

## **La Raccomandazione su “Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale” (2009-2013) della SIQUAS VRQ, è ancora attuale.**

**Giorgio Banchieri, Lidia Goldoni, Francesco Di Stanislao**

La Società Italiana per la qualità dell’assistenza sanitaria (SIQUAS-V.R.Q.) operava dal 1984 al 2016 per ricercare, validare, promuovere e diffondere in Italia i modelli e gli strumenti per la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari accettati dalle maggiori istituzioni sanitarie internazionali.

Le Raccomandazioni che la SIQUAS-VRQ forniva agli operatori sanitari e sociali nei diversi ambiti dell’assistenza rappresentavano modelli e linee-guida, per il miglioramento delle loro pratiche di assistenza. Venivano elaborate da membri del Consiglio Direttivo e del Comitato Tecnico Scientifico con la collaborazione di esperti, validate e pubblicate sul sito [www.siquas.it](http://www.siquas.it).

La SIQUAS, Società Italiana per la Qualità nell’Assistenza Sanitaria, prima società scientifica in Europa, ha organizzato e svolto un “percorso” di confronto e di ricerca sui temi della qualità nell’integrazione tra sanità e sociale (2009-2012) per pervenire, quale risultato di sintesi del percorso, ad una nuova Raccomandazione SIQUAS (2013) sul tema.

L’esigenza di pervenire ad una nuova Raccomandazione trovava origine nelle seguenti considerazioni:

- Esigenza di partire da una analisi dei bisogni di salute dei cittadini su cui programmare le risposte dei Servizi Sanitari Regionali (S.S.R.) a livello dei servizi socio sanitari e socio assistenziali in termini di appropriatezza, efficacia e efficienza delle cure e delle prestazioni erogate, recuperando i grandi margini di non appropriatezza esistenti;
- Sviluppare una riflessione sul percorso di deospedalizzazione e sulla crescita delle reti territoriali e di cure primarie, nonché sullo 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;
- Affrontare il tema dell’uso razionale delle risorse disponibili in un contesto non facile di difesa del ruolo del carattere pubblico e universalista dei Sistemi Sanitari Regionali, prefigurando e sperimentando nuovi modelli organizzativi e gestionali che garantiscano la sostenibilità degli stessi e la difesa dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) in tutto il Paese,
- Partire dai modelli gestionali, di sicurezza e qualità sviluppati principalmente nell’area dell’assistenza e cura dei pazienti acuti - in quanto la realtà degli ospedali era ed è di più facile parametrizzazione – andando oltre recuperando le specificità delle reti territoriali, oggettivamente disperse nei territori,
- Affrontare in modo sistematico il tema del monitoraggio, della valutazione - in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza, nonché di sicurezza e qualità - del ruolo dei servizi socio sanitari e socio assistenziali.

L’attuazione dell’integrazione sociosanitaria era per altro 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 – ci hanno indotto allora 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 all’integrazione;
- 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, della associazioni e delle rappresentanze della società;
- Valorizzare e motivare concetti e principi, alla elaborazione odierna, riflettendo su alcuni temi – quali persona, continuità assistenziale, appropriatezza e utilizzo delle risorse - declinati in campo sociologico, filosofico, antropologico per consentire non solo un adeguamento dei termini e delle linee guida dell’integrazione sociosanitaria, ma anche una condivisione di culture e significati dei termini e una maggiore idoneità a perseguire il benessere dei cittadini e a rispondere alle loro aspettative.

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

Il progetto voleva:

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

Dopo la costituzione iniziale di un gruppo di lavoro multi professionale e multidisciplinare con rappresentanti delle Istituzioni (Ministero, ISS, AGENAS, ARS) e di organizzazioni datoriali, sindacali e professionali, nonché di società scientifiche interessate al tema il percorso 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, Trastevere, Roma, Ottobre 2009	<i>Preso in carico e continuità delle cure: le reti territoriali integrate socio-sanitarie e socio-assistenziali.</i>
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>
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>
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>

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

Il percorso si è articolato per fasi:

Fase preliminare	È stato effettuato uno studio sul concetto di integrazione socio-sanitaria e dei requisiti di qualità; tale concetto è stato aggiornato in progress
Fase 1	Sono stati raccolti documenti italiani e stranieri
Fase 2	Le esperienze raccolte sono state selezionate e rese disponibili nell'osservatorio Sanità ( <a href="http://www.osservatoriosanita.it">www.osservatoriosanita.it</a> )
Fase 3	Si è sviluppata la discussione ed il confronto fra gli esperti, attraverso seminari, congressi nazionali, forum, e numerosi incontri del gruppo di lavoro nazionale e dei sottogruppi;
Fase 3	Si è giunti alla redazione ed approvazione di un primo indice della Raccomandazione
Fase 4	I componenti del gruppo hanno redatto i capitoli assegnati
Fase 5	La raccomandazione è stata validata e pubblicata.

Le funzioni oggetto della Raccomandazione sono state sviluppate a livello:

- *Istituzionale* del governo nazionale e locale;
- *Gestionale* di tipo organizzativo e professionale;
- *Assistenziale* nella pratica clinica e sociale.

I soggetti a cui si rivolgeva e si rivolge 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.

LIVELLI	FUNZIONI oggetto della RACCOMANDAZIONE		ENTI/SOGGETTI cui è indirizzata la RACCOMANDAZIONE	
MACRO	POLITICO-ISTITUZIONALE	GOVERNO Nazionale (Macro 1)	ISTITUZIONI/GOVERNO STATO - REGIONI - ENTI LOCALI	POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI NAZIONALI
		GOVERNO Locale (Macro 2)		POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI REGIONALI ED EELL
MESO	ORGANIZZATIVO - GESTIONALE	GESTIONE ORGANIZZATIVA (Meso 1)	ENTI GESTORI Aziende sanitarie - Servizi sociali EELL - altri	DIRETTORI GENERALI - STAFF (ausl/ao)- DIRIGENTI AMMINISTRATIVI SERVIZI EELL
		GESTIONE PROFESSIONALE (Meso 2)	GRUPPI PROFESSIONALI nella fase di pianificazione organizzativa e di intervento	GRUPPI PROFESSIONALI (dei servizi, società scientifiche, ecc)
MICRO	PROFESSIONALE	ASSISTENZIALE (Micro)	PROFESSIONISTI nelle fasi di implementazione degli interventi	PROFESSIONISTI SINGOLI

(Fonte: Allegato 1 "L'integrazione tra sanità e sociale: Modelli in letteratura scientifica", da Anna Apicella, Giorgio Banchieri, Francesco Di Stanislao, Lidia Goldoni "Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale", Franco Angeli Editore, 2013.)

Essendo la prima Raccomandazione scientifica sul tema ha dato necessariamente più spazio ai requisiti di qualità per il livello macro (32), invece per il livello meso (6) e per gli operatori (3).

La struttura del documento prevede nell'introduzione l'esplicitazione del mandato e gli obiettivi ed è articolata in sei capitoli tematici e uno dedicato alla Bibliografia. Un'appendice riporta il Glossario dell'integrazione socio- sanitaria<sup>1</sup>.

La Raccomandazione è stata pubblicato da Franco Angeli Editore (Milano, Roma) nel 2013 in un volume intitolato "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale: Raccomandazione SIQUAS-VRQ"<sup>2</sup>.

La Raccomandazione è stata proposta a 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. E' stata diffusa in varie forme (riviste, siti, seminari, convegni, etc.) in primis sui siti [www.siquas.it](http://www.siquas.it), [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it) e sulla Rivista online QA.

Il Ministero della Salute in occasione della prima presentazione a Roma nel 2013 della Raccomandazione ha approvato il lavoro svolto, apprezzandole per completezza e innovatività delle proposte, salvo il requisito 1 "Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso 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" in quanto contrario all'attuale organizzazione delle istituzioni preposte che vedono le competenze

<sup>1</sup> Anna Apicella, Giorgio Banchieri, Francesco Di Stanislao, Lidia Goldoni "Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale", Franco Angeli Editore, 2013.

<sup>2</sup> Anna Apicella, Giorgio Banchieri, Francesco Di Stanislao, Lidia Goldoni "Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale", Franco Angeli Editore, 2013.

dall'integrazione suddivise tra "politiche sociali" appannaggio del Ministero del Lavoro e "politiche sanitarie e socio-sanitarie" appannaggio del Ministero della Sanità.

Successivamente OECD nello svolgere su committenza UE lo studio su "La qualità dei sistemi sanitari dei Paesi della UE" ha citato la Raccomandazione che era la prima sul tema in Europa.<sup>3</sup>



Al momento della redazione della Raccomandazione non essendoci una significativa letteratura scientifica sul tema, e per "dare forza" alla Raccomandazione stessa SIQUAS VRQ decise di coinvolgere gli operatori sanitari e sociali in un processo di "consensus" tramite la somministrazione di un questionario per verificare l'adesione alle singole raccomandazioni redatte da parte degli operatori coinvolti.

Il questionario consentiva agli operatori di esprimere forza e intensità della adesione ai singoli requisiti.

Sono stati coinvolti oltre 3.000 operatori sanitari e sociali in due anni con un livello molto alto di adesione.

Questa campagna di "consensus" è stata la prima svolta in Italia su un documento di una società scientifica.

Per dare peso/forza ai singoli requisiti della Raccomandazione è stato predisposto un questionario di "consensus" strutturato come segue:

Raccomandazione	Livello di gradimento					
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	1	2	3	4	5	 <b>ACCORDO</b>  <b>PESO/FORZA</b>
			[1]	[2]	[3]	

I questionari di "consensus" somministrati in due anni sono stati i seguenti:

Questionari di consensus somministrati Categoria professionale	al 31.12.2012		al 31.12.2013	
	Numero	%	Numero	%
Medici	124	13,01	524	16,99
Infermieri	183	19,2	863	27,98
Tecnici della Riabilitazione	56	5,88	78	2,53
Psicologi	68	7,14	97	3,15
Sociologi	73	7,66	84	2,72
Assistenti sociali	204	21,41	528	17,12
Docenti/Ricercatori/Studenti Universitari	92	9,65	582	18,87
Volontari di Associazioni	153	16,05	328	10,64
<b>Totale rispondenti</b>	<b>953</b>	<b>100</b>	<b>3.084</b>	<b>100</b>

L'esito delle adesioni e la forza delle adesioni ai singoli requisiti della Raccomandazione è stata mediamente molto alta, come segue, per singolo requisito:

*Requisiti della Raccomandazione per Livello Macro "Politiche Istituzionali" (Macro 1) e consensus acquisito*

1. Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso 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	3,9724771	2,2777778
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.	4,0092593	2,2631579
3. Promuovere il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico	4,018519	2,135593
4. Individuare le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria a livello nazionale.	3,925234	2,092593

<sup>3</sup> OECD - *State of Health in the EU Italia*, Profilo della Sanità, 2019.

5. Definire le tipologie di relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria;	3,845455	1,964912
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).	4,146789	2,368421
7. Per le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria individuate dalla normativa nazionale ridefinire: a) i Livelli di Assistenza (LEA + LIVEAS) con la contestuale definizione dei corrispondenti interventi e prestazioni sanitarie e sociali, integrate, coerenti ed in continuità con i processi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione; b) i livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria (accettazione/accoglienza, valutazione multidimensionale, presa in carico globale e costruzione del piano assistenziale individualizzato).	4,146789	2,410714
8. Declinare i criteri per la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;	3,722222	2,102041
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	4,009009	2,237288
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	4,081081	2,333333
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	4,036036	2,22807
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	4,071429	2,322034
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	4,044643	2,206897
14. Perseguire il consolidamento del sistema integrato pubblico-privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali	3,800000	2,150943
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	3,747573	2,106383

*Requisiti della Raccomandazione per Livello Macro "Politiche Istituzionali" (Macro 2) e consensus acquisito*

1. 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.	4,099099		2,368421
--	----------	--	----------

2. 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: A) vengono definiti i possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale; C) vengono indicati i criteri per la presa in carico e la continuità assistenziale; D) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	4,036364		2,345455
3. Nel Programma Nazionale Linee Guida e/o a livello regionale vengono redatte Linee Guide sulle evidenze scientifiche relative: a) ai "luoghi" di accettazione e accoglienza integrata territoriale; b) agli strumenti di valutazione integrata; c) alle modalità della presa in carico e della continuità assistenziale; d) agli strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	3,971698		2,192982
4. 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)	3,945455		2,127273
5. Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) nella Regione onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati;	3,981132		2,12963
6. 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.	3,862385		2,00000
7. Declinare la rimodulazione dell'offerta nella disponibilità dei servizi sociali e sanitari, favorendo il riequilibrio territoriale e la contestualizzazione dell'offerta	3,971429		2,240741
8. Individuare i "luoghi" istituzionali, organizzativi e gestionali dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale e locale.	3,888889		2,055556
9. Ridefinire con i Policlinici Universitari e gli Atenei presenti nelle singole Regioni i percorsi formativi, stage, tirocini destinati a per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati e in base agli obiettivi definiti in sede regionale; con professionale, a titolarità regionale e provinciale, i titoli ed i percorsi formativi delle professionalità sociali e sanitarie di competenza.	4,082569		2,293103
10. 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.);	3,890909		2,018182
11. Definire i collegamenti con le "altre" programmazioni (ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, formazione professionale, etc.);	3,900000		2,134615
12. 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;	3,944444		2,148148
13. 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.	4,027523		2,140351
14. Costruire un processo di programmazione integrata e di rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari.	4,027273		2,283019

15. 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	3,827273		2,210526
---	----------	--	----------

*Requisiti della Raccomandazione per il Livello Meso/Organizzativo Gestionale e consensus acquisito*

1 Costruire atti aziendali e contratti unitari, certi e chiaramente determinati, per l'integrazione socio-sanitaria.	4,045455	2,339286
2 Gli enti gestori (ASL e EE.LL) individuano ed attivano, definendo le regole di funzionamento organizzativo, i <i>Punti Unici di Accesso</i> (o altra definizione) territoriali e le <i>modalità di presa in carico e di continuità assistenziale</i>	4,021277	2,22807
3. Progettare e implementare la formazione continua su destinatari, contenuti e dimensioni dell'integrazione sociosanitaria sempre con il coinvolgimento degli operatori sanitari e operatori sociali	4,00000	2,236364
4. Definire le competenze specifiche, i soggetti, l'assetto organizzativo, le funzioni e le attività, i piani programmatici per ognuno dei settori tipici dell'integrazione sociale e sanitaria.	4,026786	2,272727
5. <i>I responsabili amministrativi e i professionisti sanitari e sociali degli enti gestori condividono:</i> a) gli <i>obiettivi</i> di medio-lungo termine della implementazione dei percorsi assistenziali integrati socio-sanitari; b) il <i>sistema di valutazione di qualità</i> dei percorsi; c) le modalità di <i>utilizzo dei dati/risultati</i> della valutazione per la loro "rendicontazione" ai cittadini; d) il monitoraggio dell'impatto sul territorio di competenza di pratiche d'integrazione e miglioramenti nel benessere delle persone	3,981982	2,163636
6. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL), sulla base delle linee Guida nazionali e/o regionali <i>costruiscono gli strumenti organizzativi, operativi, informativi (standard di intervento e di prodotto)</i> necessari per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	3,981818	2,2000

*Requisiti della Raccomandazione per il Livello Micro/Professionale e consensus acquisito*

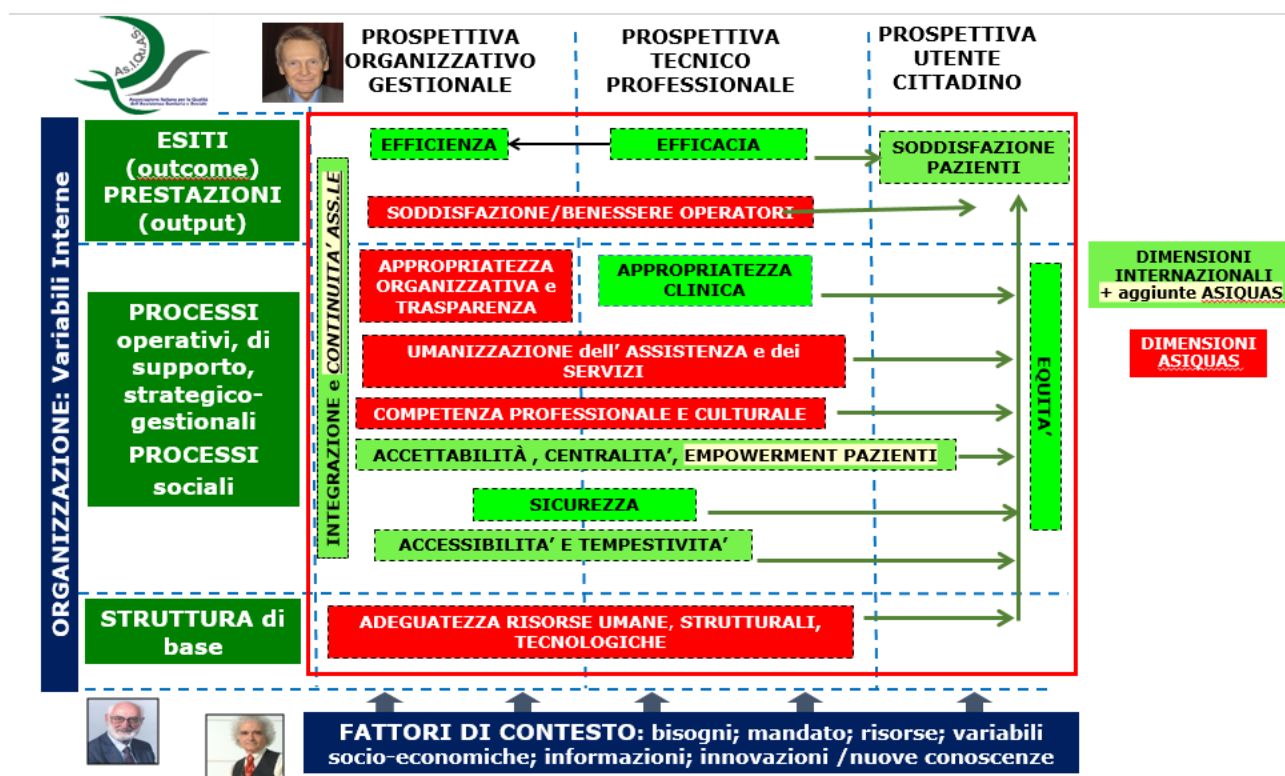
1. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL): a) <i>implementano</i> quanto programmato per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI); b) <i>curano la raccolta dei dati</i> relativi a tali fenomeni ed eventualmente quelli ulteriori individuati nel sistema di valutazione di qualità; c) effettuano almeno un <i>audit</i> annuale di valutazione e propongono, nel caso, i cambiamenti da apportare per migliorare la qualità del modello di integrazione socio-sanitario sperimentato	3,825243	2,096154
2. Almeno il 50% della formazione continua dei professionisti sanitari e sociali degli enti gestori che operano in prevalenza nei settori ad alta integrazione socio-sanitaria, deve essere effettuata congiuntamente	3,923077	2,185185
3. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori valutano almeno una volta all'anno i risultati delle indagini di monitoraggio della soddisfazione degli operatori e dei cittadini e utenti sulla qualità della integrazione tra professionisti, coinvolgimento degli utenti/famiglie, continuità assistenziale, ecc.	3,914286	2,296296

Con la nascita nel 2016 della ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza sanitaria e Sociale, in continuità con la precedente SIQUAS VRQ, il tema dell'integrazione è diventato uno dei temi strategici della Associazione che gli ha dedicato due Congressi svolti a Roma e anche il recente volume *"Qualità nell'integrazione tra sanità e sociale"*, come compendio delle metodologie e gli strumenti, nonché della normativa e della letteratura scientifica sul tema delle dimensioni della qualità in sanità.

Il volume “Qualità nell’integrazione tra sanità e sociale”, per altro fa riferimento alla riscrittura del frame work scientifico della Associazione che si può sintetizzare nelle seguenti 14 “dimensioni” della qualità:

- 1) Accessibilità e tempestività;
- 2) Accettabilità, centralità ed empowerment del paziente;
- 3) Adeguatezza risorse umane, strutturali e tecnologiche;
- 4) Appropriately clinica;
- 5) Appropriately organizzativa e trasparenza;
- 6) Competenza professionale e culturale;
- 7) Efficacia;
- 8) Efficienza;
- 9) Equità;
- 10) Integrazione e continuità assistenziale;
- 11) Sicurezza;
- 12) Soddisfazione/benessere operatori;
- 13) Soddisfazione dei pazienti;
- 14) Umanizzazione dell’assistenza e dei servizi.

Queste “dimensioni” a loro volta vengono inserite in un algoritmo concettuale che è il seguente:



Da questo algoritmo si evince come il tema della “integrazione e continuità assistenziale” sia centrale, trasversale e “driver di cambiamento” degli attuali modelli organizzativi e assistenziali maggiormente presenti nelle aziende sanitarie ancora spesso risultanti di una trasposizione del modello ospedaliero per specialità, a “canne d’organo”, anche nei servizi sociosanitari.

Anche il recente documento “Position Paper ASIQUAS 2020: Per una Sanità Pubblica in Italia... anche dopo il Covid 19” la “Vision ASIQUAS: le proposte per un sistema sanitario “integrato” e resiliente anche dopo ... Covid19” è tutto incentrato sul tema dell’integrazione in sanità, in particolare nei 10 punti principali trattati quelli dedicati al tema dell’integrazione sono ben 6:



2. Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA (ospedaliero, territoriale, prevenzione).<sup>4,5</sup>
3. Conoscere i bisogni reali delle popolazioni attuali e in divenire e il loro dimensionamento per peso e volumi (demografici e sociali).<sup>6,7</sup>
5. Sviluppare le strutture intermedie sia "specialistiche" che "generaliste" in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni.<sup>8,9</sup>
6. Riorganizzare i servizi delle cure primarie, il loro potenziamento e la loro integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzando i Distretti e la loro connotazione come Agenzie di "continuità assistenziale" verso la popolazione dei territori.<sup>10,11,12</sup>
7. Ridefinire gli aspetti dell'integrazione sociosanitaria e del rapporto con gli ambiti territoriali, mai come ora necessaria per il supporto alla popolazione fragile e per i servizi domiciliari a favore delle persone in isolamento.<sup>13,14</sup>
8. Sviluppare una normativa "integrata sociosanitaria" in tutte le Regioni con basi strutturali comuni che abbandoni per sempre le bolle sanitarie e sociali distinte e finora poco comunicanti tra loro per superare le iniquità esistenti.<sup>15,16</sup>

Sicuramente esistono altri elementi o aree nuove su cui indagare per definire criteri e indicatori nel socio-sanitario. Pensiamo al "cittadino competente" e al ruolo dei *caregiver* nel compito assistenziale, alla domanda di flessibilità nella costruzione dei rapporti tra cittadini/ persone e istituzioni nel dare vita a micro servizi assistenziali (*co-housing* e dintorni) in cui di volta in volta si definisce chi fa che cosa etc., alla discussione che si aprirà sugli edifici per le residenze assistenziali, se ci saranno finanziamenti dedicati, etc.

Per lo sviluppo di policy di integrazione adeguate occorre cogliere l'opportunità della *NextgenerationUE* e del *MES* che sono due occasioni fondamentali da non perdere, ma non devono giustapporre all'esistente "altro" senza cambiare l'impianto complessivo dei SSR fin troppo parcellizzati e difformi nei modelli organizzativi e gestionali.

Se le imprese vanno verso modelli in rete, se i servizi possono essere attivati via web, se serve un nuovo asse produttivo basato su una economia circolare, fonti energetiche rinnovabili e green economy, occorre definire adeguatamente il ruolo del sistema sanitario come "driver" di sviluppo e di cambiamento con i settori a monte e a valle e la sua grande concentrazione di professionalità, come nessun altro settore del sistema Paese. Occorre continuare a valorizzare il ruolo degli operatori della sanità che sono il principale capitale umano del SSN e dei SSR.

Gli ospedali ad alta specialità e le terapie intensive e semi intensive non possono essere l'unica arma "letale" del sistema .... Dobbiamo mettere lo "scarpone a terra", stare sui territori, avere un approccio di prossimità e di comunità, avere dei servizi proattivi. Occorre fare tanta "integrazione tra sanità e sociale", tanta prevenzione e tanta "self care" supportate anche da un qualificato sviluppo degli strumenti digitali al servizio della salute. È nei territori che si gioca la battaglia contro il virus o i virus e contro le malattie croniche.

Questa è la nuova frontiera per le policy sanitarie e sociosanitarie nel nostro Paese.

<sup>4</sup> Vedi la "Dimensione" [10] "Integrazione e continuità assistenziale", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>5</sup> Vedi la "Dimensione" [12] "Soddisfazione/benessere degli operatori", Framework Scientifico ASQUAS, 2020

<sup>6</sup> Vedi la "Dimensione" [2] "Accettabilità, centralità ed empowerment del paziente", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>7</sup> Vedi la "Dimensione" [13] "Soddisfazione dei pazienti", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>8</sup> Pesaresi F.: *Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani in Italia*. I Luoghi di Cura (on line) n. 2 – 2020.;

<sup>9</sup> Vedi la "Dimensione" [10] "Integrazione e continuità assistenziale", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>10</sup> Vedi la "Dimensione" [10] "Integrazione e continuità assistenziale", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>11</sup> Vedi la "Dimensione" [12] "Soddisfazione/benessere degli operatori", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>12</sup> Vedi la "Dimensione" [13] "Soddisfazione dei pazienti", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>13</sup> Vedi la "Dimensione" [10] "Integrazione e continuità assistenziale", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>14</sup> Vedi la "Dimensione" [14] "Umanizzazione dell'assistenza", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>15</sup> Vedi la "Dimensione" [10] "Integrazione e continuità assistenziale", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

<sup>16</sup> Vedi la "Dimensione" [9] "Equità", Framework Scientifico ASQUAS, 2020.