

GLOSSARIO SULL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Antonio Fortino^o, Mariadonata Bellentani*, Leonilda Bugliari Armenio*

^o ASL Roma D - * AGENAS

Presentazione

Un Glossario è una raccolta di termini di un ambito specifico e circoscritto. La glossa indicava una nota esplicativa apposta a fianco di un termine di difficile comprensione. Il glossario si distingue dal vocabolario e dal dizionario, pur essendo anch'esso una raccolta di lemmi, proprio perché cataloga termini e locuzioni proprie di un ambito di riferimento peculiare e limitato a un argomento, generalmente tecnico (*Wikipedia*). L'obiettivo di questo Glossario è di fornire agli Autori e ai Lettori della Raccomandazione una descrizione di termini e concetti più comuni sui temi dell'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale, al fine di favorire la chiarezza e l'omogeneità di linguaggio della Raccomandazione stessa..

I materiali utilizzati per la stesura del Glossario sono costituiti da:

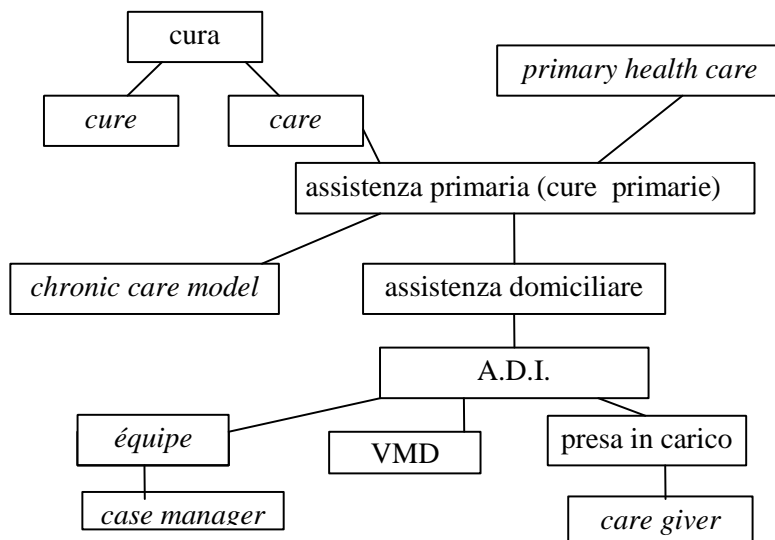
Fonti autoritative: normativa nazionale e regionale

Letteratura scientifica: articoli scientifici, testi di sanità pubblica e di assistenza sociale, documenti Agenas, descrizione di esperienze significative, dizionari e glossari, siti Internet: vedi sezione bibliografia del Capitolo 2

Circa il metodo, sono stati individuati a priori alcuni “domini” relativi all'assistenza sanitaria di base (primaria), all'assistenza sociale e alla qualità.

I termini da descrivere sono stati individuati attraverso criteri di pertinenza al tema tratto e ai domini, di rilevanza cioè di uso frequente, di novità nonché dell'interesse degli operatori del settore. Per ogni termine è stata individuata una documentazione specifica che ne ha supportato la descrizione. Nella descrizione dei lemmi si è seguito uno stile quanto più chiaro, specifico e documentato con citazioni delle fonti. Al fine di rendere più esplicite le relazioni logiche tra alcune voci e concetti si è fatto ricorso a sistemi concettuali come quello riportato in Figura 1.

Figura 1. Esempio di sistema concettuale.



Il Glossario consta di oltre 75 voci/espressioni, alcune articolate in sotto voci, afferenti ad alcune aree tematiche:

- *domiciliarità e metodi innovativi di assistenza sul territorio*: assistenza domiciliare integrata, *care giver*, *case manager*, continuità assistenziale, cure domiciliari;
- *aspetti giuridici e di finanziamento*: accreditamento, Fondo per la non autosufficienza, Fondi sanitari integrativi, Lea, Liveas;
- *strategie e tecniche del lavoro di integrazione*: fragilità, Punto unico di accesso, presa in carico, valutazione multidimensionale;
- *idee e strumenti per la qualità*: analisi dei bisogni, appropriatezza, efficacia, indicatore;
- *contesto socio-economico*: inclusione ed esclusione sociale, sostegno o supporto sociale, costi sociali.

Il Glossario risente di qualche difficoltà e contraddizioni presenti in alcuni concetti/termini quali territorio, cure primarie, disabilità, ecc.; si tratta di una materia ancora non consolidata dal punto di vista giuridico e tecnico-professionale, nonché difficilmente delimitabile rispetto a numerose altre aree concettuali, quali lo svantaggio sociale, la povertà, le politiche del welfare, il finanziamento dei servizi socio-sanitari. Inoltre, le strette connessioni agli specifici contesti culturali, sociali e politici dei diversi Paesi, rendono problematici i confronti e la standardizzazione dei concetti.

L'attuale versione del Glossario costituisce per tali motivi uno strumento in evoluzione ed aperto a contributi e proposte, che si possono trasmettere all'indirizzo: bugliari@agenas.it.

Ove si utilizzino le definizioni del presente Glossario, si chiede di citarne la fonte e gli autori.

GLOSSARIO SULL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Accesso. È il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini; l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari rappresenta una declinazione dei principi di equità e di universalità delle persone. Il SSN ha da sempre previsto, tra i suoi principi fondamentali, l'equità delle persone nell'accesso ai servizi. Le modalità di accesso devono avere determinate caratteristiche, ed in particolare devono essere:

1. *unificate*, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non autosufficienti o in condizioni di fragilità;
2. *integrate*, ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali.

È diritto della popolazione ottenere una risposta dai servizi ad una specifica domanda, in forma tempestiva in relazione al bisogno. Ciò comporta la presenza di efficaci meccanismi d'accesso, trasparenza dei ruoli e delle responsabilità e un'articolazione dei servizi del territorio basata sui bisogni delle persone (nonché valutando le aree critiche e le risorse disponibili).

La realizzazione di questo principio necessita dell'armonizzazione anche di una serie di procedure, per semplificare i percorsi di accesso del cittadino, ad esempio la semplificazione delle procedure per ottenere presidi sanitari, oppure per l'accertamento dell'invalidità civile con il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (in caso di invalidità al 100%).

Accoglienza. Processo o percorso di inserimento della persona in un nuovo contesto fisico, sociale, relazionale. L'ambiente umano e fisico accogliente è fondamentale per facilitare l'accesso a servizi complessi quali quelli sanitari.

L'accoglienza ha come presupposto il "contatto" e tutto ciò che lo facilita. Accogliere vuol dire anche ricevere l'altro con una certa "disposizione d'animo" descritta da chi "si sente accolto" con termini quali: "cordialità", "familiarità", "apertura", "disponibilità", "facilitazione", "affabilità", "affettuosità", ecc. Scopo dell'accoglienza è mettere a proprio agio la persona, in modo da facilitare la conoscenza del contesto in cui la stessa dovrà orientarsi cognitivamente, agire socialmente e spostarsi fisicamente.

Accreditamento. Il termine accreditamento è usato per la prima volta in ambito sanitario nel programma "*Minimum Standards for Hospitals*", proposto dall'associazione nord-americana dei chirurghi (in particolare da Ernest A. Codman - 1917).

L'accreditamento nasce come iniziativa volontaria delle strutture e dei professionisti operanti in ambito sanitario che vogliono sottoporsi alla valutazione qualitativa da parte di un soggetto esterno, indipendente, non riconducibile ad una istituzione governativa. La valutazione non è finalizzata soltanto alla qualità tecnico-professionale, ma anche, e soprattutto, agli aspetti organizzativi e agli indicatori di processo e di esito. E', pertanto, definibile in via generale come processo di valutazione, sistematico e periodico, svolto da un organismo indipendente che si pone l'obiettivo di verificare l'esistenza di requisiti predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che determinano la qualità dell'assistenza.

Nell'attuale sistema sanitario italiano l'accreditamento delle strutture sanitarie è il presupposto indispensabile perché una struttura sanitaria possa divenire erogatore effettivo di prestazioni remunerate o rese per conto del SSN. Nella normativa nazionale non è presente una "definizione" chiara di cosa si intenda con il termine accreditamento, ma è possibile ricavare tale definizione dalla sentenza della Corte Costituzionale 28 luglio 1995, n. 416 sul tema: "*l'accreditamento è una operazione da parte di una autorità o istituzione (nella specie la Regione), con la quale si riconosce il possesso, da parte di un soggetto o di un organismo, di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve [...] in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie) [...]l'accreditamento [viene ancorato] al possesso dei requisiti prestabiliti (strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, a tutela della qualità e della affidabilità del servizio-prestazione, in modo uniforme a livello nazionale per strutture erogatrici)*".

Pertanto, in Italia, l'accreditamento è rilasciato da un organismo istituzionale e non da un'agenzia esterna. Il soggetto che intende erogare prestazioni sanitarie per conto del SSN ha l'obbligo di accreditarsi nella Regione in cui opera; per tale motivo il sistema dell'accreditamento viene definito *obbligatorio* o *istituzionale*. Se una struttura non è accreditata essa non può entrare a far parte dei soggetti erogatori per conto del SSN. In particolare, l'aggettivo "istituzionale" si riferisce al fatto che l'accreditamento sia specificamente previsto e disciplinato da norme di legge. Occorre tenere presente che con il termine accreditamento si fa riferimento, nel nostro Paese, sia all'intero processo che ad una fase specifica dello

stesso. Il sistema dell'accreditamento indica tutto l'*iter* che va dalla nascita di una struttura sanitaria fino al suo riconoscimento, su richiesta, come erogatore in nome e per conto del SSN. Più precisamente, il termine accreditamento è usato per indicare una delle fasi di un complesso processo tecnico-amministrativo, così scandito:

1. autorizzazione alla realizzazione;
2. autorizzazione all'esercizio (in base a requisiti minimi - DPR 14 gennaio 1997);
3. accreditamento vero e proprio (requisiti ulteriori e fabbisogno);
4. accordo contrattuale/contratto (stipulato da ASL o Regione in base alle tipologie di attività).

Autorizzazione e accreditamento sono due processi che, a garanzia del cittadino, valutano le strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali (ai sensi del D.lgs. n. 502/1992 e della L. n. 328/2000 e loro mod.), per verificare il possesso di requisiti relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento. In particolare, l'*accreditamento* valuta i processi di qualità per garantire ai cittadini servizi sempre più aderenti alle loro esigenze, nell'ambito del complessivo fabbisogno regionale.

Oltre all'accREDITAMENTO istituzionale esistono altre tipologie, quali:

- l'accREDITAMENTO professionale volontario: attivato dalla Società Italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria, secondo il modello dei paesi anglofoni, realizzato mediante visite scambievoli fra pari. Tale modalità di verifica della qualità deve integrarsi con l'accREDITAMENTO istituzionale. Il contributo dei professionisti al miglioramento della qualità delle prestazioni fondamentale in relazione alle specifiche attività del processo assistenziale.

- certificazione: è un'attestazione di qualità di tipo volontario rilasciata da enti specifici sulla base di appositi requisiti (a volte definiti norme), ad esempio il sistema ISO; il modello EFQM; il sistema della *Joint Commission International*; il sistema del *Canadian Council*; e altri.

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. Si possono riconoscere tre soggetti che intervengono nella valutazione dei bisogni: l'individuo che manifesta bisogni percepiti ed espressi, l'esperto di epidemiologia e di sanità pubblica, il sistema dei servizi socio-sanitari. In letteratura, Costa descrive tre impostazioni per condurre le analisi di bisogni: l'approccio concertato, l'approccio comparativo e l'approccio 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; esso mostra buona sensibilità alla percezione locale dei bisogni, ma risulta potenzialmente distorto dai determinanti della domanda e dalle circostanze politiche;

- approccio comparativo è quello che, in assenza di solide informazioni su un ragionevole *standard* di riferimento per definire un bisogno, cerca ispirazione dal confronto con quanto accade in altre popolazioni e altre comunità;

- l'approccio epidemiologico, invece, parte dalle misure di occorrenza dei problemi di salute, identifica gli interventi di efficacia provata e servizi disponibili a realizzarli; seppur in linea di principio più oggettivo, è limitato dalla disponibilità di informazioni necessarie.

La *valutazione dello stato di salute* è una indispensabile premessa alla valutazione dei bisogni, quest'ultima essendo caratterizzata dalla ricerca di soluzioni efficaci e dall'individuazione delle priorità su cui agire. La valutazione dello stato di salute serve come supporto per decisioni di politica sanitaria, per la definizione di obiettivi, per valutazione dei bisogni delle popolazioni e per la valutazione delle attività svolte. La valutazione dello stato di salute viene riferita attraverso documenti che assumono varie denominazioni. La più tradizionale *Relazione sanitaria* prevede sia l'analisi dello stato di salute, sia 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 (Indicatori dello stato di salute di una comunità, quali ad esempio il tasso di abortività tra le minorenni, la morbosità attribuibile al livello di inquinamento ambientale, ecc.).

Infine, l'apertura ad una programmazione condivisa con gli enti locali e con altri *stakeholder* ha fatto coniare l'espressione *Profili di Comunità*, coi quali la Comunità locale, circoscritta al livello più piccolo (distretto), oltre che oggetto di valutazione è anche soggetto partecipe della valutazione stessa, nonché apportatrice di risorse culturali, sociali, educative, ecc. che influiscono sul benessere e sulla salute.

Appropriatezza. Costituisce una delle caratteristiche di una prestazione compresa nei Livelli essenziali di assistenza, e riguarda l'adeguatezza di un servizio o prestazione sanitaria a rispondere al bisogno specifico. La programmazione sanitaria distingue tra *appropriatezza clinica* delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato, la quale si basa sull'efficacia documentata secondo i principi dell'*evidence based medicine*, e *appropriatezza organizzativa* come modalità di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse (ottenere le risposte nella sede idonea e in tempi accettabili). Per il cittadino vuol dire ottenere le *cose giuste e nella sede giusta*. L'appropriatezza è un valore determinante per l'efficacia e l'efficienza di un sistema di servizi. Risulta, quindi, indispensabile che gli operatori del sistema possiedano la capacità di porsi dalla parte del cittadino per spiegare ciò di cui ha diritto e aumentarne la consapevolezza anche attraverso un ascolto empatico.

Ascolto. L'ascolto è un processo comunicativo attivo di decodifica e comprensione di messaggi, informazioni, richieste, espressioni emotive.

Il processo dell'ascolto attivo richiede la preparazione del professionista e anche alcune competenze da parte dell'utente nonché condizioni ambientali/organizzative fondamentali. L'ascolto prevede i seguenti aspetti:

1. accogliere (vedi voce "accoglienza");
2. comprendere cognitivamente ed empaticamente ciò che la persona comunica;
3. identificare i bisogni della persona;
4. utilizzare il *feedback* per confermare quanto l'altro ha espresso;
5. ridurre le interferenze e il "rumore" sia fisico sia cognitivo;
6. comunicare eventuali risposte e informazioni in modo chiaro e in modo cognitivamente accessibile all'interlocutore.

L'ascolto attivo assume una particolare rilevanza in ambito socio-sanitario per il riconoscimento della complessità dei bisogni della persona e per l'importanza della relazione di aiuto.

Assessment. Processo di valutazione che si basa su specifiche informazioni al fine di determinare il bisogno di salute della persona e la conseguente eleggibilità per determinati servizi.

Assistenza domiciliare integrata (ADI). È la forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie e anche competenze sociali al fine di rispondere a esigenze complesse, di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di un'assistenza continuativa di tipo sociosanitario. Lo scopo è garantire all'utente l'assistenza di cui necessita presso il proprio domicilio o per favorire le dimissioni, completare trattamenti complessi eseguiti in ospedale o in struttura residenziale.

Si tratta di cure domiciliari che possono essere di diversa intensità e proprio l'ampiezza di questa gamma ha motivato alcune Regioni ad articolare l'ADI in fasce di diversa intensità: bassa, media e alta, o anche in relazione alle tipologie di utenti. Un punto di riferimento sul tema è costituito dal documento "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*" approvato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA nella seduta del 18 ottobre 2006.

L'ADI si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni tra loro integrate, sia sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali.

La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale e la sede organizzativa è nel distretto. L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, la previa valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un piano personalizzato di assistenza, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La valutazione è effettuata con diversi professionisti: MMG, Infermiere, Terapista della riabilitazione, Assistente sociale, Specialista di riferimento dell'azienda sanitaria e, se necessario, lo Psicologo.

Assistenza primaria (Primary Care). Complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento delle malattie, degli incidenti di larga diffusione e di minor gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica (Guzzanti - Longhi, 1985).

Si tratta del primo livello di contatto degli individui, delle famiglie, delle comunità col sistema sanitario del Paese, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e

costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria (Conferenza internazionale di Alma Ata (1978).

Comprende, quindi, l'insieme di servizi quali medicina generale e pediatria di libera scelta, guardia medica, assistenza domiciliare, attività dei consultori, centri per la salute mentale, farmacie, strutture residenziali e semiresidenziali, assistenza infermieristica, ostetrica e riabilitativa, gli sportelli distrettuali; in altri termini, i servizi che costituiscono il livello essenziale di assistenza distrettuale compresa la specialistica ambulatoriale territoriale (mentre gli specialisti ospedalieri potrebbero rientrare nella *secondary care*) nonché i servizi dell'integrazione sociosanitaria.

Nel NHS inglese, la *Primary Care* riguarda i servizi forniti da medici di medicina generale, dentisti, farmacie, infermieri, optometristi, nonché dal servizio *NHS direct* (consigli ed informazioni telefoniche ed on line) e dai *Walk-in Centres* (accesso diretto per malattie minori, generalmente a gestione infermieristica). Caratteristiche fondanti dell'assistenza primaria sono la capillarità, l'accessibilità, la capacità di riconoscere problemi e bisogni spesso mal definiti, la multidisciplinarietà e la continuità dell'assistenza.

La *Primary Care* può essere considerata un'applicazione del più vasto modello concettuale e strategico definito *Primary Health Care* (v.).

Assistenza sociosanitaria. La definizione di assistenza sociosanitaria non è definita dalla legge che invece tratta di Integrazione sociosanitaria (Vedi), ma deriva dall'art. 3 *septies* del D.lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999 e successivi ed è definita come un "*tutte le attività atte a soddisfare, mediante 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*". Il comma 1 dell'art. 2 del successivo DPCM 14 febbraio 2001 stabilisce che "*L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali*".

Associazione in Medicina Generale. I più recenti Accordi collettivi nazionali della Medicina generale come di seguito indicati hanno introdotto, accanto alle forme tradizionali di associazionismo (associazione semplice, medicina in rete, medicina di gruppo), altre forme associative, che hanno caratteristiche diverse dalle prime soprattutto perché non nascono dalle scelte dei singoli medici di associarsi, ma nascono dalla programmazione regionale, a cui si unisce l'adesione da parte dei medici e talora di altre figure professionali. In questa sede si forniscono alcune indicazioni sulle forme organizzative individuate dai suddetti Accordi: Aggregazioni funzionali territoriali, Unità complesse delle cure primarie, Équipe territoriali e Unità Territoriali di Assistenza Primaria; le varie forme associative sono tuttora in via di realizzazione nelle diverse Regioni.

- **Aggregazioni funzionali territoriali:** le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) sono forme associative che sono introdotte dagli Accordi collettivi nazionali della Medicina convenzionata e sono considerate obbligatorie in quanto "realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza", (ACN 23 marzo 2005 s.m.i.). Le modalità operative sono definite dagli Accordi integrativi regionali, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, sulla base di alcuni criteri: riferimento territoriale, di norma intra-distrettuale con popolazione assistita non superiore a 30.000 e, comunque, con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria. Le AFT sono formate dai soli medici convenzionati e sono di tipo funzionale ossia non richiedono la costituzione unica o una sede di riferimento. Ciò a differenza delle UCCP a cui partecipano diverse figure professionali (tra cui medici, infermieri, ecc.) e che richiedono una sede unica o di riferimento.

- **Unità complessa delle cure primarie:** i recenti Accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati (per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale - ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.; con i Pediatri di libera scelta - ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.; con gli Specialisti ambulatoriali convenzionati - ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.), introducono l'Unità complessa delle cure primarie (UCCP) come modalità organizzativa o associativa di tipo innovativo con alcune caratteristiche: è di tipo strutturale, in quanto organizzata con sede unica o con una sede di riferimento; è finalizzata ad assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio di competenza; è prevista l'adesione obbligatoria dei professionisti convenzionati.

In particolare, l'UCCP diviene obbligatoria per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, gli Specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati solo se attivate mediante appositi

Accordi regionali da stipulare con le organizzazioni sindacali dei medici convenzionati. Tali Accordi, pertanto, diventano determinanti per l'attivazione delle UCCP, la loro organizzazione, le risorse per la dotazione strutturale, strumentale e di personale nonché per le modalità di funzionamento.

Le UCCP, quando attivate, sostituiranno le precedenti forme associative solo per i medici che vi parteciperanno a seguito degli Accordi. Questa precisazione è riportata nella norma finale 18 dei suddetti Accordi: "Le disposizioni degli artt. 26 e 54 dell'ACN 23 marzo 2005, così come precisato all'ultimo capoverso del comma 2 dell'art. 26 ter del presente accordo, cessano e non trovano applicazione per i soli medici che entrano a far parte delle Unità Complesse delle Cure Primarie".

A seguito dei predetti Accordi si opera un cambiamento molto importante per l'area della medicina convenzionata prevedendo l'obbligatorietà del lavoro in team tramite le aggregazioni funzionali territoriali (Vedi) e le unità complesse delle cure primarie. Rimangono confermate anche le precedenti forme associative, sia quelle tradizionali (semplice, di rete, di gruppo) sia quelle che nascono dalla programmazione e unitamente alla condivisione dei professionisti (territoriali e UTAP), anche se come si desume dalla norma finale citata l'intento appare essere quello di pervenire ad una maggiore semplificazione e riorganizzazione unitaria della medicina associativa.

- **Équipe territoriale:** 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.

- **Unità Territoriali di Assistenza Primaria:** l'UTAP è un organismo operativo distrettuale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale le cui funzioni sono svolte in coordinamento col distretto sulla base di obiettivi predefiniti nel programma di attività territoriali. Essa prevede la creazione di una sede unica, sostitutiva dei singoli studi professionali (eventualmente messa a disposizione del distretto), con spazi e dotazione tecnologica adeguati, e un'organizzazione tra diversi professionisti sanitari che gestiscono direttamente diverse attività, da sviluppare gradualmente, per garantire la continuità assistenziale e un sistema di filtro rispetto all'accesso improprio in pronto soccorso.

Autosufficienza e Non Autosufficienza. Si ritiene opportuno adottare una definizione di "autosufficienza" di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana.

Persona non autosufficiente, quindi, è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi dal letto o da una sedia, lavarsi, vestirsi, ecc.).

Quantunque una definizione univoca di "non autosufficienza" non sia al momento disponibile, ai fini degli interventi di *home care* si fa riferimento alle persone che non sono in grado di compiere con continuità le attività quotidiane della vita senza un aiuto esterno. Una condizione che si valuta tenendo conto delle funzioni essenziali di vita, articolate in due ambiti:

1. attività per la cura di sé (*Activities of Daily Living - ADL*), che consistono in 6 funzioni generali, relative al lavarsi, vestirsi, andare alla *toilette*, muoversi in casa, essere continenti, alimentarsi;
2. attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living - IADL*), che consistono in: capacità di usare il telefono, fare la spesa, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro.

Per misurare ADL e IADL si usano scale validate in sede internazionale, che stabiliscono la quantità di aiuto necessaria affinché la persona possa svolgere le funzioni determinanti per vivere. Gli strumenti più utilizzati sono: per l'ADL la scala proposta da Katz e collaboratori (1963), mentre per IADL la scala di Lawton e Brody (1969). Le funzioni ADL e IADL sono comprese, in tutto o in parte, in molte scale sintetiche, come l'indice di Barthel o analoghi (Vedi: Disabilità e ICF).

Best practice. Migliore pratica: modello di riferimento che sintetizza il modo ottimale ed esemplare con cui un soggetto ha affrontato e risolto nella pratica un problema, portato avanti un progetto, organizzato e gestito la realizzazione di un'attività.

Bilancio Sociale. Strumento (inteso come percorso e come documento) che permette di misurare e monitorare processi e risultati di un'impresa sociale, e di ogni ente che persegue finalità pubbliche nel campo delle politiche di cura alla persona e delle politiche di inclusione sociale, di rappresentare con dati quantitativi e qualitativi i comportamenti e gli impatti degli interventi sugli interlocutori dell'impresa. Lo scopo è quello di valutare e orientare le strategie dell'ente, nel rispetto di un sistema generale di valori e di

obiettivi comuni, consentendo ai soggetti coinvolti la piena conoscenza del percorso intrapreso come elemento fondamentale di trasparenza, di rendicontazione pubblica dell'utilizzo delle risorse (*accountability*) e, infine, di partecipazione. Pertanto, il bilancio sociale può essere utilizzato come leva organizzativa e gestionale, come strumento di verifica istituzionale, come strumento di comunicazione, come base di elaborazione delle strategie sociali. Rispetto al contenuto, il bilancio sociale rappresenta il riconoscimento degli *stakeholder*, la dichiarazione del mandato istituzionale (*mission*), un codice etico o carte dei valori, il resoconto dei risultati sociali conseguiti con indicatori di risultato e di impatto sociale, una sintesi degli aspetti finanziari e dei costi dell'impresa.

Bisogno e complessità del bisogno. In campo sanitario e sociale per bisogno si intende lo scarto tra ciò che esiste e ciò che è desiderabile in termini di stato di salute e di disponibilità di servizi sanitari. Un bisogno è sempre, implicitamente o esplicitamente, correlato ad un'attesa. Il bisogno percepito è la situazione di carenza e/o di perdita di equilibrio o di integrità bio-psico-sociale. Il bisogno di salute della persona deve essere valutato nelle sue diverse dimensioni (clinico-cognitiva, comportamentale, sociale ecc.). Il bisogno diventa complesso quando richiede una risposta che coinvolge le diverse dimensioni ed è, pertanto, sempre sociosanitario. Lo "stato di bisogno", da un punto di vista psicologico, genera un vissuto sgradevole di tensione, pressione, sofferenza nella persona.

Il bisogno viene anche descritto operativamente come l'insieme di un preciso obiettivo da raggiungere, una distanza misurabile da tale obiettivo, e dei mezzi per poter colmare tale distanza.

Si distinguono bisogni percepiti e non percepiti; inoltre, alcuni bisogni di rilevanza collettiva sono normativi, cioè espressamente individuati da norme o da indicazioni tecniche. Talora vengono espressi "bisogni indotti" dallo stesso sistema di offerta e di prestazioni.

Care giver. Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "donatore di cura"; si potrebbe anche definirlo come "assistente alla persona". È colui che, 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 necessario che acquisisca conoscenza e competenza per essere in grado di affrontare tutti gli ostacoli che la vita quotidiana con il malato presenta. Ha il diritto, pertanto, a ricevere le indicazioni sulle migliori strategie per affrontare i problemi quotidiani, per instaurare un rapporto comunicativo corretto con l'assistito e ad essere informato sugli obiettivi, la strategia, la cronologia del programma di cura e anche i limiti dello stesso in relazione alle lesioni sofferte dalla persona assistita. Il *caregiver* stesso ha necessità di essere sostenuto attraverso specifici interventi nell'ambito del percorso di cura.

Cartella sociosanitaria. La cartella sociale del caso è l'insieme dei documenti e delle informazioni relative ad un caso seguito; sono in corso le prime esperienze di informatizzazione delle cartelle sociali.

Il contenuto minimo è costituito dai dati anagrafici dell'utente e dai riferimenti dei familiari e dei *caregiver*; dai contatti; dalla valutazione del caso; dalle risorse da attivare; dal piano/progetto di intervento; dal contratto con l'utente; dal diario cronologico; dalla registrazione di colloqui o visite domiciliari; da relazioni inviate; da resoconti di riunioni dell'équipe; da rivalutazione periodiche dei risultati e della situazione; dalla rilevazione di urgenze quali il cambiamento nelle condizioni personali dell'utente. Se informatizzata e collegata agli aspetti sanitari, la cartella sociale - divenuta sociosanitaria - può costituire il primo, essenziale, "mattoncino" del Sistema informativo sociosanitario potendo consentire ai vari attori del processo di attingere ed alimentare le informazioni sul caso seguito. 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 anche 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.

Casa della salute. E' una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare le cure primarie e garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, al cui interno opera l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (che vi eleggeranno il proprio studio associato), medici di continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali. Il termine è stato introdotto in alcune Regioni e ripreso in alcune normative nazionali negli anni 2006-2008 (art. 1, co. 806, L. n. 296/2006 Finanziaria 2007 – sperimentazione case della salute).

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. E' fondamentale che sappia costruire 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. E' una figura innovativa nel nostro sistema di servizi, che sta rapidamente affermandosi come fondamentale modalità di una "presa in carico" che sia riconoscibile e ben 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.

Chronic care model. E' un insieme di principi e metodologie integrati che possono rappresentare un modello di riferimento basato sulle evidenze sviluppato negli Stati Uniti dal gruppo guidato da Ed Wagner del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* di Seattle (www.improvingchroniccare.org).

Descrive aspetti organizzativi ritenuti fondamentali per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi di assistenza a pazienti affetti da malattie croniche, quali diabete, scompenso cardiaco, depressione, asma, BPCO ed altre. Il modello descrive i cambiamenti necessari al fine di migliorare l'assistenza dei malati cronici. I cambiamenti riguardano l'informazione dei pazienti, la promozione dell'auto assistenza e l'attivazione di *team* pluriprofessionali, integrati e dedicati.

Il *Chronic care model* (CCM) si basa su un approccio integrato al fine di superare la frammentazione tra gli interventi effettuati da operatori diversi, in tempi e spazi diversi, ma che coinvolgono lo stesso assistito per lo stesso problema e si articola in sei aree di intervento:

1. il sistema organizzativo (*health system*);
2. il disegno del sistema di erogazione (*delivery system design*);
3. i processi decisionali (*decision support*);
4. il sistema informativo (*clinical information systems*);
5. il sostegno all'autogestione (*self-management support*);
6. le connessioni con la comunità (*the community*).

Particolare interesse è rivestito dalla possibilità di introdurre, quale usuale approccio assistenziale, la "gestione programmata" dei pazienti cronici attraverso un nuovo disegno del *team* assistenziale che preveda la valorizzazione di tutte le figure sanitarie.

Data la crescente incidenza delle malattie croniche nel mondo, la ricerca di efficaci strategie di gestione e di prevenzione è essenziale. Il CCM è stato inizialmente orientato verso la gestione clinica integrata della malattia mentre ha mostrato limiti nella prevenzione e nella promozione della salute. Per meglio integrare tali aspetti è stata introdotta una nuova versione, chiamata *Expanded Model Chronic Care*, che si basa sul riconoscimento dei determinanti sociali della salute e su una maggiore partecipazione della comunità. Questi elementi diventano parte integrante del lavoro dei *team* di cura che seguono i percorsi assistenziali per pazienti con patologie croniche.

In sintesi nell'*Expanded Chronic Care Model* gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica (prevenzione primaria collettiva e attenzione ai determinanti di salute) in ottica di *community oriented primary care*. La stessa comprende sia aspetti di *empowerment* del paziente (Accessibilità, Informazione, Proattività, *Self care*) sia aspetti di approccio comunitario (Bisogni della comunità, Partecipazione, Lotta alle disuguaglianze, Prevenzione primaria).

Compliance (Aderenza). Grado di adesione concreta del paziente o di gruppi di pazienti alle indicazioni fornite dai professionisti o dall'organizzazione sanitaria. In cure continuative e spesso multi professionali, è un elemento su cui tenere la massima attenzione. Dell'aderenza fa parte anche la persistenza, cioè la misura della continuità del trattamento per tutto il tempo indicato. Ben lungi da una passiva accettazione di quanto prescritto, l'ottenimento di una buona *compliance* richiede uno sforzo nel comprendere e ove possibile potenziare le condizioni favorevoli al processo di cura: personali, familiari, lavorative, sociali. Non è da trascurare la modalità di comunicazione interpersonale con il paziente/utente che deve basarsi su un clima di ascolto, di fiducia, di chiarezza reciproca.

La variazione dell'aderenza influenza l'efficacia degli interventi proposti e l'uso adeguato delle risorse.

Il problema dei determinanti dell'aderenza assume caratteristiche diverse secondo il livello individuale o di popolazione. I determinanti della *compliance* e della *non-compliance* sono stati di volta in volta definiti come di tipo demografico (età, sesso), socioeconomico, personale (storia anamnestica, familiarità), o organizzativo (sistema sanitario-assicurativo, medico di famiglia, accessibilità, etc.), anche se non sembra esserci consenso su un modello teorico che spieghi compiutamente il fenomeno della *compliance*.

Comunità. Termine con molte accezioni e sfumature. In questo contesto, può essere usato per definire la popolazione di riferimento per un servizio sanitario o sociosanitario; comprende, quindi, le caratteristiche geografiche e demografiche ma anche quelle socio-economiche, culturali, ecc., di un gruppo di persone interagenti, in un territorio possibilmente ben delimitato e circoscritto, "*con la creazione di legami comuni, improntati a sentimenti di solidarietà, di identificazione, a modelli culturali condivisi che permettono di sviluppare azioni collettive*" (Guerrini). La Comunità è, quindi, sia oggetto (Bacino d'utenza, Territorio, *Community care*), sia soggetto di valutazioni ed intervento (partecipazione, *empowerment* sociale, comunità competenti).

Continuità assistenziale delle cure. Modalità e strumenti per dare risposte coordinate e durature a bisogni che richiedono una presa in carico per un periodo di tempo lungo o indeterminato.

La continuità assistenziale si compone di tre aspetti fondamentali:

1. *Continuità dell'informazione (informational continuity):* permette la comunicazione tra i soggetti istituzionali/professionali che afferiscono ai differenti *setting* assistenziali nel percorso di cura del paziente. Riguarda informazioni non solo sulla condizione clinica, ma anche sulle preferenze, le caratteristiche personali e di contesto, utili ad assicurare la rispondenza al bisogno di salute.
2. *Continuità gestionale (management continuity)* è particolarmente importante in patologie cliniche croniche o complesse, che richiedono l'integrazione di più attori professionali/istituzionali nella gestione del percorso paziente. Questo si realizza attraverso un'azione complementare e temporalmente coordinata dei servizi/professionisti coinvolti nel sistema di offerta assistenziale. In tal senso l'utilizzo di piani assistenziali e protocolli di cura garantiscono maggiore sicurezza nella programmazione e nella efficacia del percorso di trattamento individuale, soprattutto in percorsi di cura a decorso cronico (*long term care*).
3. *Continuità relazionale (relational continuity):* permette la connessione non solo tra la dimensione pregressa e attuale nella definizione dell'iter di cura/assistenza, ma fornisce anche una dimensione prospettica. Essa consiste nella relazione continua del paziente con diversi professionisti sociosanitari (es. assistenza infermieristica a domicilio) che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento in senso prospettico.

Copertura dei servizi. Misure per assicurarsi che un dato servizio effettivamente raggiunga la popolazione "bersaglio". È necessario superare la produzione episodica ed isolata di un servizio per assicurarsi che davvero chi ne ha bisogno e diritto ne sia raggiunto. In genere è un indice costruito come rapporto (es. anziani presi in carico dall'assistenza domiciliare/1000 anziani residenti).

In accezione "assicurativa", il termine copertura definisce quale e quanta assistenza viene finanziata a favore di gruppi di popolazione o per specifiche condizioni (es. la copertura per la non autosufficienza).

Costi sociali. Gli studi sui costi sociali delle malattie misurano le risorse economiche assorbite a causa dell'esistenza di una determinata patologia. Accostare l'aggettivo sociale ai costi vuol dire misurare il costo secondo la prospettiva della società. I costi sociali si possono classificare in quattro categorie principali:

1. costi dei servizi sanitari sostenuti dalle famiglie o dallo Stato per erogare servizi finalizzati a mantenere o migliorare la salute, quali servizi diagnostici, ospedalieri, ecc.;

2. costi per produrre servizi che si rendono necessari a causa della malattia, ma che non sono di tipo sanitario (l'assistenza sociale per un paziente non autosufficiente, i costi legali collegati ai trattamenti sanitari obbligatori per soggetti psicotici);
3. assistenza erogata dai *caregiver*; anche in questo caso si tratta di servizi (generalmente non sanitari), ma a differenza della precedente categoria si tratta di servizi che sono erogati gratuitamente. Tale categoria di costi non è collegata a un esborso monetario, né interessa direttamente il sistema sanitario o altre istituzioni pubbliche. Ciò nondimeno è una componente del costo sociale in quando il tempo dei familiari o di amici del paziente è una risorsa economica;
4. danno per la collettività conseguente all'assenza dal lavoro del malato.

Gli studi sui costi sociali possono dare un contributo al miglioramento della qualità delle decisioni in sanità: completano il quadro offerto dagli studi epidemiologici mediante informazioni sulla dimensione economica; possono generare ipotesi di lavoro per ricerche più analitiche e sperimentali; rendere visibili costi spesso trascurati o negati come quelli delle famiglie.

Cronico – Cronicità. Le *malattie croniche* si caratterizzano (in antitesi con quelle acute) per la durata prolungata (con una fase preclinica, anche lenta, cui fa seguito la manifestazione clinica), per l'eziologia multifattoriale, per la necessità di assistenza permanente anche per far fronte al costante rischio di complicazioni. Vengono essenzialmente classificate come croniche le malattie cardiovascolari, oncologiche, un vasto gruppo di patologie respiratorie di natura ostruttiva, ed alcune malattie dismetaboliche. Meno frequentemente viene ricondotto allo stesso gruppo un gran numero di altre malattie, per lo più di natura degenerativo/infiammatoria, come quelle di ambito neuropsichiatrico, le patologie degenerative di natura osteo-articolare, di natura gastroenterica, oculistica, ginecologica o dermatologica. In verità, a “scardinare” la classica distinzione tra patologie infettive a decorso acuto e patologie non infettive a decorso cronico sono intervenuti, negli ultimi 25 anni, i cambiamenti nell'evoluzione di patologie come le epatiti B e C o l'AIDS, ad eziologia infettiva, per le quali la ricerca ed il progresso farmacologico hanno consentito di prolungare il decorso della malattia per molti anni, facendo quindi assumere loro una storia naturale intermedia tra le due classicamente descritte. Per di più, in diverse patologie definite cronicodegenerative è provata o si sospetta un'eziologia infettiva. La *cronicità* è la condizione di salute e di vita delle persone affette da malattie croniche; spesso tali persone sono affette da più malattie croniche (cosiddetta “polipatologia”). Tali situazioni, più frequenti negli anziani, determinano specifici bisogni di cura e di assistenza che richiedono risposte sanitarie e sociosanitarie differenti dal tradizionale modello di cura dell'acuzie.

Cura. Nel linguaggio anglosassone, il termine cura è espresso in due differenti accezioni, a seconda che si voglia indicare la cura sanitaria o quella sociale. Nel primo caso si usa il vocabolo *cure* che significa curare con l'intenzione di guarire. Nel secondo si usa il termine *care*, che significa prendersi a cuore qualcuno o qualcosa, curare con l'intenzione di rendere migliore la qualità di vita a prescindere dalla persistenza o meno della patologia (o della sua stessa esistenza *ab origine*) (Folgheraiter, 2009).

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 della vita. 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, vicino alle cose care e significative per lui. Si tratta di un sistema a forte evoluzione (Vedi Assistenza domiciliare integrata).

Le cure domiciliari devono divenire un “sistema organico” di assistenza, o meglio una modalità 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.

Cure primarie. Espressione che ha assunto diversi significati; la Conferenza nazionale sulle Cure Primarie ha utilizzato nel documento conclusivo l'espressione "sistemi di assistenza primaria".

In un'accezione ampia, le cure primarie comprendono l'intera rete assistenziale del distretto e, quindi, coincidono con l'assistenza primaria (v. sopra).

In un'accezione più selettiva, le cure primarie comprendono unicamente i medici di medicina generale (v.) e quindi i MMG, i Pediatri di libera scelta e i Medici di continuità assistenziale, ed eventualmente l'assistenza infermieristica.

Attualmente, le esperienze innovative nell'ambito delle cure primarie riguardano le forme associative strutturali di medici di medicina generale, con la collaborazione di infermieri, in sedi uniche di lavoro (UCCP, Nuclei di Cure Primarie, ecc.); i punti unici di accesso; la gestione di percorsi diagnostico-terapeutici cui collaborano specialisti territoriali ed ospedalieri, ecc.

La programmazione nazionale tratta di assistenza primaria agli artt. 3 *quater* e 3 *quinqües* del d.lgs. n. 502/1992 s.m.i. in riferimento al distretto e alle sue funzioni (tra cui quella di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie).

La valutazione delle cure primarie può esser fatta attraverso opportuni indicatori di processo (es. % di pazienti diabetici cui viene prescritto annualmente un esame di controllo previsto da linee guida) o di esito (es. % di pazienti con complicanze o % di pazienti i cui parametri clinici mostrano scarso controllo) o anche di accesso (% di pazienti presi in carico rispetto a quelli affetti dalla malattia).

Dimissione. L'atto ed il momento del dimettere (lasciar uscire) un paziente da un istituto di cura a conclusione di un periodo di degenza ospedaliera; in altre forme di assistenza, la dimissione corrisponde all'ultimo contatto con la struttura/servizio in cui si è svolto il ciclo assistenziale. La data di dimissione viene registrata sulla cartella clinica. Una dimissione sicura ed efficace va preparata in anticipo con un *Piano delle dimissioni* che stabilisca le condizioni di dimissibilità, l'educazione del paziente alla gestione della malattia, la continuità assistenziale ospedaliera e territoriale, l'attivazione di altri servizi. E' un'attività strutturata che può essere svolta da medici o da infermieri e che richiede tempo, conoscenze tecniche e capacità relazionali. Il foglio di dimissioni è lo strumento conclusivo di tale piano, e deve riportare con chiarezza e completezza tutte le informazioni necessarie alla gestione del post-ricovero.

Dimissione protetta. Modalità di dimissione concordata tra l'ospedale e i servizi sanitari e sociali territoriali per pazienti in condizioni di non autosufficienza o di incompleta stabilizzazione clinica, che richiedono, a domicilio o in assistenza residenziale, la continuazione delle cure mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali.

Disabilità e ICF. La Convenzione ONU del 13 Dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità, ratificata in Italia con la L. n. 18/2009, definisce *persone con disabilità* coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri. Secondo la classificazione formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1980 (*International Classification of Disease, Disability and Handicap, ICDH*) si compone di tre livelli, *menomazione, disabilità ed handicap*, che vengono così definiti:

1. per *menomazione* si intende "qualsiasi perturbazione mentale o fisica del funzionamento del corpo. Essa è caratterizzata da perdite o anomalia anatomica, psicologica o fisiologica (a livello di un tessuto, di un organo, di un sistema funzionale o di una singola funzione del corpo)";
2. per *disabilità* si intende "la riduzione o la perdita di capacità funzionali o dell'attività conseguente alla menomazione";
3. *l'handicap* è lo "svantaggio vissuto a causa della presenza di menomazione o disabilità. Esso, dunque, esprime le conseguenze sociali e ambientali della disabilità o della menomazione.

La presenza di limiti concettuali insiti nella classificazione ICDH ha portato l'OMS ad elaborare un ulteriore strumento: "Classificazione Internazionale del funzionamento e della disabilità" (ICIDH-2, 1999), che rappresenta l'embrione del modello concettuale che sarà sviluppato nell'ultima classificazione dell'OMS: "*Classificazione Internazionale del funzionamento, disabilità e salute*" (ICF, 2001).

La sequenza Menomazione → Disabilità → Handicap, alla base dell'ICIDH, viene superata nella nuova Classificazione ICF da un approccio multiprospettico alla classificazione del funzionamento e la disabilità secondo un processo interattivo ed evolutivo. La classificazione integra in un approccio di tipo "biopsicosociale" (in cui la salute viene valutata complessivamente secondo tre dimensioni: biologica,

individuale e sociale) la concezione medica e sociale della disabilità. È in sostanza il passaggio da un approccio individuale ad uno socio-relazionale nello studio della disabilità. La disabilità viene intesa, infatti, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale. L'ICF correlando la condizione di salute con l'ambiente promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività che permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione. L'ICF, a differenza della precedente classificazione ICIDH, non è una classificazione delle conseguenze delle malattie, ma delle componenti della salute. In particolare, nell'ICIDH l'attenzione veniva posta sulle conseguenze, cioè sull'impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare, mentre nell'ICF si identificano gli elementi costitutivi della salute. In tal senso, l'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma tutte le persone proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni. Per approfondimenti si rinvia a: OMS, Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10), Milano, Masson, 1992; OMS, Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH), Cles, 1980; OMS, Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (ICF), Trento, Erickson, 2001.

Disability manager. Nuova figura professionale individuata dal “*Libro Bianco su accessibilità e mobilità urbana. Linee guida per gli enti locali*” presentato in data 1° luglio 2009 dal Ministro del Lavoro, Salute e Politiche sociali. E' un responsabile tecnico in materia di disabilità, attivato in via sperimentale nei Comuni con più di 50.000 abitanti, in grado di promuovere e coordinare a livello comunale le varie azioni per l'abbattimento delle barriere che escludono o discriminano le persone con disabilità, integrando le attività dei diversi servizi.

Disuguaglianze e diseguità in salute. Disuguaglianze e diseguità in salute si riferiscono alle differenze e disparità di condizioni e di trattamenti che interessano diverse dimensioni dell'individuo o gruppi di popolazione - tra cui quelle sociali, economiche, demografiche e geografiche - e comportano differenziali nello stato di salute o negli esiti individuali/complessivi di assistenza.

Le *disuguaglianze* si riferiscono a differenti condizioni (sociali, economiche, di istruzione, educative, ecc.) che caratterizzano in senso descrittivo e misurabile individui o gruppi/popolazioni e che possono incidere sulla possibilità di accesso ai trattamenti sanitari. Tali differenze possono riguardare anche condizioni indipendenti e non evitabili (come caratteristiche genetiche dell'individuo, effetti dovuti alla classe di età), mentre le *diseguità* in salute rappresentano il complesso delle disuguaglianze ritenute ingiuste, evitabili e non necessarie poiché comportano una differente distribuzione di garanzie, *chance* e opportunità di benessere (un esempio può riguardare la diseguità di accesso ai servizi sociosanitari).

Efficacia (dei servizi sociosanitari). Capacità/grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'efficacia di un servizio si identifica con la sua capacità di raggiungere gli obiettivi che ne contraddistinguono il mandato. In sanità è la capacità di un intervento di migliorare gli esiti di una determinata condizione. Può essere di due tipi: *sperimentale* (dimostrata in condizioni di ricerca con soggetti selezionati) e *pratica* (osservata nelle condizioni di funzionamento dei servizi sanitari).

Efficienza. Capacità di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili in vista dei risultati. Si realizza sia attraverso la capacità di ottenere i risultati attesi con il minor impiego di risorse, che quando da una data disponibilità di risorse si ottiene il massimo risultato possibile.

Il giudizio di efficienza può essere formulato in relazione ai risultati o alle prestazioni:

1. rapporto tra risultati e risorse, in tal senso si configura come giudizio comparativo circa la capacità di un servizio o di un operatore di produrre gli stessi risultati con minore consumo di risorse rispetto ad altre entità, ovvero di produrre migliori risultati a parità di risorse impegnate;
2. rapporto tra prestazioni e risorse, ovvero fa riferimento alla capacità di produrre prestazioni col minimo di risorse.

L'efficienza *tecnica* misura il miglior risultato con la migliore combinazione delle risorse utilizzate; mentre l'efficienza *allocativa* è la capacità di distribuire in modo proporzionato le risorse disponibili nei diversi ambiti di azione.

Empowerment (Rafforzamento delle competenze). “L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita”, (Wallerstein 2006).

Gli ambiti entro i quali si possono ritrovare esperienze di *empowerment individuale* sono:

1. acquisire stili di vita e comportamenti più corretti: es. movimenti/campagne informative per la prevenzione/educazione a stili di vita sani;
2. gestire e prendere in carico la propria malattia-cronicità: es. gruppi di auto-aiuto in ambito sanitario e socio-sanitario;
3. accedere all'organizzazione dei servizi: es. servizi come l'URP, gestione reclami e numero verde, “Carta dei Servizi”;
4. accedere al processo decisionale di cura: es. il consenso informato, la cartella clinica integrata.

Gli ambiti entro i quali si possono ritrovare esperienze di *empowerment organizzativo* sono:

1. condividere il processo decisionale di cura: es. mediazione dei conflitti, mediazione culturale nel rapporto medico-paziente;
2. condividere la pianificazione dei servizi: progetti e/o contesti che coinvolgono i cittadini nell'analisi, progettazione, valutazione dei bisogni come, ad es. l'*Audit civico*, i Laboratori del cittadino;
3. condividere la gestione dei servizi: es. l'inserimento dei *caregivers* e dei volontari nella gestione di alcuni aspetti dell'organizzazione nell'accoglienza e guida.

Gli ambiti entro i quali si possono ritrovare esperienze di *empowerment di comunità* sono:

1. fare ascoltare la propria voce: es. i movimenti di difesa, pressione e stimolo dei diritti del malato verso le istituzioni sanitarie, le reti di ospedali che cooperano per realizzare e implementare pratiche di umanizzazione dell'assistenza;
2. contribuire al governo locale della comunità: processi/strumenti di governo locale capaci di coinvolgere i cittadini e le organizzazioni nelle scelte in merito a problemi, bisogni, domande come, ad es. i Patti di solidarietà o i Forum dei cittadini, gli strumenti di programmazione strategica.

La definizione di tali ambiti ha fornito una concreta esemplificazione di come un costruito complesso come l'*empowerment* possa essere tradotto in azioni specifiche all'interno dei servizi sanitari (Monitor, 2010).

Pertanto, per sviluppare l'empowerment del paziente, è necessario renderlo partecipe del processo decisionale, per accrescere la sua soddisfazione e migliorare l'efficacia dei risultati clinici, aumentando l'accettabilità al trattamento. Per conseguire tale risultato, i servizi debbono: accertare le aspettative e le priorità dei pazienti; coinvolgere i pazienti per rendere le persone consapevoli della propria situazione clinica, delle alternative terapeutiche possibili, del proprio diritto a scegliere consapevolmente e liberamente il proprio piano di cura assumendone le spettanti responsabilità; acquisire *feedback*, rispetto a questo, su cui basare il processo di miglioramento. Per facilitare ciò risulta necessario fornire al cittadino gli strumenti adeguati per interloquire con l'istituzione/servizio, per offrirgli i presupposti al fine di esprimere le proprie volontà sul processo di cura e, successivamente, le proprie opinioni e gradimenti sui servizi erogati.

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.

Per essere efficace, il lavoro di équipe ha necessità di essere ben progettato, strutturato e rivalutato con regolarità. Un'applicazione importante del lavoro in équipe (*team* di cura) si ritrova nell'ambito del *Chronic Care Model* (Vedi). 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.

Esclusione sociale (vedi anche inclusione sociale). *“Processo multidimensionale di progressiva rottura sociale che causa il distacco di gruppi e individui dalle relazioni sociali e dalle istituzioni, impedendo la piena partecipazione alle comuni e normativamente prescritte attività della società in cui vivono”, (Silver, 2007). Altri autori, come Rovati (2003), riprendendo Ballet, presentano una esemplificazione del processo di progressivo allentamento dei vincoli sociali a partire dalla precarietà, che può diventare povertà ed evolvere infine in esclusione sociale: “L’esclusione è allora la forma estrema della precarietà e della povertà, nella quale si cumulano gli svantaggi di entrambi gli stadi precedenti. Diversamente da chi è precario, disoccupato o povero, gli esclusi si collocano in una sorta di enclave all’interno del processo di stratificazione e sono bloccati rispetto al processo di mobilità ascendente”. Il documento del “Tavolo Inclusione sociale” (reperibile su: www.retepariopportunita.it, nell’ambito delle attività promosse dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri sulla programmazione dei Fondi Strutturali UE 2007-2013) evidenzia l’importanza di “individuare i target di popolazione più a rischio di esclusione sociale, identificando l’esclusione con povertà relativa, isolamento sociale, non autosufficienza. Parlando di rischio di esclusione si introduce un concetto dinamico, non si considerano solo le condizioni oggettive (disabilità, vecchiaia, ecc.), ma anche le condizioni che possono accrescere il rischio di essere esclusi (come ad esempio la perdita del lavoro, l’essere a capo di famiglie monoparentali, l’aver solo lavori temporanei, avere bassi titoli di studio, essere immigrati, ecc.). Sono le politiche pubbliche che possono/devono promuovere, favorire e garantire l’inclusione sociale e prevenire i rischi di esclusione”. La legge quadro n. 328 del 2000 all’art. 27 ha istituito la Commissione di indagine sulla esclusione sociale con “il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell’ambito dell’Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull’emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell’opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull’effetto dei fenomeni di esclusione sociale. La Commissione predisponde per il Governo rapporti e relazioni ed annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte formulate”.*

Fondo per la Non Autosufficienza. Con la legge finanziaria 2007 è stato istituito presso il Ministero della Solidarietà sociale il Fondo nazionale per le non autosufficienze, finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti. Negli ultimi anni la crescente domanda sociale e le difficoltà del Governo centrale nell’istituire un sistema integrato di protezione e di assistenza globale per le persone non autosufficienti, hanno spinto le Regioni a intraprendere percorsi autonomi per la determinazione di livelli regionali di prestazioni a favore delle persone non autosufficienti. La strategia che sottende la definizione di un Fondo regionale per la non autosufficienza è orientata al consolidamento e potenziamento del ruolo del sistema di Welfare regionale.

I primi atti riguardanti il Fondo regionale/provinciale per la non autosufficienza risalgono al 2003, ma solo negli ultimi anni è cresciuto il numero delle esperienze avviate. Ad oggi, diverse Regioni hanno istituito un apposito Fondo dedicato alla non autosufficienza, alcune con valenza sistematica e altre correlandolo alla disponibilità finanziaria annuale. Peculiare è il caso della P.A. di Bolzano avente un Fondo assicurativo di tipo universalistico suddiviso nel *Fondo prestazioni*, destinato alla copertura delle spese derivanti dall’erogazione dell’assegno di cura e delle altre spese correnti e, nel *Fondo integrativo a capitalizzazione*, che dopo una fase di alimentazione e capitalizzazione è destinato all’integrazione del Fondo prestazioni.

Costituiscono elementi di forza dei Fondi regionali l’individuazione di precise risorse per la non autosufficienza, la maggiore integrazione tra attività e risorse sanitarie e sociali, la sistematicità degli interventi comprese le attività di prevenzione, la priorità per le cure domiciliari nonché maggiore equità all’interno della singola Regione. Sono, invece, elementi di criticità la diversità tra i Fondi delle singole Regioni (quanto a servizi, modalità di gestione, risorse), con rischio di ampliare il livello di diseguità tra le Regioni e all’interno di una stessa Regione (ad es. perché la copertura può riguardare solo un numero limitato di persone per scarsità di risorse). Il Fondo per le non autosufficienze istituito con la legge finanziaria 2007 costituisce, in realtà, solo un “contributo”, sicuramente importante per l’avvio di una politica unitaria e specifica sul tema della non autosufficienza ma, tuttavia, ancora lontano dal costituire un vero e proprio Fondo nazionale.

Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale (SSN). La disciplina dei fondi sanitari del SSN è stata introdotta dall'art. 9 del D. lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.lgs. n. 229/1999 e si differenzia dai Fondi sanitari assicurativi tipici delle aziende private, per la loro caratteristica di "integrazione" rispetto a quanto garantito nell'ambito dei LEA.

La disciplina si è evoluta in un arco temporale particolarmente lungo e comprende ora due diverse forme possibili di fondo sanitario in Italia:

- *i fondi sanitari disciplinati ai sensi dell'art. 51 del TUIR* (Testo unico delle imposte sui redditi), DPR n. 917/1986, che raccolgono i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro e/o dal lavoratore in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale e che si avvalgono del beneficio fiscale della deducibilità degli importi versati. Si tratta dei fondi che, operando a favore di gruppi di lavoratori definiti per categoria o per azienda, vengono detti "chiusi". Tali fondi possono essere enti, casse o società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziali.

- *i fondi sanitari integrativi del SSN*, previsti dal citato art. 9 del D.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, che sono finalizzati a "potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale". Tali Fondi possono essere istituiti da: contratti e accordi collettivi, anche aziendali; accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale; regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali; deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative, operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria; deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute; atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. Si tratta di fondi che assumono una forma "chiusa" quando operano a favore di categorie o gruppi di lavoratori e, una forma "aperta", quando sono rivolti a tutti i cittadini.

Il DM 31 marzo 2008 istituisce presso il Ministero della Salute l'*Anagrafe dei fondi sanitari*. Il successivo DM 27 ottobre 2009 definisce le procedure e le modalità di funzionamento dell'Anagrafe. L'Anagrafe riguarda sia i fondi sanitari integrativi del SSN, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i., sia gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui al citato art. 51 co. 2, lett. a) del DPR n. 917/1986.

L'istituzione dell'Anagrafe si è resa necessaria a seguito della specificazione degli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi del SSN e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, apportata dal DM 31 marzo 2008. In particolare, per gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, il Ministero della Salute accerterà, a decorrere dall'anno 2011 e mediante consultazione della documentazione trasmessa all'Anagrafe, il rispetto della soglia delle risorse vincolata all'erogazione delle prestazioni indicate nel DM 31 marzo 2008, come modificato dal DM 27 ottobre 2009.

Fragilità. Il concetto di "fragilità", molto utilizzato in ambito geriatrico, esprime, a livello individuale, *una condizione generale di elevato rischio di perdita dell'autonomia o situazione di instabilità fisica e sociosanitaria: si tratta di un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita totale o parziale della capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concorrenza di diversi fattori: biologici, psicologici e socioambientali che agendo in modo sinergico si amplificano e si perpetuano vicendevolmente* (Trabucchi. 2005).

La comunità scientifica esprime un crescente interesse sulla fragilità malgrado ad oggi non esista una definizione univocamente accettata o una classificazione ufficiale nell'*International Classification of Disease* (ICD). La condizione identificata e maggiormente condivisa include il deperimento (sia della massa muscolare e della forza fisica sia della perdita di peso), perdita della capacità di resistenza, diminuzione dell'equilibrio e della capacità di muoversi, rallentamento nelle capacità motorie e potenziale diminuzione della funzione cognitiva. La fragilità risulta un importante predittore del rischio di *outcome* avversi, quali l'istituzionalizzazione, le cadute e la morte.

In forma più generale, si intende la condizione di fasce di popolazione a particolare rischio di peggioramento della salute, di perdita dell'autonomia, di solitudine, di impoverimento e di esclusione sociale. La fragilità, in questo concetto (Fried, 2003) è distinto dalla non autosufficienza ed identifica la condizione di anziani soli e ammalati, particolarmente vulnerabili (*frail elderly*), la cui situazione sociosanitaria può precipitare per cause ambientali, per malattie o ricoveri, per eventi traumatici, ecc. Sono in corso iniziative per costituire

banche dati o registri della fragilità, nelle quali dovrebbero confluire dati sanitari e dati sociali, principalmente con lo scopo di prevenire e gestire situazioni critiche che interessano ampi strati di popolazione quali ondate di calore o epidemie di influenza.

Governo clinico. La definizione più diffusa e comunemente accettata è quella di Scally e Donaldson (1998), che lo identificano come la somma di “riferimenti entro i quali le Organizzazioni (del sistema sanitario nazionale) sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati livelli di assistenza e creano l’ambiente in cui si sviluppa l’eccellenza dell’assistenza clinica”. Buetow S.A., e Roland M., su *Quality in Health Care* (1999), affermano che governo clinico “è l’anello di congiunzione che permette di unire le due visioni o modi di affrontare la problematica della qualità delle cure, e cioè quello manageriale e quello squisitamente clinico”.

Proposto per la prima volta nel 1997 dal *National Health Service Trust* ed adottato dal governo britannico, si dota di competenze ampie ed usa strumenti tecnici in grado di supportare le decisioni migliori, consapevoli e condivise in materia di assistenza sanitaria.

Gli elementi del governo clinico sono: educazione e formazione; gestione del rischio; trasparenza; ricerca e sviluppo; efficacia clinica pratica; verifica clinica.

Ognuno di questi obiettivi è poi più facilmente perseguibile attraverso l’applicazione di strumenti innovativi di gestione tra cui, ad es. la *Evidence Based Medicine*, l’*Health Technology Assessment*, indicatori di *performance*, l’*Audit* clinico, le Linee guida ed i Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, ecc.

Tali strumenti gestionali innovativi, innestati su solide basi di competenze tradizionali, devono essere affidati a figure e/o organismi, all’interno dell’Azienda sanitaria, che abbiano le competenze, l’autorevolezza e la capacità per attuarli appropriatamente e per coinvolgere tutti gli attori del sistema.

Inclusione sociale (vedi anche esclusione sociale). L’inclusione sociale può essere definita come la situazione in cui rispetto a una serie di fattori (reddito, occupazione, istruzione, servizi collettivi, assistenza sanitaria, abitazione) tutti gli individui e i gruppi godono degli standard essenziali, le disparità tra le persone e i gruppi sono socialmente accettabili e il processo attraverso il quale vengono raggiunti questi risultati è partecipativo ed equo (Gorreri, Quagliotti, Pezzani, 2009, con modifiche). La nozione di inclusione sociale è multidimensionale nel senso che tutti i vari fattori concorrono al benessere di una persona ed alla coesione sociale fornendo agli individui l’opportunità sostanziale di vivere secondo i propri valori e le proprie scelte e di migliorare le proprie condizioni. L’Unione Europea ha stabilito un “*Processo per la protezione sociale e l’inclusione sociale*” basato sul Metodo aperto di coordinamento al quale fa riscontro in Italia il “*Piano nazionale per l’inclusione sociale*”. Gli aspetti comuni delle politiche per l’inclusione sociale sono la garanzia per tutti dell’accesso alle risorse di base, ai servizi sociali ed ai diritti necessari per la partecipazione nella società; la promozione di politiche attive per l’occupazione ed il reinserimento lavorativo; la lotta alle forme estreme di esclusione e di marginalità.

Indicatore. Caratteristica qualitativa (confrontabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (costruire ipotesi, dare giudizi). Il risultato dell’osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il “valore” o la misura dell’indicatore. Gli indicatori sanitari e gli indicatori sociali misurano aspetti rilevanti e danno indirettamente un indizio di conoscenza su altri aspetti più complessi e più difficilmente misurabili. Ad esempio la percentuale di obesi fornisce un’informazione indiretta su aspetti sociali e sanitari (grado di istruzione, livello socioeconomico, disponibilità di servizi, politiche di offerta attiva, ecc.).

Di solito gli indicatori si raggruppano per dimensione esplorata (accessibilità, efficacia, continuità, appropriatezza, ecc.) o per punto di vista adottato (degli utenti, dei professionisti, dei *manager*, dei politici). Si vanno adesso sviluppando macro-indicatori che misurino aspetti globali quali il benessere, lo sviluppo sostenibile, la performance, ecc. Dato il potere orientativo di giudizi e di azioni, gli indicatori devono essere di provata validità, cioè essere pertinenti, accurati, precisi, tempestivi, ecc.

Integrazione sociosanitaria. L'art. 3 *septies*, co. 1 del D.lgs. n. 229/1999 definisce le prestazioni socio-sanitarie *"tutte le attività atte a soddisfare, mediante 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 azioni di cura e quelle di riabilitazione"*.

Tipologia delle prestazioni sociosanitarie:

1. *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* sono tutte le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite. Esse sono di competenza delle Aziende sanitarie e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, o in strutture residenziali o semiresidenziali;

2. *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* sono tutte le attività del sistema sociale, che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di lungo-assistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi;

3. *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* rientrano nei LEA e sono poste a carico del Fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate *"dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza"*.

Il successivo DPCM 14 febbraio 2001 *"Atto di Indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di prestazioni socio-sanitarie"* individua i LEA in relazione alle seguenti aree di attività: materno-infantile; disabili; anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative; patologie psichiatriche; dipendenze da alcool, droga e farmaci; patologie per infezioni da HIV; pazienti in fase terminale. Ha come finalità: la definizione delle modalità e delle aree di attività per una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali; la disciplina della partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali.

I destinatari dell'assistenza socio-sanitaria sono: le persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali prestate da operatori del sociale e della sanità. I criteri di individuazione e caratterizzazione delle prestazioni socio-sanitarie: la natura del bisogno: viene determinata tenendo conto delle funzioni psicofisiche, della natura dell'attività del soggetto e relative limitazioni; delle modalità di partecipazione alla vita sociale e dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e al suo superamento; la complessità dell'intervento: è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura) ed alla loro articolazione nel progetto personalizzato; l'intensità dell'intervento: l'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato.

Il DPCM 29 novembre 2001 all'Allegato 1C) definisce i LEA per l'area dell'integrazione socio-sanitaria e stabilisce i riferimenti normativi tra cui l'Atto di indirizzo e coordinamento sull'Integrazione sociosanitaria (DPCM 14 febbraio 2001).

Secondo Kodner e Spreeuwenberg (2002) 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. L'integrazione sociosanitaria va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

L'integrazione istituzionale riguarda il livello politico-amministrativo nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma (stipulati da circa la metà delle aziende sanitarie, per tre quarti nell'area dell'assistenza agli anziani).

A questo scopo le Regioni, nei rispettivi Piani, preferibilmente sociosanitari, provvedono a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, mettendo in grado le aziende Usl di programmare l'entità delle risorse da assegnare ai distretti.

L'integrazione gestionale riguarda il governo manageriale di risorse e di servizi da integrare in progetti comuni di intervento e si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali, il lavoro per progetti, la definizione di percorsi assistenziali.

Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità.

Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto; vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti.

L'integrazione professionale riguarda la composizione di saperi e abilità per garantire risposte efficaci ed è strettamente correlata all'adozione di linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale e del *case management*. È l'integrazione sul campo, sulla frontiera dei bisogni e dei servizi erogati, che dipende in modo decisivo da convinzioni e comportamenti dei professionisti che occorre incentivare e sostenere nelle loro autonomie sul campo, raccordandole con precise responsabilità deontologiche e doveri di rendicontazione.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Intensità e complessità degli interventi (socio-sanitari). L'art. 2 del DPCM 14 febbraio 2001 precisa che le prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3 *septies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la *natura del bisogno*, la *complessità* e l'*intensità dell'intervento assistenziale*, nonché la sua *durata*. L'intensità assistenziale si evolve durante le diverse fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite: la *fase intensiva*, caratterizzata da un forte impegno assistenziale, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari; la *fase estensiva*, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito; la *fase di lungoassistenza*, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi. La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

Lavoro di comunità. Processo tramite cui si aiutano le persone a migliorare le loro comunità di appartenenza attraverso iniziative collettive. Fornire questo aiuto presuppone, generalmente, l'impiego di operatori retribuiti definiti "operatori di comunità". Scopo essenziale del lavoro di comunità è garantire, in primo luogo, un miglioramento delle condizioni di vita di chi abita in certe aree geografiche, o fa parte di un gruppo in particolare stato di bisogno; in secondo luogo, fare sì che le persone "interiorizzino" questo miglioramento il più possibile, potenziando le proprie abilità e la fiducia in se stesse.

Le tematiche affrontate possono riguardare *aspetti sociali* quali: la casa, il lavoro, i servizi sociali; *aspetti educativi e formativi* quali: l'istruzione, la formazione, il tempo libero, la cultura; *aspetti sanitari* quali: i servizi sanitari, l'assistenza a gruppi svantaggiati, ecc.

Si può fare lavoro di comunità a partire da numerosi approcci distinti e complementari, quali:

1. l'approccio dello sviluppo di comunità (*community development*), ovvero il lavorare con la comunità, e quello della pianificazione di servizi (*social planning*), ovvero il lavorare per la comunità;
2. la prospettiva dell'auto aiuto (la comunità che «si aiuta da sé»), contrapposta a quella delle azioni di pressione.

Il lavoro di comunità si presta a essere descritto, in primo luogo, come un insieme di valori; in secondo luogo, come un insieme di tecniche, abilità e prospettive, tutte legate a questi valori. Si tratta di valori che hanno a che fare con la giustizia, il rispetto, la democrazia, l'*empowerment* e il miglioramento delle condizioni di vita di chiunque sia, a un qualche titolo, «svantaggiato». Le tecniche riguardano invece la capacità di intrecciare relazioni con queste persone, di comprendere il punto di vista altrui, di trovare un

modo per “aiutare le persone ad aiutarsi”, cosa che non esclude, talvolta, l’opzione di fare delle cose «al posto loro». L’operatore deve saper selezionare le opzioni d’intervento più utili a migliorare le condizioni di vita della comunità con cui lavora e ad accrescere nelle persone la fiducia in se stesse e la capacità d’agire; a incidere positivamente, in ultima istanza, sulle amministrazioni locali, o su altre organizzazioni che possono contribuire al benessere di quella comunità (Twelvetrees, 2006).

Livelli Essenziali di Assistenza – LEA. L’insieme delle prestazioni e dei servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I LEA sono organizzati in tre grandi Aree:

1. *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell’inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
2. *assistenza distrettuale*, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all’assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
3. *assistenza ospedaliera*, ovvero le attività di assistenza in regime di degenza, in ricovero ordinario, in *day hospital* e *day surgery*, o in pronto soccorso, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, ecc.

Infine le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello “essenziale” garantito a tutti i cittadini e risulta a discrezione delle Regioni garantire, con risorse proprie, servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Liveas. L’art. 22 della L. n. 328/2000 assegna allo Stato il compito di definire i LEA in materia sociale che devono, sull’intero territorio nazionale, essere garantiti a tutti i cittadini sulla base di *standard* comuni.

Questa norma prevede che il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantisca al cittadino, nell’ambito del distretto socio-sanitario, l’erogazione di alcune prestazioni essenziali che rappresentano i *livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale*, i cosiddetti Liveas. Tali livelli essenziali garantiscono un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire, alle persone e alle famiglie, qualità della vita e cittadinanza sociale, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

La forte e importante valenza innovativa della L. n. 328/2000, che ha per la prima volta affermato il diritto all’assistenza, si fonda su un assetto istituzionale in parte anticipatore dei contenuti della riforma del Titolo V, parte II della Costituzione (ad opera della L. cost. n. 3 del 2001), introducendo il federalismo amministrativo, con la L. n. 59/1997 la cui attuazione è stata affidata, in particolare al D.lgs. n. 112/1998.

Il nuovo testo costituzionale assegna alla piena potestà legislativa regionale, senza più vincoli ai principi fondamentali fissati da leggi dello Stato, tutte le materie che non siano oggetto di legislazione concorrente o esclusiva dello Stato. Tra le materie assegnate alla piena competenza legislativa delle Regioni rientra *l’assistenza sociale*. Il nuovo quadro costituzionale impone, quindi, una diversa lettura dei principi e delle norme contenute nella L. n. 328/2000. Le esigenze unitarie sovraregionali, la necessità di garantire un livello di uguaglianza di tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale, trovano risposta – nel nuovo testo costituzionale – nei diritti civili e sociali di cui alla lett. *m*) dell’articolo 117, quale competenza dello Stato. Più che competenza per materia, la fissazione dei diritti civili e sociali è competenza di sistema con l’obiettivo di assicurare un livello uniforme di trattamento a tutti i cittadini del territorio nazionale.

Long term (care) (Cure di lungo termine). I sistemi sanitari odierni interessati da un lungo processo di progressiva specializzazione dei servizi ospedalieri e orientati verso un aumento della capacità di risposta ad emergenze cliniche, tendono ad evitare pazienti con necessità di cure a lungo termine e a bassa complessità o a basso contenuto sanitario. Considerato però che si sta registrando un progressivo aumento delle problematiche legate alla disabilità e alle malattie croniche, che determinano una crescente domanda di servizi di assistenza, si presenta per l’appunto il problema dell’assistenza a lungo termine (domiciliare o residenziale) e di conseguenza di organizzare e gestire modelli di “*long-term care*” in ambienti sempre più professionali. Si tratta di sistemi di cura per loro natura sociosanitari in quanto forniscono risposte a bisogni di tipo medico e di tipo socioassistenziale.

Medicina generale (Primary Care Physicians). Comprende le figure professionali del Medico di medicina generale (MMG), il Pediatra di libera scelta (PLS) e il medico della continuità assistenziale (MCA). La Medicina generale è l'insieme delle cure fornite da medici che seguono uno specifico *training* formativo, esperti nel primo contatto generale con i pazienti, che affrontano per ogni singolo paziente la molteplicità dei suoi problemi di salute e si occupano della malattia al suo insorgere, quando ancora la sintomatologia non si è espressa interamente e non è diagnosticata e durante tutto il suo sviluppo. Fornisce anche ai pazienti una guida al sistema sanitario per ottenere una cura adeguata con il coordinamento dei diversi servizi sanitari, e promuove l'effettiva comunicazione con i pazienti, incoraggiando il ruolo del paziente come “*partner*” nella cura. La stessa include la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, il mantenimento della salute, il *counseling*, l'educazione alla salute, la diagnosi e il trattamento di malattie acute e croniche in diverse sedi sanitarie (dallo studio alle cure domiciliari). E' organizzata e gestita da personale medico che spesso collabora con altri professionisti sanitari e utilizza consulti e consulenze specialistiche quando necessario. (La definizione è tratta dal sito della “*American Academy of Family Physicians*” (<http://www.iaafp.org/x2632.html>), ma trova riscontro anche nella più ampia definizione europea di medicina generale/di famiglia data da Wonca Europe, 2002, di cui esiste attualmente la versione italiana disponibile su <http://www.medicidimedecinagenerale.org>).

Mission. Ragione fondamentale per cui l'organizzazione esiste; proposito di base dell'organizzazione; ciò che l'organizzazione sceglie di fare per ottenere riconoscimento, soddisfare i bisogni dei clienti/utenti e realizzare i propri obiettivi.

Monitoraggio. Sistema di rilevazioni ripetute e continuative di un fenomeno (con raccolte di dati e di indicatori pertinenti) per seguirne l'andamento nel tempo, identificare potenziali problemi, per segnalare l'eventuale superamento di soglie di attenzione o di allarme, per assicurare l'attuazione di progetti e il miglioramento continuo.

Option counseling. Processo relazionale interattivo di supporto alla formulazione delle decisioni. Tale processo prevede che utenti, famiglie e persone significative vengano supportate nelle scelte in merito all'individuazione di una corretta ed appropriata risposta assistenziale, attraverso un percorso di maggiore consapevolezza individuale, di corretta formulazione del bisogno di salute, di considerazione delle preferenze personali e delle caratteristiche del contesto di vita.

Outcome. Esiti degli interventi sanitari o sociali. Le misure di *outcome* si differenziano dai prodotti/*output* perché riguardano l'efficacia degli interventi, gli effetti sulla salute dell'individuo o su altri importanti risultati attesi (es. grado di autonomia, aspetti relazionali, ecc) .

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.

La caratteristiche di un percorso assistenziale comprendono:

1. 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;
2. la facilitazione della comunicazione tra i membri del *team* di cura e tra questi ultimi, i pazienti e le loro famiglie;
3. il coordinamento dei processi di assistenza, stabilendo i ruoli e la sequenza delle attività del *team* multidisciplinare, dei pazienti e dei familiari;
4. la documentazione, il monitoraggio e valutazione delle variazioni e degli esiti;
5. l'identificazione delle risorse appropriate.

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).

Presa in carico. È un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie di aiuto, sostegno, cura che il servizio sanitario e sociale mettono in atto per rispondere a bisogni complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità.

Nell'ottica del Punto Unico di Accesso, la "presa in carico" può essere definita come *"un processo integrato e continuativo che si configura come "governo" di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso e articolato"*.

La "presa in carico" è legata alla "complessità" dei bisogni, della domanda, della valutazione dei bisogni e dell'offerta. La complessità richiede unitarietà di azioni nei diversi livelli di intervento (tra soggetti istituzionali; tra soggetti professionali; tra i diversi attori che operano nel contesto socio-ambientale: famiglia, ambiente sociale, comunità). La complessità richiede continuità tra i bisogni, espressi da una domanda, e le risposte rappresentate dall'offerta di servizi; di risposte modulate nella loro gradualità e modulate nel tempo. Si "prende in carico" la persona, nella sua globalità, con l'insieme di bisogni che essa esprime.

La presa in carico si compone di diverse fasi e momenti: richiesta di aiuto; analisi della domanda; progetto di intervento; elaborazione e attuazione del progetto personalizzato e del piano personalizzato degli interventi; verifica e valutazione; chiusura dell'intervento.

Il **piano di assistenza individuale** 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.

Prestazioni ed Interventi (sociosanitari). Le **prestazioni** costituiscono l'*output*, cioè il prodotto dei servizi sanitari e sociali; si tratta di prodotti immateriali quali una visita medica, un colloquio, un sopralluogo, una indagine sanitaria o ambientale o anche atti derivati da queste azioni (es. una ricetta, documento, una autorizzazione), forniti direttamente da operatori agli utenti/clienti. Nell'analisi organizzativa i servizi e le prestazioni non sono "altra cosa" dai processi operativi tecnici (attività e compiti), ma sono un sottoinsieme omogeneo di essi caratterizzato sostanzialmente dal fatto che in ogni prestazione è compreso anche il rapporto diretto con il cliente/utente (il "momento della verità" di Normann),(Gardini, Beccastrini, Tonelli).

In ambito sociosanitario, le prestazioni singole sono parte di **interventi**, cioè di episodi di relazione/aiuto/cura che possono essere complessi, lunghi, personalizzati (descritti nel relativo progetto individuale di intervento o di assistenza). Le prestazioni sono, quindi, atti delimitati e standardizzati (punti), mentre gli interventi sono insiemi, processi, composti e prolungati fatti di prestazioni e di altre attività senza diretto rapporto con il paziente/utente (linee). A differenza di altri Paesi, in Italia non esiste tuttora una nomenclatura di riferimento delle prestazioni sociali e sociosanitarie né tantomeno un sistema di classificazione degli interventi sociosanitari. Alcuni tentativi di definizione (e relativa tariffazione) sono in corso in alcune Regioni. Prestazioni ed interventi costituiscono il livello "micro" dell'attività, mentre i Liveas dovrebbero costituire il livello "macro", restando naturalmente tali livelli strettamente connessi e logicamente coerenti tra loro.

Prevenzione. La prevenzione comprende l'insieme delle strategie e degli interventi posti in essere con anticipo, a monte, per evitare l'insorgere di un disagio, di una esclusione, di un danno, di una malattia. Gli interventi preventivi sono di natura culturale, psicologica, sociale, sanitaria, economica e politica; trovano realizzazione a livello individuale, di gruppo e sociale.

Secondo Caplan (1964) si distinguono tre tipi di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

La prevenzione primaria ha lo scopo di ridurre i fattori di rischio e di aumentare i fattori protettivi (ad esempio: promozione della salute, promozione del benessere, educazione e comunicazione, ecc.); interessa tanto la comunità quanto i singoli individui. La prevenzione secondaria ha lo scopo di individuare precocemente i primi sintomi di un disagio per frenarne l'evoluzione; si rivolge a selezionati gruppi di individui che sono a maggior rischio. La prevenzione terziaria ha l'obiettivo di limitare il più possibile i danni o le conseguenze negative di un disagio, di una malattia, di una esclusione sociale e di mettere in atto interventi di riabilitazione e di reinserimento sociale; si rivolge a gruppi di individui già portatori del disagio o della malattia. I tre bisogni di prevenzione possono essere compresenti anche in un singolo individuo e coesistere con gli aspetti tipici della cura e della presa in carico. Su un piano complessivo la prevenzione riguarda tutti i servizi e richiede la collaborazione intersettoriale tra diversi ambiti sociosanitari. Il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 richiama la *"necessità di un'efficace collaborazione fra tutte le aree di governo, la cui azione direttamente o indirettamente incida, da una parte, sulla salute e, dall'altra, riconosca il territorio quale luogo ove si colgono i risultati di tutte le misure trasversali che concorrono allo stare bene di una persona. Conseguentemente, le politiche sanitarie devono certamente continuare ad assumere come punto prioritario del loro agire la centralità della persona ma devono al contempo, cercare*

ogni alleanza utile alla migliore tutela possibile della salute dei cittadini, nella convinzione che la promozione della salute non possa compiutamente svolgersi in mancanza di politiche a sostegno del diritto di ciascuno a realizzare il proprio progetto di vita e, comunque, in assenza di un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui si vive”.

Primary Health Care. Una possibile traduzione è “Attenzione e assistenza sanitaria di base” (G. Monasta, OMS, 2008). Per l’Organizzazione mondiale della sanità *Primary Health Care* (PHC) costituisce il primo livello di contatto del cittadino con il sistema sanitario, basato su servizi sanitari e sociali di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla persona, supportata al bisogno dai servizi ospedalieri di secondo e terzo livello. La PHC è un vero modello concettuale, una strategia politica, una *vision* finalizzata ad assicurare l’equità, la copertura universale dei bisogni a costi sostenibili, la più ampia accessibilità ai servizi, la presa in carico globale della persona, l’assunzione di responsabilità verso una popolazione ben identificata. Per ottenere questi risultati è necessario andare oltre l’ambito sanitario e coinvolgere anche altri settori quali l’educazione, l’agricoltura, l’alimentazione, l’industria, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, ecc, ricercando lo sforzo combinato di tutti questi settori.

Sul piano operativo, al centro della rete dei servizi sono posti i *team* multi professionali, che assicurano la continuità e stabilità delle cure, l’erogazione di prestazioni integrate anche con i servizi sociali della comunità, il coordinamento con ospedali e servizi specialistici, la mediazione con altri servizi non sanitari. (OMS: *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*).

Numerosi professionisti partecipano ai team della *Primary Health Care*: medici di base, pediatri, ostetriche, infermieri di comunità, operatori socio-assistenziali, terapisti, educatori

Grazie a queste competenze il team assicura la “presa in carico” nei servizi in rete dei sempre più numerosi pazienti anziani, con polipatologia, disabilità e problemi socio-economico-familiari, ricercandone la partecipazione attiva. Vedi anche voce Assistenza primaria/*Primary care* (tratto da: Guzzanti - Longhi, 1985).

Programmazione sociosanitaria (regionale e locale). Il metodo della programmazione pluriennale costituisce un solido principio fondamentale della materia “tutela della salute” nonché uno degli elementi qualificanti del SSN, in grado di orientare e coordinare gli obiettivi, l’attività e le risorse dei diversi livelli istituzionali coinvolti nel garantire la tutela della salute; la programmazione, infatti, abbraccia trasversalmente sia il livello statale, sia quello regionale, giungendo sino al livello aziendale e infra-aziendale. A seguito delle riforme degli anni Novanta si afferma l’esigenza di una programmazione volta a garantire l’effettività al diritto alla salute, realizzando al contempo un contenimento della spesa pubblica e una razionalizzazione del sistema sanitario. A livello statale, il principale strumento di pianificazione è il *Piano sanitario nazionale*; la programmazione sanitaria statale si inserisce a pieno titolo nella programmazione economico-finanziaria dello Stato, in quanto l’individuazione dei LEA e delle prestazioni efficaci ed appropriate, da effettuarsi in sede di Piano sanitario, deve avvenire “contestualmente” all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN.

A livello regionale il *Piano sanitario regionale* rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Uniforme risulta il procedimento di adozione, in quanto le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, attraverso il parere obbligatorio della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale che può formulare osservazioni e che garantisce il coinvolgimento delle autonomie locali in sede di programmazione, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell’assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali, degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal SSN.

Le Regioni e le Province autonome trasmettono al Ministro della salute i relativi schemi o progetti di Piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale; il Ministro della salute esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell’atto, sentita l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

A seguito della riforma costituzionale del Titolo V, il raffronto tra le diverse programmazioni regionali evidenzia strategie di fondo sostanzialmente condivise, con indicazioni attuative differenziate sotto il profilo organizzativo, calibrate sulle diverse specificità e sui diversi bisogni di salute dei singoli territori.

La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del *Piano attuativo locale* e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati.

Ove la Regione risulti inadempiente in materia di istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e di disciplina del rapporto tra programmazione regionale e locale, è previsto l'intervento sostitutivo del Ministro della salute, che tuttavia non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale e dei piani attuativi metropolitani.

La programmazione sanitaria nazionale non si esaurisce con il Piano sanitario nazionale, essendo previsti dall'ordinamento strumenti ulteriori in grado di assicurare il necessario coordinamento e la leale collaborazione tra Stato e Regioni; oltre alle intese tra Stato e Regioni, i Piani nazionali di settore (che attengono alle modalità erogative dei LEA), le intese istituzionali e gli accordi di programma (che costituiscono il quadro di riferimento degli atti di programmazione negoziata che hanno luogo nella Regione o Provincia autonoma), le linee guida, gli accordi deliberati in seno alla Conferenza Stato-Regioni ed alla Conferenza unificata. Sono, inoltre, previsti programmi operativi regionali di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali.

Posto che alla programmazione centrale spetta la specificazione degli obiettivi, mentre quella regionale si caratterizza per la puntuale individuazione delle competenze in materia organizzativa, la pianificazione a livello aziendale (aziende USL e aziende ospedaliere) attiene alle competenze in materia gestionale.

Lo strumento puntuale di programmazione aziendale è costituito dal *Piano attuativo locale*.

Il metodo della pianificazione riveste un ruolo importante anche a livello infraaziendale, attraverso due strumenti: il *Programma delle attività territoriali*, proposto dal Direttore di distretto ed approvato dal Direttore generale d'intesa con il Comitato dei Sindaci di distretto, che si colloca a livello distrettuale e prevede la localizzazione dei relativi servizi e la determinazione delle risorse per l'integrazione sociosanitaria, nonché il *Piano di dipartimento* avente ad oggetto le attività e l'utilizzazione delle risorse disponibili, che viene predisposto dal Direttore di dipartimento con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento, previa negoziazione con la Direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale (Balduzzi, Siclari, 2008).

Prossimità. In molte realtà urbane italiane, il ricorso all'accompagnamento o ad azioni di mediazione territoriale, realizzate attraverso il coinvolgimento e la partecipazione degli abitanti, sta diventando sempre più una pratica innovativa riconosciuta e adottata nell'affrontare interventi di rigenerazione o riqualificazione urbana. Nella città, sistema complesso di relazioni, la strategia della prossimità nasce e cresce come esigenza di ricomposizione e convivenza. Il tessuto sociale non appare più costruito a partire da un'unicità di riferimento e molti fattori indipendenti fra loro e non unicamente derivanti dal comportamento umano, contribuiscono a connotare i vari contesti urbani. L'azione di prossimità, l'essere vicino e "dentro" i problemi, costruendo e valorizzando dall'interno percorsi di autopromozione, diventa in questo caso, l'azione strategica che permette l'individuazione di azioni costruttive e positive. La strategia della prossimità consente, inoltre, l'individuazione e la costruzione di percorsi capaci di innescare evoluzioni positive e virtuose in grado di interagire con la complessità delle relazioni e dei processi, rendendo più agevole la comunicazione fra soggetti appartenenti a culture o raggruppamenti sociali diversi. Esempi di servizi di prossimità sono i custodi sociali, gli sportelli o punti unici di accesso, le équipe di assistenza domiciliare, ecc. I servizi di prossimità sono, quindi, caratterizzati da capillarità, immediatezza di accesso, conoscenza dei bisogni locali, personalizzazione della risposta. Il massimo grado di accessibilità si ha nei servizi "a bassa soglia" espressione con cui si intende un modello di intervento sociale o sociosanitario nel quale l'unico requisito richiesto di accesso è la maggiore età. Sono servizi di accoglienza indirizzati agli adulti in situazione di estrema difficoltà (senza tetto, tossicodipendenti, immigrati privi di documenti), spesso orientati alla riduzione del danno. Il concetto di bassa soglia esprime una metodologia di intervento innovativa, non completamente definita e teorizzata, perché fortemente ancorata ai contesti in cui si realizza e alle emergenze che tenta di affrontare. In linea di massima, a contraddistinguere una struttura o un intervento di bassa soglia concorrono diversi fattori: massima accessibilità; rapporto informale tra operatori e utenti (la relazione che si instaura non è di tipo terapeutico, l'utente non deve rispettare alcun percorso o patto, ma semplici ed elementari regole di convivenza); multidisciplinarietà dell'équipe; lavoro di rete tra diversi servizi sia di

bassa soglia (come *drop-in*, unità mobili, dormitori) che sociosanitari (ambulatori, ospedali, servizi sociali, Ser.t), per facilitare la risposta a bisogni più specifici manifestati dall'utenza (Wikipedia).

Punto Unico di Accesso (Porta o Sportello di accesso). E' una modalità organizzativa, a disposizione del cittadino, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare la presa in carico con accesso unitario alla rete dei servizi sanitari e sociali, non compresi nell'emergenza. E' costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa 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. Quindi, 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 di *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. Il PUA è, quindi, uno strumento di facilitazione che mira a promuovere e sostenere le garanzie di maggiore equità nell'accesso ai servizi e alla presa in carico. Il PUA rappresenta nella pratica uno dei principi fondamentali sui quali si fonda il SSN, come indicato nell'art. 1 della legge istitutiva del 1978 e, confermato, dall'art. 1, co. 2 del D.Lgs. n. 229/1999. Lo stesso principio è anche richiamato dalla L. n. 328/2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali, nonché dal Piano sociale nazionale 2001-2003, (Monitor, 2008).

Rete dei servizi del Distretto sociosanitario. Il termine rete, nel contesto dei sistemi organizzativi, riguarda la definizione di modalità sistematiche di connessione ed integrazione tra una serie di servizi ed attività: una rete è composta da nodi, connessioni e proprietà di funzionamento. In sanità il modello a "rete" è fondamentale in quanto il sistema sanitario è formato da una complessità di servizi e professionisti che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona. Il modello "a rete" implica la definizione di percorsi di cura coordinati ed integrati in modo da consentire, al cittadino, un facile accesso ad un percorso di cura coerente. Deve, inoltre, consentire agli operatori sociosanitari la conoscenza rapida e sistematica dell'insieme delle informazioni necessarie.

La rete è stata individuata inizialmente in esperienze sociali dove esistevano relazioni che non potevano essere fatte rientrare né nei legami di vicinato né in quelli del mondo lavorativo.

La rete si caratterizza per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi afferenti ad enti distinti (ma anche a servizi staccati dello stesso ente) ma la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti.

Reti sanitarie sono ad esempio quelle per il trattamento dell'infarto o dei gravi traumatismi (modelli gerarchici, *hub and spoke*) o quelle per il trattamento di condizioni morbose croniche diffuse quali il diabete (rete professionale non gerarchica); strumenti di tali reti sono i percorsi assistenziali ed organizzativi.

Esempi funzionanti sono le "*reseaux de santé*" francesi, disciplinate per legge.

Reti sociosanitarie hanno lo scopo di mobilitare le risorse sanitarie, sociali e d'altro tipo, in un dato territorio, attorno ai bisogni delle persone per promuovere l'erogazione di un'assistenza di prossimità di qualità (es. rete per Alzheimer; rete per assistenza domiciliare; ecc.).

Il modello lavoro a rete (o intervento di rete) pone al centro dell'azione le reti sociali e le loro potenzialità e sembra "quello preferibile per organizzare sul territorio i servizi sanitari e sociali di primo livello" (Gardini).

Il rischio di burocratizzare le reti in percorsi rigidi e formalistici andrebbe sempre tenuto presente, per evitare che la rete si trasformi in una gabbia e che le strutture/presidi (soprattutto quelle maggiori, cosiddetti *hub*) continuino a pesare più delle culture/mentalità.

Sistema informativo sociosanitario. 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 sociosanitari, 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 e note. In ambito sociosanitario si assiste alla creazione di cartelle sociosanitarie e di banche dati 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 forniti. Richiede uno sforzo di informatizzazione e di formazione degli addetti rilevante ma ineludibile per i vantaggi sia nell'erogazione sia nella valutazione dei servizi. La continua evoluzione tecnologica e la maggiore utilizzabilità delle stesse tecnologie consentono un ruolo attivo nella raccolta dei dati da parte degli stessi utenti e delle loro famiglie. Naturalmente la tecnologia informativa deve essere considerata un fattore abilitante ma non sostitutivo delle relazioni di cura interpersonali.

Società della salute. Esperienza nata nell'ambito della Regione Toscana che ha scelto di sviluppare l'integrazione del sistema sanitario con il sistema socio-assistenziale attraverso una inedita soluzione organizzativa dell'assistenza territoriale, le Società della salute. Precedente indicate nel Piano sanitario regionale 2002-2004, le Società della salute rappresentano una delle innovazioni più rilevanti della programmazione sanitaria regionale. Si configurano come consorzi pubblici senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali ed i Comuni. Rappresentano una soluzione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sociosanitari territoriali di zona-distretto e sono oggetto di sperimentazione nel corso del Piano sanitario regionale 2005-2007.

Sostegno o supporto sociale. Il supporto sociale è l'aiuto nelle situazioni difficili della vita; è, più in particolare, il sostegno fisico ed emotivo offerto dalla famiglia, da amici, colleghi e altri. Si comprende, in tale concetto, sia la percezione da parte del soggetto che può ricevere sostegno, sia l'effettivo realizzarsi di tale sostegno. Si contribuisce, in tal modo, a rafforzare in una persona la convinzione di essere curato e amato, stimato e considerato; ciò non riguarda solo il mantenimento della salute e la cura delle malattie (mentali o fisiche), ma anche la loro prevenzione. Vi sono diverse forme di sostegno sociale: *emotivo*, di *apprezzamento*, *informativo*, *strumentale*.

Il supporto emotivo generalmente è offerto dalla famiglia e da amici stretti ed è la forma più comune di supporto sociale; comprende empatia, preoccupazione, cure, amore e fiducia.

Il supporto di apprezzamento riguarda il dare informazioni sotto forma di conferma, *feedback* e comparazione sociale. Questa informazione è spesso di tipo valutativo e può provenire dalla famiglia, dagli amici, dai colleghi o dalla comunità.

Il supporto informativo riguarda pareri, suggerimenti o indicazioni che aiutano la persona a rispondere alle proprie necessità.

Il supporto strumentale è la forma più concreta di sostegno sociale diretto e comprende l'aiuto in termini economici, di tempo, di assistenza e altre forme di intervento esplicito nei riguardi di una persona.

Il supporto sociale ha effetti diretti ed indiretti sulla salute e sul superamento di eventi critici. In tali situazioni l'impatto di contenimento è definito come effetto *stress-buffering*. Inoltre, il sostegno sociale ha un effetto di contenimento nella storia dello sviluppo di alcune malattie psicologiche e/o fisiche quali: l'ipertensione e la depressione, nonché di fattori di rischio quali l'abitudine al fumo e l'obesità. Gli interventi finalizzati a potenziare il sostegno sociale possono essere diretti all'intera popolazione (universali), a gruppi di individui con aumentati fattori di rischio (selettivi) o a singoli individui che sono già affetti da disturbi o malattie (Dalgard, 2009).

Stakeholder. Nella cultura d'impresa di origine anglosassone il termine indica tutti i soggetti (attori) sociali e istituzionali che agiscono con ruoli diversi, che sono portatori di legittimi interessi ed aspettative di natura diversa nei confronti dell'organizzazione stessa e che, conseguentemente, ne possono influenzare gli orientamenti. Nel caso di un'Azienda Sanitaria gli *stakeholder* sono gli utenti, le organizzazioni sindacali, i politici della comunità, i professionisti, le organizzazioni scientifiche, le associazioni di pazienti, ecc. Secondo M.P. Morgan, guardare la propria organizzazione con gli occhi degli *stakeholder* rappresenta una delle caratteristiche positive principali di una gestione orientata verso la ricerca della qualità dell'organizzazione stessa.

Territorio. Rispetto al termine comunità (Vedi) quello di territorio è più usato in ambito sanitario con un significato più ristretto che circoscrive un determinato ambiente geografico e demografico nonché l'insieme dei servizi non ospedalieri che vi sono presenti (assistenza territoriale, medicina del territorio, continuità ospedale-territorio). Il territorio, inteso in senso strettamente sanitario, può quindi essere definito come l'insieme delle risorse e dei mezzi di cura extra ospedalieri, prossimi anche fisicamente all'utente e maggiormente accessibili, con bassa complessità tecnologica ed alta intensità relazionale.

Questo insieme comprende sia l'assistenza primaria (medicina di base, prevenzione, ecc.) sia, in parte, l'assistenza secondaria (specialistica di primo livello).

In forma giuridica, il territorio è stato tradotto in un livello essenziale di assistenza "l'assistenza distrettuale" ma si ritrova anche nel livello della "prevenzione".

Al livello distrettuale, infatti, afferiscono la medicina di base, la continuità assistenziale, l'assistenza farmaceutica e quella protesica, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, ecc. Nel livello di prevenzione troviamo, invece, le vaccinazioni, gli *screening*, la medicina legale. Questo insieme di offerta va sempre più differenziandosi e specializzandosi: nascono ad es. i Nuclei di Cure Primarie (associazioni di Medici di base, specialisti, infermieri, con alcuni servizi diagnostico-terapeutici più semplici), le Strutture intermedie tra ospedale e territorio (ospedali di comunità, Presidi territoriali di prossimità), i Servizi di informazione e di sostegno (punti di accesso privilegiato, sportelli handicap, numeri verdi sanitari), ecc.

Valutazione (dei servizi sociosanitari). Espressione di giudizi di valore nei confronti di "oggetti" in base a criteri determinati, facendo riferimento ad obiettivi prefissati o comunque a livelli attesi di risultati.

Si tratta di un elemento fondamentale di ogni sistema organizzato, in quanto consente di misurare per gestire/migliorare/correggere/innovare/motivare. La valutazione deve essere un processo trasparente che specifica bene lo scopo e l'oggetto della valutazione ed esplicita le attese, i criteri, i margini di possibile "tolleranza", le precondizioni necessarie, il contesto. La valutazione poggia, quindi, su due pilastri: la raccolta sistematica di dati di buona qualità, possibilmente ripetuti nel tempo (Vedi monitoraggio, sistema informativo) 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. E' 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.

I momenti valutativi sono tre: VMD ex-ante; VMD intermedia; VMD ex-post.

La multidimensionalità della valutazione scaturisce dalla complessità e dalla globalità dei bisogni afferenti alla persona anziana e/o non autosufficiente.

La finalità della VMD è la seguente:

1. esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona sulle diverse problematiche;
2. assicura maggiore appropriatezza ai successivi interventi di cura e riabilitazione;
3. predispone al coordinamento e all'integrazione tra interventi di carattere sanitario e interventi sociali nei confronti della persona inserita nella rete dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti;
4. predispone alla individuazione della tipologia di servizio, struttura e intervento più appropriati a fronteggiare le esigenze della persona non autosufficiente;
5. pone le condizioni per definire il progetto personalizzato.

Volontariato e Associazionismo. *Volontariato*: "Attività prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà" (L. n. 266/1991). Ruoli del volontariato, secondo Marsico, sono: di *individuazione* dei bisogni emergenti, di *anticipazione* nella risposta a bisogni emergenti, di stimolo e contatto delle istituzioni pubbliche a *tutela dei diritti dei cittadini*, di *integrazione* dei servizi esistenti, pubblici e privati, di formazione della *cultura della solidarietà*, e delle reti

informali della solidarietà di base. Il volontariato può essere organizzato o no (individuale, familiare, informale), ed opera in forma libera, gratuita, spontanea.

Un' **associazione** è l' *unione organizzata di più persone con finalità comuni* (De Mauro) in cui sono precisati ed organizzati i legami ed i vincoli tra gli associati; nell' associazionismo sociale o di promozione sociale le finalità non hanno comunque natura commerciale. Possono assumere la denominazione di associazione di promozione sociale: *associazioni* riconosciute e non riconosciute, *movimenti*, *gruppi* e loro coordinamenti e federazioni.

Mentre le organizzazioni di volontariato non possono remunerare i soci, le associazioni di promozione sociale possono sempre remunerare i propri soci. Queste ultime, inoltre devono caratterizzarsi per una valenza mutualistica dei servizi erogati, anche se è indubbio che oggi le associazioni non si limitino solamente alla mera soddisfazione degli interessi e dei bisogni degli associati, ma abbiano sviluppato una forte apertura al sociale operando promozioni della partecipazione e della solidarietà attiva.

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, il quale prevede che le Regioni disciplinano 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. Da un punto di vista sanitario, un accenno al *Voucher* è contenuto nel Piano sanitario nazionale 2003-2005.

Alcuni esempi

La Regione Lombardia ha disciplinato la generalità dei servizi domiciliari con forme di *Voucher* sul versante socio-sanitario, tramite l'ASL (con forme di *Voucher* "flessibili", per particolare gravità, per le persone affette da malattie dei motoneuroni e in particolare da Sclerosi Laterale Amiotrofica) ed ha disposto alcune nuove forme di sostegno alla domiciliarità sul versante socio-assistenziale, tramite i Comuni.

Il Buono sociale è un contributo economico per mezzo del quale si riconosce e sostiene l'impegno diretto dei familiari anche attraverso il ricorso ad assistenti familiari, o appartenenti alle reti di solidarietà nell'accudire in maniera continuativa un proprio congiunto in condizione di fragilità.

Il *Voucher sociale* consiste nell'erogazione di un titolo di acquisto per prestazioni professionali di natura sociale presso agenzie pubbliche o private accreditate. E' destinato a sostenere interventi che possono favorire il mantenimento a domicilio di persone fragili. Il *Voucher sociale* è rivolto ad anziani, disabili, ma anche a minori, emarginati o persone con problemi di salute mentale che hanno necessità di prestazioni di tipo sociale o assistenziale garantite da professionisti. Il valore del *Voucher sociale* è determinato dai Comuni associati all'interno del Piano di Zona; è fissato principalmente tenendo conto della diversa complessità delle prestazioni.

Il *Voucher sociosanitario* è stato istituito nel 2003 con la delibera della Giunta Regionale n. 12902 del 9 maggio 2003 per avviare il processo di riforma in ambito domiciliare: libertà di scelta per il cittadino e libertà d'azione per gli erogatori, mediante l'accreditamento di soggetti pubblici e privati, *profit* o non *profit*.

Il *Voucher sociosanitario* si è così aggiunto alle forme tradizionali di Assistenza domiciliare integrata, per offrire prestazioni sanitarie abbinata a quelle socio-assistenziali. Il *Voucher sociosanitario*, erogato attraverso le ASL, è uno strumento che, sotto forma di titolo di acquisto, consente di comprare da soggetti accreditati prestazioni di assistenza sociosanitaria integrata svolte da personale professionalmente qualificato. Il *Voucher sociosanitario* non è, pertanto, erogato sotto forma di denaro liquido. Altri principali riferimenti rispetto alla DGR n. 12902 del 2003, sono costituiti dai PSSR 2002-2004, 2006-2008.

Al *Voucher sociosanitario*, con la delibera della Giunta Regionale n. 7915 del 6 agosto 2008, è stato aggiunto il *Credit sperimentale* quale forma d'intervento per erogare a domicilio prestazioni esclusivamente sanitarie (infermieristiche, riabilitative, ecc.). Il *Credit* si caratterizza come risposta adeguata alle situazioni di bisogno in cui le prestazioni per la cura non sono necessarie o richieste dal cittadino, ad esempio nei casi in cui la famiglia soddisfa autonomamente tali bisogni.

La Regione Sicilia con il DPR 7 luglio 2005 ai sensi dell'art. 10, co. 4 della L.r. n. 10/2003 procede all'approvazione della prima direttiva sui criteri, le modalità ed i livelli di reddito per la concessione del *Buono sociosanitario* a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi successivamente modificata con DPR 7 ottobre 2005. Con DPR 6 marzo 2008 disciplina nuovi criteri e modalità per l'erogazione del *Buono sociosanitario* a favore dei nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi.

Il *Buono sociosanitario* da erogare a favore delle famiglie in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano o del disabile, si distingue in:

- *Buono sociale*: provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzata a sostenere la famiglia nel prendersi cura dei propri familiari, con l'impiego del *care giver* familiare e delle reti di solidarietà familiare o dei soggetti legati da rapporti consolidati con le famiglie;

- *Buono di servizio (Voucher)*: titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da *care giver* professionale presso organismi ed enti *non profit*, riconosciuti ed accreditati in armonia con quanto previsto dalle linee guida per l'attuazione del Piano socio-sanitario Regionale (DPRS 4 novembre 2002), liberamente scelti dalle famiglie in rapporto diretto alla condizione sofferta dal familiare o presso strutture ed operatori delle Aziende Usl.

Zona Sociale. La L. n. 328/2000 individua all'art. 19, la Zona Sociale come associazione intercomunale ottimale per programmare politiche sociali sostenibili e collegate allo sviluppo locale.

La stessa legge propone che la Zona coincida con la dimensione adottata per la gestione dei servizi sanitari di base, ovvero con il distretto sanitario, con il quale la Zona deve instaurare forme di collaborazione particolarmente per i servizi sociosanitari a favore delle persone fragili.

Alla Zona è, quindi, attribuito un particolare ruolo strategico per l'integrazione sociosanitaria. La Zona sociale è individuata dalla maggioranza delle Regioni anche come sede per la costruzione della rete degli Sportelli di cittadinanza, quindi in questo senso è perfettamente collegabile al PUA.

La Zona assume la regia dei processi di concertazione e di confronto tecnico-politico con diversi attori istituzionali (terzo settore, associazionismo e volontariato) che collaborano alla programmazione intercomunale. Per i servizi sociali e sociali a rilievo sanitario, gestiti in maniera associata, la Zona individua un Comune capofila a cui è attribuito un ruolo di impulso e di coordinamento per la realizzare dei servizi stessi. Il comune capofila è in genere lo stesso anche per il distretto sanitario.