettendo la possibilità di identificare con precisione le aree di bisogno.

Tra gli strumenti di valutazione, SVaMA, interRAI-HC, ValGraf e PAP si distinguono per la loro completezza, raccogliendo dati su tutte le attività ADL/IADL. Anche la scheda UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) e la scheda VITA, utilizzate rispettivamente da Regione Piemonte e P.A. di Bolzano, raccolgono

una quantità significativa di informazioni, dimostrandosi sufficientemente esaustive nella valutazione complessiva. La maggior parte delle regioni italiane utilizza i suddetti strumenti di valutazione per monitorare le capacità funzionali e le esigenze di assistenza degli individui. Tuttavia, per le regioni che impiegano strumenti considerati meno completi, è consigliabile integrare le informazioni raccolte da tali strumenti, come nel caso della Regione Marche, che, pur adottando la scheda RUG III, completa le informazioni con schede specifiche relative ad ADL/IADL.

Tutti gli strumenti di valutazione raccolgono informazioni sulle funzioni cognitive, anche se con approcci e livelli di dettaglio differenti.

Strumenti come SVaMA, UVG e PAP impiegano lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), un questionario standardizzato, efficace per valutare rapidamente lo stato cognitivo del soggetto. Gli strumenti che non adottano lo SPMSQ utilizzano modalità diverse per indagare l'aspetto cognitivo, risultando in valutazioni molto eterogenee: InterRAI-HC, Valgraf e RUG III coprono diverse funzioni cognitive tra cui orientamento, memoria e capacità decisionale, mentre AGED si limita alla coerenza e all'orientamento, BINAH esamina i disturbi cognitivi e comportamentali, e VITA le limitazioni funzionali della psiche e delle capacità cognitive.

Dimensione della salute fisica e mentale

La raccolta di dati dettagliati sullo stato di salute fisica e mentale del paziente, nonché dei trattamenti in corso e dell'assistenza infermieristica necessaria, deve fornire una visione quanto più completa possibile dello stato di salute e delle esigenze dei pazienti, così da consentire una gestione personalizzata delle cure e da assicurare che ogni paziente riceva gli interventi più appropriati e tempestivi per le proprie condizioni mediche.

Tabella 4. Dati raccolti nella valutazione di salute fisica e mentale

		SVaMA	InterRAI-HC	BINAH	PAP	ValGraf	UVG	VITA	RUG III	AGED
Valutazione sanitaria	Tracheostomia	x	x	x	x	x	x		x	x
	Aspirazione		x		x	x			x	
	Ossigenoteria	x	x	x	x	x	x		x	x
	Sondino nasogastrico, gastrostomia (PEG)	x		x	x	x	x		x	x
	Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	x		x	x	x	x		x	x
	Terapia endovenosa		x	x	x	x			x	x
	Catetere vescicale	x	x		x	x	x		x	
	Dialisi		x	x	x	x	x		x	x
	Chemioterapia oncologica		x				x		x	
	Decubiti, ulcere	x	x	x	x	x	x		x	x
Sensorio e comunicazione	Linguaggio (comprensione)	x	x	x		x	x		x	
	Linguaggio (produzione)	x	x	x		x	x		x	x
	Udito	x	x	x		x	x		x	x
	Vista	x	x	x		x	x			x
	Dolore		x		x	x				

	Rischio di cadute		x			x			x	
	Scrittura					x				
	Letture					x				
Aspetti psicologici e comportamentali	Depressione		x			x			x	
	Ansia, preoccupazione		x	x	x	x	x		x	
	Deliri e/o allucinazioni					x	x			
	Insonnia					x	x		x	
	Irrequietezza e disturbi notturni					x				
	Comportamenti aggressivi o troppo disinibiti		x		x	x	x		x	
	Irrequietezza di giorno - Tendenza a scappare e a perdersi		x		x	x	x		x	

Nota 1: Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane (SVaMA), InterRAI Home Care (InterRAI-HC), Breve Indice di Non Autosufficienza Home (BINAH), Scheda Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) della Regione Toscana, VALutazione GRAFica (ValGraf), Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) della Regione Piemonte, Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali (VITA) della PA di Bolzano, Resource Utilization Groups III (RUG III) e Assessment of Geriatric Disabilities (AGED).

Nota 2: lo strumento BINAH indaga genericamente disturbi cognitivi e/o comportamentali

La tabella 4 mostra la comparazione tra i dati raccolti da vari strumenti riguardo lo stato di salute e l'assistenza infermieristica richiesta per determinate procedure.

Risulta evidente come esistano ancora variazioni significative tra i diversi strumenti, suggerendo che ci sono margini di miglioramento per raggiungere una maggiore accuratezza e comprensività nella raccolta dei dati sanitari.

Gli strumenti che risultano essere più completi nella valutazione sanitaria includono ValGraf, RUG III e PAP, dimostrando una capacità di raccolta dati dettagliata e coprendo la quasi totalità delle categorie di prestazione principali.

Per ciò che concerne i dati sugli aspetti sensoriali e sulla comunicazione, dall'analisi emerge che alcune informazioni, come il linguaggio, l'udito e la vista sono incluse nella maggior parte degli strumenti. Al contrario, altri aspetti, come l'equilibrio e il rischio di cadute, altrettanto importanti per la prevenzione degli incidenti e nel mantenimento dell'autonomia delle persone anziane, non sono indagati da tutti gli strumenti. Allo stesso modo, dati relativi alla scrittura e alla lettura sono meno frequentemente raccolti, suggerendo una potenziale area di miglioramento per ottenere una valutazione più completa delle capacità funzionali degli individui, oltre che aspetti importanti anche per la qualità della vita e il benessere generale dell'individuo.

Per quanto riguarda la valutazione degli aspetti psicologici e comportamentali della salute mentale dei soggetti, non tutti gli strumenti approfondiscono questo ambito. Tra tutti, ValGraf emerge come lo strumento più completo, coprendo una vasta gamma di aspetti psicologici e comportamentali, tra cui depressione, ansia, deliri, irrequietezza diurna e notturna, insonnia e comportamenti aggressivi. Anche se in misura meno dettagliata rispetto a ValGraf, gli strumenti RUG III, UVG, InterRAI-HC e PAP offrono una buona sintesi del quadro psicologico dei soggetti, riuscendo a fornire una panoramica utile delle condizioni psicologiche dell'assistito.

Lo strumento BINAH adotta un approccio più limitato, ponendo una singola domanda generica sui disturbi cognitivi e/o comportamentali, mentre altri strumenti, come SVaMA, AGED e VITA non indagano quest'area.

Dimensione del benessere generale e della socialità

La solitudine e l'isolamento sociale sono fattori di rischio significativi per molte patologie, comprese quelle mentali, come depressione e demenza. Valutare e promuovere la partecipazione sociale e il supporto emotivo può migliorare notevolmente il benessere generale, ridurre il rischio di malattie e aumentare la longevità. Pertanto, integrare questi aspetti nella valutazione multidimensionale consente di sviluppare interventi che promuovano un invecchiamento attivo e salutare, prevenendo l'isolamento sociale e le sue conseguenze negative, ed anche incoraggiando una partecipazione continua e significativa nella società.

Tabella 5. Dati raccolti nella valutazione del benessere generale e della socialità

		SVaMA	InterRAI-HC	BINAH	PAP	ValGraf	UVG	VITA	RUG III	AGED
Socievolezza	Socialità	x	x		x	x		x	x	x
	Sostegno psicoaffettivo	x	x			x				
	Collaborazione all'assistenza					x				
	Uscite nell'ultimo mese					x				
	Relazione personale di confidenza					x				
	Partecipazione ad attività ricreative o sociali		x			x				
	Lettura di libri o giornali o guardare la televisione					x				
	Attività utili					x				
	Possibilità di essere lasciato solo/a					x		x		
Carico assistenziale dei familiari	Senso di solitudine o stress del familiare che assiste		x		x	x				
	Limitazioni nel tempo libero e nell'attività lavorativa del familiare che assiste				x	x				

Nota: Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane (SVaMA), InterRAI Home Care (InterRAI-HC), Breve Indice di Non Autosufficienza Home (BINAH), Scheda Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) della Regione Toscana, VALutazione GRAFica (ValGraf), Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) della Regione Piemonte, Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali (VITA) della PA di Bolzano, Resource Utilization Groups III (RUG III) e Assessment of Geriatric Disabilities (AGED).

Dall'analisi degli SVM (Tabella 5), emerge che tutti gli strumenti, ad eccezione di BINAH e UVG, raccolgono almeno parzialmente dati sull'inserimento sociale del soggetto, sulle attività sociali svolte, sullo stato del sostegno psicoaffettivo e sul benessere emotivo generale degli assistiti.

Inoltre, tre strumenti, interRAI-HC, ValGraf e PAP, analizzano anche il carico assistenziale del familiare maggiormente coinvolto nell'assistenza, importante per permettere di individuare le necessità di supporto e le possibili difficoltà dei caregiver, migliorando così anche il benessere dei familiari stessi, prevenendo il rischio di eccessivo stress e affaticamento derivante dal lavoro di cura.

Box 1. La Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità

La scheda SVaMDi (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità) è uno strumento utilizzato per raccogliere informazioni riguardanti vari aspetti della vita delle persone con disabilità.

Essa offre una panoramica molto completa ed esaustiva della situazione sociale, economica e abitativa del soggetto. Nella sfera funzionale, raccoglie dati relativi alle ADL e alle IADL, per valutare il grado di autonomia della persona e il supporto necessario per svolgere le attività quotidiane, ed esplora lo stato cognitivo del soggetto, inclusi aspetti come orientamento, memoria e capacità decisionale. Il benessere generale e la socialità sono presi in considerazione nella scheda SvaMDi, che analizza la socialità, il sostegno psicoaffettivo del soggetto e la partecipazione ad attività ricreative o sociali.

Pur essendo uno strumento completo sotto vari aspetti, presenta alcune carenze nella valutazione infermieristica e degli aspetti psicologico-comportamentali.

Source: questionario OCSE 2024

Esempi di pratiche internazionali

In Germania, il processo di valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali di persone non autosufficienti è un processo standardizzato a livello nazionale, che garantisce così a tutti gli individui uniformità ed equità di accesso alle cure in tutto il Paese, indipendentemente dal luogo di residenza. Gestito dal Servizio medico dell'assicurazione sanitaria (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK), questo sistema opera nell'ambito dell'assicurazione tedesca per l'assistenza a lungo termine (Pflegeversicherung), che è obbligatoria e copre tutti i residenti. La valutazione multidimensionale determina il livello di assistenza di cui una persona ha bisogno e, di conseguenza, le prestazioni a cui ha diritto. (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, 2021^[16])

Figure 3. I sei ambiti del processo di valutazione multidimensionale tedesco



Fonte: https://www.caritas-koeln.de/export/sites/ocv/ambulante-pflege/content/galleries/downloads/MDK_66_A4-VERSION_2021_ENG_01_BF.pdf

La valutazione copre sei ambiti chiave (Figure 3), i cui punteggi vengono ponderati per calcolare il risultato della valutazione finale: mobilità (5 criteri, 10% del punteggio finale), aspetti della vita quotidiana (6 criteri, 15% del punteggio finale), igiene personale (13 criteri, 40% del punteggio finale), gestione delle malattie e delle terapie (16 criteri, 20% del punteggio finale), capacità cognitive e comunicative (11 criteri, 15% del punteggio finale) e aspetti comportamentali e psicologici (13 criteri, 15% del punteggio finale). (European Commission, 2018^[17])

Il risultato della valutazione multidimensionale è un rapporto dettagliato che assegna l'individuo a uno dei cinque livelli di assistenza, noti come Pflegegrade, che vanno dalla menomazione lieve (Pflegegrad 1) alla menomazione grave (Pflegegrad 5). Ogni livello corrisponde a una quantità e ad una tipologia di assistenza diversa, con livelli superiori che indicano una maggiore necessità di assistenza e che quindi danno diritto a prestazioni più estese. In base al livello di assistenza assegnato, l'individuo ha diritto a diverse forme di sostegno, sia finanziario che assistenziale. I benefici economici per i livelli di assistenza dal Pflegegrad 2 al Pflegegrad 5 sono rispettivamente 316 €/mese, 545 €/mese, 728 €/mese e 901 €/mese. In alternativa, è possibile ricevere prestazioni per l'assistenza domiciliare per un valore di 689 €/mese, 1298 €/mese, 1612 €/mese e 1995 €/mese, sempre a seconda del Pflegegrad assegnato. (European Commission, 2018^[17])

Il sistema di assicurazione per l'assistenza a lungo termine del Giappone, introdotto nel 2000, offre un approccio completo per la valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti. Coloro che desiderano ottenere la certificazione LTCL si rivolgono al proprio comune, dove un ispettore qualificato effettua una valutazione domiciliare. Questa valutazione include 74 elementi suddivisi in cinque categorie: funzione fisica per le attività della vita quotidiana (ADL), funzione quotidiana per le attività strumentali della vita quotidiana (IADL), funzione cognitiva, disturbi mentali e comportamentali, e adattamento alla vita sociale. Vengono inoltre considerate eventuali terapie mediche specialistiche e problemi delle ADL nei pazienti affetti da demenza. I risultati della valutazione multidimensionale vengono elaborati per calcolare il tempo totale standard necessario per l'assistenza, da cui si ottiene un primo giudizio sul livello di bisogno di cura. Infine, il Comitato di revisione della valutazione dei bisogni, composto da professionisti del settore medico e assistenziale, esamina il giudizio preliminare insieme al parere medico del richiedente per determinare il livello definitivo di necessità di assistenza.

Gli individui che ricevono una certificazione di necessità di assistenza devono designare un care manager con almeno 5 anni di esperienza come professionista sanitario o nel settore dell'assistenza a lungo termine. Il care manager, quindi, elabora piani di assistenza a lungo termine basati sulle preferenze dell'utente e della sua famiglia riguardo ai servizi necessari. (Noriko Morioka, 2024^[18])

Nel 1995, il Giappone ha condotto uno studio su larga scala per comprendere i fattori che determinano l'utilizzo dell'assistenza in contesti di long-term care, che ha contribuito a informare lo sviluppo di un sistema di classificazione del case mix. I dati includevano circa 10 milioni di minuti di assistenza, categorizzati in 328 attività predeterminate e utilizzati per costruire modelli di regressione. Questi modelli, basati sulle caratteristiche fisiche e mentali degli anziani, sono stati testati su 175.129 individui provenienti da vari contesti di assistenza tra il 1996 e il 1998, mostrando oltre il 70% di concordanza con le valutazioni eseguite da professionisti. Il feedback degli stakeholder ha contribuito a perfezionare ulteriormente lo strumento di valutazione (OECD, 2022^[19]).

La Legge 39/2006, conosciuta come *Ley de Dependencia*, è il quadro normativo che regola in Spagna il sostegno alle persone non autosufficienti. Essa introduce un sistema di valutazione multidimensionale per determinare il grado di dipendenza delle persone e stabilire quali prestazioni o servizi siano adeguati a ciascun caso. Questa valutazione si basa su vari aspetti della vita quotidiana del soggetto, come la capacità di svolgere attività basilari, la necessità di assistenza permanente e la gravità delle limitazioni fisiche o cognitive. Viene applicato un protocollo uniforme su tutto il territorio nazionale, stabilito dallo Stato, ma implementato concretamente dalle comunità autonome, che sono responsabili della valutazione pratica. Da un lato, la legge stabilisce linee guida e criteri comuni validi in tutto il territorio spagnolo per garantire che il diritto all'assistenza sia uguale per tutti i cittadini, dall'altro, le comunità autonome hanno un'ampia autonomia nella gestione pratica, il che permette di adattare i servizi e le prestazioni alle peculiarità del proprio territorio. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, la legge classifica la dipendenza in tre gradi: moderata (I), grave (II) e molto grave (III), stabilendo una diversa intensità di ore mensili erogate in base al grado di dipendenza. Per le persone classificate come Grado III, l'assistenza domiciliare può variare tra le 46 e le 70 ore al mese; per coloro che rientrano nel Grado II, l'assistenza va da un minimo di 21 ore fino a un massimo di 45 ore mensili; infine, le persone con dipendenza di Grado I possono beneficiare di un massimo di 20 ore al mese. Una volta stabilito il grado di dipendenza, viene elaborato un *Programa Individualizado de Atención* (PIA), che definisce i servizi e le prestazioni economiche a cui la persona ha diritto. Questi possono comprendere l'assistenza domiciliare, servizi di teleassistenza, accesso a centri diurni o notturni, strutture residenziali, o anche prestazioni economiche per coprire le cure familiari o per assumere un assistente personale. La gestione di questo sistema di valutazione e l'erogazione dei servizi sono affidate alle comunità autonome, che hanno il compito di valutare i richiedenti e garantire la disponibilità e la qualità dei servizi necessari. Sebbene il quadro normativo sia nazionale, ogni comunità autonoma adatta la sua offerta di servizi alle esigenze territoriali. Il finanziamento del sistema è condiviso tra lo Stato e le comunità autonome, con una partecipazione variabile del beneficiario stesso. (Ley 39/2006, 2006^[20])

A differenza della Germania e del Giappone, che hanno implementato sistemi di valutazione standardizzati a livello nazionale per l'assistenza a lungo termine, Svezia e Finlandia adottano un approccio decentralizzato, affidando la gestione della valutazione dei bisogni assistenziali ai comuni. In questi paesi, i comuni sono responsabili sia della valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti, sia della fornitura dei servizi di assistenza, adattando gli strumenti e i criteri di valutazione alle necessità locali. Questo approccio garantisce una maggiore flessibilità per rispondere alle esigenze specifiche delle comunità, ma può comportare una variabilità nell'accesso e nella qualità delle cure offerte nelle diverse aree geografiche. Per tale ragione, in Finlandia c'è stato un progressivo spostamento verso l'utilizzo di uno strumento standardizzato.

Un modello di riferimento per la valutazione dei bisogni

Attualmente non esiste uno strumento di valutazione multidimensionale (SVM) unico in grado di rispondere a tutte le esigenze di ogni contesto assistenziale nelle diverse regioni italiane. Ogni strumento presenta infatti vantaggi e limitazioni specifici, che variano a seconda del contesto per cui è stato sviluppato e delle dimensioni che copre. Bisogna infatti fare un'importante distinzione tra gli strumenti di valutazione impiegati per un ambito specifico di erogazione, come l'erogazione delle cure a domicilio, e gli strumenti che sono maggiormente orientati verso una valutazione globale, che può coprire sia il contesto residenziale che domiciliare. Pertanto, la scelta dello strumento di valutazione più appropriato dipende dal contesto in cui viene applicato e dalla specificità delle necessità che intende rilevare.

Per un'efficace pianificazione degli interventi a domicilio, sarebbe opportuno privilegiare strumenti che adottino un approccio olistico alla valutazione dei bisogni: questi strumenti sono solitamente più sensibili alle valutazioni delle diverse esigenze della persona, come la gestione delle attività della vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali (IADL), elementi cruciali per garantire un'assistenza adeguata alle persone non autosufficienti.

Al momento si riscontra una disomogeneità nella raccolta delle informazioni tra le diverse regioni e province autonome italiane. Questa diversità negli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati potrebbe contribuire a creare disparità nell'accesso ai servizi tra le varie regioni.

In situazioni in cui uno strumento di valutazione non copre adeguatamente tutte le dimensioni necessarie, sarebbe opportuno integrare le informazioni raccolte con strumenti aggiuntivi. Ad esempio, se uno strumento valuta in modo eccellente le necessità sociali ed economiche ma non esamina in maniera approfondita lo stato cognitivo, potrebbe essere necessario utilizzare schede supplementari più specifiche, come SPMSQ, per garantire una valutazione completa del paziente. In questo modo, è possibile garantire che tutte le necessità della persona assistita siano valutate per definire un piano di assistenza individuale.

Un approccio misto, che combini standard nazionali con una gestione decentralizzata a livello regionale, simile al modello spagnolo, potrebbe rappresentare una soluzione praticabile, prevenendo disparità geografiche di accesso ai servizi. Tale approccio consentirebbe infatti di adattare i servizi alle specifiche esigenze del territorio, permettendo alle singole regioni di implementare politiche e prestazioni che tengano conto delle peculiarità demografiche e sociali del proprio contesto, mantenendo allo stesso tempo un quadro di riferimento nazionale che assicuri equità di accesso.

In tale direzione, l'adozione di un sistema di classificazione nazionale dei bisogni su più livelli, che rifletta con maggiore precisione i livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana, permetterebbe di graduare il fabbisogno assistenziale in relazione al livello di bisogno. Una graduazione del fabbisogno assistenziale permetterebbe di assegnare le risorse in modo più equo e di rispondere in maniera puntuale alle esigenze delle persone non autosufficienti.

5 Studio pilota

Selezione dei siti pilota

Il rapporto finale dell'output 3 del progetto "Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia" ha individuato e messo in luce la distanza delle Regioni-Province autonome italiane da un modello ideale di interventi sociosanitari integrati a domicilio. A tal fine, è stato messo a punto un cruscotto, riportato qui di seguito (Figure 4), che offre una rappresentazione visiva e sintetica basata su un set di 34 indicatori. Questi indicatori, opportunamente suddivisi nelle quattro dimensioni dell'analisi, permette di stimare, con un livello accettabile di approssimazione, quale livello d'integrazione si sia raggiunto nelle 18 regioni e province autonome che hanno partecipato all'indagine, e quale sia la distanza rispetto ad un modello ideale di interventi sociosanitari integrati a domicilio.

Tale modello corrisponde alla disponibilità dell'intero bagaglio di strumenti funzionali all'integrazione riconducibili alle quattro dimensioni esaminate: governance, forza lavoro, sistemi informativi e strumenti per l'erogazione integrata di interventi sanitari, sociali e socioassistenziali.

I diversi livelli di integrazione raggiunti dalle Regioni sono rappresentati da una scala cromatica. Il colore rosso scuro indica una marcata discrepanza rispetto al modello, mentre il progressivo viraggio verso il verde indica un avvicinamento all'adozione di un modello di servizi sociosanitari integrati sempre più avanzato e completo.

Figure 4. Una vista di insieme sul livello di integrazione degli interventi socioassistenziali nelle Regioni e Province autonome



Fonte: OECD "Un'analisi dello stato di integrazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria a domicilio, con particolare attenzione ai sistemi informativi, ai sistemi di valutazione multidimensionale ed alle buone pratiche internazionali, incluso il social prescribing" (2024).

Tale cruscotto – insieme alla disponibilità espressa dalla Regioni-Province autonome a partecipare allo studio pilota - è stato utilizzato per individuare i sette siti pilota del progetto:

- Emilia Romagna
- Liguria
- Provincia autonoma di Bolzano
- Provincia autonoma di Trento
- Puglia
- Toscana
- Veneto

Tali Regioni-Province autonome rappresentano gradi diversi di integrazione socio-sanitaria, così come stimati dal cruscotto di indicatori del progetto: da un migliore grado in integrazione in Veneto ad un grado di integrazione minore nella Provincia autonoma di Bolzano. Questa variazione nei livelli di integrazione è stata un criterio fondamentale nella selezione dei siti pilota, al fine di garantire una rappresentazione di contesti diversi, in modo da poter testare il modello in una vasta gamma di situazioni operative. Inoltre, la selezione dei 7 siti pilota garantisce anche una rappresentatività geografica, coprendo diverse aree del territorio nazionale e riflettendo una diversità di contesti territoriali.

In ogni Regione-Provincia autonoma pilota saranno individuati – in collaborazione con i rispettivi referenti locali - uno o due ambiti territoriali rappresentativi delle diversità locali: ad esempio, si confronteranno aree urbane con aree rurali o a bassa densità di popolazione, così come zone con un diverso grado di integrazione degli interventi socioassistenziali a domicilio.

Lo studio pilota del progetto verrà realizzato fra Novembre 2024 e Marzo 2025, durante il quale saranno raccolti e analizzati i dati provenienti dai territori selezionati. Questo studio rappresenta un passo cruciale per valutare l'efficacia delle strategie di integrazione sociosanitaria proposte e per identificare le eventuali criticità e aree di miglioramento, con l'obiettivo di rendere il modello applicabile su scala nazionale.

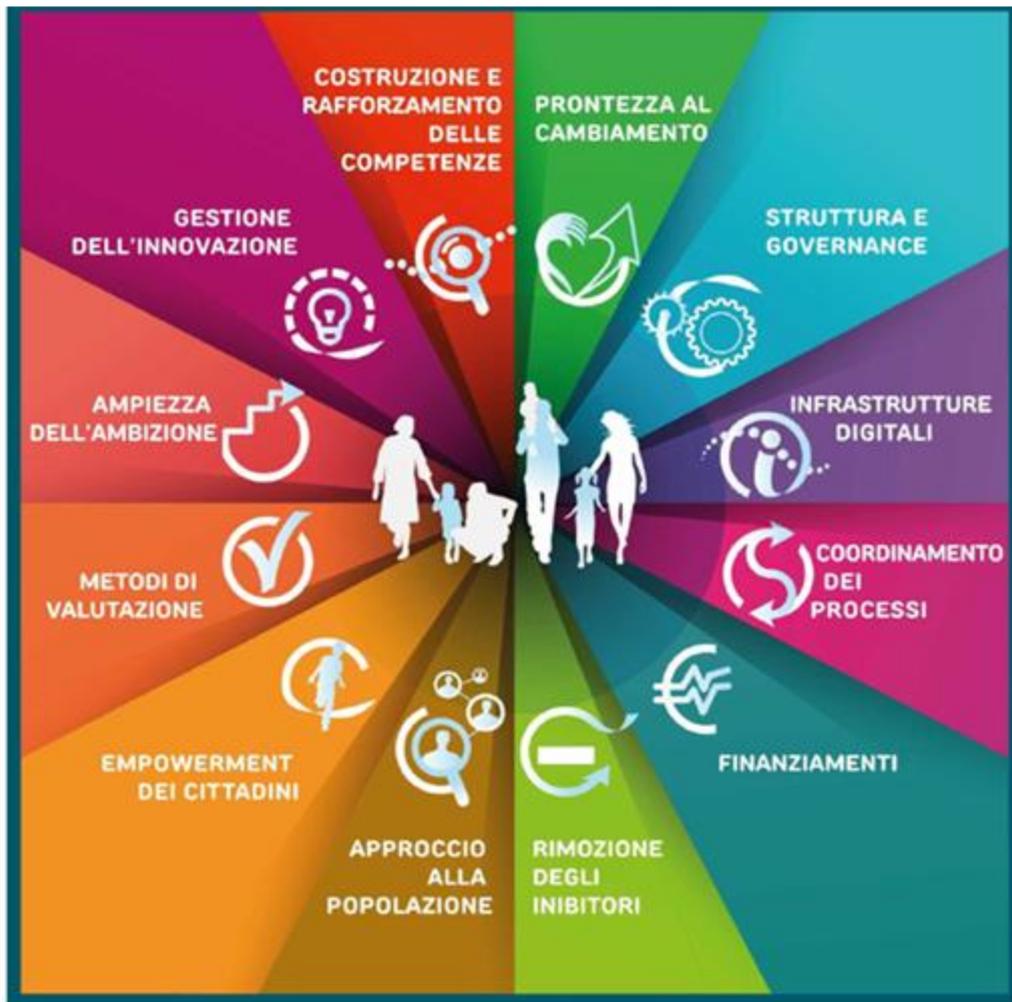
Diagnosi della situazione relativa all'erogazione di interventi sociosanitari a domicilio a persone non autosufficienti

La diagnosi si baserà sulle risposte a un questionario, appositamente predisposto, finalizzato a valutare lo stato attuale degli interventi erogati in ciascun sito pilota in termini di tipo ed intensità, soggetto erogatore e governance dei piani assistenziali individuali. Il questionario è riportato in Allegato A.

Il questionario sarà inviato a due referenti per ciascun sito pilota, il Direttore del distretto sanitario ed il Direttore/Coordinatore di ATS. La compilazione è pensata per essere fatta congiuntamente, ove possibile, al fine di favorire una visione integrata e condivisa tra i due settori. Si stima che ogni referente dovrà dedicare circa 2 ore per la compilazione del questionario di diagnosi.

Inoltre, in ogni sito pilota verrà valutato il grado di maturità delle cure integrate (Figure 5) sulla base di un breve questionario che consentirà di individuare punti di miglioramento e barriere all'integrazione (Allegato B). Questo questionario sarà inviato ai professionisti che operano nel campo del care management o care provision in ogni sito pilota, all'incirca 30 persone in totale. Ogni professionista sarà tenuto a dedicare circa 20 minuti alla compilazione del self-assesment tool, disponibile online. Tale questionario, messo a punto nell'ambito del progetto finanziato dalla Commissione Europea, è stato validato ed utilizzato con successo anche in Italia (<https://aress.regione.puglia.it/en/aree-tematiche/sanita-integrata-e-digitale/scirocco-exchange>). Tale strumento è inoltre utilizzato nell'ambito del progetto finanziato da DG Reform e coordinato da OCSE "Towards person-centered integrated care: Aligning the health service workforce in Ireland with the needs of the person and population" (TSI 23IR04). L'Allegato B riporta le 12 domande del questionario e le modalità di attribuzione di un punteggio.

Figure 5. Scirocco exchange tool: le 12 dimensioni del maturity model per le cure integrate



Fonte: Scirocco, 2019^[21].

Strategia per l'integrazione delle cure sociosanitarie: mappatura di facilitatori e barriere ed identificazione di punti di azione

L'obiettivo di questa fase dello studio pilota è duplice: identificare e comprendere i facilitatori e le barriere che influenzano lo sviluppo e l'integrazione delle cure sociosanitarie domiciliari per persone non autosufficienti, e individuare i punti di azione chiave per migliorare tale integrazione. Ciò si svolgerà attraverso l'organizzazione di focus group con operatori e stakeholder nei siti pilota, facilitati dall'OCSE e da esperti del settore, e sviluppati a partire dalla diagnosi basata sulle risposte ai questionari

I partecipanti ai focus group includeranno operatori sociosanitari, amministratori locali, rappresentanti delle organizzazioni dei pazienti e altri stakeholder rilevanti, garantendo una rappresentanza equilibrata e diversificata tramite la collaborazione tra i coordinatori locali e gli esperti del progetto.

Una volta selezionati i siti pilota e i partecipanti, si procederà con la preparazione dei focus group. L'OCSE e gli esperti del settore forniranno tracce dettagliate per guidare il confronto, la cui prima parte verterà su:

- barriere strutturali e organizzative;
- facilitatori esistenti;
- esperienze di successo e insuccesso; e
- proposte concrete per migliorare l'integrazione delle cure.

La seconda parte delle discussioni, tesa a identificare dei punti di azione, si concentrerà su:

- l'implementazione di nuovi strumenti di valutazione basati sui bisogni;
- la promozione dell'interoperabilità dei sistemi informativi; e
- lo sviluppo delle competenze e capacità per le cure integrate.

I focus group si terranno tra dicembre 2024 e marzo 2025 nei vari ambiti territoriali (10-12 gruppi in totale), con circa venti partecipanti per gruppo e una durata di quattro ore ciascuno. OCSE ed esperti del settore faciliteranno le sessioni per garantire un dialogo aperto e costruttivo. Le discussioni saranno registrate e trascritte per un'analisi successiva.

Le trascrizioni delle discussioni saranno analizzate qualitativamente per identificare temi ricorrenti, barriere principali, facilitatori comuni e punti di azione specifici. Questo processo, unitamente all'analisi dei risultati delle due indagini precedentemente descritte, permetterà di mappare le dinamiche attuali e le sfide nell'integrazione delle cure sociosanitarie, oltre a proporre soluzioni concrete.

I risultati dei focus group saranno sintetizzati in una relazione dettagliata. Questo documento includerà una mappa dei facilitatori e delle barriere, corredata da raccomandazioni operative e strategie concrete per migliorare l'integrazione delle cure nei contesti locali. Inoltre, offrirà una prima pianificazione delle attività di formazione e *capacity building* nei siti pilota.

In base ai punti di azione emersi dai focus group saranno sviluppati moduli formativi specifici; a garanzia della loro rilevanza e applicabilità, i contenuti di tali moduli saranno concertati con i partner di progetto.

References

- C. Ranieri, G. (2020), *La programmazione sociale di zona a vent'anni dalla legge 328*, <https://www.welforum.it/la-programmazione-sociale-di-zona-a-ventanni-dalla-328/>. [2
]
- European Commission (2018), *Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system"*. [1
7]
- Federsanità-ANCI Toscana (2020), , <https://federsanitatoscana.it/wp-content/uploads/2020/10/Manuale-Programmazione-D1.pdf>. [1
1]
- Generalitat de Catalunya (2024), *I diritti sociali e la salute interconnettono i loro sistemi di informazione*, <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/630962/drets-socials-salut-interconnecten-sistemes-dinformacio>. [1
3]
- Government of Aragona (2024), *Estrategia Atención Comunitaria Aragón*, <https://atencioncomunitaria.aragon.es/>. [1
4]
- Government of Aragona (2024), *Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPS)*, <https://www.aragon.es/-/red-aragonesa-de-proyectos-de-promocion-de-salud-rapps->. [1
5]
- Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (2024), *Report Dinamiche di sviluppo della pianificazione sociale*, <https://oa.inapp.gov.it/handle/20.500.12916/4299>. [1
]
- Istituto Superiore di Sanità (2006), *Istituto Superiore di Sanità, Linee guida per la predisposizione del Piano di Zona (PDZ)*. [1
0]
- Istituto Superiore di Sanità (2006), *Linee guida per la predisposizione delle Attività Territoriali (PAT)*. [9
]
- Ley 39/2006, D. (2006), , <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>. [2
0]
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, M. (2021), *Information on care needs assessments*, https://www.caritas-koeln.de/export/sites/ocv/ambulante-pflege/.content/galleries/downloads/MDK_66_A4-VERSION_2021_ENG_01_BF.pdf. [1
6]
- Motta, M. (2024), *Serve fare i piani di zona dei servizi sociali?*, <https://www.welforum.it/serve-fare-i-piani-di-zona-dei-servizi-sociali/>. [1
2]
- Noriko Morioka, M. (2024), "Characteristics of first-time users of the nursing small-scale multifunctional home care service: a pooled cross-sectional study using Japanese long-term care insurance claims data from 2012 to 2019". [1
8]
- OECD (2022), . [1
]

- 9]
- Provincia Autonoma di Bolzano (2023), *Piano sociale provinciale 2030*, [5
https://oecd.sharepoint.com/teams/2023-TEZA582/Shared%20Documents/General/Outputs/4.%20Modello%20teorico%20cure%20integrate/Governance/Piano%20sociale%20provinciale%202030_PABolzano.pdf.]
- Provincia Autonoma di Bolzano (2016), *PIANO SANITARIO PROVINCIALE DELL'ALTO ADIGE 2016-2020*, [6
https://oecd.sharepoint.com/teams/2023-TEZA582/Shared%20Documents/General/Outputs/4.%20Modello%20teorico%20cure%20integrate/Governance/425308_Piano_sanitario_provinciale_2016-2020_definitivo_PA_Bolzano.pdf.]
- Provincia Autonoma di Trento (2023), *Paino provinciale per la salute*, [8
<https://www.provincia.tn.it/Media/Files/Piano-per-la-salute-del-Trentino>.]
- Provincia Autonoma di Trento (2023), *Programma provinciale sociale*, [7
<https://www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Documenti-di-programmazione/Programma-sociale-provinciale>.]
- Regione Emilia Romagna (2017), *La programmazione: il Piano sociale e sanitario 2017-2019*, [3
<https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/piano-sociale-e-sanitario#autotoc-item-autotoc-0>.]
- Regione Puglia (2022), *Approvato l'accordo di programma tra Ambiti Territoriali Sociali e ASL sull'attuazione degli interventi per l'integrazione sociosanitaria*, [4
<https://press.regione.puglia.it/-/approvato-l-accordo-di-programma-tra-ambiti-territoriali-sociali-e-asl-sull-attuazione-degli-interventi-per-l-integrazione-sociosanitaria>.]
- Scirocco, E. (2019), www.sciroccoexchange.com/uploads/SCIROCCO-Exchange-Translated-Maturity-Model-Italian-v0.3.pdf. [2
1]

Normativa di riferimento

- D.lgs. 62 del 2024 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”.
- D.lgs. 29 del 2024 “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”.
- Legge 33 del 2023 “Deleghe in materia di politiche in favore degli anziani”.
- Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024.
- Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.
- Linee-guida nazionali di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2022.
- Legge 234 del 2021 (indicazione delle aree per nuovi LEPS).
- Legge 227 del 2021 “Deleghe in materia di disabilità”.
- Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”.
- D.lgs. 117 del 2017 “Codice del Terzo settore”.
- Legge 205 del 2017 (definizione della figura del caregiver familiare).
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio del 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria”.
- Legge 328 del 2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
- D.lgs. 229 del 1998 “Norme per la realizzazione del Servizio sanitario nazionale”.

Annex A. Questionario per la mappatura- diagnosi del livello di integrazione degli interventi socioassistenziali negli ambiti territoriali partecipanti allo studio pilota

Sezione 1. Dati Generali

1.1.a Denominazione del
Distretto sanitario:

1.1.b Denominazione
dell'Ambito Territoriale
Sociale (ATS):

1.2 Regione-Provincia
autonoma di appartenenza:

1.3.a Nome e Cognome del
Direttore del Distretto
sanitario:

1.3.b Nome e Cognome del
Direttore/Coordinatore ATS:

1.4 Email (s):

1.5 Recapito (i) telefonico (i):

Sezione 2. Dati quantitativi degli ultimi tre anni

2.1 Numero di persone non autosufficienti anziane e persone con disabilità assistite a domicilio attraverso ADI negli ultimi tre anni (specificare il numero per ciascun anno):

Anno
2021

Anno
2022

Anno
2023

2.2 Numero di persone assistite a domicilio attraverso SAD²² negli ultimi tre anni (specificare il numero per ciascun anno)

Anno
2021

Anno
2022

Anno
2023

2.3 Numero totale di ore di assistenza domiciliare erogate attraverso ADI – incluse le prestazioni di Assistenza domiciliare di base:

Anno
2021

Anno
2022

Anno
2023

2.4 Numero totale di ore di assistenza domiciliare erogate attraverso SAD²³:

Anno
2021

Anno
2022

Anno
2023

²² Utenti in carico del servizio gestito sia in forma associata sia in forma singola dai Comuni ovvero numero utenti che fruiscono di interventi finanziati con fondi della Non Autosufficienza.

²³ Può essere indicato il numero di ore SAD finanziate con fondi della Non Autosufficienza.

2.5 Numero complessivo di assistenti familiari²⁴ che sono stati censiti nel sistema

Anno

2021

Anno

2022

Anno

2023

Sezione 3. Valutazione monodimensionale o multidimensionale e presa in carico

²⁴ In questa indagine, gli assistenti familiari sono individuati come persone qualificate a disposizione del Distretto sanitario.

3.1 Esiste uno strumento di valutazione monodimensionale o multidimensionale condiviso/unificato tra Distretto sanitario e ATS per identificare i bisogni della popolazione non autosufficiente?

- Sì
 No

Per la valutazione monodimensionale o multidimensionale di persone **non autosufficienti di età superiore ai 65 anni**:

<i>Nome dello strumento</i>	<i>Strumento condiviso/unificato</i>	<i>Strumento (i) NON condiviso (i)/ unificato (i) (possibili più risposte)</i>
SVaMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
InterRAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indice di Barthel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scala ADL di Katz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scala IADL di Lawton-Brody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMSE (Mini-Mental State Examination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scala di Tinetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scale Braden o Norton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ValGraf (VALutazione GRAFica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUG (Resource Utilization Group)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGED (Assessment of Geriatric Disabilities)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatric Depression Scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Short Portable Mental Status Questionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bina (Breve indice di non autosufficienza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro strumento (specificare):		

Per la valutazione monodimensionale o multidimensionale di persone **adulte con disabilità**:

<i>Nome dello strumento</i>	<i>Strumento condiviso/unificato</i>	<i>Strumento (i) NON condiviso (i)/ unificato (i) (possibili più risposte)</i>
SVAMDi (Scheda per la Valutazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Multidimensionale delle persone con disabilità)		
InterRAI-HC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indice di Barthel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scala ADL di Katz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scala IADL di Lawton-Brody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMSE (Mini-Mental State Examination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scala di Tinetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scale Braden o Norton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ValGraf (VALutazione GRAFica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUG (Resource Utilization Group)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGED (Assessment of Geriatric Disabilities)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatric Depression Scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Short Portable Mental Status Questionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bina (Breve indice di non autosufficienza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WHO DAS (WHO Disability Assessment Schedule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro strumento (specificare):		

3.2 Quali professionisti sono deputati a condurre la valutazione multidimensionale nel Distretto e nell'ATS?

Valutazione multidimensionale per **persone non autosufficienti di età superiore ai 65 anni**

<i>Professionista</i>	<i>Contributo (Si prega di selezionare una o più opzioni)</i>
Assistente sociale	<input type="checkbox"/> Valutazione socio-economica <input type="checkbox"/> Coordinamento dell'équipe multidisciplinare <input type="checkbox"/> Definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) <input type="checkbox"/> Supporto al paziente e alla famiglia nell'ambito dell'attuazione dei PAI <input type="checkbox"/> Altro (specificare):

Operatore socio sanitario	<input type="checkbox"/> Raccolta dati sullo stato funzionale <input type="checkbox"/> Supporto nella valutazione domiciliare <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Monitoraggio delle condizioni del paziente <input type="checkbox"/> Assistenza nelle attività quotidiane <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Personale infermieristico	<input type="checkbox"/> Valutazione sanitaria iniziale <input type="checkbox"/> Somministrazione di scale di valutazione clinica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Educazione sanitaria al paziente e all'assistente familiare <input type="checkbox"/> Gestione delle terapie farmacologiche <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Medico di medicina generale	<input type="checkbox"/> Segnalazione dei bisogni assistenziali <input type="checkbox"/> Diagnosi medica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Prescrizione terapeutica <input type="checkbox"/> Monitoraggio clinico continuativo <input type="checkbox"/> Partecipazione all'équipe di valutazione <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Geriatra	<input type="checkbox"/> Valutazione geriatrica specialistica <input type="checkbox"/> Definizione di interventi specifici per l'anziano <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Monitoraggio delle condizioni geriatriche <input type="checkbox"/> Consulenza per patologie correlate all'età <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Educatore	<input type="checkbox"/> Valutazione dei bisogni educativi <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Pianificazione di attività occupazionali <input type="checkbox"/> Promozione della socializzazione <input type="checkbox"/> Supporto all'autonomia personale <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Fisiatra	<input type="checkbox"/> Valutazione motoria e funzionale <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Prescrizione di terapie riabilitative <input type="checkbox"/> Monitoraggio dei progressi riabilitativi <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Psichiatra	<input type="checkbox"/> Valutazione psichiatrica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Gestione di disturbi mentali associati <input type="checkbox"/> Prescrizione di terapie psichiatriche <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Altro (specificare):

Neurologo	<input type="checkbox"/> Valutazione neurologica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Diagnosi di patologie neurologiche <input type="checkbox"/> Monitoraggio e gestione delle terapie neurologiche <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Psicologo	<input type="checkbox"/> Valutazione cognitiva e psicologica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Supporto psicologico al paziente <input type="checkbox"/> Supporto agli assistenti familiari <input type="checkbox"/> Interventi per il benessere mentale <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Valutazione cognitiva e psicologica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Prescrizione di terapie riabilitative <input type="checkbox"/> Monitoraggio dei progressi riabilitativi <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Terapista occupazionale	<input type="checkbox"/> Valutazione cognitiva e psicologica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI <input type="checkbox"/> Prescrizione di terapie riabilitative <input type="checkbox"/> Monitoraggio dei progressi riabilitativi <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Altri medici specialisti (specificare):	<input type="checkbox"/> Specificare:
Altro (specificare):	

Valutazione multidimensionale per **persone adulte con disabilità**

Professionista	Contributo (Si prega di selezionare una o più opzioni)
Assistente sociale	<input type="checkbox"/> Valutazione socio-economica <input type="checkbox"/> Coordinamento dell'équipe multidisciplinare <input type="checkbox"/> Definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Supporto al paziente e alla famiglia <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Operatore socio sanitario	<input type="checkbox"/> Raccolta dati sullo stato funzionale <input type="checkbox"/> Supporto nella valutazione domiciliare <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Monitoraggio delle condizioni del paziente

	<input type="checkbox"/> Assistenza nelle attività quotidiane <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Personale infermieristico	<input type="checkbox"/> Valutazione sanitaria iniziale <input type="checkbox"/> Somministrazione di scale di valutazione clinica <input type="checkbox"/> Educazione sanitaria al paziente e all'assistente familiare <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Gestione delle terapie farmacologiche <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Medico di medicina generale	<input type="checkbox"/> Segnalazione dei bisogni assistenziali <input type="checkbox"/> Diagnosi medica <input type="checkbox"/> Prescrizione terapeutica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Monitoraggio clinico continuativo <input type="checkbox"/> Partecipazione all'équipe di valutazione <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Geriatra	<input type="checkbox"/> Valutazione geriatrica specialistica <input type="checkbox"/> Definizione di interventi specifici <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Monitoraggio delle condizioni geriatriche <input type="checkbox"/> Consulenza per patologie correlate all'età <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Educatore	<input type="checkbox"/> Valutazione dei bisogni educativi <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Pianificazione di attività occupazionali <input type="checkbox"/> Promozione della socializzazione <input type="checkbox"/> Supporto all'autonomia personale <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Fisiatra	<input type="checkbox"/> Valutazione motoria e funzionale <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Prescrizione di terapie riabilitative <input type="checkbox"/> Monitoraggio dei progressi riabilitativi <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Psichiatra	<input type="checkbox"/> Valutazione psichiatrica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Gestione di disturbi mentali associati <input type="checkbox"/> Prescrizione di terapie psichiatriche

	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Neurologo	<input type="checkbox"/> Valutazione neurologica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Diagnosi di patologie neurologiche <input type="checkbox"/> Monitoraggio e gestione delle terapie neurologiche <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Psicologo	<input type="checkbox"/> Valutazione cognitiva e psicologica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Supporto psicologico al paziente <input type="checkbox"/> Supporto agli assistenti familiari <input type="checkbox"/> Interventi per il benessere mentale <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Valutazione cognitiva e psicologica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Prescrizione di terapie riabilitative <input type="checkbox"/> Monitoraggio dei progressi riabilitativi <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Terapista occupazionale	<input type="checkbox"/> Valutazione cognitiva e psicologica <input type="checkbox"/> Definizione del PAI/ Progetto di vita individuale personalizzato <input type="checkbox"/> Prescrizione di terapie riabilitative <input type="checkbox"/> Monitoraggio dei progressi riabilitativi <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Altri medici specialisti (specificare):	<input type="checkbox"/> Specificare:
Altro (specificare):	

Nota: Se un professionista non è coinvolto nella valutazione multidimensionale nel Distretto e ATS, le caselle corrispondenti possono essere lasciate vuote.

3.3 Se sono coinvolti più professionisti, come collaborano tra di loro?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Riunioni interdisciplinari regolari o programmate
- Condivisione di documentazione tramite sistema informativo comune
- Comunicazioni via email o telefono
- Piattaforme digitali collaborative
- Coordinamento attraverso il case manager

- Protocolli operativi congiunti
- Altro (specificare):

Desidera aggiungere ulteriori dettagli?

- Sì (specificare):
- No

3.4 Chi è il case manager responsabile della gestione del percorso di cura?

Indichi il ruolo e le responsabilità del case manager all'interno del Distretto e dell'ATS.

- Assistente sociale
- Operatore socio sanitario
- Infermiere territoriale (comprende Infermiere di comunità, della cronicità e dell'ADI)
- Medico di medicina generale
- Altro (specificare ruolo e responsabilità)

Quali sono le responsabilità del case manager nel Distretto e nell'ATS? *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Coordinamento dell'équipe multidisciplinare
- Monitoraggio dell'implementazione del Piano Assistenziale Individualizzato/Progetto di vita individuale personalizzato
- Punto di riferimento per il paziente e la famiglia
- Aggiornamento della documentazione clinica
- Valutazione continua dei bisogni del paziente
- Altro (specificare):

Desidera aggiungere ulteriori dettagli?

- Sì (specificare):
- No

3.5 Chi prende l'iniziativa della segnalazione per la valutazione multidimensionale, in che modo viene avviata e quali sono i passaggi successivi?

a) Che prende l'iniziativa?

- Il medico di medicina generale
- Specialista ospedaliero
- La persona non-autosufficiente o un familiare presentandosi direttamente presso un PUA
- La persona non-autosufficiente o un familiare presentandosi direttamente al Servizio sociale professionale di base dei Comuni/ATS
- Assistente sociale
- Infermiere di comunità

- Servizio infermieristico domiciliare
- Programma di screening territoriale
- Segnalazione da parte di associazioni o enti del terzo settore:
- Altro (specificare ruolo e responsabilità):

b) In che modo viene avviata la valutazione multidimensionale?

- Segnalazione del MMG al distretto sanitario
- Dimissione protetta dall'ospedale con attivazione dei servizi domiciliari
- Invio da parte dei servizi sociali comunali
- Attraverso uno sportello unico di accesso ai servizi (PUA)
- COT (Centrale operativa territoriale) (vedi DM 77/2022)

Altro (specificare):

c) Quali sono i passaggi successivi dopo l'attivazione della VMD?

- Contatto telefonico con il paziente o la famiglia per fissare un appuntamento
- Formazione di un'équipe multidisciplinare per la valutazione
- Visita domiciliare preliminare da parte di un operatore sanitario
- Convocazione del paziente presso il distretto per la valutazione
- Elaborazione di un piano assistenziale individualizzato (PAI)
- Registrazione dei dati nella Cartella Clinica Elettronica
- Altro (specificare):

d) Desidera aggiungere ulteriori dettagli?

- Sì (specificare):
- No

3.6 Chi avvia la presa in carico e come viene realizzata?

a) Chi è responsabile dell'avvio della presa in carico dopo la valutazione? (Si osserva che le varie voci comprendono ruoli, figure professionali e servizi)

- Case manager
- Assistente sociale
- Personale infermieristico
- Medico di medicina generale
- Equipe multidisciplinare
- Servizi sociali comunali
- Altro (specificare):

b) Come viene realizzata la presa in carico? (Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Elaborazione e condivisione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)/Progetto di vita individuale personalizzato

- Attivazione dei servizi domiciliari (ADI/SAD)
- Definizione degli obiettivi assistenziali con il paziente e la famiglia
- Coordinamento con altri servizi territoriali
- Monitoraggio periodico e aggiornamento del PAI
- Altro (specificare):

c) Chi “ordina” i servizi, gli interventi e le prestazioni conseguenti al PAI? *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Case-manager
- Ogni servizio con le proprie dotazioni
- L’unità di valutazione multidimensionale
- Altro (specificare):

3.7 La valutazione multidimensionale viene ripetuta? Se sì, ogni quanto tempo?

Indichi se è previsto un follow-up e con quale frequenza viene eseguito per monitorare l’evoluzione delle condizioni del paziente.

- Sì, ogni 3 mesi
- Sì, ogni 6 mesi
- Sì, annualmente
- Sì, con frequenza diversa (specificare):
- No, non viene ripetuta regolarmente
- Viene ripetuta solo in caso di variazione delle condizioni del paziente

Se la valutazione viene ripetuta, quali aspetti vengono rivalutati? *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Stato sanitario generale
- Stato funzionale e autonomia
- Bisogni socio-economici
- Situazione familiare
- Efficacia del Piano Assistenziale Individualizzato
- Soddisfazione del paziente e della famiglia
- Altro (specificare):

Sezione 4. Integrazione dei servizi

4.1 Quali strumenti sono utilizzati per la programmazione e la governance integrata dei servizi sociosanitari? *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Piano delle Attività Territoriali
- Piano di Zona

- Accordi di Programma
- Progetti di Amministrazione Condivisa
- Coordinamento Interistituzionale
- Altri strumenti (specificare):

Desiderate fornire ulteriori dettagli sugli strumenti utilizzati per la programmazione e la governance?

- Sì (specificare):
- No

4.2 Il Distretto e l'ATS hanno attivato processi di co-programmazione con enti del Terzo Settore per la pianificazione dei servizi sociosanitari, inclusa l'assistenza domiciliare?

Nota: il Terzo Settore comprende organizzazioni non profit, cooperative sociali, associazioni di volontariato e altre entità che operano nell'ambito sociale e sanitario con finalità di interesse generale

- Sì
- No

Se Sì, quali attività di co-programmazione sono state intraprese?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Identificazione condivisa dei bisogni da affrontare nel territorio
- Definizione congiunta degli interventi necessari
- Pianificazione delle modalità di attuazione dei servizi
- Individuazione e condivisione delle risorse disponibili
- Sottoscrizione di protocolli d'intesa o accordi quadro
- Creazione di tavoli di lavoro congiunti
- Altro (specificare):

Desiderate fornire ulteriori dettagli sulle attività di co-programmazione realizzate?

- Sì (specificare):
- No

4.3 Come viene gestita l'integrazione tra i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) nel Distretto e nell'ATS?

(Si prega di selezionare una o più opzioni e specificare i soggetti coinvolti e le loro responsabilità)

- Attraverso protocolli di collaborazione formali tra:
 - Distretto sanitario

- Responsabilità:
- Comune/i (ATS)
- Responsabilità:
- Enti del Terzo Settore
- Responsabilità:
- Altri (specificare):
- Responsabilità:

Attraverso l'uso di sistemi informativi condivisi gestiti da:

- Distretto sanitario
- Responsabilità:
- Comune (ATS)
- Responsabilità:
- Fornitori di servizi esterni
- Responsabilità:
- Altri (specificare):
- Responsabilità:

Non esiste un'integrazione gestionale strutturata

Desiderate fornire ulteriori dettagli sull'integrazione gestionale e sulle responsabilità dei soggetti coinvolti?

- Sì (specificare):
- No

4.4 Come viene gestita l'integrazione professionale tra i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) nel Distretto e nell'ATS?

(Si prega di selezionare una o più opzioni e specificare i soggetti coinvolti e le loro responsabilità)

Attraverso l'adozione di linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale:

- Sì
- No

Attraverso la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato:

- Sì
- No

Attraverso la creazione di "micro-equipe", vale a dire un piccolo gruppo operativo composto da figure professionali diverse che eroga le prestazioni domiciliari coordinandosi fra loro:

- Sì

No

Attraverso riunioni interdisciplinari regolari tra:

Personale sanitario (medici, infermieri)

○ Responsabilità:

Assistenti sociali

○ Responsabilità:

Operatori socio-sanitari

○ Responsabilità:

Coordinatori dei servizi ADI e SAD

○ Responsabilità:

Altri (specificare):

○ Responsabilità:

Non esiste un'integrazione professionale strutturata

Desiderate fornire ulteriori dettagli su come viene gestita l'integrazione e sulle responsabilità dei soggetti coinvolti?

Sì (specificare):

No

4.5 Il Distretto e l'ATS hanno realizzato attività di co-progettazione con enti del Terzo Settore per la definizione e realizzazione di progetti specifici rivolti alle persone non autosufficienti?

Sì

No

Se Sì, quali tipi di attività di co-progettazione sono state svolte?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

Sviluppo congiunto di progetti per l'assistenza domiciliare integrata

Realizzazione collaborativa di interventi sociosanitari innovativi

Coordinamento nell'erogazione di servizi domiciliari

Formazione congiunta del personale sanitario e degli operatori del Terzo Settore

Implementazione di tecnologie o strumenti innovativi (es. teleassistenza)

Altro (specificare):

Quali risultati sono stati ottenuti da queste attività di co-progettazione?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

Miglioramento dell'accesso ai servizi per le persone non autosufficienti

Aumento della qualità e dell'efficacia dei servizi offerti

- Maggiore integrazione tra servizi sanitari, sociali e del Terzo Settore
- Innovazione nell'erogazione dei servizi domiciliari
- Coinvolgimento attivo della comunità locale
- Altro (specificare):

Desiderate descrivere brevemente le iniziative di co-progettazione realizzate e i risultati ottenuti?

- Sì (specificare):
- No

Sezione 5. Supporto agli assistenti familiari

5.1 Quanti assistenti familiari sono censiti dal distretto e dall'ATS e quali supporti ricevono?

A. Numero di assistenti familiari censiti dal Distretto e dall'ATS:

- Meno di 50
- 50 - 100
- 101 - 200
- Oltre 200
- Specificare il numero esatto:

B. Tipi di monitoraggio effettuati dal Distretto e dall'ATS sugli assistenti familiari: *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Valutazione periodica dei bisogni degli assistenti familiari
- Contatti telefonici regolari
- Visite domiciliari
- Questionari o sondaggi sulla soddisfazione
- Monitoraggio dello stato di salute psicofisico
- Registro degli assistenti familiari attivi nel Distretto e nell'ATS
- Monitoraggio attraverso piattaforme digitali
- Monitoraggio degli obiettivi del PAI
- Altro (specificare):

C. Tipi di supporto offerti agli assistenti familiari dal Distretto e dall'ATS: *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Formazione specifica sulle tecniche di assistenza
- Servizi sociali di supporto (e.g. messa a disposizione di strumenti qualificati, orientati a favorire l'incontro fra domanda e offerta di lavoro)

- Servizi sociali di sollievo (e.g. sostituzione temporanea in occasione di ferie, malattia, maternità; interventi per la prevenzione di stress e burnout)
- Informazioni e orientamento sui servizi disponibili
- Supporto economico o contributi finanziari
- Accesso a materiali e attrezzature per l'assistenza (e.g. ausili, dispositivi medici)
- Programmi di formazione online
- Piattaforme digitali per il supporto e la comunicazione
- Altro (specificare):

D) Desidera fornire ulteriori dettagli sui tipi di monitoraggio e supporto offerti agli assistenti familiari nel Distretto e nell'ATS?

- Sì (specificare):
- No

5.2 Quali iniziative sono state intraprese per migliorare il coinvolgimento e il supporto degli assistenti familiari?

Iniziative intraprese per il coinvolgimento e il supporto degli assistenti familiari:

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Programmi di formazione per assistenti familiari
- Creazione di gruppi di sostegno e mutuo aiuto
- Servizi di consulenza psicologica dedicati
- Organizzazione di eventi informativi e workshop
- Sviluppo di piattaforme online per il supporto e l'informazione
- Collaborazione con associazioni di assistenti familiari
- Campagne di sensibilizzazione sul ruolo dell'assistente familiare
- Offerta di incentivi o agevolazioni economiche
- Fornitura di materiali educativi e guide pratiche
- Altro (specificare):

Desidera fornire ulteriori dettagli sui programmi o progetti specifici avviati per riconoscere e supportare gli assistenti familiari nel loro ruolo?

- Sì (specificare):
- No

5.3 In che modo il Distretto e l'ATS supportano l'integrazione degli assistenti familiari nel sistema di assistenza formale?

Misure adottate per facilitare l'integrazione degli assistenti familiari nel sistema di assistenza formale:

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Coinvolgimento degli assistenti familiari nella definizione del Piano Assistenziale Individualizzato/Progetto di vita individuale personalizzato
 - Creazione di canali di comunicazione diretti tra assistenti familiari e operatori sanitari
 - Integrazione degli assistenti familiari nelle riunioni dell'équipe multidisciplinare
 - Formazione congiunta tra assistenti familiari e professionisti sanitari
 - Fornitura di supporto logistico e organizzativo
 - Implementazione di piattaforme digitali per la comunicazione e la gestione condivisa dei casi
 - Programmi di teleassistenza che coinvolgono attivamente gli assistenti familiari
 - Altro (specificare):
- Desidera fornire ulteriori dettagli sulle misure adottate per facilitare la collaborazione tra gli assistenti familiari e i servizi sanitari e sociali?
- Sì (specificare):
 - No

Sezione 6. Sistemi informativi e gestione dei dati

6.1 Come sono strutturati i sistemi informativi del distretto e dell'ATS per la gestione dell'assistenza domiciliare?

A. Quali sistemi informativi utilizza il Distretto per la gestione dell'assistenza domiciliare? *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Software dedicati avanzati (es. piattaforme digitali integrate)
- Sistemi informativi di base (es. fogli di calcolo, database semplici)
- Documentazione prevalentemente cartacea
- Altro (specificare):

B. Quali sistemi informativi utilizza l'ATS per la gestione dell'assistenza domiciliare? *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Software dedicati avanzati (es. piattaforme digitali integrate)
- Sistemi informativi di base (es. fogli di calcolo, database semplici)
- Documentazione prevalentemente cartacea
- Altro (specificare):

C. Qual è il livello di copertura dei sistemi informativi nel Distretto?

- Copertura completa (tutti i servizi e operatori utilizzano il sistema informativo)
- Copertura parziale (alcuni servizi o operatori utilizzano il sistema informativo)
- Copertura limitata (la maggior parte delle attività è gestita senza sistemi informativi)
- Altro (specificare):

D. Qual è il livello di copertura dei sistemi informativi nell'ATS?

- Copertura completa (tutti i servizi e operatori utilizzano il sistema informativo)
- Copertura parziale (alcuni servizi o operatori utilizzano il sistema informativo)
- Copertura limitata (la maggior parte delle attività è gestita senza sistemi informativi)
- Altro (specificare):

E. Con quale frequenza vengono raccolti i dati sull'assistenza domiciliare nel Distretto?

- In tempo reale (aggiornamento continuo)
- Giornaliera
- Settimanale
- Mensile
- Altro (specificare):

F. Con quale frequenza vengono raccolti i dati sull'assistenza domiciliare nell'ATS?

- In tempo reale (aggiornamento continuo)
- Giornaliera
- Settimanale
- Mensile
- Altro (specificare):

6.2 Il Distretto utilizza una Cartella Clinica Elettronica (CCE) per la gestione dei pazienti assistiti a domicilio?

- Sì
- No

A. Chi compila la Cartella Clinica Elettronica? *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Medici
- Infermieri territoriali
- Operatori socio-sanitari
- Altro (specificare):

B. La CCE è integrata con altri sistemi informativi?

- Sì
- No

Se sì, con quali sistemi è integrata?

- Sistemi regionali
- Sistemi comunali
- Sistemi ospedalieri

Altro (specificare):

6.3 Quali sono le principali difficoltà riscontrate nell'implementazione della Cartella Clinica Elettronica nel contesto dell'assistenza domiciliare?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Problemi tecnici (es. malfunzionamenti, scarsa connettività)
- Resistenza al cambiamento da parte del personale
- Mancanza di formazione adeguata per gli operatori
- Costi elevati di implementazione e manutenzione
- Problemi di interoperabilità con altri sistemi
- Questioni legate alla privacy e alla sicurezza dei dati
- Limitazioni funzionali del software
- Altro (specificare):

6.4 Il Distretto utilizza la Cartella Clinica Elettronica per facilitare l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali?

- Sì
- No

Se sì, in che modo questa integrazione viene realizzata e monitorata?

(Si prega di selezionare una o più opzioni e fornisca dettagli se necessario)

- Accesso condiviso alla CCE da parte di professionisti sanitari e sociali
- Utilizzo di moduli specifici per i servizi sociali all'interno della CCE
- Sistemi di notifica e comunicazione integrati
- Monitoraggio congiunto dei piani assistenziali
- Reportistica integrata per il coordinamento dei servizi
- Altro (specificare):

6.5 L'ATS utilizza una Cartella Sociale Informatizzata (CSI) per la gestione dei pazienti assistiti a domicilio?

- Sì
- No

A. Chi compila la Cartella Sociale Informatizzata? *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Assistenti sociali
- Operatori socio-sanitari

Altro (specificare):

B. La CSI è integrata con altri sistemi informativi?

- Sì
 No

Se sì, con quali sistemi è integrata?

- Sistemi regionali
 Sistemi dipartimentali
 Distretto
 Altro (specificare):

6.6 Quali sono le principali difficoltà riscontrate nell'implementazione della Cartella Sociale Informatizzata?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Problemi tecnici (es. malfunzionamenti, scarsa connettività)
 Resistenza al cambiamento da parte del personale
 Mancanza di formazione adeguata per gli operatori
 Costi elevati di implementazione e manutenzione
 Problemi di interoperabilità con altri sistemi
 Questioni legate alla privacy e alla sicurezza dei dati
 Limitazioni funzionali del software
 Altro (specificare):

6.7 L'ATS utilizza la Cartella Sociale Informatizzata per facilitare l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali?

- Sì
 No

Se sì, in che modo questa integrazione viene realizzata e monitorata?

(Si prega di selezionare una o più opzioni e fornisca dettagli se necessario)

- Accesso condiviso alla CSI da parte di professionisti sanitari e sociali
 Utilizzo di moduli specifici per i servizi sociali all'interno della CSI
 Sistemi di notifica e comunicazione integrati
 Monitoraggio congiunto dei piani assistenziali
 Reportistica integrata per il coordinamento dei servizi
 Altro (specificare):

Sezione 7. Sfide e progetti ed iniziative innovative

7.1 Quali sono le principali difficoltà riscontrate nel coordinamento tra i servizi ADI e SAD?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Barriere comunicative
- Differenze organizzative
- Risorse limitate
- Mancanza di formazione congiunta
- Altro (specificare):

7.2 Quali misure ritiene necessarie per migliorare l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali nel Distretto e nell'ATS?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Implementazione di protocolli condivisi
- Formazione interdisciplinare
- Miglioramento dei sistemi di comunicazione
- Aumento delle risorse finanziarie
- Altro (specificare):

7.3 Esistono discrepanze tra il modello di assistenza previsto dalle riforme del settore presenti nel PNRR e la pratica quotidiana dell'ADI e SAD nel Distretto e nell'ATS?

- Sì
- No

Se sì, si prega di descrivere le differenze:

7.4 Ci sono progetti pilota o iniziative innovative in corso nel distretto e nell'ATS per migliorare l'integrazione delle cure e l'assistenza domiciliare?

- Sì
- No

Se Sì, la preghiamo di fornire le seguenti informazioni:

A. I progetti riguardano: *(Si prega di selezionare una o più opzioni)*

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Entrambi

B. Si prega di descrivere brevemente i progetti in corso o pianificati per il futuro:

Specificare:

7.5 Come vengono monitorati e valutati questi progetti?

(Si prega di selezionare una o più opzioni)

- Indicatori di performance specifici
- Feedback degli utenti (pazienti e assistenti familiari)
- Valutazioni periodiche interne
- Audit esterni o valutazioni indipendenti
- Analisi dei dati clinici e sociali
- Altro (specificare):

Desidera fornire ulteriori dettagli sugli strumenti e le metodologie utilizzate?

- Sì (specificare):
- No

Annex B. Scirocco maturity model per le cure integrate. Domande e modalità di attribuzione di un punteggio

Di seguito sono riportate le 12 domande del questionario Scirocco exchange (Scirocco, 2019^[21]) e le relative modalità di attribuzione di un punteggio da parte dei professionisti.

1. *Prontezza al cambiamento*

Obiettivi

Se il sistema di cure esistenti deve essere ridisegnato per fornire una serie di servizi maggiormente integrati, sarà necessario un cambiamento che coinvolga diversi livelli, la creazione di nuovi ruoli, nuovi processi e pratiche di lavoro, nuovi sistemi a supporto dello scambio di informazioni e della collaborazione dei team. Questo processo potrà essere destabilizzante e potrà essere percepito negativamente dagli addetti ai lavori, dalla stampa e dagli utenti; per questo è necessario avere le idee molto chiare rispetto ai cambiamenti da intraprendere e disporre di forti motivazioni, di un piano strategico e di una precisa visione dei miglioramenti che si vogliono apportare.

- Creazione di una vision convincente, con un reale senso di urgenza e di coinvolgimento/ingaggio dei portatori di interesse compreso i leader politici, il management, i professionisti del settore salute, gli utenti e la stampa.
- Accettazione della realtà che i sistemi di cura sono insostenibili e hanno bisogno di cambiamenti.
- Presa in considerazione del bisogno di affrontare il rischio di disuguaglianze sociali e di salute.
- Divulgazione di una chiara descrizione dei problemi, delle scelte necessarie, dei desiderata rispetto al futuro stato dei sistemi di cura, affermando quale sarà la futura esperienza di presa in carico.
- Creazione di un senso di urgenza per assicurare il mantenimento della concentrazione sull'obiettivo e costituzione di una "coalizione guida" per il cambiamento.

Scala di valutazione

- 1 - Nessun riconoscimento o urgente necessità di cambiamento
- 2 - C'è una urgente necessità di cambiare ma manca una chiara visione o piano strategico
- 3 - Dialogo e creazione del consenso sono in corso; esiste una pianificazione
- 4 - La vision e la pianificazione sono stati tradotti in politiche; sono presenti leader e sostenitori

5 - La leadership, la vision e la pianificazione sono chiari anche al pubblico generale; c'è pressione per il cambiamento

6 - C'è consenso politico; supporto pubblico; c'è engagement degli stakeholder.

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

2. Struttura e Governance

Obiettivi

I numerosi cambiamenti necessari per erogare cure integrate a livello regionale o nazionale rappresentano una sfida significativa. Sono necessari programmi di lungo periodo con un efficiente cambio di management, fondi, comunicazione e potere di influenzare e (talvolta) imporre nuove pratiche di lavoro. Questo si traduce in un allineamento di obiettivi tra organizzazioni e professioni diverse, e nella volontà di collaborare e mettere al primo posto l'interesse generale di tutto il sistema di cura rispetto agli interessi individuali. Questo significa anche l'introduzione di tecnologie per l'erogazione dei servizi di cura che siano facili da usare, affidabili, sicure, accettate sia dai professionisti che dai cittadini.

- Approvazione di programmi adeguatamente finanziati, che includano un adeguato project management e gestione del cambiamento; istituzione di centri di competenza digitali per supportare l'introduzione dell'ICT e dell'eHealth; distribuire la leadership per ridurre la dipendenza da un singolo eroico leader; comunicazione ottimale dei risultati, dei progressi, dei successi.
- Coordinamento dei migliori programmi di innovazione digitale attraverso finanziamenti appropriati e programmi di cambiamento pluriennali.
- Considerazione del bisogno di affrontare il rischio di disuguaglianze di salute e sociali.
- Istituzione di organizzazioni con il mandato di selezionare, sviluppare e fornire servizi digitali.

Scala di valutazione

1 - Struttura e governance frammentata in essere

2 - Consapevolezza del bisogno di cambiamenti strutturali e di governance

3 - Formazione di task forces, alleanze e altre vie di collaborazione informali

4 - Governance esistente a livello regionale o nazionale

5 - Roadmap del programma di cambiamento definita e accettata dagli stakeholders coinvolti

6 - Programma di integrazione definito nei dettagli (completamente), con fonti di finanziamento e mandato chiaro.

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

3. Infrastrutture digitali

Obiettivi

Le cure integrate richiedono, come capacità di base, il data-sharing (condivisione di informazioni inerenti alla salute) tra diversi team di cura che permettano progressivamente al sistema di consentire ai cittadini di assumere un ruolo più attivo nel loro processo di cura, e che garantiscano una continua collaborazione e la misurazione e gestione dei risultati. Questo significa costruire sulle infrastrutture digitali per la salute già esistenti nuove modalità per supportarne l'integrazione, potenziarle con nuove funzioni, migliorandone, per esempio, la sicurezza e la mobilità. Migliorare le infrastrutture per la sanità digitale è più facile se si

semplificano il numero dei sistemi in essere e i formati per l'interscambio e la conservazione dei dati. Sono elementi importanti delle infrastrutture per la sanità digitale:

- Politiche “Digital first” (es: passare dalla comunicazione faccia a faccia ai servizi digitali per ridurre la dipendenza dallo staff e promuovere il self-service).
- Disponibilità di componenti essenziali (infrastrutture ICT) per abilitare lo scambio di dati basato su servizi sicuri e affidabili.
- Semplificazione e standardizzazione di soluzioni e infrastrutture ICT; pochi punti di integrazione tecnica da gestire; interoperabilità e procedure di gara più semplici;
- Consolidamento delle applicazioni e dei data centres; protezione dei dati e sicurezza delle cartelle dei pazienti, dei registri, dei servizi online etc.
- Abilitazione di nuovi canali per prestazioni di assistenza sanitaria e nuovi servizi basati su comunicazione avanzata e tecnologie per la elaborazione dati.

Scala di valutazione

1 - Non ci sono infrastrutture digitali a supporto delle cure integrate

2 - È in atto una ricognizione dei bisogni ma non c'è una strategia /o piano su come impiegare e standardizzare le infrastrutture digitali a supporto delle cure integrate

3 - Esiste un mandato e un piano per lanciare le infrastrutture regionali/nazionali, incluso un set di standard tecnici condivisi sia per il settore sociale che per il settore sanitario, ma non è stato ancora implementato.

4 - Esiste un progetto pilota per le infrastrutture digitali a supporto delle cure integrate ma non c'è ancora un'ampia copertura regionale. Esiste un set di standard tecnici condivisi per consentire l'approvvigionamento congiunto (unioni d'acquisto, gare regionali) di nuovi sistemi; è in corso il consolidamento delle soluzioni ICT su larga scala.

5 - le infrastrutture digitali a supporto delle cure integrate sono implementate ma non sono ancora utilizzate da tutti gli stakeholder coinvolti. Un set unificato di standard è stato pubblicato; sono state realizzate numerose gare congiunte per l'approvvigionamento di nuovi sistemi; data centres consolidati e servizi condivisi sono ampiamente implementati.

6 - Infrastrutture digitali universali, su scala regionale/nazionale sono utilizzate per tutte le cure integrate da tutti gli stakeholder. Un set di standard unificato e obbligatorio è pienamente incorporato in tutte le procedure di gara, i sistemi sono pienamente interoperabili; centri dati consolidati e utilizzo di servizi condivisi (incluso il cloud) sono la prassi consueta.

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

4. Coordinamento dei processi

Obiettivi

L'erogazione di servizi sociali e sanitari è una complessa serie di processi collegati e che interagiscono per ottenere specifici risultati. La coordinazione di questi processi di cura richiede nuovi percorsi e servizi per migliorare la qualità e la efficienza delle cure ed evitare cambiamenti non necessari. Il bisogno di coordinamento aumenta quando la cura dei pazienti richiede l'intervento di più professionisti. I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono ampiamente utilizzati per una pianificazione dettagliata e strutturata dei percorsi di cura. Essi includono standard di cura che indicano quello che i cittadini dovrebbero aspettarsi nel ricevere le prestazioni sociali e sanitarie. La definizione degli standard (di riferimento), così come il loro uso varia a seconda delle diverse fasi del processo. I professionisti e le organizzazioni possono aderire volontariamente alla valutazione o possono esserne parte in virtù di una

regolamentazione. Il coordinamento dei processi permette una effettiva implementazione ed estensione delle cure integrate attraverso:

- Lo sviluppo di nuovi processi e PDTA, replicabili, finanziati e/o rimborsati, condivisi dagli stakeholder pertinenti
- La esplicitazione di obiettivi ed elementi chiave condivisi; la facilitazione della comunicazione; il coordinamento dei processi di cura; la documentazione, il monitoraggio, la valutazione delle varianti e dei risultati
- La definizione di linee guida fondate su prove di efficacia e l'accordo su piani per la introduzione formale e la trasformazione di nuovi servizi in pratiche consolidate
- La negoziazione con un ampio numero di esperti e autorità nel settore medico e/o sociale, pazienti e altre organizzazioni pertinenti e l'introduzione di standard di cura misurabili
- La salvaguardia di nuovi servizi e PDTA

Scala di valutazione

1 - Non esistono né sono in fase di pianificazione linee guida formali, descrizioni, accordi o standard su processi di cura innovativi e coordinati .

2 - Gli stakeholder producono alcune linee guida e riconoscono il bisogno di standardizzazione dei processi di cura coordinati, ma non ci sono piani formali di sviluppo.

3 - Sono attivi alcuni processi di cura coordinati e standardizzati; le linee guida sono utilizzate, alcune iniziative e percorsi sono formalmente descritti, ma non esiste un approccio sistematico.

4 - Servizi, PDTA e processi di cura sono formalmente descritti in modo standardizzato dagli stakeholder. Un approccio sistematico alla standardizzazione è pianificato ma non implementato.

5 - La maggior parte dei percorsi di cura coordinati, incluso i PDTA, sono soggetti ad un approccio sistematico, a standardizzazione e implementati nell'intera Regione/Paese.

6 - Un approccio sistematico alla standardizzazione dei processi di cura coordinati è implementato nell'intera Regione. I PDTA sono estesi, gestiti e ridisegnati secondo gli standard stabiliti.

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

5. Finanziamenti

Obiettivi

Cambiare il sistema di cure in modo da offrire una migliore integrazione richiede investimenti iniziali e fondi disponibili; il cambiamento deve poter contare su fondi che garantiscano la operatività durante la transizione al nuovo modello di cure integrate; su un supporto finanziario in itinere sino a che i nuovi servizi siano pienamente operativi e i vecchi siano dismessi. Occorre assicurare che i costi iniziali e successivi possano essere finanziati attivando tutti i meccanismi a disposizione, da quelli regionali /nazionali (incentivazione statale), ai fondi di investimento della Unione Europea, a partnership pubblico-private e risk-sharing.

Scala di valutazione

1 – Non sono disponibili fondi aggiuntivi a supporto dello sviluppo delle cure integrate

2 – I fondi sono disponibili ma principalmente per i progetti pilota e sperimentali

3 – Sono disponibili fondi consolidati dedicati all'innovazione attraverso gare/finanziamenti per i fornitori di cure integrate e per la implementazione a livello locale

4 – Sono disponibili fondi regionali/nazionali (o Europei) per lo scaling up delle cure integrate

5 – Sono disponibili fondi regionali /nazionali e/o meccanismi di rimborso per le operazioni in corso

6 – Sono disponibili budget certi e pluriennali e/o meccanismi di rimborso accessibili a tutti gli stakeholder per garantire futuri sviluppi dei servizi

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

6. Rimozione degli inibitori

Obiettivi

Anche con il supporto politico, programmi di finanziamento e buone infrastrutture di eHealth, molti fattori possono ancora rendere le cure integrate difficili da implementare, ritardando il cambiamento o limitandone le sue potenzialità. Tra questi ostacoli possiamo citare problemi legali, resistenza al cambiamento da parte di singole persone o ordini professionali, barriere culturali rispetto all'uso delle tecnologie, meccanismi finanziari perversi, mancanza di competenze. Questi fattori hanno bisogno di essere identificati al più presto e affrontati attraverso un piano che ne minimizzi gli impatti.

- Azioni per rimuovere le barriere: legali, organizzative, finanziarie, mancanza di competenze, tenendo in considerazione anche la necessità di affrontare il rischio di disuguaglianze di salute e sociali.
- Modifiche legislative riguardanti, per esempio, atti medici, informazioni sulla governance, fattori relativi alla condivisione dati che possono supportare l'innovazione
- Creazione di nuove organizzazioni o collaborazioni che incoraggino il lavoro collaborativo (integrazione normativa)
- Cambiamenti nei finanziamenti che supportino cambi di comportamento e di processo
- Formazione utile a comprendere l'innovazione e le tecnologie che rendono possibili le cure integrate e velocizzare la individuazione delle soluzioni

Scala di valutazione

1 - Non c'è nessuna consapevolezza degli effetti degli inibitori sulle cure integrate

2 - C'è consapevolezza degli inibitori ma assenza di un approccio sistematico per la loro rimozione o gestione

3 - La strategia per la rimozione degli inibitori è condivisa a livello apicale

4 - Un piano operativo per rimuovere gli inibitori è stato avviato a livello locale

5 - Soluzioni per rimuovere gli inibitori sono state sviluppate e sono utilizzate comunemente

6 - I programmi sono quasi completamente attuati; gli inibitori non rappresentano più un problema per lo sviluppo dei servizi.

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

7. Approccio alla popolazione

Obiettivi

Le cure integrate possono essere sviluppate a favore di quei cittadini che non traggono beneficio dal sistema di cure integrate esistente, per aiutarli a gestire la propria salute e i propri bisogni di cura nel modo migliore, evitando chiamate di emergenza e ricoveri superflui e riducendo la permanenza in ospedale. L'approccio di popolazione alla salute va oltre questo e utilizza metodi per capire quali sono i rischi futuri per la salute e da dove potrebbero provenire; grazie a questo tipo di approccio è possibile prevedere ed anticipare il rischio, in modo tale che i cittadini mantengano la loro salute per molto tempo e siano meno dipendenti dai servizi di cura man mano che invecchiano.

- Comprensione e anticipazione della domanda che soddisfino meglio i bisogni e fronteggino le disuguaglianze sociali
- Potenziare la resilienza del sistema di cure usando i dati esistenti sulla salute pubblica, il rischio sanitario, e la utilizzazione di servizi per minimizzare i rischi.
- Intraprendere le azioni necessarie per indirizzare i cittadini verso percorsi di cura più appropriati basati sulle proprie preferenze.
- Predire il futuro e intraprendere le azioni necessarie per ridurre il rischio attraverso interventi pubblici basati sulla tecnologia

Scala di valutazione

- 1 – Non è applicato alcun approccio di popolazione alla salute nella erogazione dei servizi integrati
- 2 – La stratificazione della popolazione a rischio è presa in considerazione ma non avviata
- 3 – L'approccio alla stratificazione della popolazione è utilizzato in alcuni progetti su base sperimentale
- 4 – La stratificazione del rischio è utilizzata per specifici gruppi, per esempio per coloro i quali sono a rischio di diventare utilizzatori frequenti dei servizi
- 5 – Un approccio basato sul rischio è applicato ai servizi di cure integrate ma non è ancora applicato sistematicamente a tutta la popolazione
- 6 – La stratificazione della popolazione è pienamente implementata

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

8. Empowerment dei cittadini

Obiettivi

Il sistema socio-sanitario pubblico è sotto una crescente pressione derivante dalla domanda di cure dei cittadini che potrebbe essere gestita diversamente dagli stessi cittadini o da chi presta loro assistenza (caregivers/familiari). Le evidenze suggeriscono che i cittadini parteciperebbero maggiormente alle loro cure se ci fossero dei servizi utili da utilizzare, come prenotazioni di visite, auto-monitoraggio del proprio stato di salute, o alternative alle visite mediche, qualora disponibili. Questo vuol dire erogare servizi e strumenti che attivino opportunità, offrano scelte, incoraggino la proattività e l'engagement nel management della propria salute, considerando la necessità di affrontare il rischio di disuguaglianze di salute e sociali.

Scala di valutazione

- 1 – L'empowerment dei cittadini non è considerato come parte dell'erogazione delle cure integrate

2 – L’empowerment è riconosciuto come parte importante e integrale delle cure integrate ma le politiche effettive per supportare l’empowerment dei cittadini sono ancora in fase di sviluppo

3 – L’empowerment è riconosciuto come parte importante delle cure integrate; sono attuate politiche effettive per supportare i cittadini, ma i cittadini non hanno accesso a informazioni sanitarie e a dati sulla loro salute

4 – I cittadini sono consultati sui servizi erogati nell’ambito delle cure integrate e hanno accesso a informazioni sanitarie e a dati sulla loro salute

5 – Esistono incentivi e strumenti per motivare e supportare i cittadini a co-creare i servizi di cura e per usare questi servizi per una loro maggiore partecipazione ai processi decisionali sulla propria salute.

6 – I cittadini sono pienamente resi partecipi dei processi decisionali sulla loro salute e sono inclusi anche nelle decisioni che riguardano l’erogazione dei servizi e le scelte politiche.

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

9. Metodi di valutazione

Obiettivi

Sono introdotti nuovi percorsi assistenziali e servizi a supporto delle cure integrate, c’è un chiaro bisogno di assicurare che i cambiamenti sortiscano i risultati auspicati rispetto alla qualità delle cure, ai costi, all’accesso e all’esperienza dei cittadini. Questo avvalorava il ricorso ad investimenti basati sulle prove di efficacia, laddove l’impatto di ogni cambiamento è valutato, per esempio, da economisti sanitari di Università o di speciali agenzie. L’Health technology assessment (HTA) rappresenta una metodologia importante che può essere utilizzata per giustificare i costi dello scaling up delle cure integrate a livello regionale o nazionale.

- Stabilire valori di riferimento (sui costi, la qualità, l’accesso, ecc) prima dell’introduzione di un nuovo servizio.
- Misurare sistematicamente l’impatto di nuovi servizi e percorsi assistenziali utilizzando metodi appropriati (come studi osservazionali, miglioramenti incrementali, clinical trials).
- Generare evidenze che portino ad una più veloce adozione delle buone pratiche.

Scala di valutazione

1 - Nessuna valutazione delle cure integrate è in essere o in via di implementazione

2 - La valutazione dei servizi di cure integrate è in programmazione come elemento di un approccio sistematico

3 - La valutazione dei servizi di cure integrate esiste, ma non come parte di un approccio sistematico

4 - Alcune iniziative e servizi di cure integrate sono valutati come parte di un approccio sistematico

5 - La maggior parte dei servizi sono soggetti ad un approccio sistematico di valutazione; i risultati sono pubblicati

6 - L’approccio alla valutazione è sistematico, è presente la dovuta reattività rispetto all’esito della valutazione, e la valutazione degli impatti desiderati sui servizi ridisegnati sulla scorta degli esiti della valutazione (il processo di valutazione rappresenta un ciclo completo).

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

10. Ampiezza dell'ambizione

Obiettivi

Le cure integrate comprendono diversi livelli di integrazione, come l'integrazione tra le cure primarie e secondarie, l'integrazione di tutti gli stakeholders coinvolti nel processo di cura, o coinvolti in molteplici organizzazioni. L'integrazione può essere sviluppata semplicemente rispetto ai bisogni di salute (integrazione verticale) o può includere i lavoratori, il volontariato, le cure complementari o informali (integrazione orizzontale). Più è ampia l'ambizione, più saranno numerosi e diversi gli stakeholders da coinvolgere. Allo stesso modo, l'integrazione può includere tutti i livelli del sistema o può essere limitata alla condivisione di informazioni cliniche. Gli obiettivi di lungo periodo devono essere pienamente integrati con i servizi che forniscono un'agevole interazione con i cittadini, portando a cure migliori e a migliori risultati.

- Integrazione supportata a tutti i livelli del sistema socio-sanitario: livelli macro (politiche, strutture), meso (organizzazione, professionale) micro (clinico).
- Integrazione tra il sistema sanitario e altri servizi (sociali, volontariato, informali, servizi familiari).
- Agevole transizione per i pazienti/cittadini tra i diversi servizi

Scala di valutazione

- 1 - Le attività di coordinamento sono in essere ma non risultano da una pianificazione strategica
- 2 - I cittadini e le loro famiglie potrebbero aver bisogno di agire come elementi di integrazione tra i servizi in maniera imprevedibile
- 3 - Vi è integrazione tra gli stelli livelli di cura (es: cure primarie)
- 4 - Vi è integrazione tra diversi livelli di cura (es: tra cure primarie e secondarie)
- 5 - È stato introdotto un migliore coordinamento tra i bisogni dei servizi sociali e sanitari
- 6 - È in atto la piena integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

11. Gestione dell'innovazione

Obiettivi

Molte delle idee più innovative provengono da medici, infermieri e assistenti sociali che comprendono quali sono i miglioramenti da fare nei processi esistenti. Questa innovazione ha bisogno di essere riconosciuta, valutata e, dove possibile, estesa per apportare benefici a tutto il sistema. Allo stesso tempo, le Università e il settore privato sono sempre più impregnate nel settore dell'open innovation, mentre modelli di gare innovative possono essere utili a sviluppare nuove tecnologie, testare miglioramenti di processi ed erogare nuovi servizi che incontrino i bisogni dei cittadini. È molto importante anche guardare al di fuori del proprio sistema, nelle altre regioni o negli altri Paesi che stanno affrontando le stesse sfide per imparare dalle loro esperienze. Questo significa soprattutto gestire il processo di innovazione per ottenere i migliori risultati per il sistema di cure e assicurare che le buone idee siano incoraggiate e premiate.

- Adottare velocemente le soluzioni collaudate
- Creare un'atmosfera di innovazione dall'alto verso il basso, con la raccolta e diffusione delle migliori pratiche
- Apprendere dall'interno del sistema come da altre regioni per espandere le proprie vedute e velocizzare il cambiamento

- Coinvolgere le autorità regionali del settore sociale e sanitario, le Università e le aziende private nel processo di innovazione (es: open innovation)
- Utilizzare procedure innovative di appalto (Pre-Commercial Procurement, Public Procurement of Innovation, Partnerships pubblico-private, condivisione del rischio, Shared Risk, pagamenti basati sui risultati)
- Utilizzare progetti e partnership europee (es: Horizon 2020, FERS, FSE e altri).

Scala di valutazione

1 - Nessuna gestione dell'innovazione è in essere

2 - L'innovazione è incoraggiata ma non ci sono piani complessivi

3 - Le innovazioni sono colte ed utilizzate e ci sono meccanismi in essere per incoraggiare il trasferimento delle conoscenze

4 - La gestione dell'innovazione è formalizzata attraverso processi pianificati e parzialmente implementati

5 - Processi formalizzati per la gestione dell'innovazione sono in essere e largamente implementati

6 - È in essere un'ampia open innovation combinata con procedure di gara a supporto e adeguata diffusione delle buone pratiche

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

12. Costruzione e rafforzamento delle competenze (Capacity Building)

Obiettivi

Il capacity building è il processo attraverso il quale gli individui e le organizzazioni ottengono, migliorano e mantengono abilità e conoscenze necessarie a lavorare con la dovuta competenza. Nella trasformazione del sistema di cure sono necessari molti nuovi ruoli e competenze. Queste ultime potranno comprendere competenze tecnologiche e manageriali, fino ad un ottimale governo del cambiamento. I sistemi di cure hanno bisogno di diventare "sistemi che apprendono", in costante ricerca di migliorare qualità, costi e accesso. Essi devono costruire la propria capacità e diventare più adattabili e resilienti. Poiché la domanda continua a cambiare, abilità, talenti ed esperienza devono essere mantenuti. Questo significa assicurare che la conoscenza sia valorizzata e utilizzata per migliorare gli step successivi dei progetti, portando ad una maggiore produttività e ad un maggiore successo.

- Accrescimento delle abilità; miglioramenti continui.
- Costruzione di una base di competenze che può colmare il gap e assicurare che il bisogno di conoscenze sia compreso e orientato dalle soluzioni digitali, laddove esse siano appropriate.
- Disponibilità di strumenti, processi e piattaforme per permettere alle organizzazioni di valutare il proprio lavoro e costruire la propria capacità di realizzare cambiamenti di successo
- Creazione di un ambiente dove il miglioramento dei servizi sia continuamente valutato e utilizzato per il bene del sistema assistenziale nel suo complesso

Scala di valutazione

1 - I servizi di cure integrate non rientrano nelle strategie di capacity building

2 - Sono in atto alcuni approcci per il potenziamento delle competenze nel settore delle cure integrate

3 - La cooperazione riguardo al capacity building nelle cure integrate è in aumento nella regione

4 - Sono in essere, ma non sono ampiamente implementati, processi di apprendimento sulle cure integrate e sulla gestione del cambiamento

5 - È ampiamente implementato un apprendimento sistematico sulle cure integrate e sulla gestione del cambiamento; la conoscenza è condivisa, le competenze sono mantenute e conservate e c'è un basso turnover dello staff con esperienza

6 - È in essere un “sistema sanitario e di apprendimento orientato alla persona” che implica riflessione e miglioramento continuo.

Cosa diresti se ti chiedessero di giustificare il punteggio che hai attribuito? (giustificalo con una breve frase)

Maggiori informazioni
<https://www.oecd.org/en/about/programmes/dg-reform/towards-person-centered-integrated-care-in-italy.html>

