

CON ALLEGATO ONLINE

I requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale

Raccomandazione Nazionale SIQuAS

A cura di Anna Apicella, Giorgio Banchieri,
Francesco Di Stanislao, Lidia Goldoni,
Veronica Sabatini

FrancoAngeli

**SIQuAS, Società Italiana per la Qualità
nell'Assistenza Sanitaria**



SIQuAS-VRQ

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

I requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale

Raccomandazione Nazionale SIQuAS

A cura di Anna Apicella, Giorgio Banchieri,
Francesco Di Stanislao, Lidia Goldoni,
Veronica Sabatini

FrancoAngeli



Coordinamento, introduzione e revisione finale a cura dei coordinatori:

- Anna Apicella
- Giorgio Banchieri
- Francesco di Stanislao
- Lidia Goldoni.

Con il supporto di Veronica Sabatini.

Nello specifico, la redazione dei capitoli è stata curata da:

- Apicella Anna: Cap. 1, paragrafi 1 e 2.
- Banchieri Giorgio: Cap. 2, paragrafo 3; Cap. 4, paragrafo 2; Cap. 5, paragrafo 4; Cap. 7.
- Di Stanislao Francesco: Cap. 2, paragrafo 1; Cap. 3, paragrafo 1.
- Goldoni Lidia: Cap. 3, paragrafi 2 e 3; Cap. 5, paragrafo 2.
- Gardini Andrea, Cap. 4, paragrafo 1.
- Bugliari Armenio Leonilda: Cap. 2, paragrafi 4-5, Glossario.
- Bellentani Mariadonata: Cap. 2, paragrafi 4-5, Glossario.
- Fauni Loredana: Cap. 4, paragrafo 1.
- Fortino Antonio: Cap. 2, paragrafo 5, Capitolo 5, paragrafo 4, Glossario.
- Ricci Stefano: Cap. 2, paragrafo 2; Cap. 5, paragrafo 1.
- Sabatini Veronica: Cap. 2, paragrafo 3; Cap. 4, paragrafo 2; Cap. 7.
- Vernero Sandra: Cap. 4, paragrafo 1.

Per accedere all'allegato online è indispensabile
seguire le procedure indicate nell'area Biblioteca Multimediale
del sito **www.francoangeli.it**
registrarsi e inserire il codice **EAN 9788820432942** e l'indirizzo email
utilizzato in fase di registrazione

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Andrea Gardini</i>	pag. 7
Introduzione	» 9
1. Il metodo	» 13
1. La metodologia di lavoro	» 13
2. La composizione del gruppo	» 16
2. L'integrazione tra sanità e sociale e lo stato dell'arte	» 18
1. L'integrazione tra sanità e sociale in letteratura	» 18
2. L'integrazione tra sanità e sociale oggi: analisi del rapporto	» 26
3. L'allocazione delle risorse nell'integrazione tra sanità e sociale	» 29
4. L'integrazione e i riferimenti normativi	» 32
5. Le parole dell'integrazione	» 37
Bibliografia	» 39
Sitografia	» 45
3. La qualità dell'integrazione tra sanità e sociale	» 46
1. Criteri e requisiti	» 46
2. Obiettivi, aree e destinatari	» 51
3. Contenuti e dimensioni	» 52
Bibliografia	» 54

4. Qualità ed esperienze	pag. 56
1. Un sistema di autovalutazione dei progetti di integrazione	» 56
2. La rilettura delle buone prassi	» 59
Bibliografia	» 66
5. Prospettive, strumenti e opportunità	» 67
1. I percorsi futuri dell'integrazione: dimensioni qualificanti	» 67
2. Integrazione nel territorio, nella comunità e nella città	» 73
3. Gli strumenti per il governo dell'integrazione (formazione, PAC, budget di salute)	» 74
4. L'integrazione nella programmazione	» 87
Bibliografia	» 91
6. Le raccomandazioni	» 93
1. Le raccomandazioni	» 93
7. Il consensus degli operatori sanitari e sociali ai requisiti della Raccomandazione SIQuAS (2012)	» 102
1. Questionari di consensus	» 106
Bibliografia	» 117
Appendici	
Glossario sull'integrazione socio-sanitaria	» 121
Schema di autovalutazione dei progetti di integrazione socio-sanitaria	» 167
Questionario per il consensus degli operatori sulla Raccomandazione SIQuAS	» 171
Abstract degli allegati online	» 179

Prefazione

di Andrea Gardini*

È abbastanza chiaro che il lavoro volontario, quello fatto nei ritagli di tempo, da un gruppo motivato di professionisti competenti dà i migliori risultati. È successo a Sabin, a Koch, a Donabedian. I professionisti competenti, perché il lavoro riesca bene, devono essere anche indipendenti da potentati economici o interessi precostituiti. L'unica motivazione, perché il lavoro riesca bene, è la curiosità.

E ci rendeva curiosi, circa quattro anni fa, il fatto che tutto il mondo dei servizi sociali e sanitari facesse piani, progetti, programmi di integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari spesso avulsi dalla realtà con tanta teoria in testa, ma con poche capacità di analisi e di sintesi... di analisi magari tanta, ma in quanto alla sintesi... e all'applicazione poi... quintali di carta scritta, poche realizzazioni pratiche, le persone ammalate sempre con problemi di continuità assistenziale, ad aspettare una carta, un permesso, un operatore disponibile...

Eh, sì... l'integrazione fra i servizi sanitari e quelli sociali è un evento che accade ogni giorno, più volte al giorno, ma non è detto che sia di buona qualità. Quando nel 2007 il consiglio direttivo della Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS) nel completare il suo decennale percorso per la definizione di raccomandazioni sugli strumenti per la qualità si è interrogato su che cos'è qualità nell'integrazione fra i servizi sanitari e quelli sociali, qualcuno ha ridacchiato, altri hanno francamente riso, un caro amico esperto internazionale di accreditamento ha commentato: "Accreditation in social services?... what a funny urpose...!" ...invece c'era tutto da capire, prima di applicare qualsiasi strumento della qualità.

Dopo quattro anni di lavoro avete a disposizione i risultati di questa ricerca, totalmente effettuata da amici di SIQuAS, volontariamente, amici generosi,

* Presidente SIQuAS.

desiderosi di mettersi assieme in un percorso di conoscenza che vorremmo porti luce e trasparenza a un oggetto, quello dell'integrazione fra i servizi sanitari e sociali che dovrebbe essere ben noto a quanti governano i servizi sanitari e sociali e su questi investono i proventi del prelievo fiscale. I servizi sociali e i servizi sanitari pubblici infatti appartengono alle persone che vivono in Paese e sono pagati con i loro soldi, le famose tasse che, se non pagate, ne riducono le potenzialità.

Il metodo rigoroso, la bibliografia, i confronti anche importanti che ci sono stati in questo periodo e che hanno coinvolto tutti gli autori fanno di queste Raccomandazioni SIQuAS un pezzo unico in Italia e, per le difficoltà trovate a reperire fonti bibliografiche internazionali, anche europee.

Abbiamo voluto mettere assieme una forte base di conoscenza per quelli che in futuro si troveranno a dover organizzare e gestire il settore della nostra civiltà più delicato, quello che desidera garantire a ogni persona che appartiene ai nostri Paesi, martoriati dalla crisi di un modello di consumi e di vita che fa ancora fatica a trovare alternative credibili, ma che così com'è ha mostrato tutta la sua debolezza e incapacità a dare benessere alle persone e alle comunità. Il testo che vi presentiamo è il frutto di questo lavoro, per il quale le persone che vi hanno partecipato ci hanno messo, anche economicamente, del proprio, hanno offerto la propria esperienza e la propria intelligenza, hanno dato la loro disponibilità a mettere in discussione le proprie idee e i propri dati.

Integrare i servizi sanitari con quelli sociali oggi significa rendersi conto che i bisogni delle persone non sono solamente quelli di base descritti da Talcott Parsons e che il loro soddisfacimento non è dato per sempre, ma dipende dalle condizioni di contesto in cui sono sviluppati... Inserire la parola qualità all'interno del titolo di questo lavoro ha significato utilizzare una lente comune per vedere molti fenomeni, a volte anche contrastanti, diversi fra loro, a volte non comparabili... qualità però è sempre legata, oramai indissolubilmente alla parola sostenibilità... servizi e cure di efficacia dimostrata, integrati con i servizi sociali costano di meno e sono più efficaci. Lo diceva l'OMS trent'anni fa, lo ripete anche adesso, anche se non sembra più di moda... qualità conviene a tutti.

Introduzione

Il mandato ricevuto

La SIQuAS, Società Italiana per la Qualità nell'assistenza Sanitaria, ha organizzato e svolto un "percorso" di confronto e di ricerca sui temi della qualità nell'integrazione tra sanità e sociale per pervenire, quale risultato di sintesi del percorso, a una nuova Raccomandazione SIQuAS sul tema.

Il rationale della proposta ha origine dalle seguenti considerazioni:

- è necessario, come sempre si dovrebbe, partire da un'analisi dei bisogni di salute dei cittadini su cui programmare le risposte dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) a livello dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali in termini di appropriatezza, efficacia e efficienza delle cure e delle prestazioni erogate, recuperando i grandi margini di non appropriatezza esistenti;
- si impone oggi, sempre di più, una riflessione su come sviluppare un percorso di deospedalizzazione e una crescita delle reti territoriali e di cure primarie, nonché lo sviluppo di processi di garanzia della continuità delle cure e di presa in carico dei pazienti, congiuntamente al tema delle reti per patologie e della loro integrazione verticale e orizzontale, su come riorganizzare la presenza della sanità nei territori e su come integrarla con altre presenze assistenziali in logiche sempre più di collaborazione, condivisione e di network;
- si deve affrontare in questo approccio il tema dell'uso razionale delle risorse disponibili in un contesto non facile di difesa del ruolo del carattere pubblico e universalista dei sistemi sanitari regionali, prefigurando e sperimentando nuovi modelli organizzativi e gestionali che garantiscano la sostenibilità degli stessi e la difesa dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)¹ in tutto il Paese;

¹ I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pa-

- fino a oggi i modelli gestionali, di sicurezza e qualità si sono sviluppati principalmente nell'area dell'assistenza e cura dei pazienti acuti in quanto la realtà degli ospedali era ed è di più facile parametrizzazione, mentre la realtà delle reti territoriali, essendo oggettivamente dispersa nei territori, è sempre stata più difficilmente monitorata e valutata;
- lo sviluppo del ruolo dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali richiede di affrontare in modo sistematico il tema del loro monitoraggio, della loro valutazione in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza, nonché di sicurezza e qualità.

In questo approccio la nostra società, che si è già impegnata da più di venti anni su questi temi e in particolare su quelli relativi alle attività per acuti, ha inteso e intende mettere a disposizione delle istituzioni e degli operatori sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali una competenza consolidata sui temi della sicurezza, qualità, monitoraggio, validazione, gestione e management.

Obiettivi

L'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria è tra gli scopi già indicati nella legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 1978. Gli scarsi risultati ottenuti – se non in buone prassi, anche con livelli di eccellenza, disperse sul territorio – hanno indotto alcuni professionisti e soci SIQuAS a:

- rileggere i documenti a disposizione, le esperienze e la letteratura scientifica internazionale, i percorsi sinora realizzati, la normativa nazionale e regionale per evidenziare, in questa moltitudine di atti gli elementi favorevoli e sfavorevoli;
- introdurre una lettura attualizzata della cultura, delle motivazioni e degli obiettivi dell'integrazione aggiornata alle sensibilità e alle aspettative dei cittadini, ma anche degli operatori e dei professionisti, delle associazioni e delle rappresentanze della società;
- valorizzare e motivare concetti e principi, all'elaborazione odierna, riflettendo su alcuni temi – quali persona, continuità assistenziale, appropriatezza e utilizzo delle risorse – declinati in campo sociologico, filosofico, antropologico per consentire non solo un adeguamento dei termini e delle linee guida dell'integrazione socio-sanitaria, ma anche una condivisione

gamento di un ticket. I LEA sono stati definiti con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" (pdf 7 kb), entrato in vigore il 23 febbraio 2002.

di culture e significati dei termini e una maggiore idoneità a perseguire il benessere dei cittadini e a rispondere alle loro aspettative.

La speranza e la volontà insite in questo percorso sono state indirizzate a fornire contenuti e argomenti perché l'integrazione socio-sanitaria riprenda il suo cammino con un coinvolgimento corale di tutti i diversi attori per garantire risultati diffusi.

L'obiettivo dell'integrazione deve transitare da una modalità prestazionale – curare al meglio una malattia di un paziente – a una cultura di servizio in cui ci si prende cura di una persona.

Il prodotto realizzato è un documento metodologico necessariamente sintetico, di facile consultazione, suddiviso per capitoli, cui sono allegati online, per esteso, i documenti specifici per gli approfondimenti tematici.

Gli obiettivi esplicitati costituiscono un “valore aggiunto” che ha ispirato e guidato gli attori di questo percorso di studio e ricerca.

Il progetto ha inteso:

- individuare obiettivi significativi e standard centrati sul benessere del paziente, l'assegnazione di responsabilità individuali e professionali, i risultati attesi;
- fornire un quadro sintetico di letteratura, prassi e successivi aggiornamenti nei siti individuati sul tema dell'integrazione fra i servizi alla persona preposti alla tutela della salute e del benessere delle persone e delle comunità;
- analizzare i sistemi di classificazione delle strutture/servizi individuati sulla base delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali e dei servizi e delle prestazioni da loro erogabili;
- svolgere un'analisi di contesto sulle filiere assistenziali osservate individuando quadri normativi, risorse impegnate, mandatarî, attori e utenti;
- analizzare i diversi modelli di reti di assistenza sanitaria e socio-assistenziale, i loro punti di forza e di debolezza, le possibili proposte di miglioramento, le migliori pratiche di riferimento pro tempore nelle filiere assistenziali osservate.

La Raccomandazione sarà proposta agli enti, organizzazioni, aziende, strutture, che lavorano sul tema, come guida per la costruzione, utilizzo e la valutazione dei propri programmi, supportata da banche dati, osservatori, nomenclatore, e glossario.

La struttura del documento prevede nell'introduzione l'esplicitazione del mandato, e gli obiettivi ed è articolata in sette capitoli tematici con specifiche bibliografie.

Nelle Appendici sono riportate il glossario dell'integrazione socio-sanitaria, la scheda di autovalutazione dei progetti di integrazione socio sanitaria, il

questionario per il consensus degli operatori sulla Raccomandazione SIQuAS e gli Abstract degli Allegati.

Il *know how* prodotto, utilizzando tutte le esperienze disponibili, sarà diffuso in varie forme (riviste, siti, seminari, convegni ecc.) *in primis* sui siti www.siquas.it, www.osservatoriosanita.it e sulla rivista online *QA*.

1. Il metodo

1. La metodologia di lavoro

La Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS) opera dal 1984 per ricercare, validare, promuovere e diffondere in Italia i modelli e gli strumenti per la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari accettati dalle maggiori istituzioni sanitarie internazionali.

Le Raccomandazioni che la SIQuAS fornisce agli operatori sanitari nei diversi ambiti dell'assistenza rappresentano modelli e linee-guida, per il miglioramento delle loro pratiche di assistenza. Vengono elaborate da membri del Consiglio Direttivo e del Comitato Tecnico Scientifico con la collaborazione di esperti, validate e pubblicate sul sito www.siquas.it.

Nell'ottobre del 2009 si è costituito un gruppo di lavoro, su mandato del Consiglio Direttivo, con lo scopo di organizzare e svolgere un percorso di confronto e ricerca sui temi della Qualità nell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale che portasse a una nuova Raccomandazione SIQuAS sul tema.

Il percorso in una prima fase si è sostanziato in una serie di Convegni tematici per raccogliere le evidenze normative, di letteratura e pratiche più significative sulle tematiche topiche dell'integrazione tra sanità e sociale tra ottobre 2009 e febbraio 2010, come segue.

<i>Data-Luogo</i>	<i>Tema</i>
Aula Magna Presidio Nuovo "Regina Margherita", Via Morosini, 30 Roma Ottobre 2009	<i>Preso in carico e continuità delle cure: le reti territoriali integrate socio-sanitarie e socio-assistenziali</i> Sessione plenaria: – Politiche e modelli organizzativi regionali: un primo confronto Sessioni parallele confermate: – Lo sviluppo delle reti territoriali nei sistemi sanitari regionali: modelli a confronto – Esperienze di rendicontazione sociale nelle reti di cure primarie
Forum sulla Non Autosufficienza, Centro Congressi Savoia Hotel Bologna Novembre 2009	<i>Qualità delle cure e continuità assistenziale, linee guida e protocolli nelle aree cardine dell'integrazione socio-sanitaria</i> – Integrazione socio-sanitaria – Unitarietà della persona – Valore della partecipazione delle reti informali ai processi di cura – Valore della partecipazione delle reti informali ai processi di cura – Stretta collaborazione tra sociale e sanitario
Aula Magna Ospedale G. Eastman, Viale Regina Elena 287/b Roma Dicembre 2009	<i>Reti per patologie e integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale</i> Sessione plenaria: – Reti integrate e reti per patologie Sessioni parallele trasferite: – Oltre gli ospedali: la progettualità delle reti territoriali – Progetti d'integrazione nell'assistenza alle persone fragili o con patologie croniche
Aula Magna Ospedale G. Eastman, Viale Regina Elena 287/b Roma Febbraio 2010	<i>Misurare e validare, condivisione dei dati e monitoraggio nell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale</i> Sessione plenaria: – I sistemi regionali di valutazione e monitoraggio Sessioni parallele trasferite: – Indicatori e sistemi di misurazione e valutazione delle reti territoriali – Continuità, Collaborazione, Controllo: condividere il patrimonio informativo per fare sistema

In occasione del Forum della Non Autosufficienza che si è tenuto a Bologna il 12 novembre 2009 è stato presentato pubblicamente il progetto e definito il gruppo di coordinamento e i sottogruppi di lavoro con esperti provenienti da realtà professionali e scientifiche, da istituzioni pubbliche e private centrali e locali, provenienti da diverse regioni italiane.

Il percorso si è articolato per fasi:

Fase preliminare	È stato effettuato uno studio sul concetto di integrazione socio-sanitaria e dei requisiti di qualità; tale concetto è stato aggiornato <i>in progress</i>
I fase	Sono stati raccolti documenti italiani e stranieri
II fase	Le esperienze raccolte sono state selezionate e rese disponibili nell'Osservatorio Sanità (www.osservatoriosanita.it)
III fase	Si è sviluppata la discussione e il confronto fra gli esperti, attraverso seminari, congressi nazionali, forum, e numerosi incontri del gruppo di lavoro nazionale e dei sottogruppi
IV fase	Si è giunti alla redazione e approvazione di un primo indice della raccomandazione
V fase	I componenti del gruppo hanno redatto i capitoli assegnati
VI fase	La raccomandazione è stata validata e pubblicata

Le funzioni oggetto della Raccomandazione sono a livello:

- *istituzionale* del governo nazionale e locale;
- *gestionale* di tipo organizzativo e professionale;
- *assistenziale* nella pratica clinica e sociale.
- I soggetti a cui è indirizzata la raccomandazione sono:
- politici e funzionari amministrativi nazionali, regionali e di Enti Locali;
- Direttori Generali, staff, di ASL-AUSL-AO, dirigenti, amministrativi dei servizi e degli Enti Locali;
- gruppi professionali e professionisti singoli.

Il tema oggetto della presente Raccomandazione per le sue specifiche caratteristiche esula dalle precedenti raccomandazioni pubblicate da SIQuAS, pertanto nella stesura si è tenuto conto dei seguenti fattori:

- non sono ancora consolidate evidenze in letteratura sull'integrazione socio-sanitaria (vedi cap. 2, "L'integrazione tra sanità e sociale e lo stato dell'arte", I modelli di integrazione in letteratura scientifica: Edimburgo, Europa, ...);
- esistono evidenze sulle sue componenti (processi, reti ecc.);
- è stata utilizzata una modalità oggettiva e condivisa basata sul dialogo e il confronto delle esperienze tra operatori esperti del settore;
- si è considerata la riproducibilità;
- il gruppo di lavoro era multidisciplinare, rappresentativo di tutte le figure professionali coinvolte nei processi oggetto della Raccomandazione per garantire la coerenza dei diversi punti di vista;
- le fonti bibliografiche, le banche dati e le strategie di ricerca utilizzate sono esplicitate;
- per le peculiarità del tema non viene riportato il *grading* delle evidenze e di conseguenza la forza della Raccomandazione.

Sono state elaborate le Raccomandazioni (vedi cap. 6) di facile e snella consultazione per gli utilizzatori, partendo da un'esplicitazione dei principi dell'integrazione tra sanità e sociale, sintetizzati in nove punti e successivamente sviluppati ai vari livelli delle funzioni oggetto della Raccomandazione generale: *istituzionale, gestionale e assistenziale*.

La struttura del documento prevede la prefazione curata dal Presidente della SIQuAS, un'introduzione in cui vi è l'esplicitazione del mandato, degli obiettivi; nel capitolo 1 è riportata la metodologia di lavoro; seguono cinque capitoli tematici e nel sesto capitolo vengono illustrate le Raccomandazioni.

Ogni capitolo è corredato da bibliografia; in Appendice viene riportato il Glossario dell'integrazione tra sociale e sanitario, la Scheda di Autovalutazione dei progetti di miglioramento, il Questionario per il consensus degli operatori sulla Raccomandazione stessa. Gli approfondimenti vengono rinviati agli Allegati.

Questo lavoro rappresenta un primo prodotto che sarà proposto e sottoposto alla discussione e applicazione nei diversi contesti descritti e periodicamente oggetto di revisione con il contributo di tutti coloro che vorranno parteciparvi.

2. La composizione del gruppo

Il gruppo di lavoro attivato è composto da:

- Andrea Gardini, Direttore sanitario AOP Ferrara, Presidente SIQuAS, Ferrara;
- Anna Apicella, Università di Genova, Responsabile Ufficio Qualità ASL 2 Savonese, SIQuAS, Savona;
- Giorgio Banchieri, www.osservatoriosanita.it, Docente DiSSE, Univ. “Sapienza”, membro CDN SIQuAS, Roma;
- Lidia Goldoni, Consulente, soci SIQuAS, Modena;
- Francesco Di Stanislao, Professore Ordinario Università Politecnico Marche, SIQuAS, Consulente AGENAS, Vice Presidente SIQuAS, Ancona;
- Antonio Fortino, ASL Roma D, socio SIQuAS, Roma;
- Stefano Ricci, Responsabile Integrazione socio-sanitaria, ARS Marche, socio SIQuAS, Ancona;
- Mariadonata Bellentani, Dirigente Organizzazione Servizi Sanitari, AGENAS, Roma;
- Leonilda Bugliari Armenio, Organizzazione Servizi Sanitari, AGENAS, Roma;
- Sandra Vernero, Responsabile Qualità, AUSL Bologna, membro CDN SIQuAS, Bologna;

- Loredana Fauni, Dirigente Sociale, AUSL Bologna, SIQuAS, Bologna;
- Veronica Sabatini, Ricercatrice www.osservatoriosanita.it, Roma, socia SIQuAS;
- Silvia Boni, Dirigente Area Sanità, FORMEZ PA, Roma e Napoli, Roma;
- Antonio Giulio de Belvis, Osservasalute – Italian Observatory on Health Care, Roma;
- Marta Martino, Osservasalute – Italian Observatory on Health Care, Roma;
- Ambrogio Aquilino, Dirigente ARS Puglia, Bari, socio SIQuAS, Bari;
- Michele Loiudice, Resp. Qualità Azienda ARES 118, Roma, socio SIQuAS, Roma;
- Barruchello Mario, Medico di Medicina Generale, Esperto, socioSIQuAS, Bergamo;
- Carolina Tomasi, Resp. Qualità OASI, socia SIQuAS, Enna;
- Nicola Pinelli, Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Roma;
- Fosco Foglietta, FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie E Ospedaliere, Ferrara;
- Liliana Leone, Consulente CEVAS, Roma;
- Monica Minelli, Resp. Dipartimento Attività Socio-sanitarie AUSL BO, Bologna;
- Andrea Valdré, Direttore Società della Salute Firenze Nordovest, Firenze;
- Piero Borgia, Responsabile scientifico, ASP Lazio, Roma;
- Simone Naldoni, Responsabile Integrazione tra sanità e sociale, Federsanità ANCI, Roma;
- Stefano Pompili, Ex direttore sanitario ASL RM A, Laboratorio didattica ASL Lazio, Roma;
- Alfonso Pascale, Rete Fattorie Sociali, Roma;
- Mario Ronchetti, Responsabile UOC Formazione, ASL Roma C, Roma;
- Luisa Lomazzi, Consulente Canton Ticino, Svizzera, Milano;
- M. Rosaria Filograna, Resp. Qualità FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri, Lecce;
- Tonino Aceti, Cittadinanzattiva, CNAMAC, Roma;
- Giulio Nati, SIMG, Società Italiana di Medicina Generale, Roma;
- Francesco Buono, SIMG, Società Italiana di Medicina Generale, Roma;
- Giovanna De Giacomi, Azienda ARES 118, Roma.

2. L'integrazione tra sanità e sociale e lo stato dell'arte

1. L'integrazione tra sanità e sociale in letteratura

Il concetto di *integrazione* rappresenta uno degli obiettivi fondamentali delle innovazioni organizzative portate avanti in questi ultimi decenni da tutte le aziende produttrici di beni e servizi. Sul versante dei servizi per la salute l'obiettivo è quello di ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza e la continuità dell'assistenza creando connettività, allineamento e collaborazione entro e tra le diverse istituzioni socio-sanitarie per migliorare la qualità dell'assistenza e della vita dei pazienti, l'efficienza del sistema, e la soddisfazione dei pazienti con problemi complessi che utilizzano/attraversano servizi, provider, e setting operativi differenti (Ovretveit, 1998; Kodner, Spreeuwenberg, 2002).

Le logiche di integrazione/continuità nel campo dell'assistenza sanitaria hanno trovato la loro *traduzione concettuale* nel *Chronic Care Model/Expanded Chronic Care Model* (Box 1) e nel *Disease Management* (Box 2) e la *traduzione operativa* nella progettazione e implementazione delle *Reti* (Box 3) e dei *Percorsi Assistenziali* (Box 4) strumenti, a oggi, ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari (equità, efficacia, efficienza) attraverso:

- la promozione delle dinamiche di *clinical governance* e l'integrazione dei percorsi assistenziali tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale ecc.) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia ecc.) che spingono verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all'interno degli stessi livelli);
- il coinvolgimento dei pazienti nell'autogestione della salute;
- l'attivazione di processi di *benchmarking* e *benchlearning* al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;

- la razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri;
- il perseguimento di economie di scala grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione ecc.).

Box 1 – Chronic Care Model

Il *Chronic Care Model*, modello sviluppato negli USA dalla metà degli anni Novanta (Katon *et al.*, 1995; Wagner *et al.*, 1996 (1 e 2); Wagner, 1996; Von Korff *et al.*, 1997), ridefinisce l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di assistenza da un approccio reattivo, basato sul "paradigma dell'attesa" dell'evento acuto, a un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo, dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia, sull'*empowerment* del paziente (e della comunità) e alla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale), individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche, "sistemico" in quanto muove tutte le leve organizzative e operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori. Il *Chronic Care Model* pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica:

- 1) il *sistema organizzativo (Health System)*: creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità;
- 2) il *disegno del sistema di erogazione (Delivery System Design)*: assicurare l'erogazione di un'assistenza clinica efficace ed efficiente e di un sostegno auto-gestito;
- 3) i *processi decisionali (Decision Support)*: promuovere un'assistenza clinica che sia in accordo alle evidenze scientifiche e alle preferenze del paziente;
- 4) il *sistema informativo (Clinical Information Systems)*: organizzare i dati relativi ai pazienti e alle popolazioni per facilitare un'assistenza efficace ed efficiente;
- 5) il *sostegno all'autogestione (Self-Management Support)*: potenziare e preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza;
- 6) le *connessioni con la comunità (the community)*: mobilitare le risorse della comunità per incontrare i bisogni dei pazienti.

Barr *et al.* (2003) hanno "espanso" il modello originario di Wagner specificando meglio le "connessioni" con la comunità in termini di:

- *rinforzo dell'azione comunitaria* (lavorare con gruppi comunitari per individuare priorità e raggiungere obiettivi che migliorano la salute della comunità);
 - *costruzione di politiche di salute pubblica* (sviluppo di politiche per migliorare la salute della popolazione);
 - *creazione di ambienti di supporto* (creare condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli).
-