



Regione Lombardia  
IL CONSIGLIO

# INDICAZIONI DI POLICY PER L'INTEGRAZIONE SANITARIA, SOCIO-SANITARIA ED ASSISTENZIALE

Policy Paper

Piano delle ricerche 2013 - 2014



Regione Lombardia  
IL CONSIGLIO

## POLICY PAPER

# INDICAZIONI DI POLICY PER L'INTEGRAZIONE SANITARIA, SOCIO-SANITARIA ED ASSISTENZIALE

Ricerca promossa dall'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale nell'ambito del Piano ricerche 2013-2014	Policy paper "Indicazioni di policy per l'integrazione sanitaria, sociosanitaria ed assistenziale" (Cod. Éupolis Lombardia REI 13013).
Consiglio regionale Servizio Assistenza legislativa e legale Ufficio Studi, ricerche e Biblioteca	Gruppo di lavoro tecnico: Dirigente responsabile: Luciana Fedrizzi Antonella Agosti, Fabrizio Benaglia, Laura Gabetta, Manuela Venuti
Éupolis Lombardia	Dirigente di riferimento: Alessandro Colombo Project Leader: Alessandro Colombo Gruppo di ricerca: Roberta Bonini, Università Cattolica del Sacro Cuore; Lucia Ferrara, Università degli Studi di Bari; Verdiana Morando, CER GAS Università Bocconi
	Il testo è stato concluso nel mese di aprile 2014
	Pubblicazione non in vendita. Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.
	Milano, giugno 2014

## Indice

ABSTRACT	5
KEY POLICY MESSAGES	7
EXECUTIVE SUMMARY	9
I TERMINI ABBREVIAZIONI	13
INTRODUZIONE	15
1. LA DOMANDA: QUADRO EPIDEMIOLOGICO DI RIFERIMENTO E TIPOLOGIA DI UTENTI	17
1.1 IL CONTESTO: QUADRO SOCIO-DEMOGRAFICO	17
1.2 LA DOMANDA SANITARIA: QUADRO EPIDEMIOLOGICO	20
1.3 LA DOMANDA SOCIALE E ASSISTENZIALE	23
1.4 CONCLUSIONI: CORRELAZIONI TRA DOMANDA SANITARIA E SOCIALE	27
2. L'OFFERTA: TERMINI, NORMATIVA, STRUMENTI, MODELLI E POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE	31
2.1. COSA S'INTENDE PER INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E CURE INTEGRATE: I TERMINI	32
2.2 LA NORMATIVA	40
2.3. GLI ASSETTI ISTITUZIONALI NELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	44
2.4. GLI STRUMENTI PER L'INTERGRAZIONE SOCIO SANITARIA	46
2.4.1 LA PROGRAMMAZIONE	46
2.4.2 SISTEMA DI FINANZIAMENTO	48
2.5. I MODELLI PER L'INTEGRAZIONE	52
2.6. REGIONE LOMBARDIA: RETE DI OFFERTA E POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	59
2.6.1 IL MODELLO LOMBARDO	59
2.6.2 LE POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE	64
3. POLITICHE DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN EMILIA-ROMAGNA, LOMBARDIA, TOSCANA E VENETO	73
3.1 L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	74
3.2 L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN LOMBARDIA	78
3.3 I MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ADI A LIVELLO REGIONALE	88
3.4 UN CONFRONTO TRA REGIONI SULLA BASE DEI DATI DISPONIBILI	97
3.5. DAI DATI AI MODELLI ORGANIZZATIVI: CONSIDERAZIONI SULL'INTEGRAZIONE TRA LE DIVERSE REGIONI	102

4. DISCUSSIONE: GLI ASPETTI DECISIVI PER LA FORMULAZIONE DELLE POLITICHE	105
4.1 UN FRAME PER LE POLITICHE DI INTEGRAZIONE	105
4.2 LE POLITICHE DI INTEGRAZIONE IN REGIONE LOMBARDIA: UNA LETTURA DI SISTEMA	110
INDICAZIONI DI POLICY	115
BIBLIOGRAFIA	119
SITOGRAFIA	127
ALLEGATO 1	129
ALLEGATO 2	133

## *ABSTRACT*

---

Il policy paper intende mettere a disposizione dei consiglieri regionali gli elementi fondamentali sul tema, data la sua rilevanza e le decisioni imminenti che coinvolgono il settore sanitario e socio sanitario. È pensato come strumento informativo.

Esso inizia con un'analisi della domanda con un esame del quadro statistico-epidemiologico.

In seguito si considera la rete di offerta attraverso una ricognizione delle definizioni (compreso un breve glossario), degli strumenti normativi (nazionali e regionali) e manageriali e dei servizi predisposti.

Nella terza parte si sviluppa un confronto inter-regionale focalizzato sulle politiche e gli interventi in Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana per l'assistenza domiciliare integrata considerato il servizio tipico per la presa in carico continuativa.

Nell'ultima parte si propongono linee interpretative e di indirizzo: viene fornito un quadro di interpretazione delle politiche sociosanitarie a partire dalle cure integrate, secondo una visione complessiva che analizza il livello sistemico e di governance, quello organizzativo ed istituzionale e, infine, quello professionale.



## KEY POLICY MESSAGES

---

- L'integrazione sociosanitaria è ineludibile.
- Fragilità e cronicità sono strettamente correlate: all'aumentare della fragilità aumentano le potenzialità di avere condizioni di disabilità psichica e fisica. Le azioni di prevenzione e gli strumenti predittivi della domanda dovranno nel prossimo futuro adoperarsi per coniugare le due dimensioni.
- L'equità e universalità nell'accesso alle cure sono garantite sul versante sanitario, ma non sociosanitario, perché manca una definizione dei livelli essenziali di assistenza comparabili a quelli attivi a livello sanitario.
- La normativa resta carente per la definizione dell'integrazione e rispetto all'allocazione delle risorse per le attività, tra sanità e sociale. L'integrazione sociosanitaria è, quindi, ostacolata a livello programmatico e pianificatorio in ragione della complessità della filiera di programmazione e del riparto delle risorse.
- L'attività programmatica è complessa per l'eterogeneità degli attori istituzionali coinvolti che utilizzano strumenti anche finanziari diversi: in ambito sociosanitario le ASL impiegano la contabilità analitica, mentre in ambito sociale, di competenza comunale, si adottano strumenti di contabilità finanziaria.
- L'integrazione è più efficace dove l'ambito sociale coincide con l'area del distretto sanitario. Tuttavia, la quota di risorse dedicata alla programmazione integrata è ridotta e in tendenziale riduzione dopo l'azzeramento del Fondo per le politiche Sociali.
- Occorre rafforzare la programmazione strategica territoriale essa rappresenta il cuore del sistema integrato di cure per la specificità dei contesti, per la prossimità ai mondi vitali dei cittadini, per la peculiarità dei diversi soggetti istituzionali (e non) che creano la rete dei servizi. È importante che la governance centrale detti l'agenda di governo e le regole di sistema, mentre a livello locale ci siano margini per azioni specifici.
- La separazione tra committenza e produzione rende necessari: l'uniformità dei criteri di accesso, la standardizzazione fin dove possibile dei profili di cura, l'accreditamento regionale dei provider.

- Rafforzare, semplificare e coordinare la programmazione a tutti i livelli: normativo, strategico, organizzativo ed economico diventa una direzione imprescindibile per determinare il quadro di realizzazione dell'integrazione socio sanitaria.
- Si propone un rafforzamento su base locale delle strategie di committenza come strumento per una governance dell'integrazione delle cure, dove le ASL potrebbero assumere ruoli sempre più rilevanti, individuando strumenti di programmazione concertata tra la direzione sociale e sanitaria e il territorio. Oggi, infatti, anche a livello di ASL la programmazione e committenza dei due ambiti avviene in parallelo.
- Bisogna rafforzare il ruolo delle cure primarie e della medicina generale nelle strutture organizzative di governo quale punto di accesso ad un sistema integrato di cure.
- Qualunque sia il modello che si andrà a scegliere e implementare, è necessario immaginare e realizzare un sistema di remunerazione non più per patologia e prestazione (tipico della dimensione dell'acuzie), ma per persona e percorso di cura (tipico della dimensione della cronicità).
- Qualunque modello di integrazione in sé non è sufficiente senza una revisione profonda dei percorsi formativi del management sanitario, dei medici di medicina generale, degli infermieri, ma anche delle nuove professioni cliniche, ospedaliere e territoriali.

## EXECUTIVE SUMMARY

---

L'integrazione sociosanitaria è il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale essa affronta bisogni di salute molteplici e complessi, attraverso progetti assistenziali personalizzati. È un tema complesso, difficile da descrivere come sistema standard sul piano operativo e concettuale, perché ha interconnessioni con diverse aree del welfare, presenta diversi modelli normativi ed organizzativi e perché coinvolge molti attori istituzionali ed erogatori differenti.

Il tema dell'integrazione sociosanitaria interessa l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fin dalla sua istituzione (Legge 833/78). Tuttavia, il nodo dell'integrazione sociosanitaria permane come ambito di policy critico: per i (pochi) servizi realizzati, per la loro efficacia, per la continua contrazione e dispersione delle risorse dedicate, all'interno del sistema di welfare e per la convergenza di pressioni sociali, demografiche, epidemiologiche, economiche e gestionali (cfr. Box 1 a pag. 19).

### **Obiettivi**

Il policy paper, secondo uno stile informativo, approfondisce il tema dell'integrazione sociosanitaria e delle politiche implementate in questo settore al fine di restituire una visione sistematica del problema e tracciare alcune raccomandazioni di sviluppo per un lavoro sinergico tra gli attori istituzionali di Regione Lombardia. Il documento intende rispondere a due domande di ricerca:

- 1) qual è lo stato dell'arte, sul piano normativo, teorico e implementativo delle politiche di integrazione sociosanitaria?
- 2) quali risposte sono state fornite in Regione Lombardia, e in altri contesti regionali, alla domanda di integrazione socio-sanitaria e quale l'efficacia delle scelte perseguite?

### **Metodologia**

L'analisi è frutto di una ricognizione della quando demografico ed epidemiologico, della normativa nazionale e regionale, della letteratura specialistica in questo ambito di policy, nazionale ed internazionale, del lavoro di ricerca condotto direttamente dai ricercatori di Éupolis Lombardia, nel corso del 2013 sul modello di committenza dei servizi sanitari e sociosanitari.

Nel primo capitolo si analizza l'evoluzione della domanda di cura, strettamente connessa all'invecchiamento della popolazione e da una vita da anziani segnata da comorbilità (presenza di più patologie) e da una maggiore incidenza delle malattie croniche e degenerative. La società lombarda (e non solo) dei prossimi decenni sarà non solo più vecchia, ma con famiglie meno supportive per la riduzione del numero dei membri familiari, con meno caregivers familiari che oggi svolgono gran parte de lavoro di care, in un sistema in cui le badanti sono già oggi più numerose degli operatori professionali.

Nel secondo capitolo l'analisi si concentra sul contesto di Regione Lombardia, collocandola nella dimensione nazionale per l'assetto normativo, istituzionale e finanziario delle politiche socio-sanitarie. Il confronto tra Lombardia e contesto nazionale permette di evidenziare tanto i vincoli e quanto lo sviluppo autonomo del modello organizzativo e gestionale lombardo, che si distingue su scala nazionale per l'adozione della separazione tra committenza e produzione.

Nel terzo capitolo viene sviluppata un'analisi esemplificativa delle politiche per l'integrazione sociosanitaria attraverso un confronto inter-regionale focalizzato sulle politiche e gli interventi per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), quale ambito elettivo per la presa in carico continuativa delle persone fragili e con patologie e forme di disabilità, psichiche e fisiche, croniche. La scelta di tale ambito è dettata dall'intenzione di operare un confronto tra diverse regioni confrontabili (Toscana, Veneto, Emilia Romagna) sulla base del modello di erogazione realizzati e sui risultati conseguiti, all'interno dello stesso quadro normativo nazionale e in risposta alla medesima domanda espressa – fragilità e cronicità.

Nel quarto capitolo, infine, si osserva la differenza tra modello a gestione diretta e indiretta discutendola attraverso i risultati raggiunti, le risorse economiche ed organizzative utilizzate, la capacità di copertura del fabbisogno e l'impatto di tali servizi rispetto all'articolazione regionale dei sistemi socio-sanitari. L'osservazione si basa sui dati disponibili rispetto ai modelli presentati, dati che, invece, mancano o sono lacunosi sui comportamenti agiti effettivamente e sull'efficacia clinica realizzata.

## Risultati

Dall'osservazione dei modelli di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata possono essere enucleate alcune considerazioni generali:

- tutte le Regioni hanno investito nelle cure domiciliari e hanno attivato dei percorsi specifici e si sono dotate di strumenti organizzativi e gestionali;
- l'erogazione dell'ADI presenta una variabilità intra-regionale: questo mostra il grado di capacità della programmazione locale nell'offerta dei servizi sociosanitari e di attenzione alla creazione di sistemi regionali di welfare uniformi;
- la spinta a rafforzare la qualità e l'efficienza delle cure domiciliari si è concentrata:
- nel modello lombardo (nel 2011), a livello di governance per uniformare i processi di valutazione del bisogno, standardizzare i profili di cura assegnati e monitorare la qualità degli erogatori di servizi ;
- negli altri modelli a livello meso, nel rapporto tra ASL e comuni, e micro, nell'organizzazione dell'équipes territoriali e distrettuali;
- le informazioni sociali (reti familiari e di supporto) dei pazienti in ADI risultano ad oggi molto frammentate e monitorate con strumenti molto diversi o non monitorate affatto, con la conseguente impossibilità di attivare dei processi di valutazione di efficacia per orientare la programmazione sociosanitaria e sanitaria;

- rispetto all'integrazione sociosanitaria raggiunta dai diversi modelli non sono possibili considerazioni generalizzabili a tutte le regioni, perché l'integrazione ha modalità e contenuti differenti che si esplicitano su livelli diversi che vanno dalla continuità delle cure e all'integrazione funzionale.

A livello operativo, emerge come non siano gli strumenti in sé a promuovere l'integrazione (come gli strumenti di valutazione del bisogno o i flussi informativi), quanto i modelli organizzativi e le pratiche comportamentali e routinarie che si instaurano tra i professionisti, oltre alle metodologie di lavoro più o meno centrate sul lavoro di rete e sulle relazioni (organizzativi, professionali e con l'utenza). Su questo punto, i modelli ad erogazione diretta risultato più performanti perché basati su un continuo scambio interprofessionale e di continuità e prossimità con il paziente. Il ruolo dei distretti sociosanitari o lo sviluppo delle case della salute in Emilia Romagna rappresentano modelli intermedi: sono unità di offerta, in grado di rafforzare la continuità e integrazione sul territorio.

### **Raccomandazioni**

L'integrazione è ineludibile perché rappresenta l'unica risposta possibile per i bisogni complessi della fragilità come lo scenario demografico ed epidemiologico dei prossimi anni ci suggerisce: per ciò è più corretto parlare oggi di cure integrate, come accezione più inclusiva concettualmente dell'integrazione sociosanitaria. È, infatti, la differenziazione funzionale delle organizzazioni complesse a suddividere la persona secondo le sue aree di bisogno (l'ospedale, il medico, l'infermiere, il fisioterapista, l'ufficio per gli ausili ed il trasporto, la necessità di qualcuno che assista in modo continuativo) ma è la persona che ha in sé, allo stesso momento, quell'insieme di esigenze. Occorre quindi trovare modalità che riconducano ad unità gli interventi realizzati senza che questo percorso faticoso ed oneroso di ricomposizione ricada completamente sulle spalle dei pazienti e delle loro famiglie.

Se l'integrazione è ineludibile, essa rappresenta una sfida regionale, poiché richiede un approccio complesso, in grado di affrontare il problema con un'agenda consistente e strutturata che tenga insieme sia le diverse dimensioni dell'integrazione (governance, organizzativa, professionale, funzionale, normativa) sia i vincoli esterni – come la normativa nazionale e i meccanismi di finanziamento. Nelle conclusioni, si propone un framework per il riposizionamento del dibattito delle politiche di integrazione a partire dalle cure intermedie e in grado di ricomprendere tali dimensioni.

La strategia del “prendersi cura” avviata nel 2011 in Regione Lombardia va in questa direzione: per governare la domanda attuale, al fine di garantire l'accesso equo, universale e contenere la spesa sociosanitaria e sanitaria, una riforma del sistema sanitario, socio sanitario e sociale sarà necessaria negli anni a venire. I nuovi bisogni di cura hanno bisogno di percorsi e non di singole prestazioni: per questo occorre anche ripensare il sistema tariffario rispetto a

questi strumenti riferiti non ai singoli interventi ma la “pacchetto” di cura complessivo per questioni di equità ed efficienza.

In questa direzione, le scelte strategiche a livello di governance, sulle strategie di committenza e l'integrazione tra i due ambiti di programmazione, sanitario e sociosanitario, così come gli investimenti nelle dimensioni professionali e infrastrutturali rappresentano le tre sfide principali per il sistema regionale.

## I TERMINI: ABBREVIAZIONI

ACG	Adjusted Clinical Groups
AD	Assistenza Domiciliare
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADO	Assistenza Domiciliare Oncologica
ADP	Assistenza Domiciliare Programmata
ASL	Azienda Sanitaria Locale
BdC	Budget di cura
BDA	Banca Dati Assistito
CeAD	Centro per l'Assistenza Domiciliare
CReG	Cronich Related Groups
CSM	Centro di Salute Mentale
CUP	Centro Unico Prenotazione
PUA	Punto Unico di Accesso
DH	Day Hospital
DEA	Dipartimento Emergenza e Accettazione
DRG	Diagnosis Related Group
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MAC	Macro Attività Ambulatoriali
MMG	Medico di Medicina Generale
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PS	Pronto Soccorso
PSN	Piano Sanitario Nazionale
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
RO	Ricovero Ordinario
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
RSD	Residenza Sanitaria Disabiliti
SDE	Scheda di Dimissione Extraospedaliera
SAD	Servizio Assistenza Domiciliare
SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Regionale
SUMAI	Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana
UOCP	Unità Operativa Cure Palliative
UVM	Unità Valutazione Multidimensionale Cura



## INTRODUZIONE

Il tema dell'integrazione sociosanitaria interessa l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fin dalla sua istituzione: dal punto di vista legislativo, infatti, già nei principi e negli obiettivi della legge istitutiva del SSN (L.833/1978) era prevista una visione olistica della salute, intesa come benessere fisico associato al benessere psichico. La normativa successiva ha rafforzato questa visione richiamando con sempre più urgenza, a livello istituzionale e di organizzazione del sistema di offerta, la necessità di integrare gli interventi sociali e sanitari. Nonostante questo dato storico e valoriale del SSN, oggi il nodo dell'integrazione sociosanitaria permane un ambito di policy critico, sia rispetto alle politiche realizzate e ai servizi offerti, in termini quantitativi e qualitativi, sia per la continua contrazione e dispersione delle risorse dedicate, all'interno del sistema di welfare.

La sommatoria di questi elementi restituisce un ambito di policy per gli interventi sociosanitari frammentato e ad oggi incapace di fornire una risposta coesa e strutturata in grado far fronte alla crescente domanda assistenziale. Il nodo dell'integrazione sociosanitaria, infatti, assume oggi, nel quadro evolutivo del welfare italiano ed europeo, una rilevanza straordinaria dovuta alla convergenza di pressioni sociali, demografiche, epidemiologiche, economiche e gestionali, che restituiscono un fenomeno di frontiera, laddove i confini di definizione del problema e delle relative strategie di soluzione risultano difficilmente distinguibili e caratterizzate da un elevato tasso di incertezza, instabilità e sostenibilità.

Il presente documento intende, quindi, approfondire il tema dell'integrazione sociosanitaria e delle politiche implementate in questo settore al fine di restituire una visione complessiva del problema e tracciare alcune possibili raccomandazioni di policy. L'obiettivo del lavoro è di costruire una rappresentazione sintetica degli possibili scenari (in corso e del prossimo futuro) delle politiche di integrazione socio-sanitaria, correlando i principali fattori che ne determinano la domanda con l'efficacia degli strumenti normativi, di policy e gestionali sviluppati sul fronte dell'offerta.

Il policy paper vuol essere uno strumento per definire il problema di policy in oggetto, l'integrazione socio-sanitaria, secondo alcune chiavi interpretative. Si tratta di un esercizio di conoscenza e interpretazione utile ad avere strumenti per esprimere una valutazione sull'evoluzione delle policy. Non è quindi un lavoro orientato ad una pianificazione quantitativa di dettaglio (*strategic planning*), quanto piuttosto un esercizio analitico teso a costruire quadri concettuali ampi (*strategic thinking*). In sintesi, il documento intende rispondere a due domande di ricerca:

- 1) Qual è lo stato dell'arte, sul piano normativo, teorico e implementativo delle politiche di integrazione sociosanitaria?
- 2) Quali risposte sono state fornite in Regione Lombardia, e in altri contesti regionali, alla domanda di integrazione socio-sanitaria e quale l'efficacia delle scelte perseguite?

Al fine di istruire questo scenario interpretativo delle policy in ambito sociosanitario, il documento è strutturato in quattro capitoli che articolano due fasi di lettura:

una fase diagnostica, nei primi due capitoli, in cui è descritta la domanda e l'offerta, e che termina con un momento esemplificativo nel terzo capitolo di confronto inter-regionale rispetto alla valutazione di un intervento specifico quale quello delle politiche per le cure domiciliari integrate.

Una fase prognostica, il quarto capitolo, in cui le evidenze raccolte sono discusse in chiave sintetica, all'interno di uno schema interpretativo, per individuare alcuni percorsi di sviluppo possibili nel breve e medio periodo. L'analisi si concentra sul contesto di Regione Lombardia, richiamando la dimensione nazionale per quanto concerne l'assetto normativo, istituzionale e finanziario delle politiche socio-sanitarie, ed anche il contesto internazionale per riportare trend comuni sul fronte della domanda e soprattutto il percorso di articolazione teorica delle politiche pubbliche e dei modelli sviluppati per rispondere al problema.

L'analisi qui presentata è frutto di una ricognizione della normativa nazionale e regionale e della letteratura specialistica in questo ambito di policy, nazionale ed internazionale. Accanto a questo si è ricorsi alla letteratura grigia, ovvero rapporti e pubblicazioni di istituti di ricerca ed enti di governo (Agenas, Ministero Salute, ISTAT, Éupolis Lombardia) che è risultata la fonte principale rispetto alle informazioni qui raccolte. Le elaborazioni statistiche sono tratte da fonti secondarie, verificate rispetto all'autorevolezza del flusso informativo, ma non sono state raccolte direttamente dai ricercatori. Al contrario, alcune interpretazioni analitiche e prognostiche derivano dal lavoro di ricerca condotto direttamente dai ricercatori di Éupolis Lombardia, nel corso del 2013 sui modelli di committenza dei servizi sanitari e sociosanitari, ricerca che ha permesso di intervistare direttamente i professionisti del servizio socio sanitario regionale e aprire dei tavoli di confronto. Gli allegati, infine, sono inseriti per completare il quadro di discussione presentato e offrire al lettore la consultazione diretta di alcune fonti.

## 1. LA DOMANDA: QUADRO EPIDEMIOLOGICO DI RIFERIMENTO E TIPOLOGIA DI UTENTI

Nell'ultimo decennio, il tema dell'integrazione sociosanitaria è entrato con forza nell'agenda normativa e politica a livello nazionale e internazionale, spingendo alla revisione dei modelli di welfare nati nell'immediato dopo guerra. Il posizionamento di questo problema di policy deriva fondamentalmente dal mutamento della società, a livello epidemiologico, sociale e culturale, che ha modificato radicalmente la natura, l'intensità, le competenze e le risorse economiche e sociali necessarie per risponderci. È interessante sottolineare l'attivazione di programmi HIAP – Health in Policy, avviati nel 2008 in seno alla programmazione sulle politiche per la salute e sicurezza dei lavoratori – , fino all'orientamento attuale espresso dai programmi per l'Europa 2020.

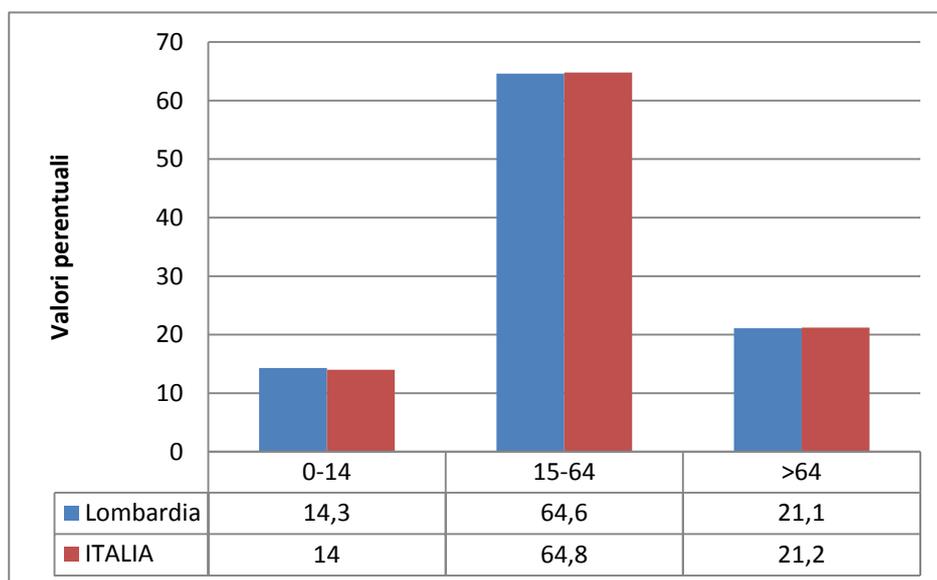
Nel panorama nazionale, l'agenda delle politiche socio-sanitarie è maturata alla fine degli anni Novanta, influenza la riforma del Servizio Sanitario Nazionale entrando stabilmente nei fondamenti normativi.

La discussione sul contesto regionale lombardo è focalizzata rispetto ai principali indicatori di riferimento, e per ogni indicatore è riportato il dato di confronto nazionale di riferimento. La discussione è approfondita dal confronto sui risultati di alcuni studi epidemiologici che hanno tentato di includere l'incidenza e correlazione specifica tra i fattori di morbilità con quelli di fragilità sociali, un percorso di ricerca innovativo che sta affermandosi a livello internazionale per supportare la programmazione sanitaria e sociale delle policy e delle risorse.

### 1.1 Il contesto: quadro socio - demografico

La Lombardia con 9.794.525 abitanti (Istat, 2013a) si posiziona prima in Italia per popolazione, seconda per densità e quarta per superficie. Nell'ultimo ventennio la popolazione lombarda è cresciuta del 12,1 per cento (pari a 1.068.119 abitanti), una crescita dovuta principalmente alla componente straniera. La struttura per età della popolazione è sempre più anziana: al 1 gennaio 2013 il 21,1 per cento dei residenti ha più di 65 anni (dato in linea con quello nazionale pari al 21,2 per cento, ma superiore rispetto all'ultimo dato EU disponibile risalente al 2011, 16,6 per cento) contro il 14,3 per cento di ragazzi con meno di 15 anni (figura 1.1). Negli ultimi 15 anni, la speranza di vita dei lombardi è cresciuta sia per le femmine che per i maschi, raggiungendo il livello di più di 85 anni per le prime e di più di 80 anni per i secondi.

**Figura 1.1 - Popolazione per classi di età al 1.1.2013**



Fonte: elaborazione Éupolis Lombardia su dati Istat 2013, Statistiche demografiche

La distribuzione per classi di età mostra uno squilibrio complessivo (IDT<sup>1</sup> >50): al 1 gennaio 2013 si possono contare 887.697 giovani (15-24 anni), il 9 per cento della popolazione (1 punto percentuale in meno rispetto al dato medio del Paese) e 2.069.674 anziani (≥ 65 anni), il 21,1 per cento della popolazione, pari a un anziano ogni cinque residenti in Lombardia. L'età media della popolazione lombarda è pari a 43 anni con un graduale incremento dell'incidenza degli anziani sul totale dei residenti e con una marcata crescita dei grandi anziani (≥ 85 anni) pari a 272.519 (il 2,8 per cento del totale dei residenti).

I principali indicatori demografici (Tabella 1.1) mostrano come l'elevata componente anziana si traduca nell'aumento del suo carico su altre fasce di popolazione. L'indice di vecchiaia<sup>2</sup> mostra come si possono contare 147 anziani ogni 100 minori con meno di 15 anni, l'indice di dipendenza senile<sup>3</sup>, invece, dice che vi sono 32 anziani ogni 100 persone attive cioè d'età compresa tra 15 e 64 anni.

<sup>1</sup> L'IDT - indice di dipendenza totale (o strutturale) calcola il rapporto tra soggetti in età non attiva ogni 100 in età attiva, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale.

<sup>2</sup> L'indice di vecchiaia è calcolato come rapporto percentuale tra gli ultra sessantacinquenni e la popolazione compresa tra 0 e 14 e misura il "peso" rispetto ai 0-14.

<sup>3</sup> L'indice di dipendenza senile viene calcolato come rapporto percentuale tra gli ultra sessantacinquenni e le classi attive (popolazione tra i 14 e i 64 anni).

**Tabella 1.1** –Indicatori demografici: indice di vecchiaia, di dipendenza, di anzianità al 1.1.2013

	Indici di (1) % al 1.1.		
	Vecchiaia	Totale (strutturale)	Dipendenza anziani
Lombardia	147,6	54,9	32,7
Italia	151,4	54,2	32,7

Fonte: elaborazione Éupolis Lombardia su dati Istat, Movimento anagrafico della popolazione residente

Secondo le previsioni della popolazione fornite dall'ISTAT (2013a), la popolazione residente in Lombardia continuerà ad aumentare, con una crescita media annua dello 0,6 per cento nei prossimi dieci anni e dello 0,4 per cento nel decennio successivo, fino al raggiungimento degli 11 milioni previsto tra circa vent'anni.

Le previsioni mostrano che nei prossimi anni si assisterà a:

- un progressivo aumento della popolazione straniera (si prevede, infatti, che i residenti con cittadinanza non italiana passeranno dall'attuale 10,7 per cento al 16,2 per cento nel 2021 e al 20,2 per cento nel 2031);
- un ulteriore invecchiamento della popolazione con un aumento dell'aspettativa di vita sia per i maschi che per le femmine (da 80 a 83 anni per i primi e da 85 a 88 anni per le seconde);
- una maggiore incidenza della popolazione anziana.

### Box 1 – Fattori determinanti integrazione socio sanitaria

Pressioni demografiche:

21,1% della popolazione (1/5 dei residenti in Lombardia) ha un'età  $\geq 65$  anni, con un indice di vecchiaia pari a 141,1.

Pressioni epidemiologiche:

3 milioni di persone (30% della popolazione) affette da almeno una patologia cronica;  
600.000 persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.);

310.000 persone affette da disabilità (3,1% popolazione residente), di cui circa 26.000 minori.

37.825 persone con disabilità grave/gravissima, di cui 4.831 minori;

85.000 ospiti di RSA, di cui:

il 70% sono persone affette da demenze, di cui il 36% con forme gravi di demenza;

il 7% sono persone affette da Alzheimer;

l'1% sono stati vegetativi e persone affette da malattie del motoneurone (SLA, ecc);

il restante 22% sono anziani con diverso livello di fragilità, che confluiscono nella cosiddetta

utenza tipica;

36.410 persone (30.469 demenze gravi e 5.941 Alzheimer) con forme gravi di demenza e con Alzheimer;

70% della spesa sanitaria rivolta al 30% della popolazione (fascia 70-74 anni).

Pressioni sociali:

cambia la struttura familiare:

39,5 % delle persone vivono sole;

35% delle coppie sono senza figli.

Pressioni economiche:

calo dei consumi mensili e una crescita delle famiglie in condizione di povertà relativa (6%) e assoluta (5,5%);

cause d'impoverimento: caduta in disoccupazione, problemi legati alla casa; insufficienza del reddito, problemi di salute (fisici o psichico/relazionali), rottura dei legami familiari;

aumento dell'assistenza intrafamiliare dei membri bisognosi.

Pressioni organizzative:

cambiamento dell'utenza e della domanda nelle unità d'offerta sociosanitaria per gli anziani: gli accessi sono sempre più spostati verso gli over 80 (grandi anziani).

## 1.2 La domanda sanitaria: quadro epidemiologico

La Lombardia è caratterizzata da bassa mortalità infantile, allungamento dell'aspettativa di vita, netto e costante decremento dei tassi di mortalità, in ciò rispettando sostanzialmente il trend delle principali regioni occidentali.

Oggi in Lombardia si registrano oltre tre milioni di pazienti cronici, pari al 30 per cento della popolazione e di questi il 10 per cento è utente di servizi sociosanitari e sociali (DGR 1185/2013). Il dato italiano riferito alla popolazione affetta da almeno una patologia cronica, invece, si attesta intorno al 38 per cento, otto punti percentuali in più rispetto alla Lombardia (ISTAT, 2013a).

Tra le malattie croniche che colpiscono la popolazione lombarda le più diffuse sono l'artrosi, l'ipertensione, l'osteoporosi, le allergie, seguite poi ad una certa distanza da disturbi nervosi, bronchite o asma, diabete, malattie del cuore e ulcera (Tabella 1.2).

**Tabella 1.2** - Persone con presenza di alcune malattie croniche per 100 persone della stessa zona  
(Anno 2012)

	Emilia-Romagna	Lombardia	Toscana	Veneto	ITALIA
Artrosi, artrite	16,9	21	16	14,4	16,7
Ipertensione	17,2	18,7	14,6	13,3	16,4
Osteoporosi	6,9	10	8,2	4,9	7,7
Malattie allergiche	10,3	9,4	9,1	9,6	10,6
Disturbi nervosi	3,9	5,4	4,4	2,9	4,4
Bronchite cronica/ asma	5,2	5,2	4,8	3,9	6,1
Diabete	5	4,2	6	3,9	5,5
Malattie del cuore	4,1	3,9	3,6	3,8	3,5
Ulcera gastrica o duodenale	3,4	2,1	2,1	2,4	2,7

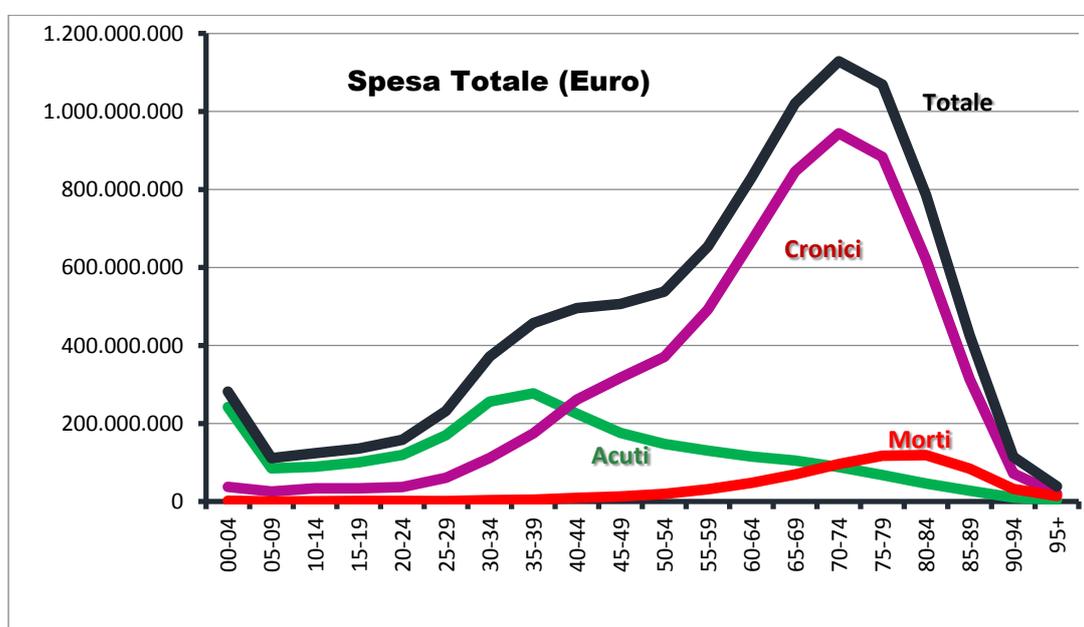
Fonte: Elaborazioni Éupolis Lombardia su dati Istat

All'interno del gruppo dei pazienti cronici aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.), stimabili in circa 600.000 sulla base degli accessi ai servizi nel 2013 (DGR 1185/2013). Anche gli utenti delle unità d'offerta sociosanitarie diventano sempre più fragili e complessi: a mero titolo di esempio si pensi che il 70 per cento degli ospiti delle RSA sono affette da demenza, di cui il 36 per cento in forma grave. In particolare, il sette per cento sono malati da Sindrome di Alzheimer, l'un per cento sono pazienti in stato vegetativo/ o con malattie del motoneurone (SLA, ecc.). Il restante 22 per cento sono anziani con diverso livello di fragilità, che confluiscono nella cosiddetta utenza tipica RSA (anziani non auto sufficienti). Negli ultimi anni si è assistito, quindi, ad un significativo cambiamento del quadro epidemiologico e della domanda di cura nelle unità d'offerta sociosanitaria per gli anziani: gli accessi sono sempre più spostati verso gli over 80 (grandi anziani), quando intervengono delle riacutizzazioni psichiche o fisiche importanti, come l'insorgere della demenza. Questo fenomeno ha operato un processo di rimodellamento della rete di offerta dei servizi, che sempre più hanno dovuto strutturarsi anche per la presa in carico di casi estremamente complessi, generando uno spostamento della attribuzione di costi che ha riguardato la presa in carico più qualitativa (casi complessi) che quantitativa (numero di casi). I dati epidemiologici stimano, inoltre, in circa 200.000 le persone affette da forme di demenza di diverso tipo (Alzheimer e altre) in regione Lombardia. Si tratta di persone prevalentemente di età superiore a 65 anni. Emerge quindi con chiarezza come il problema della demenza non sia

puramente di natura clinica legato allo sviluppo della patologia, ma soprattutto di natura sociosanitaria e relazionale, legato all'impatto deflagrante che si configura come una vera e propria « bomba sociale » sulla famiglia.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicità determinano un aumento vertiginoso della spesa sanitaria totale a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) nella fascia 70-74 anni pari a 1.128.676.984 di euro di cui l'83,6 per cento pari a 944.134.490,8 euro dovuti alle malattie croniche (figura 1.2). Il trattamento dei pazienti cronici rappresenta, infatti, il 70 per cento della spesa sanitaria relativa alle attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale ed al consumo di farmaci.

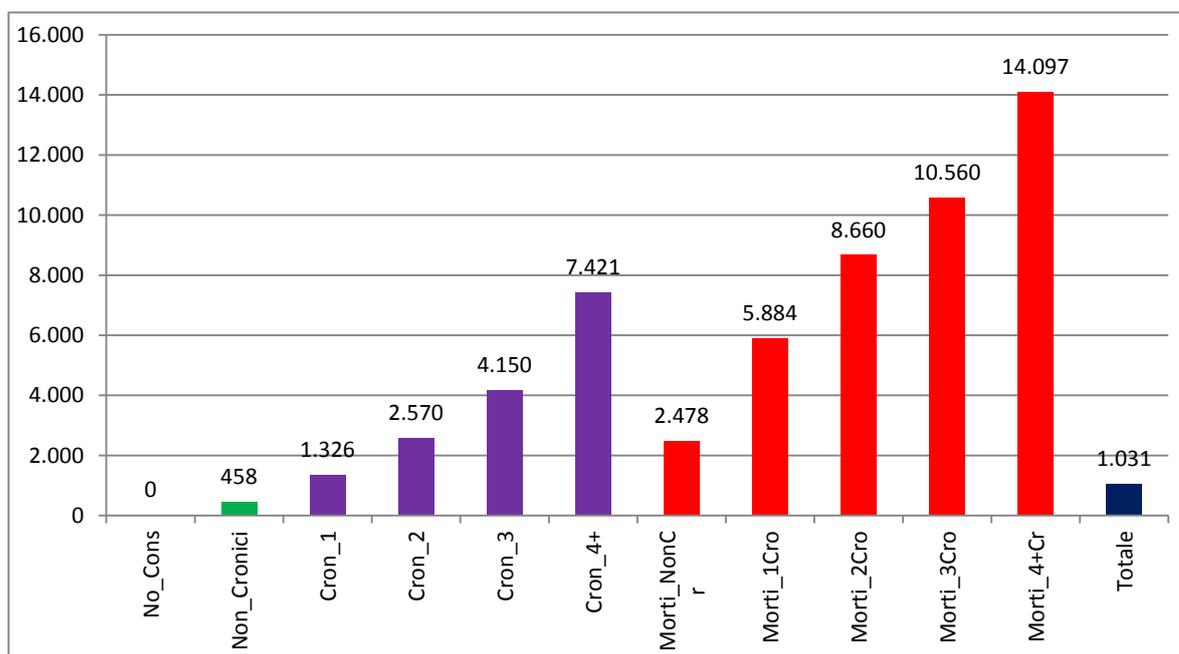
Figura 1.2 - Spesa totale a carico del SSR (Euro)



Fonte: DG Salute, Regione Lombardia (2013)

La spesa pro-capite totale a carico del SSR aumenta sensibilmente all'aumento del numero di malattie croniche per paziente, passando da 1.326 euro per una malattia cronica a 2.570 euro per due malattie croniche, a 4.150 euro per tre malattie croniche a 7.421 euro per quattro o più malattie croniche (figura 1.3). Se si considera che il numero dei pazienti con più malattie croniche è in costante aumento, si può stimare il peso crescente a carico del SSR.

**Figura 1.3 - Spesa pro-capite totale (2013)**



Fonte: DG Salute, Regione Lombardia (2013)

In Lombardia, inoltre, il numero di persone con disabilità è stimato in circa 310.000, corrispondenti al 3,1 per cento della popolazione residente, di cui circa 26.000 minori. Rispetto al totale delle persone con disabilità, il numero di persone con grave/gravissima disabilità è stimabile, sulla base dei dati INPS (INPS, 2013), in 37.825 di cui 4.831 minori.

Sta emergendo sul territorio una diversa domanda di assistenza da parte delle persone e delle famiglie sia in termini quantitativi che qualitativi. Domanda che si presenta sia come richiesta di servizi flessibili a livello territoriale, sia di aiuto e sostegno per il mantenimento presso il domicilio della persona con fragilità o in condizioni di non autosufficienza, o ancora di un rinnovamento di prestazioni e servizi qualificati per fronteggiare i nuovi bisogni.

### 1.3 La domanda sociale e assistenziale

Le famiglie lombarde all'1/1/2012 sono pari a 4.409.655 ed in costante aumento nell'ultimo triennio. Se da un lato il numero delle famiglie aumenta in termini assoluti, dall'altro le stesse risultano sempre meno numerose come componenti: la dimensione media, è pari a 2,1 (contro 2,4 del dato nazionale). Oltre alla riduzione della dimensione, la famiglia lombarda sta sperimentando in questi anni una profonda trasformazione della propria struttura: cresce l'incidenza delle persone che vivono sole (sono il 39,5 per cento delle famiglie lombarde contro il 30,1 per cento del dato italiano) e delle coppie senza figli (35 per cento, contro il 30,9 del dato nazionale), mentre diminuisce quella delle coppie con figli, anche se quest'ultime (con una

diffusione del 45,5 per cento contro 53,8 nazionale) continuano a rappresentare la struttura familiare più diffusa in Lombardia.

Le persone sole aumentano nel tempo (dal 26,6 per cento del 2007 al 39,5 del 2012) anche per quanto riguarda la fascia delle persone sole anziane con più di 60 anni (passate dal 53,2 per cento del 2007 al 56,2 per cento del 2012). Tale incremento è maggiore rispetto a quello registrato a livello nazionale (+12,9 per cento lombardo rispetto a +3,7 per cento nazionale), ma è in controtendenza rispetto al dato nazionale registrato per le persone sole con più di 60 anni (aumento +3 per cento lombardo, contro il -2,8 per cento nazionale).

I cambiamenti nella struttura familiare sono di grande importanza se si considera che il carico assistenziale delle persone anziane e con cronicità incida fortemente su queste generando a loro carico un sostanziale appesantimento economico. I dati Istat relativi ai consumi delle famiglie e alla povertà relativa ed assoluta ci mostrano un calo dei consumi mensili e una crescita dei nuclei in condizione di povertà relativa<sup>4</sup> e assoluta. Nel 2012 il 6 per cento delle famiglie lombarde vive una situazione di povertà relativa (di contro al dato nazionale del 12,7 per cento), e il 5,5 per cento vive una situazione di povertà assoluta<sup>5</sup> (di contro al dato nazionale del 6,8 per cento) (ISTAT, 2012).

Rispetto alle tipologie familiari, maggiore rischio di povertà si registra nelle famiglie con anziani (6 per cento tra le persone sole over 65 anni e 7,5 per cento tra gli anziani over 75 anni), nelle famiglie con 5 o più componenti (6 per cento) e nelle famiglie monogenitoriali (5,8 per cento). Fra le possibili cause d'impoverimento delle famiglie si registrano la caduta in disoccupazione, i problemi legati alla casa (sfratto), l'insufficienza del reddito, la presenza di problemi di salute (fisici o psichico/relazionali) e la frattura dei legami familiari.

La crisi economica che sta coinvolgendo numerose famiglie della regione sta peraltro modificando, sia gli stili di vita delle persone, in particolare di coloro che hanno redditi bassi, sia la struttura degli interventi e servizi che costituiscono la rete sociale e sociosanitaria regionale.

Diversi elementi convergono nel generare cambiamenti rilevanti: le ormai tangibili ricadute dei tagli di risorse sul sistema dei servizi territoriali; l'aumento delle rette nelle RSA; le difficoltà nei bilanci di molte famiglie; l'accresciuta disponibilità delle donne italiane a cercare lavoro nell'assistenza a domicilio; hanno portato a massimizzare l'assistenza intrafamiliare dei membri bisognosi; all'aumento delle assistenti italiane, del lavoro sommerso e del lavoro a ore rispetto alla coresidenza.

---

<sup>4</sup> L'incidenza di povertà relativa si ottiene dal rapporto tra il numero di famiglie con spesa per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti.

<sup>5</sup> La soglia di povertà assoluta corrisponde alla spesa mensile minima necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi considerati essenziali, nel contesto italiano e per una determinata famiglia, a conseguire uno standard di vita "minimamente accettabile".

Oltre ad elementi di natura economica, occorre sottolineare anche alcuni aspetti di natura culturale che sono cruciali rispetto al ruolo delle famiglie nel welfare italiano. Questa generazione di caregivers, costituita da donne tra i 50 ed i 60 anni che sono meno coinvolte nel lavoro extra domestico rispetto alle loro figlie (le donne giovani lombarde ed emiliane, per esempio, presentano tassi di occupazione tra il 50 ed il 60 per cento) manifesta ancora la volontà e l'orientamento a prendersi cura dei genitori anziani fin quando la cura è sostenibile a livello familiare e domiciliare.

Il ruolo delle famiglie nel sistema di protezione sociale è sempre stato storicamente rilevante nella nostra storia di welfare: dalla cura dei bambini (a cui si preferisce, spesso, la cura dei nonni per ragioni fiduciarie e non dei servizi - anche quando presenti - come dimostrano le ricerche multiscopo dell'Istat negli ultimi 10 anni), alla famiglia lunga dei giovani adulti, rispetto ai quali la famiglia funziona come ammortizzatore sociale ed emotivo - anche i giovani in possesso di un lavoro preferiscono la lunga permanenza presso i genitori rispetto all'indipendenza abitativa - fino alla cura dei genitori anziani attraverso strategie di prossimità geografica (si vive vicino ai propri genitori) e di fitti scambi di aiuti e supporti lungo tutto il ciclo di vita personale e familiare.

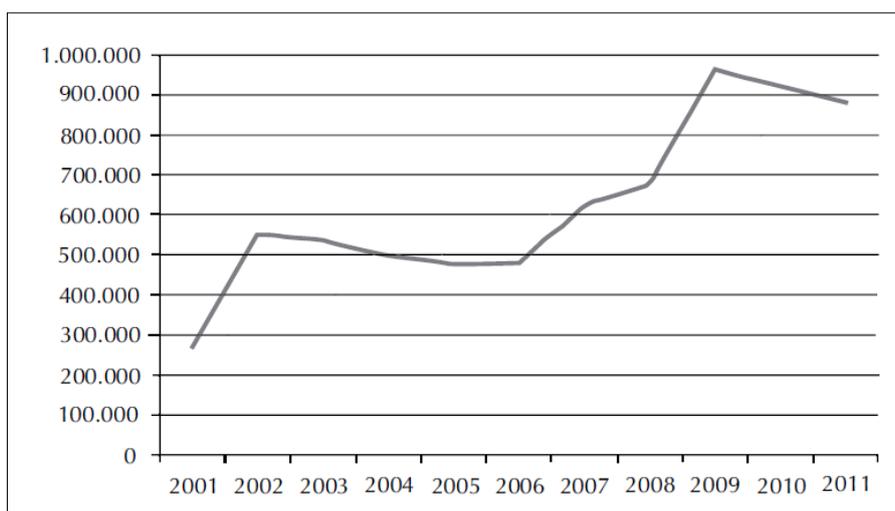
Le ricerche psicologiche hanno mostrato i sentimenti di fatica e senso di colpa quando, in occasione del deflagrare di situazioni cliniche dei genitori anziani, il nucleo è costretto alla scelta della residenza protetta.

Questi elementi, sebbene appena accennati, risultano cruciali nel comprendere al meglio l'evoluzione della domanda di cura: spesso quello che persone e famiglie chiedono è un supporto ed una maggiore relazione tra i diversi servizi che intervengono su una data situazione oltre ad una maggiore attenzione al ruolo che essi svolgono (si pensi ai posti di sollievo che permettono, appunto, un alleggerimento della cura quotidiana).

Il fenomeno del badantato, unico in Europa, ha mostrato la vitalità delle famiglie nella ricerca di strumenti di coping (fronteggiamento e gestione) delle situazioni problematiche: in assenza sostanziale di servizi formali di cura per l'assistenza domiciliare (troppo poche ore e con limiti di accesso alle fasce di popolazione in estrema difficoltà economica i servizi erogati dai Comuni tramite i Servizi di Assistenza Domiciliare SAD) le famiglie si sono autoorganizzate attraverso questa specifica forma di assistenza domiciliare, a basso costo, certamente rispetto agli standard dei servizi anche di mercato, e spesso però poco qualificata.

Dal 2009, tuttavia, dopo una crescita costante per gran parte degli anni Duemila, il mercato regolare del lavoro domestico sta manifestando una crisi (oltre 80.000 unità in meno tra il 2009 e il 2011) (figura 1.4). Tale lavoro è quindi sempre più ricoperto dall'assistenza intrafamiliare.

**Figura 1.4 - Numero di lavoratori domestici registrati all'INPS**

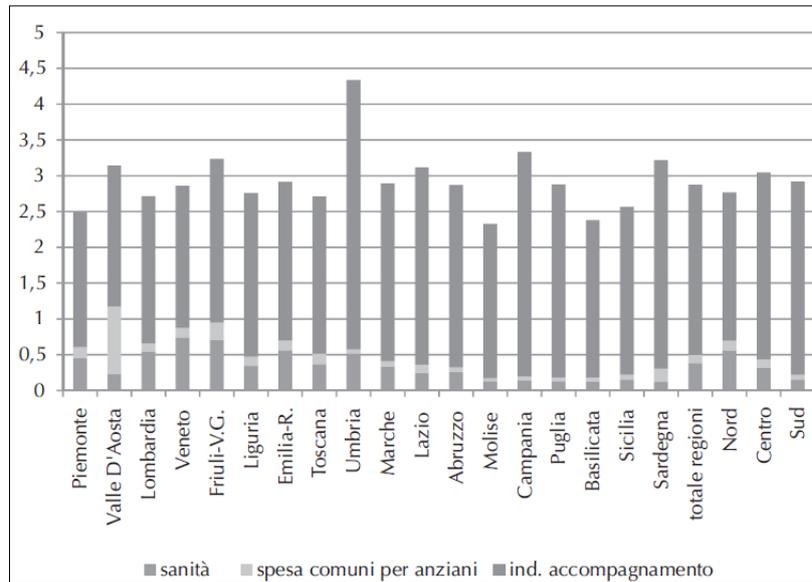


Fonte - INRCA (2009) elaborazioni su dati INPS, Osservatorio sul lavoro domestico

La principale fonte di sostegno per i bisogni sociali resta l'indennità di accompagnamento (figura 1.5), con un impegno che assorbe oltre 12,7 miliardi l'anno. Tale spesa è cresciuta a ritmi particolarmente sostenuti nello scorso decennio, impennata che a partire dal 2010 ha subito un rallentamento, fino alla riduzione nominale osservata per il 2011. Fenomeni, questi, a cui hanno probabilmente contribuito le variazioni nelle procedure di accertamento e concessione del periodo 2009-2010 e che hanno visto un sempre maggiore coinvolgimento diretto dell'INPS, oltre che i programmi straordinari di verifiche sui percettori dell'indennità. Nel 2011 la spesa complessiva per indennità di accompagnamento si è attestata attorno ai 12,7 miliardi di euro, di cui circa 9,6 miliardi per anziani disabili, una spesa di fatto uguale a quella dell'anno precedente.

Per quanto riguarda la copertura delle prestazioni nelle regioni, l'utenza complessiva dell'indennità nel 2010 ammontava a più di 1,5 milioni di anziani. Tra gli over 65, il tasso di fruizione dell'indennità era pari al 9,9 per cento in Lombardia (rispetto alla media 12,5 per cento del dato nazionale), pari a 195.745 beneficiari.

Figura 1.5 – Stima della spesa per anziano per Long Term Care, 2009 (migliaia euro), per regione<sup>6</sup>



Fonte: elaborazioni Éupolis

## 1.4. Conclusioni: correlazioni tra domanda sanitaria e sociale

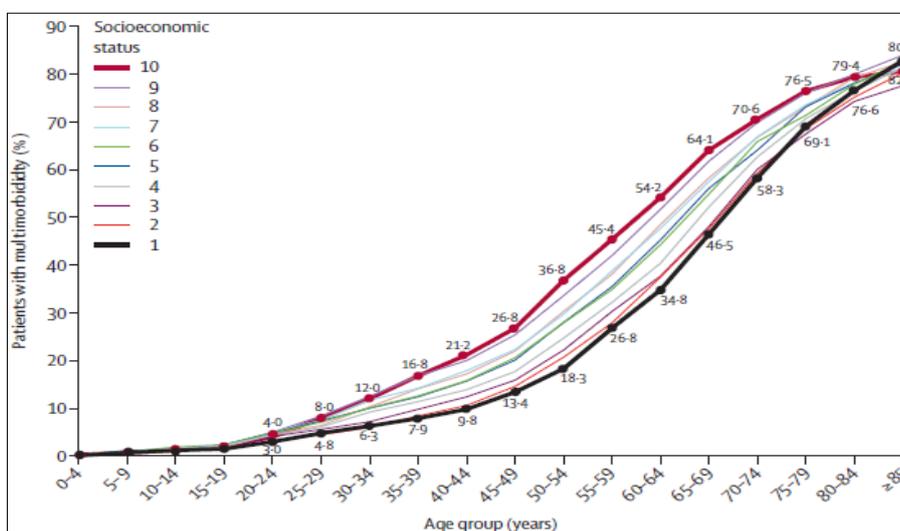
Se quello presentato è lo scenario della domanda di salute e di assistenza sociale, determinato tanto dall'invecchiamento della popolazione quanto dal mutamento del tessuto sociale e familiare, nella prospettiva del policy making è importante considerare l'interazione di queste variabili rispetto alla domanda espressa per affinare la conoscenza del fenomeno in supporto alla programmazione sanitaria e sociosanitaria

In questa linea, è qui interessante richiamare un lavoro di ricerca condotto in Scozia su un campione di 1.751.841 soggetti iscritti nei registri della medicina generale, pubblicato su Lancet nel 2012 (Barnett et al 2012) e che ha suscitato un importante dibattito tra gli esperti. Obiettivo dello studio era quello di stimare l'evoluzione nella coorte di pazienti rispetto all'incidenza della presenza di più patologie cronico degenerative, quindi i casi di comorbidità, e l'incidenza di fattori e patologie su questa evoluzione. Rispetto ai dati raccolti sul campione scozzese (dati riferiti al 2007) è emerso come il 42,2 per cento della popolazione osservata presentava una o

<sup>6</sup> elaborazioni su dati ISTAT per indennità di accompagnamento e per spesa comuni per anziani; la spesa sociosanitaria è ricavata dalla somma della spesa per assistenza residenziale e semiresidenziale agli anziani (Ministero della salute, Rapporto nazionale di monitoraggio dei LEA 2008-2009) più la spesa per assistenza domiciliare stimata come prodotto tra il totale dei costi per LEA tratti dallo stesso rapporto e l'incidenza della spesa per l'ADI sulla spesa sanitaria. Non disponibili dati per Trentino Alto Adige e Calabria (INRCA, 2009).

due patologie e il 23,2 per cento almeno tre. Sebbene, la prevalenza della multimorbilità risulti direttamente proporzionale all'invecchiamento e presente principalmente nella popolazione over 65, guardando all'incidenza assoluta della multimorbilità (il numero totale di soggetti) il dato sulla popolazione under 65 risulta nettamente più elevato. I risultati tuttavia più drammatici di questo studio, per cui ha suscitato una vivace riflessione tra gli esperti, riguardano il fattore causale delle condizioni sociali di fragili, ovvero i determinanti sociali della salute, rispetto all'insorgenza di condizioni polipatologiche: l'insorgenza, infatti, si è registrata fino a 10-15 anni prima per le persone in condizione disagiata (figura 1.6).

**Figura 1.6** - Evoluzione delle insorgenza di multimorbilità in funzione dell'età e della condizione economico-sociale

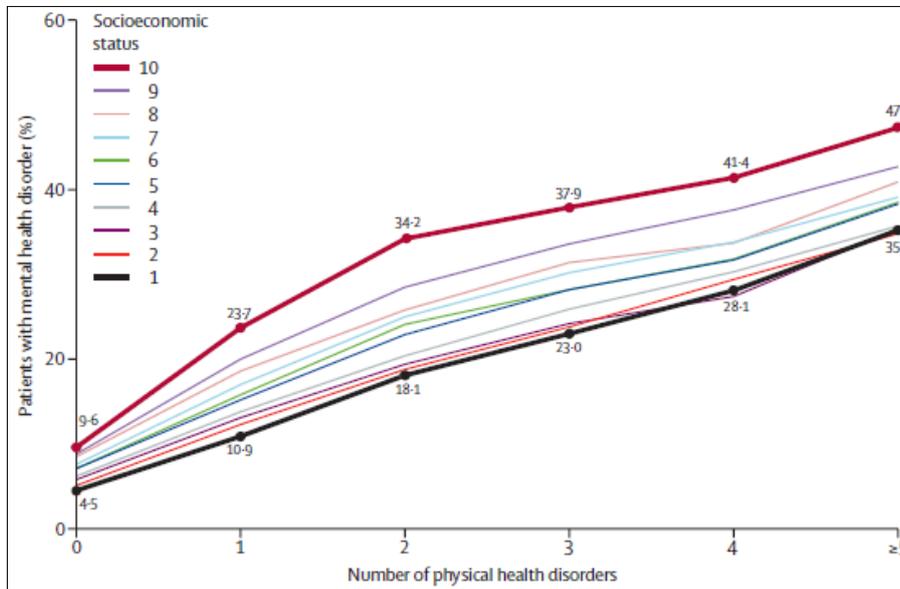


Fonte: Barnett et al, 2012

Note: in rosso la fascia più deprivata della popolazione rispetto a una scala di misurazione a 10 punti

L'evidenza significativa di questo studio è la dimostrazione che per le fasce più svantaggiate sono i disordini di salute mentale a causare un'insorgenza precoce delle patologie croniche. Non solo, la presenza di disordini di salute mentale aumenta all'aumentare della disabilità fisica, che a sua volta è anch'essa prevalente nelle classi disagiate economicamente (figura 1.7). L'evoluzione della disabilità è condizionata dallo status economico-sociale: la figura mostra come da un lato, il disagio psichico è molto più alto nelle classi svantaggiate, con una incidenza media fino a 15 punti più alta rispetto alle classi abbienti; dall'altro, di conseguenza, che in presenza di una condizione di disabilità fisica, chi è in condizioni di disagio economico è a rischio di sviluppare dei disordini mentali e comportamentali.

**Figura 1.7** - Evoluzione delle disabilità fisiche in funzione della presenza di disordini di salute mentale e della condizione economico-sociale



Fonte: Barnett et al, 2012

Lo studio scozzese di Barnett et al. (2012) è, quindi, interessante per portare l'attenzione sia sulla necessità di risposte integrate alla fragilità sociale e sanitaria espresse dalla domanda, non solo sulla popolazione anziana, o per lo meno non in via esclusiva, sia sull'utilità di iniziare a studiare questi fenomeni in modo integrato e sinergico per supportare i processi di programmazione a livello di policy making, e di pianificazione della rete dei servizi.

L'utilizzo dei flussi informativi è in continuo sviluppo a sostegno della programmazione sanitaria e anche l'assistenza sociale si sta dotando di strumenti analoghi; quello che oggi risulta piuttosto allo stato embrionale è l'utilizzo dei flussi informativi in modo integrato per supportare sia la programmazione sul dato storico sia per avere indicazioni predittive e previsionali sulla domanda di bisogni complessi, sociosanitari. Questa carenza si registra tanto a livello istituzionale quanto organizzativo, colpendo paradossalmente sia la parte programmatoria che pianificatoria, rispetto alla possibilità di scambiare flussi informativi in modo omogeneo e su banche dati integrate e fruibili tra diverse organizzazioni- limite forte soprattutto nella raccolta costante delle informazioni sociali, più volatili, disperse e contingenti delle condizioni di salute. In particolare, fornire informazioni dirette a ottimizzare i risultati di salute della popolazione fragile, incentrata sulla persona, la sua famiglia, gli amici, le badanti, ecc., tendenti a riconoscere e identificare la diversità degli individui e le loro mutevoli esigenze (ad esempio, l'invecchiamento, la salute, l'autosufficienza funzionale e lo status socio-economico) e orientare, attraverso dei modelli predittivi del rischio di riospedalizzazione desunti da tali informazioni, la presa in carico di questi pazienti, determina una riduzione significativa delle visite ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri attribuibili ad un migliore coordinamento delle cure. I fattori sono in gran parte derivati dalle basi dati amministrative ospedaliere o

all'uso di questionari autosomministrati (Wagner et al., 2006), ad eccezione dei modelli combinati, che affermano di usare come indicatori di esito il tasso di utilizzo di diversi servizi (Health Dialog, King's Fund, 2006), ma che in realtà rilevano solo il ricovero urgente. I metodi e i criteri d'individuazione dei soggetti che potrebbero avvantaggiarsi con programmi di assistenza preventivi sono quindi limitati alla misura di eventi della sfera ospedaliera, nonostante ci sia ampia testimonianza in letteratura dell'impatto di fattori sociali sullo stato di salute. Uno strumento predittivo per il population management oggi largamente diffuso è quello delle Adjusted Clinical Group (ACG), sviluppato dalla John Hopkins University e ora adottato in molti Paesi e contesti regionali e locali (in Italia in Veneto), che nella sua evoluzione continua sta ora tentando di inserire indicatori predittivi della domanda di natura sociale ed assistenziale, attraverso programmi pilota. Un'esperienza italiana di rilievo, inoltre, è stata realizzata a Ravenna, con il progetto Mosaico. Lo studio (Falasca et al, 2011; Berardo et al, 2010) ha predisposto un modello statistico predittivo in grado di individuare nella popolazione residente i soggetti più fragili, cioè maggiormente a rischio di progressione sfavorevole verso la non autosufficienza. Questo indice di rischio della fragilità è calcolato periodicamente a partire dalle banche dati elettroniche, sanitarie e sociali, ed integrato con ulteriori indicatori (fattori socio-economici, di funzionalità e ambientali) domandati direttamente all'individuo, tramite l'utilizzo della Carta di Rischio della Fragilità. Tali strumenti di misura della fragilità presentano diversi vantaggi oltre la programmazione, a livello manageriale e clinico-assistenziale: possono, infatti, essere strumentali a definire dei profili socio-sanitari della comunità ad uso degli amministratori così a guidare l'individuazione di specifici target di intervento proattivo e la scelta dei percorsi assistenziali del singolo cittadino.

Ne derivano delle considerazioni estremamente importanti: anche nel disagio socio sanitario è possibile fare prevenzione e sostanzialmente investire nel presente per risparmiare nel futuro e, in secondo luogo, non è più possibile affidarsi a modelli di intervento che facciano riferimento alla "attesa". Tali modelli appaiono inadeguati sia in campo sociale che sanitario.

Molti esperti oggi concordano sul fatto che importanti progressi nel miglioramento della salute e dell'assistenza nei prossimi decenni non verranno da nuove scoperte mediche o cure innovative, quanto, piuttosto, dalla capacità di ridisegno del sistema di cure verso la presa in carico attiva e olistica dei bisogni complessi, per lo meno nei Paesi avanzati (Maciocco, 2007). Lo sviluppo di nuovi modelli istituzionali e organizzativi orientati alla prevenzione e tutela della fragilità rappresentano, piuttosto, la nuova sfida per riposizionare il welfare, preservandone i principi istitutivi di universalità ed equità.

## 2. L'OFFERTA: TERMINI, NORMATIVA, STRUMENTI, MODELLI E POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE

Sebbene il quadro legislativo nazionale presenti delle definizioni e ponga degli indirizzi valoriali e di programmazione rispetto all'integrazione sociosanitaria, l'eterogeneità di questo ambito di policy, sotto i vari profili teorici e implementativi, non consente di circoscrivere un sistema entro perimetri definiti. Le varie definizioni e classificazioni, portano l'attenzione sui termini di integrazione, unitarietà, continuità rivolta alla persona, indicando un approccio olistico della cura di bisogni complessi, ma la specificazione del chi, cosa, come e quando dell'integrazione, restano elementi alquanto confusi e contestualizzati solo in via contingenziale. L'ambito dell'integrazione socio-sanitaria ad oggi non è stato affrontato da interventi di riforma organica del settore, restituendo una situazione eterogenea pari alla sommatoria di tante azioni parziali, in parte collocate a livello nazionale, in parte a livello regionale o locale, su spinta del settore sociale o, alternativamente, di quello sanitario. Questo articolato restituisce altresì una stratificazione di interventi legislativi e di riforma di diversa origine.

In questo capitolo, pertanto, si cercherà di ricostruire i perimetri del settore sociosanitario nelle sue diverse articolazioni e di portare l'attenzione sul caso di Regione Lombardia nel dettaglio. Nonostante l'alta variabilità descritta, come propria del settore e determinata dall'eterogeneità dei modelli regionali e locali, un'analisi comparata e sintetica può essere perseguita attraverso la ricostruzione delle azioni conseguite nel coordinamento di cinque diversi livelli, che costituiscono la struttura dell'argomentazione dei prossimi paragrafi.

Anzitutto, il livello normativo, distinguendo il piano nazionale, per esplicitare l'articolato legislativo e individuare ambiti di equilibrio tra l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitari e i corrispettivi livelli relativi all'assistenza sociale (LIVEAS). Ma mentre i LEA sono stati normati dal DPCM del 29.11.2001 e successive modifiche, i LIVEAS, previsti dall'art. 22 della Legge 328/2000 non hanno mai visto la loro definitiva conversione in legge di fatto con ciò costituendosi una sorta di diarchia tra sanitario, esigibile e sociale, non altrettanto identificabile.

In secondo luogo, il livello programmatico, che individua l'adozione di strumenti unici, unitari, o comunque integrati, per la programmazione sanitaria e sociale, sia a livello regionale sia nei territori locali istituzionali. Qui si colloca il tema del livello finanziario, per identificare i flussi di finanziamento e la capacità di copertura dei bisogni, esplicitando le azioni di equilibrio o gli strumenti predisposti per integrare le risorse sanitarie e sociali al fine di migliorare la qualità ed efficienza dei servizi e garantire l'equità d'accesso. Il quarto livello è quello istituzionale, in linea con il precedente, teso ad identificare quali soggetti istituzionali hanno competenze nel sociale e in sanità (Comuni e ASL), e le rispettive forme di collaborazione nella programmazione e committenza finalizzate all'integrazione tra sanità e sociale. Il quinto livello

è quello organizzativo e gestionale, con la progressiva configurazione ed il consolidamento di modelli di rete nell'organizzazione dei servizi sociali e sanitari, tra ospedale, residenzialità e il territorio; osservando, inoltre, la presenza di soggetti istituzionali e produttori di servizi eterogenei, con un ruolo importante rivestito dal privato sociale e dal volontariato. Vi è infine un sesto livello, quello professionale che, tuttavia, qui verrà richiamato, ma non analizzato, per sottolineare l'importanza strategica di questa funzione in ordine sia alla valorizzazione dei profili di competenze richiesti per la cura di bisogni complessi e sia allo sviluppo di capacità collaborative inter e multi-disciplinari tra professionisti, sanitari e sociali, provenienti da contesti organizzativi diversi e a cui è chiesto di lavorare in equipe, per progetti, in funzione di bisogni contingenti e complessi. Il capitolo termina con un focus sul contesto regionale lombardo rispetto all'integrazione sociosanitaria proponendo una lettura di sintesi attraverso i diversi livelli indagati rispetto alle politiche e agli indirizzi di riforma attualmente in corso.

## 2.1. Cosa s'intende per integrazione socio-sanitaria e cure integrate: i termini

### *I termini normativi*

L'integrazione socio-sanitaria è un tema di complesso inquadramento e difficilmente descrivibile come un sistema, date le interconnessioni con molte aree del welfare (Fosti et al, 2012), la variabilità dei modelli normativi ed organizzativi, la molteplicità di attori ed erogatori nonché la scarsa standardizzazione sul piano concettuale ed operativo.

La normativa nazionale definisce esplicitamente l'"assistenza", e non l'integrazione, sociosanitaria come "insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione" (art. 3 *septies* del D.Lgs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi – corsivo nostro).

La normativa individua, inoltre, i "soggetti privilegiati" delle prestazioni integrate tra sanità e sociale (minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV) e indica nella "fragilità" la dimensione peculiare dell'integrazione, per assicurare specifiche modalità di "presa in carico" e "continuità dell'assistenza", caratterizzate da globalità e interdisciplinarietà.

L'integrazione sociosanitaria può essere quindi intesa come il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, attraverso progetti assistenziali personalizzati.

*I termini specifici – un primo glossario*

Passando al versante tecnico e non solo normativo, si individuano alcuni termini specifici per indicare i percorsi e processi di cura, spesso traslati dal modello sanitario.

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

Metodo sistematico per identificare i bisogni di salute e di assistenza sanitaria di una popolazione o di un sottogruppo, nonché per individuare i cambiamenti necessari a soddisfarli. La valutazione dello stato di salute è una premessa per la valutazione dei bisogni, per individuare soluzioni efficaci e priorità su cui agire. La valutazione dello stato di salute serve quindi come supporto per decisioni di politica sanitaria, per la definizione di obiettivi, per la valutazione dei bisogni delle popolazioni e per la valutazione delle attività svolte.

La valutazione dello stato di salute viene riportata in diversi documenti di programmazione. La *Relazione sanitaria* prevede: l'analisi dello stato di salute, la rendicontazione dell'attività svolta e degli obiettivi raggiunti. La necessità di una valutazione più partecipata e intersettoriale dei problemi di salute ha dato avvio ai *Profili di salute* nei quali si indagano anche i determinanti di salute, compresi quelli ambientali e socioculturali e si ricorre ad indicatori trasversali (si tratta di indicatori quali ad esempio il tasso di abortività tra le minorenni, la morbosità attribuibile al livello di inquinamento ambientale, ecc.).

In letteratura, si individuano tre impostazioni per condurre le analisi di bisogni: l'approccio concertato, comparativo e epidemiologico. L'approccio concertato dà voce a tutti i soggetti portatori di interesse (stakeholder) scelti tra il pubblico, tra gli esperti e nel sistema dei servizi: questa impostazione presenta una buona sensibilità alla percezione locale dei bisogni, ma è influenzato dai determinanti della domanda e dalle circostanze politiche. L'approccio comparativo si basa sul confronto tra le informazioni reperibili e standard di riferimento per la definizione del bisogno, utilizzando anche riferimenti in altre popolazioni e comunità. L'approccio epidemiologico parte dalle misure di occorrenza dei problemi di salute, identifica gli interventi di efficacia provata e i servizi disponibili per realizzarli; seppur in linea di principio più oggettivo, questo metodo è limitato dalla disponibilità di informazioni.

Bilancio sociale

Strumento che risponde all'esigenza di dotarsi di uno strumento di comunicazione per la rendicontazione dei risultati delle attività aziendali alla collettività., integrando dati patrimoniali, economico-finanziari, indicatori qualitativi e quantitativi.

Il bilancio sociale rappresenta attualmente uno degli strumenti più idonei per la valutazione del grado di coerenza tra l'azione svolta dall'azienda e la propria mission. Esso, mediante il dialogo instaurato con gli stakeholder, consente di rendere esplicito l'esito della valutazione

stessa, applicando in tal modo il principio di trasparenza degli enti pubblici e non profit, anzitutto, e che contribuisce ad incrementare l'accountability delle amministrazioni.

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

### Budget di cura

L'investimento economico, definito "budget di cura" (BdC), rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo di presa in carico della persona, attraverso un progetto terapeutico e riabilitativo individuale. Attraverso il budget di cura si promuovono percorsi riabilitativi individuali nelle aree: apprendimento/espressività, formazione e lavoro, casa e habitat sociale, affettività e socialità.

### Cartella socio sanitaria

La cartella sociale del caso è l'insieme dei documenti e delle informazioni relative ad un caso. Oggi, sono in corso le prime esperienze di informatizzazione delle cartelle sociali. Il contenuto minimo è costituito dalle seguenti informazioni: dati anagrafici dell'utente e riferimenti dei familiari e dei caregiver; contatti; scheda di valutazione del caso; piano delle risorse da attivare; piano/progetto di intervento personalizzato; contratto con l'utente; diario cronologico; registrazione di colloqui o delle visite domiciliari; relazioni e resoconti di riunioni dell'équipe; note sulle rivalutazioni periodiche dei risultati e della situazione; segnalazioni di urgenze quali il cambiamento nelle condizioni personali dell'utente.

Se informatizzata e collegata agli aspetti sanitari, la cartella sociale (o meglio sociosanitaria) può costituire il primo, essenziale, "mattoncino" del Sistema informativo sociosanitario, consentendo ai vari attori del processo di attingere ed alimentare le informazioni sul caso seguito. La cartella può essere connessa ad altri sistemi informatici dedicati a specifici aspetti di cura (fornitura di farmaci, di protesi e ausili, ecc.).

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

### Care giver

Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente “donatore di cura”; si potrebbe anche definirlo come “assistente alla persona”. Il caregiver, nell’ambiente domestico, assume l’impegno di cura della persona non autosufficiente, fornisce aiuto e supporto al malato nel suo percorso di recupero fisico, mentale ed affettivo. È in genere un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (caregiver non professionali) o un operatore adeguatamente formato (caregiver professionali). Il caregiver svolge un ruolo insostituibile, con un’attività che può dirsi continuativa per l’intero arco della giornata, con le prevedibili conseguenze su tutti gli aspetti della vita, soprattutto nel caso che il caregiver sia un familiare. Per poter essere un efficace “curante”, deve conoscere la malattia e le conseguenze che essa ha nel comportamento del malato. È quindi necessario che acquisisca conoscenze e competenze per essere in grado di affrontare i problemi della persona malata in carico. Il caregiver stesso ha necessità di essere sostenuto attraverso specifici interventi nell’ambito del percorso di cura.

### Case manager

La figura del Responsabile del caso è un professionista che opera come riferimento e “facilitatore” per la persona che ha bisogni complessi sociosanitari, e ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per migliorare l’efficienza dell’assistenza. È quindi importante che il case manager instauri un dialogo costante con l’utente e la sua famiglia.

Di norma viene individuato dalla équipe o unità di valutazione multidimensionale (UVM), al suo interno o anche all’esterno.

Si tratta di una figura innovativa nel nostro sistema di servizi, che sta rapidamente affermandosi come fondamentale modalità di una “presa in carico” che sia riconoscibile e presente nella vita dell’utente, in grado di attivare risorse e servizi, anche erogate da enti diversi e dalla comunità, per assicurare una risposta complessiva ed integrata a bisogni complessi della persona.

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

### Cure domiciliari

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ed in interventi socioassistenziali, associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati da personale qualificato per la cura e l’assistenza delle persone non autosufficienti

(parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e migliorare la qualità quotidiana. L'assistenza domiciliare è uno strumento con cui realizzare la domiciliarità, che esprime il diritto e la possibilità per chi non è autosufficiente di restare nella propria casa e nella propria comunità locale.

Si tratta di un modello di servizio a forte evoluzione. Le cure domiciliari tendono a divenire un "sistema organico" di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, modulata secondo le necessità rilevate. In letteratura scientifica, nella normativa e negli atti programmatori delle diverse regioni italiane, vengono spesso differenziate in distinte tipologie: Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata, ecc.

#### Équipe (di assistenza)

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

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

#### Percorsi assistenziali (socio sanitari)

Un percorso assistenziale (care pathway) è un intervento complesso per l'assunzione di decisioni condivise e per l'organizzazione di processi di assistenza per un gruppo di pazienti ben identificato, da svolgersi in un arco di tempo definito. Lo scopo dei percorsi è di aumentare la qualità dell'assistenza nel suo continuum, migliorando gli esiti per i pazienti, promuovendo la sicurezza, accrescendone la soddisfazione ed ottimizzando l'uso delle risorse (Vanhaecht, et al., 2007).

Le caratteristiche di un percorso assistenziale comprendono:

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

#### Piano di assistenza individuale (PAI)

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

#### Piani comunitari di salute

Sono programmi pluriennali, coordinati a livello locale, che mirano a migliorare il benessere della comunità. Riconoscono che il contesto sociale, economico e ambientale ha un impatto rilevante sulla salute dei cittadini. Spostano gli interventi dal campo sanitario, agli altri settori, come le politiche sociali, ambientali, abitative, formative, occupazionali e produttive. Sono finalizzati a ridurre le disuguaglianze, anche per quanto riguarda l'accesso ai servizi, e a contrastare le patologie prevalenti del nostro tempo. Le opportunità offerte dai Piani comunitari lasciano ampio spazio alle iniziative e alla partecipazione del territorio (vedi anche Piani di Zona).

#### Punto Unico di Accesso (PUA - Porta o Sportello di accesso).

Si tratta di uno strumento organizzativo che predispone un modello di rapido accesso per il cittadino, modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, facilita la presa in carico con accesso unitario alla rete dei servizi sanitari e sociali, non compresi nell'emergenza. Costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere.

Il PUA è uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale e, come tale, richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali. Il collegamento con i servizi sociali deve essere sistematico e integrato, a cominciare da una

programmazione concordata. Tale definizione permette di identificare i destinatari del PUA tra tutti i cittadini che esprimono un bisogno di salute.

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

Il PUA può essere organizzato in modo strutturale, con una specifica sede organizzativa, sulla base delle differenti scelte regionali, oppure funzionale con l'individuazione di più soggetti e sedi istituzionali ai quali il cittadino può rivolgersi. Tale modalità funzionale garantisce ugualmente in modo stabile e definito le caratteristiche e lo svolgimento delle funzioni che attengono al percorso di accoglienza e di avvio della presa in carico.

#### Sistema informativo sociosanitario e cartella socio sanitaria

Insieme di mezzi, strumenti e competenze per raccogliere, collegare, classificare e conservare dati e soprattutto per elaborare, distribuire e comunicare informazioni sui bisogni, sulla salute, sui servizi e sulle prestazioni sociosanitarie, con scopi di diretta erogazione, di supporto a coloro che devono prendere decisioni e ai cittadini. Si tratta sia di una competenza diffusa sia di un servizio specializzato. Il Flusso informativo è il passaggio di dati tra diversi soggetti e diversi enti, mediante regole e modalità prestabilite.

In ambito sociosanitario si assiste oggi a diversi esempi orientati alla creazione di cartelle sociosanitarie e di banche dati sulla fragilità, quali primi passi per un sistema informativo sociosanitario. L'integrazione tra le due tipologie di dati può essere ottenuta, a seconda del reale grado di integrazione "sul campo", in forma nativa oppure per aggregazione di altri sistemi informativi esistenti (o in corso di attivazione, come i recenti flussi informativi nazionali sull'assistenza domiciliare integrata e sulle Residenze sanitarie). In ogni caso è fondamentale condividere l'anagrafe degli utenti per consentire un tracciamento univoco e certo della persona attraverso i vari servizi e stabilire la nomenclatura di prodotti, prestazioni e attività fornite. Richiede uno sforzo di informatizzazione e di formazione degli addetti rilevante ma ineludibile per i vantaggi derivanti, sia nell'erogazione che nella valutazione dei servizi.

#### Valutazione dei servizi socio sanitari

Si tratta di una fase fondamentale di ogni sistema organizzato, in quanto consente di misurare per gestire/migliorare/correggere/innovare/motivare i servizi erogati e i modelli organizzativi adottati. La valutazione deve essere un processo trasparente che specifica lo scopo e l'oggetto della valutazione, esplicitandone attese, criteri, i margini di possibile "tolleranza", le precondizioni necessarie, il contesto. La valutazione poggia, quindi, su due pilastri: la raccolta sistematica di dati di qualità, possibilmente ripetuti nel tempo e la definizione del "valore", dell'atteso, in base al quale si emette un giudizio di valore. Sebbene fondata su tale trasparenza

e su dati e indicatori certi e affidabili, resta il fatto che “qualunque processo valutativo è profondamente segnato dalla soggettività” e che, pertanto, le procedure devono essere quanto più possibile aperte e flessibili. La valutazione avviene a diversi livelli dell'organizzazione: “micro” (singolo operatore o servizio/ reparto), “meso” (azienda, comune, regione), “macro” (nazione); ciascuno di questi livelli richiede specifiche modalità di valutazione ed appropriati indicatori.

#### Valutazione multidimensionale (VMD)

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

- Esplorare in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona;
- Assicura maggiore appropriatezza ai successivi interventi di cura e riabilitazione;
- Predisporre il coordinamento e l'integrazione tra interventi di carattere sanitario e sociali nei confronti della persona inserita nella rete dei servizi sociosanitari;
- Definire il progetto personalizzato.

#### Voucher sociale e Voucher socio-sanitario

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

#### *Una questione culturale*

Se si scorre la letteratura sulla integrazione (Armitage et al., 2009), emerge la difficoltà ad individuare una definizione universale; i modelli sono tanti e derivano dalla teoria del management e della loro applicazione al settore sanitario.

Una definizione diffusa è quella di Kodner e Spreeuwenberg (2002) per cui l'integrazione è l'insieme coerente di metodi e di modelli riguardanti il finanziamento, l'amministrazione,

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

Il risultato degli sforzi per promuovere l'integrazione costituisce l'assistenza integrata (*integrated care*). Dove il termine inglese di *care* (assistenza) esprime il curare, il prendersi in carico della persona per migliorarne la qualità di vita, a prescindere dalla persistenza o meno della patologia; il termine *cure* (cura), infatti, indica il curare una malattia con l'intenzione di guarire.

La collocazione di soglia delle politiche socio-sanitarie, tra l'ambito sociale e sanitario, nel contesto nazionale deriva dalla stessa definizione estensiva della tutela del diritto alla salute previsto dall'art.32 della Costituzione che pone una visione olistica della salute, indirizzando un'interpretazione congiunta del bisogno di salute con il bisogno di assistenza (art. 38 Cost.) e postulando in tal modo la logica stessa dell'integrazione sociosanitaria, come peculiarità del contesto normativo e istituzionale italiano. È proprio in questa logica che si afferma la compresenza di due sistemi organizzativi complessi, articolati in sottosistemi e contestualmente in atti di programmazione diversi (dai piani sanitari e sociali ai progetti obiettivo). Questo fondamento costituzionale del diritto alla salute e all'assistenza è espressione non solo dell'articolato normativo italiano, ma altresì dei principi valoriali che lo sottendono, laddove in altri contesti nazionali la questione dell'integrazione delle cure è spostata e focalizzata sull'asse delle policy e degli interventi operativi. Il concetto di integrazione tra servizi sociali e sanitari, infatti, presuppone un'esigenza di modelli di presa in carico ancorati in una concezione antropologica della persona e dei bisogni globali dell'uomo, dove le risposte non possono essere frammentate tra la dimensione dell'acuzie (bisogno sanitario) e ciò che accade nella vita di relazione (bisogno sociale). Da qui, la visione di un'antropologia integrale della persona e della prestazione olistica della cura, nel rispetto della dimensione relazionale e sociale dell'individuo, risulta concettualmente diversa dall'idea del mantenimento delle condizioni funzionali e occupazionali del soggetto (orientamento tipico della prospettiva anglo-sassone). Questo richiamo ai principi valoriali che ispirano la costituzione non è estraneo alla comprensione dell'ambito di politiche e interventi socio-sanitari messi in campo nel contesto nazionale, e soprattutto nell'interpretazione della complessità di questi interventi nonché nel confronto con altre impostazioni teoriche e inquadramenti del problema agiti a livello internazionale.

## 2.2 La normativa

In allegato (cfr. Allegato 2) è riportata una tavola sinottica dei principali atti normativi in materia sociosanitaria e i relativi adempimenti previsti dal legislatore nazionale. Qui ripercorriamo alcuni passaggi chiave sui principi ispiratori degli interventi sociosanitari, le classificazioni sull'integrazione e alcune specifiche sul perimetro e gli attori del settore, utili a

inquadrate il processo evolutivo della normativa e l'articolata relazione tra i diversi livelli normativi, secondo i principi di sussidiarietà verticale e orizzontale e i rispettivi ambiti di pertinenza ed esercizio dei documenti di programmazione.

La normativa nazionale affronta il tema dell'integrazione sociosanitaria a partire dall'istituzione del SSN con la legge n. 833 del 1978 che unificò in un'unica struttura, l'Unità Sanitaria Locale (USL), i servizi volti alla tutela della salute, attribuendo la gestione dei servizi sanitari all'ente più vicino ai cittadini, il Comune o l'Associazione dei Comuni. Interventi normativi successivi, tuttavia, misero subito in evidenza la necessità di ripartire competenze e risorse tra Comuni e USL (cfr. il DPCM 8 agosto 1985). Il passaggio successivo, fortemente improntato alla ricerca di strumenti di maggiore efficienza e razionalizzazione delle spese, è riconducibile alla riforma sanitaria degli anni Novanta e all'avvio dell'aziendalizzazione, con la trasformazione delle USL in ASL: Aziende (D.lgs. 502/1992): la riforma, in particolare, intendeva separare la funzione politica da quella tecnica, escludendo gli enti locali dalla gestione diretta dei servizi sanitari. La complessità di questo equilibrio è testimoniata dalla modifica introdotta già nell'anno successivo, con il D.lgs. n. 517/1993, in cui si corresponsabilizza l'ente locale alla definizione degli indirizzi e alle attività di verifica, tramite la creazione di Conferenze dei sindaci da istituire in ogni Azienda USL. Attualmente, l'articolato normativo per l'integrazione sociosanitaria è declinato all'interno delle leggi quadro di riforma del SSN (D.lgs. 299/99, che contiene la sopra citata definizione di assistenza sociosanitaria all'art. 3 septies e la Legge n. 328/2000 sull'assistenza).

L'integrazione sociosanitaria ha acquistato una nuova centralità a partire dalla fine degli anni Novanta, in ragione della consapevolezza del tendenziale cambiamento della domanda espressa di salute e dei nuovi bisogni assistenziali. Questi indirizzi sono maturati in una serie di riforme istituzionali nel settore sanitario attraverso i diversi Piani sanitari nazionali - nel 1994-1996, viene identificato il ruolo del Distretto come ambito elettivo di programmazione, mentre il Piano successivo 1998-2000 approda nella cd. Terza riforma del SSN e al D.lgs. n. 229/1999. Quest'ultimo prevede forme incisive di partecipazione degli enti locali al sistema sanitario nell'ambito della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, con concorso alla definizione del piano sanitario regionale, del piano attuativo locale e del programma delle attività territoriali. Si specifica, inoltre, che il Distretto Sanitario è tenuto a garantire anche le prestazioni socio-sanitarie e a programmarle in forma concertata con i Comuni tramite il piano delle attività territoriali.

La materia dell'integrazione sociosanitaria, in sintesi, è quindi disciplinata da: D.lgs. 299/99, dall'Atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM del 14 febbraio 2001 e dal DPCM 29 novembre 2001. Quest'ultimo nell'allegato 1c esplicita che i LEA sociosanitari si applicano alle aree:

- materno-infantile
- handicap
- anziani non autosufficienti

- patologie cronico-degenerative
- patologie psichiatriche
- dipendenze da droga, alcool e farmaci
- patologie per infezioni da HIV
- patologie in fase terminale.

L'allegato 1 (cfr. Allegato 1) ha, tuttavia, suscitato discussioni e conflitti, in quanto prevede un riparto di competenze e oneri tra ASL e Comuni rispetto ad una serie di prestazioni sociosanitarie che rende urgente individuare risorse nuove per gli enti locali, di entità più ampia di quelle attualmente previste nel Fondo nazionale per le politiche sociali. Fondo che, con la manovra finanziaria per il 2011, ha visto un drastico ridimensionamento passando dai 435,257 milioni di euro per il 2010 ai 218,084 milioni di euro per il 2011. Rispetto all'integrazione sociosanitaria ancora oggi resta aperto il problema di definizione degli standard minimi esigili: mentre sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i LEA da garantire a tutti i cittadini (DPCM 29 novembre 2001), sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei livelli essenziali dell'assistenza sociale (LIVEAS), come invece è richiesto dalla legge quadro dei servizi sociali n. 328/2000. La definizione dei cosiddetti LIVEAS sembra trovare ostacolo insormontabile nella manifesta impossibilità di finanziarne la pratica attuazione e nella difficile standardizzazione degli interventi che dovrebbero costituire il core della proposta.

Dal DPCM 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3, si possono desumere i principi fondamentali ispiranti gli interventi sociosanitari:

- Valutazione multidimensionale del bisogno (sanitaria e sociale): il Patto per la salute 2010-2012 all'art. 9, co. 1, lett. b) e c) ha rafforzato questo principio disponendo che l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare sia subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale realizzata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute e da rendicontare nei flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS (già approvati nel dicembre 2008).
- Unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale, con concorso professionale di personale medico, infermieristico, riabilitativo e di servizio sociale professionale
- Presenza di progetto personalizzato che tenga conto: degli obiettivi di salute da raggiungere, della presenza di responsabile del caso (case manager), della costante verifica delle azioni compiute sotto il profilo della qualità (valutazione periodica) e degli esiti.

Il D.lgs. 299/99 elenca la tipologia delle prestazioni sociosanitarie identificate nel quadro normativo:

- Prestazioni sanitarie a rilievo sociale: proprie dell'area medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa che si strutturano nell'ambito ambulatoriale, domiciliare e delle strutture diurne e residenziali. Tra queste vi sono quelle a elevata integrazione sanitaria, che per la rilevanza terapeutica sono proprie del sistema sanitario. Tali prestazioni in relazione ai tempi e all'impegno assistenziale si articolano in:
  - trattamenti intensivi, richiedenti un elevato impegno clinico, di tipo diagnostico, di cura e recupero, con tempi definiti, in cui sono prevalenti le funzioni terapeutiche e riabilitative. Si effettuano in sede ospedaliera, residenziale extraospedaliera e a domicilio;
  - trattamenti estensivi o intermedi, caratterizzati da un minor impegno terapeutico, elevata assistenza alla persona, per la prosecuzione del processo riabilitativo, con reinserimento sociale e con programmi assistenziali di medio/lungo periodo, effettuabili a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera (es: RSA);
  - trattamenti di lungo assistenza, o mantenimento, per patologie cronico degenerative, caratterizzati da un costante impegno sociosanitario per limitare gli esiti del deterioramento, ai fini della miglior qualità di vita acquisibile. I trattamenti sono effettuabili a domicilio e in sede residenziale.
- Prestazioni sociali a rilievo sanitario: consistono in azioni atte alla rimozione di ostacoli di natura sociale e assistenziale, che impediscono l'ottimizzazione dei risultati di cura e riabilitazione. Tali prestazioni consistono in: interventi di natura economica, aiuto domestico familiare e altre forme di sostegno alla domiciliarità, e ospitalità di tipo "alberghiero" presso le strutture diurne e residenziali.

Nel settore sociale, infine, un riferimento normativo organico è intervenuto solo con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la già citata L. n. 328/2000. L'art. 8, infatti, stabilisce che le Regioni, nel determinare gli ambiti territoriali delle zone sociali, prevedano incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i Distretti sanitari. Si tratta di un'indicazione importante, in quanto la corrispondenza del Distretto con l'ambito sociale può rafforzare il livello di integrazione su base territoriale, utilizzando e rappresentando meglio la comunità e gli interessi locali, rispetto alle modalità programmatiche ed operative.

Questo appare evidente qualora si consideri l'universalismo che caratterizza l'accesso alle prestazioni sanitarie che si contrappone alla valutazione economiche per i servizi sociali, alla diversa contrattualistica dei due comparti, alla diversa modalità contabile (analitica per la sanità, ancora economica finanziaria per i Comuni). La coincidenza ambito – distretto dove realizzata è un volano importante per ogni pianificazione seria di una progettualità integrata.

La svolta più importante, infine, in ambito di integrazione sociosanitaria è da ricondursi alla riforma costituzionale del 2001 del Titolo V che ha determinato una profonda trasformazione dell'assetto istituzionale portando all'affermazione del principio di sussidiarietà sia verticale che orizzontale. Da qui, infatti, gli obiettivi dell'integrazione sociosanitaria e della realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali sul territorio sono entrati direttamente nella

programmazione regionale, mentre al livello centrale è rimasta la competenza esclusiva di definire i LEA. Rispetto all'ambito sociale, inoltre, la dipendenza dal livello nazionale è sempre rimasta più rilevante in ordine al trasferimento dei fondi destinati alle politiche sociali. Oggi, la normativa regionale appare fortemente connotata dal valore dell'integrazione tra sanitario e sociale, soprattutto a livello di programmazione anche nei modelli che hanno previsto una titolarità separata nell'esercizio delle funzioni sociali e sanitarie e la separazione delle competenze finanziarie.

## 2.3. Gli assetti istituzionali nell'integrazione socio sanitaria

In riferimento agli assetti istituzionali e al riparto delle competenze attuative e ai criteri di finanziamento, il d.lgs. 229/99 rimanda a quanto precedentemente stabilito dalla L. 419/1998, all'atto di indirizzo e coordinamento, che all'art. 2 individua la classificazione delle prestazioni e pone a carico dei Comuni le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, mentre, comprendendole nei LEA, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria a carico delle aziende USL.

La L. 419/98, al punto n), inoltre indica principi e criteri per l'esercizio della delega in tema di integrazione sociosanitaria:

- prevedere tempi, modalità, aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali;
- disciplinare la partecipazione dei Comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali erogate dalle aziende USL;
- stabilire principi e criteri per l'adozione di un atto di indirizzo e coordinamento che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria.

La prima proposta governativa inoltre introduceva, accanto al direttore sanitario e amministrativo delle aziende USL, la presenza di una direttore socio sanitario. Questa ipotesi collocava una figura direzione assimilabile in parte al direttore sociale, dirigente del dipartimento per le attività sociosanitarie (ASSI) presente in Lombardia e in parte al direttore sociale di alcune altre Regioni, come il Veneto. La proposta fu comunque ostacolata sia dai Comuni, che temevano l'esautoramento delle funzioni in questo ambito, verso un'integrazione effettiva con le aziende USL, sia da parte delle Regioni che ne vedevano un'imposizione rispetto alla competenza di disciplinare autonomamente la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Questa conflittualità tra competenze dei Comuni e delle Regioni, in realtà, è venuta acuendosi con i processi di devoluzione, dopo il 2001, con spinte e proposte contrastanti all'esame del legislatore: da un lato, una richiesta cogente di distinguere e scomporre le prestazioni per attribuite funzioni e costi alla sanità,

dall'altro il riconoscimento della necessità di puntare all'integrazione, per rafforzare e modulare i processi di presa in carico e la continuità assistenziale effettiva nel percorso degli utenti. Infine, per rinsaldare una convergenza nell'uso efficace delle risorse per integrazione sociosanitaria sono state introdotte e promosse forme compensatorie di collaborazione specifica su base territoriale, come i Piani di zona o di Comunità. La partecipazione dei Comuni alla spesa sociosanitaria, sancita nel D.lgs. 229/99, già prevedeva in questo senso la facoltà di assegnare risorse proprie a fondi integrativi istituiti direttamente o a cui concorrano nella gestione.

Il d.lgs. 229/99 ha introdotto un ulteriore elemento di novità nel quadro normativo e istituzionale, attribuendo alla programmazione un ruolo decisivo e riconfigurando l'articolazione del processo di formazione del Piano Sanitario e le sue funzioni (precedentemente definite dai decreti legislativi n.502/92 e 517/93).

In primo luogo, le procedure di formazione del Piano vengono fissate attraverso una più organica e rigida statuizione dell'articolazione dei livelli programmatori, della fase ascendente e discendente, mentre sul piano della definizione degli obiettivi specifici e delle azioni viene riconosciuta una ampia autonomia ai soggetti decisionali del SSN. Il Piano diventa in questo modo una modalità esclusiva di governo e le competenze ad esso attribuite non possono essere svolte in altra sede decisionale.

In secondo luogo, cambia radicalmente il contesto nel quale la programmazione si afferma, la sua funzione, l'equilibrio tra compiti regolativi e compiti promozionali. Il d.lgs. 229/99 sposta sensibilmente l'asse della regolazione e dell'allocazione delle risorse a favore del PSN, invertendo le tendenze precedenti, introducendo un sistema definito di *"planned market"*, ovvero che non si limita a stabilire regole e vincoli per i soggetti pubblici e privati e di terzo settore, ma attribuisce ad alcuni suoi ambiti (lo Stato, le regioni, i livelli aziendali) il compito di definire, attraverso il piano, obiettivi e linee di azione per il sistema nel suo complesso o per le attività di loro specifica competenza. La Tabella 3.1 (a pag. 91), in questa direzione esplicita in via sintetica i principali indirizzi di azione emersi verso l'integrazione sociosanitaria nei PSN successivi alla regionalizzazione, dal 2003 al 2013.

Nel quadro istituzionale delineato dal D.lgs. 229/99 è importante portare l'attenzione sul ruolo del Distretto sociosanitario (DSS) che diviene la sede delle relazioni tra le attività aziendali sanitarie ed quelle degli Enti Locali, nel quale i Comitati di Distretto, composti dai Sindaci di quel territorio, sono chiamati a livelli di responsabilità sul piano della programmazione, al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento e l'adozione di strumenti di programmazione integrata, per rispondere alla complessità dei problemi di salute. In questo quadro, anche nelle esperienze più avanzate, in sede regionale e locale, è in questa sede che sono emerse le complessità della declinazione operativa, in relazione alla programmazione aziendale e alle risorse assegnate,

delle macro-funzioni del DSS. Secondo il dettato normativo, sebbene poi vi sia una grande eterogeneità dettata dai modelli di regionali, tra le macro-funzioni dei DSS si ricordano:

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

## 2.4. Gli strumenti per l'integrazione socio-sanitaria

Il quadro normativo presentato ha messo in evidenza come coesistano diversi livelli di coordinamento per testare e comprendere l'integrazione sociosanitaria: quello istituzionale, gestionale ed infine professionale, ognuno dei quali presenta strumenti attuativi e operativi distinti. In questa sede, rispetto allo scopo di dare una visione sistemica sull'integrazione sociosanitaria, l'attenzione sarà focalizzata su due strumenti funzionali alle strategie di committenza delle politiche: la programmazione e il sistema di finanziamento.

### 2.4.1. La programmazione

Malgrado le indicazioni contenute nei decreti legislativi citati, nell'esperienza attuativa il ruolo della programmazione non è mai stato incisivo, soprattutto in riferimento agli indirizzi espressi a livello nazionale. La compresenza di differenti schemi organizzativi emerge, infatti, nell'articolazione dei tre livelli del sistema programmatorio sanitario:

- la programmazione nazionale (PSN), che indica le aree prioritarie di intervento, i LEA, i progetto-obiettivo, le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, gli indirizzi relativi alla formazione, le modalità per la verifica dei

LEA, il finanziamento, ricercando relazioni collaborative con il non profit, lasciando ampia autonomia decisionale ai livelli regionali e aziendali e valutando, allo stesso tempo, le loro proposte nella formulazione del Piano e nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni;

- la programmazione regionale, i cui contenuti si uniformano alle indicazioni del PSN, si esplica nei confronti della programmazione del SSR, delle aziende sanitarie, dei livelli di finanziamento e progetti obiettivo nel quadro del SSR e, in una logica promozionale, delle risorse presenti nella comunità;
- la programmazione aziendale, la cui autonomia gestionale e finanziaria si sviluppa nell'ambito degli indirizzi definiti dalla programmazione regionale, è tuttavia sollecitata a superare una logica strettamente aziendale, per una apertura e un più ampio confronto con gli enti locali e le risorse di cura e di solidarietà esterne al sistema professionale.

La capacità di programmazione e l'autonomia relativa degli ambiti regionali e aziendali dipendono poi dai contesti regionali di implementazione, in funzione del sistema di governo e governance a livello macro e nel modello gestionale di SSR realizzato, a livello meso. In questo contesto, la sostenibilità dei SSR e la relativa capacità di governo della spesa hanno inciso profondamente dopo il 2008, con la responsabilizzazione esclusiva delle regioni a livello finanziario: le regioni in piano di rientro hanno, infatti, da un lato, ridotto e rinunciato all'autonomia completa nella programmazione, vincolata dai piani stessi, dall'altro, hanno esautorato il livello gestionale aziendale, riportando la programmazione strategica a livello centrale, negli organismi regionali.

Al sistema programmatico sanitario, si affianca poi la programmazione zonale degli interventi, in relazione ai compiti assegnati ai comuni dalla normativa: a livello distrettuale, come discusso, infatti, deve essere attuata la programmazione degli interventi socio-sanitari con intese programmatiche tra le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e le rappresentanze dei comuni associati. Si comprende quindi come in questo complesso articolato di livelli, funzioni e competenze, il vero nodo della programmazione concertata in ambito socio-sanitario tenda da ultimo a focalizzarsi sulle risorse disponibili e alle modalità attuativa di convergenza rispetto a specifici obiettivi o programmi.

Il set di strumenti nazionali e regionali per gestire la programmazione sanitaria e socio sanitaria nonché sociale sono (cfr. Allegato 1):

- analisi dei bisogni di salute della popolazione;
- definizione in sede di Conferenza Stato Regioni delle modalità di applicazione e delle risorse destinate a LEA e LIVEAS;
- definizione di DRG e SDO, di Nomenclatori Tariffari, degli obiettivi macro regionali con i Piani Sanitari Regionali e i Piani di Salute Regionali;
- negoziazione dei budget;
- la coincidenza degli Ambiti Territoriali Sociali e di Distretto;
- la definizione dei Piani di Zona o Comprensorio e dei Piani di Sviluppo Aziendali;

- la condivisione delle scelte programmatiche ai vari livelli da parte degli Enti Locali e delle comunità locali;
- la programmazione concertata su programmi e obiettivi di policy specifiche a livello territoriale, in questa direzione, diventano sempre più importanti e diffuse. Da notare tuttavia che solo negli ultimi anni le regioni sono passate a formulare dei Piani Socio Sanitari Regionali, mentre fino al 2009 si trovano esempi di Piani separati, tra l'ambito sociale e sanitario.

#### 2.4.2. Sistema di finanziamento

La disamina dei meccanismi di finanziamento e delle risorse impiegate nell'ambito sociosanitario non è semplice in virtù di quanto fin qui discusso, da un lato la relativa chiarezza tassonomia normativa delle prestazioni sociosanitarie, e, dall'altro, le numerose sovrapposizioni tra gli attori istituzionali e le funzioni svolte. Secondo i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, le risorse pubbliche per il settore sociosanitario nel 2009 sono risultate pari a 49 miliardi di Euro, di cui 36 Mld (73,5 per cento) costituiti da trasferimenti monetari alle famiglie da parte dell'INPS, i restanti 13 Mld (21,5 per cento) i servizi diretti garantiti dal SSN: è evidente quindi dai dati che si tratta di un settore fortemente sbilanciato sui trasferimenti diretti alle famiglie, e quindi all'autoproduzione delle famiglie o meglio all'acquisto diretto di servizi nel mercato, privato e non profit. Sempre in riferimento alla spesa del 2009, è possibile entrare nel dettaglio, specificando che: da un lato, dei 36Mld, 34,4 miliardi finanziano direttamente trasferimenti alle famiglie (indennità, pensioni, assegni e rendite concesse per invalidità di diversa natura e inabilità), mentre circa un miliardo è allocato per deduzioni e detrazioni per spese mediche sopportate dal soggetto invalido o non autosufficiente; della spesa del SSN, la quasi totalità (11.6 Mld) copre l'assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale e protesica, mentre circa due miliardi sono allocati per metà all'area materno infantile (consultori) e per l'altra metà all'area delle dipendenze. In questo computo, non è inserita la spesa sociale netta dei comuni, pari a sette Mld nel 2009 (ISTAT, 2012), e la quota parte impiegata in ambito sociosanitari per la produzione di servizi diretti. In ogni caso, anche aggiungendo questa quota al fondo SSN, in totale si arriva a circa 20Mld di Euro allocati per la produzione reale di servizi contro i 36Mld di trasferimenti monetari (Fosti et al, 2012).

L'analisi della spesa pubblica nel settore sociosanitario testimonia, quindi, la complessità dei meccanismi di governance di questo settore e la frammentazione gestionale che ne consegue. Se, con la riforma costituzionale, infatti, le competenze per le politiche sociali è stata attribuita alle Regioni, di contro, la quota parte fondamentale del finanziamento per la spesa resta nazionale, attraverso i trasferimenti dell'INPS, determinando uno squilibrio nel sistema tra competenze e funzioni attribuite dalla normativa e disponibilità per l'esercizio delle stesse. La competenza regionale sulla protezione sociale con il concorso dei Comuni e degli utenti nella produzione di servizi, inoltre, ha determinato un'elevata eterogeneità a livello locale sulle

politiche sociosanitarie. Il ruolo degli utenti in questa ripartizione diventa quindi centrale, sia rispetto alla compartecipazione out-of-pocket sia rispetto all'utilizzo dei trasferimenti monetari dal livello centrale. Secondo le stime, la spesa privata delle famiglie ammonta a circa 9 miliardi di euro esclusivamente nell'acquisto di prestazioni di assistenza informale personale – si veda il fenomeno delle badanti – a fronte di 36 miliardi di trasferimenti monetari (Pasquinelli e Rusmini, 2008).

Pertanto, sebbene, in termini assoluti, i volumi di spesa del settore siano considerevoli, la frammentazione delle risorse tra i diversi attori pubblici ne riduce l'efficacia, distruggendo valore individuale e collettivo, e determinando una certa opacità sulla stessa. La frammentazione delle responsabilità pubbliche su singoli segmenti di attività e partite finanziarie risulta più evidente osservando nel dettaglio la ripartizione di funzioni e responsabilità con specifico riferimento agli interventi territoriali (escludendo pertanto i trasferimenti monetari INPS) sulle diverse aree che compongono il settore sociosanitario. Dall'analisi della ripartizione delle competenze istituzionali su alcune aree prese ad esempio, emerge come spesso il criterio guida della ripartizione sia la provenienza dei finanziamenti (nazionali, locali) o la natura dell'attività (sanitaria, afferente al SSN, o assistenziale, quindi di competenza degli enti locali) e non un disegno strategico e coerente degli assetti di governance di settore, in funzione della domanda. Ad esempio, nell'area della disabilità tutte le prestazioni (domiciliari, semiresidenziali, residenziali e ambulatoriali) e l'assistenza protesica per il recupero funzionale e sociale sono interamente a carico del SSN, con l'unica eccezione rappresentata dall'INAI per le forme conseguenti a traumi o patologie da lavoro. La situazione si complica nel caso delle prestazioni di riabilitazione, educative e di facilitazione dell'inserimento lavorativo, che risultano a carico del SSN per le prestazioni diagnostiche, la riabilitazione e la consulenza specialistica, il 70% a carico del SSN e 30% a carico del comune (fatta salva la compartecipazione dell'utenza prevista dalle norme regionali e comunali); in caso di assistenza a disabili gravi in strutture residenziali o semiresidenziali accreditate: il 40% è a carico del SSN e 60% a carico dei comuni in caso di disabili gravi privi di sostegno familiare e pertanto ospitati in via permanente dalle strutture residenziali. Infine, quando l'assistenza per i disabili è esclusivamente di carattere sociale, scolastico o educativo, questa compete interamente ai comuni.

### La spesa sociale e sociosanitaria in Lombardia

Dato il quadro composito della spesa e dei meccanismi di allocazione nel settore sociosanitario, è più utile descrivere nel dettaglio il caso lombardo: la tabella 2.1 presenta le fonti della spesa sociale e sociosanitaria in Lombardia nel 2009 (Fosti et al, 2013). Nel 2009, la spesa sociale e sociosanitaria in Lombardia ammonta complessivamente a circa 11,1 miliardi di euro, ripartite tra interventi sociali (52% del totale) e sociosanitari (48%).

**Tabella 2.1** - Le fonti della spesa sociale e sociosanitaria in Lombardia nel 2009 (valori in euro)

	Ambito sociale	Ambito sociosanitario	Totale	%	Tot procapite
Regione	350.027.915,72	1.458.000.000,00	1.808.027.915,72	16,2	185,58
Comuni	1.203.909,856,35	–	1.203.909.858,35	10,9	124,86
Province	51.597.586,00	–	51.597.856,00	0,5	5,33
Utenti	173.495.774,28	720.000.000,00	893.495.774,28	8,1	91,89
Inps	4.027.410.041,56	3.130.395.791,18	7.157.805.832,74	64,3	734,69
<b>Totale</b>	<b>5.806.441.443,91</b>	<b>5.308.395.791,18</b>	<b>11.114.837.235,09</b>		<b>1.142,35</b>

Fonte: Fosti et al, 2013 elaborazioni su dati Regione Lombardia; database AIDA PA; Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

Quanto discusso in precedenza è qui confermato: l'apporto complessivo e per ambiti (sociale e sociosanitario) dei diversi attori è fortemente diseguale, con l'INPS che costituisce l'attore del welfare locale preponderante (64,3 per cento). Indipendentemente dal rischio coperto (invalidità, vecchiaia o superstiti) l'INPS interviene con trasferimenti a sostegno del reddito dei beneficiari, essendo quindi destinati tanto alla spesa sociale quanto al sostegno economico delle persone più fragili per determinate condizioni. Rispetto ai trasferimenti INPS va precisato che rientrano nella spesa sociale le pensioni, gli assegni sociali e le integrazioni al minimo delle pensioni, mentre sono spesa sociosanitaria le rendite da infortunio sul lavoro, i trattamenti di invalidità civile e le indennità di accompagnamento, le pensioni di inabilità e gli assegni ordinari di invalidità.

Secondo la stima di Fosti et al. (2013), la Regione contribuisce al finanziamento della spesa sociale con circa 350 milioni di euro<sup>7</sup>, attraverso il trasferimento di alcuni fondi statali, fondi propri e risorse contingenti per ambiti o progettualità messe a bando pubblico. La parte fondamentale della spesa regionale in questo ambito resta comunque la spesa sociosanitaria derivata dal Fondo Sanitario Regionale, che nel 2009 ammontava a circa 1,5 miliardi di Euro, trasferiti all'assessorato per la Famiglia e da destinare agli ambiti di prestazioni sanitarie ad intensità sociale (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarietà, dipendenze e consultori).

I comuni lombardi contribuiscono al sistema finanziando il settore sociale (socio-assistenziale, le prestazioni sociali) con una spesa di 1,2 miliardi di euro (dati sempre riferiti al

<sup>7</sup> Il dato è ottenuto sommando: la quota di Fondo Sociale Regionale 2010, il Fondo Nazionale non autosufficienza trasferito agli ambiti 2009, la quota di Intese Famiglia 2009, la quota di Fondo Nazionale Politiche Sociali 2009 per Regione Lombardia, il Fondo Nidi di competenza del 2009 ed altri contributi regionali per interventi specifici da Bilancio Regionale 2010 (di questi ultimi si sono considerati solo gli interventi diretti di spesa corrente).

2009<sup>8</sup>). È questo tuttavia un valore complessivo, perché rispetto alla spesa comunale la variabilità territoriale e sociale è molto ampia: si registra, infatti, una tendenza all'aumento della spesa pro-capite in funzione delle dimensioni medie – nei comuni sotto i 10.000 abitanti, la spesa sociale pro-capite media è di 87,53, tra i 10.000 e i 25.000 abitanti si arriva a 142,92 euro, tra 25.000 e 40.000 la spesa raggiunge 174,18 euro pro-capite, tra 40.000 e 80.000 si raggiunge una spesa media pro-capite di 208,63, oltre gli 80.000 abitanti 216,07 euro e infine Milano con oltre un milione di abitanti spende 282,60 euro pro-capite (dati riferiti al 2008, Fosti et al, 2013). Le Province, invece, contribuiscono in modo marginale al finanziamento del settore sociale con una spesa di circa 51 milioni di euro, pari allo 0,5 per cento sul totale della spesa del 2009.

La partecipazione degli utenti al finanziamento del settore sociale e sociosanitario in Lombardia si stima a circa un miliardo di Euro, di cui: 173 milioni di euro (19,4 per cento) per i servizi socio-assistenziali, sebbene il dato sia sottostimato perché non tiene traccia dei pagamenti diretti al produttore da parte dei cittadini; e 720 milioni di euro (80,6 per cento) sono destinati al sociosanitario e principalmente coincidono con il pagamento delle rette per le RSA lombarde, nel 2009 (al lordo di eventuali benefici fiscali e al netto della quota di indennità di accompagnamento). Anche in caso si tratta di una sottostima rispetto al valore reale in quanto non tiene conto di altre spese degli utenti per servizi residenziali.

Da ultimo, è importante considerare l'attività degli Uffici di Piano in quanto responsabili della programmazione integrata di zona, al fine di raccordare i diversi attori, pubblici e privati sul territorio, attraverso i Piani di Zona (già citati infra, 2.3.). Secondo l'indagine svolta da Fosti et al. (2013), la programmazione integrata ha una funzione del tutto residuale nell'allocazione delle risorse sociali e sociosanitarie: sul totale complessivo di 11.1 miliardi di Euro, infatti, i Piani di Zona programmano risorse per circa 691 milioni di euro (nel 2009), il 6,2 per cento del totale. Di conseguenza, quello che avviene in realtà è che ogni attore istituzionale programma autonomamente dove e come allocare le risorse in ambito sociosanitario e sociale. Togliendo le risorse destinate alla programmazione integrata dal totale, si evince pertanto che la programmazione autonoma degli attori è ripartita diversamente: mentre i comuni destinano quasi il tre per cento delle loro risorse e programmano autonomamente il 7,4 per cento (pari a 822 milioni), Regione destina circa il due per cento alla programmazione integrata e programma autonomamente il 14,7% delle risorse (1,6 miliardi), il totale delle risorse INPS sociosanitarie e assistenziali ricadono completamente fuori dalla programmazione integrata, trasferite direttamente all'utente (sette miliardi) (Fosti e alt., 2013). Questo significa che maggior parte delle risorse non è oggetto di programmazione integrata, ma coesistono processi decisionali e allocativi paralleli tra i diversi attori che frammentano ulteriore il sistema. Di nuovo, analizzando poi a livello micro, per aree territoriali, il comportamento dei Comuni rispetto all'utilizzo della programmazione integrata è molto eterogeneo: se a livello di media lombarda,

<sup>8</sup> Il dato è ottenuto sommando le voci di spesa corrente (impegni a consuntivo) per funzioni sociali dei bilanci 2008 dei comuni lombardi (escluse le spese per i servizi necroscopici e cimiteriali) al netto delle tariffe versate dagli utenti (Fosti et al, 2013).

si osserva che i Comuni assegnano circa il 55 per cento delle risorse in questo ambito agli Uffici di Piano, vi sono realtà in cui questa quota cresce o diminuisce come osservato (Fosti et al., 2013), togliendo il comune di Milano dall'analisi, il valore medio delle risorse proprie destinate alla programmazione integrata dei comuni lombardi scende sotto al 48 per cento.

In generale, quindi, si osserva nell'ambito sociosanitario delle politiche una stretta interdipendenza tra gli assetti istituzionali i livelli di programmazione e i flussi di finanziamento, che restituisce il quadro composito di questo settore insieme alla difficoltà in sé di definire cosa sia l'integrazione delle cure. I processi di governance che dovrebbero coordinare questi tre elementi risultano altamente frammentati e privi di un coordinamento anche solo formale/istituzionale. Il caso degli Uffici di Piano e delle Programmazione Integrata come prevista fin dalla L. 401/1998 è in questo caso paradigmatico, rappresentando un potenziale snodo della rete di welfare locale, un'organizzazione inter-istituzionale riconosciuta come un ambito di integrazione. Gli Uffici di Piano nel caso di Regione Lombardia hanno aggregato risorse e processi decisionali in alcuni casi significativi, soprattutto nelle grandi dimensioni, mentre in altri contesti hanno completamente fallito l'obiettivo dell'integrazione delle risorse e progettualità e dunque della programmazione integrata degli interventi in capo ai diversi attori del welfare locale.

## 2.5. I modelli per l'integrazione

La ricerca di forme di collaborazione tra gli attori coinvolti nella presa in carico dei pazienti ha dato vita ad un'evoluzione teorica sui modelli manageriali e organizzativi in grado di promuovere l'integrazione, traslando parte dei concetti e modelli sviluppati in quei contesti disciplinari e applicativi. Oggi i principali modelli sono essenzialmente 4 e sono sintetizzati in tabella 2.2. Il policy maker può fare riferimento, secondo le evidenze sul tema, a questi modelli quando voglia accostarsi al tema dell'integrazione sociosanitaria. Essi convergono, in modi diversi, verso un obiettivo comune ma presentano anche possibili sovrapposizioni e soluzioni intermedie. Ogni modello teorico qui sintetizzato è difatti un ideal tipo e deve, infatti, fare i conti con la sua reale implementazione, che, a seconda dei contesti e delle realtà locali, troverà forme "spurie" di realizzazione.

*Complessivamente, l'obiettivo di queste elaborazioni è stato quello di ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza e la continuità dell'assistenza creando connettività, allineamento e collaborazione entro e tra le diverse istituzioni socio-sanitarie per migliorare la qualità dell'assistenza e della vita dei pazienti, l'efficienza del sistema, e la soddisfazione dei pazienti con problemi complessi che utilizzano/attraversano servizi, provider, e setting operativi differenti (Ovretveit, 1998; Kodner and Spreuwenberg, 2002).*

Queste logiche hanno trovato la loro traduzione concettuale in alcuni modelli organizzativi, di cui i più rilevanti sono qui descritti nella tabella 2.2, e rappresentano i framework di riferimento nel dibattito sull'implementazione di soluzioni per l'integrazione delle cure.

Essi sono:

- Chronic Care Model: è il capostipite di questi modelli innovativi, elaborato da Ed. Wagner a metà degli anni '90 del secolo scorso, ha segnato il passaggio da un medicina che si occupa delle patologie una volta esplose in forma acuta, a una sistema di cura che si attiva prima dell'acutizzazione delle malattie, attraverso il coinvolgimento attivo del paziente.
- Disease Management: è un approccio sistemico ed evidence-based alle patologie croniche. Vede il coinvolgimento di tutti i "produttori di assistenza" per la presa in carico di fabbisogni complessi di salute del paziente (e quindi non solo quelli relativi all'area clinica, diagnostico-terapeutica, ma anche a quelli relativi al concetto di "salute globale indicato dall'OMS). È un modello che prevede interventi coordinati ma anche una modalità di comunicazione verso il paziente circa le condizioni che possono avere un impatto significativo sulla partecipazione attiva dello stesso alla gestione della patologia.
- Il modello delle reti cliniche e assistenziali: è un modello che si fonda sulla relazione tra i diversi snodi del sistema. Consiste essenzialmente nella condivisione delle modalità di presa in carico del bisogno del malato e di continuità delle cure, cioè nella "staffetta" tra professionisti e servizi chiamati a collaborare al di là dei confini aziendali e organizzativi.
- Percorsi Assistenziali o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali: è un macro processo che comprende l'intera gestione del problema di salute, in esso intervengono vari professionisti e varie specialità dedicati ad una particolare categoria di pazienti, in un dato contesto locale, la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.

Le evidenze della letteratura sull'integrazione sociosanitarie e lo stato di avanzamento dei modelli organizzativi proposti possono essere enucleate per punti sulla base della review di Armitage et al. (2009):

- manca una definizione universale di integrazione e, nel caso, tale concetto è stato derivato da molteplici modelli di integrazione traslati sia dal mondo sanitario che da quello manageriale;
- non vi sono evidenze consistenti derivanti da studi sperimentali di qualità su come l'integrazione sia in grado di migliorare l'erogazione dei servizi e la salute della popolazione;
- vi è un'assenza di standard e strumenti validati a livello internazionale che possano essere utilizzati sistematicamente per valutare i risultati dell'integrazione. Questo rende fortemente impegnativo misurare e comparare l'impatto dell'integrazione a livello di sistema, provider e paziente, in modo contingente.
- l'assistenza sanitaria è un intervento complesso per essere sottoposto a un'interpretazione unica e univoca di integrazione: è per questo che, anche a livello decisionale e programmatico, si assiste all'adozione di modelli complementari, di strutture e processi differenziati, per creare un sistema integrato di assistenza che si adatti alle esigenze della popolazione attraverso il continuum di cura;

- da queste premesse, l'attivazione sistematica di processi di valutazione degli interventi e delle politiche per l'integrazione è fondamentale per garantire una comprensione e una conoscenza della efficacia e dell'impatto di quanto realizzato.

I modelli organizzativi, infatti, sono “interventi complessi costruiti da una serie di componenti, che possono agire sia autonomamente che in modo interdipendente”: da qui, è difficile definire i "principi attivi" dell'intervento e dare un ordine sulla rilevanza dei singoli componenti o combinazioni di elementi in un dato modello.

La difficoltà di identificare le componenti attive di un intervento complesso rende difficile la puntuale replicazione dell'intervento e le possibilità di confronto (Campbell et al., 2000 e 2007; Shiell et al., 2008). Individuare una tassonomia rispetto ai modelli di integrazione delle cure non è quindi semplice, e richiederebbe di esplicitare diversi parametri e definizioni di integrazione, nonché obiettivi, target ed ambito di intervento. Nonostante questo dato di complessità, è utile avere chiavi di lettura per distinguere e posizionare i diversi strumenti adottati all'interno dei modelli.

Vale a dire che la specificazione di ogni modelli e/o strumento correlato può essere infinita quanti sono i contesti i cui i diversi modelli sono stati attuati. Quello che qui si intende fornire è una bussola che consenta navigare in mezzo alla complessità, individuando alcuni punti fermi che possono essere considerati trattando di integrazione sociosanitaria.

Quale che sia il modello adottato è possibile individuare due poli con riferimento soprattutto agli interventi orientati alla continuità della presa in carico, per supportare il passaggio tra luoghi di cura e professionisti diversi, passaggi che ricadono più comunemente sotto l'accezione di integrazione ospedale-territorio. Si tratta in questo caso di tassonomie che utilizzano dei concetti “ombrello”, molto laschi ed in continua evoluzione proprio per comprendere e includere i diversi strumenti e servizi. In questa direzione, sulla base della letteratura internazionale, si possono identificare due prospettive interpretative rispetto agli strumenti di integrazione adottati.

La prima prospettiva è quella dell'*intermediate care*, le cure intermedie, che ricopre tutte le aree di intervento intermedie tra l'ospedale ed il domicilio del paziente (Steiner, 1998; Vaughan e Lathlean, 1999). Gli elementi caratterizzanti i servizi classificabili come cure intermedie sono:

- a) il contenuto non solo sanitario ma anche socio-assistenziale delle prestazioni;
- b) il coordinamento multi-professionale;
- c) la componente riabilitativa, sia funzionale e occupazione sia rispetto al reinserimento sociale conseguente ad un aggravamento o all'insorgere di condizioni di disabilità.

La seconda prospettiva interpretativa è quella della *transitional care*, delle cure di transizione, che si concentra sulle modalità di raccordo e di passaggio del paziente fra i diversi ambiti di assistenza. In tal caso, la categoria concettuale si riferisce all'insieme delle azioni

organizzative (più o meno formalizzate), dei progetti, dei ruoli professionali (es. case manager) coinvolti nella transizione dei pazienti dall'ospedale al territorio o viceversa ed atti a garantire la continuità delle cure. La necessità di gestire reti di offerta ampie e maglie larghe è tipica delle patologie ad alta complessità clinica e assistenziale e per le condizioni croniche degli anziani, tendenzialmente multi-patologiche che trovano nel ruolo del MMG quello del navigator.

Le due interpretazioni del concetto di integrazione non sono esclusive, ma interdipendenti e comunemente caratterizzate dall'intervento puntuale e contestualizzato nel tempo per ottimizzare la presa in carico del paziente in un momento di fragilità e di potenziale acutizzazione.

Gli strumenti e le soluzioni adottate dalle cure intermedie sono principalmente di natura strutturale (creazione di servizi specifici), mentre quelli di transitional care sono più tipicamente funzionali (definizione di modalità di coordinamento) e riguardano il processo assistenziale e l'allineamento dei diversi saperi professionali rispetto alla gestione del singolo caso. L'analisi della letteratura ha permesso di identificare dodici diverse tipologie di strumenti/iniziative, tese a favorire l'integrazione tra ospedale e territorio e che alternativamente ricadono in una prospettiva o nell'altra (Compagni et al, 2010).

**Tabella 2.2 - I principali modelli per l'integrazione delle cure: quadro di sintesi**

Modelli	Descrizione e riferimenti della letteratura
<p><b>Chronic Care Model (CCM)</b></p>	<p>Il <i>Chronic Care Model</i>, modello sviluppato negli USA dalla metà degli anni Novanta (Katon et al., 1995; Wagner et al, 1996a, 1996b; Wagner, 1996; Von Korff et al, 1997), ridefinisce l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di assistenza da un approccio reattivo, basato sul "paradigma dell'attesa" dell'evento acuto, ad un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo, di rinvio nel tempo della progressione della malattia, sull'<i>empowerment</i> del paziente (e della comunità) e alla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale), individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "<i>sistemico</i>" alle malattie croniche.</p> <p>Il <i>Chronic Care Model</i> pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Sistema organizzativo (health system)</i>: creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità.;</li> <li>▪ <i>Disegno del sistema di erogazione (delivery system design)</i>: assicurare l'erogazione di un'assistenza clinica efficace ed efficiente e di un sostegno auto-gestito;</li> <li>▪ <i>I processi decisionali (decision support)</i>: promuovere un'assistenza clinica che sia in accordo alle evidenze scientifiche e alle preferenze del paziente;</li> <li>▪ <i>Sistema informativo (clinical information systems)</i>: organizzare i dati relativi ai pazienti e alle popolazioni per facilitare un'assistenza efficace ed efficiente;</li> <li>▪ <i>Il sostegno all'autogestione (self-management support)</i>: potenziare e preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza;</li> <li>▪ <i>Le connessioni con la comunità (the community)</i>: mobilitare le risorse della comunità per incontrare i bisogni dei pazienti.</li> </ul> <p>Il modello originario di Wagner è stato "<i>espanso</i>" il modello specificando meglio le "<i>connessioni</i>" con la comunità in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Rinforzo dell'azione comunitaria</i> (Lavorare con gruppi comunitari per individuare priorità e raggiungere obiettivi che migliorano la salute della comunità);</li> <li>▪ <i>Costruzione di politiche di salute pubblica</i> (Sviluppo di politiche per migliorare la salute della popolazione);</li> <li>▪ <i>Creazione di ambienti di supporto</i> (Creare condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli)</li> </ul> <p>Studi sulla capacità degli approcci legati al CCM mostrano come migliorare gli outcome di salute (Bodenheimer et al, 2002 -1 e 2; T Ouwens et al., 2005) e abbassare i costi dell'assistenza (Wagner et al, 2001; Goetzel et al., 2005; Huang et al., 2007; Huang et al., 2008).</p>

Modelli	Descrizione e riferimenti della letteratura
<p><b>Disease Management</b></p>	<p>Dalla logica del Chronic Care Model è maturato il Disease Management (Hunter e Fairfield, 1997; Wagner, 2004; Department of Health UK, 2004) definito come “un sistema di interventi assistenziali coordinati e di comunicazioni per gruppi di popolazione con condizioni in cui la partecipazione attiva del paziente alla gestione del proprio stato di salute può avere un impatto significativo”.</p> <p>Le componenti fondamentali del Disease Management sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identificazione dei Bisogni/rischi/risorse della popolazione;</li> <li>▪ assistenza basata sulle evidenze (EBM, EBN, EBPH, ecc);</li> <li>▪ modelli di pratiche collaborative tra operatori sanitari e produttori di servizi di supporto;</li> <li>▪ educazione del paziente all'autogestione;</li> <li>▪ misurazione dei processi ed esiti, valutazione, e gestione;</li> </ul> <p>Il Disease Management è un approccio sistemico ed evidence-based, alle patologie croniche, fondato su una risposta assistenziale basata su 4 elementi chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>knowledge management</i>: abilità nell'identificare gruppi a rischio all'interno della popolazione, effettuare valutazioni dei bisogni, capire le risorse e i livelli di attività e identificare gli andamenti;</li> <li>▪ <i>self care and self management</i> (70-80 per cento dell'assistenza ai pazienti cronici): sostenere le persone nell'assumere un ruolo attivo nella cura di sé stessi. Aiutare le persone nel gestire specifiche condizioni e nell'adottare misure che possano prevenire un peggioramento di queste condizioni e riducano il rischio di aggiungerne di nuove;</li> <li>▪ <i>disease/care management</i> (15-20 per cento dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevato rischio): team multidisciplinari che forniscono cure di elevata qualità, basate sulle evidenze includendo l'uso di percorsi e protocolli;</li> <li>▪ <i>case management</i> (2-3 per cento dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevata complessità): la gestione attiva della popolazione ad elevato rischio con bisogni complessi, con i case managers (solitamente infermieri) che si prendono la responsabilità del carico di lavoro, lavorando in un sistema di assistenza integrato</li> </ul> <p>La validità degli interventi di disease management è stata dimostrata in termini di efficacia, di riduzione dei costi, di minore ospedalizzazione e di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza (Kitchiner D et al., 1996; Ellrodt G et al., 1997; McAlister FA e tal.; 2001; Elliott, 2005; Freeman et al., 2011).</p>

Modelli	Descrizione e riferimenti della letteratura
<b>Reti assistenziali</b>	<p>Nei sistemi sociali, economici, istituzionali e aziendali da tempo sono emersi modelli di organizzazione complessa, ma flessibile, caratterizzati dalla presenza di forme di cooperazione tra soggetti individuali e collettivi che perseguono un comune obiettivo.</p> <p>Tali modelli organizzativi complessi, definibili come reti organizzative o imprese di reti, sono composti di soggetti individuali e collettivi ad alta capacità di auto-organizzazione, che instaurano tra di loro modalità differenti di relazione reciproca, costruiscono delle relazioni più stabili e strutturate e agiscono in riferimento ad obiettivi condivisi, cercando linguaggi comuni, condividendo valori, dotandosi di sistemi di coordinamento e controllo e di monitoraggio (Meneguzzo, 2008). Il nucleo delle reti cliniche è la rete dei professionisti di una determinata famiglia professionale che decide dove allocare i saperi della specialità e i servizi a essi collegati (Lega e Tozzi, 2009).</p> <p>I network (reti) sono soluzioni istituzionali e gestionali nate dall'interdipendenza di più aziende, pubbliche, private, per affrontare problemi complessi e per la necessità di avere infrastrutture adeguate agli sviluppi internazionali o alle riforme dei sistemi di Welfare (O'Toole, 1997).</p> <p>Nel settore pubblico, le reti si caratterizzano come naturale evoluzione delle logiche di <i>public governance</i> e dei processi propri dell'economia della regolazione. Esse si caratterizzano come <i>knowledge e labor intensive</i>, con servizi di alta personalizzazione e dominanza dagli assetti intangibili. La logica reticolare permette di affrontare in modo più sistematico le necessità di gestione unitaria di bisogni sanitari sempre più complessi, in un contesto di sostenibilità economiche.</p> <p>Tra i vantaggi segnalati in letteratura (Wall e Boggust, 2003; Goodwin et al.2004) possono essere ricordati: potenziale di cura del paziente senza discontinuità, utilizzo più efficiente dello staff; condivisione di good e best practice; sviluppo di opportunità di apprendimento organizzativo; prevenzione della duplicazione di sforzi e delle risorse; condivisione dei costi di ricerca e sviluppo; maggiore circolazione delle informazioni e accelerazione dei processi di diffusione dell'innovazione.</p>

Modelli	Descrizione e riferimenti della letteratura
<p><b>I percorsi assistenziali</b></p>	<p>Un percorso assistenziale è un intervento complesso, decisionale e organizzativo, dei processi di cura di un gruppo di pazienti definito, nel corso di un periodo definito (Woolf, 1990; Shekim, 1994; Pearson et al, 1995; Panella et al., 1997; Vanhaecht et al, 2007). Le caratteristiche che definiscono i percorsi assistenziali sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ una dichiarazione esplicita degli obiettivi e degli elementi fondamentali di assistenza basate sulle evidenze, sulle migliori pratiche e sulle aspettative dei pazienti e sulle loro caratteristiche;</li> <li>▪ la facilitazione della comunicazione tra i membri del team e con i pazienti e le famiglie;</li> <li>▪ il coordinamento del processo di cura attraverso il coordinamento dei ruoli e lo sviluppo delle sequenze delle attività del team di cura multidisciplinare, dei pazienti e dei loro familiari;</li> <li>▪ la documentazione, monitoraggio e valutazione degli scostamenti e dei risultati</li> <li>▪ l'identificazione delle risorse adeguate.</li> <li>▪ L'obiettivo di un percorso assistenziale è quello di:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ migliorare la qualità delle cure attraverso un continuum, mediante il miglioramento degli esiti aggiustati sul rischio specifico dei pazienti,</li> <li>▪ promuovere la sicurezza dei pazienti; aumentare la soddisfazione dei pazienti; ottimizzare l'utilizzo delle risorse.</li> </ul> </li> </ul> <p>I percorsi assistenziali (considerati nel loro insieme e non per specifiche patologie) sono associati ad una riduzione delle complicanze intraospedaliere e ad un miglioramento della documentazione, senza impattare negativamente sulla durata della degenza e sui costi ospedalieri (Renholm, 2002; Rotter et al, 2008 e 2010). I percorsi assistenziali su specifiche patologie (es.: stroke, scompenso cardiaco, artroplastica dell'anca, ecc.) hanno evidenziato una diminuzione delle complicanze ospedaliere, della durata della degenza, dei costi ospedalieri, una maggiore adesione all'applicazione di raccomandazioni/protocolli/linee guida diagnostico-terapeutico e assistenziali, e maggior soddisfazione degli utenti (Cannon et al, 2002; Kim et al, 2003; Panella et al., 2003; Kwan et al,2004; Lemmens et al., 2008; Neuman et al., 2009; Barbieri et al., 2009; Panella et al., 2009; Van Herck et al., 2010).</p>

## 2.6. Regione Lombardia: rete di offerta e politiche per l'integrazione sociosanitaria

### 2.6.1. Il modello lombardo

Dopo aver presentato l'ambito sociosanitario, attraverso le dimensioni identificate per comprenderne l'articolazione della rete di offerta, in questa sezione si concluderà presentando il caso di Regione Lombardia. In maniera sintetica, nell'economia di questo lavoro, verrà

brevemente richiamato il modello lombardo implementato per il Servizio Sanitario Regionale (SSR) e l'integrazione sociosanitaria, la rete di offerta attuale e le politiche più recenti verso il rafforzamento dell'integrazione nelle cure.

Il SSR lombardo si caratterizza nel panorama nazionale per essere stato il primo ad aver attuato un modello innovativo e autonomo sin dai primi margini di autonomia di competenze regionali, riconosciute con le riforme per l'aziendalizzazione del SSN (L. 502/92 e 517/93). La L.r. 31/1997 segnò le basi del modello sanitario che, ispirato al principio della sussidiarietà, si orienta verso le forme di cd. *quasi* mercato, imperniate nella separazione tra le funzioni di produzione e committenza. Da questa scelta di orientamento, infatti, le USL furono immediatamente trasformate in aziende (Aziende Sanitarie Locali, ASL) per svolgere le funzioni di committenza dei servizi sanitari e socio-sanitari su base territoriale, mentre le strutture ospedaliere pubbliche furono trasformate in aziende autonome (AO, Aziende Ospedaliere), dal punto di vista gestionale e finanziario. Ulteriori elementi cardine della riforma furono, fin dal 1995, l'introduzione dei sistemi di pagamento a tariffa, sulla base del modello ospedaliero di pagamento prospettico dei DRG (Diagnostic Related Groups), e, successivamente, di diverse forme di tariffazione per gli altri servizi, sia sanitari (ambulatoriali) che sociosanitari (per residenzialità e riabilitazione e domiciliarità). In secondo luogo, a guidare la riforma fu il principio di libera scelta dei cittadini, di scegliere in quale struttura recarsi e ottenere la prestazione rimborsata dal SSR: il sistema di separazione tra committenza e produzione ha quindi aperto il mercato sanitario e sociosanitario all'ingresso di erogatori (provider) sia pubblici che privati o del terzo settore. Unico vincolo di accesso posto nel SSR per i provider è stato l'accreditamento istituzionale, quale forma sia di garanzia della qualità dei servizi prestati sia di committenza per la programmazione della rete di offerta (quali servizi e prestazioni, di contenuto, quanti letti o prestazioni, di dimensionamento). Il sistema di quasi mercato introdusse di conseguenza un certo livello di competizione nel sistema, soprattutto nella fase di start-up, tra i diversi produttori sulla base dei livelli di produzione, e quindi sulla capacità di attrarre pazienti e utenti. Il sistema di tariffazione, in questa direzione, è stato fin da subito un elemento centrale di committenza e tenuta del sistema lombardo, per il controllo della spesa e dei comportamenti degli attori, influenzando scelte più o meno pro-competitive, ma soprattutto orientate a garantire la qualità e la copertura dei servizi all'interno del SSR.

La tabella 2.3 mette in rilievo la peculiarità del sistema lombardo sulla base del confronto interregionale sulla % di posti letto gestiti direttamente dalle ASL sul totale regionale, delineando quindi quattro modelli: integrato, dove la maggior parte dei posti è gestita direttamente; misto-quasi integrato, dove sono direttamente gestiti una quota considerevole (sopra il 40%); mentre misto quasi-separato, se la quota è inferiore al 40%; infine il modello di completa separazione, in cui l'ASL non gestisce più direttamente alcun posto letto.

**Tabella 2.3** - Classificazione dei modelli regionali sulla base della gestione diretta della produzione

Modello	% PL gestiti dall'ASL	Regioni
<b>Integrato</b>	>66	Veneto, Aosta Valley, Trentino Alto Adige, Abruzzi, Molise Sardegna
<b>Misto-quasi integrato</b>	40<x<66	Liguria, Umbria, Marche, Basilicata, Calabria, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Puglia
<b>Misto-quasi separato</b>	20<x<40	Friuli, Lazio, Campania, Sicilia
<b>Separato:</b>	<1	Lombardia

Fonte: adattato da Boni, 2007;

Nel modello di quasi mercato, le ASL hanno assunto una funzione centrale per la committenza dei servizi sanitari e socio-sanitari a livello territoriale: in altri termini, una volta definite le “Regole” di sistema a livello regionale, le ASL hanno il compito di attuarle, attraverso il ciclo di programmazione annuale a livello territoriale. Il finanziamento del SSR prevede quindi il trasferimento del fondo (FSR) direttamente alle ASL, su base capitaria e con alcuni aggiustamenti del rischio per la compensazione territoriale ed epidemiologica, che lo gestiscono attraverso le funzioni di committenza e controllo della qualità e appropriatezza dei servizi. Rispetto a questo punto è bene richiamare due aspetti fondamentali della programmazione e della governance regionale nel SSR.

Occorre considerare il rapporto gerarchico tra governo regionale e le ASL e le rispettive aree di competenza ed autonomia: nonostante gli indirizzi della L.r. 31/97 e soprattutto la DGR 14049/2003, che ha posto le linee guida per la funzione di committenza delle ASL, in capo ai dipartimenti PAC (Programmazione Acquisto e Controllo) per la parte sanitaria e ai BAC (Budget Acquisto Controllo) per la parte sociosanitaria, di fatto i margini di manovra per le ASL sono risultati in conflitto con la regolamentazione posta dalla Regione, proprio a partire dal 2003 con l'introduzione dei tetti di spesa per le aziende sanitarie e subito dopo anche per quelle socio-sanitarie. L'introduzione dei budget di struttura sulla base dello storico, per controllare la spesa sanitaria, in sinergia alla parziale chiusura del mercato a nuovi provider, avendo raggiunto la saturazione della rete di offerta rispetto ai posti letto, ha ridotto significativamente l'esercizio di committenza delle ASL, rendendolo in larga parte una funzione di controllo amministrativo e negoziazione del budget già fissato. La funzione di programmazione e governance del sistema di fatto, dal 2003 in poi è stata in capo alla regione, più che alle ASL. Questa situazione ha prodotto un sostanziale allineamento valoriale e comportamentale all'interno del sistema orchestrato da una leadership forte e da un modello di governance verticale.

Per il 2014, il FSR è stato di 17.675 milioni di Euro, di cui 1,6 milioni da destinare all'ambito sociosanitario. L'attuale rete di offerta regionale del SSR si basa sulle quindici ASL e su una rete di strutture ospedaliere e una rete articolata da oltre 2 mila strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate (Tabella 2.3). Le strutture sanitarie lombarde offrono oltre 44

mila posti letto in degenza ordinaria, secondo il parametro di 3,7 posti letto su mille abitanti, e oltre 8 mila posti letto di riabilitazione (dato 2011).

I servizi sanitari sono erogati da oltre 90 mila operatori pari al 14 per cento del totale italiano. Di questi, il 67 per cento è composto da personale sanitario: in particolare, oltre 12.800 medici ed odontoiatri, corrispondenti al 12 per cento del totale nazionale, e oltre 35 mila infermieri, pari al 13 per cento del valore complessivo a livello italiano (ultimo dato disponibile del Ministero della Salute, Direzione Risorse umane, 2010).

**Tabella 2.3 - Strutture di ricovero e cura del Servizio Sanitario Regionale. Anno 2011**

	2011
<b>Aziende ospedaliere</b>	29
<b>*Ospedali a gestione diretta</b>	1
<b>Ospedali classificati</b>	6
<b>IRCCS pubblici</b>	5
<b>IRCCS privati</b>	20
<b>Istituti e centri di riabilitazione</b>	80
<b>Case di cura private accreditate a contratto</b>	72
<b>Case di cura private accreditate non a contratto</b>	12
<b>Presidio ospedaliero di AO</b>	94
	2330

Fonte: DG Salute, Regione Lombardia (\*ASL Sondrio unica ad aver mantenuta erogazione diretta)

L'assistenza sociosanitaria è fornita da una serie di strutture pubbliche o private accreditate che erogano prestazioni di tipo sanitario ad intensità sociale: le Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) per 57000 posti letto la più consistente dotazione di PL in strutture residenziali in tutta Italia, i Centri Diurni Integrati Per Anziani – CDI (307 strutture), le Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili – RSD (89), gli hospice (34), i servizi che operano nel settore delle dipendenze (84), i consultori (82), le strutture di riabilitazione (77), escluse quelle di ricovero. La tabella 2.6. riporta il totale delle strutture accreditate distinguendone la tipologia di posti letti per funzione e quelli dedicati all'Alzheimer. Come discusso nel primo capitolo, infatti, all'interno delle RSA è in crescita il problema della gestione delle demenze, che nell'ultimo decennio sono aumentate fino al 22% su base regionale. Le stesse Regole di sistema per il 2013 riportano un capitolo dedicato alla gestione delle demenze. Da sottolineare in questo quadro di sintesi sulla rete di offerta l'investimento fatto in Regione nei posti letto in presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari (oltre 62 mila considerate tutte le tipologie

di utenze), se confrontati con le altre regioni italiane (in totale 330.898 posti letto in Italia). In particolare, risulta significativo lo sviluppo delle RSA, che sul territorio lombardo contano più di 50 mila posti letto contro i poco più di 30 mila posti letto a livello nazionale (Ministero della Salute, 2009).

**Tabella 2.6 – Strutture socio sanitarie (Anno 2013)**

	Numero di strutture	Abilitazione Esercizio - N. Posti Ordinari	Accreditamento - N. Posti Ordinari	Accreditamento - N. Posti Alzheimer	N. Posti day Hospital
RSA	690	62103	57001	2926	
CDI	307	7301	1825		
RSD	89	4057	1493		
Hospice	34	374	374		
Strutture riabilitazione	77	3104	3104		1290
Consultori	82				
Comunità per dipendenze	84	2577	2577		

Fonte: Elaborazioni Éupolis Lombardia sui dati DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, Regione Lombardia

A questa fitta rete di servizi socio sanitari si aggiungono poi 227 enti che possono erogare Assistenza Domiciliare Integrata (di cui 95 erogano anche cure palliative). L'offerta per i soggetti adulti portatori di patologie psichiatriche è articolata in 665 strutture psichiatriche: 104 CPS (Centri Psico Sociali), deputati alle attività ambulatoriali psichiatriche e psicoterapiche e al coordinamento e all'attivazione di quelle domiciliari; 107 Ambulatori; 103 Centri Diurni (CD) per le prestazioni semiresidenziali; 58 classificati come Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura (SPDC) per i ricoveri ospedalieri; 55 Comunità Riabilitative ad alta assistenza (CRA); 20 Comunità Riabilitative a media assistenza (CRM); 108 Comunità Protette ad alta assistenza (CPA); 70 Comunità Protette a media assistenza (CPM); 33 Comunità Protette a bassa protezione (CPB); 2 Centri Residenziali di Terapia e Riabilitazione Psichiatrica (CRT); 2 Residenze Sanitarie Psichiatriche (RS) e 3 Strutture Intermedie non residenziali (SINR).

Nonostante questa rete di assistenza presenti dei volumi di rilievo in complesso, anche in Lombardia, come accennato nel primo capitolo, la maggior parte dell'assistenza sociosanitaria e assistenziale è affidata alle cure informali dei familiari più prossimi e alle badanti, che in Lombardia si stimano attorno alle 126 mila unità. Questo dato concorda fortemente con il posizionamento internazionale del nostro paese, con riferimento alle strategie di cura adottate. Nel settore della non autosufficienza, ad esempio, in alcuni paesi (ad esempio il Regno Unito),

la percentuale di anziani in cura ai servizi residenziali tra il 2004 e il 2006 supera quella dei beneficiari di prestazioni di assistenza domiciliare, in altri si osserva il contrario (Germania, Francia, Svezia, Olanda). L'Italia si colloca quasi all'origine di questa matrice tra servizi residenziali e domiciliari, non avendo di fatto espresso alcun indirizzo in questo senso (Pavolini et al., 2008).

## 2.6.2. Le politiche per l'integrazione

A partire dal 2011, si è registrato un cambiamento di prospettiva nelle politiche e negli orientamenti di Regione: “dalla cura al prendersi cura” è divenuto l'indirizzo principale in tutti i documenti di programmazione, dal PSR, al Piano Sociosanitario fino alle Regole di sistema per il 2011 e successive. Tale cambiamento ha segnato l'avvio di un programma sistematico di politiche e interventi rivolti sia all'integrazione sociosanitaria che ad una strategia strutturata di presa in carico della cronicità. Alcune azioni, infatti, avevano già preso avvio negli anni precedenti, come ad esempio la modellizzazione della rete ospedaliera e la definizione di percorsi diagnostici e terapeutici per alcune patologie, ma è solo con il 2011 che si propone una visione sistemica in cui iscrivere la serie di interventi che, con una agenda cadenzata, sono stati attivati negli ultimi tre anni.

In questa sede, l'intento è quello di recuperare sia i principali indirizzi di azione programmatica introdotti a partire dal 2011, supportati dalle evidenze qui presentate nel primo capitolo, sia di offrire un panel sintetico dei diversi interventi messi in campo. Nell'economia di questo lavoro, non si darà un riscontro quantitativo dei risultati di questi interventi, anche perché alcuni di essi (i.e. CReG) sono attualmente in fase sperimentale e la discussione dei dati esigerebbe, allo stadio attuale, una lettura analitica puntuale e finalizzata.

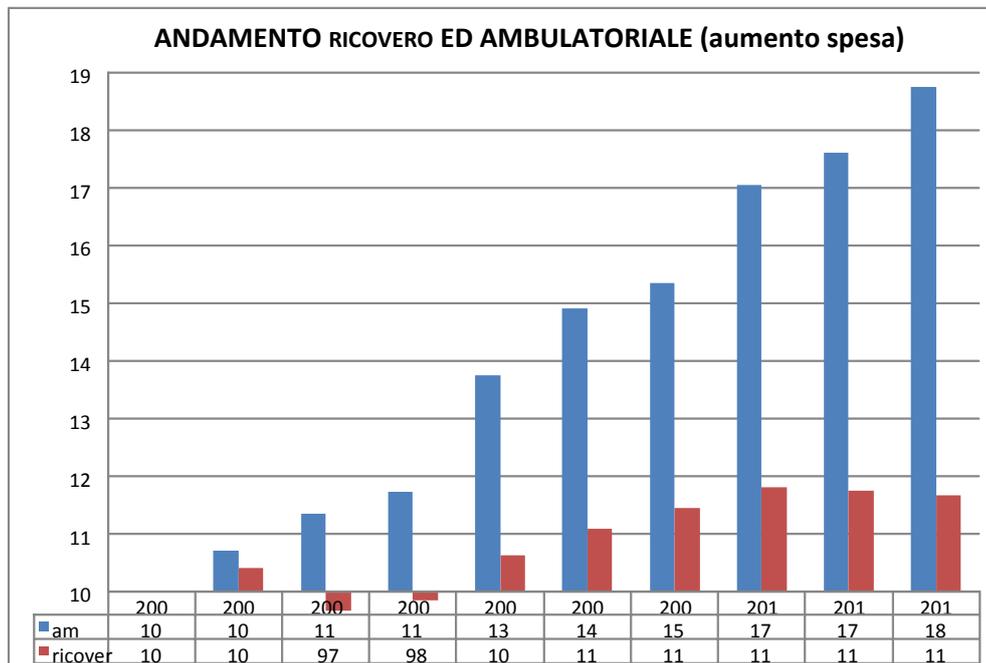
A livello di indirizzi di policy, i documenti sopra citati, così come le Regole di sistema degli anni avvenire, non da ultimo quelle per il 2014, dedicano ampio spazio ad argomentare la necessità di rivedere il SSR per orientarlo alla domanda di cura espressa, dai nuovi bisogni dettati dalla cronicità e dalle fasce più fragili, così come dalle famiglie lombarde. In particolare, l'asse della discussione sposta l'attenzione sulle modalità di presa in carico integrata della persona, che garantisca una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari. Il dato storico del SSR lombardo, infatti, restituisce un sistema sviluppato intorno all'ospedalità per acuti, una rete fatta di eccellenze, private e pubbliche, istituita a partire dal 1997 e che, raggiunta la saturazione, è rimasta negli anni il principale nodo produttivo delle cure all'interno del sistema, rendendo più complessa sia l'attivazione che la comprensione delle modalità di presa in carico continuativa sul territorio. I dati riportano delle evidenze esplicite sebbene sfidanti nella revisione del sistema:

- Dal 2003 ad oggi la numerosità di strutture di ricovero e cura e il numero di posti letti sono rimasti sostanzialmente stabili e in tendenziale diminuzione: dal tasso del 5,19 su mille abitanti del 2000 si è passati al 4,48 nel 2011 e un'ulteriore caduta a 3,8, secondo i

nuovi parametri introdotti dal cd. Decreto Balduzzi (D.L. 95/2012) nel 2012. Al contrario, si è registrato un lieve incremento nel numero di posti letto per la riabilitazione da 0,58 a 0,83 su mille abitanti, tra il 2000 e 2011 (Dati DG Salute, 2011).

- Il sistema ospedaliero ha ridotto negli ultimi quindici anni del 26% il numero dei soggetti trattati, da 1.294.000 a 958.000, nonostante l'invecchiamento della popolazione: ad aumentare piuttosto è stata la complessità dei casi trattati (indice case-mix).
- Il trattamento delle persone croniche è in larga parte rimasto legato all'assistenza ospedaliera: circa il 90-95% degli utenti ospedalieri sono cronici acutizzati (Cfr. Regole 2014).
- L'attività ambulatoriale è in costante crescita, in termini quantitativi e soprattutto rispetto all'andamento della spesa complessiva, come presentato nel grafico (figura n. 2.1) in cui si registra l'aumento della spesa tra prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Il dato in questo caso è particolarmente significativo se si considera che il 90% dell'attività di specialistica ambulatoriale, solitamente indicata come attività territoriale, è svolta in ospedale. Non solo, l'aumento della spesa in questo campo segnala anche la complessità dei controlli di appropriatezza, rispetto ai ricoveri.

**Figura 2.1.- L'andamento della spesa ambulatoriale e di ricovero dal 2003 al 2012**

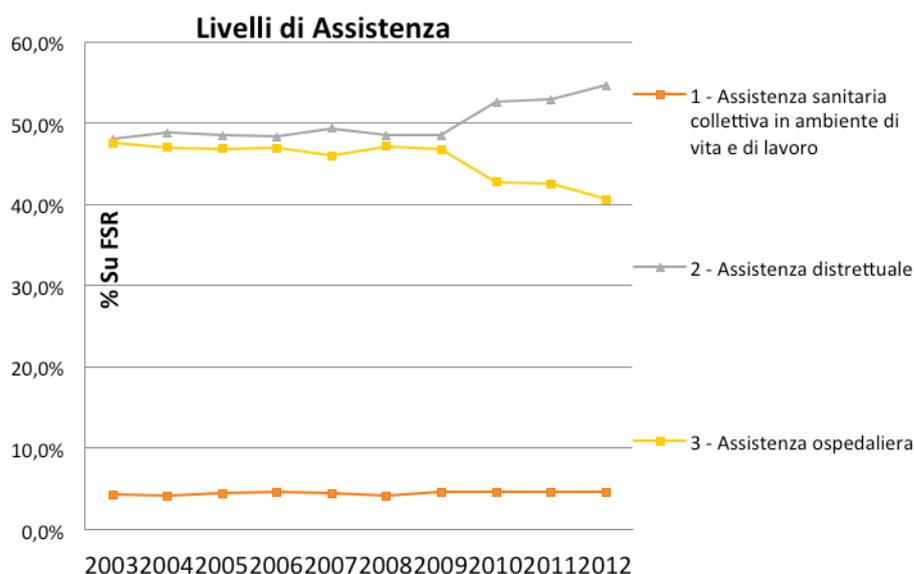


Fonte: DG Sanità, 2013

Oltre alla riduzione dei tassi di ricovero, è il tendenziale spostamento verso le attività territoriali e ambulatoriali a mostrare come sia stata la domanda ad aver influenzato negli ultimi anni una revisione del sistema: è aumentata la spesa nelle attività sociosanitarie (ADI, semiresidenzialità e residenzialità) fino a + 53% negli ultimi 10 anni. La figura n. 2.2. mostra l'andamento della

spesa, sul totale del FSR (%), in riferimento alle tre aree principali dei LEA, sanità pubblica, assistenza ospedaliera e distrettuale: in Regione Lombardia, l'andamento della spesa è rimasto costante fino al 2009, anno a partire dal quale la spesa ospedaliera è diminuita di circa 5 punti percentuali, trasferiti all'attività distrettuale.

**Figura 2.2 - Andamento della spesa (% FSR) per i LEA dal 2003 al 2012**



Fonte: DG Salute, 2013

Anche nel confronto interregionale, riportato in tabella 2.7. si evince come Regione Lombardia trasferisca in realtà più risorse al territorio di altre regioni, tradizionalmente riconosciute per la vocazione territoriale, sul modello di erogazione diretta (cfr. Emilia Romagna e Veneto).

**Tabella 2.7 - Confronto interregionale sul punteggio LEA e ripartizione della spesa tra assistenza distrettuale e ospedaliera**

Regione	Punteggio Griglia LEA	Incidenza % spesa assistenza distrettuale	Incidenza % spesa assistenza ospedaliera
Lombardia	195	54,83%	40,37%
Veneto	182	54,20%	41,78%
Emilia Romagna	213	53,87%	41,68%
Umbria	184	51,63%	43,13%
Marche	161	50,84%	45,12%
Standard		51,00%	43,50%

Fonte: Ministero Salute, Valutazione e Monitoraggio LEA 2012

In nuce, dai documenti si evince come il servizio sanitario e sociosanitario lombardo abbia dimostrato negli anni dei livelli di efficacia ed efficienza nella garanzia del servizio, ma che la domanda di cura attuale obblighi ad una revisione della rete di offerta radicale per assicurarne il governo e mantenere gli standard di qualità ed equità perseguiti. L'aumento della fragilità e della cronicità, non accompagnato da una revisione del sistema di offerta, pone, infatti, problemi di sostenibilità economica del sistema ospedale – territorio, derivante anche dall'inappropriatezza nell'accesso ai servizi, evidenziata anche dalle sperimentazioni di modelli di valutazione multidimensionale del bisogno. Il governo della cronicità e della continuità implica una rivoluzione del sistema dall'ospedalità al territorio e alle cure primarie e sociosanitarie come perno del “prendersi cura”. Governare il territorio è più complesso perché gli attori coinvolti sono molteplici e diversificati e l'azione di governo dovrà essere più incisiva e coesa. Come citato nelle Regole 2014 *“Per attuare le linee di sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario è necessaria quindi una revisione del modello di governance complessivo, che incida sui meccanismi di programmazione, finanziamento, committenza e produzione”*. In questa direzione, la revisione dell'assetto organizzativo è individuata come snodo centrale di riforma per spostare l'asse di cura dall'ospedale al territorio, secondo alcuni principi chiave: *prossimità, presa in carico e continuità delle cure*.

Se questi sono i nuovi orientamenti delle politiche di riforma del sistema sanitario e sociosanitario, è utile in questa sede richiamare sinteticamente le azioni e gli interventi messi in campo negli ultimi anni, prima e dopo il 2011. Gli interventi realizzati possono essere raggruppati in tre ambiti: integrazione del sistema informativo e sviluppo dei flussi informativi; riordino della rete ospedaliera; interventi per l'integrazione ospedale-territorio.

### **Sistema informativo**

L'assetto tecnico/organizzativo del Sistema Informativo Socio-Sanitario (SISS) è stato sviluppato verso l'integrazione con il territorio e a supporto delle cure integrate con l'introduzione della piattaforma CRS-SISS (Carta Regionale dei servizi - Sistema Informativo Socio-Sanitario). La piattaforma CRS-SISS collega sistemi centrali e di territorio abilitando la gestione di processi clinici e amministrativi trasversali rispetto agli attori della sanità e la condivisione dei sistemi informativi. Nel corso degli anni, il progetto CRS-SISS si è affermato all'interno del Sistema Sanitario Regionale tendendo all'integrazione dei diversi attori del territorio, lo sviluppo continuo di nuovi servizi e l'integrazione di servizi regionali preesistenti (es. Anagrafe Regionale NAR, Debito Informativo Telematico DIT, ecc.). L'idea alla base del modello CRS-SISS era quello di ricostruire la rete informativa intorno al paziente, la rete in cui i professionisti possono disporre e scambiare le informazioni relative al paziente e al suo determinato percorso di cura. Il sistema è stato concepito in modo tale da raccogliere tempestivamente i dati generati durante i vari percorsi del cittadino, consentendo l'attuazione tempestiva di politiche mirate di “governo” della domanda. Ogni dato raccolto mediante il SISS

ha una doppia valenza e viene qualificato sia come dato clinico sia come dato amministrativo. Lo sviluppo del progetto CRS-SISS ha sicuramente rafforzato il patrimonio informativo e la gestione infrastrutturale dei flussi conoscitivi, ma nella sua evoluzione ha subito diverse modifiche e adeguamenti con l'evoluzione della normativa nazionale. Da settembre 2013, la CRS è stata convertita nella Tessera Sanitaria (TS)-Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

Oltre al progetto CRS-SISS è in via di sviluppo anche il fascicolo sanitario elettronico e nuove iniziative sono state attivate per collegare gli attori territoriali (MMG e provider) con gli ospedali. Il vero nodo critico a livello nazionale, e non solo regionale, verso l'integrazione delle cure è ancora la costruzione di sistemi informativi clinici sui singoli assistiti e la possibilità di rendere interoperabili i diversi sistemi, tra servizi sociosanitari e sociali e sanitari, a livello locale e nazionale.

### **Riordino rete ospedaliera**

Il riordino della rete ospedaliera attiene a modificazioni che hanno impatti direttamente sull'organizzazione ospedale: la trama di servizi territoriali sociosanitari non ne è colpita in modo immediato. Negli ultimi si è proseguito in due direzioni principali. Anzitutto, l'avvio della sperimentazione e costruzione di nuovi ospedali secondo il modello per intensità di cura, seguendo la stratificazione del bisogno, ed è questo il caso di nuove sperimentazioni in realtà costruite con criteri ad alta innovazione (per es. azienda Ospedaliera "Giovanni XXIII" di Bergamo) oppure di riconversione di alcune strutture. In questo modello l'organizzazione dell'ospedale non è più articolata in reparti o unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica (neurologia, oncologia ecc.), ma è organizzata in aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e al livello di complessità assistenziale. La persona ricoverata fruisce dell'apporto di più professionisti che lo accompagneranno nelle varie fasi/livelli della cura.

Il secondo orientamento ha riguardato la modellizzazione delle reti ospedaliere per patologia e per specializzazione o intervento (per es. ROL, Rete Oncologica Lombarda, la rete per i traumi, per le emergenze). L'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi costituisce un modello gestionale in grado di favorire l'omogeneità territoriale per le attività di diagnosi e cura delle patologie caratterizzate da elevata complessità. Le reti di patologia supportano la diffusione di conoscenze tra i professionisti permettendo loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate e consentono, allo stesso tempo, al cittadino di accedere a percorsi di cura standardizzati e di qualità.

È questo un lavoro in corso e che richiede una forte strategia di committenza da parte del governo regionale e delle ASL nonché di coinvolgimento e allineamento professionale a livello micro, con i professionisti e le diverse rappresentanze scientifiche e delle categorie professionali, nonché di adesione politica delle comunità locali.

Nel primo modello un paziente è trattato in relazione all'intensità di cure che la sua patologia richiede (sia essa ortopedica, malattia rara ecc.) nel secondo modello la strutturazione a rete sulle patologie (rete nefrologica, rete oncologica ecc.) consente ad un paziente di ricevere il meglio delle cure accedendo ad un ospedale, che aderisce alla rete, e che condivide esami, diagnosi, modalità di cura appropriate, attraverso il dialogo strutturato tra specialisti che appartengono ad ospedali diversi.

I due modelli sono ovviamente diversi e rispondono in modo differente tanto ad un problema di efficientamento delle cure quanto di qualità della stessa (negli ospedali con l'eliminazione dei reparti si evitano duplicazioni organizzative permettendo un lavoro più efficiente del personale) nelle reti di patologie non si creano infiniti centri specialistici purchè vicini ai territori, è la comunicazione strutturata e la collaborazione attiva dei medici che consente al paziente di attingere al meglio delle strutture specialistiche senza eccessivi spostamenti. Gli impatti con la rete di cura territoriale sono differenti perché hanno a che fare con le modalità di raccordo tra ospedale (comunque organizzato) e networks di servizi. La crucialità della continuità di cura dipende dalle reti che si attivano tra i soggetti anche al di là delle forme organizzative interne dell'ospedale.

Sempre in area ospedaliera, la DGR IX/1479 del 30 marzo 2011 ha istituito la MAC (Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse), individuandone il contesto organizzativo e di erogazione con l'obiettivo primario di perseguire l'appropriatezza di erogazione di servizi ambulatoriali che, pur necessitando di essere garantiti in un contesto ospedaliero, possono essere effettuati in un regime di tipo ambulatoriale complesso, superando così il maggiore limite delle attività di day hospital. Queste ultime, infatti, sono condizione di operare solo in presenza di posti letto, che non sempre sono appropriati, in relazione alle opportunità cliniche ed organizzative. La DGR IX/1962 del 6 luglio 2011 ha approvato i requisiti autorizzativi della MAC ed ha stabilito che entro il 31 luglio 2011 tutte le strutture di ricovero e cura accreditate ed a contratto con il SSR che hanno accreditati dei posti letto di DH non chirurgico provvedessero ad inoltrare alla ASL l'istanza di cancellazione dall'assetto accreditato di un adeguato numero di posti di Day Hospital non chirurgico e di riclassificazione degli stessi in postazioni di macroattività ambulatoriale complessa. Questi processi di riclassificazione si sono conclusi con la cancellazione di 2.200 posti letto di day hospital. In seguito, con il supporto di società scientifiche coinvolte nelle attività di day hospital non chirurgico, sono stati definiti i previsti pacchetti di macroattività ambulatoriale complessa, la cui erogazione è ristretta al solo ambito ospedaliero e per cui è stato adottato il nomenclatore di specialistica ambulatoriale. Dal 2012, le MAC sono entrate a pieno regime e in linea tendenziale andranno a sostituire completamente l'attività di Day Hospital.

## **Strategie per la presa in carico della cronicità e assistenza socio sanitaria**

In questa terza area ricadono più interventi introdotti dal 2011, alcuni sono classificabili come strumenti di integrazione tra ospedale e territorio per rafforzare la continuità delle cure, mentre altri rientrano in una -strategia sistematica di presa in carico dei pazienti cronici e con bisogni complessi. In riferimento alla tassonomia presentata nel paragrafo 2.5, gli strumenti per la continuità della presa in carico possono quindi essere classificati come modelli di cure intermedie o di cure di transizione, che tendenzialmente identificano un intervento contingente e circoscritto nel tempo, che nel caso del paziente cronico o fragile solitamente coincidono con i momenti di acutizzazione o instabilità del decorso patologico.

### Integrazione ospedale territorio

#### Subacuti

Secondo le indicazioni delle “Regole 2011” e riprese nel 2012 (Delibera regionale n. IX/1479 del 2011) è stata avviata una prima sperimentazione nel 2011 su 1.145 posti letto per le cure sub acute, poi entrata in vigore nel 2012. Le cure subacute sono state quindi introdotte in strutture intermedie o in reparti dedicati per assistere quei pazienti che, pur non necessitando più di un’alta intensità di cura (ricovero ospedaliero), non possono ancora essere assistiti adeguatamente al proprio domicilio. Target di queste strutture sono gli anziani e i cronici per cui viene predisposto un piano di assistenza individuale (PAI) focalizzato al recupero dell’indipendenza e al rientro al domicilio: la durata della degenza in un posto sub-acuto varia da 10/15 giorni fino a 30/40 giorni.

Le cure subacute non devono essere confuse con le attività sociosanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica. La normativa, per evitare queste confusioni, ha definito esplicitamente i criteri di accesso e di arruolamento dei pazienti nonché gli standard terapeutici da garantire in sinergia alla definizione del PAI e attraverso una valutazione multidimensionale in accesso.

Nell’attivazione dei posti letto per i subacuti, le ASL hanno proposto alla DG Sanità la distribuzione territoriale delle attività subacute seguendo criteri espliciti e condivisi e negoziando con le singole strutture la trasformazione delle attività.

#### Post-acuti

Sempre nel 2012, con la DGR 3239/2012, è stata attivata dalla DG Famiglia, solidarietà sociale e volontariato la sperimentazione sociosanitaria per la creazione di posti post-acuti, che rientra nell’area C (fragilità e non autosufficienza), come percorso di integrazione tra la domiciliarità e la residenzialità. In questo caso, la sperimentazione è stata coordinata da Regione, ma il reclutamento iniziale è avvenuto su base volontaria delle diverse strutture accreditate come RSA e questo ha sicuramente rappresentato in fase sperimentale un limite rispetto alla programmazione della rete d’offerta territoriale. Anche i criteri di accesso e reclutamento sono stati meno stringenti: le cure post-acute si rivolgono a persone in quella fase

della malattia in cui l'evento acuto è stato superato, ma per cui è necessario un recupero funzionale e relazionale, per mantenere o perfezionare le proprie capacità e favorire la permanenza a casa in sicurezza. Per le cure post-acute sono previsti dei requisiti minimi da parte delle strutture proponenti, rispetto alla presenza di un'équipe integrata di professionisti tra residenzialità e domicilio (incluso il case manager e il terapista occupazionale) e l'attivazione di un PAI per la presa in carico del paziente. Le cure post-acute sono oggi entrate a regime e sempre più si caratterizzano per la vocazione riabilitativa e di reinserimento sociale e relazionale del paziente, quindi rivolgendosi alla presa in carico sociosanitaria, diversamente dalle subacute.

#### Presa in carico continuativa

In questa seconda categoria ricadono le prestazioni per la presa in carico dei pazienti cronici o con bisogni sociosanitari complessi, per cui è obiettivo della Regione a tendere avere una strategia più sistematica e coesa, in collaborazione tra le due Direzioni Generali. In particolare, si ricorda qui la riforma dell'**Assistenza Domiciliare Integrata**, avviata nel 2011, che verrà esaminata nel dettaglio nel capitolo successivo, e l'avvio, ancora in fase pilota dei **CReG** (Chronic Related Group).

Attraverso le regole per la gestione del SSR per il 2011 (DGR IX/937 del 01/12/2010), la Regione Lombardia ha introdotto i CReG quale strumento «funzionale» e di raccordo tra i soggetti coinvolti nella presa in carico del paziente cronico, trasversalmente ai livelli assistenziali – rispetto alle classificazioni presentate in 2.5. si tratta in questo caso di uno strumento di cure transitional (funzionale) per il disease management. Si tratta di un modello concettualmente basato sulla definizione di raggruppamenti isorisorse di patologie croniche, in analogia con il sistema DRG (Diagnosis Related Group) utilizzato per i ricoveri ospedalieri. Dal punto di vista organizzativo, la novità è rappresentata dall'introduzione di un soggetto «garante della presa in carico», definito anche «gestore del CReG». Secondo la normativa regionale tale soggetto può essere un MMG, una ONLUS, una Fondazione, un'AO, e un privato accreditato. Il soggetto gestore, a fronte della corresponsione di una quota predefinita di risorse, deve garantire in continuità tutti i servizi extraospedalieri necessari per una buona gestione delle patologie croniche: la prevenzione secondaria, il follow up, il monitoraggio della compliance terapeutica, la specialistica ambulatoriale, la protesica. Obiettivo dei CReG è quello di assicurare la continuità del percorso assistenziale, “mantenere la cronicità cronica” è stato l'indirizzo di presentazione di questo intervento che rappresenta una delle innovazioni più importanti, da un punto di vista gestionale e organizzativo in questo ambito. Per la sperimentazione, tuttora in corso, sono state individuate sei principali patologie: bronco pneumopatie cronico ostruttive, scompenso cardiaco, diabete di tipo I e II, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari. La sperimentazione è avviata in cinque ASL lombarde. Il riscontro più interessante nell'evoluzione del progetto è stata la graduale adesione della medicina generale a prendere in gestione il CReG, come gestore, di contro alle iniziali resistenze: questo ha avviato un processo organizzativo importante, di ridefinizione del ruolo della medicina

generale verso un suo rafforzamento all'interno delle cure primarie e in continuità al sistema sanitario e sociosanitario.

Un altro strumento di integrazione e continuità è stata l'attivazione, sempre più sistematica, di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (**PDTA**) e Riabilitativi per le diverse patologie croniche o altamente specialistiche (come SLA e patologie rare, Sclerosi Multipla, Tumore della Mammella). Per i PDTA è in atto, da tempo, la loro sistematizzazione sia all'interno delle strutture ospedaliere, sia all'interno delle reti per patologia (dove il percorso del paziente consolida l'esistenza stessa delle reti) sia, infine a livello di aziende territoriali per i percorsi che coinvolgono i diversi attori coinvolti nella presa in carico. A riprova del lungo corso sperimentale per i percorsi, si ricorda l'esperienza delle Nuove Reti Sanitarie, avviata nel PSSR 2002-2004, poi nei successivi. Le **Nuove Reti Sanitarie** (NRS) intendevano creare una cornice condivisa di riferimento per alcuni servizi sanitari sperimentali di cura domiciliare a pazienti affetti da malattie croniche o post acute. Il progetto prevedeva che le strutture autorizzate sul territorio regionale uniformassero il modello gestionale attraverso alcuni strumenti comuni, quali: protocollo comune; rendicontazione attraverso il Debito Informativo Telematico (DIT) regionale; supporto dell'ICT e della telemedicina ove necessario; tariffazione sperimentale; valutazione clinico-organizzativo-economica e di customer satisfaction. I servizi sperimentali di Nuove Reti Sanitarie sono stati avviati sul territorio regionale nel 2006 con due modelli rivolti a pazienti cardiologici, su indicazione del Piano CardioCerebroVascolare del 2005. Si tratta di percorsi che vedono l'introduzione di una gestione clinica integrata del malato, supportata da applicazioni di telemedicina, per la prevenzione delle instabilizzazioni o per la riabilitazione e la gestione al domicilio del paziente: Telesorveglianza sanitaria domiciliare per pazienti con Scenpense cardiaco cronico medio grave (PTS); Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post-cardiochirurgica (POD). Nel corso del 2010, infine, per garantire continuità ai servizi sperimentali realizzati nell'ambito del progetto Telemaco, sono stati istituiti due nuovi percorsi: Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con BPCO grave e molto grave (PTP); Teleconsulto specialistico al Medico di Medicina Generale (TCS).

Nel corso del 2008, con l'obiettivo di garantire un'assistenza non solo clinicamente adeguata, ma anche più attenta alle necessità familiari e psicologiche del paziente oncologico in fase terminale, e di ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati in reparti per acuti, si è ampliata la gamma dei servizi disponibili con l'avvio del percorso di Ospedalizzazione Domiciliare per le Cure Palliative oncologiche (ODCP).

### 3. POLITICHE DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN EMILIA ROMAGNA, LOMBARDIA, TOSCANA E VENETO

In questo capitolo viene presentata una esemplificazione di policy sociosanitaria: l'assistenza domiciliare integrata (ADI). Obiettivo di questo approfondimento è valutare nel concreto gli impatti dello scenario presentato nel secondo capitolo, ovvero come interagiscono le dimensioni normative e teoriche nel disegno e nell'implementazione dei modelli regionali sociosanitari e assistenziali. A tal fine, sono state operate due scelte di metodo:

- la selezione di un campione di regioni benchmark nel panorama nazionale, rispetto al confronto con Regione Lombardia,
- e l'individuazione di una politica sociosanitaria specifica come l'ADI.

La scelta di focalizzare l'analisi sull'ADI è determinata da una molteplicità di fattori.

In primo luogo, la priorità attribuita alle cure domiciliari nella programmazione nazionale e regionale, come ambito elettivo per la cura delle persone croniche. Questo in sinergia alla stratificazione dell'offerta per intensità di cura e all'esigenza di ridurre sia l'ospedalizzazione che l'istituzionalizzazione solo agli eventi acuti o ai soggetti particolarmente complessi e fragili.

In secondo luogo, l'ADI è caratterizzata da un lavoro di interazione tra attori, servizi, professionisti e istituzioni verso la presa in carico integrata della persona e, per questo, è un esempio paradigmatico delle prestazioni sociosanitarie, come sopra definite, a partire dall'intervento multidisciplinare su soggetti con bisogni di intensità sociale e sanitaria.

Da qui, terzo punto, anche l'articolazione delle fonti di finanziamento nel caso dell'assistenza domiciliare è un esempio focale per comprendere l'interazione tra i fondi allocati sussidiariamente dal livello nazionale, regionale e locale, nonché del ruolo delle cure informali prestate dalle famiglie e l'onere economico a carico per coprire i fabbisogni di assistenza.

Infine, la stessa organizzazione delle cure domiciliari sta attraversando una profonda revisione in sinergia a quanto sta avvenendo ad altri livelli, cure secondarie e specialistiche dei SSR: da un lato, si cerca di specializzare la tipologia di prestazione offerta al domicilio, sulla base delle specifiche condizioni clinico-patologiche (es. Assistenza Domiciliare Oncologica, ADO, Assistenza domiciliare infermieristica, SID), al fine di trasferire la cura del paziente nel setting domestico; dall'altro, si assiste a forti spinte di integrazione con il territorio, sia all'interno della rete di cure primarie, sia nelle dimensioni comunitarie (Comune, volontariato, altri attori del mondo no-profit), per migliorare la qualità dei servizi e di vita dei pazienti.

Il capitolo è strutturato in quattro paragrafi: nel primo, si definisce cosa si intende per assistenza domiciliare e quali sono gli obiettivi del servizio rispetto alla domanda; il secondo, si focalizza sul modello di ADI sviluppato in Regione Lombardia, portando attenzione sulla recente riforma; il terzo, sviluppa il confronto tra quattro modelli regionali - il modello lombardo di separazione tra enti erogatori e fornitori, il modello veneto, toscano ed emiliano romagnolo, a gestione diretta; infine, il quarto paragrafo discute i modelli e le evidenze raccolte, per trarre alcune considerazioni di sintesi sulle politiche regionali per l'ADI nello scenario più ampio degli interventi sociosanitari.

### 3.1 L'assistenza Domiciliare Integrata

L'assistenza domiciliare (AD) è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "la possibilità di fornire presso il domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione". L'AD permette al cittadino di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto familiare o di residenzialità collettiva per ricevere le cure e l'assistenza necessarie, senza dover essere ricoverato in strutture ospedaliere o residenziali; consiste in "trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana" (Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, 2006).

L'ADI è pertanto finalizzata ad assicurare alla famiglia della persona un reale supporto per:

- migliorare la qualità della vita quotidiana e allontanare nel tempo il ricorso a unità d'offerta residenziali;
  - stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
  - garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
  - prevenire/limitare il deterioramento della persona in condizione di fragilità.
- 
- L'ADI è rivolta a persone in situazione di fragilità, caratterizzate dalla presenza di:
    - una situazione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
    - una condizione di non deambulabilità e di non trasportabilità presso presidi sanitari ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni della persona;
    - una rete familiare e/o formale o informale di supporto;
    - condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza, acquisite anche a seguito di azioni necessarie per il superamento di eventuali fattori ostativi (esempio: abbattimento di barriere architettoniche).

Il d.p.c.m. 29 novembre 2001, di definizione dei LEA ha indicato esplicitamente che l'AD costituisce un livello essenziale di assistenza da garantire a tutti i cittadini. L'assistenza a domicilio è inserita nell'ambito dei LEA nelle forme di:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) compresa l'assistenza infermieristica territoriale;
- Interventi Ospedalieri a Domicilio, ossia le varie forme di ospedalizzazione domiciliare (OD) che possono essere realizzate in base ai modelli organizzativi fissati dalle regioni.

La priorità per la diffusione dell'AD è affermata in tutti i PSN approvati a partire dalla metà degli anni Novanta: PSN 1994-1996, PSN 1998-2000; PSN 2006-2008. L'attuale schema di PSN 2011-2013 ribadisce la centralità delle Cure Primarie e dei servizi territoriali, con priorità per l'assistenza domiciliare, prevedendo programmi diversificati in relazione alla tipologia e complessità dei casi; individua dieci patologie rilevanti tra cui malattie cardiovascolari, malattie oncologiche, malattie respiratorie croniche, obesità, diabete, salute mentale e 12 azioni strategiche.

Il Documento Commissione LEA del 18 ottobre 2006 *“Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”* identifica i profili di cura caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità del livello assistenziale. Vengono quindi delineate le seguenti distinzioni:

- **cure domiciliari prestazionali** costituite da prestazioni essenzialmente mono professionali occasionali o a ciclo programmato in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo, che non richiedono la “presa in carico” della persona, né la valutazione multidimensionale. Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale (MMG) o dal pediatra di libera scelta (PLS) o da altri servizi distrettuali;
- **cure domiciliari integrate**: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su più giorni settimanali e con più livelli di complessità in funzione alle differenti condizioni patologiche a cui devono rispondere. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI) e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il MMG o il PLS assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia. Queste sono articolate in:
  - cure domiciliari integrate di I livello: si rivolgono a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui cinque giorni settimanali;

- cure domiciliari integrate di II livello: con caratteristiche simili a quelle di primo livello, ma per pazienti che richiedono interventi su sei giorni settimanali;
- cure domiciliari integrate a elevata intensità di III livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui sette giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Questa tipologia assorbe le forme di OD;
- cure domiciliari palliative alle persone nella fase terminale della vita garantite nell'ambito della Rete di assistenza ai malati terminali. Essi sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta. Tali situazioni presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui sette giorni nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze e di un'adeguata formazione, di cui fa parte il MMG. Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Questa tipologia assorbe le forme di assistenza territoriale domiciliare rivolte a pazienti nella fase terminale (ADI di elevata intensità) e quelle di ospedalizzazione domiciliare cure palliative (OD-CP).

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni, sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la presa in carico della persona e la definizione del PAI sociosanitario integrato.

Le cure domiciliari sono erogate con modalità diverse, in base all'organizzazione dei servizi territoriali della Aziende Sanitarie Locali (ASL); tuttavia, sono generalmente gestite e coordinate direttamente dal Distretto sociosanitario (DSS) delle ASL in collaborazione con i Comuni.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare permane tuttavia una distinzione tra:

- **servizio di assistenza domiciliare (SAD)**, in capo ai Comuni, ha l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.);
- **assistenza domiciliare integrata (ADI)**, in capo alle ASL, consiste in prestazioni domiciliari erogate da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) competente per territorio (es. servizio di riabilitazione, servizio infermieristico, servizio medico - visite programmate, etc...).

Si tratta di una suddivisione, tuttora esistente, difficile da conciliare con i bisogni complessi delle persone. In particolare, la suddivisione fra interventi domiciliari in capo alle ASL e interventi domiciliari in capo ai comuni costituisce una criticità del sistema, fonte di duplicazione, di incongruenza e incoerenza degli interventi sanitari e sociali. La necessità di superare questa dicotomia è stata colta dai nuovi LEA (DPCM del 23 aprile 2008), poi revocati per la mancanza di copertura economica, che all'interno dei percorsi assistenziali sociosanitari integrati prevedevano l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Nello specifico delle cure domiciliari i LEA 2008 prevedevano che "il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, 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". Essi prevedevano inoltre che "le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria".

Le indicazioni sull'adeguamento del sistema di offerta del servizio cure domiciliari integrato provenienti dai nuovi LEA, ancorché non approvati, hanno informato la programmazione sanitaria e sociale delle regioni.

### **Box 2 – Il quadro normativo di riferimento per l'Assistenza Domiciliare Integrata**

Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

Costituiscono livelli essenziali delle prestazioni sociali i servizi di aiuto alla persona per favorire la permanenza a domicilio di anziani, disabili e persone con disagio psicosociale nonché iniziative per promuovere e valorizzare il sostegno domiciliare e l'integrazione sociale attraverso forme innovative di solidarietà comunitarie.

DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

Documento Commissione LEA del 18 ottobre 2006 “Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”.

Il documento propone la seguente definizione: “le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana”.

Il documento identifica i profili di cura caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità del livello assistenziale.

DM 17.12.2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza”

Istituisce il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare, gestito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Dipartimento della qualità - Direzione Generale del Sistema Informativo.

## **3.2 L'assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia**

Le politiche attuate negli ultimi anni dalla Regione Lombardia a favore della domiciliarità si sono orientate in due direzioni principali: l'istituzione dei Centri di Assistenza Domiciliare (CeAD) a fine 2009 e la riforma dell'ADI a partire dal 2011.

I CeAD sono stati introdotti con DGR 10759/2009 con l'obiettivo di:

- coordinare l'utilizzo di tutte le risorse (del fondo sanitario e delle risorse sociali) e gli interventi socio-sanitari e sociali in ambito domiciliare a favore delle persone fragili;
- fungere da filtro ed orientamento per persone anziane, disabili, non autosufficienti e per le loro famiglie;
- regolare gli accessi a servizi e prestazioni domiciliari;
- erogare le risorse disponibili in base alla gravità e all'urgenza dei bisogni, avendo a disposizione un budget sia sanitario che sociale.

Il funzionamento del CeAD come definito nella delibera prevedeva:

- l'avvio di almeno un CeAD in ogni ASL entro febbraio 2010;

- la verifica da parte del CeAD del quadro clinico e sociale della persona fragile, con la valutazione della possibilità di assisterla a domicilio o della necessità di una struttura residenziale;
- la disposizione di “pacchetti personalizzati di prestazioni” attraverso l’elaborazione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI), per la realizzazione del quale è possibile attivare sia servizi offerti dalle strutture territoriali (SAD, ADI, CDI, Associazioni Familiari) sia prestazioni economiche (voucher, buoni sociali) che presidi ed ausili sanitari;
- l’orientamento alla libera scelta dell’erogatore del servizio;
- il coordinamento con le strutture sanitarie coinvolte nella fase di diagnosi e terapia, nonché con gli interventi complementari di sostegno alla domiciliarità (es. servizi di prossimità quali il custode sociosanitario).

Il modello organizzativo specifico di ogni CeAD è stato successivamente definito a livello di distretto, tra l’ASL ed i comuni associati nell’ambito territoriale, e l’applicazione delle indicazioni regionali ha portato allo sviluppo di esperienze molto diversificate.

Dopo l’iniziale avvio per la promozione di questo modello, oggi il CeAD è sempre meno presente nella programmazione regionale: sebbene il servizio viene citato in altri documenti (ad es. il Decreto 7211 del 2 agosto 2011), è rimasta confusa la funzione e il ruolo del CeAD rispetto ai nuovi servizi o modelli operativi introdotti successivamente con la riforma dell’ADI (ad es. nuove modalità e strumenti per valutare il bisogno dei soggetti fragili, équipe valutative multidisciplinari, ecc.). Lo stato di attuazione dei CeAD, secondo le ultime fonti ufficiali disponibili (dicembre 2010), risultava comunque frammentario con significative variabilità su base locale: i CeAD istituiti erano 111, a copertura di 85 ambiti territoriali su 98; mentre 12 su 15 ASL, hanno sottoscritto accordi con i comuni capofila del distretto.

La **sperimentazione di un nuovo modello di ADI** si colloca in un più ampio percorso di riforma del welfare e trova le sue premesse in alcuni documenti di programmazione regionale:

- il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) della IX Legislatura (Deliberazione del Consiglio regionale n. 56 del 28 settembre 2010), che individua tra i suoi obiettivi la “realizzazione di politiche di welfare che spostino il baricentro dall’offerta alla domanda, diversifichino la gamma dei servizi per fornire ai soggetti fragili risposte sempre più personalizzate, razionalizzino l’uso delle risorse disponibili, superino logiche settoriali, frammentazione e duplicazione di interventi a favore di prese in carico unitarie e procedure d’accesso ai servizi semplificate”;
- il PSSR 2010-2014 annovera tra le sue priorità il “rafforzamento della capacità della rete di prendersi cura grazie ad un approccio sinergico, multidisciplinare ed integrato tra servizi e prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali”.

Con la DGR n. IX/1746 del 18 maggio 2011 “*Determinazione in ordine alla qualificazione della rete dell’assistenza domiciliare in attuazione del PSSR 2010-2014*” la Lombardia ha

avviato in sei ASL una sperimentazione, successivamente estesa nel 2012 a tutte le ASL ed ufficialmente entrata a regime, che ha introdotto una nuova modalità di valutazione multidimensionale dei bisogni dei non autosufficienti e delle loro famiglie sotto l'aspetto sanitario-funzionale e sociale e su una presa in carico globale integrata e continuativa. Questa riforma mirava anzitutto a superare la frammentarietà ed eterogeneità regionale sulle modalità di valutazione del bisogno, l'erogazione delle prestazioni, le figure professionali e i livelli organizzativi coinvolti, nonché a rimodulare la priorità attribuita ai bisogni sanitari rispetto a quelli sociali.

Il processo di accesso e di presa in carico in ADI come previsto dai nuovi atti regionali (cfr. Box 2) è strutturato in una serie di fasi successive.

### 1) Attivazione

L'attivazione del processo di ADI può avvenire attraverso le seguenti modalità, a seguito di:

- prescrizione del MMG/ PLS (ricetta rossa);
- dimissione ospedaliera/struttura riabilitativa (richiesta su ricetta rossa del medico ospedaliero/ struttura riabilitativa);
- prescrizione del medico specialista.

Negli ultimi due casi, la ASL che attiva la valutazione provvede ad informare il MMG/PLS di fiducia della persona.

### 2) Valutazione del bisogno

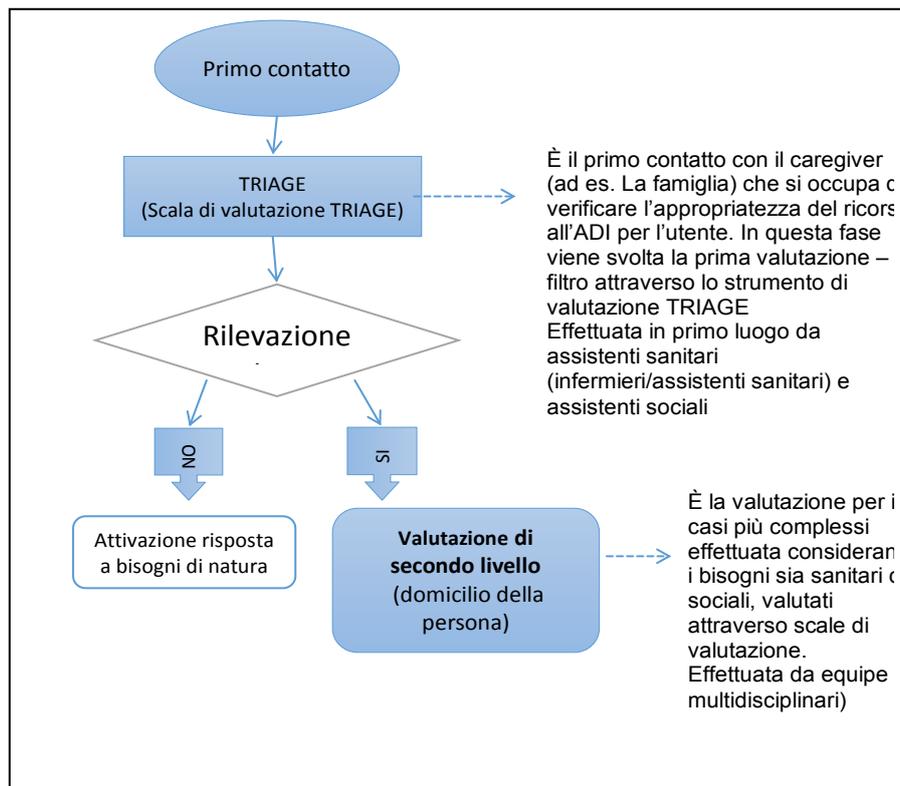
La valutazione del bisogno è strutturata su due livelli di valutazione finalizzati ad individuare l'appropriatezza del luogo di cura e del profilo di assistenza (figura 3.1):

1. Valutazione di primo livello (triage): è il primo contatto con il cittadino/ caregiver che segnala la condizione di fragilità e richiede l'attivazione della rete dei servizi. Prevede una prima valutazione delle richieste e ha l'obiettivo di selezionare il bisogno semplice, che richiede una risposta monoprofessionale di natura sociale oppure sanitaria, da quello complesso, da rinviare alla valutazione multidimensionale di secondo livello. La scala sperimentale di triage può essere somministrata da personale adeguatamente formato, i dati inseriti nel corso del triage automaticamente fanno attivare (oppure non fanno attivare) la valutazione di secondo livello. Il processo, tuttavia, essendo informatizzato e specificamente finalizzato, non consente né di soffermarsi sui dati né di renderli eventualmente disponibili agli assistenti sociali dei comuni. Attualmente il triage non è un vero filtro: chi accede all'ufficio ADI dell'ASL (che sia il CeAD, il PUA o i Punti ADI) sta già attivando il servizio.

2. Valutazione multidimensionale di secondo livello, cui accedono le persone che hanno avuto un esito positivo alla valutazione triage o quelle che hanno avuto una dimissione ospedaliera, esamina sia i bisogni sociosanitari (valutazione funzionale) sia i bisogni sociali (valutazione sociale). Quale esito della valutazione viene attribuito, in modo coerente, un profilo

adeguato a rispondere ai bisogni, viene definita la durata del PAI e il valore complessivo del voucher attribuito. La valutazione di secondo livello, gestita da una équipe multidisciplinare – Unità di Valutazione Multidisciplinare (composta da medico, infermiere ed assistente sociale) è svolta, di norma, al domicilio della persona, attraverso l'utilizzo di strumenti omogenei definiti a livello regionale.

Figura 3.1 - Sottoprocesso 1



La Valutazione di secondo livello è così articolata:

- valutazione funzionale: la valutazione dei bisogni viene svolta utilizzando una scala univoca a livello regionale. Lo strumento di valutazione individuato allo scopo è la scala FIM (Functional Independence Measure)<sup>9</sup> in un primo momento, la VAOR successivamente<sup>10</sup>

<sup>9</sup> La scala FIM è uno strumento internazionale di misura della disabilità. Essa si presenta come un questionario che associa a ciascuna voce oggetto di analisi un punteggio che varia da 1 (dipendenza completa) a 7 (autosufficienza completa). La FIM introduce uno strumento di valutazione multidimensionale da cui si ricava una valutazione "oggettiva" delle esigenze della persona e delle risorse necessarie.

<sup>10</sup> La decisione della Regione di iniziare a sperimentare uno secondo strumento valutativo nasce dal fatto che, durante le riunioni periodiche sulla sperimentazione ADI, a percorso già avviato alcuni gestori

- valutazione sociale: il sistema di valutazione della persona tiene in considerazione gli aspetti sociali quali:
  - la rete assistenziale, misurando l'organizzazione degli interventi da parte della rete sia familiare sia formale/informale di supporto;
  - l'adeguatezza della condizione abitativa e dell'ambiente di vita.

Nel modello regionale di valutazione del bisogno sono stati introdotti due fattori correttivi della valutazione che hanno impatto sui profili assistenziali:

- L'indice di sostegno della famiglia: si tiene conto, in sede di valutazione sociale, dell'impatto dei famigliari e caregiver nell'assistenza alla persona rispetto ai diversi domini funzionali. La valutazione sociale permette di individuare il reale grado di sostegno che la famiglia può offrire rispetto ai singoli bisogni della persona e di conseguenza il reale bisogno, inteso come le prestazioni cui la famiglia non riesce a far fronte e per le quali è richiesto il supporto di un soggetto esterno. La valutazione del sostegno della famiglia, pertanto, non va ad incidere sul livello di gravità (che esprime la fragilità della persona), ma contribuisce a determinarne il profilo.
- L'indice di complessità assistenziale (ICA): è basato sulla rilevazione di alcune condizioni funzionali di particolare impegno assistenziale, così da definire la corretta "pesatura" delle risorse professionali ed economiche a parità di livello di bisogno e la necessaria flessibilità delle risposte in rapporto all'evoluzione del bisogno stesso. L'ICA offre la possibilità di introdurre un "fattore correttivo" ai diversi profili di assistenza e di riconoscere il carico assistenziale aggiuntivo anche in termini economici.

Riassumendo, dalla valutazione multidimensionale del bisogno vengono determinati:

- il livello di gravità della persona ed il relativo profilo corrispondenti all'impegno assistenziale;
- la durata dell'intervento (massimo 3 mesi coerentemente con la data massima indicata per la rivalutazione del soggetto dalla normativa vigente) e il numero di accessi in caso di profilo prestazionale;
- l'eventuale urgenza;
- il valore economico complessivo del voucher.

### 3) Definizione del livello di gravità

La definizione del livello di gravità della persona è il frutto di un processo che mira a definire la fragilità della persona e il supporto ricevuto dalla famiglia per arrivare, tramite la correlazione tra questi due fattori, a definire un livello di bisogno e la relativa assistenza necessaria a soddisfare il bisogno multidimensionale individuato (profilo assistenziale).

---

di RSA hanno fatto presente che la FIM – per una serie di motivi – non è uno strumento adatto ai servizi residenziali

In funzione della valutazione ottenuta dalla persona sui diversi domini e sottodomini del modello descritto si individua il bisogno della persona attribuendo un livello di gravità complessivo.

- Livello 1: il primo livello di bisogno prevede una compromissione funzionale lieve, con un sufficiente livello di autonomia nelle ADL (attività di vita quotidiana);
- Livello 2: il secondo livello di bisogno prevede una fase caratterizzata da un andamento instabile, nel quale si alternano fasi di miglioramento con possibilità di ripristino di alcune funzioni, anche se non ottimale, a seguito di terapie farmacologiche e/o interventi riabilitativi intensivi;
- Livello 3: il terzo livello di bisogno si caratterizza per il consolidamento della gravità del quadro di compromissione globale con l'interessamento di più aree. L'aggravamento del deficit a carico della componente motoria condiziona pesantemente lo svolgimento in autonomia delle attività di base e strumentali e richiede la necessità del ricorso ad ausili;
- Livello 4: il quarto livello di bisogno può presentare un quadro di gravissima compromissione funzionale e di totale dipendenza nelle attività quotidiane, ma anche problematiche di tipo sanitario che richiedono frequenti e costanti interventi medico-specialistici ed infermieristici

#### 4) Identificazione del profilo di assistenza

Sulla base dei livelli di gravità determinati dalla valutazione del bisogno (che contemplano anche i fattori correttivi) è possibile identificare i relativi profili di assistenza, corrispondenti all'impegno assistenziale oltre che alla complessità dell'intervento richiesto, e la relativa tariffa.

In riferimento a quanto previsto dal DPCM del 14/02/2001, i livelli di assistenza vengono stabiliti tenendo conto dei seguenti parametri:

- la natura del bisogno che, mediante la valutazione dei bisogni inerenti l'area sociosanitaria, funzionale, cognitiva, affettiva nonché l'area sociale/ambientale, caratterizza l'ambito di bisogno prevalente;
- la complessità dell'intervento caratterizzata dalla composizione dei fattori produttivi impiegati (mix di risorse professionali) e dalla loro articolazione, con particolare riferimento alla tipologia delle prestazioni;
- l'intensità assistenziale stabilita in base alle fasi temporali (intensiva, estensiva e di lungoassistenza) che caratterizzano il piano assistenziale e la frequenza degli interventi previsti;
- la durata in relazione alle fasi temporali intensiva (durata breve e definita).
- la definizione dei profili si basa su un indice di intensità assistenziale, calcolato come Giornata Effettiva di Assistenza (GEA) / giornate di presa in carico. L'Intensità assistenziale è costruita sulla base di un modello teorico che correla il livello di gravità e il profilo assistenziale.

Ad ogni dominio del modello di valutazione del bisogno è attribuito un indice di intensità assistenziale teorico, valutato sulla base dei GEA settimanali previsti per rispondere al bisogno. La combinazione dei GEA teorici necessari per soddisfare il bisogno della persona, generano il profilo assistenziale da erogare. Dalla stessa valutazione, mediante la matrice dei GEA teorici, è possibile calcolare i GEA teorici per ogni dimensione di valutazione. Successivamente, combinando i GEA per ogni item di valutazione, si calcola il numero di GEA totale richiesto dalla valutazione della persona e, conseguentemente, l'intensità assistenziale ed il profilo di assistenza dell'utente.

I profili così elaborati contemplano due profili prestazionali e quattro profili assistenziali:

- profilo prestazionale corrispondente al profilo prestazionale secondo la definizione livello LEA (Assistenza Domiciliare);
- profilo prestazionale prelievi corrispondente al profilo prelievi secondo la definizione livello LEA (Assistenza Domiciliare);
- profilo assistenziale P1 corrispondente all'Assistenza domiciliare integrata di 1 livello secondo la definizione livello LEA (Assistenza Domiciliare);
- profilo assistenziale P2 corrispondente all'Assistenza domiciliare integrata di 2 livello secondo la definizione livello LEA (Assistenza Domiciliare);
- profilo assistenziale P3 – P4 corrispondente all'Assistenza domiciliare integrata di 3 livello secondo la definizione livello LEA (Assistenza Domiciliare).

## 5) Presa in carico e redazione del PAI

Il cittadino, a seguito della valutazione multidimensionale del bisogno (valutazione di 2° livello) da parte dell'UVM riceve un voucher<sup>11</sup> corrispondente al profilo assistenziale/prestazionale (figura 3.2) e ha a disposizione un elenco di soggetti accreditati per l'ADI nell'ambito dei quali operare la propria scelta per la presa in carico.

---

<sup>11</sup> Il voucher corrisponde ad una somma di denaro che viene riconosciuta alla persona fragile per ricevere le prestazioni necessarie per la sua assistenza al domicilio.

Figura 3.2 - Voucher sociosanitario per l'assistenza alle persone in ADI

 Regione Lombardia VOUCHER PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	
<b>Voucher</b>	
Id voucher	
Tipo voucher	Prima emissione/ Variazione in corso/Emissione successiva alla prima
Valore voucher	€.....
Emesso da ASL di	.....
<b>Valutazione e Profilo assistenziale</b>	
Id valutazione	
Livello utente	
Durata prevista assistenza	
Profilo assegnato	Profilo prestazionale/Profilo 1/Profilo 2/Profilo 3/Profilo 4
Profilo di provenienza	Profilo prestazionale/Profilo 1/Profilo 2/Profilo 3/Profilo 4
<b>Persona assistita destinataria del voucher ADI</b>	
Cognome	Nome
Sesso	
Codice Fiscale	
Numero Tessera Sanitaria	
Nato a	Il
Residente a	Via
CAP	Prov. N.
Domiciliato a	Via
CAP	Prov. N.
Recapito telefonico	

Il soggetto erogatore scelto prende in carico la persona e procede, dopo l'analisi dei bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale del bisogno, alla stesura del PAI e alla definizione degli obiettivi di assistenza. Il PAI definito deve essere coerente con quanto emerso in sede di valutazione del bisogno, in modo da garantire che, in fase di erogazione dell'assistenza, vengano messe a disposizione, dell'assistito e della sua famiglia, tutte le competenze professionali necessarie e per tutto il periodo previsto.

In caso di dimissioni ospedaliere con richiesta urgente di attivazione di ADI da parte del medico ospedaliero, il cittadino o suo familiare si reca presso l'ASL per l'attivazione del contatto, il cittadino sceglie l'Ente Erogatore il quale predispose un PAI di emergenza di 15 giorni, di tipo prestazionale. Entro i 15 giorni l'ASL effettua la valutazione di secondo livello e il processo riparte come previsto dal modello standard.

## 6) Gestione del progetto assistenziale

La gestione del progetto assistenziale si concretizza con l'avvio del PAI. Le attività previste nel PAI devono essere riportate nel Diario delle prestazioni. Se durante la realizzazione del PAI

emergono variazioni nelle condizioni della persona assistita (es. la persona si aggrava o la famiglia richiede un maggiore sostegno), viene effettuata la rivalutazione, alla luce delle variazioni rilevate nelle condizioni della persona assistita o della sua famiglia. La rivalutazione può comportare il rinnovo del medesimo profilo, l'attribuzione di un profilo diverso e l'assegnazione di un nuovo voucher da parte dell'ASL. In tal caso, l'ente erogatore deve predisporre un nuovo PAI, previa chiusura e richiesta di liquidazione del PAI in corso.

Nel caso in cui nessuna variazione intervenga in corso di esecuzione del PAI, al termine dei 90 giorni se la persona necessita di una prosecuzione dell'intervento, questa sarà rivalutata. Se invece nessuna assistenza è più necessaria allora la persona sarà dimessa. Le rivalutazioni sono effettuate dall'UVM dell'ASL.

## 7) Dimissione

Per dimissione si intende la chiusura della pratica e quindi del ricovero domiciliare per i motivi previsti dal tracciato SIAD:

- decesso dell'assistito: in tal caso la data di dimissione coincide con la data del decesso;
- ricovero ospedaliero superiore a 15 giorni: in tal caso la data di dimissione coincide con il giorno del ricovero ospedaliero;
- termine del PAI.

In caso di sospensione del PAI superiore a 15 giorni questo deve essere chiuso. L'eventuale ripresa in carico del medesimo assistito nel corso dell'anno ad opera dello stesso erogatore deve essere intesa come nuovo ricovero domiciliare e quindi ad esso deve essere attribuito un nuovo numero di pratica. In questo caso, dovrà essere ripercorso tutto l'iter, partendo dalla valutazione del bisogno, fino all'attribuzione del profilo e del voucher.

## Elementi di innovazione

Il nuovo modello di erogazione dell'ADI in Lombardia si poggia sui seguenti elementi di innovazione.

- Una nuova relazione tra ASL ed enti erogatori: con la DGR 3540/2012 viene introdotto l'accreditamento regionale degli enti erogatori di ADI; l'ASL dopo aver delegato nella vecchia gestione ADI/voucher agli enti pattanti la valutazione e la pianificazione delle prestazioni, riassume un ruolo di valutatore, di creatore di profili e di coordinamento delle cure domiciliari, lasciando all'erogatore la definizione del PAI (comunque vincolato dal dato economico).
- L'individuazione di un nuovo modello per la valutazione multidimensionale del bisogno omogeneo e uniforme per tutta la regione (VAOR): le ASL hanno la responsabilità di attivare équipe multiprofessionali (EVM) per la valutazione di secondo livello, nella cui composizione ottimale rientrano medico, infermiere e assistente sociale, tuttavia, nella

maggioranza dei casi la valutazione è effettuata esclusivamente dall'infermiere dell'ASL mentre la figura dell'assistente sociale non è quasi mai presente. Dove ciò si verifica, è stato solo perché la situazione specifica lo impone, mentre il coinvolgimento regolare e generalizzato degli AA. SS. comunali di fatto non ha avuto seguito.

- L'individuazione di nuovi profili assistenziali ADI.
- La definizione di nuove tariffe (DGR 3851 del 25/7/2012): la remunerazione degli enti erogatori avviene in base ai profili valutati dall'ASL non più a budget e con una remunerazione in base al numero di giornate di effettiva assistenza (GEA)<sup>12</sup> e non in base al numero di accessi al domicilio.
- L'assegnazione alla persona fragile avente diritto di un voucher che le permetta di ricevere le prestazioni necessarie per la sua assistenza al domicilio.
- L'attività di monitoraggio in capo alla ASL.

### Box 3 – Il percorso normativo di riforma

d.c.r. 28 settembre 2010, n.56 *“Programma Regionale di Sviluppo della IX legislatura”* (PRS)

d.c.r. 17 novembre 2010, n.88 *“Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”* (PSSR)

DGR n. 9/937 del 2010 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2011”*

DGR 1746 del 2011 *“Determinazioni in ordine alla qualificazione della rete dell'assistenza domiciliare in attuazione del PSSR 2010 -2014”*

DGR 2633 del 2011 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012”*

DGR 3540 del 30/05/2012 *“Determinazione in materia di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo”*

DGR 3541 del 30/05/2012 *“Determinazione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accREDITAMENTO dell'assistenza domiciliare integrata”*

DGR 3584 del 6/06/2012 *“Determinazione in ordine all'allegato A) alla DGR 354 del 30/05/2012: definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accREDITAMENTO dell'assistenza domiciliare integrata”*

Decreto 6032 del 06/07/2012 *“Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l'assistenza domiciliare integrata”*

DGR 3851 del 25/07/2012 *“Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)”*

<sup>12</sup> GEA indica le giornate di effettiva assistenza in cui si reca presso il domicilio del paziente almeno un professionista sanitario.

### 3.3 I modelli organizzativi dell'ADI a livello regionale

Ogni Regione ha una propria normativa sulle cure domiciliari. Il progetto Mattoni<sup>13</sup> n. 13 del SSN (SSN) “Assistenza primaria e prestazioni domiciliari” ha individuato alcuni elementi comuni alle varie regioni per quanto riguarda il percorso di presa in carico dei pazienti in ADI.

Stando a tale ricognizione gli elementi costitutivi della presa in carico risultano:

- **Segnalazione-Accettazione:** la segnalazione può avvenire da parte del MMG, medico ospedaliero, diretto interessato, dei servizi sociali del comune, familiari o supporti informali, come i volontari. A livello distrettuale vengono raccolte attraverso la costituzione di un PUA (Porta Unica di Accesso) ed analizzate le richieste ed eventualmente integrate (con segnalazione al MMG se la richiesta proviene da altra fonte), viene poi effettuata l'accettazione delle domande con attivazione diretta del servizio per richieste di cure prestazionali o, se il caso è complesso, con attivazione della UVM. Questa fase, che sembra semplice, risulta molto importante per la “riconoscibilità” del servizio per il cittadino e per facilitare i rapporti con i diversi operatori coinvolti.
- **Valutazione multidimensionale del bisogno:** la UVM (la cui composizione varia in relazione al bisogno) effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno sanitario e sociale; l'attività può essere effettuata con visita domiciliare o in ospedale. Il primo output del processo è l'ammissione o meno al servizio.
- **Presa in carico e definizione del piano assistenziale:** l'UVM definisce gli obiettivi di cura e predispose il piano individuale di assistenza orientato per problemi assistenziali. Individua, in genere tra gli stessi componenti dell'équipe, il responsabile del caso (case manager), che, in stretta collaborazione con il MMG, coordina gli interventi e verifica l'andamento del piano assistenziale.
- **Svolgimento delle attività:** al domicilio dell'utente viene compilata una apposita documentazione, la “cartella assistenza domiciliare”, che costituisce uno strumento importante di comunicazione tra gli attori “curanti”, con i dati anagrafici e i dati sanitari compilati dai professionisti nei diversi accessi. Per cure di alta intensità, dove sono molto frequenti le variazioni delle condizioni cliniche del malato e/o della situazione familiare, possono essere utilizzati data set informatizzati e trasmessi ad una centrale operativa.
- **Dimissione:** la conclusione del servizio può avvenire per raggiungimento dell'obiettivo prefissato nel Piano assistenziale; per peggioramento delle condizioni cliniche con ricovero ospedaliero; per l'inserimento in altro programma assistenziale (ad esempio controllo ambulatoriale o servizio semiresidenziale o residenziale); per decesso del paziente.

Nonostante queste similitudini regionali sul fronte dell'organizzazione dell'ADI, persistono diverse eterogeneità tra i modelli in ragione di:

---

<sup>13</sup> Progetto Mattoni, Ministero della Salute

- diversità nella regolamentazione tra Regioni, ASL, Centri distrettuali rispetto alle tipologie, modalità di accesso; percorso dell'assistenza domiciliare; la definizione del modello organizzativo per l'erogazione delle prestazioni; gli strumenti di valutazione per la presa in carico del paziente;
- disomogeneità territoriali sia in termini di qualità che di quantità delle prestazioni rese;
- rischio di inappropriately nell'erogazione delle cure, privilegiando prestazioni occasionali o cicliche programmate rispetto all'ADI con presa in carico della persona.

A livello ministeriale vengono utilizzati alcuni indicatori per: monitorare l'andamento dell'assistenza sociosanitaria (e nello specifico dell'ADI), sintetizzare l'offerta delle singole regioni e verificare l'effettiva capacità delle regioni di garantire i LEA. Vengono inoltre raccolte delle informazioni relative alla capacità dei SSR di adottare alcuni comportamenti organizzativi considerati virtuosi dalla programmazione sanitaria. Dai risultati delle verifiche sull'anno 2011<sup>14</sup>, resi disponibili a fine 2013, sull'erogazione dell'ADI e riassunti nella Tabella 3.1, nelle regioni qui adottate come benchmark (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto) è prevalsa una situazione di adempienza sull'ADI, su valori omogenei di risultato<sup>15</sup>.

Tra i fattori monitorati, in particolare, si trova lo sviluppo della valutazione multidimensionale dei disabili e delle procedure di presa in carico unificata: a tal proposito Lombardia, Veneto, Toscana hanno ottenuto il punteggio massimo (20 punti), mentre l'Emilia Romagna si trova, invece, in una posizione intermedia. Un altro elemento oggetto di valutazione è il corretto riparto degli oneri dell'assistenza sociosanitaria tra ASL e comuni/utenti (il rispetto delle percentuali previste del d.p.c.m. 14/2/2001 e del Decreto 29/11/2001): sotto questo profilo nel 2011 ottengono punteggio pieno (25 punti) Veneto, Emilia e Toscana; la Lombardia è considerata adempiente ottenendo 20 punti. Infine, nessuna regione qui oggetto di analisi ha ottenuto un punto aggiuntivo per quanto riguarda la coerenza dei dati forniti nel Questionario 2011 con la griglia LEA (indicatore su % anziani > 65 aa).

Per ogni contesto vale la necessità di collaborare, in un lavoro di rete reale e non solo formale, che permetta la vera integrazione tra i diversi attori secondo logiche di lavoro collaborative.

Di seguito (Tabella 3.1 e 3.2) si analizzano quattro casi studio di organizzazione dell'ADI. I quattro modelli sono stati analizzati a partire da quattro cluster di analisi tratti da un modello di

<sup>14</sup> Verifiche d'empimenti LEA 2011, Ministero della salute

<sup>15</sup> La Regione si considera inadempiente se non raggiunge il punteggio totale di 70/82 e, comunque, se non raggiunge i seguenti punteggi nelle tre sezioni:

- Valutazione multidimensionale: 15 punti
- Ripartizione degli oneri: 20 punti
- Tabelle: 27 punti.

analisi dell'integrazione presente in letteratura<sup>16</sup> e adattato al caso specifico di analisi. I clusters analizzano i seguenti aspetti:

- Integrazione istituzionale: sono state analizzate le collaborazioni esistenti fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute e che sottoscrivono convenzioni e accordi di programma.
  - In Emilia-Romagna l'integrazione è molto elevata avendo anche individuato un servizio (Servizio Assistenza Anziani) che integra le prestazioni sanitarie dell'Azienda Ausl e quelle sociali dei comuni.
  - In Lombardia l'integrazione si attua prevalentemente dentro le Asl, mentre è più debole di coordinamento con i comuni, ma esiste un cammino condiviso.
  - In Toscana l'integrazione si realizza soprattutto sulle singole prestazioni.
  - In Veneto il coordinamento dei servizi avviene attraverso uno sportello in rete che collega le attività dei distretti a quelle comunali.
  
- Integrazione organizzativa: sono stati presi in considerazione i processi di integrazione tra diverse funzioni, ruoli e comunità.
  - In Emilia-Romagna si accede al servizio tramite un punto unico, (PUA) più attori partecipano l'attivazione della richiesta, la valutazione è realizzata da un team multiprofessionale, il piano di assistenza è realizzato dall'UVM del distretto ed è previsto un care manager, l'erogazione delle cure è centralizzato dal servizio NOAD.
  - In Lombardia i punti di accesso al servizio sono molteplici, più attori possono fare richiesta di attivazione, l'unità di valutazione è multiprofessionale, la definizione del piano di assistenza avviene da parte dell'erogatore che è scelto dal paziente, l'Asl coordina le cure che sono erogate da soggetti accreditati a livello regionale.
  - In Toscana l'accesso all'ADI avviene attraverso canali molteplici, come per le altre regioni diversi sono i soggetti che possono chiedere l'attivazione del servizio, l'unità di valutazione è multidisciplinare che è quella che stende il piano assistenziale ha inoltre il coordinamento delle cure attivate. Gli erogatori sono gli operatori del distretto.
  - In Veneto l'accesso al servizio avviene attraverso punti diversi, più attori possono chiedere l'attivazione del servizio, la valutazione è in capo a un team multi professionale, mentre l'UVM del distretto progetta il piano assistenziale ed ha in capo il coordinamento delle cure. L'erogazione del servizio avviene tramite operatori del distretto.
  
- Integrazione funzionale: sono state analizzate le attività e le funzioni di supporto all'interno della struttura e come queste sono usate in maniera coordinata tra unità operative diverse (es. pratiche comuni, strumenti comuni, sistemi informatici ecc.)

---

<sup>16</sup> Goodwin N., Sonola L., Thiel V. e Kodner D. (2013). *Coordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success*. The King's Fund

- In Emilia-Romagna Lombardia e Veneto sono state previste modalità di valutazione attraverso scale testate comuni.
- In Toscana non è stato previsto uno strumento di valutazione omogeneo.
- Integrazione professionale: è stata analizzata la presenza di unità valutative integrate, linee guida per orientare il lavoro interprofessionale, la definizione di precise responsabilità all'interno del gruppo di lavoro, la collaborazione tra più comunità professionali all'interno dello stesso servizio o tra servizi diversi.
  - In Emilia-Romagna e Toscana sono previste equipe multidisciplinari attive a livello di distretto.
  - In Lombardia l'equipe è a livello di singola Asl.
  - In Veneto l'equipe è a livello di distretto ma è presenta anche un'assistente sociale dei comuni.

L'analisi che si compie è circa il modello normato dalle diverse regioni sono indicati in sintesi i pilastri istituzionali e organizzativi sui quali si basano i diversi modelli di ADI regionali. Tuttavia la comparazione regionale, su questo come su altri temi di natura sociosanitaria ed ancor più sociale, sono molto difficili a livello di evidenze di efficienza ed efficacia. Solo un'indagine ad hoc, oggi, potrebbe dare il confronto reale dei diversi modelli di welfare integrato e i suoi gradi di risposta al bisogno e costo effettivo.

**Tabella 3.1 - Assistenza domiciliare**

	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Veneto
<b>Assistenza domiciliare</b>	ADEMPIENTE	ADEMPIENTE	ADEMPIENTE	ADEMPIENTE
<b>Valutazione Multidimensionale dei disabili, adozione di procedure unificate di presa in carico del disabile (max20 punti)</b>	15	20	20	20
<b>Ripartizione degli oneri (fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza) (25 punti max)</b>	25	20	25	25
<b>Tabelle (Completezza e congruità dei dati forniti dalle tabelle riportate nel Questionario 2011) (36 punti max)</b>	33	35	30	33
<b>Coerenza dei dati forniti nel Questionario 2011 con la griglia LEA (indicatore su % anziani &gt; 65 aa) (max 1 punto)</b>	0	0	0	0
<b>Punteggio totale</b>	73	75	75	78

Fonte: verifica adempimenti LEA, 2011, Ministero della salute

**Tabella 3.2** - Una comparazione di quattro modelli organizzativi di ADI

	<b>Emilia Romagna</b>	<b>Lombardia</b>	<b>Toscana</b>	<b>Veneto</b>
<b>Modalità organizzative</b>	<i>ADI a gestione diretta ASL (Distretto)</i>	<i>Esternalizzazione servizio</i>	<i>ADI a gestione diretta ASL (Distretto)</i>	<i>ADI a gestione diretta ASL (Distretto)</i>
<b>Sviluppo servizio (% anziani in ADI - 2011)</b>	10,62	4,14	2,36	5,44
<b>Finanziamento - incidenza della spesa dei comuni per l'ADI sociosanitaria rispetto al totale della spesa per la domiciliarità dei comuni nell'area anziani, (valori percentuali, 2009)</b>	24,70	1,80	44,50	46,40

	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Veneto
<b>Integrazione istituzionale</b>				
<b>Documenti programmazione</b>	Piano sociale e sanitario regionale 2013-2014	Piano sociosanitario regionale 2010-2014	Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015	Piano sociosanitario regionale 2012-2014
<b>Integrazione tra servizi sanitari e sociali</b>	<p>Elevata integrazione tra servizi sanitari e sociali. Assicurata l'interazione dell'assistenza sociale erogata dai comuni e dell'assistenza sanitaria erogata dalle Aziende USL (Servizio Assistenza Anziani). Il Servizio Assistenza Anziani, servizio unico per il coordinamento e l'integrazione nell'ambito distrettuale dell'assistenza sanitaria e socio assistenziale a favore delle persone anziane, è strumento dei Comuni e delle Aziende USL sottoscrittori dell'Accordo di programma ex art. 14 LR 5/94.</p>	<p>Integrazione orizzontale interna all'ASL (team multiprofessionale), ma poca integrazione tra servizi sociali e sanitari.</p> <p>L'interazione tra ASL e Comuni avviene secondo quattro tipologie ricorrenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nessuna collaborazione,</li> <li>• collaborazione dal basso determinata dai buoni rapporti pre esistenti tra ASL e Comuni,</li> <li>• collaborazione burocratica-condizionata</li> <li>• collaborazione possibile</li> </ul>	<p>Integrazione prestazioni sociali e sanitarie rispettivamente di competenza dei comuni e delle aziende sanitarie individuando gli strumenti e gli atti necessari per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio sanitari</p>	<p>Integrazione tra distretto socio sanitario e i servizi dei comuni attraverso lo sportello integrato collegato in rete. Lo sportello integrato fornisce ai richiedenti completa informazione sul servizio di assistenza domiciliare integrata, sulle sue finalità, sulla sua organizzazione, sulle sue reali possibilità di soddisfare le aspettative del richiedente nonché sulle disposizioni relative all'eventuale contribuzione da versare, da parte dell'utente, per le varie prestazioni</p> <p>I servizi offerti dall'ADi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- servizi sociali – competenza dei comuni;</li> <li>prestazioni infermieristiche – competenza AULSS</li> <li>prestazioni di medicina generale e di medicina specialistica – competenza Azienda ULSS</li> <li>prestazioni riabilitative – competenza Azienda ULSS</li> </ul>

	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Veneto
<b>Integrazione funzionale</b>				
<b>Strumenti di valutazione omogenei a livello regionale</b>	Griglie omogenee e standardizzate previste da delibera regionale	È stato introdotto uno strumento omogeneo di valutazione, FIM / VAOR	Non è stato adottato un unico strumento di valutazione multidimensionale, la scelta è operata dagli stessi componenti dell'equipe.	Sono state introdotte la SVAMA (Scheda di valutazione multidimensionale dell'adulto anziano) e/o la SVAM.Di. (scheda di valutazione multidimensionale della persona con disabilità)
<b>Sistema di monitoraggio</b>	Si - Flusso Repetto SI-ADI Software denominato GIADI (gestione informativa assistenza domiciliare integrata)	Si - Flusso SIAD	Si - Flusso SIAD	Si - Flusso SIAD

	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Veneto
<b>Integrazione professionale</b>				
<b>Equipe interdisciplinari</b>	Team multiprofessionale interno al distretto	Team multiprofessionale interno all'ASL	Team multiprofessionale interno al distretto	Team multi professionale interno al distretto con la compartecipazione di personale afferente ai Comuni (Assistente sociale, operatore socio sanitario, altro personale)

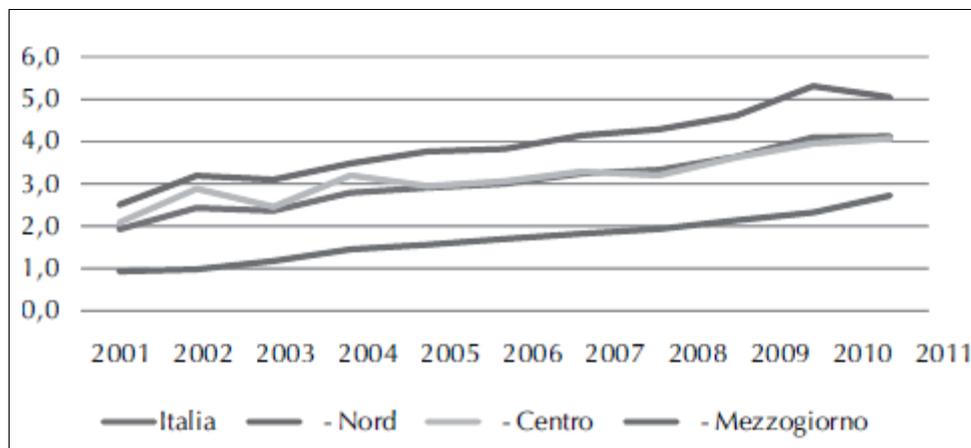
	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Veneto
<b>Integrazione dei servizi</b>				
<b>Punto di accesso ADI</b>	Punto Unico di Accesso (PUA) alle cure territoriali che costituisce, allo stesso tempo, porta di accesso privilegiata alle cure territoriali, luogo di governo complessivo della rete dei servizi della domiciliarità e della residenzialità e luogo di incontro della mediazione tra domanda e offerta dei servizi socio-sanitari. Il PUA è composto da equipe infermieristica, assistente sociale, personale di segreteria	Molteplici CeAD PUA Sportello sociale	Molteplici Punto insieme PUA Presidio ospedaliero (inoltre la richiesta al PUA)	Molteplici Sportello integrato del Distretto sociosanitario dell'AULSS
<b>Attivazione richiesta ADI</b>	Più attori (MMG, Medico ospedaliero, cittadino)	Più attori (MMG, Medico ospedaliero, assistente sociale, cittadino)	Più attori (MMG, medico ospedaliero, cittadino)	Più attori (MMG, assistente sociale, cittadino, operatore sociosanitario)
<b>Valutazione</b>	Unità di valutazione Multidimensionale, composta da un team multiprofessionale	Unità di valutazione multidimensionale, team multiprofessionale (medico, infermiere, assistente sociale). Spesso la valutazione a domicilio è effettuata solamente dall'infermiere e la partecipazione dell'assistente sociale del comune avviene in casi limitati	Unità di valutazione multidimensionale e multiprofessionale	Team multiprofessionale, composto da Responsabile Unità valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD), MMG, assistente sociale del comune
<b>Definizione Piano Assistenziale Individuale (PAI)</b>	Avviene da parte dell'UVM del Distretto	Avviene da parte dell'ente erogatore scelto dal paziente	Avviene da parte dell'UVM del Distretto	Avviene da parte dell'UVM del Distretto

	<b>Emilia Romagna</b>	<b>Lombardia</b>	<b>Toscana</b>	<b>Veneto</b>
<b>Coordinamento cure</b>	Care manager - Responsabile organizzativo dell'assistenza domiciliare (ROAD) interno al Distretto.	ASL - ente erogatore	UVM	UVM
<b>Erogazione</b>	NOAD - Nucleo operativo assistenza domiciliare del Distretto, quale punto di aggregazione e coordinamento di tutte le figure professionali infermieristiche e punto di riferimento per le altre figure (educatori, terapisti riabilitazione, ecc)	Enti erogatori accreditati a livello regionale	Operatori sociosanitari del Distretto	Operatori sociosanitari del distretto
<b>Verifiche erogazione PAI</b>	UVM	UVM	UVM	UVM

### 3.4 Un confronto tra regioni sulla base dei dati disponibili

L'ADI è un servizio che nell'ultimo decennio ha visto logicamente aumentare la quota di utenza raggiunta. La situazione di partenza era diversa tra le varie aree del Paese, ma gradualmente tutte le regioni hanno aumentato la copertura del servizio (Figura 3.3).

**Figura 3.3** - Quota di anziani presa in carico dall'ADI



Fonte : INRCA (2009) elaborazioni su dati Mef-Dps-Obiettivi di servizio.

Secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'ISTAT (2013a) (tabella 3.3, figura 3.4), i servizi ADI per anziani<sup>17</sup> nel periodo tra il 2005 e il 2011 sono cresciuti sensibilmente in Emilia-Romagna (+5,2 per cento), mentre nelle altre regioni si sono registrati incrementi più lievi della copertura del servizio. L'Emilia-Romagna inoltre è anche la regione che ha visto diminuire il tasso di copertura dell'ADI tra il 2010 e il 2011 (-1 per cento) come probabile reazione alla percentuale troppo elevata di utenti raggiunta negli anni immediatamente precedenti. A livello nazionale si assiste invece ad una stabilizzazione del livello di copertura tra il 2010 e il 2011, contrariamente ai trend di continua crescita registrati negli anni precedenti<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Non sono disponibili dati secondo la classificazione di Cure Domiciliari della Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza, che distingue tra servizi di Cure Domiciliari (CD) a carattere sanitario prestazionali, integrate di primo, secondo e terzo livello, e Cure Palliative per malati terminali (Ministero della salute, 2006).

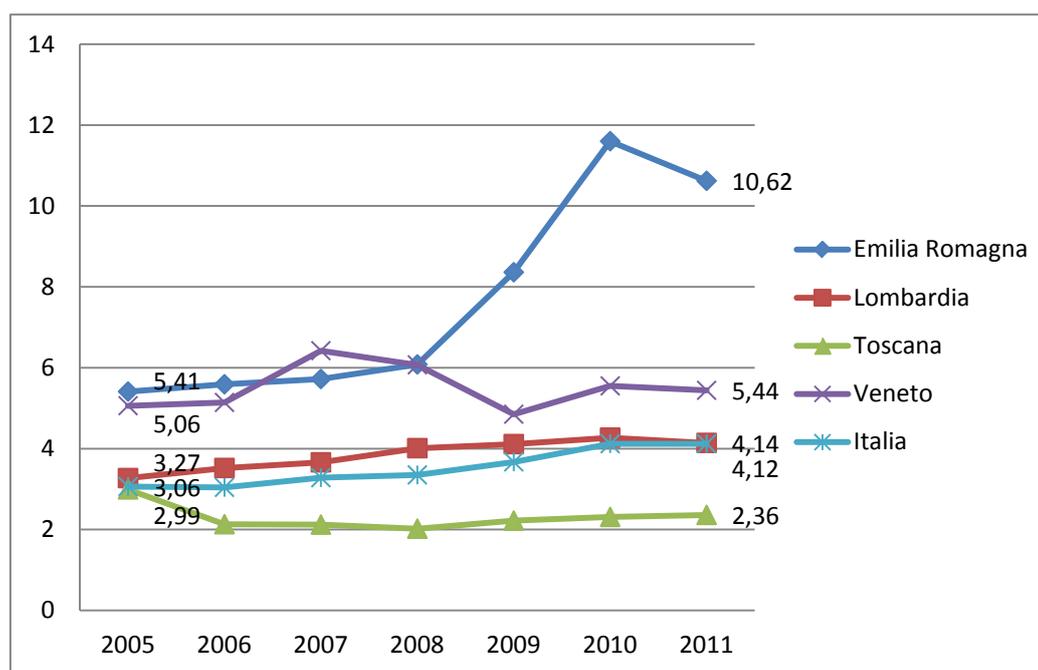
<sup>18</sup> INRCA (2009).

**Tabella 3.3** – Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata in Italia (% sulla popolazione anziana) e intensità

Regione	2005	2008	2010	2011	Δ 2005-2011	Δ 2010 - 2011	Ore anno ADI per utente anziano (2010)
Emilia Romagna	5,4	6,1	11,6	10,6	+5,2	-1,0	20
Lombardia	3,2	4,0	4,3	4,1	+0,9	-0,2	19
Toscana	2,1	2,0	2,3	2,4	+0,3	+0,1	22
Veneto	5	6	5,5	5,4	+0,4	-0,1	10
Italia	2,9	3,3	4,1	4,1	+1,2	=	20

Fonte: elaborazioni Éupolis Lombardia su dati Istat (2013a) e Ministero della salute (2013)

**Figura 3.4** – Percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana ≥65 anni per Regione (Anni 2005 – 2011)



Fonte : elaborazioni Éupolis Lombardia su dati Ministero della Salute, Modello FLS21 - quadro H; Casi anziani trattati in ADI; Rete di assistenza: Corrispondenze ASL-Comuni; Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio 2011 di età superiore o uguale a 65 anni

In termini di ore annuali di assistenza fornita<sup>19</sup>, le regioni analizzate rientrano in un range tra 16 e 26 ore annuali, vicine alla media nazionale di 20 ore, eccetto il Veneto, dove vengono

<sup>19</sup> Le ore di assistenza sommano le prestazioni di infermieri, terapisti della riabilitazione e altri operatori.

erogate solo 10 ore di assistenza (Ministero della salute, 2013). Si tratta di un'intensità del servizio in generale molto bassa se confrontata con altri Paesi europei.

I dati relativi al numero di ore erogate ai singoli utenti tratteggiano anche un servizio che nel corso del tempo ha visto ridurre il numero di ore erogate (dalle 27 ore del 2001 alle 22 del 2010) (tabella 3.4); nonostante la recente stabilizzazione di tale trend, le cure domiciliari continuano ad offrire un supporto di scarsa intensità per i singoli, una questione che interessa in particolar modo l'utenza anziana, che mediamente riceve 20 ore di assistenza per caso all'anno. Lo sviluppo dell'ADI, quindi, è consistito nell'aumento della quota di utenza servita accompagnato dalla riduzione dell'intensità (si è preferito raggiungere una platea più ampia, con un servizio concentrato prevalentemente su alcune prestazioni a bassa intensità).

Di fatto si è verificato un progressivo adeguamento alla aumentata platea di utenti che sottende le già citate modificazioni dei quadri epidemiologici e socio demografici

**Tabella 3.4 - ADI sociosanitaria: numero di ore per caso (2001-2010)**

	2001	2005	2005	2007	2009	2010
<b>Totale utenza</b>	27	25	23	22	21	22
<b>Utenza 65+</b>	nd.	nd.	nd.	19	19	20

Fonte: *Annuario Statistico SSN.*

Note: *n.d. – non disponibile*

Sull'altro versante dell'assistenza domiciliare, quello relativo ai servizi erogati dai comuni nel territorio, il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) si configura come il principale intervento a favore degli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana (le cd. IADL). Sulla base dei risultati dell'indagine su *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni* dell'ISTAT (Istat, 2013c), anche in questo settore le regioni italiane sembrano comportarsi in modo differente (Tabella 3.5).

**Tabella 3.5 - Copertura e intensità dei servizi di assistenza domiciliare in Italia – SAD (anno 2010)**

Regioni	Indicatore di presa in carico degli utenti anziani (per 100 persone anziane)	Spesa media per utente anziano
<b>Emilia Romagna</b>	1,4	1.822
<b>Lombardia</b>	1,7	1.826
<b>Toscana</b>	0,8	2.842
<b>Veneto</b>	1,4	1.628
<b>Italia</b>	1,4	2.014

Fonte: *elaborazioni Éupolis Lombardia su dati ISTAT (2013c).*

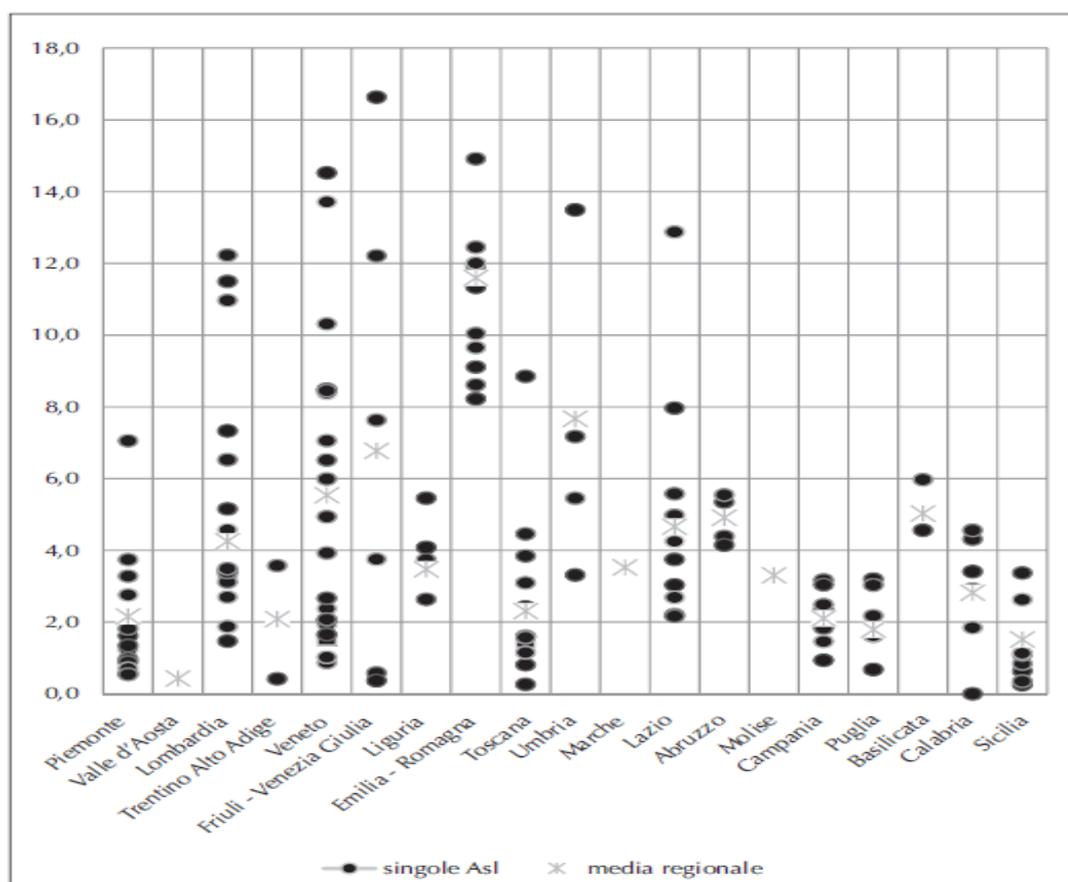
### Copertura ADI intraregionale

L'ADI rappresenta un caso in cui l'osservazione dell'omogeneità interna a ciascuna regione riveste un particolare interesse. La variabilità di questo servizio tra le ASL testimonia una maggiore o minore incisività della programmazione locale nell'offerta dei propri servizi sociosanitari, un'attenzione più o meno forte alla convergenza verso standard uniformi regionali (Figura 3.5).

Tutte le regioni presentano una eterogeneità nell'offerta di prestazioni domiciliari: sia quelle con un dato complessivo più elevato, sia quelle laddove la diffusione è più limitata. In alcuni casi le ASL della stessa regione hanno un comportamento abbastanza uniforme (si distribuiscono lungo un continuum, tranne qualche eccezione- outliers), in altre regioni, invece, gli squilibri sono più pronunciati ed è difficile intravedere un comune denominatore (si veda il caso del Veneto).

L'impressione che si raccoglie è quella di un'assistenza domiciliare senza target regionali programmati, ma lasciata al governo e alla sensibilità delle singole ASL.

**Figura 3.5 - Anziani assistiti in ADI (ogni 100), valori per regione e per ASL, 2010**



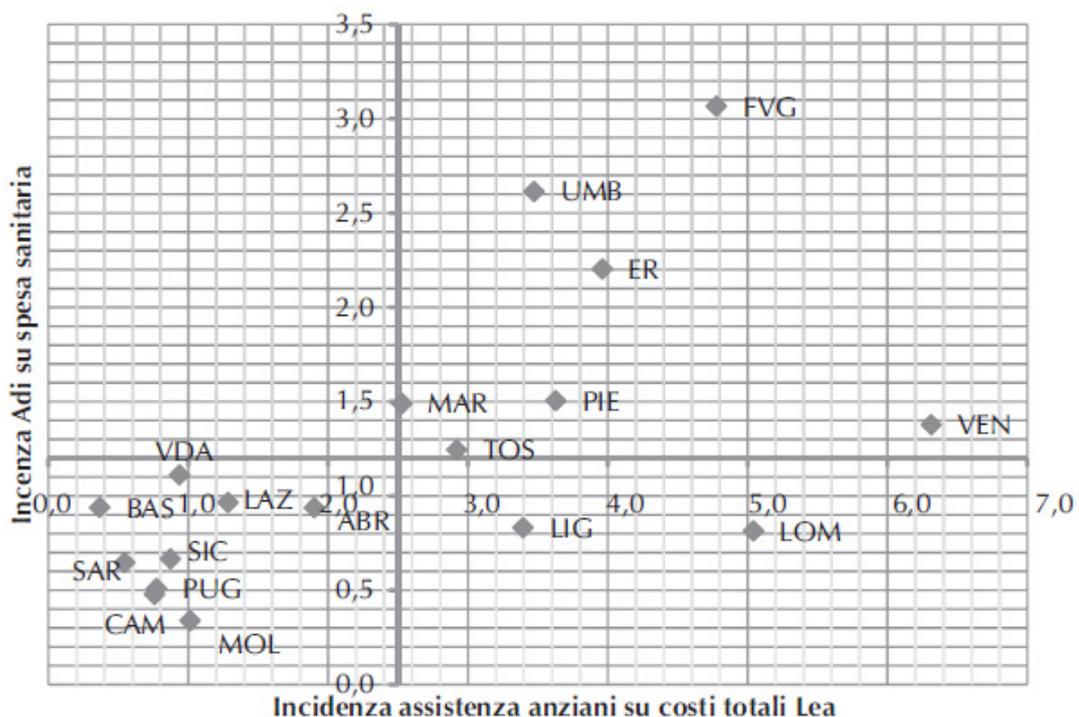
Fonte: INCRA (2013) elaborazioni su banca dati Obiettivi di Servizio su dati SIS, Ministero salute

### Risorse dedicate all'ADI

Oggi il peso della lunga assistenza per gli anziani sulla sanità regionale è rappresentabile dall'incidenza dei costi dei Lea per gli anziani (l'ADI e assistenza sociosanitaria agli anziani) sul totale della spesa per i Lea. All'assistenza domiciliare nel 2009 è stata dedicata a livello paese l'1,2 per cento della spesa sanitaria, una quota in crescita nell'ultimo decennio con velocità variabili nelle varie realtà. Il quadro più recente evidenzia una forte variabilità nelle risorse dedicate all'ADI.

È interessante soprattutto una lettura del posizionamento delle varie regioni in chiave congiunta, rispetto alle combinazioni tra l'incidenza delle due diverse voci (incidenza ADI sulla spesa sanitaria e incidenza dell'assistenza agli anziani sul costo totale dei LEA) (Figura 3.6). La prima evidenza che emerge è quella di una relazione positiva tra i due tipi di indicatori, vale a dire che, generalmente, un maggior investimento nell'assistenza residenziale si accompagna anche ad un maggiore sforzo per l'assistenza domiciliare. Questa mancanza di relazioni di complementarità tra le due sfere suggerisce che l'effettiva centralità dei servizi sociosanitari dipende essenzialmente dalle preferenze delle regioni e, di solito, dove si sceglie di privilegiare questo settore, lo si fa rafforzando sia l'assistenza residenziale che domiciliare.

**Figura 3.6** - Incidenza dell'assistenza agli anziani sui costi Lea e dell'assistenza domiciliare sulla spesa sanitaria, 2009, valori percentuali



Fonte: INCRA (2013) elaborazioni su dati Ministero della salute e Mef-Dps

### **3.5. Dai dati ai modelli organizzativi: considerazioni sull'integrazione tra le diverse regioni**

Il confronto tra Regioni benchmark del SSN permette di fare alcune considerazioni di carattere generale sia rispetto alla consistenza dei dati come indicatori di risultati di determinate strategie di policy, sia per definire osservazioni sulla variabilità dei modelli adottati e dei conseguenti comportamenti organizzativi e professionali che questi determinano verso lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria. Rispetto a questo tipo di analisi, è necessaria una premessa di metodo: l'osservazione, infatti, si basa su alcune evidenze descrittive, rispetto ai modelli presentati, mentre mancano indicazioni effettive sui comportamenti agiti rispetto al dichiarato; sia su evidenze quantitative raccolte dagli indicatori nazionali, per cui la tipologia di domanda espressa e la capacità efficace dei servizi domiciliari di presa in carico non è qui analizzabile in modo significativo. Mancano, infatti, evidenze sulla tipologia di pazienti e prestazioni erogate, rispetto alle classificazioni sopra presentate per l'ADI; non sono esplicitate le professionalità coinvolte nei team multidisciplinari; ma soprattutto manca il dato di sintesi in riferimento ai pazienti e al percorso di presa in carico seguito, per valutarne l'efficacia, rispetto ad altre alternative, gli outcome, rispetto ai bisogni clinici, funzionali e occupazionali, la soddisfazione rispetto al percorso proposto. Fatte queste premesse, alcune considerazioni generali, possono qui essere enunciate.

Anzitutto emerge come tutte le Regioni hanno investito nelle cure domiciliari, anche dove il tasso di copertura rispetto alla popolazione è più basso, come il caso lombardo, ognuna ha attivato dei percorsi specifici e si è dotata di strumenti organizzativi e gestionali. Laddove questi ultimi sono molto simili sul fronte processuale (presenza di un punto unico di accesso, strumenti di valutazione del bisogno e di risultati del servizio), come indicato anche nelle indicazioni dei LEA, le differenze si ritrovano rispetto al modello organizzativo e all'interpretazione dello snodo centrale dell'integrazione. Nel caso lombardo, ad esempio, il modello di separazione tra committenza ed erogazione, determina naturalmente un'esigenza di spostare anzitutto l'integrazione nelle regole di sistema, per uniformare e influenzare i comportamenti degli erogatori che risultano più frammentati e non direttamente controllati dal committente. Il personale che lavora in equipe multidisciplinare con il paziente è, infatti, dipendente direttamente dall'erogatore ed è altresì responsabile di stabilire il PAI e negoziare il profilo. È evidente quindi che, in un modello di questo tipo, nel 2011 la spinta a rafforzare la qualità e l'efficienza delle cure domiciliari si sia concentrata a livello di governance, per uniformare i processi di valutazione del bisogno, standardizzare i profili di cura assegnati e monitorare la qualità dei provider, attraverso l'introduzione dell'accreditamento su base regionale – questo a rafforzare le potenzialità di provider esperti presenti sul territorio regionale, e indirettamente, in grado di uniformare il servizio erogato. Al contrario, negli altri modelli l'integrazione è interamente spostata a livello meso, nel rapporto tra ASL e comuni e micro, nell'organizzazione delle equipe territoriali e distrettuali. I due modelli, pertanto, differiscono più che nei tassi di copertura, sia nella capacità di intercettare la domanda, attraverso il ruolo delle ASL e dei

professionisti sul territorio (MMG e specialisti), sia nella tipologia di percorsi offerti al paziente in funzione del bisogno. Tuttavia, queste informazioni, così come le informazioni sociali dei pazienti in ADI, come già discusso, risultano ad oggi molto frammentate e poco monitorate, con la conseguente impossibilità di attivare dei processi di valutazione utili alla programmazione sociosanitaria su base regionale e sanitaria. Rispetto a questo ultimo punto, anche una ricognizione Europea sulle cure domiciliari ha messo in evidenza la mancanza di informazioni puntuali sull'assistenza domiciliare, evidenziando l'eterogeneità delle soluzioni di programmazione adottate tra i vari Paesi nonché la quasi totale assenza di forme di integrazione diretta tra i servizi sociali e sanitari e le informazioni sull'ambiente di cura della persona, quali anzitutto la presenza dei caregiver informali/familiari. La presenza del privato sociale tra gli erogatori, piuttosto che del privato rispetto al pubblico, non è stata qui oggetto di approfondimento, data la diversità dei modelli avrebbe potuto fuorviare la lettura, mentre è fondamentale comprendere la variabilità delle strategie di committenza adottate dalle diverse Regioni.

In questa direzione, alcune delle soluzioni adottate dalla riforma dell'ADI lombarda, quali l'introduzione di un sistema di valutazione del bisogno omogeneo, la gestione informatizzata dei flussi informativi e, infine, la presenza di profili standard per i pazienti, potranno essere la base nel prossimo futuro per valutazioni di efficacia clinica ed assistenziale ed efficienza, nonché per consentire di approfondire la conoscenza sulla tipologia di utenti in chiave previsionale. Alcuni Paesi, infatti, in ragione della contrazione delle risorse, stanno attivando anche per l'ADI azioni di stratificazione della popolazione, sulla base del rischio clinico e sociale, per garantire percorsi e diritti di accesso differenziati in base alle capacità economiche e sociali, oltre che al bisogno di salute (Genet et al, 2011).

Rispetto all'integrazione sociosanitaria raggiunta nei diversi modelli non sono proponibili delle considerazioni di sistema proprio perché, come discusso, e qui articolato in tabella 3.2., l'integrazione assume valori diversi in termini di modalità e contenuto e si esplicita attraverso livelli differenziati che si focalizzano su differenti aree del sistema nel suo complesso: l'area rivolta alla continuità delle cure, che a sua volta comprende l'integrazione delle cure e l'integrazione professionale; e l'area rivolta all'integrazione funzionale, che comprende tutte le attività di supporto che permettono il funzionamento dell'organizzazione (Gillies et. Al, 1993).

La prima si basa sullo scambio di informazioni sui pazienti e sullo sviluppo di metodologie di lavoro condivise tra i professionisti; la seconda si basa sull'utilizzo di strumenti, quali i PUA, gli strumenti di valutazione del bisogno, la formulazione di budget di percorso e di organizzazione, che danno maggior omogeneità, fluidificando i processi per sviluppare modelli di governance condivisa tra i vari attori. La numerosità dei servizi offerti e le specificità dei servizi territoriali comportano, infatti, una frammentazione quasi fisiologica delle varie parti del sistema. Identificare le tipologie di integrazioni esigibili e perseguibili è un esercizio fondamentale verso l'integrazione sociosanitaria perché consente di evidenziare due snodi. In primo luogo, non esiste un'unica forma di integrazione che può essere perseguita dal sistema a livello di policy: dove l'integrazione richiede un sistema di governance (cfr. anche lo sviluppo e

adozione dei punti PUA), verticalità e integrazione funzionale completa non sono una soluzione in un contesto così frammentato. Piuttosto, la verticalità dovrà trovare dei punti di convergenza con la dimensione orizzontale, delle ASL e dei comuni (in questo caso) e dei professionisti e gli utenti. L'ADI, infatti, è un esempio paradigmatico di eterogeneità su base locale, anche nei contesti più verticali (in Lombardia, questo è dimostrato dallo sviluppo dei CeAD, dalla tipologia di erogatori e dai modelli di committenza adottati dalle ASL). Questo dato si riscontra in tutte le regioni.

In secondo luogo, a livello strumentale, di integrazione funzionale, è da sottolineare come non siano gli strumenti di per sé a promuovere l'integrazione (come gli strumenti di valutazione del bisogno o i flussi informativi), quanto i modelli organizzativi e le pratiche comportamentali e routinarie che si instaurano tra i professionisti. Su questo punto, i modelli ad erogazione diretta risultano più performanti perché basati su un continuo scambio interprofessionale e di continuità e prossimità con il paziente. I DSS o lo sviluppo delle case della salute in Emilia Romagna, infatti, rappresentano dei modelli intermedi, dei punti dell'unità di offerta, in grado di rafforzare la continuità e integrazione sul territorio.

## 4. DISCUSSIONE: GLI ASPETTI DECISIVI PER LA FORMULAZIONE DELLE POLITICHE

In questo capitolo si cercherà di portare a sintesi lo scenario fin qui descritto sull'integrazione sociosanitaria per individuare i nodi critici dello sviluppo di questo settore e gli ambiti di intervento prioritari. A tal fine, il capitolo è organizzato in due parti: nella prima, viene presentato un quadro di interpretazione e posizionamento delle cure integrate a partire dal punto di vista delle cure primarie: in altri termini, come e quali opportunità offre questa prospettiva concettuale per impostare un dibattito sistemico sulle politiche per l'integrazione delle cure. Nella seconda parte, si cercherà di riposizionare il caso delle politiche di integrazione sviluppate in Regione Lombardia all'interno di questo framework, per individuarne i punti di forza, di debolezza e i possibili indirizzi di intervento e riforma nel prossimo futuro. Questo esercizio interpretativo è quindi finalizzato a rispondere alla domanda di ricerca chiave del presente documento, ovvero istruire il problema delle politiche di integrazione sociosanitaria, dopo averne ricostruito gli elementi conoscitivi essenziali nei capitoli precedenti.

### 4.1 Un frame per le politiche di integrazione

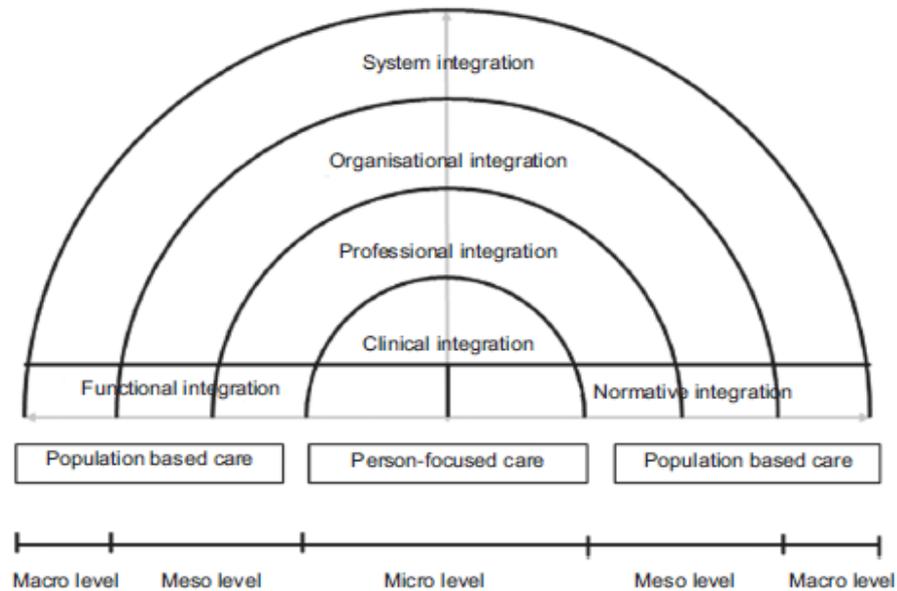
La letteratura e l'approfondimento teorico sull'integrazione dei servizi ha messo fondamentalmente a sistema l'intuizione sui percorsi di cura dei pazienti in risposta a bisogni complessi. In questo senso, l'integrazione a livello di sistema sanitario e sociosanitario è nota in letteratura come *"integrated service networks"* o *"organized delivery systems"* (Shortell et al., 1994) e consiste in una rete di organizzazioni che fornisce un insieme coordinato di servizi alla popolazione di riferimento. Le caratteristiche-chiave di un *"organized delivery systems"* sono (Shortell et al., 1993): l'ampiezza delle funzioni e dei servizi erogati dal sistema; l'intensità del sistema, ovvero l'insieme delle unità d'offerta che forniscono un determinato servizio; la concentrazione geografica delle unità che operano nel sistema. Dalla combinazione di queste caratteristiche e dalle forme di coordinamento attivate si può identificare la principale tipologia di integrazione presente nel sistema.

L'emergenza dell'integrazione sanitaria e sociosanitaria, rispetto a questo quadro concettuale, oggi è catalizzata dall'aumento della fragilità della popolazione, in cui fattori causali determinanti sono la cronicizzazione delle patologie e l'invecchiamento, che agiscono in sinergia, amplificando la richiesta di cure intensive, continuative e di rapido accesso da parte dell'utenza, ma ancor più di cure proattive, non di attesa del problema, ma in grado di prevenirlo. La sfida dei sistemi sanitari e sociosanitari è quindi quella dell'integrazione come unica risposta possibile alla fragilità. Da qui due aspetti reindirizzano il posizionamento del problema. In primo luogo, l'accezione anglosassone di *"cure integrate"* risulta più inclusiva di entrambe le dimensioni, sanitarie e sociosanitarie, superando all'origine la distinzione di ambito

e ponendo la necessità di integrare i due approcci, care e cure, nella presa in carico iniziale, nell'accesso stesso al sistema delle persone "fragili". In secondo luogo, i principi cardine dell'integrazione, quali continuità, presa in carico globale della persona, coordinamento nell'accesso al sistema, in realtà sono gli stessi principi che fin dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978 hanno costituito i pilastri del dibattito sul ruolo delle cure primarie. Come dimostrato in letteratura, i sistemi sanitari imperniati sulle cure primarie e su questi principi cardine riescono a perseguire risultati migliori in termini di qualità ed equità nelle cure: la filosofia delle cure primarie, in questi orientamenti, supera, infatti, una visione segmentata del sistema, ma punta alle cure primarie come la prospettiva organizzativa di accesso al sistema integrato (WHO, 1978, 2008; Starfield, 2002, 2005).

In questa direzione, è stato recentemente proposto e promosso dalla International Foundation for Integrated Care un framework per le politiche di integrazione che muove dalla prospettiva delle cure primarie, per dare una chiave di lettura dei sistemi integrati a partire dal punto di accesso al sistema stesso, entro un duplice movimento dal basso verso l'alto (centralità del paziente e del percorso di cura) e dall'alto verso il basso (la prospettiva di governance) (Valentijn et al, 2013). La figura 4.1. mostra il framework di riferimento articolato in due direttrici e su più dimensioni dell'integrazione. Le due direttrici sono gli assi dell'integrazione orizzontale e verticale, in cui si articolano i movimenti di coordinamento dall'alto verso il basso e viceversa, tra i livelli macro, meso e micro del sistema, ad ognuna delle quali corrisponde una diversa dimensione dell'integrazione: a livello macro, integrazione del sistema, la governance; a livello meso, l'integrazione organizzativa e professionale e, a livello micro, l'integrazione clinica. Sull'asse orizzontale si colloca anche il diaframma degli approcci clinici e assistenziali tipici della visione olistica delle cure primarie: l'approccio di popolazione, preventivo, il population management, e l'approccio individualizzato, incentrato sulla singola persona (WHO, 2008). I collanti del sistema, tra i diversi livelli, infine, sono ulteriori dimensioni dell'integrazione, che attengono agli aspetti normativi e funzionali che possono favorire e promuovere l'integrazione.

**Figura 4.1-** Framework per le politiche di integrazione



Fonte: Valentijn et al. 2013

Di seguito, le dimensioni del framework sono esplicitate e analizzate nel dettaglio.

*Population management e centralità della persona:* sono questi due approcci tipici delle cure primarie, ma che assumono un valore cogente nella revisione attuale dei sistemi sanitari per la presa in carico dei pazienti cronici. I modelli proposti per la cronicità (cfr. infra 2.5.) sono basati sulla capacità di programmazione e predizione della domanda attraverso i flussi informativi, clinici e amministrativi, nonché di stratificazione della popolazione sulla base del rischio clinico e la stadiazione per patologia, funzionale all'assegnazione del percorso di presa in carico appropriato. Diversi strumenti sono oggi disponibili per la previsione e stadiazione della domanda sulla base delle informazioni cliniche (es. ACG) e ispirati al modello del disease management, mentre mancano strumenti conoscitivi per una presa in carico inclusiva della persona, tenuto conto sia delle specificità del caso clinico, presenza di più patologie e aderenza terapeutica, sia del livello di fragilità sociale del paziente (McWhinney, 1997; Stewart, 2001; Starfield, 2011). L'approccio delle cure primarie come porta di accesso al sistema può quindi rappresentare una risorsa in grado di integrare queste conoscenze e attivare una presa in carico olistica e incentrata sulla persona nel punto di ingresso. Le due prospettive sono e dovrebbero essere complementari, per migliorare la programmazione delle politiche di integrazione delle cure e prevenzione sociale e sanitaria.

*Integrare a livello sistemico: governance:* a livello macro si colloca la governance del sistema. L'integrazione in questa prospettiva è spesso percepita come un coordinamento verticale (integrazione verticale) tra livelli diversi di cura e ambiti o settori di policy distinti, per cui è necessario un coordinamento esterno al sistema per ricomporre la frammentazione e prospettive ristrette di ogni snodo o articolazione. Se questo è vero da un lato, la governance

verticale del sistema dovrà essere incisiva, ma non potrà prescindere dalla dimensione orizzontale dell'integrazione, tipica delle cure primarie e del sistema sociale. Entrambe le dimensioni sono fondamentali e la misura di un buon livello di governance del sistema è data dalla capacità di identificare e attivare le funzioni rispettive delle due dimensioni nonché gli strumenti per promuoverle.

*Integrare a livello organizzativo: flessibilità* L'integrazione organizzativa, la costruzione di network e modelli a rete tra diverse organizzazioni è uno dei temi più discussi in letteratura e a livello di implementazione delle policy. Diversi sono gli esempi e le evidenze proposte, ma non esiste un modello performante rispetto ad altre soluzioni: il modello organizzativo adottato si realizza nel contesto specifico e in risposta al fabbisogno di coordinamento tra le diverse dimensioni e livelli, a sua volta. La risultante e le condizioni specifiche in cui disegnare il modello organizzativo sono altamente contingenti e segnati da variabili indipendenti (assetto normativo e istituzionale) e dipendenti (collaborazione professionale, interventi mirati, articolazione rete ecc.) dal contesto. In certe situazioni, un'organizzazione più gerarchica o di integrazione completa, nel senso di fusione di funzioni e organizzazioni, potrebbero essere una soluzione più efficace ed efficiente, rispetto ad altre più reticolari e orizzontali.

*Integrare a livello professionale: collaborazione e competenze* L'integrazione professionale avviene a livello meso, ovvero sia all'interno delle organizzazioni che nella collaborazione tra diverse organizzazioni. Queste forme di partnership possono essere ricondotte sia a forme di integrazione orizzontale che verticale, in funzione del modello organizzativo adottato. Quando l'integrazione è guidata anzitutto a livello professionale, detta anche integrazione informale nelle reti di cura, in realtà l'integrazione raggiunge risultati di grande efficacia influenzando il livello di responsabilità condivisa tra pari, una committenza esperta dei servizi, una capacità decisionale coesa e condivisa e un forte senso di accountability verso gli utenti. Di contro, questo stesso livello di integrazione risulta particolarmente critico sia quando è forzato dall'alto o all'interno della stessa comunità professionale. La forzatura dall'alto è tipica dei sistemi burocratici o dove vi sia un mandato esecutivo stringente e può creare resistenze o rifiuti nella comunità professionale; all'interno, invece, può derivare da una spaccatura della comunità professionale rispetto ad un dato approccio organizzativo o revisione delle modalità di lavoro o interpretazione dei contenuti della professione. Integrazione professionale è quindi uno dei nodi più sfidanti per l'integrazione e la sua promozione può assumere le forme più diverse all'interno del sistema, da network virtuali tra professionisti a forme di integrazione completa all'interno di organizzazioni.

L'integrazione professionale nell'integrazione significa soprattutto integrazione interprofessionale e multidisciplinare e questo comporta uno sforzo incrementale di capacità di collaborazione tra saperi disciplinari e modalità di lavoro distinte, soprattutto tra l'approccio clinico (care) e quello sociale (cure), e per raggiungere questi obiettivi sono necessari cambiamenti comportamentali che richiedono tempo e supporto. Da ultimo, l'emergenza dei

bisogni della fragilità di tipo sociosanitario e assistenziale ha portato a riconoscere nuove professionalità prima secondarie, ma soprattutto ha messo in crisi il paradigma clinico e la gerarchia riconosciuta a questa categoria professionale.

*Integrare a livello clinico: gestire la complessità.* Nel modello proposto l'integrazione clinica significa una prospettiva incentrata sulla persona e i suoi bisogni, attraverso un processo unitario e integrato, nel tempo e nello spazio (Valentijn et al., 2013). L'idea qui è quella di promuovere l'originaria vocazione delle cure primarie come accesso individuale al sistema, e non semplicemente come risposta focalizzata sulla condizione patologica. Questo comporta uno sviluppo della medicina generale, oltre l'approccio del disease management, verso una visione olistica dei bisogni della persona sociali e sanitari, coinvolgendo in primis l'individuo stesso dove possibile e altri professionisti nella valutazione del bisogno. Questa revisione dell'approccio clinico della medicina generale in realtà è richiesto dalla complessità stessa della domanda: bisogni dei pazienti con più patologie o con bisogni sociali che influenzano direttamente lo stato di salute non possono trovare risposte negli approcci attuali della medicina di base, agita in libera professione e da professionisti non integrati nel sistema o in grado di interpretare la complessità del bisogno per una presa in carico continuativa (Stange and Ferrer, 2009; Stange, 2002; Fortin et al., 2006; Lorig and Holman, 2003)

*Integrazione funzionale:* Si tratta di tutti gli strumenti e meccanismi in grado di supportare l'integrazione attraverso le diverse dimensioni discusse: ovvero, i sistemi informativo, i meccanismi di finanziamento e le modalità gestionali, tra cui la gestione delle risorse umane, la programmazione strategica delle organizzazioni e la gestione della qualità. È importante sottolineare che l'integrazione funzionale non è sinonimo né indirizza processi di standardizzazione del sistema, al contrario gli aspetti funzionali dovrebbero tendere ad essere flessibili rispetto alle esigenze contingenti del contesto e adattabili alla domanda di salute e cura. L'aspetto centrale per stimare l'integrazione funzionale è la capacità di attivare processi strumentali in grado di allineare e coordinare gli aspetti finanziari, organizzativi e i flussi informativi intorno alla dimensione dell'integrazione clinica, a livello micro. Se questa condizione è realizzata, di fatto, è prevedibile anche il meccanismo inverso di integrazione, dal micro al macro, quindi l'integrazione funzionale permetterà l'integrazione dalla dimensione clinica a quella professionale, organizzativa e di sistema, attivando processi decisionali coesi e consistenti.

*Integrazione normativa:* Questa dimensione attiene agli aspetti valoriali e comportamentali del sistema, indicando la necessità di una vision e cultura condivisa da tutti gli attori rispetto al modello di sistema integrato di cure. È una dimensione trasversale che attraversa tutti i livelli, ma si ancora direttamente alla dimensione professionale, perché sono i professionisti a veicolare aspetti comportamentali e valoriali, che promuovono o ostacolano la collaborazione e integrazione. Di particolare importanza in questa dimensione è lo stile di leadership esercitato

dai professionisti all'interno del sistema e in relazione al modello di governance agito: una leadership condivisa, ma incisiva, può diffondere un'adesione a obiettivi e processi decisionali partecipati e integrati tra professionisti di profili professionali e disciplinari diversi (Veil and Hébert, 2008; Huxham and Vangen, 2005).

## 4.2 Le politiche di integrazione in Regione Lombardia: una lettura di sistema

In sintesi, integrando l'analisi delle politiche e degli interventi di Regione Lombardia per l'integrazione sociosanitaria, qui presentati nel paragrafo 2.6 e nel capitolo tre per le cure domiciliari più in dettaglio, con il framework proposto è possibile rileggere i punti di forza e debolezza del sistema per individuare gli aspetti decisivi nella formulazione delle policy e posizionarne il dibattito.

### *Integrare a livello sistemico: governance*

Il modello di governance di Regione Lombardia in ambito sanitario, negli anni di sviluppo del sistema, dal 1997 in poi, ha rappresentato un modello forte e verticalizzato, in grado di governare la rete di offerta e la spesa sanitaria attraverso gli strumenti delle regole di sistema e del meccanismo di finanziamento basato sul pagamento a tariffa, e i rispettivi aggiustamenti introdotti successivamente. Questa verticalizzazione è avvenuta in sinergia a due fattori: la focalizzazione sulla rete ospedaliera, i cui processi di governo sono più standardizzabili, e la coesione e allineamento normativo tra i committenti a livello locale. Questa impostazione di fondo è stata messa in discussione alla domanda che, come visto, ha influenzato e catalizzato negli ultimi anni una revisione della rete di offerta, spostando il baricentro dall'ospedalità al territorio. Questo passaggio richiede nuovi strumenti e approcci di governance, meno centralizzati da un lato, per gestire localmente la filiera d'offerta più frammentata e contestualizzata, nonché l'attivazione di nuovi meccanismi centrali di controllo dell'equità di accesso, della qualità e dell'appropriatezza e dei livelli di spesa. In questa direzione, la leva della committenza dovrà essere rinforzata in una prospettiva strategica e articolata su più livelli, a livello centrale e a periferico, delle ASL. Nella prospettiva di mantenere la divisione tra acquisto e produzione, la committenza dovrà essere rafforzata su base territoriale per gestire efficacemente nuovi modelli organizzativi delle cure primarie, come ad esempio per i CReG, e per garantire livelli qualitativi omogenei tra le diverse aree ed economie locali.

Sul versante sociosanitario, la frammentazione del sistema dovuta alla numerosità degli attori e alla ridotta quota di risorse gestita direttamente dal sistema regionale determina delle difficoltà a intercettare la domanda di assistenza e la qualità dei servizi acquistati direttamente dal cittadino. Di conseguenza, inversamente da quanto avviene in sanità, l'emergenza della fragilità non riesce ad indurre la rete di offerta a cambiamenti, ma al contrario è la domanda che

si declina secondo la rete di offerta. Da qui, in ambito sociosanitario è necessario sviluppare un modello di governance strategico incisivo, in grado di indurre gli attori del sistema a entrare in rete per mettere in sinergia le risorse e intercettare i fabbisogni inespressi. Lo strumento della programmazione integrata potrebbe rappresentare una leva utile a tal fine, se le fossero vincolati dei trasferimenti di risorse a questi ambiti e rivedendo la rete istituzionale territoriale. In altri termini, quale l'impatto e l'attività dei distretti sociosanitari in Regione rispetto alla programmazione integrata, se la numerosità dei distretti (95) sia coerente con i bacini di utenza e il dimensionamento di reti d'offerta appetibili per il mercato del privato sociale e del terzo settore, nonché valutare la coincidenza tra distretti e ambiti sanitari.

L'azione di governance strategica, e non verticale, del sistema richiederà sempre più spazi di programmazione pianificazione integrata tra ambito sanitario e sociosanitario, trasversalmente, a livello macro, tra le Direzioni Generali e gli Assessorati, a livello meso, all'interno delle ASL tra direzione sociale e sanitaria, tra i professionisti. La previsione di tavoli tecnici congiunti tra le due direzioni per promuovere una strategia condivisa per la cronicità rappresenta un passo in questa direzione importante. Il passaggio successivo per rendere effettiva l'azione di governo è vincolare le risorse alla programmazione e alla pianificazione.

#### *Integrare a livello organizzativo*

Il principio di sussidiarietà orizzontale del sistema lombardo ha permesso un certo grado di autonomia rispetto ai modelli organizzativi sviluppati, non tanto in ambito ospedaliero, soprattutto per le aziende pubbliche, quanto a livello territoriale. Le quindici ASL presenti sul territorio presentano modelli organizzativi, tipologia di provider, e strategie di committenza e negoziazione altamente differenziate, anche all'interno delle stesse ASL emergono differenze locali. In questo senso, l'indicazione della letteratura di non perseguire un modello unico di integrazione per le cure sociosanitarie, ma piuttosto di partire dall'implementazione di servizi specifici per poi estendere le pratiche organizzative di successo (Valentijn et al. 2013) sembra realizzata in Regione. L'utilizzo di progettualità pilota e sperimentali ha messo in pratica questa intuizione, testando le modalità di implementazione e le implicazioni organizzative in scala ridotta prima di introdurre a regime determinati interventi (es. ADI, CReG, post-acuti).

Le sperimentazioni attivate nell'agenda del "prendersi cura" a partire dal 2011 evidenziano tre elementi di attenzione.

- 1) Anzitutto, la variabilità locale nell'implementazione e successo di questi interventi, e questo rimanda alle osservazioni riportate sopra: la sfida è semmai quella di individuare strategie di governance che medino tra la presenza di una cabina regia centrale, che ponga le regole e gli strumenti di integrazione funzionale condivisi e introduca dei valori normativi, con un'autonomia locale nell'implementazione organizzativa, gestionale e professionale.
- 2) In secondo luogo, di conseguenza, è emerso come l'introduzione di più strumenti per l'integrazione promuove efficacemente l'integrazione funzionale solo in presenza di una visione sistemica, di strategie di indirizzo e cabine di regia locali proattive. Il rischio

opposto è che i diversi strumenti entrino in conflitto o sovrapposizione, generando nuove duplicazioni, complessità nel sistema e dispersione di risorse. È questo il caso della composizione e coesistenza tra strumenti di integrazione ospedale-territorio (cure intermedie o transitional) e strumenti di presa in carico continuativa della cronicità e della fragilità.

- 3) Terzo, a livello meso, organizzativo, l'efficacia degli interventi e delle politiche è condizionata dall'adesione delle comunità professionali al disegno di riforma tanto quanto alla capacità di collaborazione che riescono ad attivare, tra i diversi ambiti e settori del sistema sanitario e sociosanitario.

#### *Integrare a livello professionale*

In questo documento non è stata approfondita la dimensione professionale dell'integrazione per vincoli di spazio. È emerso comunque più volte come la componente professionale eserciti una funzione prioritaria nel servizio sanitario e sociosanitario, essendo ambiti produttivi labour-intensivi incentrati sulla prestazione professionale e privatistica nel rapporto tra il professionista e l'utente. È proprio questo paradigma tipico della professione e dell'approccio clinico che l'integrazione dei sistemi di cura punta a superare, facendo perno sul lavoro di equipe e multidisciplinare a tutti i livelli, dalla reti ospedaliere all'equipe multiprofessionali per la valutazione del singolo caso. L'adesione della comunità professionale è quindi una leva strategica per rendere efficaci gli strumenti di integrazione funzionale e normativa.

Un secondo aspetto da portare all'attenzione, in questo senso, sono le competenze, le capacità gestionali e i nuovi profili professionali richiesti all'interno dei sistemi integrati, focalizzati su una domanda clinica e sociale. In questa direzione, si aprono diversi elementi qui non approfonditi sui percorsi educativi delle professioni sanitarie e sociali e i diversi schemi normativi e di carriera in cui si collocano. Questo snodo costituisce un'ulteriore sfida verso l'evoluzione dei modelli integrati, e Regione potrebbe far leva su alcuni margini di autonomia per la formazione continua e permanente dei professionisti sanitari e sociosanitari così come sui margini della contrattazione sindacale decentrata con i rappresentanti delle categorie.

L'ambito sociosanitario in questo caso risulta più esposto alla mancanza di cabine di regia formative e di professionalizzazione dei profili all'interno del sistema pubblico. Esempio più eclatante la numerosità delle assistenti domestiche (cd. badanti) che è pari ormai ai professionisti sanitari, ma ancora restano nel mercato informale della cura, non sottoposte a sistemi di qualificazione.

L'implementazione delle policy è decisiva e dipende dalla qualità e volontà, motivazione e professionalità delle persone che lavorano nei servizi. In generale, quindi, qualunque modello di integrazione in sé non è sufficiente senza una revisione profonda dei percorsi formativi del management sanitario, dei medici di medicina generale, degli infermieri, ma anche delle nuove professioni cliniche, ospedaliere e territoriali.

*Integrare a livello clinico*

Nella prospettiva qui presentata, l'integrazione clinica si concentra a livello micro, nella presa in carico inclusiva e continuativa della persona, sin dall'accesso alle cure primarie. In questo senso, l'interpretazione spinge direttamente ad una revisione del modello della medicina generale, non più come gatekeeper ma come system-keeper. La sperimentazione dei CReG ha sicuramente avviato questo riposizionamento in Regione, forzando la medicina generale a riorganizzarsi in punti territoriali di presa in carico inclusiva dei pazienti con cronicità, individuando percorsi di cura e intercettando anche bisogni di natura sociale e assistenziale. Non solo, la sperimentazione dei CReG potrebbe in futuro fare da volano all'integrazione tra prospettive di population management e centralità del paziente, attraverso gli strumenti di rivelazione della domanda e predizione della sua evoluzione, ma soprattutto avviando dei percorsi di prevenzione attiva sia sociale che sanitaria. La possibilità di integrare i percorsi del CReG con l'ADI potrebbe essere di nuovo un primo esempio sperimentale verso il rafforzamento di questi processi, in continuità alle strategie già intraprese da Regione.

*Integrazione funzionale*

L'integrazione funzionale riguarda gli strumenti di supporto all'integrazione e in qualche modo di semplificazione dei processi tra i diversi attori e ambiti del servizio sanitario e sociosanitario. Allo stato attuale, quattro sono gli strumenti di integrazione funzionale presenti e che potrebbero essere rafforzati verso lo sviluppo di politiche di integrazione. In primo luogo, il sistema informativo, rafforzando i sistemi di flussi informativi clinici, sociali e amministrativi verso una raccolta capillare e centralizzata e dotandosi di strumenti predittivi della domanda di fragilità della popolazione, quindi sanitaria e sociale. In secondo luogo, l'attivazione di meccanismi di finanziamento che incentivino l'integrazione sia attraverso sistemi di tariffazione e incentivi premiali sia attraverso l'allocazione di risorse vincolate per la programmazione integrata. Sul primo punto, Regione Lombardia ha un dato storico di eccellenza e competenza nella costruzione di tariffe in grado di indurre i comportamenti del mercato, e questo in certo senso è stato tangibile anche nell'esperienza dei CReG. Questo snodo rappresenta quindi una competenza e abilità presente che andrebbe declinata ai fini dell'integrazione, superando determinati vincoli situazionali nell'allocazione delle risorse.

Altri due elementi fondamentali per l'integrazione funzionale in un sistema di quasi mercato riguardano gli assetti di qualità, controllo e accesso al sistema. Il modello di accreditamento istituzionale per i provider a livello regionale e il controllo di appropriatezza delle ASL ha fin ora garantito i sistemi di qualità nel sistema: lo spostamento dell'asse di sistema verso il territorio richiederà strumenti più efficaci e complessi di valutazione della qualità, in termini di efficacia clinica e gestionale di operatori diversi, frammentati sul territorio e setting di cura complessi nella verifica (domicilio dei pazienti). Questi passaggi implicano altresì una revisione dei rischi legati all'esercizio professionale e, quindi, di nuovo la qualificazione dei

professionisti. Ulteriore strumento è, infine, quello della valutazione del bisogno sociale e sanitario in ingresso, come avviato nella sperimentazione ADI per garantire accessi omogenei sul territorio. Questo strumento esteso a livello sistemico, come ipotizzato nelle Regole di Sistema 2014, potrebbe consentire da un lato, la presa in carico inclusiva e incentrata sul paziente, a livello di cure primarie, come descritta, con l'attivazione di equipe integrate, sociosanitarie, per la valutazione multidimensionale; dall'altro, garantire l'equità del sistema sanitario e sociosanitario, identificando i bisogni e la domanda latente d'assistenza.

## INDICAZIONI DI POLICY<sup>20</sup>

- Riconoscere a livello di sistema l'importanza dell'integrazione delle cure inserendola nell'agenda di governo tra gli obiettivi prioritari, in modo trasversale, tra i diversi attori istituzionali coinvolti: il tema della fragilità richiede una visione complessa e integrata sin nella fase progettuale e di disegno delle policy.
- Sviluppare un'azione di governance incisiva del sistema sociosanitario, promuovendo un'azione di accompagnamento del sistema: non tanto una cabina di regia verticale quanto modalità in grado di promuovere l'autonomia su base territoriale degli attori istituzionali e di mercato. Attivare un modello di governance regionale incentrato sugli strumenti di integrazione funzionale e normativa del sistema.
- I modelli per l'integrazione sono diversi e la loro attuazione richiede attenzione al contesto specifico locale. Tali modelli complessivamente si collocano, in modo più o meno prossimo, tra due stili di interventi: i servizi di intermediate care, che prevedono situazione variamente strutturate tra ospedale e domicilio (strutture per sub acuti, servizi domiciliari ecc.) ed i servizi di transitional care che sono più centrati sulle azioni di collaborazione e coordinamento tra i diversi attori che hanno in carico un paziente piuttosto che sul contesto fisico organizzativo in cui la cura avviene. Occorre considerare entrambe le opzioni quando si tratti di pazienti cronici e fragili.
- Qualunque sia il modello che si andrà a scegliere e implementare, è necessario immaginare e realizzare un sistema di remunerazione non più per patologia e prestazione (tipico della dimensione dell'acuzie), ma per persona e percorso di cura (tipico della dimensione della cronicità).
- Semplificare la programmazione e pianificazione, intervenendo a livello normativo per rafforzare e facilitare i processi di integrazione tra le istituzioni, nell'allocazione delle risorse e nel riparto delle attività di competenza.
- Rafforzare la programmazione integrata promuovendo l'allocazione di fondi vincolati a progettualità integrate e una revisione delle articolazioni territoriali: la coincidenza degli ambiti sociali con i distretti sociosanitari è risultata un elemento di efficacia per l'integrazione delle cure.

<sup>20</sup> In allegato 2 sono riportate anche le raccomandazioni proposte, a livello nazionale, da SiQuaS (Società Italiana per la Qualità nell'assistenza sanitaria) nel documento del 2012 *“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”*, organizzate per argomenti e livelli di policy di riferimento (livello macro, nazionale, meso, regionale e aziendale e micro quello professionale).

- Rafforzare la committenza strategica (programmazione, negoziazione, acquisto, monitoraggio e controllo) come leva per l'integrazione delle cure su base territoriale: il passaggio al "prendersi cura" del servizio sociosanitario è possibile solo a livello decentrato. È quindi fondamentale attivare strumenti di programmazione e pianificazione integrata all'interno delle ASL tra l'area sanitaria e l'area sociosanitaria, quale snodo per la programmazione integrata con il territorio e le istituzioni sociali.
- A livello organizzativo, non esiste modello ottimale per l'integrazione, è il contesto locale a determinare il successo del combinato tre le scelte organizzative e l'adesione collaborativa dei professionisti. È quindi importante che la governance centrale detti l'agenda di governo e le regole di sistema, mentre a livello locale ci siano margini di autonomia per le ASL che consenta loro di far leva sul contesto organizzativo, professionale e culturale locale.
- In questa linea è da collocare la valutazione di sperimentazioni importanti come quella sui CReG. Essi rappresentano un modo innovativo da estendere a tutto il territorio regionale avendo però cura delle specificità locali: fondandosi su reti di collaborazione il capitale relazione dei territori è essenziale (Milano città non ha le stesse caratteristiche strutturali e sociali della provincia di Brescia). Occorre stabilire un modello organizzativo lasciando libertà di implementazione nei contesti locali e sviluppando modelli di valutazione legati ai risultati delle cure realizzate (outcome) e non solo al pacchetto di prestazioni erogate (output).
- Rafforzare l'integrazione funzionale del sistema investendo su strumenti quali:
  - Sistema informativo centralizzato, che integri i dati clinici con quelli amministrativi e sociali sulla fragilità, nonché favorendo l'interoperabilità tra i diversi flussi informativi in diversi ambiti di policy (casa, sanità, inclusione sociale);
  - Valutazione del bisogno multidimensionale in accesso al sistema, estendendo quanto sperimentato con la scala VAOR per l'ADI all'intero servizio sanitario e sociosanitario: questo consentirebbe una valutazione equa e integrata sul territorio regionale dei bisogni complessi per l'attivazione dei percorsi appropriati. Non solo, permetterebbe di rilevare parte della domanda sociosanitaria inespressa e l'acquisto di servizi informali di cura (badantato);
  - Strumenti di controllo e monitoraggio dell'efficacia clinica e gestionale nonché della qualità professionale dei diversi provider territoriali (sanitari e sociosanitari), introducendo sistemi rigidi di incentivazione e penalizzazioni.
- Rafforzare il ruolo delle cure primarie e della medicina generale come punto di accesso ad un sistema integrato di cure, sanitarie e sociosanitarie, in grado di

rispondere ai bisogni complessi della fragilità. La vocazione originaria delle cure primarie riflette gli orientamenti e valori dei sistemi di cure integrate. La strategia intrapresa da Regione con la sperimentazione dei CReG e l'influenza esercitata sul riposizionamento della medicina generale andrà rafforzata. In questo contesto il ruolo, e forse persino il contenuto della professione dei MMG dovrà vedere una rivoluzione: il medico di medicina generale in questo contesto in movimento non potrà più esercitare il ruolo fin qui svolto. Oltre ad un lavoro culturale e formativo è certamente auspicabile una revisione dello status dei MMG in termini di contratto collettivo nazionale che ridetti il contenuto e la forma del lavoro dei medici.

- I nuovi bisogni di cura hanno bisogno di percorsi e non di singole prestazioni: per questo occorre anche ripensare il sistema tariffario rispetto a questi strumenti riferiti non ai singoli interventi, ma al “pacchetto” di cura complessivo, per questioni di equità ed efficienza.
- L'integrazione professionale rappresenta un nodo critico per l'efficace implementazione delle strategie di integrazione. A tal fine, risulta inevitabile nel breve periodo investire sullo sviluppo di nuove competenze e capacità per il lavoro in equipe multidisciplinari, e promuovere la formazione di nuovi profili di cura socioassistenziali, per garantire la qualità delle cure.
- Qualunque modello di integrazione in sé non è sufficiente senza una revisione profonda dei percorsi formativi del management sanitario, dei medici di medicina generale, degli infermieri, ma anche delle nuove professioni cliniche, ospedaliere e territoriali.



## BIBLIOGRAFIA

Agenas (2009). *Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare del SSN*, Settembre 2009, Roma.

Agenas (2009). *Relazione finale del progetto di ricerca corrente: "Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria degli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard"*, Gennaio 2009.

Agenas (2010). *Terza ricerca sui Distretti Socio sanitari in Italia. I supplementi di Monitor* .

Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, Panella M. (2009). Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC Med.* 2009; 7: 32. Published online 2009 July 1. doi: 10.1186/1741-7015-7-32.

Barnett K., Mercer S., Norbury M., Watt G., Wyke S. e Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380, pp. 37–43.

Berardo A., Di Tommaso F., Falasca P., Longo F. (2010). Un sistema informativo socio-sanitario basato su un indice sintetico di fragilità: l'esperienza dell'Ausl di Ravenna. *MECOSAN* 77, pp. 17-22.

Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. (2002). *Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness The Chronic Care Model, Part 1*. *JAMA*; 288: 1775-1779, *Part 2* *JAMA*; 288: 1909-191.

Boerma W.G.W. (2006). Coordination and Integration in European Primary Care. in Saltman R.B., Rico A. e Boerma W.G.W. eds (a cura di), *Primary Care in the driver's seat?*. Open University Press, New York.

Boni S. (2007). I sistemi di governance dei Servizi Sanitari Regionali. *Formez quaderno n. 57*.

Brenna E. (2011). Quasi-market and cost-containment in Beveridge systems: The Lombardy model of Italy. *Health Policy*, 103(2), pp. 209-218.

Campbell M., Fitzpatrick R., Haines A., Kinmonth A.L., Sandercock P., Spiegelhalter D. et al.(2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321, pp. 694-6.

Campbell N.C., Murray E., Darbyshire J., Emery J., Farmer A., Griffiths F., et al. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*,334, pp.455-9.

Cannon C.P., Hand M. H., Bahr R., Boden W. E., Christenson R., Gibler W. B., Eagle K., Lambrew C.T., Lee T. H., MacLeod B., Ornato J. P., Selker H. P., Steele P. e Zalenski R.J. (2002). Critical Pathways for Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: an Assessment by the National Heart Attack Alert Program. *American Heart Journal*, 143(5), pp. 777-89.

Commissione LEA (2006). *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*.

Compagni A., Tediosi F. e Tozzi V.D. (2010). L'integrazione tra ospedale e territorio nelle aziende sanitarie. in Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*. EGEA, Milano.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 recante *Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*.

Delibera di Giunta Regionale n. X/1185 del 20/12/2013 *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014*.

Department of Health (2004). *Government of United Kingdom: Improving Chronic Disease Management*.

Department of Health (2013). *NHS Information: To Share or not to Share Government Response to the Caldicott Review*.

Di Stanislao F. (2005). Profili di assistenza sanitaria e governo clinico. In *Atti del Convegno: La Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*. Luiss University Press; 64(27).

Ellrodt G., Cook D., Lee J., Cho M., Hunt D. e Weingarten S. (1997). Evidence-Based Disease Management. *JAMA*, 278(20), pp. 1687- 1692.

Fairfield G., Hunter D.J., Mechanic D., Rosleff F. (1997). Managed care. Origins, principles, and evolution. *BMJ*; 314, pp. 1823-1826.

Falasca P., Berardo A. e Di Tommaso F. (2011). Development and validation of predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? *Ann Ist Superiore Sanità*, 47(2), pp. 220-228.

Fortin M., Dionne J., Pinho G., Gignac J., Almirall J. e Lapointe L. (2006). Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *The Annals of Family Medicine*, 4(2), pp.104-108.

Fosti G., Larenza O., Longo F. e Rotolo A. (2012). Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy? in Cantù, Pessina (a cura di). *Rapporto OASI*. Egea, Milano.

Fosti G., Larenza O., Longo F. e Rotolo A. (2013). La programmazione sociale e sociosanitaria nelle reti interistituzionali: il caso Regione Lombardia. in Cantù, Pessina (a cura di) *Rapporto OASI*. Egea. Milano.

Freeman G. (1985). Priority given by doctors to continuity of care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 5(6), pp. 423-426.

Freeman R., Lybecker K.M. e Taylor D.W. (2011). The Effectiveness of Disease Management Programs in the Medicaid Population. *Hamilton ON: The Cameron Institute*.

Genet N., Boerma W., Kringos D., Bouman A., Francke A., Fagerström C., Melchiorre M.G., Greco e Devillé W. (2011) Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11, p 207

Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG e Duffy J. (2005). Return on Investment in Disease Management: a Review. *Health Care Finance Rev*; 26(4), pp.1-19.

Goodwin N., Peck E., Tim Freeman T. e Rachel Posaner R. (2004). *Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*.

Goodwin N., Sonola L., Thiel V. e Kodner D. (2013). *Coordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success*. The King's Fund

Huang E.S. et al. (2008). The cost consequences of improving diabetes care: the community health center experience. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety*, 34(3), pp. 138-146.

Huang E.S. et al. (2007). The Cost-Effectiveness of Improving Diabetes Care in U.S. Federally Qualified Community Health Centers. *Health Services Research*, 42(6), pp. 2174-2193.

Hunter D.J. e Fairfiled G. (1997). Education and debate. Managed care:diseases management. *British Medical Journal*, 315, pp. 50-53.

Huxham C. e Vangen S.E. (2005). *Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage*. Routledge, London.

INPS (2013). *Rendiconti generali*, Roma, Istituto Nazionale di Previdenza Sociale

INRCA (2013). Rapporto annuale sulla non autosufficienza in Italia Anno 2009. *Agenzia nazionale per l'invecchiamento*.

ISTAT (2011). *Come cambiano le forme familiari*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

ISTAT (2011). *Famiglia in cifre (2011), Rapporto annuale*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

ISTAT (2012). *Rapporto annuale. La situazione del paese*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

ISTAT (2012). *Rapporto sulla coesione sociale*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

ISTAT (2013c). *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati. Anno 2010*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

Katon W., Von Korff M., Lin E., Walker E., Simon G.E., Bush T., Robinson P. e Russo J. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. *Journal of the American Medical Association*, 273, pp. 1026-1031.

Kim S., Losina E., Solomon D.H., Wright J. e Katz J.N. (2003). Effectiveness of clinical pathways for total knee and total hip arthroplasty: literature review. *Journal of Arthroplasty*, 18(1), pp. 69-74.

Kitchiner D., Davidson C., Bundred P. (1996). Integrated care pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice. *J Eval Clin Pract*, 2(1), pp. 65-69.

Kodner D. e Spreeuwenberg C. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – a Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(3).

Kwan J. e Sandercock P. (2004). In-hospital care pathways for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4)

Le Grand J. e W. Bartlett (1993). *Quasi-Markets and Social Policy*. Macmillan, Basingstoke.

Lega F e Tozzi V. (2009). Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia. in Cantù E. (a cura di) *Rapporto OASI 2009*. pp. 249-272.

Lemmens L, Van Zelm R., Vanhaecht K. e Kerckamp H. (2008). Systematic review: indicators to evaluate effectiveness of clinical pathways for gastrointestinal surgery. *J Eval Clin Pract*, 14(5).

Lorig K.R. e Holman H.R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), pp. 1-7.

Maciocco G. (2007). Dal paradigma dell'attesa a quello dell'iniziativa. La strada per costruire il secondo pilastro della sanità. *Ann. Ig*, 19, pp. 551-557.

McAlister F.A., Lawson F. M.E. e Teo K.K, Armstrong P.W. (2001). A systematic review of randomized trials of diseases management programs in heart failure. *Am J Med*, 110, pp.378-384.

McWhinney I.R. (1997). *A textbook of family medicine*. Oxford University Press, New York.

Meneguzzo M. e Cepiku D. (2008). *Network pubblici: Strategia, struttura e governance*, The McGraw Hill, Milano.

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (2008). *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*. Ministero della salute, Roma.

Ministero della salute (2009). *Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Anno 2007*. Ministero della salute, Roma.

Ministero della salute (2013). *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – Annuario statistico del servizio sanitario nazionale. Anno 2010*. Ministero della salute, Roma.

Morosini P. e Perraro F. (2004). *Enciclopedia della gestione di qualità in Sanità*. Centro Scientifico Editore.

Neuman M.D., Archan S., Karlawish J.H., Schwartz J.S. e Fleisher L.A. (2009). The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture. *J Am Geriatr Soc*, 57(11), pp. 2046-2054.

O'Toole L.J. (1997). Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration. *Public Administration Review*, 57.

Ouwens M., Wollersheim H., Hermens R., Hulscher M. e Grol R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*, 17(2), pp.141-146.

Ovretveit J. (1998). *Evaluating Health Interventions*. Open University Press, Buckingham.

Panella M., Marchisio S. e Di Stanislao F. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *Int J Qual Health Care*, 15(6), pp. 509-521.

Panella M., Marchisio S., Demarchi M.L., Manzoli L., Di Stanislao F. (2009). Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomized controlled trial. *Qual Saf Health Care*, 18, pp.369-373.

- Panella M., Moran N. e Di Stanislao F. (1997). Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. *QA*, 8(1), pp.1-16.
- Pasquinelli S., Rusmini G. (a cura di) (2008). *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca *Qualificare*, Istituto per la Ricerca Sociale.
- Pavolini E., Ranci C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long- term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*,18, p. 246.
- Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH (1995). Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Ann Intern Med* Dec 15; 123 (12): 941-948.
- Renholm M., Leino-Kilpi H. e Suominen T. (2002). Critical pathways. A systematic review. *J Nurs Adm*, 32(4), pp.196-202.
- Rotter T., Kugler J., Koch R., Gothe H., Twork S., van Oostrum J.M. e Steyerberg E.W: (2008). A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Services Research*, 8, p.265.
- Scaccabarozzi G.L. (n.d.). *Quali cure domiciliari a sostegno delle fragilità: la ricerca di un percorso comune*, ASL Lecco, Dipartimento della Fragilità.
- Shekim L. (1994). Critical Pathway. *Quality Improvement Digest Fall*, pp. 1-10.
- Shiell A., Hawe P. e Gold L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*, 336, pp. 1281-1283.
- Shortell S., Gillies R., Anderson D., Erickson K. e Mitchell J. (1993). Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration*, 38(4), pp.447-66.
- Shortell S.M., Gillies R. e Anderson D.A. (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5), pp.46-64.
- Stange K., Ferrer R. (2009). The paradox of primary care. *The Annals of Family Medicine*, 7(4), pp. 293-299.
- Stange K.C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *The Annals of Family Medicine*, 7(2), pp.100-103.
- Stange KC. (2002). The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), pp.267-8.

Starfield B., Shi L. e Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), pp. 457–502.

Starfield B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), p. 63.

Starfield B. e Shi L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60(3), p.201.

Stewart M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal*, 322(7284), pp.444–445.

Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels M. (2013), “Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care”. *International Journal of Integrated Care*. Disponibile su <http://www.ijic.org>. URN:NBN:NL:UI:10-1-114415>

Van Herck P., Vanhaecht K., Deneckere S., Bellemans J., Panella M., Barbieri A. e Sermeus W. (2010). Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. *J Eval Clin Pract*,16(1), pp. 39-49.

Vanhaecht K., De Witte K., e Sermeus W. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation KULeuven, Katholieke Universiteit Leuven.

Hébert R. e Veil A (2008). Measuring the integration of services between stakeholders in the continuum of services for the elderly in three territories. in: Hébert R., Tourigny A., e Raiche M. (a cura di) *PRISMA Volume II, Integration of services for disabled people: research leading to action*.Edisem, Québec.

Von Korff M., Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. e Wagner E.H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127, pp. 1097-1102.

Wagner E.H. (1996) What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1, pp. 2-4.

Wagner E.H. (2004). Chronic disease care. *BMJ*,328, pp.177-178.

Wagner E.H., Austin B.T. e Von Korff M. (1996) Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74, pp. 511- 544.

Wagner E.H., Austin B.T. e Von Korff M. (1996b). Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly*, 4, pp. 12- 25.

Wagner E.H., Sandhu N., Newton K.M., McCulloch D.K., Ramsey S.D. e Grothaus L.C. (2001). Effect of improved glycemc control on health care costs and utilization. *JAMA*, 285(2), pp.182-189.

Wagner J.T., Bachmann L.M. e Boulton C. (2006). Predicting the Risk of Hospital Admission in Older Persons - Validation of a Brief Self-Administered Questionnaire in Three European Countries. *J Am Geriatr Soc*, 54, pp.1271–1276.

Wall D. e Boggust M. (2003). Developing managed clinical networks. *Clinical Governance Bulletin*, 3(6), p. 3.

Woolf S.H. (1990). Practice guidelines: a new reality in medicine. I. Recent developments. *Arch Intern Med*, 150(9), pp. 1811- 1818.

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2008). *The World Health report 2008: primary health care now more than ever*. World Health Organization, Geneva.

## SITOGRAFIA

Gams-Homolova V., Naiditch M., Fagerstrom C., Lamura G., Melchiorre M.G., Gulacsi L. e Hutchinson A. (2012). Clients In Focus. in Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hotchinson A. e Saltman R.B. (a cura di) *Home care across Europe. Current structure and future challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 55-70. Disponibile su <[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf)>

Health Dialog, King's Fund, New York University (2006). *Combined Predictive Model. Final Report & technical documentation*, King's Fund, London. Disponibile su <<http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=6745>>.

ISTAT (2013a). *Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma. Disponibile su <[www.istat.it/it/archivio/16777](http://www.istat.it/it/archivio/16777)>.

ISTAT (2013b). *Demografia in cifre*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma. Disponibile su <[www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)>.

John Hopkins University: the ACG system. Disponibile su <<http://acg.jhsph.org/>>.

Le Grand J. (2007). Sustaining responsibility: quasi-markets and baby bonds. In IReR, *The Lombardy Way*, series of seminars. Disponibile su <<http://www.irer.it/eventi/governancerelazionigiugno2007/Le%20Grand.pdf>>.

World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever*. Disponibile su <[www.who.int/whr/2008/en/index.html](http://www.who.int/whr/2008/en/index.html)>.



## ALLEGATO 1

## L'assistenza socio-sanitaria nella normativa nazionale: provvedimenti, indirizzi applicativi e adempimenti

PROVVEDIMENTI NORMATIVI	CONTENUTI	INDIRIZZI APPLICATIVI	RESPONSABILITA' DI SPESA
<p><b>Decreto legislativo 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30.11.1998, n. 419",</b></p> <p><b>(modificazioni ed integrazioni del D.lgs. 502/92)</b></p>	<p>Art. 3 septies, definisce la prestazione sociosanitaria nelle diverse articolazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, tra cui:</li> <li>- prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione</li> <li>- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria</li> </ul> <p>Art. 3 quater, comma 3, lettera c): Il Programma delle Attività territoriali, per la parte sociosanitaria, è approvato con l'intesa del Comitato dei Sindaci.</p>	<p><b>Le Regioni</b> disciplinano l'applicazione dell'integrazione sociosanitaria.</p> <p><b>Aziende Sanitarie Locali</b> (tramite i Distretti) e <b>Comuni</b> (tramite le Zone) devono provvedere all'erogazione delle prestazioni sociosanitarie inserendole nella <b>pianificazione locale:</b> Piano delle Attività Territoriali (PAT) e Piano di Zona (PdZ)</p>	<p><b>A carico delle ASL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni ad elevata integrazione (totale carico)</li> <li>- sanitarie a rilievo sociale (prevalente carico)</li> </ul> <p><b>A carico della persona, o del Comune</b> in caso di povertà:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni sociali e ospitalità alberghiera (totale carico)</li> <li>- sociali a rilevanza sanitaria (prevalente carico)</li> </ul> <p>Con la concertazioni sui piani territoriali è più facile raggiungere intese anche sulla spesa.</p>
<p><b>Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 8, comma 3, lettera a) dà indicazioni affinché l'ambito territoriale sociale coincida "di norma" con il Distretto sanitario;</li> <li>- Art. 19 definisce i Piani di Zona e prevede che l'approvazione del Piano avvenga con l'intesa delle Aziende USL.</li> <li>- Art. 22, comma 2, definisce gli interventi erogabili ai cittadini come livello essenziale delle prestazioni sociali (lettere a-i)</li> </ul>	<p>Le Regioni nel disciplinare l'ambito territoriale, a livello locale, devono avere come punto di riferimento il distretto sanitario;</p> <p>la Zona sociale e l'ASL devono concertare la programmazione sociosanitaria</p>	<p>Anche la L. 328/00 è chiara sulla ripartizione della spesa che viene facilitata con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambiti territoriali coincidenti;</li> <li>- programmi operativi integrati.</li> </ul>

PROVVEDIMENTI NORMATIVI	CONTENUTI	INDIRIZZI APPLICATIVI	RESPONSABILITA' DI SPESA
<p><b>DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".</b></p>	<p>È emanato per specificare le prestazioni sociosanitarie indicate dal D.lgs. 229/99 e precisa che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sono <b>prestazioni sociali</b>: interventi economici, di aiuto domestico familiare e ospitalità alberghiera nelle strutture residenziali;</li> <li>- è a <b>rilievo sanitario</b> l'assistenza sanitaria a domicilio e in residenza (anche diurna)</li> <li>- sono a <b>elevata integrazione</b> i trattamenti dove non sono scindibili i fattori produttivi sanitarie e sociali (intensivi, estensivi e di lungo assistenza);</li> <li>- indica modalità di presa in carico e di sviluppo dell'assistenza;</li> <li>- una tabella allegata fissa le percentuali di spesa a carico del SSN, dei cittadini e/o Comuni.</li> </ul>	<p>Le <b>Regioni</b> devono <b>disciplinare l'erogazione</b> delle prestazioni sociosanitarie prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Conferenza Permanente Sociosanitaria</b></li> <li>➤ <b>modalità organizzative</b> quali: valutazione multidisciplinare del bisogno, presa in carico e <u>progetto personalizzato</u>; (nel progetto si stabilisce se trattasi di prestazioni intensive, estensive o di lungo assistenza);</li> </ul> <p><b>le AUSL</b> devono recepire i suddetti principi nella loro organizzazione;</p> <p><b>i Comuni</b> erogano le prestazioni sociali a rilievo sanitario prevedendo la <b>compartecipazione</b> del cittadino.</p>	<p><b>Le Regioni</b>, con il concorso della Conferenza, orientano il riparto del Fondo sanitario anche alle attività sociosanitarie.</p> <p><b>Le Regioni</b> stabiliscono anche criteri per il concorso alla spesa da parte dei cittadini tenendo conto del D.Lgs 109/98 e s.m.i. (ISEE)</p>

PROVVEDIMENTI NORMATIVI	CONTENUTI	INDIRIZZI APPLICATIVI	RESPONSABILITA' DI SPESA
<p><b>DPCM 29 novembre 2001: "Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria"</b></p>	<p>All'allegato 1 C) il DPCM colloca le <b>prestazioni sociosanitarie</b> all'interno di interventi:</p> <p>- <b>ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali</b></p> <p>prevedendo oltre alla spesa a carico del SSN anche quella a carico del cittadino e/o del Comune, riprendendo i criteri e percentuali di concorso alla spesa già indicate del DPCM 14 febbraio 2001</p>	<p>Le regioni devono adottare provvedimenti</p> <p>Le AUSL e i Comuni provvedono all'applicazione degli indirizzi nazionali e regionali.</p>	<p>L'attribuzione della spesa a carico del SSN e quella a carico del cittadino o Comuni è grandemente disomogenea, anche per la differente interpretazione data ai trattamenti socio-sanitari.</p>

(Estratto da Agenas (2010))



## ALLEGATO 2

# Raccomandazioni per promuovere la qualità dell'integrazione sociale e sanitaria

Estratto dal Capitolo 6. SiQuAS, “Raccomandazione 2011 La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”, pp. 58-63

## Le raccomandazioni

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

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

Le Raccomandazioni SIQUAS sono declinate in rapporto alle funzioni:

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

Secondo lo schema di seguito riportato:

Livelli	Funzioni oggetto della raccomandazione		Soggetti cui è indirizzata la raccomandazione	
Macro	Politico- Istituzionale	Governo Nazionale (Macro 1)	Stato - Regioni - Enti Locali	Politici e Funzionari A Livello Europeo e Nazionale
		Governo Locale (Macro 2)		Politici e Funzionari Amministrativi Regionali E ELL
Meso	Organizzativo – Gestionale	Gestione Organizzativa (Meso 1)	<u>Enti Gestori</u> Aziende Sanitarie - Servizi Sociali Eell - Altri	Direttori Generali - Staff (ASL/AO)- Dirigenti Amministrativi Servizi EELL
		Gestione Professionale (Meso 2)	<u>Gruppi Professionali</u> Nella Fase Di Pianificazione Organizzativa E Professionale	Gruppi Professionali (Servizi, Società Scientifiche)
Micro	Professionale	Assistenziale (Micro)	<u>Professionisti</u> nelle fasi di implementazione e valutazione degli interventi	Professionisti (singolarmente e/o team operativi)

<b>FUNZIONE POLITICO- ISTITUZIONALE</b>		
<b>Raccomandazione</b>	<b>Livello</b>	<b>Soggetti</b>
1. Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, un Dipartimento che abbia la titolarità delle competenze per l'integrazione sociale e sanitaria, coordinando le azioni del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Nazionali
2. Adottare il decreto sui profili delle Figure professionali sociali previsto dalla L.328/00 e ridefinire con il Ministero dell'Istruzione e dell'Università, nonché con il CUN i percorsi formativi per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati tra sanità e sociale nei territori	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Nazionali
3. Promuovere il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
4. Individuare le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria a livello nazionale	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
5. Definire le tipologie di relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
6. Garantire che la definizione delle policy siano basate su metodologie di analisi dei bisogni della popolazione residente fondate sui dati storici e sulle direttrici di cambiamento della domanda di medio e lungo termine (invecchiamento della popolazione, cronicità, disabilità, dipendenze, fragilità, disagio ed emarginazioni sociali)	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL

<b>FUNZIONE POLITICO- ISTITUZIONALE</b>		
<b>Raccomandazione</b>	<b>Livello</b>	<b>Soggetti</b>
<p>7.Per le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria individuate dalla normativa nazionale ri/definire:</p> <p>a) i Livelli di Assistenza (LEA + LIVEAS) con la contestuale definizione dei corrispondenti interventi e prestazioni sanitarie e sociali, integrate, coerenti ed in continuità con i processi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione;</p> <p>b) i livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria (accettazione/accoglienza, valutazione multidimensionale, presa in carico globale e costruzione del piano assistenziale individualizzato)</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>8.Declinare i criteri per la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>9.Costruire Linee Guida, condivise e definite a livello della Conferenza Stato-Regioni, per definire requisiti comuni condivisi di accreditamento orientati alla qualità, necessari per i soggetti terzi per essere accreditati con i SSR e con gli enti locali per poter offrire i loro servizi e partecipare alle gare pubbliche di assegnazione</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>10.Definire i costi standard, condivisi e definiti a livello di Conferenza Stato-Regioni, per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie integrate offerti, verso i quali far convergere l'organizzazione dei servizi da parte delle singole Regioni e da usare come nomenclatore tariffario nazionale di riferimento massimo, non superabile a livello delle singole Regioni</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>11.Allocare risorse adeguate a livello nazionale per sostenere lo sviluppo delle reti di integrazione tra sanità e sociale a livello regionale con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi nazionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti regionali</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>

FUNZIONE POLITICO- ISTITUZIONALE		
Raccomandazione	Livello	Soggetti
12. Qualificare i sistemi informativi socio-sanitari integrati a livello nazionale attraverso la implementazione di sistemi di indicatori e standard per un monitoraggio sistematico dei servizi offerti da parte degli erogatori accreditati, pubblici e privati, da parte della Conferenza Stato-Regioni, al fine del controllo della qualità e delle performance dei servizi erogati e per il monitoraggio della spesa in un approccio di garanzia dei LIVEAS, della qualità e della sostenibilità delle reti integrate di servizi sanitari e sociali	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
13. Favorire la raccolta delle buone pratiche normative, gestionali e assistenziali per favorirne una divulgazione tra le Regioni e tra gli operatori accreditati, pubblici e privati, in un approccio di crescita della cultura della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sostenibilità delle prestazioni erogate	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
14. Perseguire il consolidamento del sistema integrato pubblico-privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
15. Definire gli strumenti normativi per favorire lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica di sussidiarietà verticale, solidaristico-assicurativa superando la logica contributivo - capitaria	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
16. Allocare risorse adeguate a livello regionale e degli Enti Locali subordinati, prevedendo meccanismi di programmazione integrata e di cofinanziamento dei servizi, per sostenere lo sviluppo delle reti territoriali di integrazione tra sanità e servizi con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi regionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti territoriali	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL

<b>FUNZIONE POLITICO- ISTITUZIONALE</b>		
<b>Raccomandazione</b>	<b>Livello</b>	<b>Soggetti</b>
<p>17. Per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria, nei livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali:</p> <p>A) vengono definiti i possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione;</p> <p>B) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale ;</p> <p>C) vengono indicati i criteri per la presa in carico e la continuità assistenziale;</p> <p>viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio- sanitari sui singoli pazienti</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi regionali e EELL</p>
<p>18. Nel Programma Nazionale Linee Guida e/o a livello regionale vengono redatte Linee Guide sulle evidenze scientifiche relative:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ai "luoghi" di accettazione e accoglienza integrata territoriale;</li> <li>- agli strumenti di valutazione integrata;</li> <li>- alle modalità della presa in carico e della continuità assistenziale;</li> <li>- agli strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti di integrata e dell'integrazione professionale</li> </ul>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2) e Organizzazioni Professionali (Meso 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL + Organizzazioni Professionali (Società Scientifiche)</p>
<p>19. Garantire una unicità di gestione istituzionale delle politiche socio sanitarie, socio assistenziali e sociali unificando le competenze degli attuali Assessorati Regionali preposti (Assessorato alla Salute e Assessorato alle Politiche Sociali)</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>20. Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) nella Regione onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>21. Organizzare e articolare su base regionale e locale la partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, co-progettazione, co- gestione/co- responsabilità, controllo partecipato</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>

<b>FUNZIONE POLITICO- ISTITUZIONALE</b>		
<b>Raccomandazione</b>	<b>Livello</b>	<b>Soggetti</b>
22. Declinare la rimodulazione dell'offerta disponibilità dei servizi sociali e sanitari, favorendo il riequilibrio territoriale e la contestualizzazione dell'offerta	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
23. Individuare i "luoghi" istituzionali, organizzativi e gestionali dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale e locale	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
24. Ridefinire con i Policlinici Universitari e gli Atenei presenti nelle singole Regioni i percorsi formativi, stage, tirocini destinati a operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati e in base agli obiettivi definiti in sede regionale; con la Formazione professionale, a titolarità regionale e provinciale, i titoli ed i percorsi formativi delle professionalità sociali e sanitarie di competenza	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
25. Definire la prospettiva del "Piano Regolatore" dei servizi integrati alla persona a livello regionale e nelle sue declinazioni a livello territoriale (Piani Aziendali, Piani di Zona, Accordi di Programma, etc.)	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
26. Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello regionale e ai livelli subordinati	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
27. Definire i collegamenti con le "altre" programmazioni (ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, formazione professionale, etc.)	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
28. Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) in tutte le Regioni onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
29. Definire l'identificazione del "portafoglio" di servizi ed interventi sociali, sanitari, socio-sanitari erogabili, in quanto elemento costitutivo dei LEA, 3° livello, e dei LIVEAS	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
30. Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello territoriale favorendo l'adozione di strumenti unitari con particolare riferimento a: profilo di comunità, obiettivi, programmazione di settore, monitoraggio e valutazione	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL

<b>FUNZIONE POLITICO- ISTITUZIONALE</b>		
<b>Raccomandazione</b>	<b>Livello</b>	<b>Soggetti</b>
31. Costruire un processo di programmazione integrata e di rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
32. Le regioni recepiscono nei propri atti amministrativi i livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali in merito: A) ai possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) all'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale; C) alla definizione delle modalità di presa in carico e di continuità assistenziale; D) all'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL



