

UN'ANALISI DELLO STATO DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIOSANITARIA A DOMICILIO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AI SISTEMI INFORMATIVI, AI SISTEMI DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ED ALLE BUONE PRATICHE INTERNAZIONALI, INCLUSO IL SOCIAL PRESCRIBING

OUTPUT 3



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

**Un'analisi dello stato di integrazione dei
servizi di assistenza socio-sanitaria a
domicilio, con particolare attenzione ai
sistemi informativi, ai sistemi di valutazione
multidimensionale ed alle buone pratiche
internazionali, incluso il social prescribing**

Output 3

PARTNER DI PROGETTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cover image: © getty / PCH-Vector

© OECD 2024

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

Indice

Executive Summary	7
Sintesi	9
Definizione di un modello di interventi sociosanitari integrati	16
Il concetto di cure integrate è complesso e multidimensionale	16
Una analisi dello stato di integrazione degli interventi sociali e sanitari è strumentale alla definizione di un modello di integrazione	20
Definire la disabilità e le limitazioni funzionali è utile per delineare il perimetro della non autosufficienza	25
Governance	36
Esistono molteplici iniziative per il miglioramento dell'integrazione della governance dei servizi di assistenza sociosanitaria in Italia	36
Altri Paesi OCSE hanno attuato iniziative finalizzate ad una migliore integrazione della governance dei servizi di assistenza sociosanitaria	44
Forza lavoro	47
Settore formale	48
Settore informale	61
Sistemi informativi e interoperabilità	79
I sistemi informativi del settore sociale	79
Sistemi informativi nel settore sanitario	86
Flussi informativi regionali/locali (sanitari e sociali)	92
Integrazione e interoperabilità	97
Le esperienze internazionali	102
Erogazione dei servizi	106
Il piano per la non autosufficienza in Italia prevede iniziative per l'erogazione integrata dei servizi sociosanitari	106
Esistono iniziative internazionali che mirano ad una erogazione integrata di servizi di assistenza sociosanitaria per persone non-autosufficienti	112
Gap analysis	119
Distanza delle Regioni-Province autonome dal modello	119

Annex A. L'indagine OCSE	126
PARTE A: CONTESTO REGIONALE E DI PROVINCIA AUTONOMA	128
PARTE B: INIZIATIVE/PROGETTI ATTIVATI A LIVELLO TERRITORIALE	141
Annex B. Social prescribing. Casi di studio nazionali	148
Canada	148
Inghilterra	151
Portogallo	155
Spagna	159
Annex C. Nota metodologica sulla Gap analysis	161
Annex D. Esempi di buone pratiche regionali	167
Governance	167
Forza lavoro	167
Sistemi informativi e interoperabilità	168
Erogazione	169
References	170
Tabelle	
Tabella 1. Dimensioni dell'integrazione a livello macro/nazionale	22
Tabella 2. Dimensioni dell'integrazione a livello meso/regionale o di provincia autonoma	23
Tabella 3. Dimensioni dell'integrazione a livello micro/locale	24
Tabella 4. Matrice OCSE dell'integrazione sociosanitaria in Italia	25
Tabella 5. Classificazioni, framework e sistemi di misurazione per definire e misurare la disabilità e le limitazioni funzionali	26
Tabella 6. Definizioni regionali del livello di bisogno delle persone anziane non autosufficienti	28
Tabella 7. Strumenti di governance territoriale per l'integrazione dei servizi di assistenza sociosanitaria a domicilio	42
Tabella 8. Vi è una forte variabilità tra le regioni e province autonome italiane nel numero degli attori titolati ad avviare la richiesta per una valutazione multidimensionale	48
Tabella 9. Vi è una forte variabilità tra le regioni e province autonome italiane nel numero delle categorie di professionisti coinvolti nella valutazione multidimensionale, con scostamenti contenuti tra le valutazioni che interessano la popolazione anziana o disabile	50
Tabella 10. In quasi tutte le regioni e province autonome sussistono opportunità di confronto tra professionisti nel processo di valutazione multidimensionale	52
Tabella 11. Il ruolo di operatore di collegamento esiste in una minoranza di regioni e province autonome	53
Tabella 12. Una regione e provincia autonoma su due offre formazione integrata	59
Tabella 13. Nella maggior parte delle regioni e province autonome esiste una normativa che prevede e definisce la figura del caregiver familiare	62
Tabella 14. In molte regioni e province autonome italiane esiste una normativa regionale/provinciale che prevede e/o definisce la figura dell'assistente personale/familiare	68
Tabella 15. In molte regioni e province autonome esistono incentivi fiscali e/o supporti economici per l'assunzione regolare di un Assistente Personale/Familiare	69
Tabella 16. Esiste una notevole diversità tra le regioni italiane riguardo l'esistenza di un registro pubblico regionale degli Assistenti Personali/Familiari	71
Tabella 17. Vari requisiti sono richiesti all'assistente personale/familiare per accedere al registro pubblico regionale	72
Tabella 18. La maggior parte delle regioni e province autonome hanno intrapreso iniziative di formazione degli assistenti personali/familiari	73
Tabella 19. Le regioni e province autonome riportano di riscontrare vari ostacoli all'implementazione e utilizzo della cartella sociale informatizzata	85

Tabella 20. Le regioni e province autonome affrontano vari ostacoli all'implementazione del FSE	91
Tabella 21. Tra le regioni e province autonome esistono diversi sistemi informativi nell'ambito sociale e sanitario	92
Tabella 22. Esistenza di un unico sistema informativo integrato a livello regionale	98
Tabella 23. Fattori che ostacolano la completa integrazione dei sistemi informativi sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali	99

Figure

Figura 1. Il framework SELFIE	21
Figura 2. Le dimensioni dell'integrazione sociosanitaria in Italia	21
Figura 3. La maggior parte delle regioni e province autonome hanno implementato forme di supporto per sostenere il caregiver familiare nell'attività di cura	64
Figura 4. Esistenza di una cartella sociale informatizzata in uso nella Regione/Provincia autonoma	83
Figura 5. L'Italia è all'avanguardia rispetto ad altri Paesi OCSE sulla prontezza tecnica e operativa della FSE	90
Figura 6. Tipo di dati raccolti dai sistemi informativi regionali/provinciali	94
Figura 7. Disaggregazioni disponibili	95
Figura 8. Enti che raccolgono i dati	96
Figura 9. Cadenza con la quale i dati aggregati/sintetici vengono trasmessi a livelli superiori di governance	97
Figura 10. Strumenti di valutazione multidimensionale in uso nelle regioni italiane	108
Figura 11. I luoghi in cui è possibile svolgere la valutazione multidimensionale in Italia	110

Box

Box 1. Definizioni di cure integrate nella letteratura	18
Box 2. Accredimento e amministrazione condivisa nel Terzo settore per l'assistenza domiciliare in Italia	39
Box 3. L'agenzia integrata per i servizi sociali e sanitari in Catalogna (Spagna)	45
Box 4. Integrazione sociosanitaria e ruolo innovativo degli infermieri di comunità nel contesto austriaco	55
Box 5. Le sfide per la sostenibilità delle competenze e del personale nel settore dell'assistenza a lungo termine	59
Box 6. La valutazione dei bisogni del caregiver familiare: buone pratiche internazionali	66
Box 7. Le esperienze regionali della Cartella Sociale Informatizzata	84
Box 8. Gli ecosistemi locali di servizi di assistenza integrata nei Paesi Baschi (Spagna)	113

Executive Summary

Perché è importante sviluppare un sistema integrato di cura rivolto alle persone non autosufficienti? E quale modello di governance può favorire il coordinamento tra i diversi livelli di governo e tra pubblico e Terzo Settore in Italia? E ancora, quali ostacoli complicano, a livello territoriale, il coordinamento tra le diverse figure coinvolte nelle attività di assistenza e quali sono i colli di bottiglia? Quali passi vanno intrapresi per strutturare sistemi informativi e modelli di servizio integrati tra l'ambito sanitario e quello sociale? Quali pratiche sono considerate più rilevanti e innovative a livello internazionale?

Questo rapporto si propone di fornire alcune risposte a queste domande e alle principali questioni poste dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle malattie croniche. Un tema vasto ed attuale, al centro delle preoccupazioni dei decisori politici, degli utenti e di chi opera nelle realtà sanitarie e sociali in molti Paesi OCSE.

L'assunto alla base di questo rapporto, così come del progetto entro cui si inserisce, è che la complessità dei bisogni delle persone che necessitano di assistenza domiciliare e le problematiche di coloro che se ne prendono cura richiedono un approccio coordinato, olistico e incentrato sulla persona, in grado di superare le tradizionali divisioni tra settore sanitario e settore sociale.

L'obiettivo principale di questo rapporto è dunque quello di far luce sulle sfide e sulle potenzialità connesse all'integrazione dei servizi di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti. Intende farlo attraverso un'esplorazione attenta e dettagliata delle principali dinamiche del settore, individuando le buone pratiche attive in Italia e all'estero, interrogandosi sulle principali innovazioni e sui possibili ambiti di miglioramento. Particolare attenzione viene prestata alla dimensione regionale e locale, data la crescente decentralizzazione del sistema sanitario e sociale in atto da oltre due decenni in Italia. Lo fa prestando particolare attenzione a fornire ai policy maker gli elementi necessari per disegnare e riformare i sistemi integrati di cura, centrandoli sulla persona e rendendoli sostenibili a lungo termine.

Per raggiungere questo obiettivo, che non è né facile né immediato, il team di progetto ha adottato un approccio multidisciplinare, combinando una revisione approfondita delle politiche e delle pratiche esistenti ad un'analisi dettagliata delle banche dati nazionali e internazionali. Lo studio si avvale inoltre di dati nuovi e inediti, raccolti attraverso un'indagine condotta dall'OCSE rivolta alle regioni e alle province autonome italiane tra il febbraio e il marzo del 2024. Un patrimonio di informazioni grazie al quale è stato possibile gettare uno sguardo rinnovato su un settore la cui frammentazione è stata a lungo d'ostacolo anche alla ricerca e alle valutazioni d'impatto.

Inoltre, attraverso un'analisi delle esperienze maturate in altri Paesi, si è cercato di identificare le migliori strategie e le principali lezioni che – attraverso i dovuti accorgimenti – potrebbero essere applicate al contesto italiano.

Data la complessità dell'argomento, si è scelto di articolare l'analisi attorno a quattro macro-ambiti: la governance, la forza lavoro, i dati e i sistemi informativi e l'erogazione dei servizi. Ciascuna di queste dimensioni rappresenta un tassello essenziale nel mosaico di pratiche, politiche e servizi che compongono quell'universo chiamato "cure integrate". L'integrazione delle cure, o assistenza integrata, è un obiettivo di politica sanitaria volto a promuovere sistemi sanitari incentrati sul paziente, value-based e resilienti, che ha guadagnato terreno negli ultimi anni con l'aumento della prevalenza delle malattie croniche e del loro crescente peso sulle società. L'esame di questi macro-ambiti ha permesso di comprendere nel dettaglio

le sfide, le necessità e le opportunità per migliorare efficacemente il sistema. Per semplicità d'analisi e di esposizione, ciascuna dimensione è stata discussa separatamente con un capitolo dedicato, ma insieme compongono un unico sistema fitto di connessioni e collegamenti.

Lo studio mette in luce che in Italia si sta lavorando per sviluppare un modello di governance multilivello e partecipativo per l'assistenza integrata, coinvolgendo le amministrazioni locali e il Terzo Settore per ridurre la frammentazione dei servizi e migliorarne programmazione e coordinamento.

Sul fronte professionale, barriere legali e formative frenano la collaborazione multidisciplinare tra personale sanitario, sociosanitario e sociale del settore formale, il quale affronta anche una crescente carenza di manodopera; parallelamente, persiste la necessità di rafforzare il riconoscimento e le tutele per i caregiver familiari e gli assistenti personali e familiari, su cui, nonostante la prevalenza del lavoro sommerso, poggia la maggior parte dell'assistenza prestata.

La sfida dell'integrazione dei sistemi informativi sanitari e sociali rimane critica: nonostante i progressi nella digitalizzazione, si riscontrano discrepanze a livello settoriale e territoriale e limiti nell'interoperabilità che ostacolano una gestione efficace dei dati e un'assistenza coordinata.

L'integrazione nell'erogazione dei servizi è generalmente considerata insufficiente dalle stesse regioni e province autonome; tuttavia, iniziative come il social prescribing si offrono come modelli innovativi per migliorare l'integrazione e l'equità nell'accesso ai servizi, affrontando i bisogni sociali e sanitari in modo olistico.

Da ultimo, il rapporto contiene la proposta di un cruscotto preliminare basato su un set di 34 indicatori suddivisi per le quattro dimensioni dell'analisi. Uno strumento che si ritiene utile per stimare, con un livello accettabile di approssimazione, quale livello d'integrazione si sia raggiunto nelle 18 regioni e province autonome che hanno partecipato all'indagine, e quale sia la distanza rispetto a un livello ottimale.

Sintesi

La definizione di un modello di cure integrate

Negli ultimi decenni in Italia la transizione demografica indotta dal calo della fertilità e dall'innalzamento dell'aspettativa di vita ha avuto importanti ripercussioni a livello epidemiologico e sociale. In particolare, si è registrata una crescita significativa nella prevalenza di condizioni croniche tra la popolazione, che spesso richiedono cure a lungo termine e supporto continuativo. Questa situazione ha accresciuto la necessità di realizzare un sistema integrato di cura per la persona non autosufficiente.

Nel dibattito italiano il concetto di integrazione tra sistema sanitario e servizi sociali è considerato da tempo la chiave di volta per nuove politiche in grado di riorganizzare i servizi esistenti, arginando la frammentazione e la carenza di coordinamento che li caratterizza. La maggiore presa di consapevolezza sull'influenza dei fattori sociali sulla salute ha portato a identificare nell'integrazione sociosanitaria lo strumento preposto a mettere in pratica un rinnovato approccio all'assistenza capace di rispondere ai bisogni multidimensionali e complessi della popolazione non autosufficiente.

A livello internazionale si osservano molteplici definizioni e modelli di "assistenza integrata". Questa viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "un approccio volto a rafforzare i sistemi sanitari mettendo al centro le esigenze della persona attraverso l'offerta di servizi di qualità lungo tutto l'arco della vita, disegnati sulla base ai bisogni multidimensionali della popolazione ed erogati da équipe multidisciplinari". In diversi Paesi sono stati sviluppati modelli di gestione della salute pubblica e delle cure croniche miranti a incrementare la qualità dei servizi di assistenza e migliorare il benessere della popolazione.

Le evidenze sull'impatto positivo di tali sperimentazioni di assistenza integrata in termini di miglioramento dell'accesso ai servizi e di soddisfazione degli utenti sono sempre più consistenti. Inoltre, alcune esperienze dimostrano come l'assistenza integrata permetta di migliorare l'appropriatezza dell'intervento, ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e preservare l'autonomia della persona, così garantendone il benessere complessivo.

L'analisi dello stato dell'arte dell'integrazione sociosanitaria in Italia richiede l'utilizzo di un modello comprensivo e informato dagli approcci sviluppati a livello internazionale ancorché specificamente adattato al contesto nazionale. Muovendo dalle proposte elaborate nell'ambito del progetto SELFIE¹ e dall'Osservatorio sull'Integrazione Socio-Sanitaria², è proposto un modello di valutazione articolato in tre livelli territoriali (macro/nazionale, meso/regionale e micro/locale) e comprensivo di quattro dimensioni chiave per l'integrazione (governance, forza lavoro, sistemi informativi ed erogazione dei servizi).

Tale matrice rappresenta la base concettuale per un'indagine realizzata nel primo trimestre del 2024 sui modelli e le pratiche di integrazione sociosanitaria in uso nelle regioni e nelle province autonome italiane,

¹ Il progetto SELFIE, acronimo di "Sustainable intEgrated care modeLs for multi-morbidity: delivery, FInancing and performancE", è stato finanziato dall'Ue nell'ambito del programma quadro Orizzonte 2020. Per maggiori informazioni: <https://cordis.europa.eu/project/id/634288>.

² Per maggiori informazioni: <https://www.oiss.it/>.

i cui risultati sono presentati qui di seguito. A sostegno delle riforme nazionali intraprese dall'Italia in questo contesto, tali evidenze sono accompagnate dalla descrizione di esempi rilevanti di buone pratiche internazionali.

Governance multilivello e partecipativa: una dimensione in rapida evoluzione

La governance degli interventi sociali e sanitari a domicilio, quali il supporto alle attività di vita quotidiana, costituisce una leva fondamentale per la riorganizzazione del sistema vigente in un'ottica di maggiore integrazione, in quanto chiama in causa la programmazione e il finanziamento dei servizi, così influenzandone la natura, la quantità e le modalità di erogazione. L'integrazione dei servizi può essere realizzata efficacemente attraverso un modello di governance coordinato tra i diversi livelli di governo e partecipato.

In Italia la governance dei servizi di assistenza sociale e sanitaria a domicilio per persone non autosufficienti è altamente decentralizzata, sviluppandosi trasversalmente su diversi livelli di governo: nazionale, regionale o di provincia autonoma e locale (governance multilivello). Come nella maggior parte dei Paesi OCSE, anche in Italia le Regioni e le autonomie locali hanno assunto un ruolo crescente nella governance dei servizi dagli anni Settanta ad oggi. Inoltre, per la sua capacità di lettura e di risposta ai bisogni complessi della popolazione non autosufficiente, negli ultimi anni la partecipazione della società civile in generale, e del terzo settore in particolare, nella governance dei servizi ha assunto un ruolo cruciale (governance partecipata).

Negli ultimi anni, anche in Italia sono state attivate diverse iniziative per migliorare la governance dei servizi di assistenza domiciliare. A livello nazionale è recente l'istituzione del *Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana* (legge delega 33/2023) e spinte all'integrazione sociosanitaria sul piano della governance sono visibili anche nel *Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024*. Allo stesso tempo, è sempre più diffuso l'utilizzo di strumenti per l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie e sociali a livello territoriale, tra cui i Programmi delle Attività Territoriali su base regionale, i Piani di Zona su base di Ambito Territoriale Sociale e gli Accordi di Programma per un raccordo tra i diversi livelli governo. A seguito della riforma del Codice del Terzo Settore avvenuta nel 2017, questo è sempre più spesso al centro di iniziative di amministrazione condivisa con il settore pubblico in forma di co-programmazione e co-progettazione.

La quasi totalità delle regioni e delle province autonome rispondenti al questionario OCSE (17 su 18) riportano l'esistenza di propri strumenti di governance per migliorare l'integrazione dei servizi di assistenza. In particolare, 12 regioni hanno promosso l'integrazione sociosanitaria mediante investimenti e progetti specifici e 7 hanno attivato esperienze di co-programmazione con il Terzo Settore, sistema sociale ed economico che si affianca alle istituzioni pubbliche e al mercato e che interagisce con entrambi per l'interesse delle comunità.

Nonostante queste sperimentazioni, più della metà del campione (11 su 18) riferisce che, anche sul piano della governance, il livello di integrazione esistente tra le due tipologie di assistenza domiciliare attualmente esistenti in Italia – l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)³ – è ampiamente migliorabile. A sostegno di questa valutazione sono adottate, in

³ il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata ed il Servizio di Assistenza Domiciliare sono entrambi servizi di aiuto per anziani, disabili o per persone fragili psichicamente o fisicamente. Nonostante questo aspetto comune, rispondono a esigenze distinte. L'ADI consiste principalmente in servizi sanitari erogati a domicilio dal personale medico o infermieristico. Benché il nome stesso ponga l'accento sull'integrazione, le prestazioni erogate a domicilio sono prettamente di tipo sanitario e breve durata. Diversamente, la SAD consiste nell'erogazione di prestazioni di natura sociale, cioè di forme di supporto nello svolgimento delle attività della vita quotidiana nell'ambiente domestico e di

particolare, le difficoltà ad integrare i modelli di intervento previsti, a coordinare l'erogazione delle prestazioni di natura prevalentemente infermieristica e di sostegno all'inclusione sociale ascrivibili rispettivamente a ADI e SAD, e a incentivare la collaborazione interprofessionale.

A livello internazionale si rinvengono diverse buone pratiche di integrazione sociosanitaria sul piano della governance dei servizi che possono essere d'ispirazione per l'esperienza italiana. In particolare, 11 tra i Paesi OCSE (Austria, Colombia, Corea, Estonia, Finlandia, Giappone, Norvegia, Paesi Bassi, Regno Unito, Stati Uniti e Svezia) hanno istituito un unico ministero per le politiche sanitarie e sociali a livello nazionale. Altri, come Danimarca, Finlandia, Francia, Norvegia e Svezia, hanno istituito organismi interdipartimentali per migliorare la governance dei servizi sanitari e sociali e introdotto strumenti di coordinamento tra il governo nazionale, le regioni e i comuni per una migliore programmazione e gestione dei servizi. Un'esperienza di particolare rilievo è quella della comunità autonoma della Catalogna in Spagna, che intende istituire un'agenzia come nuovo organo di gestione integrata del budget dedicato ai servizi di assistenza sanitaria e sociale e dei relativi sistemi informativi.

Integrazione della forza lavoro: gli ostacoli nel settore formale e informale

Una piena integrazione sociosanitaria non può prescindere da un maggiore coordinamento delle figure direttamente coinvolte nelle attività di assistenza. Da un lato, essa richiede una maggiore compenetrazione tra le funzioni e le competenze dei professionisti sanitari, sociosanitari e sociali appartenenti al settore formale. Dall'altro, si rende sempre più pressante la necessità di un pieno riconoscimento del ruolo dei caregiver familiari e dagli assistenti personali e familiari che costituiscono il settore informale. Questi rivestono una funzione essenziale di raccordo tra l'offerta dei servizi esistenti e la lettura dei bisogni della persona non autosufficiente e rappresentano una quota preponderante dell'attività di assistenza prestata in Italia.

In Italia gli ostacoli all'integrazione sociosanitaria al livello professionale sono di diversa natura. Sul piano legale, i principi fondanti di tutela della professionalità e della dignità del lavoratore non consentono l'estensione delle mansioni previste a livello contrattuale. Sul piano formativo, il sistema prevalente nell'educazione terziaria nonché nel contesto della formazione continua adotta un approccio settoriale che valorizza in misura limitata la multidisciplinarietà. Ulteriori barriere afferiscono alla carenza di forza lavoro sia nel settore sanitario sia in quello sociale, che riduce il bacino degli utenti di potenziali iniziative di formazione integrata.

L'indagine OCSE rivela che la maggior parte delle regioni e delle province autonome attribuisce la facoltà di richiedere una valutazione e di partecipare all'effettuazione della valutazione stessa a una pluralità di figure professionali (queste due fasi giungono a coinvolgere in alcuni contesti territoriali fino a 8 e a 11 attori, rispettivamente). Inoltre, in quasi tutte le regioni e province autonome rispondenti (16) sono previste opportunità di confronto tra i professionisti coinvolti nella valutazione.

Diversamente, l'integrazione sul piano professionale si dirada nella fase dell'erogazione dei servizi, come emerge non solo, come già precedentemente richiamato, dall'elevato numero di rispondenti che giudicano insufficiente il livello di integrazione tra ADI e SAD, ma anche dal basso numero di regioni (6) che ricorrono alla figura di un case manager per favorire un approccio integrato alla cura.

A livello internazionale si osservano diverse esperienze volte a valorizzare il ruolo dei professionisti sanitari nella lettura e nella risposta ai bisogni della popolazione. In particolare, in Austria è in corso una sperimentazione incentrata sugli infermieri di comunità come figura preposta al supporto delle persone anziane e dei loro familiari nelle comunità locali. Tale iniziativa è arricchita da una robusta azione di

quelle ad esse strumentali, come l'igiene personale e della casa, erogate da assistenti sociali e altri professionisti del settore sociosanitario.

monitoraggio a cura di un partner scientifico che fornirà evidenze sull'impatto di interventi multidisciplinari sul benessere della persona non autosufficiente. In ragione del progressivo riconoscimento dei diritti del caregiver familiare a livello nazionale, la quasi totalità delle regioni e province autonome italiane ha adottato misure di sostegno a questa figura. Le forme prevalenti includono erogazioni monetarie, corsi di formazione, sportelli informativi e supporto psicologico.

La maggior parte delle regioni e delle province autonome italiane dispongono inoltre di una propria normativa che prevede e/o definisce la figura dell'assistente personale o familiare. Data l'elevata prevalenza del lavoro irregolare (tra il 52% e il 76% degli assistenti personali/familiari lavora in maniera irregolare, secondo diverse stime) e le difficoltà nel monitorare la qualità dell'assistenza fornita, alcune regioni hanno adottato misure per favorire l'assunzione regolare degli assistenti, tra le quali incentivi fiscali, contributi economici e la creazione di registri regionali. Tali iniziative potranno essere rafforzate dalle politiche recentemente introdotte a livello nazionale per promuovere e uniformare la formazione degli assistenti personali/familiari e la loro regolare assunzione.

A dispetto di queste evoluzioni promettenti, la grande maggioranza delle regioni e delle province autonome rispondenti all'indagine (14) indica di non disporre di dati sul numero dei caregiver familiari e – nonostante la presenza di rapporti statistici – sugli assistenti personali/familiari attivi nel loro territorio. Ciò rivela un potenziale limite alla loro capacità di sviluppare politiche appropriate per queste figure professionali.

L'adozione di politiche di sostegno ai caregiver familiari è fondamentale per garantire il benessere di queste figure essenziali nella cura delle persone non autosufficienti e per migliorare la qualità della vita di tutti gli interessati. A livello internazionale si osservano diverse buone pratiche in questo ambito. Nel Regno Unito, ad esempio, i caregiver hanno il diritto di richiedere una valutazione del loro benessere e la redazione di un piano di cura personale. Anche in Svezia sono previste forme di valutazione del benessere del caregiver e di sostegno alla sua funzione di cura della persona non autosufficiente tese a migliorare la qualità della vita di entrambi. In Australia è stato istituito il Carer Gateway che offre ai caregiver familiari una vasta rete di servizi di sollievo e di formazione facilmente accessibili anche in caso di emergenza.

Sistemi informativi: la sfida dell'interoperabilità

La disponibilità di dati nel settore sanitario e sociale è fondamentale per una progettazione e un monitoraggio efficace delle politiche pubbliche in questi ambiti. In particolare, uno strumento chiave per una piena integrazione tra settore sanitario e sociale è dato dall'interoperabilità dei rispettivi sistemi informativi. Una gestione efficiente dei dati sanitari e sociali può consentire ai professionisti sanitari, sociosanitari e sociali di pianificare gli interventi in modo pienamente informato. Inoltre, la presenza di sistemi informativi interoperabili può innalzare l'equità del sistema di assistenza, la qualità degli interventi e la partecipazione dei pazienti alla pianificazione degli interventi. In Italia, tale obiettivo trova un primo limite nella notevole divergenza tra il livello di digitalizzazione dei sistemi informativi sociali e sanitari.

Nel settore sociale, il *Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali* (SIUSS), introdotto a livello nazionale nel 2017, rappresenta una risorsa informativa dal grande potenziale per la raccolta di dati sulle prestazioni sociali, proponendosi al decisore politico come strumento a sostegno della programmazione, del monitoraggio e della valutazione delle politiche sociali.

Tuttavia, il suo utilizzo è frenato dalla limitata trasmissione dei dati da parte dei Comuni, molti dei quali non hanno ancora adottato soluzioni digitalizzate, dando vita a un panorama informativo ancora frammentario. A livello regionale e locale, l'indagine dell'OCSE rivela inoltre la presenza di uno strumento digitale innovativo per la gestione e l'archiviazione delle informazioni relative ai servizi sociali: la *Cartella Sociale Informatizzata* (CSI), già attiva o in procinto di essere attivata in 15 delle 18 regioni e province autonome rispondenti. Tuttavia, l'attuazione della CSI è frammentaria a livello territoriale, anche all'interno delle

single regioni. Tra i maggiori ostacoli alla sua completa implementazione si indicano la mancanza di strumenti tecnico-informativi adeguati e problematiche legate alla privacy.

Nel settore sanitario la digitalizzazione dei sistemi informativi appare più avanzata e meno frammentata. Già dagli anni Novanta sono stati introdotti diversi strumenti. Tra questi, il *Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare* (SIAD) consente la raccolta dei dati sugli interventi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario nazionale nel contesto dell'assistenza domiciliare. Il *Fascicolo Sanitario Elettronico* (FSE), istituito nel 2015, consente inoltre sia ai professionisti che al paziente di accedere agevolmente ai dati sanitari. Tra le regioni rispondenti all'indagine, 9 indicano che problematiche legate alla privacy, la resistenza degli operatori sanitari e la carenza di formazione specifica ostano alla completa implementazione del FSE a livello territoriale. Il potenziamento dell'utilizzo del FSE sarà incentivato su tutto il territorio nazionale dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che stabilisce gli obiettivi strategici e le nuove funzionalità del FSE.

Alle carenze esposte nella digitalizzazione dei sistemi informativi sanitari e sociali si accompagna un limitato livello di interoperabilità tra gli stessi, riscontrabile sia a livello nazionale che regionale. L'indagine indica che solo in 3 regioni è attualmente in corso di preparazione un sistema informativo integrato per ADI e SAD; anche in questo frangente i principali ostacoli riscontrati sono legati alla privacy e alla carenza di strumenti tecnico-informativi adeguati. Alcune recenti iniziative nazionali finalizzate a promuovere l'interoperabilità dei dati, in particolare quella relativa all'istituzione Piattaforma Digitale Nazionale Dati (PDND), potranno incoraggiare l'emersione di nuove esperienze regionali e locali anche nel settore socio-sanitario.

A livello internazionale si osservano diverse buone pratiche di integrazione dei sistemi informativi del settore sanitario e sociale, ad esempio in Finlandia, Inghilterra (Regno Unito) e Catalogna (Spagna). In Finlandia, il sistema Kanta rappresenta un modello di eccellenza per la gestione centralizzata e sicura dei dati raccolti dai servizi pubblici e privati, capace di migliorare l'efficienza del sistema di assistenza e promuovere l'empowerment del paziente. Nel Regno Unito, la Federated Data Platform (FDP) facilita la collaborazione tra strutture ospedaliere, sanitarie e socio-sanitarie e permette l'accesso anche ai caregiver familiari, ottimizzando la gestione delle risorse sanitarie e assicurando la protezione della privacy dei pazienti. In Catalogna l'integrazione dei sistemi informativi sanitario e sociale è promossa da iniziative governative volte a migliorare interoperabilità, garantire l'uso efficace dei dati per la pianificazione delle politiche e migliorare la qualità del sistema integrato di cura per le persone non autosufficienti.

Erogazione dei servizi e social prescribing: verso nuovi modelli d'intervento per la domiciliarità

Il coordinamento delle modalità di intervento nell'assistenza alla persona non autosufficiente rappresenta l'ultimo dei pilastri dell'integrazione socio-sanitaria descritti in questo rapporto. Come già menzionato, in Italia sono previsti due servizi domiciliari diversi per modello culturale di riferimento e per la natura delle prestazioni offerte: ADI, che rientra nella competenza del Servizio sanitario nazionale, e SAD, che è invece un servizio sociale di competenza dei Comuni.

In virtù di queste differenze, come già esposto in precedenza, la maggioranza delle regioni ritiene ampiamente migliorabile il livello di integrazione tra questi due modelli di servizio. Tale valutazione trova riscontro nelle evidenze disponibili: a titolo esemplificativo, solo il 7% delle persone anziane beneficiarie di ADI ricevono anche SAD.

Alcune recenti iniziative nazionali, come la previsione di nuovi strumenti di valutazione dimensionale per la non autosufficienza (D.lgs. 29/2024) e per la disabilità (legge delega 227/2021), il Punto Unico di Accesso (PUA) come luogo unitario di accesso ai servizi sanitari e sociali, e il Progetto di Assistenza

Individuale (PAI) come strumento privilegiato per la pianificazione degli interventi per la persona, potranno incentivare il coordinamento tra i due modelli di servizio esistenti.

A livello internazionale, si osservano buone pratiche di erogazione integrata e, di sistemi di valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone non autosufficienti e di programmazione integrata degli interventi. Per esempio, nei Paesi Baschi in Spagna sono in fase di avvio ecosistemi locali di servizi di assistenza integrata che prevedono la definizione di piani individuali di cura per le persone non autosufficienti da parte di un'équipe di professionisti.

Uno strumento innovativo per integrare l'assistenza sanitaria e sociale e migliorare l'equità del sistema di assistenza è il social prescribing. Si tratta di un concetto che abbraccia una pluralità di approcci per affrontare i bisogni sociali dei pazienti in modo più olistico, eliminando le barriere economiche, geografiche, interpersonali o psicologiche che gli individui possono incontrare nello sviluppo di nuove competenze, nella partecipazione ad attività significative e nel collegamento con le loro comunità.

I servizi erogati all'interno della rete del social prescribing sono numerosi e di diversa natura: variano infatti da servizi che rispondono ai bisogni materiali e legali di base (ad esempio, cibo, alloggio, trasporti), agli interventi sullo stile di vita per migliorare i comportamenti di salute (ad esempio, esercizio fisico, dieta, fumo), ai programmi per sviluppare le competenze professionali (ad esempio, istruzione, formazione professionale) o le attività sociali (ad esempio, volontariato, arti e mestieri, attività nella natura, impegno nella comunità).

Questo approccio si va diffondendo a livello internazionale, seppure con modalità altamente differenziate nella prassi. In particolare, in Inghilterra, il social prescribing è già un componente chiave dell'approccio alla cura personalizzata per tutte le età e per tutta la popolazione. In Spagna, il social prescribing può essere prescritto a qualsiasi paziente di qualsiasi età. Negli Stati Uniti, l'attenzione si concentra sui bisogni di base (cibo e alloggio), date le significative disuguaglianze socioeconomiche e la rete di sicurezza sociale pubblica più debole. Nei Paesi Bassi, in Svezia e in Galles le prescrizioni sociali si sono invece spesso concentrate sul contrasto dell'isolamento sociale e sulla promozione del benessere generale.

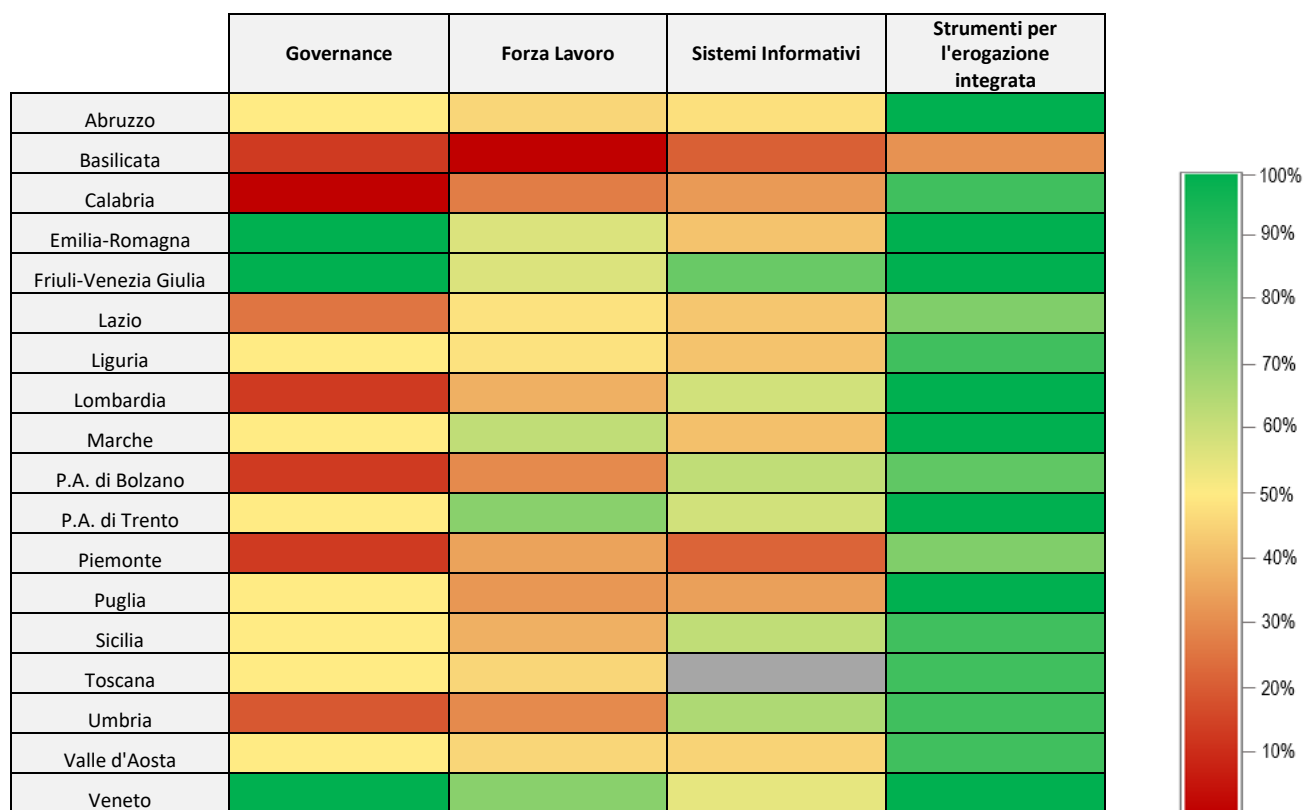
In questo ambito, di particolare rilievo è la figura del link worker, che può essere identificato come il professionista capace di mettere in contatto i pazienti più vulnerabili con le risorse della comunità e di costruire un rapporto di fiducia con il paziente, lavorando in collaborazione con il sistema sanitario e assistenziale. In alcuni Paesi dove questa figura è già prevista, come il Portogallo e la Spagna, questo professionista è in grado di incentivare la collaborazione tra assistenza primaria, sanità pubblica, servizi sociali e comunità, contribuendo notevolmente alla realizzazione di un sistema di cura effettivamente integrato e incentrato sulla persona.

La distanza da un modello di interventi sociosanitari integrati a domicilio

Il cruscotto preliminare riportato qui di seguito basato su un set di 34 indicatori suddivisi per le quattro dimensioni dell'analisi permette di stimare, con un livello accettabile di approssimazione, quale livello d'integrazione si sia raggiunto nelle 18 regioni e province autonome che hanno partecipato all'indagine, e quale sia la distanza rispetto ad un modello di interventi sociosanitari integrati a domicilio. Tale modello corrisponde alla disponibilità dell'intero bagaglio di strumenti funzionali all'integrazione riconducibili alle quattro dimensioni esaminate: governance, forza lavoro, sistemi informativi e strumenti per l'erogazione integrata di interventi sanitari, sociali e socioassistenziali.

Il colore rosso scuro indica una marcata discrepanza rispetto al modello, mentre il progressivo viraggio al verde indica un avvicinamento all'adozione di un modello di servizi sociosanitari integrati sempre più avanzato e completo.

Il cruscotto preliminare potrà essere utilizzato per individuare i quattro siti pilota del progetto “Verso un’assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia”.



Definizione di un modello di interventi socio-sanitari integrati

L'analisi dello stato di integrazione dei servizi sanitari e sociali a domicilio per la popolazione non autosufficiente in Italia richiede una chiara definizione di integrazione delle cure e di non autosufficienza. Tuttavia, definire tali concetti non è un semplice, e la letteratura si è spesso concentrata sulla ricerca di definizioni adeguate e sulla costruzione di modelli di integrazione degli interventi socio-sanitari.

Questo capitolo si concentrerà sulla discussione delle definizioni esistenti di assistenza integrata e di non autosufficienza per proporre un modello di interventi socio-sanitari integrati.

Il concetto di cure integrate è complesso e multidimensionale

Poiché le malattie croniche interessano una parte crescente della popolazione e sono diventate una priorità di salute pubblica, sono stati sviluppati diversi modelli teorici per concettualizzare il supporto del sistema ai bisogni di salute della popolazione, quali il *population health management* ed il *chronic care management*.

L'integrazione degli interventi socioassistenziali è fondamentale per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute della popolazione

Sia il modello di *population health management* che il *chronic care management* adottano un approccio olistico alla salute delle persone, affrontando le questioni legate alla salute fisica e mentale della popolazione, al miglioramento del benessere della forza lavoro ed alla riduzione dei costi dell'assistenza (NHS, 2024^[1]) (Deloitte centre for health solutions, 2019^[2]) (Capelli et al., 2016^[3]). Questi approcci prevedono il coinvolgimento della comunità ed il coordinamento con il settore dell'assistenza sociale per mantenere o migliorare il benessere delle persone, differenziandosi da un sistema di assistenza incentrato esclusivamente sul settore sanitario.

Per raggiungere gli obiettivi prefissati, i modelli di gestione della salute della popolazione e di gestione della cronicità richiedono quindi l'integrazione delle cure – all'interno del sistema sanitario e tra i settori sanitario e sociale – per avere successo. Sebbene i concetti siano fortemente interconnessi, l'assistenza integrata – o integrazione delle cure – è un modello flessibile che può essere focalizzato e personalizzato su un gruppo di popolazione target. Inoltre, l'integrazione delle cure può coinvolgere tutte le dimensioni dei sistemi di assistenza sanitaria e sociale, oppure avere come obiettivo una dimensione specifica dell'integrazione, quale la governance, i sistemi di finanziamento o la forza lavoro.

Esistono diverse definizioni di cure integrate e di modalità di integrazione

L'integrazione delle cure, o assistenza integrata, è un obiettivo di politica sanitaria volto a promuovere sistemi sanitari incentrati sul paziente, value-based e resilienti, che ha guadagnato terreno negli ultimi anni con l'aumento della prevalenza delle malattie croniche e del loro crescente peso sulle società.

L'integrazione dei servizi sociosanitari per persone non autosufficienti è un tema complesso e attualmente centrale in molti paesi OCSE e nelle politiche dell'Unione Europea (Box .1).

Box .1. La Strategia Europea per l'Assistenza

La Strategia Europea per l'Assistenza (European Care Strategy) – presentata nel settembre 2022 - mette in atto il Pilastro Europeo dei Diritti Sociali (European Pillar of Social Rights), in particolare il principio 18 sull'assistenza a lungo termine.

Tale strategia evidenzia la necessità di un approccio strategico e integrato all'assistenza, riconoscendo che spesso mancano approcci incentrati sulla persona e favorevoli alla vita indipendente, situazione esacerbata dall'insufficiente integrazione tra assistenza a lungo termine e assistenza sanitaria, o tra assistenza informale, assistenza domiciliare, assistenza sul territorio e assistenza residenziale.

La centralità della persona implica offrire una scelta di servizi in linea con le esigenze delle persone e migliorare la transizione dall'assistenza istituzionale ai servizi di assistenza domiciliare e sul territorio. Servizi di assistenza a lungo termine ben integrati con l'assistenza sanitaria e che forniscono buone soluzioni di assistenza migliorano la qualità della vita e i risultati sanitari e possono favorire l'efficacia in termini di costi contribuendo altresì a ridurre l'onere per gli ospedali e altre strutture sanitarie.

Per quanto riguarda il principio 18 sull'assistenza a lungo termine, la Commissione raccomanda agli Stati membri di elaborare piani d'azione nazionali per rendere l'assistenza sanitaria più disponibile, accessibile e di migliore qualità per tutti. Tali piani dovrebbero:

- garantire che l'assistenza a lungo termine sia tempestiva, completa e conveniente, consentendo un tenore di vita dignitoso alle persone con esigenze di assistenza a lungo termine;
- aumentare l'offerta e il mix di servizi di assistenza a lungo termine (assistenza domiciliare, assistenza comunitaria e assistenza residenziale), colmare i divari territoriali nell'accesso all'assistenza a lungo termine, introdurre soluzioni digitali accessibili nella fornitura di servizi di assistenza, e garantire che i servizi e le strutture di assistenza a lungo termine siano accessibili alle persone con disabilità;
- garantire criteri e standard di alta qualità per i fornitori di assistenza a lungo termine;
- sostenere l'assistenza informali, spesso erogata da donne e parenti, attraverso formazione, consulenza, sostegno psicologico e finanziario;
- mobilitare finanziamenti adeguati e sostenibili per l'assistenza a lungo termine, anche utilizzando i fondi dell'UE.

Attraverso lo Strumento di Sostegno Tecnico (Technical Support Instrument) "Verso un'assistenza integrata incentrata sulla persona", la Commissione aiuta gli Stati membri a progettare e attuare riforme destinate a rafforzare il coordinamento tra sanità, assistenza sociale e assistenza a lungo termine nonché l'integrazione dei diversi livelli di erogazione dell'assistenza, mettendo la persona al centro dei servizi al fine di garantire un migliore accesso e una migliore qualità dell'assistenza in ogni fase della vita.

Source: European Commission https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169

Nonostante l'uso diffuso del termine nel dibattito pubblico e nella letteratura, non esiste una definizione univoca di assistenza integrata. A seconda del contesto di utilizzo e degli obiettivi politici associati, l'assistenza integrata può avere significati diversi per i vari stakeholder ed è quindi di "natura polimorfa" (Nolte and Pitchforth, 2014^[4]).

L'assistenza integrata si riferisce al processo di transizione verso un'assistenza centrata sul paziente, interconnessa, allineata e collaborativa, che si occupa del paziente come persona nel suo complesso, anzichè concentrarsi esclusivamente sulla sua malattia (WHO Regional Office for Europe, 2016^[5]).

Il concetto di assistenza integrata affonda le sue radici nel dibattito sul valore dei sistemi sanitari e sul riconoscimento che l'accesso all'assistenza sanitaria è solo uno dei determinanti della salute, insieme a fattori socio-economici ed ambientali. In questo senso, l'assistenza integrata può essere meglio definita per ciò che non è e per ciò che intende sostituire, ovvero un'assistenza frammentata e basata sui servizi che si concentra sul trattamento della malattia piuttosto che sulla promozione della salute.

Una revisione della letteratura ha individuato oltre 150 definizioni diverse di assistenza integrata (Armitage et al., 2009^[6]). Tale varietà ostacola la comparabilità delle iniziative di assistenza integrata nei vari Paesi e dei risultati attesi. Termini come assistenza integrata, coordinamento delle cure, assistenza continuativa, percorso assistenziale e assistenza continua sono utilizzati in modo intercambiabile, mentre queste definizioni riflettono punti di vista diversi, compresi quelli di pazienti, degli erogatori di servizi e dei responsabili politici. Il Box 2 riporta alcune definizioni di assistenza integrata.

Box 2. Definizioni di cure integrate nella letteratura

L'OMS definisce l'erogazione di servizi sanitari integrati come un approccio volto a rafforzare i sistemi sanitari incentrati sulle persone attraverso la promozione dell'erogazione completa di servizi di qualità lungo tutto l'arco della vita, progettati in base ai bisogni multidimensionali della popolazione e dell'individuo ed erogati da un'équipe multidisciplinare coordinata di operatori che lavorano in contesti e livelli di assistenza diversi. Dovrebbe essere gestita in modo efficace per garantire risultati ottimali e l'uso appropriato delle risorse sulla base delle migliori evidenze disponibili, con cicli di feedback per migliorare continuamente le prestazioni e affrontare le cause a monte della cattiva salute e promuovere il benessere attraverso azioni intersettoriali e multisettoriali. (WHO Regional Office for Europe, 2016^[5]).

I servizi sanitari integrati sono stati definiti anche come servizi sanitari gestiti ed erogati in modo che le persone ricevano un continuum di servizi di promozione della salute, prevenzione delle malattie, diagnosi, trattamento, gestione della malattia, riabilitazione e cure palliative, coordinati tra i diversi livelli e siti di cura all'interno e all'esterno del settore sanitario, e in base alle loro esigenze lungo tutto il corso della vita. (Contandriopoulos, 2004^[7]).

Le definizioni di assistenza integrata comprendono anche una serie di dimensioni che l'integrazione delle cure comporta. In questo caso, l'integrazione delle cure può essere definita come un insieme coerente di metodi e modelli a livello finanziario, amministrativo, organizzativo, di erogazione dei servizi e clinico, volti a creare connettività, allineamento e collaborazione all'interno e tra i settori della cura e dell'assistenza. L'obiettivo di questi metodi e modelli è quello di migliorare la qualità delle cure e della vita, la soddisfazione dei consumatori e l'efficienza del sistema per le persone, attraverso servizi, fornitori e contesti multipli. Quando il risultato di questi sforzi multipli per promuovere l'integrazione porta a benefici per le persone, il risultato può essere chiamato "assistenza integrata". (Kodner and Spreeuwenberg, 2002^[8])

Fonte: OECD Secretariat, 2024

Una vasta letteratura discute i diversi significati e meccanismi di integrazione delle cure. In particolare, sono discusse molteplici dimensioni possibili di integrazione:

- *Integrazione orizzontale o verticale*. La prima consolida i servizi tra organizzazioni che si trovano nella stessa fase del processo di erogazione (ad esempio, accorpamento di ospedali per pazienti

acuti). La seconda riunisce organizzazioni a diversi livelli di servizio (ad esempio, assistenza primaria e secondaria).⁴

- *Ampiezza dell'integrazione*, che va da un'integrazione per alcuni individui, malattie specifiche o gruppi di popolazione, fino all'intera popolazione.
- *Arco temporale delle cure*, poiché l'integrazione può essere orientata ad uno specifico episodio di cura (ad esempio, il follow-up post-chirurgico), a fasi del ciclo di vita di una persona (ad esempio, l'assistenza neonatale) o a un approccio sul corso della vita (ad esempio, per le condizioni croniche come il diabete o la salute mentale).
- *Intensità dell'integrazione*, che può variare tra collegamento (opera attraverso strutture separate, con le organizzazioni che mantengono le proprie responsabilità di erogazione dei servizi, finanziamento e criteri di ammissibilità, e regole operative), coordinamento (coinvolge ulteriori strutture e processi espliciti, quali informazioni condivise e gestione comune dei casi, per coordinare l'assistenza tra i vari settori), e piena integrazione (l'organizzazione/sistema integrato assume la responsabilità di tutti i servizi, risorse e finanziamenti, che possono essere gestiti da un'unica struttura o attraverso accordi contrattuali tra diverse organizzazioni).
- *Livello di governo* in cui avviene l'integrazione dell'assistenza, ovvero se l'integrazione coinvolge il livello macro, meso o micro dell'erogazione dell'assistenza. Il livello macro corrisponde all'integrazione a livello nazionale (ad esempio, integrando la governance dei servizi di assistenza sanitaria e sociale sotto un unico ministero o istituzione); il livello meso corrisponde al livello regionale (ad esempio, integrando la valutazione multidimensionale dei bisogni utilizzando uno strumento di valutazione comune a livello regionale/provinciale/statale); il livello micro corrisponde al livello locale (ad esempio, adottando un sistema integrato di accesso ai servizi sanitari e socio-assistenziali a livello locale, come il punto unico di accesso in Italia, o implementando iniziative di social prescribing a livello locale).

Le evidenze sull'impatto di una integrazione degli interventi sono contrastanti

I primi modelli di assistenza integrata si sono focalizzati principalmente sulla gestione di una singola malattia con approcci di case management. Tuttavia, le evidenze sull'efficacia di questi modelli si sono rivelate contrastanti: infatti se da un lato è emerso un miglioramento della soddisfazione dei pazienti, dall'altro si sono registrati limitati effetti sugli esiti, in particolare in termini di appropriato utilizzo delle prestazioni e costo degli interventi (Stokes, Checkland and Kristensen, 2016^[9]) (Baxter et al., 2018^[10]).

Più recentemente, l'assistenza integrata si è evoluta verso modelli basati sulla popolazione e incentrati sulla gestione delle malattie croniche e su approcci basati sulla prevenzione (Alderwick, Ham and Buck, 2015^[11]). Questo approccio ha riscosso un notevole successo, in particolare presso Kaiser Permanente negli Stati Uniti (Pines et al., 2015^[12]) dando vita a un movimento verso le *Accountable Care Organisations* (ACO) (Alderwick et al., 2018^[13]). Tuttavia, non è chiaro se i risultati delle ACO possano essere trasferiti ad altri Paesi OCSE (McWilliams et al., 2016^[14]). Il *Gesundes Kinzigtal* in Germania è l'esempio più noto in Europa, ma si è dimostrato difficile studiarne l'applicazione ad altri sistemi sanitari a causa del suo contesto unico e della mancanza di dati comparabili a livello internazionale (Busse and Stahl, 2014^[15]).

L'impatto atteso di una integrazione degli interventi comprende un migliore accesso ai servizi, una maggiore soddisfazione per i pazienti e gli operatori sanitari, un'assistenza più appropriata, migliore prevenzione, una riduzione dei ricoveri ospedalieri evitabili, un prolungamento della vita indipendente e un ritardo nell'ammissione all'assistenza istituzionale, un miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita e una maggiore efficacia dei costi (Nolte and Pitchforth, 2014^[4]) (Curry and Ham, 2010^[16]). Inoltre,

⁴ In Finlandia, ad esempio, la riforma dell'assistenza sociale e sanitaria mira a riunire sotto la stessa gestione l'assistenza primaria, l'assistenza comunitaria, l'assistenza mentale di base, l'assistenza sociale, l'assistenza riabilitativa ambulatoriale e alcuni altri servizi di assistenza specialistica.

alcuni studi hanno dimostrato che l'assistenza integrata riduce gli eventi avversi da farmaci, gli errori diagnostici, i ritardi diagnostici e le complicazioni derivanti da cattive transizioni di cura (Slawomirski, Auraaen and Klazinga, 2017^[17]), aiutando al contempo gli individui a diventare partner nella co-produzione della salute (Moreira, 2018^[18]) e ad affrontare gli sprechi nella fornitura dei servizi di assistenza (OECD, 2017^[19]).

Nonostante l'ampia letteratura, le evidenze sull'efficacia dell'integrazione degli interventi sono ancora limitate. Ciò è dovuto in parte al fatto che è difficile interpretare e generalizzare i risultati di impatto degli interventi a causa dell'ampia variabilità del contesto e della non univocità del termine "assistenza integrata".

Comunque, sono disponibili alcuni studi che evidenziano i fattori che facilitano l'assistenza integrata:

- Le lezioni apprese dalle ultime 15 revisioni dell'OCSE sulla qualità dell'assistenza hanno evidenziato i fattori chiave per il miglioramento dell'assistenza integrata, come la necessità di rafforzare il modello di governance, di sviluppare adeguatamente sistemi informativi, di disporre di una forza lavoro preparata e formata, e ottimizzare l'utilizzo degli incentivi finanziari (OECD, 2017^[20]).
- L'OMS ha sviluppato un quadro concettuale, condividendo al contempo esempi di buone pratiche sulla progettazione e l'implementazione dell'assistenza integrata (WHO Regional Office for Europe, 2016^[5]).
- La serie *European Health Systems Assessment on Integrated Care* ha fornito una panoramica descrittiva delle iniziative di assistenza integrata nei Paesi europei (European Commission, 2017^[21]).
- Il progetto UE INTEGRATE (*Benchmarking Integrated Care for better Management of Chronic and Age-related Conditions in Europe*) ha fornito evidenze sulle migliori pratiche per l'erogazione clinica di cure integrate abilitate da sistemi di dati e finanziamenti sanitari (Borgermans and Devroey, 2017^[22]).

Una analisi dello stato di integrazione degli interventi sociali e sanitari è strumentale alla definizione di un modello di integrazione

L'assistenza integrata è un concetto complesso. Sono stati sviluppati quadri concettuali sia a livello internazionale che in Italia per orientare il disegno, l'implementazione e la valutazione del grado di integrazione delle cure (Valentijn et al., 2013^[23]) (Leijten et al., 2018^[24]) (Osservatorio cronicità, 2022^[25]).

Ad esempio, il progetto SELFIE (*Sustainable intEgrated care modeLs for multi-morbidity: delivery, Financing and performancE*) ha sviluppato un framework per l'assistenza integrata per persone affette da patologie croniche (Leijten et al., 2018^[24]). Tale framework è stato sviluppato tra il 2015 e il 2016 da un gruppo di ricercatori con competenze diverse - che vanno dalla medicina e dalla sanità pubblica alla politica sanitaria, all'economia sanitaria, alla sociologia e all'antropologia - e comprende 6 dimensioni di integrazione dell'assistenza - erogazione dei servizi, leadership e governance, forza lavoro, finanziamento, tecnologie e prodotti medici, informazione e ricerca, e tre livelli di integrazione dell'assistenza - macro, meso, micro -, come riportato nella Figura 1.

Figura 1. Il framework SELFIE

F.R.M. Leijten et al. / Health Policy 122 (2018) 12–22

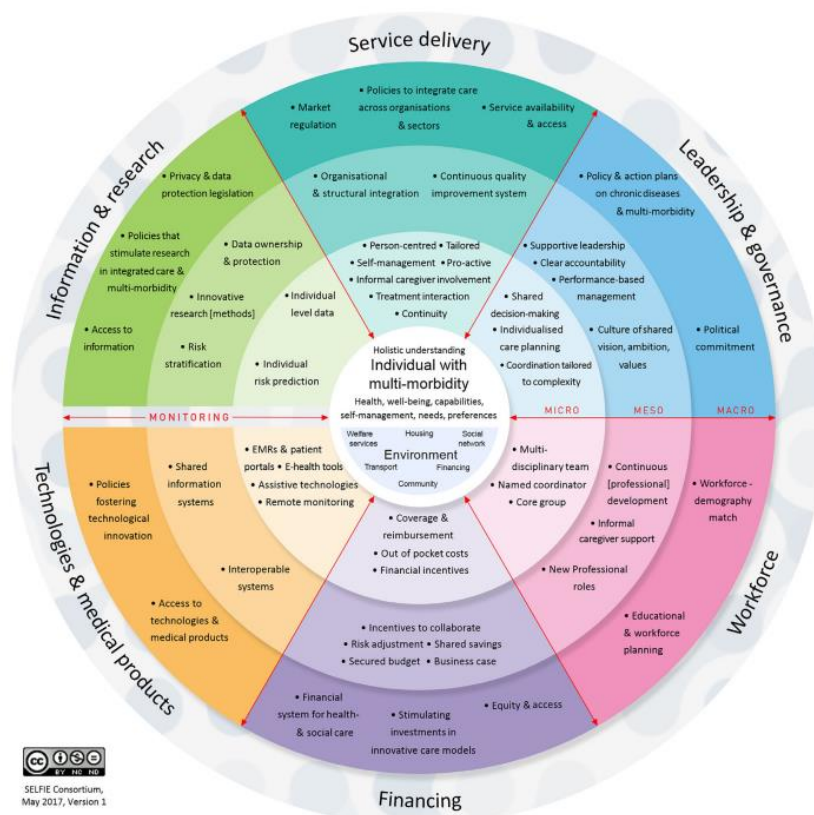


Fig. 1. The SELFIE Framework for Integrated Care for Multi-Morbidity.

Fonte: (Leijten et al., 2018)^[24]

L'Osservatorio Integrazione Socio-Sanitaria (OISS) ha sviluppato una matrice di assistenza integrata che include 5 dimensioni di integrazione - istituzionale, programmatoria, gestionale, professionale, comunitaria -, su tre livelli - statale, regionale, locale (Figura 2) (Osservatorio cronicità, 2022)^[25].

Figura 2. Le dimensioni dell'integrazione sociosanitaria in Italia

Matrice di integrazione socio-sanitaria sviluppata dall'Osservatorio Integrazione Socio-Sanitaria

Approccio Sistemico Multilivello	Integrazione Sociosanitaria				
	Istituzionale	Programmatoria	Gestionale	Professionale	Comunitaria
Livello Statale					
Livello Regionale					
Livello Locale					

Fonte: (Osservatorio cronicità, 2022)^[25]

Le due matrici presentano una serie di caratteristiche comuni. I tre livelli di governance del framework SELFIE (macro, meso, micro) si sovrappongono concettualmente ai tre livelli di governance della matrice OISS, dove il livello macro corrisponde al livello nazionale/statale, il livello meso corrisponde alle Regioni/Province autonome e il livello micro corrisponde all'integrazione locale/comunitaria dei servizi della matrice OISS. Inoltre, i cinque tipi di integrazione proposti dalla matrice OISS mostrano una serie di sovrapposizioni concettuali con le sei dimensioni di integrazione del quadro SELFIE. Di seguito, ogni tabella mostra le sovrapposizioni tra i cinque tipi di integrazione proposti dalla matrice OISS e le sei dimensioni di integrazione del quadro SELFIE, per ogni livello di integrazione (macro/nazionale, meso/regionale, micro/locale) (Tabella 1, Tabella 2, Tabella 3).

Tabella 1. Dimensioni dell'integrazione a livello macro/nazionale

Sovrapposizione delle dimensioni dell'integrazione a livello macro/nazionale tra il quadro SELFIE e la matrice OISS

framework SELFIE ↓	Matrice OISS →	Istituzionale	Programmatoria	Gestionale	Professionale	Comunitaria
Leadership and governance		Piani politici e d'azione sulle malattie croniche e la multimorbilità, impegno politico, definizione dei servizi da erogare alle persone non autosufficienti (Livelli Essenziali di Assistenza - LEA)	Piani politici e d'azione sulle malattie croniche e la multimorbilità o altri strumenti nazionali per la pianificazione dei servizi sanitari e sociali, anche in collaborazione con le Regioni/Province e il livello locale.			Programmare i servizi di assistenza sanitaria e sociale in collaborazione con gli attori della comunità.
Workforce				Pianificazione e formazione della forza lavoro	Pianificazione e formazione del personale, definizione di nuove Figure professionali per favorire l'integrazione delle cure	
Service delivery		Disponibilità del servizio e "co-progettazione", definizione dei criteri di accesso		Gestione e pianificazione dei servizi con risorse condivise per l'erogazione dei servizi stessi.	Pianificazione della forza lavoro per garantire la disponibilità di risorse sufficienti per l'erogazione dei servizi.	Programmazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale in collaborazione con gli attori della comunità.
Information and research				Gestione della normativa sulla privacy, delle politiche di accesso alle informazioni e di condivisione delle informazioni a diversi livelli (macro, meso, micro).		

framework SELFIE	Matrice OISS	Istituzionale	Programmatoria	Gestionale	Professionale	Comunitaria
↓	→					
Technologies and medical products		Politiche che promuovono l'innovazione tecnologica, potenzialmente in grado di migliorare l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale.		Politiche che promuovono l'innovazione tecnologica, potenzialmente in grado di migliorare l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale.		
Financing		Sistema finanziario per l'assistenza sanitaria e sociale, definizione dei criteri di accesso ai servizi sanitari e sociali		Condivisione delle risorse finanziarie tra i settori dell'assistenza sanitaria e sociale		

Fonte: OECD sulla base di (Osservatorio cronicità, 2022^[25]) e (Leijten et al., 2018^[24]).

Tabella 2. Dimensioni dell'integrazione a livello meso/regionale o di provincia autonoma

Sovrapposizione delle dimensioni dell'integrazione a livello meso/regionale o di provincia autonoma tra il quadro SELFIE e la matrice OISS

SELFIE framework	OISS matrix	Istituzionale	Programmatoria	Gestionale	Professionale	Comunitaria
↓	→					
Leadership and governance			Responsabilità e leadership di supporto, pianificazione della disponibilità dei servizi (Piano delle Attività Territoriali e Piano di Zona)			Programmare i servizi di assistenza sanitaria e sociale in collaborazione con gli attori della comunità.
Workforce				Definizione di nuovi ruoli per l'integrazione delle cure e la formazione del personale	Definizione di nuovi ruoli per l'integrazione delle cure e la formazione del personale	
Service delivery		Integrazione organizzativa e strutturale	Pianificazione della disponibilità dei servizi (Piano delle Attività Territoriali e Piano di Zona)		Integrazione organizzativa e strutturale	Programmare i servizi di assistenza sanitaria e sociale in collaborazione con gli attori della comunità.
Information and research		Proprietà e produzione condivisa dei dati			Sostenere la forza lavoro nell'uso dei nuovi sistemi informativi.	
Technologies and medical products		Sistemi informativi condivisi			Sostenere la forza lavoro nell'uso di nuove tecnologie	
Financing			Incentivi finanziari alla collaborazione e garanzia di finanziamento	garanzia di finanziamento	Incentivi finanziari alla collaborazione e garanzia di finanziamento	

Fonte: OECD sulla base di (Osservatorio cronicità, 2022^[25]) e (Leijten et al., 2018^[24]).

Tabella 3. Dimensioni dell'integrazione a livello micro/locale

Sovrapposizione delle dimensioni dell'integrazione a livello micro/locale tra il quadro SELFIE e la matrice OISS

SELFIE framework ↓	OISS matrix →	Istituzionale	Programmatoria	Gestionale	Professionale	Comunitaria
Leadership and governance	"Co-programmazione" dei servizi con le comunità locali e il Terzo settore.		Pianificazione dei servizi locali attraverso il "Piano di attività territoriale" e il "Piano di zona".			
Workforce				Pianificazione, reclutamento, formazione della forza lavoro per l'assistenza integrata	Team multidisciplinari, coordinatore dell'assistenza e case manager per la non autosufficienza	Coordinatore nominato o pratiche di prescrizione sociale
Service delivery	"Co-progettazione" di servizi con le comunità locali e il Terzo settore			Assistenza centrata sulla persona e "punti unici di accesso".	Assistenza centrata sulla persona e "punti unici di accesso".	"Co-progettazione" di servizi con le comunità locali e il Terzo settore
Information and research				Integrazione delle cure attraverso sistemi informativi condivisi	Integrazione delle cure attraverso sistemi informativi condivisi e formazione dei professionisti sull'uso dei sistemi informativi integrati	I sistemi integrati di dati e informazioni facilitano l'integrazione a livello di comunità.
Technologies and medical products					Coordinamento delle cure attraverso l'uso di sistemi informativi integrati, monitoraggio a distanza e teleconsulto	
Financing			Incentivi finanziari alla collaborazione e garanzia di finanziamento		Incentivi finanziari alla collaborazione e garanzia di finanziamento	

Fonte: OECD sulla base di (Osservatorio cronicità, 2022^[25]) e (Leijten et al., 2018^[24]).

Questo rapporto si concentra su quattro dimensioni chiave dell'integrazione, comuni sia al quadro OISS che a quello SELFIE e rilevanti per il contesto italiano, riassunte in Tabella 4:

1. Governance
2. Forza lavoro
3. Dati e sistemi informativi
4. Erogazione dei servizi

Per ciascuna delle quattro dimensioni chiave, questo rapporto analizza la normativa nazionale e regionale esistente e le iniziative volte a migliorare l'integrazione ai diversi livelli. Il rapporto riassume anche le pratiche internazionali volte a migliorare l'integrazione della governance, della forza lavoro, dei dati e dei sistemi informativi e dell'erogazione dei servizi, se ritenute rilevanti per il contesto italiano. Inoltre, il rapporto include un'analisi delle pratiche di social prescribing esistenti a livello internazionale e volte al miglioramento del grado di integrazione dei servizi di assistenza sociosanitaria.

Tabella 4. Matrice OCSE dell'integrazione sociosanitaria in Italia

Matrice OCSE dell'integrazione sociosanitaria in Italia	Governance	Forza lavoro	Dati e sistemi informativi	Erogazione dei servizi	
Livello macro/nazionale	Piani politici e d'azione o altri strumenti nazionali di programmazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, anche in collaborazione con le Regioni/Province e il livello locale, impegno politico, definizione dei servizi da erogare alle persone non autosufficienti (Livelli Essenziali di Assistenza – LEA e Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali - LEPS)	Pianificazione e formazione del personale, definizione di nuove Figure professionali per favorire l'integrazione delle cure, definizione di standard al livello nazionale (ad es. livelli minimi di personale sociale e sanitario)	Gestione della normativa sulla privacy, delle politiche di accesso alle informazioni e di condivisione delle informazioni a diversi livelli (macro, meso, micro) e delle politiche di definizione dell'architettura e funzionamento tecnico dei sistemi informativi di rilievo nazionale	Disponibilità del servizio e "co-programmazione", definizione dei criteri di accesso	
	Programmare i servizi di assistenza sanitaria e sociale in collaborazione con gli attori della comunità. Monitorare i LEA e i LEPS.			Gestione e pianificazione dei servizi con risorse condivise per l'erogazione dei servizi stessi.	
				Programmazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali in collaborazione con gli attori istituzionali e gli stakeholders a vari livelli	
Livello meso/regionale o di provincia autonoma	Responsabilità e leadership di supporto, pianificazione della disponibilità dei servizi (Piano delle Attività Territoriali e Piano di Zona)	Definizione di nuovi ruoli per l'integrazione delle cure e la formazione del personale	Proprietà e produzione condivisa dei dati	Pianificazione della disponibilità dei servizi (Piano delle Attività Territoriali e Piano di Zona)	
	Programmazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali in collaborazione con gli attori della comunità			Sostenere la forza lavoro nell'uso dei nuovi sistemi informativi. Programmazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali in collaborazione con gli attori della comunità	
Livello micro/locale	"Co-programmazione" dei servizi con le comunità locali e il Terzo settore.	Pianificazione, reclutamento, formazione del personale per l'assistenza integrata Equipe multidisciplinari, coordinatore assistenziale e case manager per la non autosufficienza Coordinatore nominato o pratiche di prescrizione sociale (social prescribing)	Integrazione delle cure attraverso sistemi informativi condivisi	"Co-progettazione" di servizi con le comunità locali e il Terzo settore.	
	Pianificazione dei servizi locali attraverso il "Piano delle attività territoriali" e il "Piano di zona" e attuazione dei LEA e LEPS.			Formazione dei professionisti sull'uso di sistemi informativi integrati	Assistenza centrata sulla persona e "punti unici di accesso".
				Coordinamento delle cure tramite monitoraggio remoto e teleconsulto	

Fonte: OECD.

Definire la disabilità e le limitazioni funzionali è utile per delineare il perimetro della non autosufficienza

Il progetto "Verso un'assistenza integrata incentrata sulla persona in Italia" ha quale oggetto l'integrazione dei servizi sanitari e assistenziali erogati a domicilio alle persone non autosufficienti. Tuttavia, non esiste

una definizione condivisa a livello internazionale di non autosufficienza. Alcuni concetti che si sovrappongono al concetto di non autosufficienza sono le limitazioni nelle attività della vita quotidiana (ADL) e nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) e la disabilità. Quest'ultima è stata definita dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) come un concetto ampio che comprende diverse dimensioni. Secondo la CRPD, una persona con disabilità è una persona con limitazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali di lunga durata che possono limitare la sua piena e attiva partecipazione alla società. La disabilità è quindi definita come un costrutto sociale, derivante dall'interazione tra gli individui con disabilità e il loro ambiente. Sebbene questo rapporto non abbia come obiettivo quello di proporre una definizione condivisa a livello internazionale di non autosufficienza, la sezione successiva fornisce una rassegna degli standard e delle metodologie utilizzate in letteratura per identificare le persone con limitazioni nelle attività quotidiane dovute a limitazioni fisiche, mentali e/o sociali.

Esistono molteplici definizioni e strumenti di misurazione della disabilità e della non autosufficienza utilizzati a livello internazionale

Negli ultimi decenni, sono stati sviluppati diversi modelli per definire e misurare disabilità, multimorbilità e limitazioni funzionali. L'OMS, Eurostat e il Gruppo di Washington delle statistiche sulla disabilità hanno progettato classificazioni, quadri e scale per definire e misurare tali concetti in modo comparabile a livello internazionale.

La letteratura sulla disabilità e sulle limitazioni funzionali ha spesso identificato le persone con disabilità o limitazioni funzionali come quelle con almeno una limitazione nelle ADL/IADL, o sulla base di quadri esistenti come il framework di Cutler, il framework V-J e il framework FE-BRIT-SE. Sono stati inoltre sviluppati diversi strumenti di misurazione della disabilità e delle limitazioni funzionali in base alle limitazioni nelle ADL e IADL (Azad, 2020^[26]).

La Tabella 5 riporta maggiori dettagli sulle classificazioni, i framework e i sistemi di misurazione attualmente disponibili a livello internazionale per definire e misurare la disabilità e le limitazioni funzionali.

Tabella 5. Esempi di classificazioni, framework e sistemi di misurazione della disabilità e delle limitazioni funzionali

<p>World Health Organisation (WHO)</p>	<p>L'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) è uno standard internazionale sviluppato dall'OMS per misurare e classificare la disabilità, le limitazioni funzionali e lo stato di salute tenendo conto di tutti gli elementi del funzionamento umano. Include le funzioni corporee (ad esempio, le funzioni neuromuscoloscheletriche e legate al movimento, le funzioni mentali), le attività e la partecipazione (ad esempio, l'apprendimento, la cura di sé, le relazioni), i fattori ambientali (ad esempio, i servizi, i sistemi e le politiche, il supporto e le relazioni) e le strutture corporee (ad esempio, le strutture del sistema nervoso, la pelle e le strutture correlate). È stato approvato da tutti i 191 Stati membri dell'OMS durante l'Assemblea Mondiale della Sanità del 22 maggio 2001 come standard internazionale per descrivere e misurare la salute e la disabilità.</p>
<p>World Health Organisation (WHO) and the World Bank</p>	<p>Il Model Disability Survey (MDS) raccoglie informazioni su tutte le dimensioni della disabilità (condizioni di salute, limitazioni dell'attività, restrizioni alla partecipazione e fattori ambientali che facilitano o ostacolano la piena partecipazione) per capire come la disabilità si concretizza nella vita quotidiana e determinare le risposte più appropriate in termini di politiche e interventi. La MDS concettualizza la disabilità sulla base della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).</p>

World Health Organisation (WHO)	The WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) è uno strumento di valutazione della disabilità collegato alla definizione di disabilità dell'ICF. WHODAS 2.0 copre sei domini di funzionamento: i) la cognizione, ii) la mobilità, iii) la cura di sé, iv) l'interazione con altre persone, v) le attività di vita, compreso il lavoro e il tempo libero, vi) la partecipazione alla comunità. La versione italiana della guida di WHODAS 2.0 è disponibile qui .
Washington group on Disability Statistics⁵	Il " Short Set on Functioning " è stato sviluppato nel 2006 per essere incluso nei censimenti della popolazione e nelle indagini non incentrate sulla salute/disabilità. Lo Short Set è composto da sei domande che misurano le difficoltà nei seguenti ambiti: vista, udito, mobilità, cognizione, cura di sé e comunicazione. Lo Short Set è già ampiamente utilizzato nei censimenti e nelle indagini in oltre settantacinque Paesi. Lo Short Set è adatto per misurare le limitazioni funzionali delle persone di età superiore ai 5 anni e non è raccomandato per misurare la disabilità dei bambini più piccoli, poiché produrrebbe una sottostima di questa popolazione, non includendo domande su aspetti chiave dello sviluppo infantile.
Washington group on Disability Statistics	Il WG-Extended Set è stato sviluppato nel 2010 con l'obiettivo di ampliare le conoscenze sulla disabilità e di essere utilizzato nelle indagini in cui è possibile inserire un numero maggiore di domande. Lo strumento include lo Short Set, altre domande per alcuni di questi domini e indaga nuovi domini come il funzionamento della parte superiore del corpo, l'ansia e la depressione, il dolore e la fatica; inoltre, inizia a esplorare la relazione tra funzionamento e ambiente attraverso l'inclusione di domande sull'uso di ausili e di ausili personali. Complessivamente, il modulo indaga 11 domini con poco più di 30 domande..
Washington group on Disability Statistics	Il Child Functioning Module , progettato in collaborazione con l'UNICEF, misura la disabilità nei bambini. Sono stati preparati due questionari: uno per la fascia 2-4 anni e l'altro per la fascia 5-17 anni. Le aree di funzionamento analizzate sono in tutto 13 (vista, udito, camminare, comunicare, cura di sé, destrezza, imparare/ricordare, concentrazione, giocare, controllo del comportamento, accettare i cambiamenti, amicizie, ansia/depressione).
Eurostat – European Disability Measurement Project (EDM)	Il Global Activity Limitations Indicator (GALI) classifica il livello di limitazione delle persone che rispondono alla domanda "Per almeno gli ultimi 6 mesi, in che misura è stato limitato a causa di un problema di salute nelle attività che svolge abitualmente?". Vengono considerate solo le limitazioni direttamente causate o correlate a uno o più problemi di salute di vario tipo. Gli indicatori basati su questo concetto possono essere utilizzati per valutare lo stato di salute generale, la disabilità e le relative disuguaglianze e i bisogni di assistenza sanitaria a livello di popolazione. Il GALI fa parte del Modulo minimo europeo sulla salute (MEHM). Il MEHM comprende domande relative alla salute auto-percepita, alla morbilità cronica e alle limitazioni dell'attività. Per la misurazione delle limitazioni e della disabilità nei bambini, esiste una versione del GALI che consente ai proxy-responder di effettuare la valutazione delle limitazioni.
Eurostat – European Disability Measurement Project (EDM)	Eurostat ha collaborato con i Paesi membri per promuovere la regolare raccolta di dati armonizzati adottando le raccomandazioni del progetto EDM e istituendo, tra l'altro, il modulo sullo stato di salute. Questo comprende il MEHM, domande sulla presenza di malattie e condizioni croniche e sulle limitazioni funzionali di tipo sensoriale, motorio e cognitivo, includendo anche alcune domande del WG Extended Set. Indaga inoltre le difficoltà nello svolgimento delle attività di cura personale, utilizzando lo strumento delle Attività della vita quotidiana (ADL) e delle attività strumentali della vita quotidiana (come preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, pulire), utilizzando la batteria di domande delle Attività strumentali della vita quotidiana (IADL).
(Gu, Gomez-Redondo and Dupre, 2014 ^[27])	The FE-BRIT-SE framework è stato costruito come un'espansione dei framework di valutazione della disabilità già esistenti (per esempio il Cutler's framework e il V-J framework). Il nome FE-BRIT-SE deriva dall'inclusione di caratteristiche individuali come (F)ixed attributes, che includono fattori genetici, personalità, età, esperienze di vita pregresse e fattori esterni legati all'ambiente (the (E)nvironment); le abitudini e i comportamenti (individual (B)ehaviors), le risorse (the (R)eSources), gli interventi (the (I)nterventions), la tecnologia (the (T)echnology); e le conseguenze (socioeconomiche ed ecologiche) della disabilità (the (S)ocioeconomic and (E)cological consequences of disability trends).

Fonte: OECD Secretariat, 2024.

⁵ Il Gruppo di Washington delle statistiche sulla disabilità è stato formato in seguito al Seminario internazionale sulla misurazione della disabilità tenutosi nel 2001 a New York, come gruppo cittadino della Commissione statistica delle Nazioni Unite. Il gruppo mira a sviluppare misure di disabilità comparabili a livello internazionale.

Definizioni e valutazioni di disabilità e non autosufficienza in Italia

In Italia, il Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024 considera non autosufficienti:

1. Le persone anziane (≥65 anni) con bisogni assistenziali bassi o alti;
2. Le persone con disabilità grave o gravissima, comprese quelle classificate come invalidi civili, disabili o portatori di handicap ai sensi della legge italiana.

Ad eccezione delle definizioni di persone con invalidità civile, disabilità o handicap (riportate nella Tabella 1 dell' Inception report⁶), la valutazione dei bisogni assistenziali (bassi o alti) e della disabilità (grave o gravissima) è demandata al livello regionale, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale.

La quasi totalità delle regioni che hanno risposto al questionario OCSE (15 su 18) hanno riportato che esiste una classificazione regionale del livello di bisogno assistenziale come livello di bisogno 'alto' o 'basso' e di disabilità 'grave' o 'gravissima' (Questionario OCSE, 2024). Tali definizioni, ove fornite dalle regioni, sono riportate in Tabella 6. Mentre la maggior parte delle regioni-PA basa la definizione dei livelli di bisogno su scale applicate tramite gli strumenti di valutazione multidimensionale⁷, alcune regioni-PA fanno riferimento alla normativa nazionale o regionale per la definizione dei livelli di assistenza. La normativa nazionale ha inoltre identificato i livelli di assistenza domiciliare integrata (ADI) in base ai coefficienti di intensità assistenziale (CIA) attraverso il DPCM 12/01/2017 art. 22.

Negli ultimi anni l'Italia ha intrapreso un percorso di riforma volto ad armonizzare le definizioni vigenti di disabilità e ad allineare i sistemi di valutazione correlati ai principi sanciti dalla CRPD (OECD, 2023^[28]). Questo è particolarmente importante perchè il modo in cui la non autosufficienza, la disabilità e la capacità funzionale vengono definite e misurate ha un impatto significativo sulla stima della popolazione obiettivo degli interventi e dei relativi bisogni. Ad esempio, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si basa sulla misurazione delle limitazioni nelle ADL e IADL per identificare le persone anziane con disabilità o fragilità. L'ISS stima che il 13% delle persone di 65 anni o più abbia almeno una limitazione nelle ADL e il 17% delle persone di 65 anni o più abbia almeno 2 limitazioni nelle IADL nel 2023 (ISTAT, 2023^[29]). L'Istituto di Statistica (ISTAT) ha adottato l'Indicatore Globale delle Limitazioni di Attività progettato da Eurostat per raccogliere dati sulle persone con limitazioni funzionali. Secondo le stime ISTAT, nel 2021 il 21,4% della popolazione presenta limitazioni, il 5% gravi ed il 16,4% non gravi (ISTAT, 2023^[29]).

Tabella 6. Definizioni regionali del livello di bisogno delle persone anziane non autosufficienti

Regione	Livello assistenziale basso	Livello assistenziale alto	Disabilità grave	Disabilità gravissima
Abruzzo	Riduzione parziale delle capacità funzionali nello svolgimento delle azioni della vita quotidiana, in base alla misurazione effettuata con scala SVAMDI	Perdita totale delle capacità funzionali nello svolgimento delle attività della vita quotidiana per cui è richiesto un supporto continuativo alla persona, in base alla misurazione effettuata con scala SVAMA	Persona con handicap con connotazione di gravità per cui si rende necessario un supporto volto a rimuovere ostacoli di carattere sanitario, socio-sanitario, sociale e lavorativo al fine di promuovere l'inclusione della persona con disabilità. (ART. 3, comma 3 L. 104/92)	Persona in condizione di non autosufficienza in situazione di disabilità gravissima per cui si rende necessario un supporto alla persona continuativo e permanente con particolare riferimento ai casi di dipendenza vitale (Art. 3 comma 2, lettera a), b), c), d), e), f), g), h) e i) Decreto Interministeriale del 26/09/2016)

⁶ <https://www.oecd.org/health/towards-person-centered-integrated-care-in-italy.htm>

⁷ Il capitolo sull'erogazione dei servizi riporta una descrizione degli strumenti di valutazione regionale della disabilità e della non autosufficienza in Italia.

Regione	Livello assistenziale basso	Livello assistenziale alto	Disabilità grave	Disabilità gravissima
Basilicata	Non esiste una definizione regionale di livello assistenziale basso/alto	Non esiste una definizione regionale di livello assistenziale basso/alto		
Emilia-Romagna	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale BINA	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale BINA	Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità.	Per la definizione di gravissima disabilità si fa oggi riferimento all'elenco di condizioni approvato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell'ambito del Fondo nazionale FNA, che ha allargato la precedente classificazione di gravissima disabilità che era stata formulata a livello regionale a partire dalla DGR 2068/04 che includeva situazioni di totale non autosufficienza in seguito a cerebrolesioni, mielolesioni o patologie neurologiche degenerative.
Friuli-Venezia Giulia	Le persone con bisogno assistenziale basso sono definite all'interno del profilo C. Si tratta di persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità lieve (o, più raramente, di media rilevanza) associati a moderati bisogni sociosanitari che possono andare incontro a potenziali precipitazioni funzionali, richiedenti una presa in carico tempestiva. In particolare, trovano collocazione all'interno di questo profilo persone che richiedono trattamenti (anche riabilitativi) finalizzati al recupero o al mantenimento delle capacità residue, nonché a limitare l'evoluzione e prevenire lo scompimento delle patologie a decorso cronico di cui sono affette. All'interno del profilo C possono trovare altresì collocazione persone affette da problemi cognitivi medio-bassi e/o da lievi disturbi comportamentali non intercettati dai profili precedenti.	Le persone con bisogno assistenziale alto sono definite all'interno del profilo A complesso. Si tratta di persone che, a seguito di patologie acute o cronicodegenerative, presentano bisogni complessi a elevatissima rilevanza sanitaria e sociosanitaria, richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali. Nello specifico, trovano collocazione all'interno di questo profilo persone con una totale compromissione della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (ADL) e che, per il soddisfacimento dei loro bisogni clinico-assistenziali, necessitano per lo più di monitoraggi clinici pluriquotidiani di tipo specialistico e di trattamenti terapeutici intensivi a supporto delle funzioni vitali.	Le persone con disabilità grave sono definite all'interno del profilo III (elevata intensità di sostegni). Include persone che presentano elevata necessità di sostegno in uno dei seguenti domini di Q-VAD: sostegni al funzionamento, comportamenti-problema e salute. Contemporaneamente, in almeno uno dei restanti domini, tali persone presentano moderate necessità di sostegno. In generale sono tutte situazioni a elevata complessità.	Le persone con disabilità grave sono definite all'interno del profilo IV (elevatissima intensità di sostegni). Include persone in condizione di disabilità gravissima, con elevatissima necessità di sostegno o dipendenza totale nelle ADL e affette da problematiche di salute che comportano assistenza e monitoraggio continuativi nelle 24 ore, 7 giorni su 7. Queste condizioni sono spesso associate a una scarsa possibilità di intrattenere relazioni interpersonali e a un elevato bisogno di supporto per le funzioni cognitive, associate anche a una compromissione severa dello stato di coscienza.

Regione	Livello assistenziale basso	Livello assistenziale alto	Disabilità grave	Disabilità gravissima
Lazio	<p>Person e beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013</p>	<p>Person e anziane (di età superiore ai 65 anni) non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima, così come previsto dall'art. 1 comma 168 della legge n. 234/2021 e dalla normativa vigente e dettagliati dal Piano per la Non Autosufficienza, nonché dall'art. 3, del DM 26 settembre 2016</p>	<p>Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione.</p>	<p>La definizione di disabilità gravissima si rifà all'art. 3, del DM 26 settembre 2016 e da DPCM 21 Novembre 2019.</p>
Liguria	<p>Valutazione con scheda AGED punteggio di parziale non autosufficienza da 10 a 16 che indica persone anziane con esiti cronicizzati di patologie senili</p>	<p>Valutazione con scheda AGED punteggio di totale non autosufficienza oltre 16 che indica persone anziane con esiti cronicizzati da polipatologie</p>	<p>Person e con invalidità civile al 100% e beneficiari dell'indennità di accompagnamento.</p>	<p>Person e con gravissima disabilità che necessitano di assistenza di carattere socio-sanitario continuativa h24, al fine di favorirne la permanenza presso il proprio domicilio.</p>
Lombardia	<p>Non esiste una definizione regionale di livello assistenziale basso/alto</p>	<p>Non esiste una definizione regionale di livello assistenziale basso/alto</p>	<p>Definizione basata sull'art. 3 DPCM 159/2013 colonna "disabilità grave"</p>	<p>Definizione basata su art. 3 DM 2016 "person e beneficiarie dell'indennità di accompagnamento o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM 159/2013 e per le quali si è verificata almeno una delle condizioni alle lettere a)-i)"</p>
Marche	<p>Il bisogno assistenziale (basso/alto) viene definito tramite un sistema informativo unico regionale ("SIRTE" Sistema Informativo Rete del Territorio). Viene definito sulla base di uno Score che ne evidenzia il livello assistenziale e ne definisce il setting.</p>	<p>Il bisogno assistenziale (basso/alto) viene definito tramite un sistema informativo unico regionale ("SIRTE" Sistema Informativo Rete del Territorio). Viene definito sulla base di uno Score che ne evidenzia il livello assistenziale e ne definisce il setting.</p>	<p>La disabilità viene definita grave quando la persona necessita di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione (art. 3 comma 3, Legge 104/1992).</p>	<p>Viene definita persona con disabilità gravissima chi necessita di assistenza continua 24 ore su 24, a volte prestata anche da più persone contemporaneamente, l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o anche alla morte. La scelta tra grave e gravissima viene effettuata tramite l'utilizzo di una scheda regionale da compilare a carico dell'UMEA per soggetti giovani adulti non autosufficienti con disabilità psichico-fisica.</p>

Regione	Livello assistenziale basso	Livello assistenziale alto	Disabilità grave	Disabilità gravissima
P.A. di Bolzano	<p>Per la concessione di prestazioni ai sensi della legge sulla non autosufficienza sono previsti i seguenti livelli assistenziali corrispondenti all'esito delle valutazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno di cura e assistenza da 60 ore mensili fino ad un massimo di 120 ore mensili; - 2° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno di cura e assistenza superiore a 120 ore mensili fino ad un massimo di 180 ore mensili; - 3° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno di cura e assistenza superiore a 180 ore mensili fino ad un massimo di 240 ore mensili; - 4° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno di cura e assistenza superiore a 240 ore mensili. 	<p>Per la concessione di prestazioni ai sensi della legge sulla non autosufficienza sono previsti i seguenti livelli assistenziali corrispondenti all'esito delle valutazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno di cura e assistenza da 60 ore mensili fino ad un massimo di 120 ore mensili; - 2° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno di cura e assistenza superiore a 120 ore mensili fino ad un massimo di 180 ore mensili; - 3° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno di cura e assistenza superiore a 180 ore mensili fino ad un massimo di 240 ore mensili; - 4° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno di cura e assistenza superiore a 240 ore mensili. 		
P.A. di Trento	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA	La valutazione è svolta in base alla scala ICF-CY (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per bambini e adolescenti	La valutazione è svolta in base alla scala ICF-CY (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per bambini e adolescenti

Regione	Livello assistenziale basso	Livello assistenziale alto	Disabilità grave	Disabilità gravissima
Puglia	<p>Persone anziane (> 65 anni) non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, in ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali;</p>	<p>Persone anziane (> 65 anni) non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima, così come previsto dall'art.1 comma 168 della legge n. 234/2021 (cd. Legge di bilancio 2022) e della normativa vigente e dettagliati dal Piano per la Non Autosufficienza di cui all'art. 21, comma 6, lettera c), dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 nonché dall'art. 3 del DM del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016;</p>	<p>Sono definiti disabili gravi, in riferimento sia alla L. 104/1992 che alla L.r. n. 10/1987, coloro che presentano una disabilità fisica, psichica o sensoriale stabilizzata e progressiva, accertata dalle Aziende Sanitarie (Commissioni mediche di cui all'art. 1 della L. 295/1990), e che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. La Regione Puglia ha previsto con la L.r. 19/2006 (art. 59) e regolamentato con Regolamento n. 4/2007 (art. 3) e ss.mm.ii., le Unità di Valutazione Multidimensionale ovvero delle equipe professionali organizzate e funzionanti nell'ambito di ogni Distretto socio-sanitario e Ambito Territoriale (quale livello essenziale di assistenza - LIVEAS) che provvedono alla definizione del bisogno socioassistenziale della persona e del nucleo familiare (descritte in una apposita Scheda di Valutazione Multidimensionale – SVAMA e SVAmDI) e alla definizione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI) che indica la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento, la sua durata, le fasi di verifica del percorso di cura integrato, i costi e il case manager. La Regione Puglia ha ulteriormente dettagliato l'organizzazione e il funzionamento delle UVM con la DGR 1984/2008 in materia di linee guida sulla non autosufficienza e con DGR 691/2011 in materia di accesso ai servizi e valutazione multidimensionale del bisogno.</p>	<p>Sono definiti disabili gravissimi quelli individuati ai sensi del DM 26 settembre 2016 (articolo 3, comma 1), certificati tramite la Valutazione Multidimensionale definita dalle Equipe integrate multiprofessionali operanti in ogni Distretto Socio-sanitario così come disciplinate dall'art. 3 del Regolamento Regionale n. 4/2007 e ss.mm.ii. e dalla DGR 691/2011 in materia di accesso ai servizi e valutazione multidimensionale del bisogno.</p>

Regione	Livello assistenziale basso	Livello assistenziale alto	Disabilità grave	Disabilità gravissima
Sicilia	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA	Si definiscono persone con disabilità gravi le persone definite disabili non autosufficienti ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della Legge 104/1992 La regione sicilia ha emanato il decreto del 29 giugno 2011 – g.u.r.s. n. 30 del 14.07.2011 -, "adozione della scheda di valutazione multidimensionale s.va.m.di. quale strumento valutativo per persone con disabilità"	
Toscana	Non esiste una definizione regionale di livello assistenziale basso/alto	Non esiste una definizione regionale di livello assistenziale basso/alto		
Umbria	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA e ICF	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA e ICF	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA e ICF	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA e ICF
Valle D'Aosta	Esiste una definizione di bisogno basso/alto, ma non sono stati forniti dettagli su tale definizione	Esiste una definizione di bisogno basso/alto, ma non sono stati forniti dettagli su tale definizione	La definizione di disabilità grave fa riferimento all' articolo 3 comma 3 della legge 104/92: "Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici"	

Veneto	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA. Un livello di bisogno basso corrisponde ad un punteggio >=10 ed un livello di intensità assistenziale di Base (1-3 accessi/mese).	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMA. Un livello di bisogno basso corrisponde ad un punteggio >= 25 con profili di autonomia pari a 14 e 15 non solo con elevate necessità assistenziali ma anche sanitarie (es. presenza di stomie, assistenza ventilatori ecc.) ed almeno 4 accessi domiciliari/mese.	La valutazione è svolta in base allo strumento di valutazione multidimensionale SVAMDi. Un punteggio SvaMDi inferiore a 9; necessità di interventi assistenziali permanenti, continuativi e globali nella sfera individuale o di relazione. Intensità che altera parzialmente (gravemente) la vita quotidiana della persona (produce una elevata alterazione del funzionamento); persone con demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale - persone con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave e con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni a cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave.	Necessità di accompagnamento in quanto non in grado di compiere gli atti della vita quotidiana senza assistenza continua nelle 24 ore. Quadro sinottico modificato della scheda SVaMA maggiore o uguale a 54. La presenza della condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016, è definita da una perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL) definita dal punteggio dell'Indice di Barthel-Attività di base >=50 e da un grado di compromissione della mobilità all'Indice di Barthel-Mobilità >=15 dalla SVaMA con -Scheda valutazione sanitaria, parte dell'assistenza infermieristica, dalla quale si rileva il punto 12 (Respiratore/Ventilazione assistita) o il punto 15 (dipendenza dalle apparecchiature elettromedicali) oppure la presenza tra le diagnosi del codice ICPC = A07 (coma) oppure SVaMA con la presenza tra le diagnosi del codice ICPC = F83, F84, F94 e F99 (occhio) e H86 e H99 (orecchio) e punteggio >=50 nella scala di Barthel per le ADL. - scheda SVaMDi con presenza tra le diagnosi del codice ICD-X = H 54 (sordità) e = H 90.3 (ipoacusia neurosensoriale bilaterale) e con punteggio 4 su 4 della performance comunicazione ICF oppure SVaMDi con punteggio di gravità >=6 e associato alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X: - F84.0 – Disturbo autistico; - F84.1 – Autismo atipico; - F84.2 – Disturbo di Rett; - F84.3 – Disturbo disintegrativo dell'infanzia; - F84.5 – Disturbo di Asperger; - F84.9 – DPS-NAS; oppure SVaMDi con punteggio di gravità >=6 e associato alla presenza di uno dei seguenti codici di diagnosi ICD-X: - F72 – Ritardo mentale grave;
--------	--	--	--	---

Regione	Livello assistenziale basso	Livello assistenziale alto	Disabilità grave	Disabilità gravissima
				- F73 - Ritardo mentale profondo.

Fonte: Questionario OCSE, 2024.

Governance

La governance dei servizi di assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti gioca un ruolo fondamentale nella definizione del tipo di servizi esistenti, della loro accessibilità e dell'integrazione delle cure.

La natura articolata dei servizi per persone non autosufficienti, che includono servizi di tipo sociale e sanitario e che coinvolgono molto spesso diversi livelli di governo, complica la governance di tali servizi e sottolinea l'importanza di un approccio di governance multilivello e partecipata.

Per governance multilivello si intende una governance dei servizi che coinvolge diversi livelli di governo nella programmazione e gestione dei servizi. Negli ultimi 50 anni, i Paesi OCSE hanno progressivamente adottato o perfezionato riforme di governance che delegano maggiori poteri ai livelli regionali e locali di governo. Tra gli anni 70 e 90 del secolo scorso numerosi Paesi OCSE hanno intrapreso riforme per rafforzare l'autonomia governativa del livello regionale. Dopo la crisi economica del 2008, è emersa una nuova ondata di riforme nella governance multilivello (OECD, 2022^[30]).

In Italia, specie a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione che ha rafforzato i poteri attribuiti ai livelli subnazionali di governo, le regioni e province autonome giocano un ruolo fondamentale, in collaborazione con il governo nazionale e le realtà locali, nella governance dei servizi di assistenza sociosanitaria.

Un altro fattore importante è rappresentato dalla partecipazione della società nella governance dei servizi di assistenza sociosanitaria, per esempio tramite il coinvolgimento del Terzo settore nella programmazione e progettazione dei servizi (governance partecipata, o *inclusive governance*). La governance partecipata gode di rilevanza intrinseca legata alla possibilità che offre ai cittadini di influenzare i processi decisionali legati a servizi pubblici che li riguardano direttamente. In aggiunta a tale valore intrinseco, la governance partecipata contribuisce al miglioramento del livello di benessere della società (OECD, 2020^[31]).

Questo capitolo analizza gli strumenti di governance in uso in Italia a livello nazionale, regionale o di provincia autonoma, e locale per il miglioramento dell'integrazione dei servizi sociosanitari per persone non autosufficienti. Tale analisi è poi integrata dalla descrizione delle riforme e iniziative in atto in alcuni Paesi OCSE.

Esistono molteplici iniziative per il miglioramento dell'integrazione della governance dei servizi di assistenza sociosanitaria in Italia

Negli scorsi anni l'Italia ha sviluppato delle iniziative per migliorare l'integrazione dei servizi di assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti attraverso una maggiore integrazione della governance a diversi livelli.

A livello nazionale, il comitato interministeriale per le politiche della popolazione anziana e il piano nazionale non autosufficienza rappresentano degli strumenti di integrazione a livello macro in quanto coinvolgono più ministeri e rappresentano degli strumenti funzionali alla programmazione dei servizi sociosanitari integrati per persone non autosufficienti.

A livello regionale, i programmi delle attività territoriali, i piani di zona e gli accordi di programma rappresentano degli strumenti di programmazione integrata dei servizi di assistenza socio-sanitaria. Richiedendo il coordinamento e l'integrazione della governance tra il livello regionale o di provincia autonoma e il livello locale, tali strumenti contribuiscono all'integrazione della governance multilivello di tali servizi.

Il codice del Terzo settore, infine, offre un modello di amministrazione "condivisa" tra il Terzo settore e gli enti pubblici erogatori di servizi di assistenza socio-sanitaria, prevedendo attività di coprogrammazione e progettazione dei servizi di assistenza.

Il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana

A livello nazionale, la legge 23 marzo 2023, n. 33. "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" istituisce all'articolo 2 il *Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana* (CIPA). Il comitato è presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri e dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per le pari opportunità e la famiglia, per le disabilità, degli affari regionali, dell'economia e delle finanze o loro delegati. Al comitato viene assegnato il compito di promuovere l'integrazione delle politiche nazionali per per persone anziane, in particolare per la popolazione anziana fragile e non autosufficiente. Il CIPA è incaricato di adottare un "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e un "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana". Tali piani dovranno essere adottati ogni tre anni e aggiornati con cadenza annuale. Si prevede inoltre che dei piani regionali e locali vengano sviluppati sulla base dei suddetti piani nazionali (Parlamento italiano, 2023^[32]).

Il Piano Nazionale Non Autosufficienza

Anche il Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024 rappresenta un'iniziativa nazionale che mira a migliorare l'integrazione della governance dei servizi di assistenza socio-sanitaria a domicilio per persone non autosufficienti. Il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2019-2021 aveva introdotto una definizione nazionale di disabilità gravissima e sottolineava la necessità di introdurre una definizione nazionale univoca della popolazione non autosufficiente, insieme ad un sistema di identificazione dei beneficiari di benefit e servizi per persone non autosufficienti. Il PNNA 2022-2024 ha poi predisposto delle indicazioni per definire la popolazione non autosufficiente a livello nazionale, e definito una matrice di programmazione di misure per migliorare l'assistenza socio-sanitaria per persone non autosufficienti (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2022^[33]). [L'inception report](#) "Verso un'assistenza socio-sanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia" include maggiori informazioni sul PNNA 2022-2024.

I Programmi delle Attività Territoriali, i Piani di Zona e gli accordi di programma

L'integrazione del processo di programmazione e governance dei servizi di assistenza socio-sanitaria a livello regionale o di provincia autonoma è coadiuvata dall'esistenza di strumenti come il Programma delle Attività Territoriali (PAT), il Piano di Zona (PdZ) e gli accordi di programma, che sono in essere in alcune regioni e province autonome italiane (Tabella 7). Tali strumenti, sebbene pianificati tramite la definizione di linee guida a livello regionale o di provincia autonoma, richiedono poi un'implementazione a livello locale, ovvero nei Comuni, distretti sanitari e Ambiti Territoriali Sociali.

Nello specifico, il PAT è lo strumento attraverso cui il distretto sanitario programma e gestisce le attività sanitarie locali e si propone di integrarle con le realtà sociali ed economiche del territorio. Il PdZ rappresenta invece lo strumento programmatico dei servizi sociali territoriali e si pone l'obiettivo di migliorare la prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale. Attraverso una elaborazione congiunta del PAT

e del PdZ che miri a far coincidere le previsioni in materia sociosanitaria contenute in entrambi gli strumenti le regioni possono quindi ottenere una migliore integrazione della governance dei servizi sociosanitari locali. Infine, gli accordi di programma sono strumenti per realizzare un coordinamento interistituzionale finalizzato a sostenere e promuovere l'integrazione dei servizi sociosanitari.

Co-programmazione e co-progettazione con il Terzo settore

Come anticipato, la governance partecipata è oggetto di crescente attenzione a livello internazionale. L'Italia ha recentemente avviato un processo di riforma che prevede la partecipazione del Terzo settore nella programmazione e progettazione dei servizi sociosanitari per diversi target di popolazione, incluse le persone non autosufficienti.

La riforma propone una definizione comune degli enti del Terzo settore, ne definisce il ruolo e i rapporti con gli enti pubblici. Il decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, codice del Terzo settore, riassume i cambiamenti posti in essere dalla riforma. L'articolo 5 del titolo II del decreto legislativo indica che parte delle attività svolte dagli enti del Terzo settore sono da svolgersi in collaborazione con i servizi sociosanitari e con gli enti pubblici competenti per territorio. L'articolo 55 del titolo VII del codice stabilisce il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore nelle attività di pianificazione e organizzazione dei servizi pubblici nei settori di interesse generale.

Questo coinvolgimento avviene attraverso la co-programmazione, la co-progettazione e l'accreditamento, rispettando i principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, e le norme specifiche che disciplinano tali procedimenti:

- La co-programmazione mira a individuare i bisogni da affrontare, gli interventi necessari, le modalità di attuazione e le risorse disponibili da parte dell'amministrazione pubblica.
- La co-progettazione, invece, si concentra sulla definizione e realizzazione di progetti specifici per soddisfare i bisogni identificati.
- Con l'accreditamento, gli enti del Terzo settore sono identificati come partner della pubblica amministrazione che ne definisce gli obiettivi dell'intervento, la durata, le caratteristiche essenziali e i criteri di selezione in modo trasparente, imparziale e partecipativo. Questa collaborazione è volta a promuovere la sussidiarietà, la cooperazione, l'efficacia, l'efficienza e l'omogeneità nell'erogazione dei servizi.

Per maggiori informazioni si veda Box 3.

Box 3. Accredитamento e amministrazione condivisa nel Terzo settore per l'assistenza domiciliare in Italia

L'accreditamento e l'amministrazione condivisa rappresentano due strumenti chiave per realizzare forme di partenariato pubblico-privato nella programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi sociosanitari di assistenza domiciliare in Italia. Sono strumenti che trovano fondamento nel principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale (art. 118 co. 4 della Costituzione italiana), che promuove l'azione complementare ed integrativa del singolo e delle formazioni sociali rispetto ai numerosi settori d'intervento pubblico. In particolare, fa emergere l'obbligo per le istituzioni pubbliche, Stato, Regioni e Comuni, di garantire la partecipazione del Terzo settore nella programmazione e progettazione delle politiche pubbliche che riguardano la cura della persona non autosufficiente, promuovendo così una società più partecipativa e solidale (nota: A. Pioggia, La cura nella Costituzione. Prospettive per una amministrazione della cura, in G. Arena, M. Bombardelli (a cura di), L'amministrazione condivisa, 2022).

Accreditamento

L'accreditamento è il procedimento, regolato dalla normativa regionale, attraverso il quale i servizi sanitari e sociosanitari regionali e locali riconoscono che l'ente del Terzo settore soddisfa determinati standard qualitativi e operativi per l'erogazione di servizi sociosanitari, inclusi quelli relativi all'assistenza domiciliare. Questo procedimento è indispensabile per garantire che i servizi offerti rispondano a criteri di qualità, sicurezza ed efficacia, nel rispetto dei diritti e delle necessità degli utenti ed è preliminare e necessario al convenzionamento dell'ente.

Il funzionamento dell'accreditamento prevede diverse fasi:

- **Presentazione della domanda:** l'organizzazione del Terzo settore interessata presenta una domanda di accreditamento alla regione o all'ente locale competente, attestando il rispetto degli standard richiesti.
- **Valutazione:** segue una fase di valutazione, che può includere sopralluoghi, interviste e analisi documentale, per verificare l'adempimento ai criteri stabiliti.
- **Riconoscimento:** se l'esito della valutazione è positivo, l'organizzazione viene ufficialmente accreditata e inserita in un elenco di fornitori autorizzati e, una volta stipulato un accordo contrattuale con le istituzioni pubbliche, può erogare servizi a nome e per conto del sistema sanitario pubblico in regime di convenzione.

Amministrazione condivisa

L'amministrazione condivisa, invece, è una modalità partecipata dell'esercizio della funzione pubblica di programmazione e progettazione dei servizi, anche sociosanitari, tra le istituzioni pubbliche e gli enti Terzo settore. Prevede diversificate attività di collaborazione tra i due attori al fine di riconoscere più efficacemente i bisogni e le esigenze della comunità (co-programmazione) e, conseguentemente, di progettare i servizi sociosanitari più efficienti ed efficaci (co-progettazione).

Il funzionamento dell'amministrazione condivisa può essere così sintetizzato (art. 55 D.lgs. 117/2017):

- **Co-programmazione:** le istituzioni pubbliche coinvolgono gli enti del Terzo settore nell'individuazione dei bisogni da soddisfare e degli interventi necessari, nonché nella ricerca delle modalità e delle risorse per la realizzazione degli stessi.
- **Co-progettazione:** le istituzioni pubbliche coinvolgono il Terzo settore nella definizione e/o nella realizzazione di specifici progetti di servizio o di interventi finalizzati a soddisfare i bisogni definiti nella fase precedente.

Questi due strumenti di amministrazione condivisa promuovono l'esercizio integrato e partecipato della funzione pubblica di programmazione e progettazione dei servizi sociosanitari, così rinnovando la capacità delle istituzioni pubbliche di conoscere e rispondere meglio ai complessi e crescenti bisogni di cura delle persone non autosufficienti.

In entrambi i casi, il principio di sussidiarietà gioca un ruolo fondamentale, in quanto promuove una visione di welfare partecipativo e collaborativo, dove lo Stato riconosce e valorizza il ruolo delle organizzazioni del Terzo settore come partner essenziali tanto nella programmazione e progettazione, quanto nell'erogazione di servizi sociosanitari, contribuendo così a un sistema di assistenza di prossimità più inclusivo. Questo approccio non solo migliora l'accessibilità e la qualità dei servizi offerti ma rafforza anche il legame tra i servizi sociosanitari e le comunità che essi servono, promuovendo un modello di welfare di comunità.

Esempi di strumenti esistenti nelle regioni e province autonome italiane per il miglioramento dell'integrazione della governance dei servizi di assistenza sociosanitaria

Il 57% delle regioni-PA che hanno risposto al questionario OCSE ritengono il livello di integrazione tra i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e i servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) ampiamente migliorabile. Tra i motivi indicati, la mancanza di governance condivisa tra il settore sanitario e sociale appare come una criticità importante che ostacola l'erogazione integrata delle cure (Questionario OCSE, 2024).

La quasi totalità delle regioni e province autonome che hanno risposto al questionario OCSE (17 su 18) hanno riportato l'esistenza di strumenti di governance per il miglioramento dell'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio (Questionario OCSE, 2024). 16 regioni hanno confermato l'esistenza di strumenti di governance territoriale come il Piano delle Attività Territoriali, gli accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e Ambiti Territoriali Sociali (ATS). 12 regioni hanno riportato l'esistenza di finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti con un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria, e 7 regioni hanno riportato l'esistenza di strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021. Tabella 7 riassume gli strumenti di governance territoriale esistenti nelle regioni che hanno risposto al questionario OCSE.

A confermare l'importanza di una governance integrata, le regioni che hanno indicato un livello di integrazione sufficiente, più che sufficiente o adeguato tra ADI e SAD, hanno sottolineato che strumenti di integrazione a livello di governance territoriale sono stati strumentali al raggiungimento di una migliore integrazione dei servizi. In Abruzzo, per esempio, i Piani Distrettuali Sociali 2017-2021 e il Piano Locale per la Non Autosufficienza sono stati indicati come gli strumenti che hanno giocato un ruolo centrale per il miglioramento dell'integrazione, in contrasto con un'integrazione operativa dei servizi che stenta a trovare attuazione.

Esempi di integrazione della governance territoriale sono presenti, ad esempio, nella regione Marche, nella regione Veneto e nella P.A. di Trento.

Nel 2015, la Regione Marche ha istituito l'Unità Operativa Sociale e Sanitaria (UOSeS) con la Dgr 110: si tratta di un'unità funzionale situata a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, con responsabilità e compiti di programmazione territoriale. È composta dal Direttore di Distretto, dai Coordinatori di ATS, dagli operatori dell'Ufficio di Coordinamento per le attività distrettuali e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito. Una Segreteria assicura l'operatività, con un operatore sanitario e amministrativo indicati dal Direttore del Distretto, e un operatore sociale e amministrativo degli ATS o dei Comuni, indicati dal Coordinatore di Ambito responsabile.

In Veneto, l'amministrazione comunale Centro di Servizi (IPaB) e l'Azienda ULSS hanno redatto un accordo di programma per la disciplina del sistema delle cure domiciliari, al fine di rafforzare il sistema di presa in carico integrata a domicilio delle persone non autosufficienti. L'iniziativa ha anche incluso l'organizzazione di eventi di formazione periodici tra ULSS, strutture e Comuni, per l'approfondimento di particolari tematiche di natura sociosanitaria.

Un ulteriore esempio di integrazione della governance è dato dal progetto Spazio Argento, promosso dalla P.A. di Trento. L'Ufficio Spazio Argento è il punto di riferimento locale specializzato nel welfare degli anziani e contribuisce alla definizione della pianificazione socio-sanitaria territoriale dedicata, evitando sovrapposizioni di interventi e frammentazioni. Inoltre, gestisce i rapporti amministrativi con le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Apsp), l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (Apss) e gli enti privati gestori dei servizi. Il modello organizzativo "Spazio Argento" (Deliberazione di Giunta Provinciale n. 1719/2022) è attualmente in corso di strutturazione e mira ad un miglioramento dell'integrazione dei servizi domiciliari per persone non autosufficienti. Il modello prevede tre livelli di governance: i) Un livello provinciale, la cui funzione principale consiste nel "monitoraggio" delle funzioni di Spazio Argento, ii) Un livello intermedio che include sei Cabine di Regia composte da rappresentanti sociali e sanitari di un territorio ristretto che gestiscono le funzioni di integrazione e di monitoraggio, iii) Un livello locale di gestione operativa a livello di ciascuna Comunità/Territorio Val d'Adige, nell'ambito del quale opera l'Équipe di Spazio Argento con funzione di gestione operativa, comunicazione, segretariato sociale e presa in carico integrata (Questionario OCSE, 2024).

Esempi di co-progettazione e co-programmazione sono attualmente presenti in Italia a livello regionale, tra altri, nella regione Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia e Liguria.

La Regione Abruzzo ha istituito una Cabina di Regia per facilitare il confronto tra i diversi attori coinvolti nella redazione del Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024, tra i cui membri sono rappresentati ANCI, Ambiti Distrettuali Sociali, ASL, UPI, Centri Servizi per il Volontariato dell'Abruzzo, Forum del Terzo settore, Alleanza delle Cooperative, A.S.P. ed altri. Il processo di co-programmazione ha previsto incontri plenari su temi specifici, oltre alla raccolta di contributi e proposte tramite il sito abruzzosociale.it, provenienti da Amministrazioni locali singole e associate, altri soggetti istituzionali, organizzazioni datoriali e sindacali, Terzo settore, società civile e i singoli cittadini.

La Regione Friuli-Venezia Giulia, ha attivato un progetto sperimentale per la domiciliarità comunitaria di persone con demenza, atto a prevenirne l'istituzionalizzazione e ad avviare percorsi integrati di presa in carico domiciliare. Il progetto prevede l'erogazione di servizi da parte di aziende sanitarie, servizi sociali dei comuni ed enti del Terzo settore e costituisce quindi un esempio di co-programmazione e co-progettazione (Questionario OCSE, 2024). Inoltre, la regione ha anche attivato una fase di sperimentazione di un modello di partecipazione degli Enti del Terzo settore nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria nella presa in carico dell'anziano fragile. La sperimentazione ha l'obiettivo di sviluppare un modello di presa in carico integrata dell'anziano fragile, introducendo nell'integrazione sociosanitaria anche gli enti del Terzo settore. La sperimentazione viene svolta in 6 Ambiti Territoriali della Regione, tramite l'attivazione di 6 tavoli di Lavoro ai quali partecipano una rappresentanza del Distretto Sanitario, dell'Ambito Territoriale e degli enti del Terzo settore co-progettanti (Questionario OCSE, 2024).

Anche la Regione Liguria ha coinvolto il Terzo settore all'interno di iniziative per il miglioramento dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari. Il meccanismo di co-programmazione e co-progettazione con il Terzo settore è stato infatti attivato all'interno del progetto di dimissioni protette "Meglio a Casa", che fornisce assistenza tutelare temporanea a domicilio a favore di persone fragili non autosufficienti in dimissione dagli ospedali della Regione attraverso l'assunzione di un assistente familiare gratuitamente per 30 giorni (Questionario OCSE, 2024).

Tabella 7. Strumenti di governance territoriale per l'integrazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria a domicilio

Regione	Strumenti di governance territoriale
Abruzzo	Strumenti di governance a livello territoriale (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS)
	Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021
	Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione socio-sanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione socio-sanitaria
	Accordi Ambito Distrettuale Sociale-ASL di riferimento: i Piani Distrettuali Sociali 2023-2025 di cui al Piano Sociale Regionale 2022-2024 (DCR. 63/2 del 24.02.2022) e il Piano Regionale Non Autosufficienza 2022-2024 (DGR. 149 del 20.03.2023) promuovono gli Accordi di rete Ambito Distrettuale Sociale-ASL di riferimento (DSB) per la realizzazione del SAD e ADI
Basilicata	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS): "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 Ammalarsi meno. curarsi meglio" approvato da D.C.R. n. 317 del 24/07/2012
Calabria	Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione socio-sanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione socio-sanitaria
Emilia-Romagna	Strumenti di governance a livello territoriale (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS)
	Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021
	Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione socio-sanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione socio-sanitaria
Friuli-Venezia Giulia	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS): Linee di gestione, Piano Fragilità, Piano Cronicità, Programma regionale dell'Assistenza territoriale, Piano FNA, Regolamento Fondo Autonomia Possibile D.P.Reg 214/2023;
	Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021: <ul style="list-style-type: none"> • Sperimentazioni domiciliarità comunitaria; • Si Fa Rete;

Regione	Strumenti di governance territoriale
	<ul style="list-style-type: none"> • Giustizia riparativa <hr/> Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria: <ul style="list-style-type: none"> • Fondo Alzheimer, • Fondi Autismo, • Fondo per le politiche per la famiglia, • Fondi per il contrasto alla violenza di genere; • Missione 5 e 6 del PNNR (tavoli di lavoro su progetti nazionali quale importante occasione per consolidare l'integrazione sociosanitaria) <hr/> Progetto Prisma 7
Liguria	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS) <hr/> Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria
Lombardia	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS): <ul style="list-style-type: none"> ○ Delibera 17 luglio 2018, n. 704 "Sportelli unici per l'assistenza e la cura (SUAC)", articolo 5 e articolo 7.
Marche	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS) <hr/> UOSeS DGRM 110/2015
P. A. di Bolzano	<ul style="list-style-type: none"> ○ Legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13 "Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano" articolo 15/bis. Si stanno introducendo strumenti di integrazione e governance a livello territoriale con la previsione di un maggior coinvolgimento delle Politiche Sociali.
P.A. di Trento	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS): <ul style="list-style-type: none"> ○ Modello organizzativo "Spazio argento" <hr/> Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria
Sicilia	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS): <ul style="list-style-type: none"> ○ Protocolli d'intesa, ○ PNES, ○ Programmi Specifici ○ Telemedicina ○ Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie. Approvato tramite decreto del 31 Luglio

Regione	Strumenti di governance territoriale
	2017 G.U.R.S. N. 32 del 04.08.2017
	Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021
	Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria
Umbria	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS): <ul style="list-style-type: none"> ○ Piani attuativi integrati tra la Zona sociale e il Distretto sociosanitario
Veneto	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS)
	Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021
	Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria
Valle d'Aosta	Strumenti di governance a livello territoriale, (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS)
	Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021
	Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria

Fonte: Questionario OCSE, 2024

Altri Paesi OCSE hanno attuato iniziative finalizzate ad una migliore integrazione della governance dei servizi di assistenza sociosanitaria

La frammentazione della governance dei servizi di assistenza sociosanitaria per la popolazione non autosufficiente è una sfida comune a molti Paesi OCSE. La governance di tali servizi è infatti spesso condivisa tra due o più ministeri a livello nazionale. Inoltre, la governance dei servizi sociosanitari è spesso distribuita su vari livelli di governo ed è condivisa tra il livello nazionale/centrale e il livello locale. La frammentazione della governance dei servizi sociosanitari e la crescente domanda di tali servizi legata al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ed all'aumento delle malattie croniche hanno condotto un numero crescente di Paesi OCSE (tra cui Finlandia, Slovenia, Spagna e Regno Unito) ad intraprendere un processo di riforma di tali servizi. Altri Paesi, seppur non intraprendendo un processo di riforma sistemica, hanno migliorato l'integrazione dei servizi sociali e sanitari attraverso politiche mirate (OECD, 2023^[34]).

Attualmente 11 Paesi OCSE - Austria, Colombia, Corea, Estonia, Finlandia, Giappone, Norvegia, Paesi Bassi, Regno Unito, Stati Uniti, Svezia - hanno un unico Ministero o Dipartimento responsabile delle

politiche sanitarie e sociali. Alcuni Paesi, quali la Finlandia, la Francia e la Spagna hanno creato organismi intergovernativi per la semplificazione della comunicazione tra gli attori coinvolti nella governance dei servizi sociosanitari.

La Francia ha istituito una “conferenza dei finanziatori” incaricata di discutere e definire misure e finanziamenti per i servizi dedicati alla popolazione over 60 non autosufficiente. La Finlandia ha previsto l’istituzione di 21 “distretti per i servizi di benessere”, finanziati dal governo centrale. I distretti saranno direttamente responsabili per i servizi sociali e sanitari, attualmente gestiti dai comuni.

La Spagna ha messo in atto delle iniziative a livello sia nazionale che locale per il miglioramento della governance dei servizi di assistenza sociosanitaria. Il caso spagnolo risulta di particolare interesse per l’Italia per via di una simile organizzazione della governance ed erogazione dei servizi di assistenza sociosanitaria. In Spagna, infatti, le regioni e i comuni svolgono un importante ruolo nella governance ed erogazione dei servizi sociosanitari:

- A livello nazionale, il governo centrale ha istituito un *Consiglio Territoriale del Sistema pubblico per l’Autonomia e l’assistenza per la Dipendenza*. Il Consiglio, presieduto dal Ministero delle Politiche Sociali, riunisce rappresentanti del governo nazionale dei Ministeri delle Politiche Sociali, della Salute e dell’Economia, insieme a rappresentanti dei governi locali. Il Consiglio ha il potere di prendere decisioni sulla governance e l’erogazione dei servizi di assistenza sociosanitaria secondo un metodo di votazione a maggioranza semplice. Per esempio, il Consiglio Territoriale del Sistema pubblico per l’Autonomia e l’assistenza per la Dipendenza ha approvato la possibilità per i governi locali di ottenere maggiori finanziamenti da parte del governo centrale per l’erogazione dei servizi sociosanitari, a condizione che i servizi sociosanitari i) utilizzino uno strumento di valutazione multidimensionale unificato e omogeneo stabilito al livello nazionale, ii) l’implementazione di piani di cura individuali e/o iii) il rispetto di standard di qualità previsti da linee guida nazionali, per esempio riguardanti l’intensità dei servizi di cura offerti alla popolazione non autosufficiente (Intervista OCSE, 2024).
- In Catalogna, un’agenzia integrata per i servizi sociali e sanitari è in fase di istituzione (Intervista OCSE, 2024). Maggiori informazioni su questa iniziativa sono riportate nel Box 4.
- Nei Paesi Baschi, l’azienda sanitaria locale Osakidetza ha realizzato una strategia per facilitare il coordinamento tra diversi livelli di governance, mentre il direttorato di politiche sociali e sanitarie dei Paesi Baschi ha stabilito un protocollo di collaborazione tra servizi sociali e sanitari e altri portatori di interesse.

Altri Paesi OCSE, tra cui Danimarca, Finlandia, Francia, Norvegia e Svezia, hanno attivato dei sistemi di coordinamento e comunicazione tra gli attori coinvolti nella programmazione e gestione dei servizi. Ad esempio, la Finlandia ha previsto riunioni con cadenza regolare tra il governo centrale - Ministero della Salute e delle Politiche Sociali, il Ministero dell’Interno e il Ministero delle Finanze - ed i rappresentanti dei ‘distretti per i servizi di benessere’. In Francia, invece, esistono degli “esercizi pubblici per la cooperazione intercomunale” (EPCI). Sono inoltre previsti degli incentivi finanziari per la partecipazione dei comuni francesi agli EPCI.

Box 4. L’agenzia integrata per i servizi sociali e sanitari in Catalogna (Spagna)

In Spagna, il governo regionale della Catalogna sta attualmente programmando l’istituzione di un’agenzia di assistenza sociosanitaria integrata, un organo di governance integrata dei servizi di assistenza sociosanitaria a domicilio e in contesti residenziali per persone non-autosufficienti. L’istituzione dell’agenzia è attualmente in corso di discussione e in attesa di approvazione in

Parlamento. Qualora venisse approvata ed entrasse in funzione, l'agenzia integrata per i servizi sociali e sanitari in Catalogna rappresenterebbe ad oggi un unicum a livello internazionale per la sua struttura e obiettivi.

Il progetto prevede che la gestione dell'attività dell'agenzia sia condivisa tra il dipartimento salute e il dipartimento delle politiche sociali della Catalogna. Il personale dell'agenzia sarà infatti costituito dal personale di entrambi i dipartimenti, oltre che di personale dei Comuni per assicurare un'adeguata rappresentanza territoriale. La gestione dell'agenzia sarà alternata tra il dipartimento regionale della salute e il dipartimento dei servizi sociali, con 3 anni di gestione affidati in capo ad ognuno dei dipartimenti in modo alternato.

Il piano attuale, qualora approvato, farà sì che parte dei fondi che attengono ad ognuno dei due dipartimenti vengano assegnati all'agenzia, al fine di istituire un fondo integrato per il finanziamento dei servizi di assistenza socio-sanitaria.

Tale configurazione dell'agenzia permetterebbe la gestione integrata del budget dedicato ai servizi di assistenza socio-sanitaria, un miglioramento dell'integrazione dei dati e servizi informativi tra il settore sociale e sanitario, oltre che un'erogazione integrata dei servizi di assistenza. L'agenzia si pone infatti l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra il personale sociale e sanitario, adottare degli strumenti di valutazione multidimensionale e incentivare la definizione di piani di assistenza integrata per persone con bisogni complessi.

Fonte: Intervista OCSE, 2024.

Forza lavoro

L'integrazione tra il settore sociale e sanitario rappresenta un obiettivo fondamentale per migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi di assistenza domiciliare offerti alle persone non autosufficienti (Gramigna et al., 2022^[35]). L'obiettivo perseguito dalla normativa nazionale, ma solo faticosamente e parzialmente realizzato, è l'integrazione delle competenze e delle risorse umane dei settori sociale e sanitario per fornire un'assistenza olistica, che tenga conto di tutte le esigenze della persona assistita, sia quelle di natura sanitaria che quelle legate alla sua vita quotidiana e al suo benessere psicosociale.

Questa integrazione si manifesta lungo diversi anelli della catena dell'assistenza – dall'attivazione alla valutazione, fino all'erogazione dei servizi – e richiede un impegno coordinato e multidisciplinare da parte di tutti gli attori coinvolti.

- **Attivazione:** l'integrazione in questa fase iniziale può essere ostacolata dalla mancanza di comunicazione efficace tra i servizi sociali e quelli sanitari. La condivisione di informazioni è cruciale per identificare le esigenze dell'individuo e attivare i servizi appropriati.
- **Valutazione:** in questa fase, l'integrazione tra sociale e sanitario sul piano professionale è fondamentale per la definizione di un piano di assistenza personalizzato. La collaborazione tra professionisti di entrambi i settori permette una valutazione olistica delle esigenze dell'individuo, considerando aspetti medici, sociali e psicologici.
- **Erogazione dei servizi:** in questo ambito, l'integrazione si concretizza nella realizzazione di interventi coordinati e nel monitoraggio congiunto del piano di assistenza. In particolare, la presenza di figure professionali preposte a favorire un approccio integrato alla cura della persona, che consideri simultaneamente aspetti medici, psicologici e sociali, può rivestire un ruolo chiave nel facilitare questo processo, agendo come ponte tra i diversi servizi e professionisti.

Il personale che opera nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata sociosanitaria gioca un ruolo cruciale, poiché deve essere in grado di affrontare una vasta gamma di bisogni. Questo implica la necessità di un'ampia varietà di competenze, che vanno dalla capacità di fornire cure mediche di base, alla capacità di assistere nelle attività quotidiane, fino alla capacità di riconoscere e gestire le necessità sociali e psicologiche della persona assistita. Pertanto, è essenziale che il personale sia formato e supportato adeguatamente nello sviluppo e nell'aggiornamento delle proprie competenze.

Tuttavia, possono presentarsi diversi ostacoli all'integrazione sociosanitaria sul piano professionale legati alle mansioni del personale e alle sue competenze. Questi includono ostacoli di natura contrattuale (ad esempio, nel caso i contratti applicabili prevedano un perimetro di mansioni rigidamente definito e difficilmente adattabile), barriere formative (nel caso i percorsi formativi vigenti non coltivino competenze interdisciplinari), carenze di manodopera (tali da ridurre la disponibilità di personale capace di erogare servizi integrati) nonché, più in generale, una mancanza di coordinamento tra settore formale e informale.

L'analisi offerta in questo capitolo mira principalmente a investigare tre questioni: in quali fasi del percorso di assistenza (attivazione, valutazione, erogazione dei servizi) e in quale misura avviene l'integrazione tra il settore sociale e sanitario sul piano professionale? Quali sono i principali ostacoli – barriere contrattuali, compartimentazione della formazione, carenza di manodopera, insufficiente coordinamento tra settore formale e informale – a tale integrazione, come si manifestano e con quale intensità? Quale ruolo gioca il

settore informale (caregiver familiari e assistenti personali/familiari) e che supporto viene loro fornito dalle regioni e province autonome?

Settore formale

Una valutazione dei livelli di integrazione sociosanitaria lungo il percorso di assistenza

La presente sezione analizza le diverse fasi del percorso di assistenza, riscontrando elementi di integrazione sia nell'attivazione sia nell'effettuazione della valutazione multidimensionale volta a promuovere un approccio bio-psico sociale nella risposta ai bisogni di cura delle persone non autosufficienti. In particolare, si osserva un numero significativo, per quanto variabile tra le diverse regioni e province autonome, di categorie professionali dotate della facoltà tanto di richiedere la valutazione (fino a 8 attori) quanto di partecipare all'effettuazione della valutazione stessa (fino a 11 attori), favorendo un approccio multidisciplinare alla presa in carico della persona non autosufficiente. Per contro, l'integrazione è minore nell'erogazione dei servizi, come dimostrato, tra gli altri aspetti, dalla limitata istituzionalizzazione tra le regioni e le province autonome italiane della figura del case manager, il professionista responsabile della gestione coordinata degli interventi previsti nel piano assistenziale individualizzato (PAI).

Attivazione

L'indagine dell'OCSE⁸ rivela che la facoltà di avviare la richiesta per una valutazione multidimensionale è attribuita a una pluralità di attori in tutte e 17 le regioni e le province autonome rispondenti,⁹ compresi tra un minimo di 2 (Piemonte) e un massimo di 8 (Friuli-Venezia Giulia) tipi di attori. Come illustrato nella Tabella 8, gli attori più frequentemente preposti all'avvio della richiesta sono i medici di medicina generale (16, fa eccezione la sola Valle d'Aosta), seguiti da pediatri di libera scelta, persone non-autosufficienti e loro familiari, e assistenti sociali (ciascuno con 14 occorrenze), e da medici specialistici (11). Servizio infermieristico domiciliare e infermieri di comunità seguono rispettivamente con 9 e 7 occorrenze. In 7 regioni rivestono un ruolo anche altre figure, tra cui caregiver (Emilia-Romagna), altri professionisti sanitari (Friuli-Venezia Giulia), il punto unico d'accesso (Lazio), altri servizi sociali e sanitari, inclusi i privati convenzionati (Marche) e l'amministratore di sostegno (Veneto). Oltre al Piemonte, che attribuisce tale facoltà ai soli medici di medicina generale e alle persone non-autosufficienti e ai loro familiari, altre regioni in cui la facoltà di avviare la richiesta è attribuita a non più di 4 tipi di attori sono la Emilia-Romagna e Veneto (4), Lazio, Puglia e Valle d'Aosta (3).¹⁰

Tabella 8. Vi è una forte variabilità tra le regioni e province autonome italiane nel numero degli attori titolati ad avviare la richiesta per una valutazione multidimensionale

Categorie di personale e altri attori con facoltà di avviare la richiesta per una valutazione multidimensionale nelle regioni e province autonome italiane

Regione	MMG	MS	PLS	Fam	AS	IdC	SID	Altro	Totale
Abruzzo	•	•	•	•	•	•	•		7
Calabria	•	•	•	•	•		•	•	7

⁸ Il quesito posto recita: "Chi ha la facoltà di avviare la richiesta per una valutazione multidimensionale? Selezionare tutte le risposte possibili".

⁹ La Basilicata non ha risposto a questa domanda.

¹⁰ Per contro, sono 6 le amministrazioni che investono 7 attori (Abruzzo, Calabria, Lombardia, Marche, P.A. di Bolzano e P.A. di Trento), e 3 quelli che ne investono 5 (Liguria, Sicilia e Umbria).

Emilia-Romagna	•	•			•			•	4
Friuli Venezia Giulia	•	•	•	•	•	•	•	•	8
Lazio	•		•					•	3
Liguria	•		•	•	•	•			5
Lombardia	•	•	•	•	•	•	•		7
Marche	•	•	•	•	•		•	•	7
P.A. di Bolzano	•	•	•	•	•	•	•		7
P.A. di Trento	•	•	•	•	•	•	•		7
Piemonte	•			•					2
Puglia	•		•	•					3
Sicilia	•	•	•	•	•				5
Toscana	•	•	•	•	•	•	•	•	8
Umbria	•		•	•	•		•		5
Valle D'Aosta		•		•	•				3
Veneto	•		•		•			•	4
Totale	16	11	14	14	14	7	9	7	

Note: MMG: medico di medicina generale; MS: medico specialista; PLS: pediatra di libera scelta; Fam: familiare; AS: assistente sociale; IdC: infermiere di comunità; SID: servizio infermieristico domiciliare.

Fonte: Questionario somministrato alle regioni e province autonome italiane a febbraio e marzo 2024.

Valutazione multidimensionale

L'indagine¹¹ evidenzia come in tutte e 17 le regioni e province autonome rispondenti¹² sia coinvolta una pluralità di categorie di professionisti del settore formale nell'effettuazione della valutazione multidimensionale, con riferimento tanto alle valutazioni che riguardano la popolazione anziana quanto quelle che riguardano le persone con disabilità.

Come evidenziato nella Tabella 9, le regioni che coinvolgono il maggior numero di figure professionali, su un totale di 11 categorie considerate, a titolo tanto di membri del nucleo minimo di valutazione quanto di membri aggiuntivi, sono il Veneto (10 e 11, a seconda che la valutazione riguardi rispettivamente la popolazione anziana o disabile), l'Abruzzo (9 e 10), le Marche (9 e 8). Per contro, la P.A. di Bolzano coinvolge il minor numero di categorie di professionisti (3 e 2); poco sopra Lazio (4 e 5), Liguria e Lombardia (5 e 4).

L'indagine rivela che gli scostamenti nella composizione dei nuclei minimi di valutazione, a seconda che si considerino le valutazioni che interessano la popolazione anziana o disabile, si attestano in tutte e 16 le regioni e province autonome osservate¹³ tra un minimo di 0 e un massimo di 3, con l'unica eccezione della Valle d'Aosta, dove tali scostamenti sono 7.¹⁴ Nel complesso, gli scostamenti tendono al pareggio, indicando un livello di multidisciplinarietà analogo tra le valutazioni rivolte alla popolazione anziana e con disabilità.¹⁵

¹¹ Il quesito posto recita: "Quali professionisti sono deputati a condurre una valutazione multidimensionale? Selezionare tutte le risposte possibili. Se necessario, si distingue in base alla popolazione di riferimento".

¹² La Basilicata non ha risposto a questa domanda.

¹³ La Basilicata non ha risposto a questa domanda.

¹⁴ Una fattispecie meritevole di approfondimento è data da alcune regioni che hanno indicato talune categorie di professionisti tanto come componenti dei nuclei minimi di valutazione quanto a titolo di membri aggiuntivi.

¹⁵ Le regioni dove la composizione rimane immutata sono 4: Abruzzo, Lombardia, Puglia e Umbria. Si osserva 1 solo scostamento in 6 regioni e province autonome: Calabria, Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Sicilia e Toscana. 2 scostamenti si osservano in 3 regioni: Emilia-Romagna, Lazio e Veneto. Inoltre, 3 scostamenti si osservano in 3 regioni: Liguria, Marche, Piemonte.

L'indagine indica altresì che gli assistenti sociali, seguiti dai medici di medicina generale e dagli infermieri, rappresentano le figure professionali prevalenti nella conduzione delle valutazioni multidimensionali, sia che queste si rivolgano alla popolazione anziana sia che si concentrino sulla disabilità.¹⁶

La categoria professionale di gran lunga meno rappresentata nelle valutazioni è invece costituita dagli operatori sociosanitari, i quali vengono coinvolti nel nucleo minimo dalla sola P.A. di Bolzano, a prescindere dalla popolazione valutata. Il Friuli-Venezia Giulia li integra in entrambe le valutazioni, il Veneto solo nel caso queste riguardino la popolazione disabile.

Altra categoria che riveste un ruolo minoritario è costituita dagli educatori, coinvolti a titolo aggiuntivo per le valutazioni che riguardano la popolazione anziana solo in Abruzzo e Veneto; per la popolazione disabile sono coinvolti in Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta e Veneto.¹⁷

Tabella 9. Vi è una forte variabilità tra le regioni e province autonome italiane nel numero delle categorie di professionisti coinvolti nella valutazione multidimensionale, con scostamenti contenuti tra le valutazioni che interessano la popolazione anziana o disabile

Nucleo minimo (e componenti aggiuntivi) per la valutazione della popolazione anziana nelle regioni e province autonome italiane

Regione	AS	OSS	Inf	MGG	Ger	Edu	Fis	Psich	Neu	Psic	MS	Tot	Uni
Abruzzo	•		•	•		•	•	•	•	•	••	5 (6)	9
Calabria	•		•	•	•		••	••	••			7 (3)	7
Emilia-Romagna	•		•	•	•							2 (2)	4
Friuli-Venezia Giulia	•	•	•	•							•	3 (2)	5
Lazio	•		•	•							•	4	4
Liguria	•		•	•	•				•			4 (1)	5
Lombardia	•		•	•	•		•					3 (2)	5
Marche	•		•	•	•		•	•	•	•	••	4 (6)	9
P.A. di Bolzano		•	•	•								3	3
P.A. di Trento	•		•	•	•			•	•		•	4 (3)	7
Piemonte	•		•	•	•		•				•	6	6
Puglia	•		•	•	•		•		•	•	••	3 (6)	8
Sicilia	•		•	•	•		•	•	•		•	4 (4)	8

¹⁶ Solo la P.A. di Bolzano non coinvolge gli assistenti sociali in nessuna valutazione. Le uniche regioni a non coinvolgere infermieri nelle valutazioni che riguardano la popolazione anziana sono Umbria e Puglia, ma quest'ultima li integra come componenti aggiuntivi al nucleo minimo di valutazione. Similmente, le uniche regioni a non coinvolgere infermieri nelle valutazioni che riguardano la popolazione con disabilità sono Puglia, Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna, ma quest'ultima ne prevede l'inserimento come membri aggiuntivi. Emilia-Romagna e Valle d'Aosta sono anche le uniche due regioni a non coinvolgere medici di medicina generale nella valutazione della popolazione anziana, ma entrambe li integrano come membri aggiuntivi; queste due regioni, insieme alla P.A. di Bolzano, sono anche le uniche a non coinvolgere medici di medicina generale nella valutazione della popolazione con disabilità, salvo la loro integrazione come membri aggiuntivi nella sola Valle d'Aosta.

¹⁷ Categorie come fisioterapisti, psichiatri, neurologi e psicologi sono coinvolti maggiormente come componenti aggiuntivi, mentre solo in poche regioni partecipano alla valutazione in veste di componenti del nucleo minimo: tale tendenza è particolarmente accentuata nelle valutazioni che riguardano la popolazione anziana. In modo apparentemente controintuitivo, i geriatri appartengono al nucleo minimo in un numero di regioni superiore per le valutazioni che afferiscono alla popolazione disabile, ma tale prevalenza si ribalta se si considerano i soli componenti aggiuntivi e il totale dei professionisti coinvolti nelle valutazioni della popolazione anziana. Altri medici specialisti figurano strutturalmente nei nuclei di valutazione in circa una regione o provincia autonoma su due, e vengono integrati in diversi casi.

Toscana	•		•	•	•		•		•			2 (4)	6
Umbria	•		•	•			•		•	•	•	3 (4)	7
Valle D'Aosta	•		•	•				•	•	•		3 (4)	7
Veneto	••		••	••	••	•	•	•	•	•	••	5 (10)	10
Totale	16 (1)	1 (1)	15 (2)	15 (3)	6 (9)	0 (2)	3 (8)	1 (7)	1 (11)	0 (6)	8 (6)		

Note: AS: assistente sociale; OSS: operatore sociosanitario; Inf: infermiere; MGG: medici di medicina generale; Ger: geriatra; Edu: educatore; Fis: fisiatra; Psich: psichiatra; Neu: neurologo; Psic: psicologo; MS: medico specialista; Tot: totale dei professionisti coinvolti, come parte del nucleo minimo e come componenti aggiuntivi (tra parentesi); Uni: totale dei professionisti coinvolti. •: coinvolgimento nel nucleo minimo; ••: coinvolgimento come componente aggiuntivo.

Fonte: Questionario somministrato alle regioni e province autonome italiane a febbraio e marzo 2024.

Nucleo minimo (e componenti aggiuntivi) per la valutazione della popolazione disabile nelle regioni e province autonome italiane

Regione	AS	OSS	Inf	MGG	Ger	Edu	Fis	Psich	Neu	Psic	MS	Tot	
Abruzzo	•		•	•	•	•	•	•	•	•	••	5 (6)	10
Calabria	•		•	•	•		•	•	•		•	8	8
Emilia-Romagna	••		••			••	••	•	•	•		3 (7)	7
FVG	•	•	•	•	•						•	4 (2)	6
Lazio	•		•	•	•						••	4 (1)	5
Liguria	•		•	•	•	•					•	4	4
Lombardia	•		•	•			•					3 (1)	4
Marche	•		•	•	•		•	•	•		••	5 (3)	8
P.A. di Bolzano		•	•	•	•							2	2
P.A. di Trento	•		•	•	•			•	•		•	5 (2)	7
Piemonte	•		•	•	•		•		•		•	6	6
Puglia	•		•	•	•		•		•	•	••	3 (6)	8
Sicilia	•		•	•	•		•	•	•		••	5 (3)	8
Toscana	•		••	•	•	•	•	•	•	•	•	1 (9)	10
Umbria	•		•	•			•	•	•	•	•	4 (4)	8
Valle D'Aosta	•			••	•	•	•	•	•	•	••	7 (3)	8
Veneto	••	•	••	••	••	••	•	•	•	•	••	7 (11)	11
	16 (2)	1 (2)	12 (4)	13 (3)	9 (3)	4 (4)	5 (7)	2 (9)	3 (9)	3 (6)	8 (9)		

Note: AS: assistente sociale; OSS: operatore sociosanitario; Inf: infermiere; MGG: medici di medicina generale; Ger: geriatra; Edu: educatore; Fis: fisiatra; Psich: psichiatra; Neu: neurologo; Psic: psicologo; MS: medico specialista; Tot: totale dei professionisti coinvolti, come parte del nucleo minimo e come componenti aggiuntivi; Uni: totale dei professionisti coinvolti. •: coinvolgimento nel nucleo minimo; ••: coinvolgimento come componente aggiuntivo; •: scostamento positivo rispetto alla valutazione della popolazione anziana; ••: scostamento negativo rispetto alla valutazione della popolazione anziana.

Fonte: Questionario somministrato alle regioni e province autonome italiane a febbraio e marzo 2024.

L'indagine¹⁸ indica che in 16 regioni e le province autonome rispondenti, cioè tutte a eccezione delle sole Basilicata e P.A. di Bolzano, esistono opportunità di confronto tra professionisti nel processo di valutazione multidimensionale, laddove la valutazione è svolta da professionisti diversi in momenti distinti. Come evidenziato nella Tabella 10, tali momenti di confronto avvengono frequentemente (9 occorrenze) in forma di équipe integrate nell'ambito delle unità di valutazione multidimensionale (UVM): è questo il caso di Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, P.A. di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto. In 4 casi (Lazio, Puglia, Toscana e Valle d'Aosta), i rispondenti chiariscono che le riunioni formali delle UVM avvengono previa raccolta di informazioni (in forma di rilevazione diretta sull'assistito), da parte di uno o più professionisti competenti (ad esempio, la Toscana riferisce di una "prima fase valutativa, istruttoria, monoprofessionale"); tuttavia, è intuibile che ciò avvenga anche in altre regioni che non hanno specificato questo passaggio. Da notare che in Veneto le riunioni dell'UVM avvengono in videoconferenza; Abruzzo, Calabria, Lombardia, Marche e Sicilia ricorrono a incontri in presenza o telefonici; mentre il Piemonte

¹⁸ Il quesito posto recita: "Se la valutazione è svolta da professionisti diversi in momenti distinti, esistono opportunità di confronto tra professionisti nel processo di valutazione multidimensionale?".

demanda al livello locale le modalità organizzative; tuttavia, è plausibile che le modalità varino significativamente da un territorio all'altro anche in altre regioni.

Tabella 10. In quasi tutte le regioni e province autonome sussistono opportunità di confronto tra professionisti nel processo di valutazione multidimensionale

Presenza di opportunità di confronto tra professionisti nel processo di valutazione multidimensionale, nel caso di valutazioni svolte da professionisti diversi in momenti distinti nelle regioni e province autonome italiane

Regione	Sì	No	Se sì, si riportino qui le modalità di confronto
Abruzzo	•		Incontri tematici presso Punto Unico di Accesso e Distretti
Basilicata		•	
Calabria	•		Consultazione in presenza/telefonica
Emilia-Romagna	•		Non sono state definite a livello regionale modalità di confronto particolari, anche se l'orientamento della Regione è quello di promuovere modalità flessibili e semplificate
FVG	•		Nel corso dell'unità di valutazione multidimensionale, previsti per i vari setting assistenziali
Lazio	•		La valutazione multidimensionale si articola in due fasi: la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni; la valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla UVM formalmente riunita.
Liguria	•		Durante l'equipe integrata avviene il confronto con redazione del Piano assistenziale individualizzato
Lombardia	•		Riunioni in presenza e da remoto, contatti telefonici e-mail: l'organizzazione è demandata ai territori
Marche	•		In presenza e per via telefonica
P.A. di Bolzano		•	
P.A. di Trento	•		Nell'ambito dell'equipe UVM
Piemonte	•		Definita a livello locale
Puglia	•		La valutazione non è svolta in momenti distinti, si organizza una UVM con i diversi professionisti per il confronto a seguito delle loro valutazioni
Sicilia	•		Prima di chiudere la cartella SVAMA il medico UVM incontra o sente gli specialisti
Toscana	•		Dopo una prima fase valutativa, istruttoria, monoprofessionale, è programmata la seduta in équipe, con anche la partecipazione della persona, per la definizione del PAI per le persone anziane e del Profilo di Funzionamento e Progetto di Vita per le persone con disabilità
Umbria	•		Avviene nelle UVM
Valle D'Aosta	•		Incontri per scambio/condivisione di informazioni, raccolta informazioni attraverso specifica modulistica; Commissione UVMD per le persone anziane e Commissione UVMDI per le persone con disabilità
Veneto	•		Il confronto di eventuali valutazioni asincrone viene eseguito in UVMD in videoconferenza; riunioni preliminari multidisciplinari, condivisione di documentazione utile alla definizione/confronto sul caso

Fonte: Questionario somministrato alle regioni e province autonome italiane a febbraio e marzo 2024.

Erogazione

L'indagine¹⁹ indica che il ruolo di case manager esiste solo in 6 regioni e province autonome tra le 16 rispondenti, situazione illustrata nella Tabella 11.²⁰ Si tratta di un ruolo centrale nella gestione della lettura e della risposta ai bisogni della persona non autosufficiente ai fini della sua presa in carico che è ulteriormente enfatizzata dal DM 77 del 2022. Tale ruolo viene assunto da una pluralità di figure professionali, tra cui la più prevalente è l'infermiere (Calabria, Friuli-Venezia Giulia, dove tale ruolo non è formalizzato, P.A. di Trento, che menziona la figura dell'infermiere case manager, e Veneto, che dispone di infermieri territoriali e di famiglia o di comunità), seguito dall'assistente sociale (Friuli-Venezia Giulia,

¹⁹ Il quesito posto recita: "Esiste nella Regione/Provincia autonoma il ruolo di operatore?".

²⁰ L'Emilia-Romagna non ha risposto a questa domanda.

anche in questo caso il ruolo non è formalizzato, P.A. di Trento, Piemonte e, in alcuni casi limite, Veneto); più rara l'attribuzione di tale ruolo a medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (Piemonte) ed educatori (P.A. di Trento). Solo l'Abruzzo sembra aver istituito una figura dedicata, il case manager, riconosciuta da alcune ASL attraverso atti di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Il limitato ricorso al ruolo del case manager può essere interpretato come il segnale di un limitato coordinamento ed integrazione degli interventi sociali, assistenziali e socioassistenziali nella fase di predisposizione ed attuazione del PAI.

Tabella 11. Il ruolo di operatore di collegamento esiste in una minoranza di regioni e province autonome

Presenza del ruolo di case manager nelle regioni e province autonome italiane

Regione	Si	No	Se sì, si indichi quale tipologia di professionisti svolgono tale ruolo – ad esempio, medico di medicina generale, infermiere di comunità
Abruzzo	•		Case manager
Basilicata		•	
Calabria	•		Infermiere
Friuli Venezia Giulia	•		Il ruolo non è formalizzato, ma normalmente può essere l'infermiere o l'assistente sociale
Lazio		•	
Liguria		•	
Lombardia		•	
Marche		•	
P.A. di Bolzano		•	
P.A. di Trento	•		Assistente sociale, infermiere case manager, educatore
Piemonte		•	M
Puglia	•		MMG/PLS/Assistente sociale, a seconda del caso
Sicilia		•	
Toscana		•	
Umbria		•	
Valle D'Aosta		•	
Veneto	•		Referente del caso individuato in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). Generalmente è il MMG o infermiere territoriale – IT, tra cui l'IFoC (Infermiere di Famiglia o di Comunità); in alcuni casi limite, l'operatore/case manager può essere l'assistente sociale.
Totale	6	10	

Fonte: Questionario somministrato alle regioni e province autonome italiane a febbraio e marzo 2024.

Più in generale, interpellate sulla qualità dell'integrazione sociosanitaria nell'assistenza domiciliare, la grande maggioranza delle regioni e province autonome rispondenti (11 su 18) la considerano ampiamente migliorabile, o in ogni caso mediocre, il livello di integrazione esistente tra ADI e SAD, le due tipologie di assistenza domiciliare attualmente esistenti in Italia.

Numerose sono le ragioni delle difficoltà di integrare i modelli di intervento previsti e di coordinare l'erogazione delle prestazioni di natura prevalentemente infermieristica e interventi di sostegno all'inclusione sociale della persona non autosufficiente che sono individuate dalle regioni e dalle province autonome rispondenti all'indagine. In particolare, è evidenziata la storica frattura tra natura sanitaria dell'ADI e natura sociale della SAD che potrebbe essere sanata dalla previsione di un nuovo modello di assistenza domiciliare unico (Provincia autonoma di Bolzano/Bozen). Inoltre, alcune regioni pongono l'accento sulle difficoltà di raccordo tra le due tipologie di servizi e di incentivare la collaborazione interprofessionale che derivano anch'esse dalla frattura tra l'organizzazione e la natura delle prestazioni offerte da ADI e SAD (Puglia, Lombardia, Valle D'Aosta). In termini generali, dall'analisi delle risposte fornite si evince che l'assenza di integrazione tra settore sanitario e sociale è riconosciuta come particolarmente critica in questa ultima fase della catena dell'assistenza.

Nel contesto delle strategie volte a favorire l'integrazione sociosanitaria nell'assistenza domiciliare agendo sulle funzioni, le modalità organizzative e le competenze della forza lavoro, l'iniziativa austriaca di introduzione del Community Nursing rappresenta un precedente di chiaro interesse per l'Italia. Qui, con il DM 77/2022, il legislatore ha avviato un percorso di definizione del ruolo dell'infermiere di comunità; tale percorso ha ad oggi fatto registrare le prime forme di sperimentazione in alcuni territori, ma un'attuazione sistemica richiede ancora diversi passaggi, tra cui una formulazione più precisa del concetto stesso, dei requisiti, delle mansioni e delle modalità operative legate alla nuova figura dell'infermiere di comunità. Il modello innovativo introdotto in Austria a titolo di pilota, illustrato nel Box 5, punta a migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure per i gruppi più vulnerabili, enfatizzando un approccio olistico e proattivo alla salute e al benessere individuale e collettivo. La valutazione dell'impatto del pilota, attualmente in corso di realizzazione, fornirà ai decisori politici italiani indicazioni interessanti sull'efficacia di questa figura come soluzione per favorire la deospedalizzazione, la prossimità geografica nell'erogazione dei servizi, un'estensione delle competenze del personale addetto alla cura e una migliore connessione con i servizi e le reti istituzionali preposti.

Box 5. Integrazione sociosanitaria e ruolo innovativo degli infermieri di comunità nel contesto austriaco

Definito come un ambito specializzato all'intersezione tra l'infermieristica e la salute pubblica, il Community Nursing si impegna a promuovere la salute attraverso strategie preventive e di promozione della salute, ponendo un forte accento sui determinanti sociali e ambientali della salute. Questo modello risponde alla crescente necessità di adattare i sistemi di assistenza alle mutate esigenze di una popolazione in invecchiamento e di individui con condizioni di salute complesse. Mira inoltre a contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di accesso alle cure, promuovendo un'assistenza basata sulla prossimità e sulla continuità. Tale approccio si manifesta nella promozione gli interessi individuali e familiari, nonché nella creazione e nel rafforzamento di reti di supporto all'interno delle comunità per migliorare l'accesso ai servizi sanitari e assistenziali.

Il progetto pilota di Community Nursing in Austria rappresenta un'iniziativa pilota volta ad affrontare le sfide della salute pubblica moderna, concentrandosi in particolare sul benessere delle comunità locali, con una dedizione speciale verso le esigenze degli anziani e di coloro che richiedono assistenza. Nel periodo compreso tra ottobre e dicembre 2021, enti locali e organizzazioni di assistenza sociale hanno avuto l'opportunità di richiedere finanziamenti per l'avvio di progetti di Community Nursing, selezionati attraverso un processo valutativo che ha tenuto conto tanto dei contenuti quanto dell'efficienza economica proposta. L'essenza di questi progetti si radica nel potenziamento della competenza sanitaria delle comunità vulnerabili e dei loro familiari, mirando a migliorare sostanzialmente la qualità della vita attraverso l'incremento dell'autonomia e della consapevolezza nelle scelte relative alla salute.

Centralità è data al contrasto delle lacune assistenziali presenti all'interno delle comunità, promuovendo un benessere olistico e incrementando la conoscenza e competenza in ambito sanitario tra la popolazione. Con l'obiettivo di implementare la figura di almeno 150 infermieri comunitari entro il 2024, il progetto ambisce a rafforzare il supporto agli anziani e ai loro familiari, a migliorare l'offerta sanitaria a livello locale e a ottimizzare i sistemi di assistenza e cura su scala regionale.

Le attività previste dal progetto abbracciano un ampio spettro di interventi, quali visite domiciliari preventive, consulenze, valutazioni delle condizioni assistenziali e il coordinamento di servizi aggiuntivi, con lo scopo ultimo di favorire la permanenza delle persone nel proprio ambiente domestico il più a lungo possibile. Questo si traduce in un'assistenza caratterizzata da una profonda attenzione ai bisogni individuali, sottolineando l'importanza di un approccio sanitario integrato e personalizzato.

La valutazione dell'impatto e dell'efficacia del Community Nursing è affidata all'Institute for Applied Research on Ageing (IARA) e al dipartimento di Scienze Infermieristiche e Assistenza Sanitaria della Fachhochschule Kärnten, che attraverso un approccio multidisciplinare ed inclusivo mirano a scrutinare le varie dimensioni dell'iniziativa, valutandone gli esiti sociosanitari, economici e tecnologici. La metodologia di valutazione prevede un disegno partecipativo, che incoraggia un coinvolgimento attivo dei vari portatori d'interesse, al fine di giungere a una comprensione olistica dell'impatto del progetto.

L'iniziativa austriaca degli infermieri di comunità costituisce un esempio significativo di come la ridefinizione dei ruoli e l'adozione di nuovi modelli assistenziali possano contribuire efficacemente all'integrazione tra i servizi sanitari e sociali, orientando i sistemi di cura verso una maggiore centralità del paziente e della comunità.

Fonte: [Community Nursing in Österreich | CN-Österreich \(cn-oesterreich.at\)](https://www.cn-oesterreich.at).

Le barriere al coordinamento ed integrazione della forza lavoro

Barriere contrattuali

Nonostante il tema dell'integrazione sociosanitaria sia stato oggetto di numerosi studi e dibattiti accademici, si rileva una mancanza di letteratura sulle barriere legali e contrattuali che possono ostacolare l'integrazione sul piano professionale, particolarmente nell'ambito dell'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti. Ciò rende necessarie ulteriori analisi delle dinamiche contrattuali che influenzano l'integrazione delle funzioni, delle competenze e delle responsabilità delle figure professionali coinvolte, in particolare nella fase dell'erogazione dei servizi.

Le evidenze raccolte suggeriscono che l'estensione delle mansioni per i professionisti del settore sanitario e sociale non derivano direttamente dai contratti collettivi nazionali che in Italia regolano ampiamente il settore. Piuttosto, alcune limitazioni possono derivare da disposizioni legislative nazionali (in particolare, dall'art. 2103 cod. civ., come modificato dalla legge 81/2015) che riflettono la tensione esistente tra la tutela dei diritti dei lavoratori e le esigenze dei datori di lavoro. Tanto nel settore pubblico quanto in quello privato vige inoltre il principio inderogabile di tutela della professionalità del lavoratore, il quale prevede che l'assegnazione di mansioni diverse sia possibile solo all'interno dello stesso livello di inquadramento o a un livello superiore e all'interno della stessa categoria legale. Per esempio, in attuazione di questo principio, le mansioni dell'infermiere possono essere limitate all'erogazione di prestazioni di natura sanitaria (monitoraggio della salute del paziente, somministrazione di farmaci e medicazione). Le disposizioni nazionali sono volte a tutelare il lavoratore e, in definitiva, si ripercuotono solo indirettamente sulla questione dell'integrazione sociosanitaria sul piano professionale.

La rigidità delle categorie professionali presenti nei contratti collettivi riflette d'altra parte la separazione esistente all'interno dei percorsi formativi delle diverse figure professionali del settore sanitario, sociosanitario e sociale (Rossi, 2018^[36]). In particolare, le barriere all'integrazione sociosanitaria sul piano professionale derivano in primo luogo dalla compartimentalizzazione della formazione dei professionisti che disincentiva l'interdisciplinarietà necessaria per garantire un approccio olistico all'assistenza e, inoltre, diminuisce la capacità dei professionisti di collaborare fra loro per la presa in carico della persona non autosufficiente.

L'integrazione sociosanitaria, tuttavia, non deve necessariamente tradursi in un'estensione delle attività lavorative tradizionali. Piuttosto, può concretizzarsi in un incremento del livello di interazione e collaborazione tra professionisti di diversi ambiti del settore sanitario e sociale sia nella fase della valutazione dei bisogni della persona non autosufficiente che nell'erogazione dei servizi. In questo caso, la barriera all'integrazione appare di natura organizzativa e istituzionale. La collaborazione tra i professionisti implica infatti una revisione dei modelli organizzativi, specie nelle pubbliche amministrazioni. A livello contrattuale, infatti, l'obbligo dei professionisti di collaborare tra loro discende dal principio di buona amministrazione. Per essere effettiva, quindi, la collaborazione interprofessionale necessita di un miglioramento dell'organizzazione tra le amministrazioni sanitarie e quelle sociali, che può essere raggiunto anche con la stipula di protocolli regolatori o con la previsione di un case manager che coordini le attività delle diverse figure professionali coinvolte.

In conclusione, l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria professionale nella pratica non si scontra soltanto con barriere di natura contrattuale quanto, piuttosto, con la carenza dell'integrazione sul piano formativo e organizzativo. Di fronte a tali sfide, è evidente la necessità di promuovere politiche che facilitino l'integrazione delle competenze tra i professionisti del settore sanitario e sociale, finalizzate a superare anche gli ostacoli normativi, contrattuali e organizzativi che attualmente limitano la collaborazione interprofessionale. Inoltre, è importante incoraggiare interventi nazionali, regionali e locali di formazione integrate orientati all'interdisciplinarietà e alla collaborazione interprofessionale al fine preparare professionisti capaci di garantire modelli di cura che possano rispondere in maniera efficace e olistica alle esigenze complesse delle persone non autosufficienti.

Formazione integrata a livello nazionale

La necessità di ripensare i percorsi di formazione per il personale sanitario, sociosanitario e sociale è da tempo emersa all'interno del dibattito scientifico anche internazionale (WHO, 1988^[37]). In particolare, il dibattito investe la formazione multidisciplinare e interdisciplinare tanto dei professionisti sanitari quanto di quelli sociali e, inoltre, influenza il rapporto tra il professionista e la persona assistita, fino ad esercitare un impatto sull'intera capacità del sistema di offrire servizi di cura integrati e personalizzati (Vicarelli, 2019^[38]). La questione può essere affrontata su due piani, a seconda che si consideri il personale già operante nel settore o in fieri: quello della formazione per l'aggiornamento delle conoscenze (formazione continua) e quello dell'educazione terziaria.

Come dimostrato dall'assenza di politiche attive di promozione della formazione integrata a livello nazionale, la questione della formazione integrata del personale sanitario e sociale non è stata affrontata direttamente all'interno degli standard formativi nazionali ed è stata solo in parte riconosciuta all'interno delle attività di formazione proposte dai rispettivi ordini professionali nazionali.

Nel settore sanitario, alcuni interventi, strumenti e modalità per il miglioramento e il rafforzamento della formazione dei medici specialisti e dei medici di medicina generale sono stati previsti dal Patto per la Salute 2019-2021.²¹ Per quanto riguarda la formazione dei medici, l'attenzione è però principalmente posta sul problema dell'educazione continua in medicina e dell'aggiornamento professionale dei professionisti sanitari e non su quello della formazione interdisciplinare (Agenas, Programma Nazionale ECM 2023-2025)²². Per gli infermieri, invece, l'offerta di formazione integrata è più frequente e può riguardare anche il tema della comunicazione con gli altri professionisti, l'assistito e la sua famiglia. Pur esistendo delle differenze notevoli tra le professioni sanitarie, la necessità di acquisire competenze trasversali – in particolare, abilità relazionali, comunicative, gestionali e organizzative – necessarie per lavorare efficacemente in un team interdisciplinare trova ancora un saltuario riconoscimento nelle iniziative di formazione promosse a livello nazionale (Cocchi, Mazzeo and Mauro, 2021^[39]).

Anche nel settore sociale, a livello nazionale l'accento è spesso posto sulla formazione continua dei professionisti sociali e non sul problema della formazione iniziale multidisciplinare (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali, 2023^[40]). Per quanto riguarda la figura dell'assistente sociale, spesso risulta prevalente un approccio identitario alla professione che disincentiva la collaborazione interdisciplinare con le altre figure professionali e, conseguentemente, riduce la capacità degli assistenti sociali di acquisire le conoscenze e competenze necessarie per operare all'interno del sistema sociosanitario (Fazzi, 2022^[41]).

Tuttavia, si osserva che il problema della formazione interdisciplinare riguarda anche e soprattutto la formazione terziaria. Prevedendo una serie di obblighi formativi e determinando l'appartenenza alle categorie professionali, infatti, l'educazione universitaria riveste infatti un ruolo cruciale nella promozione della formazione multidisciplinare e interdisciplinare nel settore sanitario e sociale.

Per quanto riguarda la professione medica, la formazione universitaria è ancora considerata largamente fondata sulla compartimentalizzazione delle discipline mediche e non incentiva il medico a guardare al contesto sociale nel quale si esplica la salute e la malattia del paziente e di fare proprio il paradigma della complessità (Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale, 2015^[42]); (Lusardi and Tomelleri, 2017^[43]). La contaminazione con gli elementi, approcci e strumenti del servizio sociale è solo parzialmente presente in percorsi specialistici, come in quelli della medicina del lavoro e dell'igiene e prevenzione. Il

²¹ Per maggiori informazioni:

https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/Accordo_Stato-Regioni_del_2_febbraio_2017_in_materia_di_ECM.pdf

²² Per maggiori informazioni:

<https://farmaciavirtuale.it/wp-content/uploads/2024/01/4353-Programma-nazionale-Ecm-2023-2025.pdf>

problema della prevenzione dall'insorgenza delle patologie, infatti, è il più forte vettore di integrazione con il settore sociale, anche se è ancora scarsamente affrontato negli altri percorsi medico-specialistici.

Quanto alla formazione terziaria degli assistenti sociali e altri professionisti del settore sociale, soltanto in alcuni percorsi universitari è posta un'attenzione particolare sulla formazione interdisciplinare come requisito per l'acquisizione di una visione olistica delle situazioni concrete che devono essere affrontate all'interno del sistema dei servizi. Sia per la natura interdisciplinare degli insegnamenti teorici impartiti che per la carenza di ore e di luoghi per l'attività pratica di tirocinio, l'Italia è ancora lontana dall'attuare gli Standard Globali per l'Educazione e la Formazione del Lavoro sociale (International Federation of Social Workers, 2020^[44]).

Formazione integrata a livello regionale e provinciale

A completamento di quanto illustrato a livello nazionale, l'indagine²³ rivela che le regioni e province autonome che offrono attività di formazione integrata tra i professionisti sanitari e sociali del settore formale – formazione che abbracciando metodi e strumenti della formazione sanitaria e di quella sociale garantisce l'acquisizione di competenze trasversali e promuove la collaborazione interprofessionale – sono 9, la metà delle rispondenti. Nel caso di 5 regioni (Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche e Puglia) tali attività si accompagnano ad altre attività di formazione per gli operatori dei servizi pubblici, del volontariato e del Terzo settore, mentre in 4 casi (Emilia-Romagna, P.A. di Trento, Toscana e Veneto) esse rappresentano la totalità della formazione offerta. Lombardia e P.A. di Bolzano, per contro, offrono solo attività di formazione per gli operatori dei servizi pubblici, del volontariato e del Terzo settore. La Tabella 12 fornisce una panoramica sulla formazione offerta quale strumento contemplato dalle regioni e dalle province autonome per facilitare l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio.

Tra le 8 regioni che offrono attività di formazione integrata, 3 (Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Veneto) forniscono alcune informazioni di corredo. In particolare, il Friuli-Venezia Giulia menziona il Centro del Servizio per il Volontariato e il Progetto Si Fa Rete; il Lazio indica che la formazione integrata tra professionisti sanitari e sociali è principalmente rivolta agli operatori del Punti Unico d'Accesso – ed è organizzata dal PUA stesso con un finanziamento regionale; il Veneto indica la presenza di varie iniziative anche informative per lo più a regia regionale o aziendale nei territori di riferimento, rimandando a futuri approfondimenti con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica della Regione del Veneto per maggiori informazioni. Eventuali approfondimenti consentiranno una comprensione più approfondita delle pratiche in atto (modalità di accesso ed erogazione, platea di riferimento, frequenza e contenuti della formazione).

L'indagine rivela altresì che strategie basate sulla formazione rivestono un ruolo secondario tra le soluzioni contemplate dalle regioni e dalle province autonome italiane per facilitare l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio, le quali vedono una forte prevalenza di strumenti di governance a livello territoriale (14 occorrenze) e finanziamenti per la realizzazione di progetti mirati all'integrazione sociosanitaria o con un impatto significativo su di essa (12). Tutte le regioni che offrono programmi di formazione integrata vi abbinano almeno altri due strumenti, fino a un massimo di 6 rilevati in Veneto, seguito da Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia con 5.

²³ Il quesito posto recita: "In che modo il contesto regionale e di Provincia autonoma facilita l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio? Selezionare tutte le risposte possibili".

Tabella 12. Una regione e provincia autonoma su due offre formazione integrata

Strumenti contemplati dalle regioni e dalle province autonome per facilitare l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio

Regione	Gov.	Co-prog.	Finanz.	Form.	Form. int.	Audit	Altro	Totale
Abruzzo	•	•	•				•	4
Basilicata	•							1
Calabria			•					1
Emilia-Romagna	•	•	•	•	•			5
FVG	•	•	•		•		•	5
Lazio	•		•		•	•		4
Liguria	•		•		•			3
Lombardia	•			•				2
Marche	•		•		•		•	4
P.A. di Bolzano				•			•	2
P.A. di Trento	•		•	•	•			4
Puglia	•		•		•			3
Sicilia	•	•	•					3
Toscana	•	•			•			3
Umbria	•							1
Veneto	•	•	•	•	•	•		6
Valle d'Aosta	•	•	•				•	4
Totale	15	7	12	5	9	2	5	

Note: Gov: strumenti di governance a livello territoriale (come Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS); Co-progr: strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021; Finanz.: finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria; form.: attività di formazione per gli operatori dei servizi pubblici, del volontariato e del Terzo settore; form. int.: attività di formazione integrata tra i professionisti sanitari e sociali; Audit: sistemi di audit multiprofessionale

Fonte: Questionario somministrato alle regioni e province autonome italiane a febbraio e marzo 2024.

Carenza di personale

L'integrazione sociosanitaria può essere concepita sia come una soluzione al problema della carenza di personale che sta interessando questo come tanti altri settori dell'economia, sia come un obiettivo strategico minacciato da tale tendenza. Da un lato, integrare i servizi permette di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, consentendo al personale di svolgere una più ampia gamma di funzioni. Questo può aiutare a mitigare gli effetti della carenza di personale, rendendo il sistema più flessibile e reattivo alle esigenze delle persone assistite. D'altro canto, un'efficace integrazione dei servizi richiede un livello elevato di competenze, formazione e coordinamento, che può essere difficile da raggiungere in presenza di carenze di personale. Inoltre, l'estensione delle mansioni può aumentare il carico di lavoro e lo stress tra i lavoratori, rischiando di influenzare negativamente la qualità dell'assistenza. Tale dinamica rende particolarmente utile un'analisi delle sfide alla sostenibilità delle competenze e del personale (Box 6).

Box 6. Le sfide per la sostenibilità delle competenze e del personale nel settore dell'assistenza a lungo termine

I dati tratti dal 6° Rapporto Osservatorio Long Term Care in Italia gettano luce su molteplici sfide che il settore dell'assistenza a lungo termine (LTC) sta affrontando, con particolare riguardo alla sostenibilità delle competenze e del personale. Queste sfide, che riguardano l'attrattività del settore, il turnover del personale, la retention (ovvero la capacità di trattenere le risorse umane impiegate nel settore), nonché i modelli di incentivo e compensazione, si intersecano in modo complesso, influenzando direttamente la qualità dell'assistenza fornita agli utenti e la sostenibilità futura delle organizzazioni che erogano servizi di LTC.

La bassa attrattività del settore LTC, unita a un alto turnover del personale, emerge come un problema centrale. Tali tendenze si traducono in una difficoltà nel reperire e mantenere professionisti qualificati. I dati indicano che gli enti gestori di servizi LTC soffrono di una carenza media del 10% di personale sanitario e del 7% di personale assistenziale, con picchi più elevati tra gli enti che si occupano della filiera sociosanitaria. Questa situazione è ulteriormente aggravata da una percezione negativa del benessere del personale, con valori medi di benessere significativamente bassi, che indicano una dissonanza tra le aspettative dei lavoratori e ciò che il settore è attualmente in grado di offrire.

Nonostante i tentativi di mitigare le difficoltà legate al reclutamento e alla retention del personale attraverso modelli di incentivo economico e investimenti in formazione, questi sforzi non sembrano ancora sufficienti per contrastare le tendenze negative. Le organizzazioni faticano a creare un ambiente di lavoro attraente e sostenibile, il che si riflette in un'insoddisfazione generalizzata e in un'alta mobilità del personale.

La necessità di investire in nuove competenze e di definire nuovi ruoli professionali è indicata come una priorità per affrontare le sfide multidimensionali presentate dall'utenza del settore LTC. Il focus su competenze come il case management, essenziali per una gestione personalizzata e integrata dell'assistenza, sottolinea l'importanza di sviluppare un approccio più olistico e centrato sull'utente.

Per affrontare queste problematiche, è essenziale adottare strategie mirate alla creazione di un ambiente di lavoro che valorizzi e sostenga i professionisti del settore. Questo può includere:

Miglioramento delle condizioni di lavoro: attraverso una compensazione equa, percorsi di crescita professionale chiari e investimenti nel benessere e nella formazione continua del personale.

Sviluppo di nuovi ruoli professionali: che rispondano meglio alle esigenze complesse degli utenti LTC, incentivando la specializzazione e l'aggiornamento delle competenze.

Promozione dell'attrattività del settore: mediante la valorizzazione sociale e professionale del lavoro nel LTC e la creazione di un clima organizzativo positivo che possa ridurre il turnover e incentivare la retention.

Fonte: (Fosti, Notarnicola and Perobelli, 2024^[45]).

Interrogati sulle sfide che interessano l'ADI (A.2.4)²⁴ e la SAD (A.2.5)²⁵, nonché sulle criticità che ostacolano l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio (A.2.6)²⁶, diversi rispondenti all'indagine hanno sollevato il tema della carenza di personale. Più specificamente, le regioni e province autonome che indicano problemi di mancanza di personale sono, rispettivamente, 8 (FVG, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto), 6 (Abruzzo, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta) e 4 (Abruzzo, Calabria, Marche e Veneto). Se si considerano le intersezioni tra questi gruppi, sono 11 in totale le regioni e province autonome che, pur non espressamente stimolate su questo aspetto, sollevano il tema della carenza di personale.

Il problema viene evocato con formulazioni variabili di caso in caso, rendendo di non chiara interpretazione se la carenza di personale sia dovuta ad una generalizzata mancanza di risorse con cui retribuirlo, ad una difficoltà nel reclutamento di figure specializzate nel mercato del lavoro o ad una combinazione di questi fattori. Il fatto che la maggior parte delle regioni e province autonome utilizzino espressioni generiche come "mancanza di personale", e che queste in diversi casi si accompagnino a più ampi riferimenti alla

²⁴ La domanda recita: "Quali sono le sfide/criticità che affronta oggi l'ADI nella sua Regione/Provincia autonoma?".

²⁵ La domanda recita: "Quali sono le sfide/criticità che affronta oggi il SAD nella sua Regione/Provincia autonoma?".

²⁶ La domanda recita: "Sono presenti delle criticità che ostacolano l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio?".

manca di risorse finanziarie e alla scarsa intensità e copertura dei servizi, lascia intuire che la prima ipotesi sia prevalente, ma per quanto sporadici non mancano gli espliciti riferimenti alle difficoltà nel reperimento di figure specializzate (ad esempio, in Lombardia e Valle d'Aosta).

La possibile assenza di percorsi educativi o professionalizzanti dedicati al personale deputato all'erogazione di servizi integrati potrebbe esacerbare il problema. Limitando l'analisi al personale esistente, 4 regioni (Liguria, Lombardia, Puglia e Veneto) sollevano criticità relative all'assenza di formazione integrata e a una scarsa propensione alla collaborazione all'interno di équipe integrate.

Settore informale

Medici, infermieri e altri professionisti sanitari e sociali svolgono un ruolo essenziale nel garantire interventi sanitari e sociali qualificati e nel monitorare attentamente le condizioni dei pazienti. Tuttavia, il contributo del settore informale (dei caregiver familiari e degli assistenti personali) è altrettanto indispensabile, poiché offre un supporto continuativo e personalizzato, fondamentale per il benessere quotidiano del paziente. Questa parte del capitolo esplora come una collaborazione efficace tra questi due settori possa migliorare significativamente la qualità della vita dei pazienti, facilitando una transizione fluida e coordinata tra la cura formale e quella informale.

Iniziative regionali e di provincia autonoma a supporto dei caregiver familiari

I caregiver familiari rappresentano una buona parte della popolazione italiana. Basandosi sui risultati della Ricerca europea sulla salute (Ehis) del 2019, risulta che in Italia il 13,5% della popolazione (con età superiore ai 15 anni) – corrispondente a più di 7 milioni di individui – si dedica alla cura e all'assistenza di persone in stato di necessità almeno una volta a settimana, principalmente in ambito familiare. La quota delle donne impegnate in tali attività assistenziali, pari al 15,1%, è superiore a quella degli uomini, pari all'11,7% (OECD, 2023^[34]).

Il caregiver familiare può essere generalmente identificato come un individuo, spesso un familiare, che si occupa di organizzare e stabilire le cure necessarie per la persona che si trovi in una condizione di non autosufficienza o di disabilità e, per questo motivo, abbia bisogno di assistenza continuativa.

Ad oggi, la figura del caregiver familiare è definita dalla legislazione nazionale (art. 1, comma 255, della Legge 205/2017) come la “persona che assiste e si prende cura del coniuge o del convivente o di un familiare entro il secondo grado che non sia in grado di prendersi cura di sé e sia bisognoso di assistenza globale e di lunga durata”.

Sono attualmente in discussione diversi disegni di legge finalizzati ad introdurre una riforma organica della condizione giuridica del caregiver familiare (si veda l'ultima sezione del capitolo). Infatti, il 3 ottobre 2022, il Comitato ONU per i diritti delle persone con disabilità ha espresso una condanna nei confronti dell'Italia per l'inadeguata protezione legale dei caregiver (UN Human Rights Treaty Bodies, 2023^[46]), constatando in tal modo la violazione degli impegni internazionali presi con la ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità nel 2006.

Oltre alla legislazione nazionale, in molte regioni e province autonome esistono atti normativi e/o programmatori che prevedono e definiscono la figura del caregiver familiare. Tra tutte le regioni e province autonome, solamente Basilicata e Umbria non prevedono una normativa in materia (Tabella 13). Secondo Pesaresi (2021^[47]) alcune regioni (ad esempio, Abruzzo, Campania e Puglia) hanno approvato la loro legge regionale sui caregiver familiari ispirandosi nella struttura e nel contenuto a quella dell'Emilia-Romagna, la prima regione a legiferare sulla materia nel 2014.

Tabella 13. Nella maggior parte delle regioni e province autonome esiste una normativa che prevede e definisce la figura del caregiver familiare

Esistenza di una normativa regionale/provinciale che preveda e definisca la figura del caregiver familiare

Regione	Normativa regionale/provinciale	Dettagli
Abruzzo	Si	Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza) L.R. 43/2016
Basilicata	No	
Calabria	Si	L.R. 6/2024 "Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare"
Campania*	Si	L.R. 33/2017 "Norme per il riconoscimento del caregiver familiare"
Emilia Romagna	Si	Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) (L.R. n.2 del 28/3/2014)
Lazio	Si	D.G.R. 239/2023 "Programmazione degli interventi per la valorizzazione del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare" e D.G.R. 341/2021
FVG	Si	L.R. n. 8/2023 "Disposizioni per il riconoscimento, la valorizzazione e il sostegno dei caregiver familiari"
Liguria	Si	D.G.R. 167/2024 che approva "Indirizzi integrati di programmazione e piano di massima degli interventi da realizzare mediante il fondo di cura del caregiver familiare per l'anno 2023"
Lombardia	Si	L.R. 23 del 2022 "Caregiver familiare"
Marche	Si	dgr 39/2022, Legge 205/2017, DGR 1028/2021
Molise*	Si	D.G.R. 310/2017 "Linee guida per il riconoscimento ed il sostegno dei caregiver familiari. Provvedimenti"
P.A. di Bolzano	Si	Definizione di "carer principale" all'articolo 4 della Delibera del 27 settembre 2022, n. 694 "Criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza e per l'erogazione dell'assegno di cura"
P.A. di Trento	Si	Legge Provinciale n. 15/2012
Piemonte	Si	D.G.R. 6-7450 che approva "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'anno 2021"
Puglia	Si	L.R. 3/2020 "Norme per il sostegno del caregiver familiare"
Sardegna*	Si	L.R. 12/2023 "Riconoscimento, valorizzazione e sostegno del caregiver familiare"
Sicilia	Si	DGR 360/2022 "Programmazione del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare anni 2018-2021"
Toscana	Si	D.G.R. 126/2024 "Linee di indirizzo per l'utilizzo del fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare" e D.G.R. 717/2022 e Proposta di Legge n. 2 del 12/02/2024
Umbria	No	
Veneto	Si	Norme operative (non definitorie): legge regionale n. 20/2020; delibera giunta; regione veneto n. 295 del 16/03/2021; delibera giunta regionale veneto n. 157 del 2023; delibera giunta regionale veneto n. 682 del 2022
Valle d'Aosta	Si	L.R. 20/2022 "Disposizioni in materia di Garante dei diritti delle persone con disabilità" che definisce anche la figura del caregiver familiare

Note: *Esiste una normativa regionale che preveda e definisca la figura del caregiver familiare?*

(*) La regione non ha risposto al questionario e le informazioni derivano da ricerche effettuate da OCSE.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia' e (Pesaresi, 2021^[47])

Il riconoscimento giuridico del ruolo di cura svolto dal familiare è indispensabile per ricevere forme di supporto pubblico per l'esercizio informale dell'attività di cura prestata e per il miglioramento delle proprie condizioni di benessere anche psicologico.

L'intervento pubblico in questo settore è particolarmente importante considerato che buona parte dei caregiver si trova nella condizione di dover prestare assistenza in quanto spinta da pressioni di ordine normativo e sociale o per mera necessità. Inoltre, l'attività di assistenza informale spesso incide

negativamente sulla capacità dei caregiver informali di partecipare al mercato del lavoro, e sulla loro salute mentale (OECD, 2022^[48]), evidenziando la necessità di misure di sostegno di natura pubblica.

Attualmente, nella legislazione nazionale sono previste diverse misure di protezione del caregiver familiare al fine di supportare il suo ruolo nell'assistenza alla persona non autosufficiente (si veda OECD (2023^[49]) per maggiori informazioni): in particolare, per i lavoratori dipendenti, è previsto un congedo straordinario per assistere familiari che abbiano bisogno di assistenza a causa della condizione grave di non autosufficienza o disabilità (art. 42 del D.lgs. 151/2001). Inoltre, la legge di bilancio per il 2018 ha stabilito per la prima volta un Fondo ad hoc per il finanziamento di interventi per il sostegno dei caregiver familiari che, confermato da successive disposizioni fino al 2023, è stato ripartito annualmente tra le regioni e le province autonome.

Oltre alle predisposizioni nazionali, anche le regioni e le province autonome possono implementare ulteriori forme di supporto per rafforzare il ruolo dei caregiver familiari nell'esercizio delle loro responsabilità di cura. Tra le regioni e le province autonome che hanno partecipato al questionario OCSE, quasi tutte (ad eccezione di Basilicata e Calabria) ne hanno adottato almeno una (Figura 3).

Le misure di sostegno offerte ai caregiver variano significativamente da una regione italiana all'altra, sia in termini di popolazione beneficiaria sia per quanto riguarda la loro natura che la modalità di erogazione. Questo evidenzia come l'intervento pubblico in favore dei caregiver informali vari notevolmente a seconda della loro collocazione sul territorio nazionale.²⁷

Secondo le analisi delle risposte al questionario OCSE, le erogazioni monetarie sono la modalità di assistenza più comune, adottata da 13 delle 18 regioni partecipanti al questionario (Figura 3). Le altre forme di supporto più comuni sono gli interventi di sollievo²⁸ (11 regioni e province autonome), i corsi di formazione (10 regioni e province autonome) sportelli informativi (10), supporto psicologico (8), e incentivi finanziari (4). Nessuna regione o provincia autonoma prevede congedi, retribuiti o meno, per il caregiver familiare (Figura 3).

I trasferimenti monetari – la misura di sostegno maggiormente promossa dalle regioni e province autonome italiane – sostengono da un lato la domanda di servizi e, dall'altro, compensano le perdite di reddito che i caregiver familiari subiscono in virtù della fornitura di assistenza continuativa. Tuttavia, per la natura e la disciplina di tali misure di sostegno economico, è difficile per le regioni verificare come i beneficiari utilizzano effettivamente le somme erogate. Questa è una criticità che riguarda, oltre le misure regionali, anche l'indennità di accompagnamento prevista dalla legge statale (legge 18/1980). Secondo OECD, la mancanza di monitoraggio sulla destinazione di utilizzo delle somme monetarie erogate ha alimentato il mercato sommerso.

Figura 3 aggiuntivi rispetto a quelli previsti dalla normativa nazionale. Altre forme di supporto vengono segnalate da tre regioni.²⁹

I trasferimenti monetari – la misura di sostegno maggiormente promossa dalle regioni e province autonome italiane – sostengono da un lato la domanda di servizi e, dall'altro, compensano le perdite di reddito che i caregiver familiari subiscono in virtù della fornitura di assistenza continuativa. Tuttavia, per la natura e la

²⁷ Per quanto riguarda le erogazioni monetarie, ad esempio, nella regione Abruzzo (ai sensi della l.r. 43/2016) vengono erogate risorse al caregiver familiare che assiste minori in età pediatrica affetti da malattie rare riconosciute a livello nazionale. In Liguria, nell'ambito degli interventi per la presa in carico della persona con gravissima disabilità viene riconosciuto il lavoro di cura del caregiver attraverso un contributo economico. In Valle d'Aosta, il contributo economico per caregiver familiare viene fornito a favore di persone con disabilità gravissima o affette da sclerosi laterale amiotrofica (art. 21bis della l.r. 23/10).

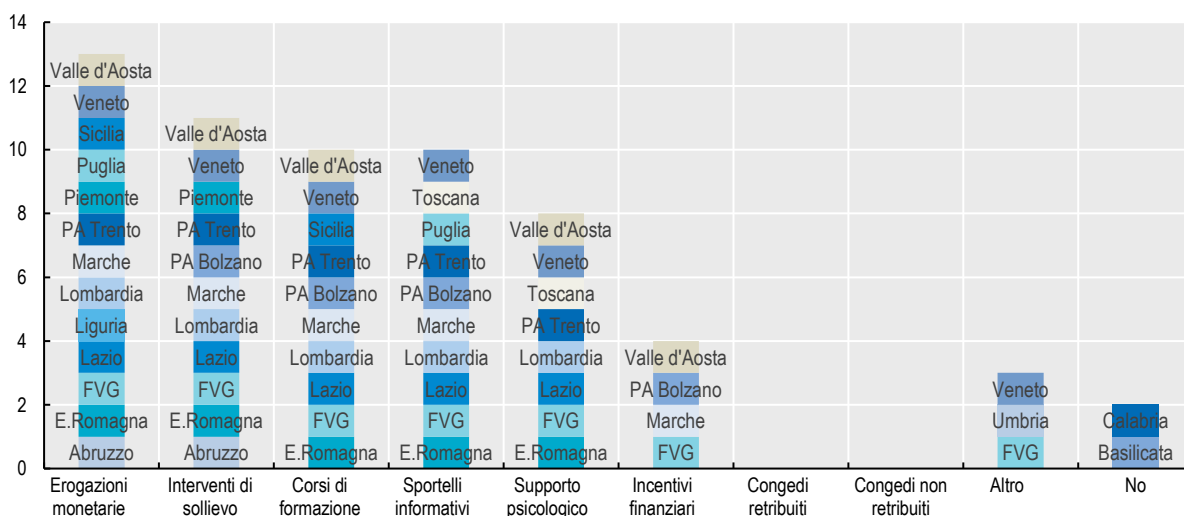
²⁸ Interventi di sollievo offrono ai caregiver una pausa dalle loro attività di cura abituali.

²⁹ Ad esempio, in Friuli Venezia Giulia, viene proposta un'assistenza di base mediante operatori socio-sanitari o socioassistenziali, interventi di sostegno e sollievo, domiciliarizzazione, e visite specialistiche dell'assistito.

disciplina di tali misure di sostegno economico, è difficile per le regioni verificare come i beneficiari utilizzano effettivamente le somme erogate. Questa è una criticità che riguarda, oltre le misure regionali, anche l'indennità di accompagnamento prevista dalla legge statale (legge 18/1980). Secondo OECD (2020^[50]), la mancanza di monitoraggio sulla destinazione di utilizzo delle somme monetarie erogate ha alimentato il mercato sommerso.

Figura 3. La maggior parte delle regioni e province autonome hanno implementato forme di supporto per sostenere il caregiver familiare nell'attività di cura

Forme di supporto regionale per sostenere il caregiver familiare nell'attività di cura, per numero di regioni/province autonome



Note: Oltre alle forme di supporto previste a livello nazionale, esistono altre forme di supporto regionale per sostenere il caregiver familiare nell'attività di cura? Selezionare tutte le risposte possibili.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

La ricerca accademica a livello europeo mostra che spesso i caregiver informali desiderano ricevere una formazione più approfondita per poter offrire un'assistenza di migliore qualità (COFACE, 2017^[51]). Ad esempio, i caregiver potrebbero non avere una conoscenza approfondita delle malattie della persona assistita o incontrare difficoltà nel fornire cure personalizzate. Inoltre, i caregiver familiari necessitano di informazioni sui loro diritti e su quelli delle persone assistite, al fine di orientarsi efficacemente nei sistemi di assistenza sanitaria e sociale.

I due terzi delle regioni e delle province autonome che hanno risposto al questionario OCSE (ad eccezione di Basilicata, Calabria, Liguria, Piemonte, Puglia e Umbria) riportano l'esistenza di momenti di formazione durante i quali i caregiver familiari possono ricevere informazioni sulle problematiche inerenti alle persone che vengono assistite e sui diritti degli assistiti e dei caregiver familiari.

Tra le varie esperienze regionali, alcune si distinguono per la previsione di misure a sostegno del ruolo del caregiver familiare nell'attività di cura o di interventi a supporto della sua formazione e/o al suo benessere psicologico.

L'Abruzzo ha realizzato un intervento di formazione del caregiver familiare attraverso una linea didattica di 300 ore (dell'Avviso FSE 2014/2020 "Abruzzo Carefamily") realizzata dagli Ambiti Distrettuali Sociali (ADS) in partenariato con le ASL, gli enti del Terzo settore e con gli Organismi di Formazione accreditati in ambito regionale.

In Friuli-Venezia Giulia, il servizio SI.CON.TE persegue un doppio scopo: offrire un servizio specializzato per mettere in contatto domanda e offerta nel settore del lavoro domestico e dell'assistenza personale, e fornire alle famiglie consulenza sugli strumenti utili a bilanciare vita professionale e familiare. L'attuazione di questo programma regionale avviene attraverso gli Sportelli SI.CON.TE disseminati sul territorio e il Numero Unico per la Famiglia. SI.CON.TE propone inoltre formazione e eventi pubblici destinati alla cittadinanza.

Nella PA di Trento è attivo un percorso specifico per i caregiver familiari denominato "CuraInsieme". Il progetto include attività di sensibilizzazione, formazione e gruppi auto mutuo aiuto per persone che assistono familiari anziani non autosufficienti.

In Valle d'Aosta, nel campo delle demenze e dei disturbi cognitivi sia sta concludendo il progetto sperimentale "A casa è meglio", supporto psicologico ai familiari/caregiver dell'assistito, che in considerazione dell'esito positivo sarà istituzionalizzato.

Da alcuni mesi, le programmazioni regionali includono l'attenzione verso il progressivo inserimento della figura dell'UFE – *Utente Familiare Esperto*, sul modello già sperimentato in Valle d'Aosta e in altre realtà regionali, che prevede la valorizzazione del sapere esperienziale di un utente o familiare che da vicino vive o ha vissuto le problematiche correlate ad una patologia e può pertanto svolgere l'azione di "filtro", orientamento ai servizi, accoglienza e informazione empatica verso l'assistito o la famiglia.

In Lazio, alcune aziende sanitarie locali (ASL) e alcuni ambiti territoriali sociali (ATS) offrono servizi di ascolto per i familiari e i caregiver che assistono persone con demenza, come nel caso dello Sportello "AlzheimerAscolto" (Centro Disturbi Cognitivi e Demenze – ASL Roma).

In Toscana è stato istituito un "Centro di ascolto per il caregiver familiare" che consiste nell'erogazione di un servizio di supporto telefonico prestato da psicologi e psicoterapeuti professionisti e finalizzato all'ascolto, al supporto psicologico, all'informazione e all'orientamento sui servizi esistenti.

Nella regione Veneto sono presenti alcuni Punti di ascolto per familiari e caregiver di persone affette da grave deterioramento cognitivo che, istituiti presso alcune Case di Riposo in collaborazione tra ASL, Comuni e Associazioni di volontariato, offrono servizi gratuiti di sostegno psicologico.

L'Italia potrebbe trarre ispirazione dalle buone pratiche di altri Paesi per compiere ulteriori passi nel sostenere i caregiver informali. Ad esempio, la valutazione dei bisogni dei caregiver informali è un aspetto fondamentale nell'assistenza alle persone non autosufficienti, poiché permette di riconoscere e supportare efficacemente queste figure. Molti caregiver, infatti, non si identificano come tali, rendendo cruciale l'introduzione di una valutazione mirata durante l'assistenza alla persona dipendente. La valutazione delle esigenze e della situazione dei singoli caregiver è il primo passo per garantire che ricevano servizi di supporto flessibili e di qualità.

La valutazione dei bisogni dei caregiver informali non è ampiamente diffusa nei Paesi OCSE. Tuttavia, alcuni esempi di buone pratiche sono discussi nella Box 7. In Francia, le esigenze dei caregiver non vengono valutate direttamente: la valutazione degli assistiti non tiene formalmente conto del caregiver, ma nella pratica la capacità di cura del caregiver è spesso presa in conto nella pianificazione delle cure dell'assistito (OECD, 2022^[48]). In Irlanda, la discussione su uno strumento di valutazione per i caregiver è in corso dal 2013. La valutazione si concentrerebbe principalmente sulla salute, il benessere e le esigenze di supporto auto-identificate del caregiver (O'sullivan and al., 2017^[52]).

Box 7. La valutazione dei bisogni del caregiver familiare: alcune pratiche internazionali

- In Inghilterra, un caregiver familiare ha diritto a una valutazione da parte del *Health and Social Care Trust*. La valutazione del caregiver familiare può avvenire parallelamente a quella della persona assistita. Questa valutazione esplora come l'attività di cura influenzi la salute fisica e mentale, il lavoro, il tempo libero e le relazioni del caregiver. La valutazione può avvenire di persona, telefonicamente o online, e dura almeno un'ora. I servizi sociali sviluppano in seguito un 'piano di cura' basato sulla valutazione, che aiuta a determinare il tipo di supporto necessario (supporto emotivo, aiuto con le faccende domestiche, e adeguamento delle attrezzature presso il domicilio dell'assistito) (National Health Service, 2020^[53]); (National Audit Office (NAO), 2018^[54]); (UK government, 2024^[55]).
- Il Carer Gateway è un servizio pubblico del governo australiano che offre ai caregiver una vasta rete di supporto, che spazia dalla consulenza e ai gruppi di sostegno tra pari, al coaching, ai servizi di assistenza di sollievo, fino ai corsi di formazione online. È necessaria una valutazione per accedere ai servizi tramite Carer Gateway. Il processo di pianificazione aiuta il personale a conoscere meglio il caregiver e il suo ruolo di cura, così da poter adattare i servizi alle sue esigenze specifiche. Per i caregiver che richiedono assistenza immediata, non è necessario effettuare la valutazione, ed interventi di sollievo d'emergenza sono disponibili 24 ore su 24, sette giorni su sette (OECD, 2022^[48]) (Australian Government, 2024^[56]).
- In Svezia, la valutazione del caregiver consente di prendere in considerazione le opinioni del caregiver riguardo all'assistenza domiciliare, di creare forme di supporto più individualizzate e flessibili, di lavorare proattivamente con i caregiver per evitare situazioni di crisi sia per il caregiver che per la persona assistita, e di aumentare il riconoscimento dei caregiver. Tra il 2006 e il 2008, in cinque municipalità svedesi è stato sviluppato 'The Carers Outcome Agreement Tool' (COAT), concentrandosi su quattro ambiti principali: Aiutare i caregiver a fornire assistenza; Sostenere le esigenze personali dei caregiver, esplorando il supporto che può migliorare la loro qualità della vita; Migliorare la vita degli assistiti, valutando ciò che può migliorare la loro qualità della vita; Ottenere un supporto di buona qualità, focalizzandosi su ciò che i caregiver desiderano da un servizio di assistenza. Le valutazioni di questo programma mettono in luce il valore significativo di COAT nel favorire la creazione di collaborazioni tra caregiver e operatori, riconoscendo l'expertise di entrambe le parti. COAT sollecitano i professionisti a dedicare il tempo necessario e risorse specifiche per il sostegno alla cura familiare, in modo che COAT diventi elemento fondamentale di una strategia olistica e duratura per i caregiver (Hanson, Magnusson and Nolan, 2008^[57]).

Iniziative regionali e di provincia autonoma a supporto degli assistenti personali/familiari

L'assistente personale/familiare è un lavoratore che presta attività di assistenza a una persona non autosufficiente all'interno dell'ambiente domestico. Per questo motivo, l'assistente personale/familiare opera sempre sotto la supervisione diretta o indiretta di un membro della famiglia (OECD, 2023^[49]).

Secondo le stime dell'Osservatorio DOMINA sul lavoro domestico, in Italia ci sono circa 890 000 assistenti personali in Italia, un numero nettamente in crescita rispetto all'ultimo decennio (2009-2018). Rispetto al numero di anziani residenti (over 80), si osserva un'incidenza maggiore di assistenti personali nelle regioni del Centro-Nord, in confronto a quelle del Sud, ad eccezione della Sardegna (Osservatorio DOMINA sul lavoro domestico, 2023^[58]). Simili stime sono riportate dall'Osservatorio Long-Term Care (Fosti, Notarnicola and Perobelli, 2024^[59]).

Il lavoro dell'assistente familiare è regolato, a livello nazionale, dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per il lavoro domestico, che disciplina in particolare gli elementi fondamentali del rapporto del lavoratore e il suo trattamento economico (Ebilcoba, n.a.^[60]) Ferma l'assenza di una legge nazionale che tuteli ulteriormente questa specifica categoria di lavoratori, una legislazione regionale o provinciale che preveda disposizioni per promuovere l'offerta di lavoro domestico regolare degli assistenti personali è fondamentale per garantire la qualità e la sicurezza delle cure fornite alle persone non autosufficienti.

In molte regioni e province autonome italiane, con le sole eccezioni di Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, P.A. di Bolzano e Sicilia, esiste una normativa regionale/provinciale che prevede e/o definisce la figura dell'assistente personale/familiare (Tabella 14).

La regione Lombardia, attraverso la LR 15/2015 definisce l'assistente familiare come segue 'L'assistente familiare svolge lavoro di assistenza e cura in favore delle persone in condizione di fragilità, di non autosufficienza temporanea, parziale o permanente per stato di cronicità, in conformità ai requisiti e alle disposizioni di cui alla presente legge e alle leggi vigenti in materia.'

Il Veneto, tramite la Legge Regionale n. 38/2017, definisce l'assistente familiare come segue: 'Per assistenti familiari s'intendono tutti coloro, italiani o stranieri, in possesso di specifici titoli scolastici e professionali individuati dalla Giunta regionale, nonché di adeguata formazione e/o esperienze che svolgono, autonomamente o alle dipendenze di un datore di lavoro, prestazioni di assistenza alle persone anziane e non autosufficienti e, più in generale, alle persone in condizioni di fragilità o non autosufficienza, in ambito domiciliare o prestate temporaneamente come attività di supporto ai familiari o di sostituzione del nucleo familiare presso strutture ospedaliere o strutture residenziali.'

In Valle d'Aosta, con la DGR 142/2008, 'L'assistente personale è un operatore che si prende cura della persona non autosufficiente, sia essa anziana, disabile o portatrice di patologie invalidanti, anche a sostegno dei familiari, contribuendo a sostenere e promuoverne l'autonomia e il benessere psico-fisico in funzione dei bisogni della persona e del suo contesto di riferimento. L'assistente personale può anche agire in collegamento con i servizi socio-sanitari coinvolti, garantendo una continuità di presenza nella casa della persona e svolgendo attività di assistenza diretta, in particolare nella routine quotidiana (p.e. alzarsi, lavarsi, vestirsi, preparare ed assumere pasti, uscire, ...) ed occupandosi della pulizia della casa.'

Oltre alle definizioni della figura dell'assistente personale/familiare nella normativa, alcune regioni hanno definito questa figura professionale iscrivendola in un percorso formativo preciso. Questo approccio stabilisce una formazione adeguata e riconosciuta per gli assistenti personali e familiari, chiarisce le competenze e le mansioni attese da questi professionisti, contribuendo a valorizzare e professionalizzare ulteriormente la loro figura.

La regione Marche, con la 118/2009, definisce il profilo professionale e formativo dell'assistente familiare, fissando a 100 ore lo standard di durata del percorso formativo per il rilascio dell'attestato di frequenza e a 20 ore il percorso formativo minimo per il rilascio di eventuale certificazione di competenza.

Il Friuli-Venezia Giulia, la figura dell'Assistente familiare è stata inserita nel repertorio regionale delle qualifiche, attraverso la Delibera 825 del 26/05/2023. È previsto un corso di 240 ore per ottenere la qualifica di assistente familiare, qualifica che può essere ottenuta anche attraverso la certificazione di competenze regionale (Con il DGR n. 2019 del 15 dicembre 2023 "Il sistema regionale di certificazione delle competenze – Linee guida regionali per l'individuazione, validazione e certificazione delle competenze").

In Valle d'Aosta, con la DGR 142/2008, si approva il profilo professionale e lo standard di percorso formativo minimo relativi all'assistente personale, inserendolo nel repertorio regionale dei profili professionali.

Tabella 14. In molte regioni e province autonome italiane esiste una normativa regionale/provinciale che prevede e/o definisce la figura dell'assistente personale/familiare

Esistenza di una normativa regionale/provinciale che preveda e/o definisca la figura dell'Assistente Personale/Familiare Regione

Regione	Normativa regionale/provinciale	Dettagli
Abruzzo	No	
Basilicata	No	
Calabria	No	
Campania*	No	
Emilia Romagna	Si	Linee di indirizzo per la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari nell'ambito dell'FRNA – DGR 1206/07
Lazio	Si	D.G.R. 609/2007 e D.G.R. 223/2016 "Servizi e interventi sociali di assistenza alla persona nella regione Lazio" che definisce e prevede misure per la figura
FVG	Si	La figura Assistente familiare è stata inserita nel repertorio regionale delle qualifiche con la Delibera 825 del 26/05/2023; inoltre con il DGR n. 2019 del 15 dicembre 2023 "Il sistema regionale di certificazione delle competenze – Linee guida regionali per l'individuazione, validazione e certificazione delle competenze" è previsto un corso di 240 ore per ottenere la qualifica o attraverso certificazione delle competenze
Liguria	Si	Delibera Giunta Regionale n. 446-2015 "Delibera quadro Sistema integrato sociosanitario per la disabilità"
Lombardia	Si	L.R. 15/2015
Marche	Si	L.R. 118/2009
Molise*	Si	D.G.R. 131/2023 che approva "Piano regionale per le Non autosufficienze" che prevede ma non definisce la figura dell'assistente familiare
P.A. di Bolzano	No	
P.A. di Trento	Si	Legge Provinciale n. 15/2012
Piemonte	Si	D.G.R. 51-8960 che approva "Linee guida per la predisposizione di progetti di Vita Indipendente" che definisce e prevede la figura
Puglia	Si	D.R. 1040/2023 "Approvazione Avviso pubblico per Patto di Cura 2023-2024" che prevede ma non definisce la figura
Sardegna*	Si	D.G.R. 7-11/2023 che prevede ma non definisce la figura
Sicilia	No	
Toscana	Si	L.R. 82/2009, Accreditalimento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato e, inoltre, D.G.R. 256/2023 che approva il Piano regionale Non Autosufficienze e D.G.R. 937/2023 "Azioni volte a favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro per gli assistenti familiari" che definisce e prevede la figura
Umbria	Si	D.G.R. 1251/2017 che approva "Linee guida in materia di assistenza familiare delle persone anziane in condizione di dipendenza assistenziale o di non autosufficienza"
Veneto	Si	Legge Regionale n. 38/2017 'Norme per il sostegno delle famiglie e delle persone anziane, disabili, in condizioni di fragilità o non autosufficienza, per la qualificazione e il sostegno degli assistenti familiari.'; Deliberazione della giunta regionale n. 910 del 28 giugno 2019 "Rilevazione e sostegno della fase di avvio degli Sportelli per l'assistenza familiare e del Registro regionale degli assistenti familiari"
Valle d'Aosta	Si	La DGR 1524/2023, nonché le DGR 142/2008, 2836/2010 e 366/2014 che non solo definiscono il profilo dell'assistente personale ma anche istituiscono un elenco regionale degli assistenti personali e la loro formazione.

Note: Esiste una normativa regionale/provinciale che preveda e definisca la figura dell'Assistente Personale/Familiare?

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

(*) La regione non ha risposto al questionario e le informazioni derivano da ricerche effettuate da OCSE

In Italia, nonostante il riconoscimento delle mansioni, dell'orario e del trattamento economico all'interno del contratto collettivo nazionale per il lavoro domestico, la prevalenza del lavoro irregolare tra gli assistenti familiari è una problematica significativa. Uno studio recente di Pasquinelli e Pozzoli (2021_[61]) ha mostrato

che il 76% degli assistenti personali intervistati ha lavorato, in passato o al momento dell'indagine, in assenza di regolare assunzione. In aggiunta, secondo le stime di Fosti et al. (2022^[62]), nel 2020 c'erano più di un milione di badanti nel paese, con il 60% di essi operanti in condizioni di irregolarità. Il rapporto DOMINA stima che nel 2022, il 52% dei badanti lavorava irregolarmente (Osservatorio DOMINA sul lavoro domestico, 2023^[58]).

La presenza di incentivi fiscali e supporti economici per incoraggiare le famiglie ad assumere regolarmente un Assistente Personale o Familiare è uno degli strumenti che potrebbe aiutare a combattere il lavoro sommerso. Queste misure incentivano la formalizzazione dei rapporti di lavoro nel settore dell'assistenza personale, promuovendo la legalità e la protezione dei diritti sia degli assistenti che degli assistiti.

A livello nazionale sono state recentemente approvate nuove disposizioni per facilitare il lavoro domestico in favore delle persone anziane non autosufficienti: in particolare, oltre al riordino delle agevolazioni fiscali, è prevista la sperimentazione di una nuova prestazione universale che prevede l'erogazione di una quota monetaria integrativa finalizzata a remunerare il lavoro di cura e assistenza svolto dagli assistenti familiari regolarmente assunti (artt. 36 e 37 del D.lgs. 29/2024).

La Tabella 15 mostra che in molte delle regioni italiane – eccetto Basilicata, Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, Puglia, Veneto – esistono incentivi fiscali e/o supporti economici per l'assunzione regolare di un Assistente Personale/Familiare. Questi incentivi includono contributi aggiuntivi agli assegni di cura, e vari tipi di bonus e assegni erogabili in virtù della regolarità dell'assunzione del lavoratore ai sensi della legge.

In Abruzzo, il piano regionale per la non autosufficienza prevede dei 'contributi economici per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza, utilizzabili per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore' (Regione Abruzzo, 2022^[63]). In Liguria, con la Deliberazione Giunta Regionale n. 718/2023, il cosiddetto 'bonus badanti' viene attribuito in priorità a coloro che hanno già assunto un/a assistente personale con regolare contratto di assunzione, o che si impegnano a produrre un regolare contratto di lavoro entro trenta giorni dalla data di comunicazione dell'accettazione della domanda. In Lombardia, uno dei requisiti per ricevere il Bonus 'Assistenti Familiari' è assumere un assistente familiare con contratto di lavoro. In Emilia-Romagna, tramite le 'Linee di indirizzo per la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari nell'ambito dell'FRNA – DGR 1206/07' il contributo viene concesso dietro attestazione della regolare contrattualizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare. In Veneto, tramite la L.R. n. 38 del 17 ottobre 2017, interventi di sostegno economico sono previsti a favore delle persone e delle famiglie sulla base dei contributi previdenziali versati a favore dell'assistente familiare. In Valle d'Aosta, tramite la DGR 1524/2023, la liquidazione degli assegni di cura avviene trimestralmente previa presentazione di documentazione attestante il versamento contributivo INPS in favore dell'assistente personale.

Tabella 15. In molte regioni e province autonome esistono incentivi fiscali e/o supporti economici per l'assunzione regolare di un Assistente Personale/Familiare

Esistenza di incentivi fiscali e/o supporti economici per incoraggiare le famiglie ad assumere regolarmente un Assistente Personale/Familiare

Regione	Risposta	Dettagli
Abruzzo	Sì	Piano locale non autosufficienza e L.R. 57/2012 vita indipendente
Basilicata	No	
Calabria	No	
Campania*	No	

Emilia Romagna	Sì	Contributo aggiuntivo all'assegno di cura in caso di assistente familiare con regolare contratto di Lavoro (Linee di indirizzo per la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari nell'ambito dell'FRNA – DGR 1206/07)
FVG	No	
Lazio	Sì	D.G.R. 544/2010 e 504/2012 che prevedono buoni servizio per la non autosufficienza e contributi Alzheimer; D.G.R. 239/2013 che prevedono misure di sostegno economico per le persone con altre disabilità gravissime
Liguria	Sì	Con la Deliberazione Giunta Regionale n. 718/2023 è stato approvato il quarto avviso pubblico per riconoscere un contributo per l'assunzione di badanti o assistenti familiari al fine di garantire alle persone non autosufficienti la necessaria assistenza personale per il mantenimento a domicilio
Lombardia	Sì	Misura Il Bonus "Assistenti Familiari" è finalizzato all'erogazione di un rimborso per le spese sostenute per l'assistente familiare iscritto in uno o più registri territoriali degli Assistenti familiari presenti presso gli Ambiti territoriali (art. 7 della l.r. 15/2015) e assunto con contratto di lavoro. ³⁰
Marche	Sì	Assegno di cura e assegno disabilità gravissima, Bandi
Molise*	Sì	D.G.R. 131/2023 che approva il Piano regionale per le Non autosufficienze e prevede assegni di cura e per l'autonomia
P.A. di Bolzano	No	
P.A. di Trento	No	
Piemonte	Sì	D.G.R. 32-6475/2023 4 27-6320/ 2022 che approvano l'atto di indirizzo "Rafforzamento e supporto alla persona non autosufficiente correlato all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari" e istituiscono il Buono per la domiciliarità per persone anziane e persone con disabilità non autosufficienti
Puglia	No	
Sardegna*	Sì	L.R. 2/2007 che prevede assegni di cura per la regolare assunzione di un assistente familiare
Sicilia	No	
Toscana	Sì	Progetto regionale "Servizi sociali di sollievo - Pronto Badante" che prevede l'erogazione di libretti famiglia propedeutico alla regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare, Legge regionale n. 66/2008 e successiva DGR n. 310/2010 prevedono e altri decreti dirigenziali
Umbria	Sì	Contributi economici per Assistenza familiare per le persone anziane in condizione di dipendenza assistenziale o non autosufficienza, Bandi
Veneto	No	
Valle d'Aosta	Sì	L.R. 23/2010, L.R. 19/2023, DGR 1524/2023.

Note: A livello regionale, esistono incentivi fiscali e/o supporti economici per incoraggiare le famiglie ad assumere un Assistente Personale/Familiare con contratto formale?

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

(*) La regione non ha risposto al questionario e le informazioni derivano da ricerche effettuate da OCSE

Un registro pubblico regionale degli assistenti personali/familiari è essenziale per garantire la qualità e la professionalità nell'assistenza familiare. Tale registro permette alle famiglie di individuare facilmente assistenti qualificati, assicurando trasparenza e sicurezza. Inoltre, contribuisce alla professionalizzazione del settore, assicurando che gli assistenti siano adeguatamente formati. Questo strumento può anche aiutare a prevenire il lavoro irregolare, migliorando così la qualità dell'assistenza offerta e la protezione dei diritti degli assistenti familiari e delle persone non autosufficienti assistite. Per queste ragioni, a livello

³⁰ I requisiti di accesso che sono riferiti all'intestatario del contratto sono: ISEE uguale o inferiore a € 35.000,00; ISEE < = 25.000,00 €: tetto massimo di contributo riconoscibile, non superiore al 60% delle spese effettivamente sostenute per la retribuzione dell'assistente familiare, pari a 2.400,00 €; ISEE > 25.000,00 € e < = 35.000,00 €: tetto massimo di contributo riconoscibile, non superiore al 60% delle spese effettivamente sostenute per la retribuzione dell'assistente familiare, pari a 2.000,00 €; Contratto di lavoro, regolarmente registrato e in corso di validità, sottoscritto con un Assistente familiare iscritto in uno o più registri territoriali presenti presso gli Ambiti Territoriali e corrispondente a quanto indicato nell'art.7 della l.r. 15/2015 per ogni assistente che si dovesse alternare alla cura; Residenza in Lombardia.

normativo è stato recentemente disposto l'obbligo per tutte le regioni di istituire un apposito registro regionale degli assistenti familiari (art. 38, comma 3, del D.lgs. 29/2024).

Anche in assenza di un obbligo statale, negli ultimi anni alcune regioni hanno istituito il registro pubblico regionale per gli assistenti personali/familiari. La Tabella 16 rivela infatti una notevole diversità tra le regioni italiane riguardo l'esistenza del registro. Regioni come la Liguria, le Marche, il P.A. di Trento, Sardegna, Sicilia, l'Umbria, Veneto, e la Valle d'Aosta hanno introdotto un registro pubblico, fornendo un riferimento chiaro e accessibile per la ricerca di assistenti familiari/personali. In altre regioni, come in Lazio, Lombardia, Puglia e Campania, si registra solo la presenza di registri a livello locale. Altre ancora, come l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giuliae la P.A. di Bolzano, non dispongono di tale strumento.

Tabella 16. Esiste una notevole diversità tra le regioni italiane riguardo l'esistenza di un registro pubblico regionale degli Assistenti Personali/Familiari

Esistenza di un registro pubblico regionale degli Assistenti Personali/Familiari

Regione	Risposta	Dettagli/commenti	Sito
Abruzzo	No		
Basilicata	No		
Calabria	No		
Campania*	No	Presenza di registri comunali	
Emilia Romagna	No		
FVG	No	Tuttavia esiste servizio pubblico di intermediazione domanda offerta Si CON TE	
Lazio	No	Presenza di registri comunali	
Liguria	Si	Registro regionale degli assistenti familiari e baby sitter	https://www.regione.liguria.it/homepage-lavoro/come-fare-per/registro-assistenti-familiari.html
Lombardia	No	Ogni Ambito territoriale ha istituito un registro territoriale	
Marche	Si		https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Anziani/Elenco-Assistenti-Familiari
Molise*	No		
P.A. di Bolzano	No		
P.A. di Trento	Si	Elenco pubblico delle/degli iscritte/i al registro provinciale delle/degli assistenti familiari	https://icef.provincia.tn.it/rpaf/index.jsp
Piemonte	No		
Puglia	No	Registri a livello di Ambito Territoriale Sociale	
Sardegna*	Si	Con articolazione comunale	https://www.sardegnaambiente.it/documenti/1_19_20071123130444.pdf
Sicilia	Si	Registro pubblico degli assistenti familiari	https://www.regione.sicilia.it/sites/default/files/2022-05/000719-S6.pdf
Toscana	No		
Umbria	Si	Esiste un registro pubblico regionale "Family Help" che riguarda anche le assistenti familiari	https://www.regione.umbria.it/sociale/family-helper
Veneto	Si	Il registro regionale Assistenti Familiari, istituito con Legge regionale n. 38/2017 e DGR 910/2019. DGR 1675/2021	https://raf.azero.veneto.it/

Regione	Risposta	Dettagli/commenti	Sito
Valle d'Aosta	Sì	Elenco Unico Regionale Assistenti personali	https://www.regione.vda.it/servsociali/evidenze/evidenza6_i.asp

Note: Esiste un registro pubblico regionale degli Assistenti Personali/Familiari?

(*) La regione non ha risposto al questionario e le informazioni derivano da ricerche effettuate da OCSE

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

La Tabella 17 delinea i requisiti richiesti all'assistente personale/familiare per accedere al registro pubblico regionale degli assistenti personali/familiari nelle varie regioni e P.A. Questi requisiti sono fondamentali per assicurare che gli assistenti siano in grado di offrire un servizio di qualità, permettendo un'efficace interazione con gli assistiti e le loro famiglie. La Tabella 17 mostra una varietà di criteri: mentre alcune regioni come le Marche e Veneto richiedono una gamma più ampia di requisiti, includendo il possesso di qualifica o titolo di studi rilevante, esperienza di lavoro pregressa nell'ambito della cura, conoscenza della lingua italiana, godimento dei diritti di soggiorno, maggiore età, e altri criteri, altre regioni come il Friuli-Venezia Giulia e la Valle d'Aosta richiedono meno requisiti per accedere al registro.

Tra le esperienze regionali analizzate, una in particolare si distingue per la chiarezza e l'agilità delle modalità di accesso e consultazione del registro pubblico. In Veneto la scelta dell'assistente familiare/personale è infatti agevolata dalla possibilità per l'utente di accedere a un rilevante numero di informazioni sul lavoratore domestico e, in particolare, alle sue esperienze lavorative pregresse, alle tipologie di mansioni per le quali ha maturato esperienza o quelle che è disponibile a praticare (visite medico-infermieristiche, igiene, pulizia della casa) e la sua disponibilità di essere assunto in Comuni del territorio regionale diversi da quello di residenza.

Tabella 17. Vari requisiti sono richiesti all'assistente personale/familiare per accedere al registro pubblico regionale

Requisiti per accedere al registro pubblico regionale degli Assistenti Personali/Familiari

	Possesso di qualifica o titolo di studi rilevante	Esperienza di lavoro pregressa nell'ambito della cura	Conoscenza della lingua italiana	Godimento dei diritti di soggiorno in Italia	Maggiore età	Altro
Friuli-Venezia Giulia						X
Liguria	X		X	X	X	X
Marche	X	X	X	X	X	X
P.A. di Trento	X	X		X	X	X
Sicilia			X	X	X	
Veneto	X	X	X	X	X	X
Valle d'Aosta				X	X	
Conteggio	4	3	4	6	6	5

Note: Se esiste, quali sono i requisiti per accedervi? Selezionare tutte le risposte possibili e si riportino dettagli ove necessario. Le risposte fanno riferimento esclusivamente ai registri pubblici regionali, escludendo iniziative locali o distrettuali.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

La presenza di attività di formazione per gli assistenti personali/familiari è essenziale per assicurare che questi professionisti siano adeguatamente preparati a rispondere alle esigenze specifiche delle persone non autosufficienti. A livello nazionale, una rilevante novità consiste nella definizione unitaria di percorsi e standard formativi per lo svolgimento delle attività professionali prestate nell'ambito della cura e dell'assistenza delle persone anziane non autosufficienti anche a domicilio. In particolare, in tempi brevi,

saranno emanate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali le linee guida per la definizione di standard formativi affinché le persone possano migliorare e uniformare la formazione degli assistenti personali/familiari (art. 38, comma 1, del D.lgs. 29/2024).

Anche in assenza di una normativa nazionale, negli ultimi anni alcune regioni e P.A. hanno intrapreso iniziative di formazione degli assistenti personali/familiari. Alla domanda "Esistono attività di formazione per gli Assistenti Personali/Familiari?", la maggior parte delle regioni italiane che hanno completato il questionario OCSE ha risposto affermativamente, ad eccezione di Basilicata, Calabria, Puglia e Umbria (Tabella 18).

Inoltre, esiste una notevole varietà tra regioni e P.A. nelle modalità di erogazione dei corsi. Ad esempio, il Friuli-Venezia Giulia, Veneto e Valle d'Aosta si distinguono per un approccio integrato, con corsi erogati dalla regione, dai comuni e dal Terzo settore. In altre regioni, i corsi sono erogati principalmente da un solo attore, che sia la Regione (Lombardia, Sicilia), i Comuni (Emilia-Romagna), Terzo settore (Liguria, P.A. di Bolzano, Piemonte) o altri enti (Abruzzo, Marche, Lazio, P.A. di Trento, Toscana). Alcune regioni e P.A. citano enti di formazione accreditati, associazioni di tutela dei pazienti e dei familiari, e Fondazioni come altri enti erogatori di formazione per gli assistenti personali/familiari.

Tra le varie esperienze territoriali, alcune si distinguono per l'intensità e l'ampiezza delle attività di formazione indirizzate alle assistenti personali/familiari a livello regionale e provinciale.

La P.A. di Trento offre un corso annuale e gratuito di formazione continua per gli assistenti personali/familiari iscritti al Registro provinciale. Il corso, organizzato ed erogato dalla Fondazione De Marchi, un ente strumentale della Provincia, è composto da più moduli che riguardano un ampio numero di argomenti centrali per la prestazione di assistenza integrata alla persona non autosufficiente (per esempio: la complessità della persona affetta da demenza, la relazione con l'assistito, la sicurezza in ambiente domestico) ed è impartito da più figure professionali del settore sanitario e sociale (infermieri, psicologi, farmacisti);

Nell'ambito del Progetto "Si Fa Rete", la regione Friuli-Venezia Giulia offre, in collaborazione con la Caritas regionale, un corso di formazione gratuito per gli assistenti personali/familiari, fruibile anche da remoto, finalizzato a migliorare la conoscenza delle modalità e degli strumenti di assistenza alla persona non autosufficiente (per esempio: la gestione dell'ambiente domestico, la cura dell'anziano, la relazione con la famiglia) e a promuovere l'apprendimento della lingua italiana.

In Lazio gli assistenti personali/familiari possono iscriversi a una vasta gamma di corsi di formazione gratuiti che sono finanziati dalla regione ed erogati da enti privati accreditati: l'offerta formativa riguarda alcuni argomenti centrali nell'erogazione dell'assistenza alle persone non autosufficienti (tra questi: la cura degli ambienti domestici, la corretta amministrazione dei farmaci e la comunicazione con l'assistito e la famiglia) e ammonta a 300 ore (comprehensive di un tirocinio formativo).

Tabella 18. La maggior parte delle regioni e province autonome hanno intrapreso iniziative di formazione degli assistenti personali/familiari

Esistenza di attività di formazione per gli Assistenti Personali/Familiari

Regione	Sì, erogate dalle Regioni/Provincia autonoma	Sì, erogate dai Comuni	Sì, erogate dal Terzo settore	Sì, erogate da altri enti	No
Abruzzo				•	
Basilicata					•
Calabria					•
Emilia-Romagna		•			

FVG	•	•	•		
Lazio				•	
Liguria			•		
Lombardia	•				
Marche				•	
P.A. di Bolzano			•		
P.A. di Trento				•	
Piemonte			•		
Puglia					•
Sicilia	•				
Toscana				•	
Umbria					•
Veneto	•	•	•		
Valle d'Aosta	•		•	•	

Note: Esistono attività di formazione per gli Assistenti Personali/Familiari? Selezionare tutte le risposte possibili.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

Utilizzo dei dati sui caregiver e gli assistenti personali/familiari

Alla domanda 'Quanti sono gli assistenti personali (badanti) e i caregiver familiari nella sua Regione/Provincia autonoma?' del questionario OCSE, 13 delle 18 regioni/P.A. hanno riportato che questi dati non sono disponibili oppure non hanno risposto. Da ciò si può presumere che molte regioni/P.A. italiane non dispongono di dati per la pianificazione di politiche pubbliche per gli assistenti personali o caregiver familiari, o perché questi dati non sono disponibili, o perché le regioni e P.A. non sono a conoscenza o non sanno dove trovare queste informazioni.

È interessante notare come, per quanto riguarda i dati sugli assistenti personali, la maggior parte delle regioni e P.A. non sembrano essere a conoscenza di fonti di dati pubblicamente disponibili. A titolo di esempio, solamente una regione indica di essere a conoscenza della fonte dati dell'Osservatorio DOMINA, che fornisce dati su badanti con disaggregazioni regionali e di P.A. Inoltre, solo due sono le regioni che riportano i dati disponibili all'interno dei registri pubblici degli assistenti familiari, sebbene in molte regioni e p.A. questi registri pubblici sono attivi e operativi.

Tra le regioni che hanno risposto positivamente, i dati sugli assistenti personali provengono dalle seguenti fonti:

- Osservatorio Domina (Friuli Venezia Giulia);
- Osservatorio INPS Lavoratori domestici (Toscana);
- flussi informativi dedicati (flusso informativo FNA in Lombardia);
- dati del registro pubblico assistenti familiari (Veneto e Valle d'Aosta);

Per quanto riguarda i caregiver familiari, le poche regioni che riescono a quantificare il numero di caregiver familiari operativi nella regione, riportano di utilizzare le seguenti fonti:

- flussi informativi dedicati (Flusso Prometeo in Veneto, flusso FNA in Lombardia);
- stime sulla base del numero di persone che hanno ottenuto contributi in qualità di caregiver familiare (Valle d'Aosta, ai sensi della DGR 484/2022); persone destinatarie di contributo a valere sul Fondo nazionale per il sostegno al caregiver familiare (Toscana).

Le riforme e gli interventi nazionali in corso

Sono numerose le riforme, gli interventi e gli investimenti a livello nazionale attualmente in corso, la maggior parte dei quali previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che riguardano l'assistenza alle persone non autosufficienti (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023^[64]). Questi coinvolgono, direttamente o indirettamente, la condizione giuridica, la tutela e la formazione dei caregiver familiari e gli assistenti familiari/personali, nonché il rapporto tra domanda di cura e offerta di assistenza informale. Inoltre, sono presenti misure relative alla formazione del personale sanitario, sociosanitario e sociale che eroga servizi a domicilio, al lavoro multidisciplinare nell'ambito della valutazione del bisogno delle persone anziane non autosufficienti e al rapporto tra domanda e offerta di servizi di assistenza domiciliare.

Riforma dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti

All'interno della Missione 5 "Inclusione e Coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore" è prevista la riforma della non autosufficienza (legge delega 33 del 2023 "Politiche in favore della popolazione anziana") volta ad introdurre una nuova disciplina organica per l'invecchiamento attivo e nel settore della Long-Term Care per le persone anziane non autosufficienti (Cembriani, 2024^[65]). A livello nazionale, in attuazione della riforma, sono state recentemente approvate nuove disposizioni e misure che riguardano il settore formale e quello informale nel campo dell'assistenza continuativa alle persone anziane non autosufficienti. In particolare, di rilievo sono alcune disposizioni contenute nel Decreto legislativo 29/2024:³¹

Per i caregiver familiari e gli assistenti familiari/personali:

- Sostegno alla regolarizzazione dell'assunzione di assistenti familiari/personali mediante la sperimentazione di erogazioni monetaria integrative dell'indennità di accompagnamento con vincolo di utilizzo (artt. 36 e 37);
- Previsione dell'obbligo per tutte le regioni di istituire un apposito registro regionale degli assistenti familiari per facilitare l'incontro tra domanda e offerta di assistenza (art. 38, comma 3);
- Introduzione di standard formativi omogenei per gli assistenti personali/familiari mediante definizione di linee guida nazionali (art. 38, comma 1);

Per il personale sanitario, sociosanitario e sociale che eroga servizi a domicilio:

- Ruolo del personale nelle misure di rafforzamento dell'erogazione di interventi di sanità preventiva a domicilio (art. 9);
- Collaborazione del personale con la famiglia, la comunità e il Terzo settore che assistono la persona anziana non autosufficiente per garantire la continuità delle informazioni e delle risposte ai bisogni di cura della persona anziana non autosufficienti (art. 25);
- Collaborazione del personale sanitario, sociosanitario e sociale e integrazione delle competenze professionali nella nuova valutazione multidimensionale della non autosufficienza e nella definizione del Piano di assistenza individuale (art. 27);
- Previsione di nuovi percorsi formativi per lo svolgimento delle attività professionali prestate dal personale nell'ambito della cura e dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti anche a domicilio (art. 38, comma 1).

Nei prossimi mesi, il decreto legislativo recentemente approvato troverà attuazione nei territori regionali: in particolare, le regioni e le province autonome dovranno adeguare la legislazione e la programmazione

³¹ Decreto legislativo 29/2024 "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 33/2023" reperibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/03/18/24G00050/sg>.

degli interventi in materia di non autosufficienza alle nuove disposizioni nazionali (Gori, 2023^[66]), anche coordinandole con quelle in materia di disabilità che entreranno in vigore nel prossimo futuro.

Riforma in materia di disabilità

All'interno della Missione 5 "Inclusione e Coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore" è inoltre prevista la riforma della condizione delle persone con disabilità e, in particolare, con la Legge delega 227/2021 "Delega al Governo materia di disabilità" è stata prevista l'emanazione di numerosi interventi e misure all'interno di più decreti attuativi che sono ancora oggi in discussione.

Oltre all'introduzione di una nuova definizione di disabilità, saranno introdotti due strumenti innovativi che sono rilevanti per la costruzione di un sistema di cura integrato e centrato sulla persona non autosufficiente: la valutazione unica di base e il Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato (Vivaldi, 2022^[67]). Inoltre, numerose sono le disposizioni e le misure che riguardano il settore formale e informale dell'assistenza alle persone non autosufficienti. In particolare:

Per i caregiver familiari e gli assistenti familiari/personali:

- Previsione del ruolo del caregiver familiare nella definizione del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e collaborazione con le figure professionali coinvolte;
- Rafforzamento del ruolo dell'assistente familiare nell'attuazione del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato;
-

Per il personale sanitario, sociosanitario e sociale che eroga servizi a domicilio:

- Collaborazione del personale sanitario, sociosanitario e sociale e integrazione delle competenze professionali nella nuova valutazione multidimensionale della disabilità;
- Ruolo del personale nella definizione del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e nella garanzia dell'effettivo godimento dei diritti della persona con disabilità;
- Collaborazione del personale con la famiglia della persona non autosufficiente;
- Previsione di nuove figure professionali con il compito di curare la realizzazione del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

Come nel campo della non autosufficienza, anche la riforma in materia di disabilità è ancora in corso e troverà nuovo slancio con l'approvazione dei decreti attuativi nei prossimi mesi. Allo stesso modo, anche in questo caso, le regioni e le province autonome saranno chiamate a rivalutare la legislazione e la programmazione alla luce delle nuove disposizioni nazionali.

Riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale

La Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale (Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale). Il principale decreto attuativo della riforma in corso è il Decreto del Ministero della Salute 77 del 2022 (DM 77/2022 "Standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio sanitario nazionale"). Tra i numerosi obiettivi, il DM prevede la realizzazione di un articolato modello organizzativo dell'assistenza territoriale e promuove l'integrazione sociosanitaria tanto sul piano istituzionale che professionale e, inoltre, promuove il potenziamento dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) per la presa in carico del 10% della popolazione anziana over 65 entro il 2026 (Pesaresi, 2022^[68]). Prevede inoltre alcune disposizioni che riguardano il ruolo del settore informale e quello formale nell'assistenza domiciliare alle persone anziane non autosufficienti. In particolare:

Per i caregiver familiari e assistenti familiari/personali:

- Riconoscimento del caregiver familiare come risorsa del sistema sociosanitario;
- Valorizzazione e promozione del coinvolgimento attivo del caregiver familiare nei processi decisionali nel settore sanitario e sociosanitario, nei percorsi di sanità d'iniziativa e nella redazione del Piano di assistenza individuale (PAI);
- Valorizzazione del ruolo del caregiver nell'attuazione della telemedicina;
- Misure per il supporto attivo, l'orientamento, l'affiancamento e la formazione del caregiver familiare;

Per il settore formale (personale sanitario, sociosanitario e sociale che eroga servizi a domicilio):

- Nuovi strumenti e modalità dell'integrazione tra figure professionali sanitarie e sociali (medico di medicina generale, infermiere, specialista, farmacista, psicologo, assistente sociale ed altri);
- Previsione del ruolo del case manager assumibile da una delle figure professionali coinvolte;
- Promozione dell'attività delle équipes multiprofessionali all'interno delle Case della Comunità;
- Previsione della nuova figura professionale dell'infermiere di famiglia o di comunità che persegue l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti al fine di porre al centro la persona, e interagisce con la famiglia e la comunità di riferimento;
- Misure per la formazione continua e interprofessionale del personale;
- Nuovi standard sulla dotazione del personale nelle strutture sanitarie e sociosanitarie (1 infermiere di famiglia o di comunità ogni 3.000 abitanti) e per l'erogazione dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI);

L'attuazione del Decreto è ancora in corso (Gabriele, 2023^[69]) e proseguirà fino al 2026. Come emerge dalle risposte al questionario, la maggior parte delle regioni e province autonome indicano di essersi scontrate con alcune difficoltà comuni nell'attuazione del DM 77/2022 e, in particolare, con la carenza di personale per l'implementazione del nuovo modello di assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale.

Interventi per la formazione lavorativa e per la lotta al lavoro sommerso

Altrettanto rilevanti per il settore informale e formale nel campo dell'assistenza alle persone non autosufficienti sono alcuni interventi in materia di politiche attive del lavoro, formazione e lotta al lavoro sommerso previsti dalla Componente 1 Missione 5 "Inclusione e Coesione". In particolare, all'interno del Piano Nazionale per la lotta al lavoro sommerso (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2022^[70]) e del Piano Nazionale Nuove Competenze (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021^[71]) sono presenti le seguenti misure:

Per i caregiver familiari e assistenti familiari/personali:

- Strumenti e incentivi per la regolarizzazione del lavoro domestico prestato dagli assistenti familiari/personali (modifica della disciplina dell'indennità di accompagnamento, bonus copertura dei costi sostenuti in ambito domestico, modifica della disciplina del Libretto Famiglia, voucher e buoni lavoro, Portale per il lavoro domestico);

Per il personale sanitario, sociosanitario e sociale che eroga servizi a domicilio:

- Percorsi di aggiornamento, riqualificazione e riorganizzazione in modalità integrata delle competenze dei professionisti sanitari e sociosanitari;
- Attività di formazione per il rafforzamento delle competenze digitali anche per il personale sanitario e sociosanitario che eroga servizi domiciliari;

Ad oggi, le regioni e le province autonome portano avanti l'attuazione delle misure e degli strumenti illustrato attraverso la programmazione e l'organizzazione degli interventi che tengano conto delle esigenze e caratteristiche dei rispettivi territori.

Proposte di riforma della condizione giuridica del caregiver familiare

A livello nazionale, l'evoluzione del sistema di cura integrato e incentrato sulla persona non autosufficiente riconosce e valorizza la centralità del ruolo della famiglia nella fornitura di cura e assistenza (Borrelli, 2020^[72]). In particolare, numerose sono le proposte di legge finalizzate a riformare organicamente la condizione e la disciplina del caregiver familiare attualmente in discussione (Orrù, 2021^[73]).

In particolare, numerose sono le disposizioni e le misure contenute nelle proposte di legge (Servizio Studi Affari Sociali della Camera dei Deputati, 2024^[74]). In particolare, dall'analisi del contenuto delle proposte di legge emergono alcune linee comuni di intervento:

- Definizione uniforme del caregiver familiare;
- Previsione di strumenti di nomina, modifica e revoca delle potestà e dei diritti esercitabili dal caregiver familiare,
- Rafforzamento del rapporto del caregiver familiare con i servizi pubblici territoriali e natura del suo ruolo rispetto al settore formale di assistenza;
- Modalità di partecipazione del caregiver familiare al procedimento di valutazione multidimensionale della non autosufficienza e della disabilità e alla definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI);
- Previsione di benefici e misure per la conciliazione tra attività lavorativa e attività di assistenza del caregiver familiare (rimodulazione dell'orario del lavoro, telelavoro, permessi, congedi, trasferimento, ferie solidali e servizi di welfare aziendale integrativo);
- Previsione di sostegni economici e di servizi per la promozione del benessere psicofisico del caregiver familiare (servizi di sollievo, supporto psicologico, servizi d'informazione, buoni e indennità, agevolazioni fiscali per le spese di assistenza);
- Previsione di percorsi formativi volti al riconoscimento e alla certificazione delle competenze acquisite dal caregiver familiare e di programmi di ricollocazione lavorativa;
- Misure per promuovere la partecipazione delle associazioni maggiormente rappresentative dei caregiver familiari all'elaborazione delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali (registri pubblici dei caregiver familiari a livello regionale e locale).

La discussione delle proposte di legge per la riforma dello status giuridico del caregiver familiare è ancora in corso. In ogni caso, la ventura legislazione dovrà tenere conto delle disposizioni e delle misure previste in favore del caregiver familiare nella riforma della non autosufficienza. Anche in questo caso le regioni e le province autonome saranno chiamate ad adeguare la legislazione regionale alle nuove norme nazionali.

Sistemi informativi e interoperabilità

L'importanza dei sistemi informativi sociali e sanitari per la popolazione non autosufficiente è un tema rilevante nel panorama dell'assistenza sociosanitaria in Italia. La non autosufficienza richiede un'assistenza coordinata e costante, rendendo fondamentale l'esistenza di sistemi informativi efficienti. Questi sistemi non solo facilitano la gestione delle informazioni sanitarie e sociali, ma sono anche cruciali nel supportare i responsabili politici, i professionisti sanitari e i pazienti stessi.

Per i responsabili delle politiche sanitarie e sociali, l'accesso a dati accurati e aggiornati è vitale per formulare decisioni informate. Un sistema informativo ben strutturato consente di monitorare la situazione della popolazione non autosufficiente, valutare l'efficacia delle politiche attuate e pianificare interventi futuri basati su evidenze concrete.

Per i professionisti che operano nel campo dell'assistenza sanitaria e sociale, l'accesso ai dati dei pazienti è un aspetto cruciale. Un sistema informativo facilita la condivisione di informazioni tra diversi operatori, assicurando che ogni professionista abbia una visione completa del percorso di cura del paziente. Ciò permette di offrire un'assistenza personalizzata e mirata, risparmiare tempo, migliorando l'efficacia degli interventi e la qualità dell'assistenza.

Infine, per i pazienti, avere accesso ai propri dati sanitari e sociali significa essere più coinvolti nel proprio percorso di cura. Questo contribuisce a una maggiore consapevolezza delle proprie condizioni di salute e a una migliore gestione della propria situazione.

L'interoperabilità – la capacità di due o più sistemi di comunicare tra loro e di scambiare dati, in modo efficiente e sicuro (Slawomirski et al., 2023^[75]) (OECD, 2021^[76]) – tra i sistemi sanitari e sociali riveste un ruolo cruciale nell'ottimizzare l'efficienza, ridurre i tempi di gestione per i professionisti e facilitare analisi dei dati più dettagliate e significative. Tuttavia, l'interoperabilità è ancora in uno stadio iniziale in Italia e in molti Paesi OCSE.

Questo capitolo è strutturato nel modo seguente. In primo luogo, si offre una panoramica del sistema di informazione sociale in Italia relativo ai servizi domiciliari per la popolazione non autosufficiente, esaminando le opportunità e le problematiche ad esso correlati. In secondo luogo, si discute il sistema di informazione sanitaria in Italia, mettendo in luce i benefici e le difficoltà. Nella terza parte e quarta parte, si analizzano rispettivamente i sistemi informativi regionali (sia sanitari che sociali) e le sfide per l'interoperabilità e l'integrazione. In seguito, il capitolo conclude con esempi di pratiche internazionali, che forniscono un contesto globale e delle prospettive comparate.

I sistemi informativi del settore sociale

L'ambito dei sistemi informativi del settore sociale in Italia presenta una realtà frammentata e risulta meno avanzato rispetto ai sistemi informativi del settore sanitario. La digitalizzazione non è ancora un approccio ampiamente adottato; al contrario, sembra che le soluzioni cartacee siano ancora privilegiate da molti comuni e enti erogatori locali. In aggiunta, la letteratura sull'argomento è scarsa, poiché questa tematica è stata a lungo trascurata sia nel dibattito pubblico che nella letteratura accademica. Tuttavia, la creazione di un sistema nazionale di informazione sociale (*Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali* – SIUSS)

dovrebbe progressivamente spingere i comuni e i fornitori di servizi sociali a raccogliere e riportare le informazioni in maniera standardizzata, privilegiando l'utilizzo di soluzioni digitali. Questo rappresenta un cambio di paradigma significativo per il settore, orientando le pratiche verso una maggiore efficienza e integrazione.

Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali

Il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS), istituito con D. Lgs. 147/2017, è la banca dati, gestita da INPS, per la raccolta delle informazioni relative alle prestazioni sociali erogate da tutti gli Enti centrali dello Stato, gli Enti locali, gli organismi gestori di forme di previdenza e assistenza obbligatorie. Gli operatori privati sono esclusi dalla raccolta dati.

L'istituzione del SIUSS mira a garantire una conoscenza completa dei bisogni sociali e delle prestazioni fornite dal sistema di interventi e servizi sociali. Questo include tutte le informazioni necessarie per la pianificazione, gestione, monitoraggio e valutazione delle politiche sociali. Inoltre, il sistema ha il compito di vigilare sul rispetto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), intensificare i controlli su benefici indebitamente ottenuti e fornire un database unificato utile per la pianificazione e la progettazione integrata degli interventi. Infine, il SIUSS è utilizzato per l'elaborazione di dati a scopi statistici, di ricerca e di studio (OECD, 2023^[34]).

Fanno parte del SIUSS e sono di particolare interesse ai fini di questo progetto:

- Le banche dati delle prestazioni sociali (PS) e la banca dati delle prestazioni sociali agevolate (PSA) per quanto riguarda la raccolta dei dati sulle prestazioni SAD e ADI (per la componente sociale) erogate.
- La banca dati disabilità e non autosufficienza (SINA) per i dati di valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti beneficiarie di prestazioni a carattere domiciliare.

Le principali sfide

Il database SIUSS si configura come una risorsa informativa di straordinario valore. Questo sistema contribuisce significativamente all'arricchimento del panorama informativo, fornendo dati dettagliati riguardanti l'offerta di servizi, le professioni implicate e una vasta gamma di altri aspetti rilevanti.

Tuttavia, le regioni-PA stanno ancora adattando i propri sistemi informativi per rispondere alle esigenze informative richieste da questi nuovi standard. La raccolta dei dati a livello regionale e locale è stata storicamente configurata per soddisfare le necessità specifiche di ciascun contesto regionale, e sta solo in questi ultimi anni conoscendo una trasformazione rilevante a seguito dell'introduzione del SIUSS (Lisetto, Marcolin and Tomasin, 2014^[77]).

Infatti, nonostante il potenziale del SIUSS, la sua alimentazione rimane limitata. Di conseguenza, i dati raccolti non sono rappresentativi della realtà, limitando notevolmente l'utilizzo di queste informazioni nell'analisi delle politiche e nei processi decisionali.

Ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 147, la trasmissione di dati al SIUSS da parte degli Enti è obbligatoria (con una periodicità non superiore a tre mesi) e il mancato rispetto di questa disposizione comporta l'applicazione di sanzioni specifiche. Ad esempio, il mancato invio dei dati e delle informazioni da parte del funzionario responsabile, nel caso in cui si accerti una fruizione illegittima di prestazioni non comunicate, costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale (INPS, 2022^[78]).

Nonostante l'esistenza di una normativa e di sanzioni, molti comuni non riescono a trasmettere dati nei tempi previsti dalla legge. Secondo una recente indagine condotta presso i Comuni italiani³² (PAS, 2020_[79]), solo il 38% delle prestazioni sociali erogate vengono trasmesse al SIUSS (e di questa percentuale, solo il 19% viene trasmesso regolarmente e sistematicamente). Il problema si estende anche al database SINA (una componente del SIUSS), che è di particolare interesse per la popolazione non autosufficiente: solo il 29% dei servizi erogati viene effettivamente riportato.

Nell'ambito della rendicontazione nel settore sociale, persiste ancora un approccio tradizionale che si basa su sistemi cartacei anziché su soluzioni digitali. L'indagine PAS mostra che una parte significativa dei servizi di assistenza sociale erogati, pari al 77%, non è gestita da software (ovvero è gestita attraverso registrazioni cartacee e/o digitali rudimentali, come database generici come Access o Excel). Solo l'11% dei servizi viene gestito utilizzando soluzioni software dedicate, mentre il 10% si affida a un approccio misto, combinando metodi digitali e cartacei.³³

La maggior criticità per il popolamento del SIUSS riguarda la mancanza di personale dedicato e di formazione adeguata (48%). Altre sfide segnalate dal questionario PAS riguardano aspetti tecnici (disponibilità di supporti tecnici e informatici) e organizzativi (il coordinamento tra strutture esterne ed enti comunali) (PAS, 2020_[79]).

Un'altra sfida è la diversità delle soluzioni digitali utilizzate da vari fornitori di servizi: secondo il rapporto PAS, sono in uso 263 diversi sistemi software tra i comuni di tutto il paese (PAS, 2020_[79]). Questa varietà di soluzioni digitali crea significative barriere alla rendicontazione e all'integrazione dei sistemi informativi, poiché ciascun software potrebbe avere funzionalità uniche, formati dati e requisiti di compatibilità diversi. Questo è dovuto al fatto che spesso ciascuna ASL e comune si è informatizzata in modo indipendente nel corso del tempo, portando a una frammentazione significativa con centinaia di software diversi in uso anziché un sistema unificato (Lisetto, Marcolin and Tomasin, 2014_[77]).

Infine, come evidenziato da alcuni stakeholders intervistati, una piena consapevolezza dell'importanza dell'accessibilità e dell'interoperabilità dei dati è ancora carente nel settore sociale. La rendicontazione è spesso vista come mero adempimento burocratico piuttosto che come uno strumento utile all'operatore. La percezione dei vantaggi della digitalizzazione non è ancora diffusa tra gli operatori, molti dei quali continuano a preferire la documentazione cartacea. Questa visione deriva in parte dalla natura degli strumenti a disposizione degli operatori sociali, che richiedono loro la rendicontazione a valle degli interventi e li inducono a percepire la rendicontazione come un mero adempimento e un compito aggiuntivo piuttosto che uno strumento utile e parte integrante del loro lavoro. Attraverso l'adozione di soluzioni digitali come le cartelle sociali informatizzate, esaminate nella sezione seguente, la rendicontazione diventa parte integrante del lavoro dell'operatore e viene percepita come uno strumento che apporta benefici diretti in termini di accesso a informazioni e automatizzazione dei processi.

Cartella sociale informatizzata

La Cartella Sociale Informatizzata (CSI) in Italia rappresenta un approccio moderno alla gestione dell'assistenza sociale che offre diversi vantaggi (ANCI, 2022_[80]):

- Standardizza la gestione dell'assistenza attraverso parametri condivisi, aiutando gli operatori sociali a strutturare efficacemente il processo di aiuto e garantendo coerenza nella erogazione dei servizi.

³² L'indagine è stata condotta tramite questionario online ai 7.876 Comuni con popolazione residente fino a 150 00 abitanti al 31/12/2019, tra il 30/07/2020 e il 31/10/2020.

³³ Inoltre, è in corso uno sforzo per acquisire software per il 2% dei servizi forniti.

- Contribuisce a uniformare il vocabolario utilizzato tra i diversi servizi, migliorando la chiarezza nella comunicazione.
- Consente la rendicontazione immediata del lavoro, il che migliora la trasparenza e l'efficienza.
- Semplifica la gestione dei debiti informativi e mantiene aggiornato il registro degli utenti, fondamentale per un'erogazione efficace dei servizi.
- La gestione dei documenti all'interno del sistema è facilmente accessibile, e la piattaforma può essere utilizzata in remoto, offrendo flessibilità e reattività.
- La compatibilità con dispositivi mobili come smartphone e Tablet ne aumenta la convenienza anche per gli operatori sociali.

L'implementazione dei servizi sociali in Italia rientra nella competenza dei comuni, i quali detengono la libertà di scegliere se adottare o meno la CSI. In assenza di obblighi normativi a riguardo, ogni comune ha la discrezionalità nel decidere l'approccio più adeguato alle proprie esigenze e risorse. A fronte di questa mancanza di obbligo normativo, emergono delle discrepanze notevoli nell'adozione delle CSI nel territorio italiano.

È difficile quantificare con esattezza l'adozione della CSI nel territorio: attualmente in Italia non è presente un sistema di monitoraggio specifico per verificare l'effettiva implementazione e utilizzo della CSI a livello nazionale o locale. Tuttavia, alcune considerazioni possono essere fatte a partire dall'analisi del Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia', le interviste con gli stakeholders, e la letteratura.

La Figura 4 mostra che la maggior parte delle regioni che hanno risposto al questionario OCSE 2024, ad eccezione del Veneto, del Piemonte, e della P.A. di Bolzano³⁴, hanno implementato almeno una soluzione di CSI, o hanno messo in atto linee guida e/o piani strategici per avviarne l'implementazione (Puglia). Tuttavia, l'implementazione varia tra le regioni: alcune hanno adottato una CSI in tutta la regione, altre soltanto in alcuni comuni, mentre altre ancora si trovano in una fase sperimentale del processo.

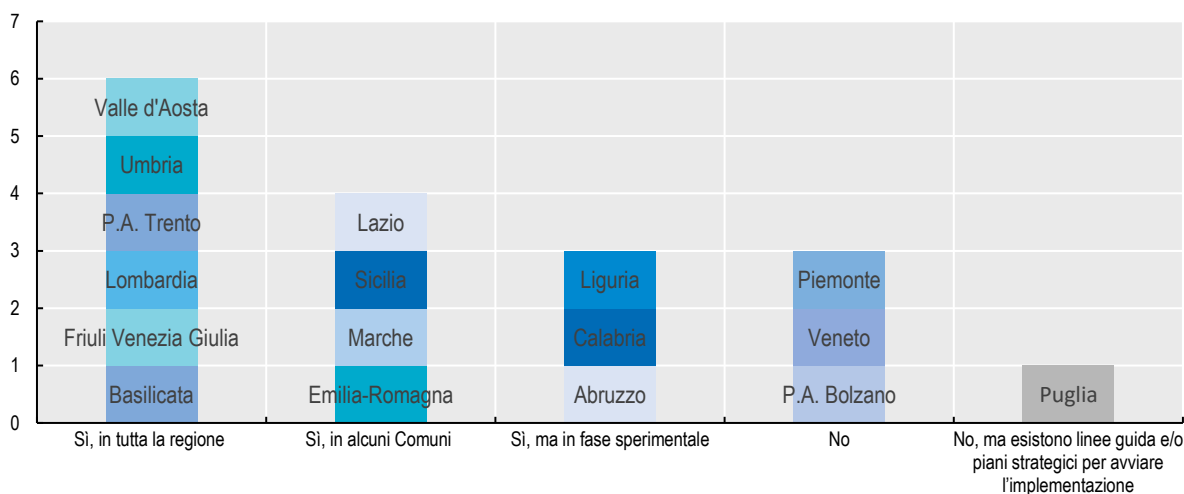
Le interviste con gli stakeholders confermano che, in confronto ai 7900 comuni, l'adozione di queste soluzioni innovative rimane limitata a poche centinaia di unità. Esistono variazioni significative tra regioni e all'interno delle regioni stesse. Marche, Umbria e Lombardia hanno adottato strumenti di CSI unici per la totalità o quasi totalità del territorio. Esistono poi singole città, tra cui Torino, Milano, Genova, Messina e Bari, che hanno realizzato investimenti autonomi e innovativi nel campo delle cartelle sociali informatizzate.

Inoltre, nonostante la presenza di CSI in alcune realtà Italiane, spesso questa risorsa digitale viene utilizzata in modo limitato, lasciando inesplorate molte delle sue funzionalità e potenzialità.

³⁴ Nella P.A. di Bolzano, il servizio Aiuto domiciliare sociale viene gestito in Alto Adige dalle Comunità Comprensoriali e dall'Azienda Servizi Sociali, che sono enti autonomi. Per il momento non utilizzano una documentazione assistenziale uniforme ma vengono ancora gestiti in forma cartacea. Per poter supportare in futuro queste attività anche tramite un software, la Provincia, che ha la competenza di coordinare gli enti, ha avviato, pertanto, un progetto con l'obiettivo di sviluppare una documentazione assistenziale e di supporto uniforme su tutto il territorio.

Figura 4. Esistenza di una cartella sociale informatizzata in uso nella Regione/Provincia autonoma

Numero di regioni/province autonome, per risposta



Note: Esiste una cartella sociale informatizzata in uso nella sua Regione/Provincia autonoma?. La Toscana non ha risposto ha questa parte del questionario.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza socio-sanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

Esiste un'importante eterogeneità nei processi di implementazione della CSI adottati dalle regioni e P.A. italiane. Mentre alcune regioni hanno coordinato e guidato il processo di implementazione della CSI, altre hanno lasciato i comuni organizzarsi in maniera indipendente.

Ad esempio, nel Friuli-Venezia Giulia, che ha uno storico decennale sull'esperienza della CSI (Lisetto, Marcolin and Tomasin, 2014^[77]), la CSI è stata messa a disposizione dalla Regione, e il sistema è stato progressivamente implementato in collaborazione con gli Ambiti sociali territoriali.

Nella P.A. di Trento, la CSI è stata implementata e diffusa su tutto il territorio provinciale con un intervento guidato dalla Provincia. In Lombardia, i Comuni hanno acquistato soluzioni di CSI presenti sul mercato in compliance con le linee guida 1.0 di Regione Lombardia, anche grazie a criteri premiali promossi dalla regione³⁵. Nel Lazio, il sistema è stato messo a disposizione dei distretti socio-sanitari e dei comuni che li compongono, e la Regione ha effettuato azioni di formazione e ha approvato uno schema di convenzione tra la Regione stessa e i distretti per il loro utilizzo (Determinazione 10 marzo 2022, n. G02801). In Puglia, la Regione ha recentemente avviato un progetto per la realizzazione della Cartella Sociale Elettronica regionale.

Al contrario, in altre regioni-PA, l'implementazione della CSI è avvenuta a macchia di leopardo e senza coordinazione a livello regionale o di provincia autonoma. È il caso ad esempio della Liguria, in cui attualmente la cartella sociale informatizzata è in uso principalmente nel Comune di Genova, mentre negli altri comuni si osservano situazioni diversificate. L'Emilia-Romagna riporta una difficoltà a raccogliere informazioni riguardo all'implementazione, vista la gestione comunale della CSI.

In questo sistema frammentato caratterizzato da una varietà di approcci e pratiche differenti, esempi di buone pratiche regionali sono riportati nella Box 8.

³⁵ Criterio premiale introdotto dalla stessa Regione nel 2017 con il FNPS 2016.

Box 8. Le esperienze regionali di utilizzo della Cartella Sociale Informatizzata

La Lombardia ha svolto un ruolo attivo nella promozione e nell'utilizzo della CSI nel territorio lombardo, in collaborazione con ANCI Lombardia e gli Ambiti Territoriali e i Comuni. Questa collaborazione ha portato a importanti iniziative per sensibilizzare gli operatori sociali all'incremento della dematerializzazione dei processi di assistenza, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Tra le attività promosse ci sono corsi di formazione online sulla Cartella Sociale Informatizzata, finalizzati a fornire competenze e sensibilizzare gli operatori sociali sull'uso efficace della CSI (ANCI Lombardia, 2022^[81]); (ANCI, 2022^[80]). Questi corsi mirano a favorire una maggiore adozione e dematerializzazione dei processi di assistenza.

Inoltre, la Regione Lombardia ha predisposto un Piano per l'Attuazione di Iniziative a Sostegno dell'utilizzo della cartella sociale (Regione Lombardia, 2021^[82]), attraverso il quale sono state predisposte varie iniziative atte a promuovere l'adozione e l'utilizzo della CSI.

Tra queste attività si citano delle linee guida per definire elementi informativi comuni e dati minimi per le CSI, contribuendo a superare l'eterogeneità delle soluzioni implementate nei diversi Ambiti territoriali (Regione Lombardia, 2019^[83]).

Attraverso il *Protocollo di Intesa per l'Utilizzo e lo Sviluppo della Cartella Sociale Informatizzata* sono state anche stabilite regole tecniche per garantire l'interoperabilità delle diverse soluzioni CSI, consentendo una comunicazione efficace tra professionisti e enti coinvolti nel percorso socio-assistenziale.

Inoltre, sono state previste premialità per l'adozione della CSI, incentivando così la sua adozione da parte dei territori. Infine, nel 2019, la Regione Lombardia ha condotto un'azione di monitoraggio per valutare lo stato di attuazione dei percorsi di adozione della CSI nei singoli territori, utilizzando questionari e indicatori di utilizzo della CSI.

Ad oggi tutti i 91 ATS hanno adottato, sia in gestione singola che associata dei servizi sociali, una soluzione informatica di CSI. Inoltre, la Regione Lombardia sta attualmente visitando i 91 ATS per presidiare il grado di utilizzo della CSI per intraprendere azioni di miglioramento. Si stima che, nella seconda metà del 2019, oltre il 50% degli utenti dei servizi sociali è stato profilato attraverso la CSI.

Un esempio emblematico di implementazione riuscita di cartella sociale informatizzata è rappresentato dalla piattaforma SISO (Sistema Informativo Sociale) un prodotto della Regione Umbria sviluppato da Umbria Digitale. Questo sistema, inizialmente destinato ai comuni umbri, è stato successivamente esteso alla Regione Marche. Sia in Umbria che nelle Marche si osserva una larga utilizzazione del sistema da parte dei comuni. Anche i comuni che non impiegano direttamente il sistema lo usano come hub per interfacciarsi con il SIUSS, assicurando così il rispetto degli adempimenti di alimentazione.

Tramite il Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia', alle regioni e province autonome è stato richiesto di identificare gli ostacoli all'implementazione e all'utilizzo della CSI. La Tabella 19 illustra che gli ostacoli più comunemente riportati sono la mancanza di strumenti tecnici o informatici adeguati, le problematiche legate alla privacy, e la resistenza da parte degli operatori dei servizi sociali (indicati da 7 regioni). Altre difficoltà includono la mancanza di personale (segnalata da 5 regioni), la bassa priorità politica (citata da 4 regioni) e la mancanza di fondi (menzionata da 3 regioni). Infine, un due enti hanno indicato la mancanza di formazione come una sfida nell'adozione della cartella sociale informatizzata. Altre regioni riportano ulteriori difficoltà. Ad esempio, la Liguria menziona che il processo di informatizzazione non è uniforme in tutti i comuni. La regione Marche

sottolinea la mancanza di integrazione della CSI con il sistema sanitario. L'Emilia Romagna evidenzia l'assenza di una governance unificata come ostacolo chiave al percorso di implementazione.

Tabella 19. Le regioni e province autonome riportando di riscontrare vari ostacoli all'implementazione e utilizzo della cartella sociale informatizzata

	Mancanza di strumenti tecnici/informatici adeguati	Problematiche legate alla privacy	Resistenza da parte degli operatori dei servizi sociali	Mancanza di personale	Bassa priorità politica	Mancanza di fondi	Mancanza di formazione	Altro
Abruzzo	X			X				X
Basilicata		X	X	X				
Calabria	X			X			X	
Emilia-Romagna	X				X	X		
Friuli V.G.		X	X					
Liguria								X
Lombardia	X	X	X					
Marche	X	X			X	X		X
Piemonte			X		X			
P.A. di Bolzano								X
Puglia		X						
Sicilia		X			X			
Umbria			X	X				
Valle d'Aosta	X		X					
Veneto	X	X	X	X		X	X	
Conteggio	7	7	7	5	4	3	2	4

Note: Quali sono i principali ostacoli all'implementazione e all'utilizzo della cartella sociale informatizzata? Selezionare tutte le risposte possibili. Trento, Lazio e Toscana non hanno risposto a questa parte del questionario.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

Riforme e misure attualmente in corso a livello nazionale

L'analisi presentata nella sezione precedente evidenzia una serie di sfide che le regioni devono affrontare per integrare con successo la tecnologia nell'ambito dei servizi sociali, sottolineando la necessità di un approccio olistico che consideri aspetti tecnici, formativi, organizzativi e di policy. Di fronte a queste sfide, l'Italia sta adottando diverse misure innovative per potenziare i propri sistemi informativi sociali.

Formazione e sensibilizzazione

È stato recentemente concluso il percorso formativo sul SIUSS, organizzato da INPS, iniziato a settembre 2022 e rivolto agli enti erogatori di prestazioni sociali su scala nazionale. L'obiettivo principale del corso era quello di aumentare la consapevolezza sull'importanza di trasmettere al SIUSS le informazioni relative alle prestazioni sociali e di illustrare il funzionamento del sistema per la trasmissione e consultazione dei dati. A questo scopo, sono state organizzate sessioni formative per circa cento enti per regione. Questi incontri sono stati concepiti per essere il più coinvolgenti e motivanti possibile, includendo anche video "in pillole" su temi specifici, al fine di guidare gli utenti verso un utilizzo pratico ed efficace del SIUSS tramite il portale web (INPS, 2022^[78]).

L'INPS, inoltre, ha sviluppato una rete territoriale mirata a intensificare la collaborazione con università e comuni, e a promuovere la sensibilizzazione sul territorio. I referenti territoriali dell'INPS (circa due o tre per regione) svolgono un ruolo chiave in questo processo, organizzando e partecipando a sessioni

formative, soprattutto con quegli enti che non hanno preso parte alle precedenti iniziative formative promosse dall'INPS. Questi referenti costituiscono l'interfaccia diretta dell'INPS sul territorio, facilitando la comunicazione e fornendo chiarimenti, rispondendo a dubbi e necessità delle varie entità locali.

Divulgazione dei dati esistenti

Al fine di divulgare i dati raccolti attraverso varie fonti, è stato creato il Portale per l'Analisi Sociale (PAS), operativo dal 2023 (INPS, n.d.^[84]) (Invitalia, n.d.^[85]). Lo scopo del PAS è fornire a Regioni, Province autonome, Ambiti territoriali sociali (ATS), Comuni e altri enti di servizi sociali, strumenti avanzati di business intelligence. Questi strumenti sono pensati per facilitare l'analisi approfondita dei dati, assistendo nella programmazione, nel controllo e nella valutazione delle iniziative legate alle politiche sociali.

Il PAS rappresenta uno strumento prezioso in quanto integra i dati di diverse banche dati, tra cui SIUSS, SII, SIOSS, e ISTAT, disaggregandoli per fasce di popolazione (età, genere, residenza, fasce di reddito), e fornisce informazioni dettagliate sull'erogazione delle prestazioni e sul numero di beneficiari.³⁶ È previsto che l'efficacia e la capacità informativa del PAS aumenteranno progressivamente all'aumentare della quantità e della qualità dei dati inseriti nel SIUSS.

Un altro obiettivo del PAS è promuovere una consapevolezza più ampia sull'importanza della programmazione basata sui dati piuttosto che sulla spesa storica. Se le figure di vertice utilizzatori del PAS comprendono il valore dei dati, potranno incentivare gli erogatori di servizio a digitalizzare i processi, trasformando così il modo in cui il settore sociale opera e viene programmato.

Incentivi alla digitalizzazione

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) mette a disposizione fondi specifici per incentivare il passaggio dal cartaceo al digitale e permettere ai comuni di sviluppare una CSI. L'obiettivo è risolvere alla radice la problematica legata all'alimentazione del SIUSS, riconoscendo che questa rappresenta l'unica via praticabile.

Sistemi informativi nel settore sanitario

La spinta verso l'informatizzazione nei settori sanitari in Italia risale agli anni '90, quando è stato introdotto il flusso informativo SIAD a livello nazionale. Questo flusso informativo ha imposto agli enti sanitari, in particolare ai distretti sanitari, l'obbligo di inviare informazioni digitali a livello nazionale. Questo ha rappresentato un'importante spinta all'adozione di tecnologie digitali nel settore della salute.

Flussi informativi nazionali

Ufficio di statistica del Ministero della Salute (Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica)

L'Ufficio di statistica del Ministero della Salute si occupa dell'adempimento dei requisiti previsti dal Sistema statistico europeo e coordina la Relazione sullo stato sanitario del Paese. L'ufficio applica i principi e le disposizioni del Codice delle statistiche ufficiali e produce ricerche e pubblicazioni statistiche in ambito sanitario. È anche responsabile del monitoraggio, della verifica, dell'elaborazione, dell'analisi e della diffusione dei dati riguardanti le strutture, le risorse e le attività del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), fornendo supporto alle direzioni generali del Ministero e ad altri enti competenti, sia nazionali che

³⁶ Tuttavia la componente sanitaria non è ancora integrata in questo sistema.

internazionali. Ad esempio, l'ufficio raccoglie dati sul numero di persone che ricevono ADI ogni anno, e il numero di ore ADI erogate (OECD, 2023^[34]).

SIAD (Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare)

Il Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) – gestito dal Ministero della Salute – aspira a creare una base dati nazionale integrata, centrata sul paziente, per raccogliere informazioni sugli interventi sanitari e sociosanitari erogati in modo programmato dagli operatori del Sistema Sanitario Nazionale nel contesto dell'assistenza domiciliare. Gli interventi presi in considerazione sono esclusivamente di natura sanitaria e sociosanitaria. Le informazioni raccolte coprono ambiti quali le caratteristiche anagrafiche del paziente (senza elementi identificativi diretti), la valutazione o la rivalutazione sociosanitaria e i relativi bisogni assistenziali, l'erogazione dell'assistenza, la sospensione della presa in carico e la dimissione del paziente. La rilevazione effettiva è iniziata nel 2009 e prevede che la trasmissione dei dati da parte delle Regioni sia, a partire da gennaio 2012, adempimento per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato (OECD, 2023^[34]).

Cartella Clinica Elettronica – Fascicolo Sanitario Elettronico

La Cartella Clinica Elettronica (*electronic health record, eHR*) si riferisce al '*registro elettronico longitudinale di un paziente che contiene o collega virtualmente insieme registri da molteplici Cartelle Mediche Elettroniche (CME), i quali possono poi essere condivisi (interoperabili) attraverso vari contesti di assistenza sanitaria. Il suo scopo è di contenere uno storico dei contatti con il sistema sanitario per i singoli pazienti* (Slawomirski et al., 2023^[75]) (OECD, 2021^[76]).³⁷

I risultati del questionario dell'OCSE del 2021 sullo sviluppo, l'uso e la governance dei sistemi delle Cartelle Cliniche Elettroniche (OECD, 2021^[76]) suggeriscono che questi strumenti sono sempre più utilizzati nei Paesi OCSE, con un aumento costante nel tempo dei livelli di attuazione e maturità (Slawomirski et al., 2023^[75]).

In Italia, il *Fascicolo Sanitario Elettronico* (FSE) è istituito tramite il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 settembre 2015, n. 178, *Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico*. Si tratta di uno strumento digitale che contiene la storia clinica del paziente, rappresentata da un insieme di dati e documenti. Il FSE consente al paziente e ai professionisti del settore di accedere a informazioni sanitarie e sociosanitarie su scala nazionale. Rappresenta un passo significativo nella cultura e-Health in Italia, semplificando l'interazione tra cittadini e professionisti sanitari e favorendo la dematerializzazione della documentazione cartacea (Agenzia per l'Italia Digitale, n.d.^[86]). L'esperienza del COVID-19 ha aumentato la consapevolezza del ruolo strategico del FSE per l'assistenza sanitaria e la governance.

La Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è l'organizzazione nazionale responsabile della strategia nazionale e della governance del FSE. Questo organo è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, Ministero dell'Economia, l'Agenzia per l'Italia Digitale, e delle Regioni, oltre ad altri stakeholders (Ministero dello sviluppo economico, associazioni di medici, infermieri e farmacisti, associazioni di Comuni). La Cabina di Regia stabilisce gli obiettivi strategici, valuta le attività in corso e i risultati, e definisce le specifiche funzionali e tecniche per le nuove funzionalità del FSE (OECD, 2021^[76]).

³⁷ L'analisi della letteratura suggerisce che quando i dati sono condivisibili tra diversi erogatori e sono in grado di 'accompagnare il paziente' in qualsiasi contesto sanitario si trovi, si osserva un'assistenza al paziente agevolata, una migliore coordinazione assistenziale, e lo sviluppo di una base informativa consistente. Inoltre, i dati racchiusi in una Cartella Clinica Elettronica possono fornire informazioni di grande valore per finalità analitiche, tra cui il sostegno alle politiche sanitarie pubbliche, nonché la promozione dell'innovazione biomedica e della ricerca sui sistemi di salute (Slawomirski et al., 2023^[75]) (Agenzia per l'Italia Digitale, n.d.^[86]).

L'Italia è tra i 15 Paesi dell'OCSE che stanno implementando un sistema di Cartella Clinica Elettronica a livello nazionale, ovvero un sistema dove i dati sono creati, memorizzati o collegati a un livello nazionale (Slawomirski et al., 2023^[75]). Il FSE italiano è un sistema federato: secondo il DL 179/2012, ogni Regione italiana dispone di un FSE - per ogni cittadino residente, con specifiche comuni al fine di garantire l'interoperabilità con altre Regioni e la condivisione di documenti. I documenti sono definiti a livello nazionale con standard obbligatori (OECD, 2021^[76]).

La condivisione dei dati tra i fornitori di servizio è fondamentale per utilizzare efficacemente i dati memorizzati nel FSE dei pazienti lungo il percorso di cura. In Italia, come accade anche in altri 19 Paesi OCSE³⁸ (Slawomirski et al., 2023^[75]), esistono disposizioni che permettono la condivisione dei dati dei pazienti su trattamenti, farmaci, risultati di esami di laboratorio e diagnostica per immagini tra gli studi medici e tra gli studi medici e i sistemi ospedalieri. Fino a maggio 2020, solo i medici di base e i fornitori pubblici/privati del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avevano il diritto di inserire documenti nel FSE, ora anche i fornitori di cure private contribuiscono ad alimentarlo.

In Italia, in linea con quanto avviene in altri 22 Paesi OCSE (Slawomirski et al., 2023^[75]), per i pazienti è possibile visualizzare i propri dati nel FSE.³⁹ L'accesso dei pazienti è facilitato attraverso un portale online, mediante credenziali e modalità stabilite dalla normativa e definite dalla regione o provincia autonoma di assistenza. L'utente del FSE ha il controllo completo sulle proprie informazioni, potendo decidere quali dati condividere e con chi. A differenza di quanto avviene in altri Paesi, in Italia tutti i pazienti possono accedere ai propri dati, senza limiti o restrizioni⁴⁰; e indipendentemente dagli erogatori di servizio da cui provengono i dati.

Il FSE in Italia non solo consente ai pazienti di visualizzare i propri dati, ma permette loro anche di interagire⁴¹ con il proprio dossier. Per dare alcuni esempi, in Italia, il 'taccuino personale dell'assistito' è uno spazio privato dove l'utente può inserire autonomamente dati e documenti riguardanti la propria salute inclusi quelli non legati al SSN. Inoltre, l'assistito ha la possibilità di specificare le proprie preferenze riguardo alla condivisione dei dati con gli operatori sanitari, e decidere di oscurare o meno alcune informazioni. L'Italia sembra essere all'avanguardia su questo aspetto rispetto a quanto accade in altri Paesi OCSE: mentre quasi il 90% dei Paesi OCSE che hanno risposto al questionario ha riferito di avere una cartella clinica elettronica, solo il 42% ha riferito che il pubblico può accedere e interagire con tutti i propri dati sanitari attraverso il portale (OECD, 2023^[87]).

L'Italia ha definito un nucleo minimo di dati⁴² che possono essere condivisi tra gli erogatori di servizio sanitari che trattano lo stesso paziente per promuovere la standardizzazione e lo scambio dei dati sanitari.

³⁸ Australia, Belgio, Canada, Danimarca, Finlandia, Germania, Ungheria, Islanda, Israele, Giappone, Corea, Lituania, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Portogallo, Slovenia, Svezia e Turchia

³⁹ Qualsiasi documento contenuto nel FSE può essere accesso dal paziente.

⁴⁰ Ad esempio, in alcuni Paesi l'accesso potrebbe essere disponibile solo per i pazienti negli ospedali o in altri contesti specifici.

⁴¹ "Interagire" significa che i pazienti possono modificare le informazioni; aggiungere dati aggiuntivi come dati caricati da dispositivi o applicazioni e segnalare esiti, esperienze o incidenti clinici (PROs, PREMs - vedi Glossario); o comunicare con i loro fornitori di assistenza sanitaria (ad esempio, fissare o modificare gli orari degli appuntamenti) (OECD, 2021^[76]).

⁴² L'Italia richiede l'inserimento di dati strutturati per aiutare a standardizzare le informazioni raccolte e condivise tramite il FSE. A differenza dei dati non strutturati, tipicamente testo libero, i dati strutturati sono standardizzati in modo che possano essere facilmente elaborati, condivisi e compresi attraverso diverse piattaforme software.

I dati del nucleo minimo⁴³, obbligatori per legge, possono affiancarsi a dati e documenti integrativi facoltativi⁴⁴. La presenza di questi ultimi dipende dalle decisioni delle autorità regionali e dal grado di avanzamento nella digitalizzazione dei documenti prodotti dalle strutture sanitarie (Agenzia per l'Italia Digitale, n.d.^[86]). Il nucleo minimo di dati è accessibile a tutti i fornitori di assistenza sanitaria che trattano il paziente, in casi di emergenza anche prima che il paziente dia il consenso (obbligatorio) per permettere ai medici di accedervi. Tuttavia, nel 2021 solo circa il 5% dei pazienti possedeva un FSE contenente questo nucleo minimo di dati (OECD, 2021^[76])

I dati sanitari contengono informazioni sensibili e sono necessarie adeguate misure di sicurezza per proteggere lo stoccaggio e la trasmissione dei dati. Un'infrastruttura di dati sanitari sicura è necessaria non solo da un punto di vista legale, tecnico e operativo, ma è anche importante per garantire la fiducia delle persone e l'utilizzo del FSE. In Italia viene utilizzata la crittografia dei dati, che è anche il metodo più comunemente utilizzato per proteggere i dati delle FSE nei Paesi OCSE (Slawomirski et al., 2023^[75]).

L'indicatore composito sulla prontezza tecnica e operativa delle Cartelle Cliniche Elettroniche - costruito dall'OCSE sulla base delle risposte al questionario dell'OCSE del 2021 sullo sviluppo, l'uso e la governance delle Cartelle Cliniche Elettroniche⁴⁵ - mostra che il secondo valore più alto nel 2021 è stato riportato dall'Italia (dopo la Finlandia). Questo evidenzia come l'Italia sia all'avanguardia rispetto ad altri Paesi OCSE che utilizzano strumenti simili.

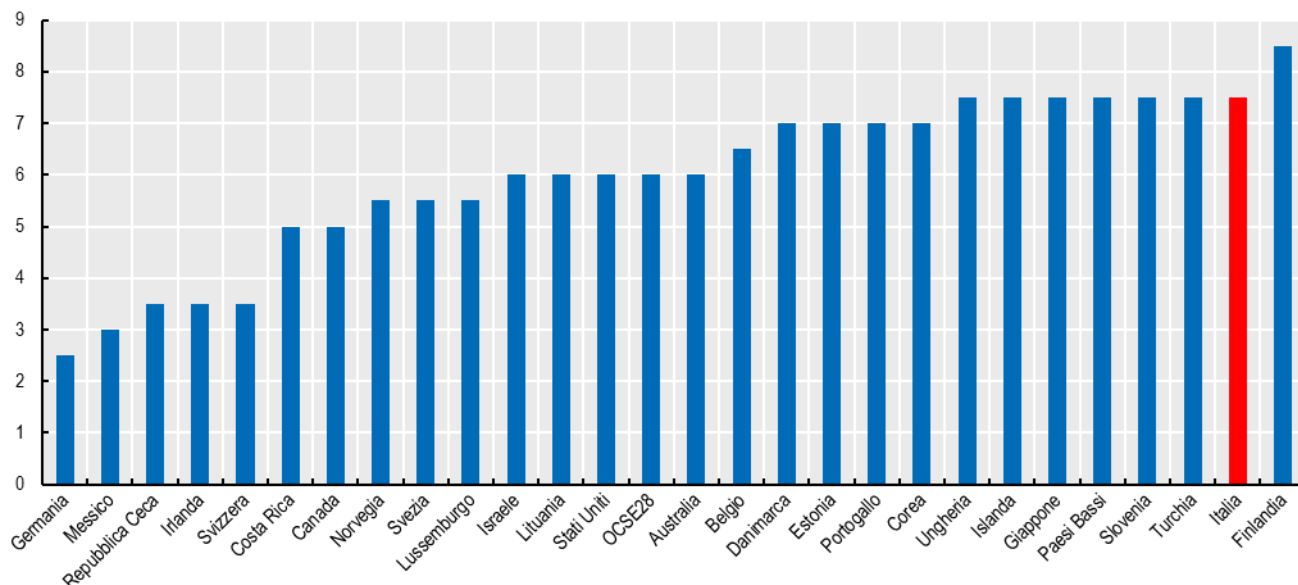
⁴³ I dati del nucleo minimo includono: dati identificativi e amministrativi dell'assistito; referti; verbali pronto soccorso; lettere di dimissione; profilo sanitario sintetico; dossier farmaceutico; consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti.

⁴⁴ I dati facoltativi includono: prescrizioni (specialistiche, farmaceutiche, ecc.); prenotazioni (specialistiche, di ricovero, ecc.); cartelle cliniche; bilanci di salute; assistenza domiciliare: scheda, programma e cartella clinico-assistenziale; piani diagnostico-terapeutici; assistenza residenziale e semiresidenziale: scheda multidimensionale di valutazione; erogazione farmaci; vaccinazioni; prestazioni di assistenza specialistica; prestazioni di emergenza urgenza (118 e pronto soccorso); prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero; certificati medici; taccuino personale dell'assistito; relazioni relative alle prestazioni erogate dal servizio di continuità assistenziale; autocertificazioni; partecipazione a sperimentazioni cliniche; esenzioni; prestazioni di assistenza protesica; dati a supporto delle attività di telemonitoraggio; dati a supporto delle attività di gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici; altri documenti rilevanti per i percorsi di cura dell'assistito.

⁴⁵ 2021 OECD survey on the development, use and governance of electronic health record (eHR) systems

Figura 5. L'Italia è all'avanguardia rispetto ad altri Paesi OCSE sulla prontezza tecnica e operativa del FSE

Indicatore composito sulla prontezza tecnica e operativa dei FSE, 2021



Fonte: Indagine OCSE 2021 sullo sviluppo dei sistemi di Fascicoli Sanitari Elettronici, uso e governance dei dati, 2021 (Slawomirski et al., 2023^[75])

L'analisi della letteratura mostra che i dati delle Cartelle Cliniche Elettroniche sono estremamente preziosi per scopi di ricerca, quando raccolti, governati ed elaborati in modo appropriato. L'utilizzo di questi dati presenta diversi vantaggi rispetto ai metodi convenzionali, tra cui la relativa tempestività e la convenienza economica del riutilizzo dei dati.

La legislazione italiana autorizza teoricamente questa raccolta/utilizzo dei dati. Il decreto-legge 179/2012 stabilisce che il Ministero della Salute, le Regioni e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali possono utilizzare i dati del FSE per scopi di pianificazione sanitaria (definizione delle politiche sanitarie, valutazione dei servizi sanitari, valutazione della qualità delle cure, sviluppo di modelli predittivi e scenari); e il Ministero della Salute e le Regioni possono utilizzare i dati del FSE per studi e ricerche (medici, biomedici ed epidemiologici) (OECD, 2021^[76]).⁴⁶

Un aspetto che facilita ulteriormente l'utilizzo dei dati a fini di pianificazione/ricerca, è il fatto che il FSE utilizza un codice identificativo unico del paziente e un codice identificativo unico per i professionisti sanitari. Oltre che per la diagnosi e il trattamento dei singoli pazienti, l'esistenza di un codice identificativo unico (per il paziente e per i professionisti sanitari) è fondamentale anche per la ricerca e l'analisi statistica dei dati sulla salute della popolazione.

Nonostante l'esistenza di un apparato normativo e operativo abilitante, in Italia i dati raccolti tramite il FSE non sono utilizzati appieno per creare database per il monitoraggio e l'analisi dello stato di salute o dell'assistenza sanitaria (ad es. registri di malattie o registri di qualità dell'assistenza sanitaria), né si sta utilizzando l'intelligenza artificiale per l'elaborazione o l'analisi dei dati del FSE. Questo è in contrasto con quanto avviene nella maggior parte dei Paesi OCSE (Slawomirski et al., 2023^[75]). L'Italia segnalabariere legali alla creazione e/o all'analisi dei database: in particolare viene sottolineato che le disposizioni del

⁴⁶ I pazienti non hanno l'opzione di dare o meno il loro consenso per l'utilizzo dei dati ai fini di pianificazione/ricerca.

Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR), seppur molto complete, non sono orientate a un uso efficiente delle informazioni (OECD, 2021^[76]).

Nel questionario dell'OCSE del 2021 sullo sviluppo, l'uso e la governance dei sistemi delle Cartelle Cliniche Elettroniche, l'Italia cita come principali barriere all'implementazione del FSE il budget limitato, la mancanza di consapevolezza tra i cittadini, il divario digitale tra generazioni, e la necessità di educazione/formazione specifica per i fornitori di assistenza sanitaria (OECD, 2021^[76]).

Basandosi sulle risposte al Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia', la Tabella 20 presenta un'analisi delle principali difficoltà riportate dalle regioni e province autonome italiane nell'implementazione FSE.

Alla domanda 'quali sono state le principali difficoltà nell'implementazione del FSE?' la problematica più frequentemente citata è quella legata alla privacy, menzionata da nove regioni/P.A.. Seguono la mancanza di personale (7), la resistenza degli operatori sanitari (6), la bassa priorità politica (5), la mancanza di formazione (4) e la carenza di strumenti tecnici o informatici adeguati (4). È significativo notare che nessuna regione o P.A. ha indicato la mancanza di fondi come ostacolo, elemento che suggerisce che sono stati allocati investimenti sufficienti per l'implementazione del FSE.

Tabella 20. Le regioni e province autonome affrontano vari ostacoli all'implementazione del FSE

Principali difficoltà nell'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Regione	Problematiche legate alla privacy	Mancanza di personale	Bassa priorità politica	Resistenza degli operatori sanitari	Mancanza di formazione	Mancanza di strumenti tecnici/informatici adeguati	Mancanza di fondi	Altro
Abruzzo	•	•		•	•	•		•
Basilicata		•		•	•			
FVG	•							
Lazio	•	•	•					
Liguria	•							
Lombardia								•
Marche	•		•	•		•		
Piemonte				•				•
P.A. di Bolzano	•		•	•	•			•
Sicilia	•	•	•					
Umbria		•	•					
Valle d'Aosta	•	•						
Veneto	•	•		•	•	•		
Conteggio	9	7	5	6	4	4	0	3

Note: Se il fascicolo sanitario elettronico è attivo nella sua Regione/Provincia autonoma, quali sono state le principali difficoltà nella sua implementazione?. La Puglia riporta di non riscontrare problematiche dovute all'implementazione. L'Emilia Romagna riporta che non si rilevano particolari difficoltà nella implementazione del FSE, se non la difficoltà, per alcune tipologie di operatori (per esempio, infermieri, ostetriche, fisioterapisti) ad inserire i dati relativi alla tipologia di prestazioni erogate. La P.A. di Trento riporta che con l'intervento 1.3.1.b della missione 2 del PNRR la P.A. di Trento sta provvedendo all'adeguamento della propria infrastruttura di FSE alle specifiche tecniche e di interoperabilità definite dalle linee guida nazionali. La Calabria e la Toscana non hanno completato questa parte del questionario.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

Alcune regioni/P.A. sottolineano sfide aggiuntive. Ad esempio, la P.A. di Bolzano evidenzia come non vi sia alimentazione del FSE dalla parte sociale. La Lombardia sottolinea che il FSE non è direttamente applicabile ai servizi sociosanitari che richiedono sistemi che tengano conto della specificità di questi

servizi. L'Umbria lamenta che il FSE fino ad oggi è stato visto solo come adempimento normativo, senza che i livelli decisionali abbiano prestato la giusta attenzione al suo utilizzo e la sua utilità. L'Emilia Romagna non rileva particolari difficoltà nell'implementazione del FSE, se non la difficoltà, per alcune tipologie di operatori (per esempio, infermieri, ostetriche, fisioterapisti) ad inserire i dati relativi alla tipologia di prestazioni erogate.

Alcune di queste difficoltà sono state superate. In Basilicata, è in corso di definizione e implementazione un piano formativo finalizzato al superamento delle criticità evidenziate (resistenza, mancanza di personale, mancanza di formazione). In Sicilia, il Dipartimento per la Trasformazione Digitale ha assegnato un gruppo di supporto per l'implementazione del FSE e supporto addizionale è stato fornito dal Garante della Privacy che ha fornito alcuni chiarimenti. Inoltre, è in previsione la realizzazione di un Piano di Formazione e di un Piano di Comunicazione.

Per accompagnare le regioni e Province Autonome nel processo di implementazione del FSE sono stati allocati fondi specifici. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dedica al Fascicolo Sanitario Elettronico 1,38 miliardi di euro. Per attuare questi investimenti, il Governo – con Decreto interministeriale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 ottobre 2022 – ha recentemente stanziato oltre 610 milioni di euro: 311 milioni sono destinati al miglioramento delle competenze digitali dei professionisti nel sistema sanitario⁴⁷, mentre circa 300 milioni verranno impiegati per potenziare l'infrastruttura digitale. Questi fondi saranno utilizzati secondo i piani operativi sviluppati dalle Regioni e dalle Province Autonome, che devono ricevere l'approvazione del Ministero della Salute e del Dipartimento per la trasformazione digitale. L'erogazione dei fondi alle Regioni/Province Autonome è legata al raggiungimento di specifici obiettivi per l'alimentazione del FSE (Ministero della Salute, 2024^[88]).

Per concludere, le molteplici progettualità in corso nell'Unione Europea (UE) potrebbero migliorare l'accessibilità, la condivisione e l'uso dei dati sanitari ed influenzare la collaborazione nella condivisione, uso e protezione dei dati sanitari (OECD, 2022^[89]). L'Italia partecipa a progetti dell'UE per facilitare la condivisione e l'utilizzo dei dati delle Cartelle Sanitarie Elettroniche (CSE) tra gli stati membri dell'UE.

Flussi informativi regionali/locali (sanitari e sociali)

I dati mostrano che a livello regionale esistono diversi sistemi informativi, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario (Tabella 21).

Tabella 21. Tra le regioni e province autonome esistono diversi sistemi informativi nell'ambito sociale e sanitario

Sistemi informativi di tipo gestionale in uso nelle regioni e province autonome

Regione	Ambito sociale
Abruzzo	È in fase di implementazione un sistema informativo regionale per l'informazione dei dati sociali e sociosanitari riferiti all'utenza degli ambiti sociali denominato 'Sistema Informativo Sociale Regionale (SISR)'
Basilicata	Fascicolo Sociale
Calabria	Applicativo SISWelfareCalabria
Emilia-Romagna	Gli interventi socio-sanitari e sociali sono raccolti in tutte le Aziende con sistemi informativi differenziati
Friuli V.G.	Cartella sociale informatizzata, sistemi terzi in uso c/o gli SSC
Lazio	Non ci sono sistemi univoci a livello regionale ad oggi. Si sta lavorando alla definizione di un sistema unico di interconnessione

⁴⁷ Questo è particolarmente importante, poiché spesso gli operatori desiderano concentrarsi sulla cura dei pazienti anziché dedicare tempo alla digitalizzazione delle informazioni (Repubblica Italiana, 2021^[127]). Queste attività di formazione possono aiutare a cambiare la percezione della digitalizzazione da parte degli operatori, dimostrando loro i benefici e la facilità dell'uso dei sistemi informativi.

	(come da target PNRR da sviluppare entro marzo 24) interoperabile e legato a FSE, SIAD, SIAR, SIRA
Liguria	Cartella a Casa in fase di implementazione; ICEF - Valutazione condizione economica e presentazione domande di beneficio; GEA - Gestione iter domande di beneficio al cittadino, fino al pagamento delle somme spettanti - Agenzia Provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa - APAPI; SW erogatori - Gestione erogazione e rendicontazione dei servizi da parte dei provider esterni di servizi socio-assistenziali. E' in fase di sviluppo un progetto provinciale per la realizzazione del sistema informativo e gestionale integrato sociale/socio-sanitario e sanitario territoriale.
Lombardia	Cartella Sociale Informatizzata (ATS)
Marche	SIRPS
Piemonte	Per la parte sociale non esiste un unico strumento, ma ogni ente locale adotta un proprio strumento
Puglia	SIOSS; SIUSS; Registro regionale strutture sociali autorizzate, Cartella Sociale Elettronica
P.A. di Bolzano	ESPRO - SOZINFO
P.A. di Trento	E' in fase di sviluppo un progetto provinciale per la realizzazione del sistema informativo e gestionale integrato sociale/socio-sanitario e sanitario territoriale.
Sicilia	n.a.
Toscana	n.a.
Umbria	SISO
Valle d'Aosta	Cartella sociale
Veneto	Fascicolo Sanitario Elettronico; Sistema gestionale aziendale per ADI (SAD è gestito autonomamente dai comuni, ma è richiesta un'integrazione informativa manuale per il riparto delle risorse ADI-SAD); Gefis (portale regionale dei flussi sanitari e sociosanitari); Atlante (disabili, residenziali e semi-residenziali); Prometeo (domiciliare, anziani e disabili); Flusso Cure Domiciliari; Flusso dipendenze (GED); Flusso residenzialità anziani (con gestionali diversi)
Regione	Ambito sanitario
Abruzzo	N.A.
Basilicata	Fascicolo sanitario elettronico
Calabria	Applicativo SISTE, nell'ambito del progetto CDI,
Emilia-Romagna	Tutte le Aziende USL sono dotate di sistemi informativi per la raccolta delle informazioni relative agli interventi sanitari erogati al domicilio del paziente
Friuli V.G.	FSE, COT (in fase di realizzazione), cartella informatizzata dei Distretti, Sla e Gravissimi, sistemi terzi in uso c/o gli Enti gestori (Disabilità), SIRA (Sistema Informativo Residenze per Anziani).
Lazio	Non ci sono sistemi univoci a livello regionale ad oggi. Si sta lavorando alla definizione di un sistema unico di interconnessione (come da target PNRR da sviluppare entro marzo 24) interoperabile e legato a FSE, SIAD, SIAR, SIRA
Liguria	Avvio del processo di attivazione del FSE
Lombardia	Fascicolo Sanitario Elettronico (azienda sanitaria); È in corso di implementazione il sistema digitale per la gestione del territorio (SGDT), in fase di avvio viene sperimentato in area ADI
Marche	SIRTE
Piemonte	N.A.
Puglia	Fascicolo sanitario elettronico; Sistema Edotto; Cartella Clinica Elettronica Sanitaria
P.A. di Bolzano	ASTER per l'assistenza domiciliare della sanità
P.A. di Trento	<ul style="list-style-type: none"> ● SIT - Gestione dei servizi erogati da Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) sul territorio ● GOpenCare - Sistema per la gestione dell'assistenza integrativa - APSS ● Atlante - Gestione attività UVM, accessi alle RSA, registrazione e rendicontazione ad APSS delle prestazioni erogate ● ASTER - Gestione UO Medicina Legale per gestione pratiche invalidità <ul style="list-style-type: none"> ● @Home - Gestione dell'assistenza domiciliare - APSS ● SIO - Sistema informativo ospedaliero ● E' in fase di sviluppo un progetto provinciale per la realizzazione del sistema informativo e gestionale integrato sociale/socio-sanitario e sanitario territoriale.
Sicilia	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD)
Toscana	N.A.
Umbria	Atlante
Valle d'Aosta	SIRTE, POHEMA, ICARE
Veneto	Fascicolo Sanitario Elettronico; Sistema gestionale aziendale per ADI (SAD è gestito autonomamente dai comuni, ma è richiesta un'integrazione informativa manuale per il riparto delle risorse ADI-SAD); Gefis (portale regionale dei flussi sanitari e sociosanitari); Atlante (disabili, residenziali e semi-residenziali); Prometeo (domiciliare, anziani e disabili); Flusso Cure Domiciliari; Flusso dipendenze (GED); Flusso residenzialità anziani (con gestionali diversi)

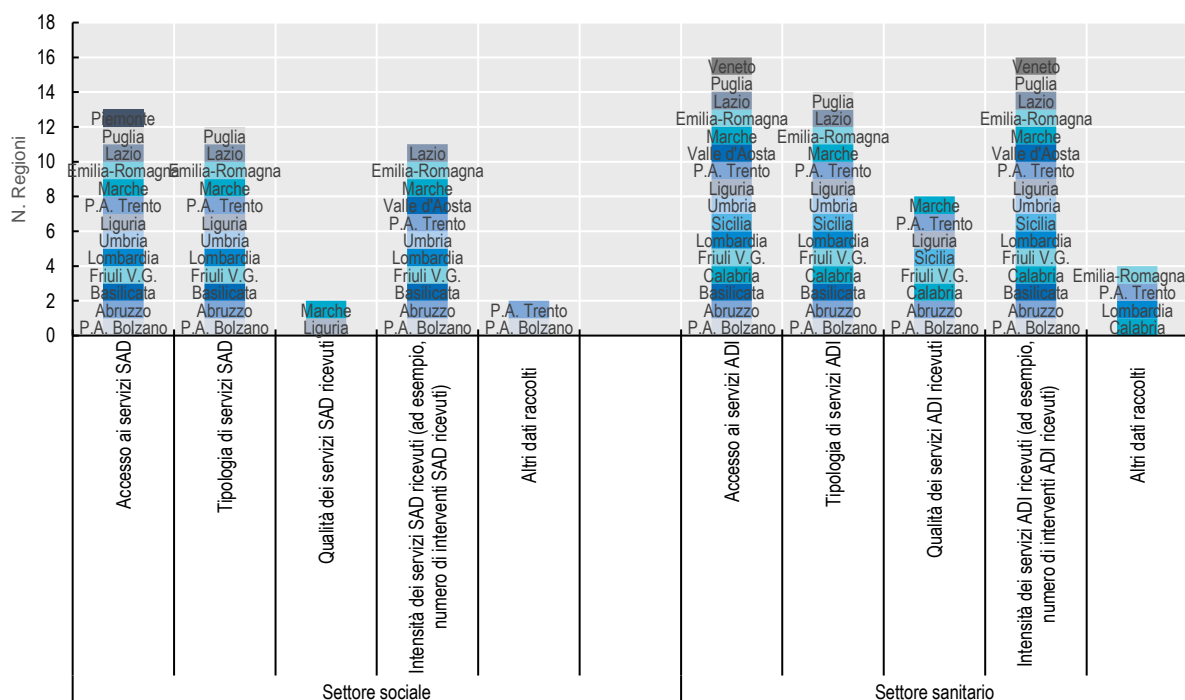
Note: 'Quali sistemi informativi di tipo gestionale (per es. fascicolo sanitario elettronico, cartella sociale informatizzata) sono in uso nella sua Regione/Provincia autonoma, per raccogliere dati sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali erogati a domicilio e/o sulla popolazione non-autosufficiente?' Si riportino qui i sistemi informativi in uso nella sua Regione/Provincia autonoma specificando se sono distinti per ambito sanitario e ambito sociale. La risposta N.A. significa che la regione non ha risposto a questa domanda.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

La Figura 6 presenta il tipo di dati raccolti dai sistemi informativi regionali/provinciali. Nel settore sociale, la maggior parte delle regioni che hanno risposto al questionario indica di raccogliere dati sull'accesso ai servizi di SAD, sul tipo di servizi SAD e sull'intensità degli stessi. Tuttavia, solo alcune regioni (specificamente le Marche e la Liguria) raccolgono informazioni relative alla qualità di tali servizi, o ad altri tipi di dati (P.A. di Trento, P.A. di Bolzano).⁴⁸ Per quanto riguarda i dati sanitari, la situazione è analoga; tuttavia, un numero maggiore di regioni e province autonome (8 regioni), sembra raccogliere dati sulla qualità dei servizi sanitari, e altri dati (4).⁴⁹

Figura 6. Tipo di dati raccolti dai sistemi informativi regionali/provinciali

Tipo di dati raccolti dai sistemi informativi regionali/provinciali per numero di regioni/province autonome, per risposta



Note: Quali dati vengono raccolti attraverso questi sistemi informativi regionali/provinciali? Selezionare tutte le risposte possibili.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'.

In riferimento alla Figura 7, che illustra le tipologie di disaggregazione dei dati disponibili, si osserva un maggiore avanzamento nel settore sanitario rispetto a quello sociale. In media, i dati sanitari presentano

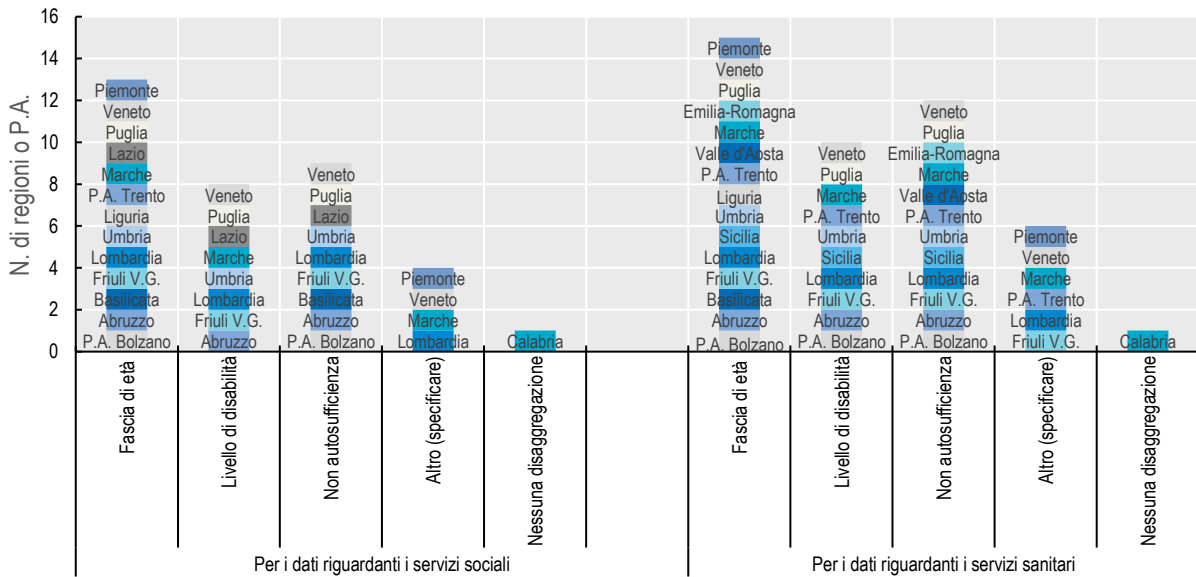
⁴⁸ Nella P.A. di Trento, altri dati raccolti includono informazioni sul costo, quote compartecipazione richieste e indice ICEF (ISEE).

⁴⁹ Ad esempio, l'Emilia Romagna raccoglie anche dati su patologie, tipo di operatore, presenza di PAI, schede di valutazione.

un numero superiore di modalità di disaggregazione. Per entrambi i settori, sociale e sanitario, le disaggregazioni più comuni sono, in ordine, per età, per non autosufficienza, per livello di disabilità, e altro (ad es. genere, reddito, cittadinanza, residenza).⁵⁰ La regione Calabria si distingue per essere l'unica a riportare l'assenza di qualsiasi forma di disaggregazione.

Figura 7. Disaggregazioni disponibili

Numero di regioni/province autonome, per risposta



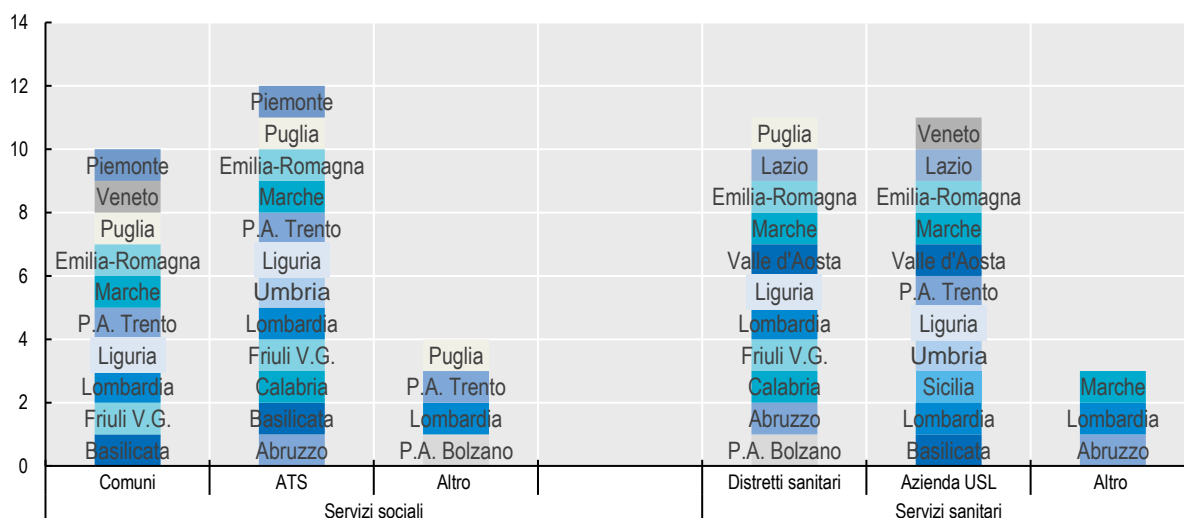
Note: Quali disaggregazioni sono disponibili per i dati indicati nella domanda precedente? Selezionare tutte le risposte possibili.
 Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'.

La Figura 8 fornisce un'analisi dettagliata sugli enti responsabili della raccolta dei dati nei settori sociale e sanitario. Nel settore sociale, si evidenzia che la maggior parte dei dati viene raccolta dalle ATS, seguito dai Comuni. Nel settore sanitario, la raccolta dei dati appare più distribuita, con un coinvolgimento significativo sia dei Distretti Sanitari che delle Aziende USL.

⁵⁰ Per il settore sociale, la Lombardia raccoglie dati disaggregati per genere, ISEE, tipologia prestazione erogata, figura professionale impiegata, n° accessi e durata, tipologia nucleo familiare, valore prestazione. Per il settore sanitario, la P.A. di Trento raccoglie dati disaggregati per genere, cittadinanza, residenza. La Lombardia raccoglie tutte le informazioni e disaggregazioni previste dal flusso SIAD.

Figura 8. Enti che raccolgono i dati

Numero di regioni/province autonome, per risposta



Note: Da quali enti vengono raccolti questi dati? Selezionare tutte le risposte possibili.

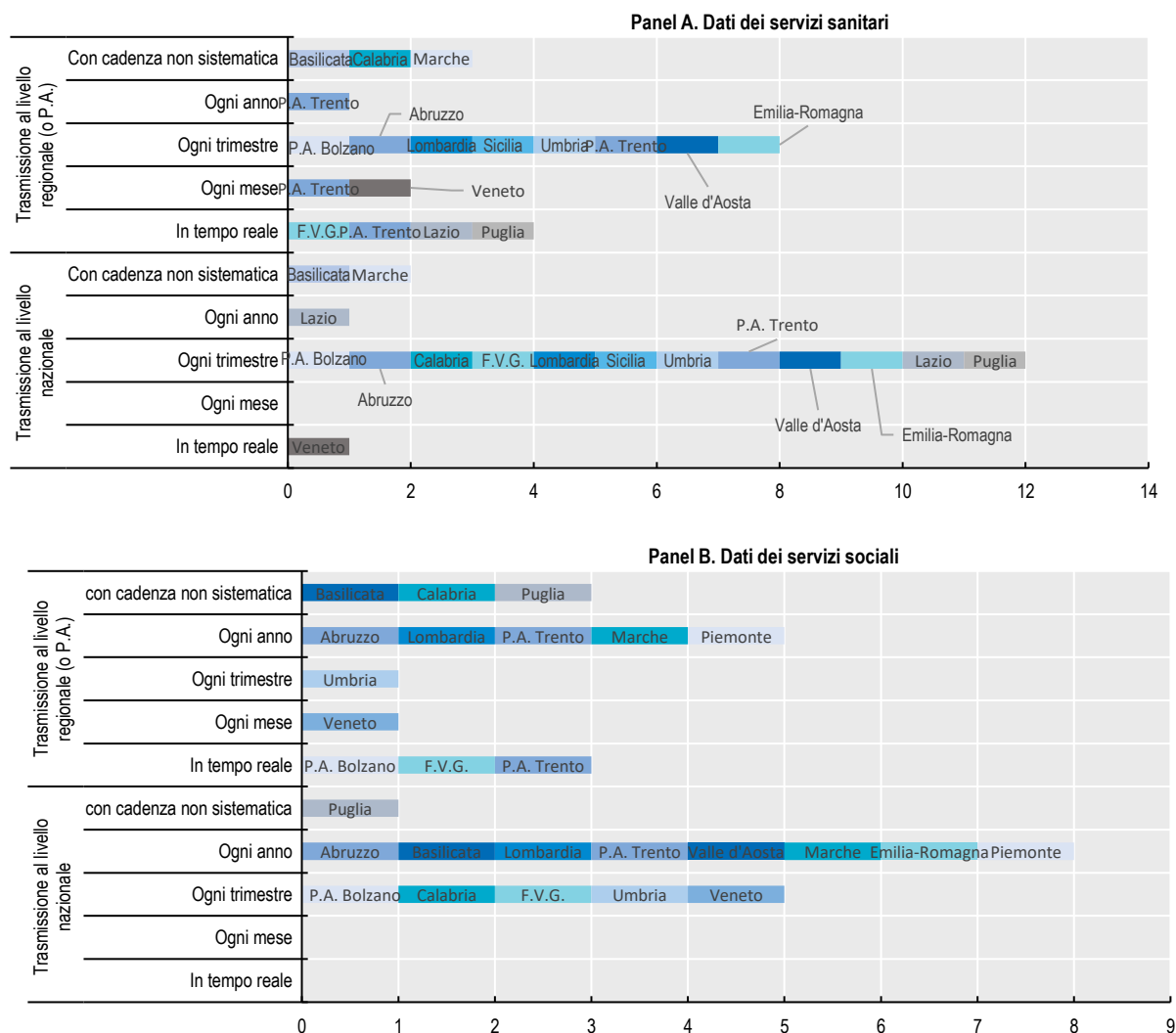
Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'.

La Figura 9 mette in evidenza la frequenza di trasmissione dei dati dai settori sociale e sanitario a livelli superiori di governance, un aspetto fondamentale per assicurare che le informazioni riflettano la realtà corrente e non situazioni passate. Nel complesso, si osserva che il settore sanitario risulta più efficace nel trasmettere i dati tempestivamente a livelli superiori di governance. In particolare:

- Per quanto riguarda i dati sanitari, solo quattro regioni riportano una trasmissione di dati a livello regionale con cadenza non sistematica o annuale, mentre la maggior parte delle altre regioni effettua la trasmissione almeno ogni tre mesi. Per la trasmissione a livello nazionale, ciò avviene almeno ogni tre mesi in tutte le regioni, ad eccezione di Basilicata, Lazio e Marche, dove la raccolta avviene con cadenza non sistematica o ogni anno.
- Nel settore sociale, la trasmissione a livello regionale avviene annualmente in 5 regioni, o con cadenza non sistematica in 3. In Umbria, la trasmissione avviene ogni tre mesi, in Veneto avviene ogni mese e in 3 regioni/P.A. si verifica in tempo reale. Nonostante l'obbligo legale per le regioni di trasmettere dati al livello centrale (al SIUSS) ogni tre mesi, sole 5 regioni rispettano queste scadenze.

Figura 9. Cadenza con la quale i dati aggregati/sintetici vengono trasmessi a livelli superiori di governance

Numero di regioni/province autonome, per risposta



Note: Con quale cadenza i dati aggregati/sintetici vengono trasmessi a livelli superiori di governance?

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'.

Integrazione e interoperabilità

In un periodo caratterizzato da rapidi progressi tecnologici e cambiamenti demografici, l'integrazione dei sistemi informativi tra i settori sanitario e sociale si rivela un passo fondamentale per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'equità dei servizi erogati. Questa integrazione è essenziale per le persone non autosufficienti, che spesso devono navigare attraverso sistemi complessi e frammentati per accedere alle cure e al supporto di cui hanno bisogno.

I vantaggi di un sistema informativo integrato sono molteplici⁵¹:

- In primo luogo, la centralizzazione delle informazioni sanitarie/sociali di un paziente in una singola piattaforma accessibile rappresenta un importante passo avanti nell'empowerment del paziente. Questa integrazione è cruciale per le persone non autosufficienti, poiché consente a loro e ai loro caregiver di accedere e gestire facilmente i loro dati.
- Inoltre, i sistemi informativi integrati offrono grandi vantaggi ai fornitori di servizi che lavorano con popolazioni non autosufficienti, sia dal lato sociale che sanitario. Offrendo accesso unificato alla storia clinica di un paziente, questi sistemi assicurano la continuità delle cure attraverso diversi punti di erogazione, e permettono di velocizzare i processi. Ciò è particolarmente importante per le persone non autosufficienti che interagiscono frequentemente con più erogatori di servizi sanitari e sociali.
- Per i responsabili delle politiche, l'integrazione dei sistemi informativi è strumentale nella formulazione di politiche sanitarie e sociali mirate ed efficaci. I dati disponibili attraverso sistemi integrati permettono ai policymaker di comprendere meglio i bisogni delle persone non autosufficienti.

Una vera e propria integrazione dei sistemi informativi tra il settore sociale e sanitario è ancora in una fase molto embrionale in Italia. I risultati del questionario mostrano che alla domanda *'I sistemi informativi gestionali sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali sono integrati tra di loro?'* quasi nessuna regione/P.A. ha risposto positivamente per quanto riguarda i servizi domiciliari ADI e SAD.⁵² Come evidenziato dalla Tabella 22, non esiste un sistema informativo integrato a livello regionale in nessuna delle regioni e P.A. che hanno risposto al questionario, con l'eccezione di Valle d'Aosta e in Liguria in cui esistono delle sperimentazioni in corso.

Tabella 22. Esistenza di un unico sistema informativo integrato a livello regionale

Regione	Risposta	Dettagli
Abruzzo	No	
Basilicata	No	
Calabria	No	
Emilia-Romagna	No	
Friuli Venezia Giulia	No	
Lazio	No	Il sistema SIATESS/SIAT sarà integrato a breve nel sistema di interconnessione della Transitional CAR interoperabile e legato a FSE, SIAD, SIAR, SIRA
Liguria	Sì	È in fase di realizzazione il sistema informativo integrato regionale denominato IT-CURA il quale costituirà il punto unico di accesso per i cittadini rendendo interoperabili i differenti sistemi dei professionisti sanitari dell'ospedale, del territorio e dei professionisti dell'area sociale dei Comuni coinvolti nelle cure territoriali
Lombardia	No	
Marche	No	
Piemonte	No	
P.A. di Bolzano	No	
P.A. di Trento	No	
Puglia	No	

⁵¹ Un esempio di come l'interoperabilità, anche parziale, possa migliorare l'efficienza operativa è dato dalla regione Friuli Venezia Giulia. Nella regione, la CSI è integrata con il sistema anagrafico, permettendo l'accesso ai dati attraverso il codice fiscale e facilitando così l'autocompilazione dei moduli. Questo riduce notevolmente il tempo necessario per il completamento dei dati, facilitando il lavoro degli operatori sociali.

⁵² Il Veneto sottolinea, nel questionario, che l'integrazione dei dati non è "nativa" in quanto vengono estratti e poi assemblati.

Regione	Risposta	Dettagli
Sicilia	No	
Toscana	No	
Umbria	No	
Valle d'Aosta	Sì	SIRTE, in corso di implementazione
Veneto	No	

Note: Esiste un unico sistema informativo integrato a livello regionale?

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

L'integrazione dei sistemi informativi nel settore sociale e sanitario incontra barriere significative. Le risposte al questionario OCSE evidenziano come principale fattore che ostacola la completa integrazione dei sistemi informativi sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, le problematiche legate alla privacy⁵³, citate da 12 regioni/P.A., seguito dalla mancanza di strumenti tecnici/informatici adeguati, segnalato da 11 regioni/P.A.. Inoltre, 5 regioni/P.A. hanno sottolineato la bassa priorità politica come una sfida chiave. Alcune regioni hanno indicato ostacoli aggiuntivi, come ad esempio la mancanza di risorse, la mancanza di una governance unica (Emilia Romagna), il fatto che i soggetti che gestiscono gli interventi sanitari sono differenti da quelli che gestiscono i servizi sociali (Sicilia), la difficoltà a cambiare le modalità di erogazione degli interventi includendo le altre aree (Valle d'Aosta), la complessità e i costi dei sistemi informatici (Veneto), e il rispetto dell'autonomia istituzionale nella definizione dei diversi work-flow (Veneto).

Tabella 23. Fattori che ostacolano la completa integrazione dei sistemi informativi sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali

Regione	Problematiche legate alla privacy	Mancanza di strumenti tecnici/informatici adeguati	Bassa priorità politica	Altro
Abruzzo	•	•		
Basilicata		•		
Calabria		•		
Emilia-Romagna	•	•	•	•
Friuli Venezia Giulia	•			
Lazio	•			
Liguria				•
Lombardia	•	•		
Marche	•	•	•	
Piemonte			•	
Puglia	•	•		
P.A. di Bolzano	•	•	•	•
P.A. di Trento	•	•		
Sicilia				•
Umbria	•			

⁵³ Secondo stakeholders intervistati, la normativa sulla privacy in Italia, pur essendo fondamentale per la tutela dei dati personali, può limitare la condivisione di informazioni essenziali tra i diversi operatori sociali e sanitari, compromettendo così la qualità dell'assistenza. Di fatto la normativa vigente impone che un operatore sanitario o sociale non possa ricostruire l'intera storia di un paziente. Un esempio concreto di questa problematica si riscontra in Friuli Venezia Giulia, dove i sistemi informativi sanitari assegnano al paziente un codice diverso da quello fiscale, precludendo la possibilità di una corrispondenza diretta con i dati anagrafici. Questa discrepanza nei sistemi di codifica rende impraticabile un'analisi integrata dei dati, ad esempio in ambito di disabilità, segnalando la necessità di superare tali barriere informative.

Regione	Problematiche legate alla privacy	Mancanza di strumenti tecnici/informatici adeguati	Bassa priorità politica	Altro
Valle d'Aosta	•	•	•	•
Veneto	•	•		•
Conteggio	12	11	5	6

Note: 'Quali fattori ostacolano la completa integrazione dei sistemi informativi sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali?'. La Toscana non ha risposto a questa domanda.

Fonte: Questionario OCSE 2024 'Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia'

Alcune regioni/P.A. sottolineano difficoltà ulteriori che incontrano nel processo di integrazione dei sistemi informativi. Ad esempio, la Valle d'Aosta segnala la difficoltà di cambiare l'approccio lavorativo degli operatori. L'Emilia Romagna e la Sicilia evidenziano come ulteriore sfida l'assenza di una governance unificata tra settore sociale e sanitario. L'Emilia Romagna sottolinea inoltre alla carenza di risorse come ostacolo aggiuntivo.

Infine, secondo il parere di alcuni stakeholder intervistati, emerge una resistenza da parte degli operatori nel settore sanitario e sociale. Tale resistenza è motivata dalla preoccupazione che l'integrazione dei dati possa risultare in un'intrusione nelle rispettive competenze professionali, con i professionisti della salute che non desiderano interferenze nelle loro pratiche da parte dei professionisti del settore sociale, e viceversa.

Nonostante non esistano buone pratiche ben consolidate di integrazione di sistemi informativi tra settore sociale e sanitario a livello regionale/locale, l'analisi delle risposte al questionario ha potuto far emergere alcune iniziative che, sebbene ancora in fase sperimentale, vale la pena sottolineare:

- In Valle d'Aosta è in corso di implementazione un sistema informativo (SIRTE) per l'assistenza territoriale che prevedrà l'accesso a figure professionali sanitarie sia a figure professionali di profilo sociale.
- Nella P.A. di Trento, è in fase di sviluppo un progetto provinciale per la realizzazione del sistema informativo e gestionale integrato sociale/socio-sanitario e sanitario territoriale.
- In Liguria, i sistemi informativi sono integrati per quanto attiene la gestione delle misure per il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti, in cui vi è una presa in carico integrata (come ad es. Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, Disabilità gravissima, Vita indipendente). Inoltre, è in fase di realizzazione il sistema informativo integrato regionale denominato IT-CURA il quale costituirà il punto unico di accesso per i cittadini rendendo interoperabili i differenti sistemi dei professionisti sanitari dell'ospedale, del territorio e dei professionisti dell'area sociale dei Comuni coinvolti nelle cure territoriali.
- In Basilicata, è in corso di definizione l'implementazione di un sistema integrato di analisi dei dati. Al momento i due flussi non si incrociano in modo automatizzato rendendo difficili le analisi integrate.

Al di là delle iniziative regionali, l'Italia sta portando avanti varie iniziative per incoraggiare l'interoperabilità dei sistemi informativi. Alcune delle misure intraprese includono:

- *Tavoli di lavoro.* Attualmente, si sta discutendo di interoperabilità ai tavoli del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS), con un focus particolare sull'integrazione delle informazioni tra il

SINA (SIUSS) e SIAD, i quali presentano nuclei informativi comuni che renderebbero possibile l'interoperabilità.⁵⁴

- *Welfare as a service*: Nell'ambito della realizzazione della Misura 1.3.1 del PNRR «Piattaforma Digitale Nazionale Dati», si sta lavorando attivamente al progetto 'Welfare as a Service', che mira a creare una piattaforma dedicata all'interoperabilità tra i vari servizi di welfare. L'obiettivo principale è quello di rendere i servizi più efficienti e accessibili, attraverso una piattaforma che permetta uno scambio di dati fluido e sicuro tra i diversi enti e istituzioni. INPS svolge un ruolo centrale in questo progetto, collaborando strettamente con il Dipartimento per la Trasformazione Digitale del Consiglio dei Ministri, al fine di rendere interoperabili le diverse banche dati. Questo progetto, già operativo e presentato all'assemblea nazionale dell'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) (INPS, n.d.^[90]) (ANCI, 2023^[91]), rappresenta un importante passo avanti nella digitalizzazione e nell'integrazione dei servizi di assistenza sociale (INPS, 2022^[92]) .
- Tra i progetti del PNRR figura la Piattaforma Digitale Nazionale Dati (PDND), che offre strumenti tecnici per l'interoperabilità delle banche dati dell'Amministrazione Pubblica. Attraverso la PDND, gli enti pubblici hanno la possibilità di creare servizi condivisi e innovativi (API) seguendo un approccio da marketplace, inserendoli nel catalogo PDND e gestendoli o accedendovi mediante il gateway fornito dalla PDND stessa (INPS, n.d.^[90]).
- Centrali Operative Territoriali (COT): Nel contesto delle attuali riforme orientate alla realizzazione di un processo integrato di cura, emerge con particolare interesse l'esperienza delle Centrali Operative Territoriali (COT). Queste entità stanno sviluppando un modello organizzativo finalizzato all'integrazione dei servizi tra il settore sanitario e sociale. A tale scopo, ciascuna COT si doterà di un sistema informativo dedicato, progettato per fornire informazioni integrate di vitale importanza per la fornitura di servizi olistici. È da notare che attualmente sono in corso gare e bandi per la realizzazione di soluzioni informatiche destinate alle COT, coinvolgendo il settore privato in questo processo. Tali sistemi informativi COT rappresenteranno uno strato aggiuntivo ai sistemi già esistenti, consentendo la raccolta di informazioni specifiche e complementari relative ai servizi erogati dalle COT. Tale iniziativa può costituire un importante caso di studio nell'ambito delle soluzioni integrate di informazione nel contesto della salute e dei servizi sociali. Un documento di indirizzo Agenas prevede che – per ottimizzare la cooperazione tra le aziende – le COT si dotino di dati che permettano l'interoperabilità e un monitoraggio in tempo reale a livello regionale tramite strumenti di Business Intelligence. Le linee guida suggeriscono di sviluppare un sistema informatico comune, segmentato per azienda e dotato di rigide policy di accesso. Questo sistema favorirebbe l'integrazione e il lavoro efficace delle COT in una specifica regione (Agenas, 2022^[93]).
- Punti Unici di Accesso: Il decreto attuativo della legge del 23 marzo 2023, n. 33⁵⁵ 'Principi generali e misure a sostegno della popolazione anziana' stabilisce che gli operatori della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) nei Punti Unici di Accesso (PUA) abbiano accesso a specifiche informazioni sanitarie e sociosanitarie per assistere le persone anziane non autosufficienti. Questo accesso facilita la progettazione e il monitoraggio del percorso di cura e di assistenza. Le informazioni condivise includono: Documentazione sanitaria necessaria per l'accesso al PUA; Dati contenuti nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); Informazioni sulla posizione del cittadino nella piattaforma INPS; Dati sulle eventuali cartelle sociali presso enti locali.

⁵⁴ Tuttavia, è importante notare che entrambi i sistemi presentano vizi ereditati dalla loro creazione, inizialmente con un focus sulla salute geriatrica. Questo approccio potrebbe non essere completamente adeguato alla gestione delle disabilità adulte, richiedendo un aggiornamento e un adeguamento del linguaggio utilizzato nei sistemi.

⁵⁵ schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33

Le esperienze internazionali

Finlandia

Kanta, il sistema nazionale finlandese di informazioni digitali sulla salute e sul sociale, si distingue come un esempio di buona pratica internazionale per i sistemi integrati di assistenza sanitaria e sociale. Kanta consente ai cittadini finlandesi di accedere ai loro dati sanitari e sociali online in qualsiasi momento, e agli erogatori di servizi di accedere ai dati dei pazienti indipendentemente da quando o dove è stata erogata la cura, fornendo un'interfaccia integrata sia per i servizi pubblici che privati. Kanta è utilizzato da cittadini, professionisti della salute, operatori del benessere sociale e farmacie.

Kanta è frutto della collaborazione tra il Ministero degli Affari Sociali e della Salute, Kela (Istituto di Assicurazione Sociale Finlandese), l'Istituto Finlandese per la Salute e il Benessere, e altri stakeholder. Le caratteristiche principali di Kanta includono il portale MyKanta, un Registro Sanitario Personale, e il Repositorio Dati del Paziente, ciascuno contribuendo a un'esperienza sanitaria più efficiente, user-friendly e sicura.

- MyKanta è un servizio online dove i cittadini possono accedere ai loro dati sanitari e alle informazioni sui farmaci. È una componente centrale dei servizi Kanta, che consente agli individui di visualizzare i propri referti sanitari, i risultati degli esami di laboratorio e le radiografie. Gli utenti possono anche richiedere il rinnovo delle prescrizioni, accedere ai loro dati dei servizi di assistenza sociale e gestire i consensi per la condivisione dei dati. Questo portale promuove il coinvolgimento e l'empowerment del paziente, rendendo le informazioni sanitarie facilmente accessibili agli individui.
- Il Registro Sanitario Personale (Personal Health Record - PHR) di Kanta è una parte dei servizi Kanta dove gli utenti possono memorizzare i loro dati di benessere. Questa caratteristica è particolarmente importante per la gestione delle malattie croniche e la cura preventiva della salute. Consente agli utenti di registrare e monitorare i propri dati sanitari, che possono essere condivisi con i professionisti della salute per supportare la cura del paziente.
- Il Repositorio Dati del Paziente (Patient Data Repository) è un sistema nazionale di informazioni per l'archiviazione dei dati elettronici dei pazienti. Assicura che i professionisti della salute possano accedere ai dati dei pazienti in modo sicuro ed efficiente. Questo repository include dati sanitari chiave, dati di imaging, certificati medici e rapporti, facilitando una visione completa della storia sanitaria del paziente. Il repository è fondamentale per evitare test e procedure ridondanti, migliorando così l'efficienza della fornitura dei servizi sanitari e sociali.

Avviato nel 2007, lo sviluppo di Kanta ha richiesto numerose modifiche legislative. Sin dall'inizio, l'obiettivo di raggiungere l'interoperabilità è stato un elemento cruciale del progetto, con un impegno costante per l'integrazione di migliaia di sistemi informativi differenti. Questa integrazione garantisce che tutti i fornitori di servizi aderiscano ai requisiti di interoperabilità e sicurezza imposti da Kanta, assicurati mediante un rigoroso processo di certificazione, test e controlli continui.

Ad oggi, tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e il 70% di quelle private fanno parte di Kanta. La legislazione (Client Data Act) richiede che i prestatori di servizi sanitari aderiscano a Kanta entro specifiche scadenze, prevedendo un periodo di transizione. In effetti, il passaggio a questo sistema comporta cambiamenti sia tecnici che professionali, inclusi la standardizzazione della documentazione e l'implementazione di misure per la protezione dei dati.

Sono stati introdotti sanzioni, incentivi e programmi formativi per accompagnare i fornitori a digitalizzare i loro servizi e integrarsi nel sistema Kanta. Durante la fase di transizione, Kanta fornisce assistenza tecnica e orientamento, mentre il Ministero si occupa di questioni quali il finanziamento. È prevista anche una formazione specifica per i professionisti, al fine di garantire un utilizzo efficace del sistema.

Kanta dà grande importanza alla protezione dei dati e alla privacy. Il sistema segue politiche di privacy rigorose e standard elevati di accessibilità, assicurando una gestione sicura delle informazioni personali. Gli utenti hanno il pieno controllo sui propri dati, compresa la possibilità di autorizzare o negare la condivisione delle loro informazioni. Questo approccio non solo tutela i dati dei pazienti, ma contribuisce anche a costruire fiducia nel sistema.

Kanta supporta inoltre l'uso secondario dei dati in conformità con la legislazione nazionale, facilitando attività di ricerca e la pianificazione di politiche pubbliche. Il sistema raccoglie e mette a disposizione dati per diversi scopi, quali l'analisi dell'efficienza dei servizi e la raccolta di statistiche relative ai trattamenti.

I servizi offerti da Kanta comportano numerosi vantaggi, inclusi il miglioramento del coordinamento e della programmazione delle cure del paziente, la diminuzione della duplicazione di esami e una maggiore partecipazione del paziente nel processo di cura. Il sistema sostiene l'utilizzo secondario dei dati per la ricerca, le analisi statistiche e lo sviluppo dei servizi sanitari e sociali. Kanta agevola la condivisione efficiente di informazioni tra i fornitori di servizi sanitari e sociali, riducendo la necessità di richieste e documentazione superflue.

Kanta si è rivelato particolarmente vantaggioso per i pazienti che si spostano tra diverse regioni, poiché consente ai professionisti di accedere alla loro storia clinica indipendentemente dal loro luogo di residenza. I professionisti del settore beneficiano di un risparmio di tempo e di un accesso facilitato alle informazioni dei pazienti. I pazienti, incluso chi è sotto tutela, hanno un accesso completo ai propri dati sanitari, il che contribuisce a decisioni assistenziali informate e consapevoli.

Regno Unito (Inghilterra): Federated Data Platforms

La Piattaforma di Dati Federata (*Federated Data Platform* - PDF) è un software che verrà implementato all'interno degli ospedali del Sistema Nazionale Sanitario (National Health System – NHS) in Inghilterra e dei sistemi di cura integrati, permettendo di connettere i dati raccolti in un ambiente sicuro e protetto. I dati dei medici di base non faranno parte della piattaforma nazionale.

Il software sarà 'federato' all'interno del NHS. Ciò significa che ogni ospedale e comitato per le cure integrate avrà la propria versione della piattaforma, che potrà connettersi e collaborare con altre piattaforme dati come una 'federazione' (ad esempio, per il trasferimento di un paziente dall'ospedale a un contesto assistenziale) (NHS England, n.d.^[94]). Questo facilita la collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e assistenziali, permettendo loro di confrontare dati, e analizzarli a diversi livelli geografici, demografici e organizzativi.

La piattaforma di dati federata non è una raccolta di dati, ma un software che aiuterà a connettere insieme di dati eterogenei, consentendo un utilizzo più efficace per le cure. In pratica, quando un paziente riceve cure in una struttura del NHS, i suoi dati sanitari vengono inseriti nel sistema locale. Questi dati includono la storia medica, i farmaci, i risultati dei test e i piani di cura. La FDP consente poi di condividere in modo sicuro queste informazioni tra i professionisti autorizzati all'interno della rete NHS. Ad esempio, se un paziente viene indirizzato a uno specialista all'interno di un trust diverso, lo specialista può accedere ai record del paziente tramite la FDP, garantendo la continuità delle cure.

Attualmente nella sua fase pilota, questa piattaforma semplifica la condivisione delle informazioni sui pazienti tra diverse organizzazioni sanitarie e assistenziali, migliorando la collaborazione tra team sanitari e di assistenza. Gestisce in modo sicuro le informazioni dei pazienti, consentendo al personale di accedere rapidamente ed efficientemente ai dati. Ciò riduce il tempo speso in compiti amministrativi e migliora l'efficienza della cura del paziente.

Una volta che i piloti saranno estesi a tutta l'Inghilterra, ai fornitori di servizi sarà richiesto di aderire alla FDP. L'implementazione delle FDP rappresenta un cambiamento trasformativo, richiedendo una modifica nel comportamento del personale e nel modo in cui i dati vengono inseriti nella piattaforma. Per assistere

gli operatori sanitari in questo cambiamento, saranno organizzate attività di formazione. Verranno inoltre condotte valutazioni della 'maturità digitale' per identificare aree che necessitano investimenti. Inoltre, saranno stanziati finanziamenti affinché i fornitori di servizi possano effettuare gli investimenti digitali necessari per adottare la FDP.

I caregiver familiari sono autorizzati ad accedere alle informazioni per conto del paziente e a partecipare alle discussioni con i professionisti sanitari. Questo aspetto della piattaforma è particolarmente vantaggioso per gli individui non autosufficienti, in quanto garantisce che la loro cura sia coordinata con i caregiver che diventano una parte integrante del processo decisionale del percorso di cura.

La FDP mantiene rigide misure di sicurezza e privacy dei dati, garantendo che i dati dei pazienti rimangano sotto il controllo delle organizzazioni del NHS. L'accesso a queste informazioni è concesso solo ai professionisti coinvolti nella cura del paziente, con regole rigide su chi può accedere alle informazioni e per quali scopi.

Nel settore sanitario, la gestione e la condivisione dei dati dei pazienti sono trattate con la massima cura e sicurezza. I dati scambiati tra i fornitori sono anonimizzati per salvaguardare la privacy del paziente, con informazioni identificabili condivise solo per la cura diretta del paziente o quando il paziente ha dato un consenso esplicito.

Per garantire la sicurezza di questi dati sensibili, un team dedicato si concentra sulla protezione informatica, implementando misure di sicurezza robuste in tutte le organizzazioni sanitarie. Queste protezioni sono essenziali in un'epoca in cui le minacce informatiche sono sempre più sofisticate. Inoltre, i pazienti hanno l'opzione di dare il consenso all'uso dei loro dati in vari progetti, in particolare per scopi di ricerca.

L'efficienza operativa è uno dei vantaggi chiave della FDP. L'adozione della FDP facilita una migliore gestione delle risorse, tra cui letti ospedalieri, liste di attesa e forniture mediche. Le prime implementazioni della FDP in siti pilota del NHS hanno mostrato benefici misurabili (NHS England, n.d.^[95]). Le valutazioni di impatto mostrano che il sistema ha ridotto i tempi di attesa per i pazienti, ha portato a un migliore utilizzo delle sale operatorie e una diagnosi e trattamento più rapidi. Ad esempio, il Chelsea and Westminster NHS Foundation Trust ha riportato offerte di trattamento più rapide per i pazienti oncologici, mentre il North Tees and Hartlepool NHS Foundation Trust ha osservato una riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Catalogna (Spagna)

In Spagna sono in corso iniziative regionali e locali per migliorare l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale, i sistemi informativi e l'interoperabilità delle informazioni. Ad esempio, in Catalogna sono in corso varie iniziative per rafforzare i sistemi informativi sanitari e sociali e la loro integrazione:

- è stata istituita una nuova agenzia per l'assistenza sanitaria e sociale integrata (*Agencia de Integración Social y Sanitaria de Cataluña*), che si concentra sullo sviluppo della governance, del finanziamento e dei sistemi informativi. L'obiettivo è garantire l'assistenza integrata per gli anziani e le persone con disabilità, così come per individui che affrontano problemi sociali legati alla salute mentale. Questa Agenzia coinvolgerà sia il Dipartimento della Salute che il Dipartimento degli Affari Sociali, fornendo un servizio di assistenza domiciliare integrata (si veda capitolo il capitolo 'Governance' per maggiori informazioni).
- La Catalogna sta sviluppando un ambiente di interoperabilità nel processo di valutazione formale della dipendenza e della disabilità, attraverso una *Valutazione Integrale Multidimensionale*, e un Piano di Cura Unico Condiviso, denominato 'Il Mio Piano di Cura Condiviso'. Attualmente esistono tanti Piani di Cura quanti sono le aree (Sanità e assistenza sociale), le organizzazioni, i team e i professionisti coinvolti (Generalitat de Catalunya, 2024^[96]).

- In Catalogna è in corso una trasformazione digitale denominata "W Social", che rappresenta un archivio di dati sugli interventi nell'ambito dell'assistenza sociale. È previsto che questo sistema fornisca le informazioni raccolte dai servizi sociali sul campo al Dipartimento degli Affari Sociali e, prospetticamente, anche al Dipartimento della Salute. Questa iniziativa prevede programmi pilota in cui i professionisti del settore sociale possono visualizzare un nucleo minimo di informazioni sanitarie. Queste informazioni includono dati su: problemi di salute; utilizzo dei servizi sanitari (ricoveri, visite al pronto soccorso, ecc.); rapporti di dimissione; valutazione rapida della fragilità; valutazione multidimensionale; piano di cura; pianificazione anticipata delle cure.
- Per rispondere alla mancanza di standardizzazione (a livello nazionale e internazionale) nella definizione dei problemi di assistenza sociale, la Fondazione *TIC Salut Social* del Dipartimento dei Diritti Sociali della Catalogna - attraverso il progetto '*InterSocial*' - sta sviluppando un linguaggio standardizzato per l'assistenza sociale. L'obiettivo è quello di facilitare l'integrazione dei dati dei servizi sociali e facilitare il lavoro svolto dai professionisti nel campo dei servizi sociali. Si tratta di un dizionario dei concetti interoperabili con altri sistemi (ad esempio, codici sanitari). Ci sono attualmente 345 concetti che sono stati codificati secondo lo standard tecnologico SNOMED, ripartiti tra: bisogni / situazioni sociali, risposte, fattori e osservazioni. I bisogni / situazioni sociali sono suddivisi in varie categorie, quali lavoro, educazione, aspetti legali, ambientali e altri. Al momento, si sta lavorando all'aggiunta di nuove categorie che trattano tematiche legate alla violenza di genere e riguardanti l'ambito dell'infanzia e dell'adolescenza. Affinchè tutti possano usufruire di questa iniziativa e utilizzare terminologie comuni, è possibile scaricare online il Dizionario di Terminologia Sociale (*TIC Salut Social*, 2023^[97]).
- La Catalogna mira a creare un ambiente di interoperabilità tra le cartelle sanitarie elettroniche dell'assistenza sanitaria primaria e le registrazioni elettroniche dell'assistenza sociale, basandosi su un numero identificativo congiunto, l'accordo tra i partner e il consenso dell'individuo. Ad esempio, un nucleo minimo di informazioni (ID, dati sulla salute, valutazione dei bisogni, interventi, ecc.) verranno condivise tra l'HCCC (*Shared Medical History of Catalonia*) e il SIAS (*Social Service Information System of Barcelona*). Dal 2021 , una nuova legge stabilisce che sarà possibile condividere informazioni tra i servizi sanitari e di assistenza sociale senza il consenso del paziente, quando sia i professionisti della salute che quelli dell'assistenza sociale hanno la necessità di scambiarsi informazioni reciprocamente (*Generalitat de Catalunya*, 2024^[96]).
- Un altro progetto consiste nell'integrare i dati sanitari e sociali per facilitare l'analisi e la valutazione congiunta dell'assistenza domiciliare integrata. Si tratta di concordare e gestire un insieme minimo di indicatori relativi alle cure integrate per creare uno scorecard dell'assistenza domiciliare integrata. L'analisi dell'impatto dell'assistenza domiciliare integrata mostra che quasi 130 000 persone sono assistite da servizi di assistenza domiciliare (sanitari o sociali) finanziati dal settore pubblico. Il 16% riceve un servizio congiunto di Assistenza Domiciliare Sociale (*Social Home Care – SHC*) e Assistenza Domiciliare Sanitaria (*Health Home Care – HHC*). Tramite l'analisi di questi dati, si osserva inoltre che l'avvio dell'Assistenza Domiciliare Sociale porta a un aumento dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria primaria. Nei territori dove è presente l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'incremento è maggiore. Si osserva anche una diminuzione dei giorni di ricovero cumulativi, compresi quelli nelle case di riposo. Essere assistiti in un territorio con Assistenza Domiciliare Sociale e Sanitaria integrata riduce del 20% il rischio di istituzionalizzazione e di essere ammessi in una casa di riposo (*Generalitat de Catalunya*, 2024^[96]).

Erogazione dei servizi

I tre pilastri dell'integrazione dei servizi finora analizzati, la governance dei servizi, la disponibilità di un'adeguata forza lavoro formale ben integrata con il settore informale e lo sviluppo di sistemi informativi integrati e interoperabili esercitano un'influenza diretta o indiretta sul tipo di servizi erogati e sulle modalità di erogazione di tali servizi. L'esperienza che le persone non-autosufficienti vivono nel momento in cui sviluppano una condizione che richiede assistenza di tipo sociosanitario è fortemente influenzata dal tipo di servizi ai quali possono accedere e dalla modalità di erogazione dei servizi, oltre che dalla qualità di tali servizi. Un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona pone quindi l'accento sulla necessità di erogazione di servizi integrati e adeguati ai bisogni della persona.

Attualmente in Italia le persone non-autosufficienti hanno accesso a servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – servizi erogati principalmente da personale infermieristico - e a Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). Questi ultimi sono relativi a prestazioni di servizi sociali e assistenziali, spesso erogati da enti del Terzo settore su mandato dell'ente pubblico (OECD, 2023^[34]). Tali servizi includono supporto nello svolgimento di attività di cura personale, come lavarsi, vestirsi, pettinarsi, preparare pasti, supporto nelle attività domestiche e supporto nello svolgimento di attività al di fuori della propria abitazione, oltre che assistenza nella gestione delle risorse economiche e nel collegamento con altri servizi sociali e sanitari.

A livello nazionale, nel 2020, il 4,1% e l'1,3% delle persone con disabilità riceveva rispettivamente servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari. Tra le persone di età pari o superiore ai 65 anni, rispettivamente l'1% e lo 0,5% riceveva servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (ISTAT, 2020: <http://dati.istat.it>). Il numero di utenti è in calo rispetto al 2011.

L'erogazione di servizi integrati e incentrati sulla persona richiede un approccio integrato e personalizzato in ogni fase dell'erogazione, dalla valutazione dei bisogni all'accesso ai servizi, passando attraverso la definizione del piano di cura personalizzato. Pratiche per il miglioramento dell'integrazione dell'erogazione dei servizi sono in atto attualmente sia nel panorama internazionale che in Italia a livello nazionale e locale.

Questo capitolo riassume la normativa italiana sulla valutazione integrata dei bisogni delle persone non autosufficienti, sull'istituzione di punti unici di accesso per facilitare l'accesso alle cure integrate, e sulla pianificazione dei servizi basata sui bisogni della persona tramite il progetto di assistenza individuale integrata. Infine, il capitolo riassume le pratiche internazionali attualmente in atto per l'integrazione della valutazione dei bisogni e dell'erogazione dei servizi di assistenza sociosanitaria, con una particolare attenzione al social prescribing.

Il piano per la non autosufficienza in Italia prevede iniziative per l'erogazione integrata dei servizi sociosanitari

La normativa nazionale italiana degli ultimi decenni ha introdotto iniziative che mirano ad una erogazione integrata dei servizi di assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti. Ad esempio:

- Già dalla fase di valutazione dei bisogni di cura, infatti, la normativa italiana prevede l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale che comprendano la valutazione dei bisogni sociali e sanitari della persona non autosufficiente da parte di un team multidisciplinare.
- La normativa nazionale prevede inoltre l'esistenza di punti unici di accesso come i luoghi in cui delle equipe integrate effettuano la valutazione multidimensionale dei bisogni e attraverso cui la persona non autosufficiente può accedere ai servizi di assistenza sociosanitaria più consoni ai propri bisogni.
- Infine, il legislatore prevede che i servizi più adeguati ai bisogni della persona non-autosufficiente vengano pianificati all'interno di un progetto di assistenza individuale integrata.

Strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni in Italia

Le modalità e gli strumenti di valutazione dei bisogni delle persone non-autosufficienti svolgono un ruolo fondamentale nella definizione del diritto di accesso ai servizi di assistenza sociosanitaria, influenzando di conseguenza il numero di servizi erogati e le risorse necessarie all'erogazione di tali servizi.

La recente normativa italiana sui servizi di assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti fa riferimento all'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale come metodo per la valutazione integrata dei bisogni sanitari e sociali della persona non autosufficiente. Tali strumenti multidimensionali servirebbero quindi a definire in maniera integrata i servizi di assistenza sociale e sanitaria più adatti per la persona non-autosufficiente e sarebbero strumentali alla definizione di un percorso assistenziale integrato per la persona non-autosufficiente.

In Italia, la valutazione multidimensionale dei bisogni e gli strumenti da adoperare per tale valutazione sono frequentemente inclusi nella recente normativa nazionale sulla non autosufficienza:

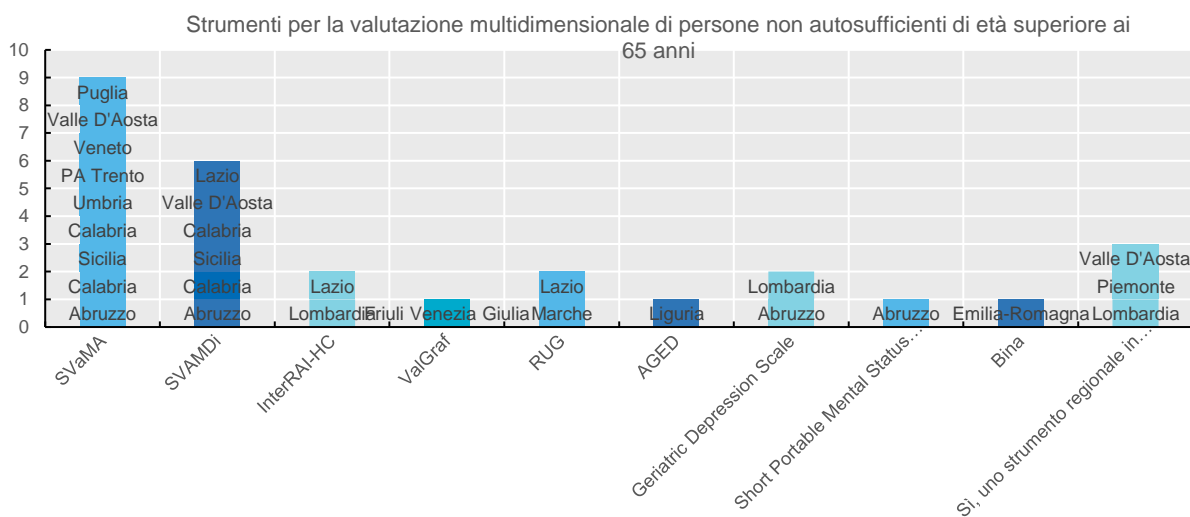
- La legge 30 dicembre 2021 n.234. (Legge di bilancio 2022) definisce, tra le altre cose, i punti unici di accesso, indicandoli come la sede presso cui operano delle *equipe* multidisciplinari che si occupano di effettuare la valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone non-autosufficienti. Secondo la legge n. 234 tali *equipe* multidisciplinari, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non necessarie.
- Anche la legge 22 dicembre 2021, n. 227. (Delega al Governo in materia di disabilità) e la legge 23 marzo 2023, n. 33. (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane) citano gli strumenti di valutazione multidimensionale e delegano il governo rispettivamente ad i) adottare decreti legislativi sul miglioramento dei sistemi di valutazione per l'accertamento della condizione di disabilità, la valutazione multidimensionale dei bisogni e il progetto di vita individuale, e ii) ad implementare la valutazione multidimensionale dei bisogni.
- Il PNNA 2022-2024 annovera la valutazione multidimensionale tra le fasi necessarie alla definizione di un percorso assistenziale integrato per le persone non-autosufficienti o in condizione di grave disabilità.

Gli strumenti di valutazione multidimensionale sono attualmente in uso nella maggior parte delle regioni italiane, ma gli strumenti utilizzati e la popolazione target varia a livello inter e intra regionale. Sebbene solo la regione Basilicata abbia riportato di non aver ancora previsto l'introduzione di uno strumento di valutazione multidimensionale, tutte le regioni rispondenti hanno indicato che più di uno strumento è in

uso, evidenziando una variabilità nelle pratiche di valutazione a livello sub-regionale (Questionario OCSE, 2024).

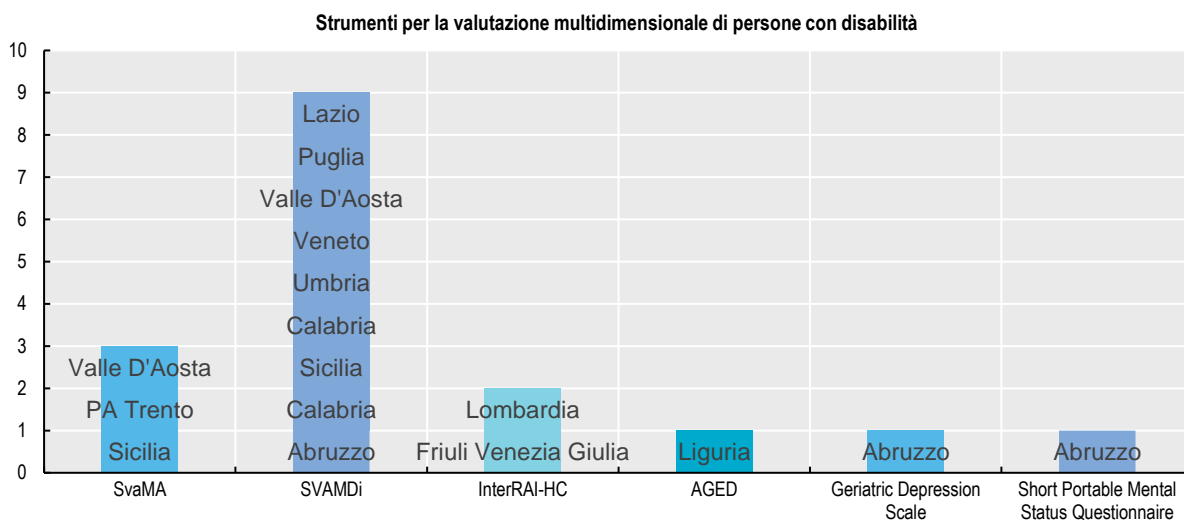
Gli strumenti di valutazione multidimensionali variano anche per tipo di popolazione target e per tipo di servizi per i quali si rende necessario valutare il bisogno. Per esempio, in Lombardia, esistono valutazioni diverse in base ai servizi ai quali si richiede accesso: per i servizi ADI sono richiesti due step valutativi, che includono il triage e Interrai (HC) (solo per determinati livelli di complessità), mentre per la misura “RSA aperta”⁵⁶ sono utilizzate scale specifiche (es. CDR) e per i servizi sociali il tipo di sistema adottato dipende dal distretto/comune. In molti casi, infatti, la valutazione dei bisogni differisce tra la popolazione di età superiore ai 65 anni e la popolazione con disabilità. La Figura 10 riporta gli strumenti di valutazione multidimensionale utilizzati per la popolazione non-autosufficiente di età superiore ai 65 anni e per la popolazione disabile. Oltre agli strumenti indicati in Figura 10, è utilizzato l’indice di BARTHEL in Abruzzo ed Emilia Romagna, il QVAD in Friuli-Venezia Giulia, il SOSIA e l’RSA in Lombardia, la scheda VITA nella P.A. di Bolzano e la certificazione di stadiazione⁵⁷ e la scheda UVMDi – Valutazione e Progettazione Multidimensionale e Multiprospettica della Persona Adulta con Disabilità in Valle D’Aosta (Questionario OCSE, 2024).

Figura 10. Strumenti di valutazione multidimensionale in uso nelle regioni italiane



⁵⁶ La “RSA Aperta” è una misura innovativa che offre la possibilità di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona il più a lungo possibile, con l’obiettivo di rinviare nel tempo la necessità di un ricovero in una struttura residenziale.

⁵⁷ La stadiazione è un documento che attesta le condizioni bio-mediche di gravità, oltre al certificato di invalidità e l’accertamento ai sensi della legge 104/92, prendendo in considerazione sia i livelli di compromissione clinica sia la relativa necessità di assistenza, corredandola anche al contesto in cui la persona vive, all’intensità di dipendenza funzionale, alla presenza o meno di facilitatori (Questionario OCSE, 2024).



Note: I grafici si basano su •18 regioni che hanno risposto al questionario.
 Fonte: Questionario OCSE, 2024

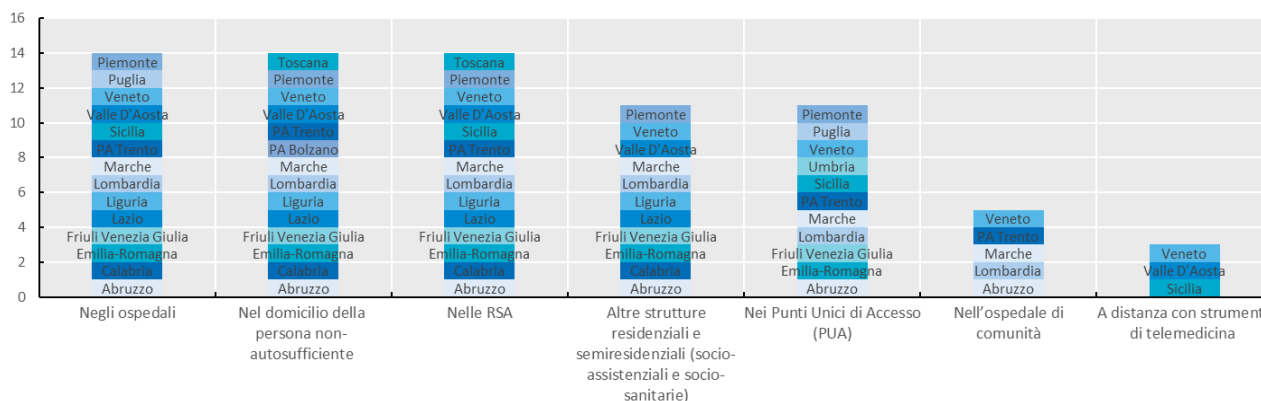
Gli strumenti di valutazione multidimensionale più comunemente adottati in Italia sono la SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane) e la SVAMDI (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità). Entrambi gli strumenti di valutazione si basano sul concetto di disabilità identificato attraverso la classificazione ICF, che comprende i bisogni sanitari e sociali della persona, la sua capacità di eseguire le ADL e le IADL e il supporto che riceve dall'ambiente circostante. Infatti, lo strumento di valutazione SVAMA prende in considerazione l'autonomia fisica e mentale della persona, i bisogni sanitari e le limitazioni funzionali. Queste ultime sono misurate attraverso il bisogno di supporto per svolgere le attività della vita quotidiana (ADL) e le attività strumentali della vita quotidiana (IADL). Le limitazioni funzionali nelle ADL sono misurate attraverso l'indice di Barthel. Anche lo strumento di valutazione SVAMDI si basa sulle componenti principali della classificazione ICF e include 34 misure in 5 componenti principali che comprendono il funzionamento fisico, le attività e la partecipazione e i fattori ambientali.

Come precedentemente menzionato, la legge 30 dicembre 2021 n.234. (Legge di bilancio 2022) definisce i punti unici di accesso come la sede presso cui operano delle equipe integrate incaricate della valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone non-autosufficienti. Attualmente, in Italia, la valutazione multidimensionale può essere svolta in diversi luoghi di cura. Il luogo in cui il maggior numero di regioni riportano di svolgere la valutazione multidimensionale dei bisogni è il setting ospedaliero, seguito dalle RSA e il domicilio della persona non autosufficiente. Dieci regioni hanno riportato di poter svolgere la valutazione nei punti unici di accesso. Gli ospedali di comunità e la valutazione a distanza tramite strumenti di telemedicina sono invece le modalità meno citate dalle regioni che hanno risposto al questionario (Figura 11). Inoltre, in 5 regioni su 15 la valutazione multidimensionale può attualmente essere svolta anche presso le unità di valutazione multidimensionale dei distretti sanitari (Questionario OCSE, 2024).

In alcuni casi, la valutazione può avvenire in luoghi diversi in base ai casi da valutare. La regione Emilia-Romagna ha attuato un progetto per la valutazione multidimensionale di cittadini con fragilità sociale presso il pronto soccorso. L'iniziativa ha l'obiettivo di minimizzare il rischio di ricoveri impropri di persone anziane in situazioni di fragilità sociale per problematiche non prettamente sanitarie. L'iniziativa prevede la presenza di un team multiprofessionale composto da personale sociale e sanitario, attivo presso il pronto soccorso, per la valutazione multidimensionale. Il progetto è iniziato nel 2018 ed è attualmente ancora in corso, con 385 segnalazioni e attivazioni avvenute nel 2022. L'implementazione di tale iniziativa ha previsto l'attivazione di moduli di formazione per medici ed infermieri e di pratiche di aggiornamento e monitoraggio periodico. In particolare, è stato strutturato nel corso dell'ultimo anno un sistema di

monitoraggio dell'attività che permette periodicamente di analizzare caratteristiche socio-demografiche della persona intercettata, analisi del bisogno e esito della segnalazione (Questionario OCSE, 2024).

Figura 11. I luoghi in cui è possibile svolgere la valutazione multidimensionale in Italia



Note: Il grafico si basa su • 5 regioni che hanno contribuito al questionario.

Fonte: Questionario OCSE, 2024

A seguito della valutazione iniziale, i bisogni della persona non-autosufficiente possono subire dei cambiamenti nel tempo. L'invecchiamento e l'avanzamento delle patologie possono infatti modificare le limitazioni e lo stato di autosufficienza della persona che usufruisce dei servizi di assistenza. Nella maggior parte delle regioni, la valutazione dei bisogni della persona non autosufficiente viene quindi ripetuta del tempo in modo da modificare e adeguare i servizi offerti allo stato di salute della persona. Su 15 regioni, 14 hanno riportato che la valutazione multidimensionale viene ripetuta con cadenza regolare per rivalutare i bisogni di cura, mentre 7 regioni hanno riportato che la valutazione dei bisogni può essere ripetuta nel tempo a discrezione del case manager o di altro professionista che si occupa della persona non-autosufficiente, o su richiesta del caregiver e/o della persona non-autosufficiente (Questionario OCSE, 2024).

Punto Unico di Accesso

La normativa italiana definisce i punti unici di accesso (PUA) già a partire dal 2007, quando il D.M. Salute del 10-07-2007 definì lo "sportello unico di accesso" (in seguito definito punto unico di accesso) come parte della sperimentazione del modello assistenziale "casa della salute", con lo scopo di migliorare l'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali. Nuovi fondi per l'attuazione dei punti unici di accesso vennero stanziati con il D.M. Solidarietà sociale del 12/10/2007. I punti unici di accesso vennero poi menzionati in una serie di documenti successivi, tra cui Accordo Stato-Regioni del 25/3/2009, D. MLPS 20/3/2013; D. MLPS 7/5/2014; D. MLPS 14/5/2015; D. MLPS 26/9/2016.

La legge 30 dicembre 2021 n.234 Legge di bilancio 2022 ha poi definito i Punti Unici di Accesso (PUA), come il luogo attraverso cui il servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari alle persone in condizioni di non autosufficienza. Secondo la Legge di bilancio 2022, i PUA hanno sede operativa presso le case di comunità e rappresentano il luogo in cui delle equipe integrate effettuano la valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone non autosufficienti.

L'individuazione dei punti unici di accesso viene gestita a livello regionale (e sub-regionale, spesso a livello distrettuale) e può quindi variare tra regioni-PA. Alcune regioni e province autonome avevano già iniziato

a legiferare sull'opportunità di installare dei punti unici di accesso per i servizi sociosanitari anche precedentemente alla normativa nazionale del 2007.

Nella regione Campania, per esempio, la normativa menziona più volte la 'porta unitaria di accesso' come risorsa attraverso la quale è possibile fare fronte ai bisogni di assistenza sociosanitaria in maniera integrata (C. R. 22-6-2002 "PSR 2002-2004"; Del. G. R. 12-10-2007 n. 1813 "Linee di indirizzo e schede per la programmazione e presentazione dei piani delle attività territoriali"; L. R. 23-10-2007 n. 11 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328"; Piano Sociale Regionale 2009-2011).

La regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, già nel 2004, indicava la diffusione dei Punti unici di accesso ai servizi sociosanitari come obiettivo strategico di sistema all'interno delle Linee guida per la predisposizione dei Piani delle Attività Distrettuali e dei Piani di Zona. L'importanza strategica dei punti unici di accesso è stata successivamente ribadita dal Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2010-2012, adottato dalla Giunta Regionale con delibera n. 465 del 18 marzo 2010.

Nella regione Toscana, il punto unico di accesso viene definito già nel Piano sanitario regionale 2005-2007 e L. R. 18-12-2008 n. 66: "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza"

Ad oggi, la maggior parte delle regioni e province autonome che hanno fornito informazioni attraverso il questionario (10 su 15), hanno riportato la possibilità di svolgere la valutazione multidimensionale nei punti unici di accesso (Figura 11).

Progetto di Assistenza individuale Integrata

La legge 30 dicembre 2021 n.234 Legge di bilancio 2022 ha definito il Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI) come un piano contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. L'equipe integrata che si occupa della valutazione multidimensionale dei bisogni è poi incaricata di procedere alla definizione del PAI. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 ha poi ripreso il concetto di PAI, integrandolo nella matrice di programmazione di misure per migliorare l'assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti. Il Percorso Assistenziale Integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità include cinque fasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute (PNNA 2022-2024).

A livello regionale e di provincia autonoma, esistono iniziative per la creazione di PAI per fasce specifiche di popolazione non autosufficiente. Per esempio, l'Emilia Romagna ha attivato nel 2023 un'iniziativa per la dimissione protetta per persone senza dimora con disabilità. Il progetto è finalizzato alla presa in carico di tali persone superando la frammentazione dei servizi e le difficoltà alla presa in carico territoriale di problemi complessi di tipo sanitario e sociale.⁵⁸

⁵⁸ Il progetto prevede l'elaborazione di PAI da parte della Centrale Operativa Territoriale per la costruzione del percorso territoriale con il coinvolgimento dei servizi sociali territoriali, delle associazioni del Terzo settore. Il progetto ha previsto una prima fase di costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale per la costruzione di una base culturale comune. La seconda fase è stata poi caratterizzata da un'analisi dello status quo nel territorio di Cesena, dove il progetto ha avuto inizialmente attuazione, seguito da un confronto con un territorio in cui un percorso codificato è già presente. La terza fase, non ancora in atto, sarà un approfondimento giuridico-amministrativo delle politiche migratorie. Tale analisi è stata ritenuta necessaria a favorire una migliore comprensione delle

Anche il Friuli Venezia Giulia ha attuato delle iniziative per il miglioramento dell'integrazione dell'assistenza per fasce specifiche della popolazione. A partire dal 2021, la regione ha attuato un progetto sperimentale per la domiciliarità comunitaria di persone con demenza, per prevenire l'istituzionalizzazione di tali soggetti ed avviare percorsi integrati di presa in carico domiciliare. L'iniziativa ha carattere sperimentale ed è stata attivata su tre territori pilota, condotta da Aziende sanitarie e Servizi sociali dei Comuni di riferimento, con il coinvolgimento degli enti del Terzo settore locali (coprogrammazione e coprogettazione dei servizi) (Questionario OCSE, 2024).

Esistono iniziative internazionali che mirano ad una erogazione integrata di servizi di assistenza sociosanitaria per persone non-autosufficienti

C'è una notevole varietà tra i paesi OCSE nel modo in cui il settore sociale e il settore sanitario gestiscono ed erogano i servizi di assistenza per persone non-autosufficienti. In alcuni Paesi OCSE, la valutazione dei bisogni delle persone non-autosufficienti avviene in modo integrato, mentre in altri Paesi la valutazione dei bisogni della persona non autosufficiente avviene separatamente per i servizi sanitari e per quelli sociali. Inoltre, un numero crescente di Paesi sta lavorando alla definizione di uno strumento di valutazione multidimensionale per persone non-autosufficienti standardizzato a livello nazionale. Ad esempio, in Finlandia e Svezia gli strumenti di valutazione dei bisogni sono definiti al livello comunale, mentre in Lituania esistono strumenti di valutazione separati per i diversi servizi di assistenza sociale e sanitaria che le persone non-autosufficienti possono ricevere. D'altra parte, invece, il Giappone ha lavorato alla costruzione di uno strumento di valutazione multidimensionale standardizzato a livello nazionale già a partire dalla fine del secolo scorso, e la Germania ha definito uno strumento di valutazione multidisciplinare standard a livello nazionale a partire dal 2017 (OECD, 2022^[98]).

In Spagna, i Paesi Baschi hanno attuato delle iniziative mirate a migliorare l'integrazione dei servizi di assistenza a persone non-autosufficienti attraverso l'implementazione di ecosistemi locali di servizi di assistenza integrata, come indicato in Box 9.

condizioni di vita di molte persone senza dimora e/o senza documenti, e dei conseguenti ostacoli all'accesso ai servizi di natura sociale e sanitaria (Questionario OCSE, 2024).

Box 9. Gli ecosistemi locali di servizi di assistenza integrata nei Paesi Baschi (Spagna)

In Spagna, i Paesi Baschi hanno messo in pratica delle esperienze di ecosistemi locali di servizi di assistenza integrata. L'iniziativa, nota come *Zaintza HerriLab* è stata gestita dal consiglio provinciale di Gipuzkoa in collaborazione con una fondazione (Adinberri foundation) ed è stata attuata in 2 Comuni in Gipuzkoa (Intervista OCSE, 2024).

L'obiettivo dell'iniziativa è di migliorare i servizi domiciliari di cura per persone anziane non autosufficienti attraverso la definizione di piani di cura (simili ai Piani di Assistenza Individuali (PAI) previsti in Italia). I piani di cura sono pensati e gestiti da un team di professionisti specializzati (i case managers) che godono di un buon grado di conoscenza dei bisogni degli assistiti e dell'offerta di servizi domiciliari a livello locale. I piani di cura sono registrati online in dei sistemi informatici che permettono di raccogliere le informazioni riguardanti i servizi sociosanitari e di seguire gli assistiti nel corso della vita, nel rispetto della privacy e dei diritti degli assistiti (Zaintza HerriLab, 2024^[99]).

Il processo di sviluppo degli ecosistemi di cura si è svolto in modo graduale, partendo dall'istituzione di un *multi-level driving group* che include organi di governance a livello locale e regionale. Il processo ha poi richiesto la mappatura dei servizi a disposizione a livello locale e dei bisogni di cura, seguiti dalla definizione dei piani di cura. Ad una prima fase pilota del progetto è seguita una fase di definizione e implementazione di piani di collaborazione tra gli enti coinvolti e di sessioni di formazione per i professionisti coinvolti. I progetti pilota sono poi stati ulteriormente sviluppati e trasferiti a nuove realtà (Zaintza HerriLab, 2024^[99]).

Ogni fase dello sviluppo degli ecosistemi è stata accompagnata da processi di valutazione dell'impatto delle iniziative. La valutazione dell'impatto del *Zaintza HerriLab* ha mostrato effetti positivi sulle persone non autosufficienti assistite e anche sugli assistenti informali. Grazie ad una migliore conoscenza dei bisogni delle persone, l'iniziativa ha condotto ad un aumento della popolazione beneficiaria dei servizi di assistenza e all'erogazione di servizi più adatti ai bisogni degli assistiti. Il programma ha anche prolungato la permanenza degli assistiti al proprio domicilio. La valutazione dell'iniziativa ha anche rilevato un miglioramento dell'integrazione e coordinamento tra gli agenti coinvolti nell'erogazione dei servizi e una maggiore soddisfazione dei professionisti sanitari e sociali coinvolti⁵⁹ (Basque government, 2023^[100]).

Fonte: OECD Secretariat.

Il social prescribing come strumento per integrare l'erogazione di interventi sanitari e sociali

I Paesi hanno da tempo riconosciuto che i determinanti sociali della salute giocano un ruolo importante nella definizione della salute della popolazione e dell'equità sanitaria. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce i determinanti sociali della salute come "le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono e invecchiano", che sono "modellate dalla distribuzione di denaro, potere e risorse" (WHO Commission on Social Determinants of Health and World Health Organization, 2008^[101]). I determinanti sociali comprendono il reddito, l'occupazione, l'istruzione, le condizioni del contesto di vita,

⁵⁹ Il 77,7% dei professionisti intervistati ha riportato di ritenere che il proprio lavoro abbia sempre o quasi sempre o spesso un'influenza positiva sulla vita degli altri e il 71,7% si sente sempre, quasi sempre o spesso motivato dopo aver lavorato a contatto con le persone assistite.

sociale e comunitario e altri fattori socio-economici. Di fatto, la ricerca suggerisce che i determinanti sociali, l'ambiente e gli stili di vita possono avere un impatto maggiore sui risultati di salute rispetto all'assistenza sanitaria.

Le forme di "prescrizione sociale" sono emerse come una strategia per integrare l'erogazione di servizi sociali e sanitari (Morse, 2022^[102]). In generale, la prescrizione sociale è un termine che indica un approccio incentrato sulla persona per collegare le persone a un supporto non clinico basato sulla comunità (Buck, 2020^[103]) per gestire al meglio la propria salute e il proprio benessere. L'obiettivo è quello di mettere le persone in condizione di riconoscere i propri bisogni, i propri punti di forza e le proprie risorse personali e di entrare in contatto con la propria comunità.

La prescrizione sociale ha come obiettivo principale la prevenzione, contribuendo a ridurre la solitudine e l'isolamento sociale, ritardando lo sviluppo dei bisogni di assistenza e cura delle persone, riducendo i bisogni di assistenza e cura delle persone che ne hanno bisogno e consentendo alle persone di vivere la loro vita nel modo più indipendente possibile. Ad esempio, le persone sole e/o socialmente isolate sono maggiormente a rischio di morte prematura, malattie cardiache, ictus e pressione alta. Hanno anche maggiori probabilità di soffrire di depressione, bassa autostima e problemi di sonno.

La prescrizione sociale può essere utilizzata per indirizzare le persone ad una serie di attività e servizi; le "prescrizioni sociali" sono specifiche per ogni comunità e contesto assistenziale, e tipicamente includono interventi di sostegno alla salute mentale, all'inclusione sociale, alla consulenza finanziaria e abitativa, nonché interventi che promuovono l'attività fisica e l'espressione personale. La prescrizione sociale può essere allineata alle politiche di sostegno all'invecchiamento sano (Alberta, Canada) e alle politiche di miglioramento dell'assistenza personalizzata (Inghilterra).

La necessità di un supporto non medico attraverso la prescrizione sociale è evidente, dal momento che la prescrizione sociale può migliorare la salute e il benessere degli individui, ridurre l'ansia e la depressione, aumentare l'autostima, ridurre la solitudine e l'isolamento. Grazie al suo approccio preventivo precoce, la prescrizione sociale potrebbe contribuire ad alleggerire l'onere degli operatori sanitari di prima linea (Drinkwater, 2019^[104]) e, per gli anziani, i potenziali benefici includono la prevenzione del ricovero in ospedale o in case di cura (Hamilton-West, 2020^[105]).

Il *social prescribing* è una pratica estremamente diversificata e radicata nelle comunità: nei diversi Paesi analizzati in questo rapporto, gli interventi di social prescribing sono stati sviluppati e consolidati principalmente dal basso (approccio bottom-up), con singoli fornitori a contratto, organizzazioni del Terzo settore e statutarie che hanno sviluppato diversi modelli di erogazione. Mentre il modello di *social prescribing* delle cure primarie, in cui gli individui vengono indirizzati dalla medicina generale, è il modello dominante in alcuni sistemi, sono emersi modelli incentrati sulla comunità. All'interno dei Paesi, gli operatori del social prescribing non si trovano solo in contesti sanitari, ma anche all'interno di organizzazioni partner come organizzazioni del Terzo settore, associazioni per il supporto abitativo, autorità locali o ambienti educativi.

Un recente rapporto della National Academy of Social Prescribing (2023) e un recente studio di (Scarpetti, 2024^[106]) esplorano lo sviluppo del *social prescribing* rispettivamente in 24 Paesi e in 12 Paesi ad alto reddito. Essi mostrano i diversi approcci sviluppati dai Paesi soprattutto a livello locale per affrontare i bisogni sociali dei pazienti in modo più olistico, superare la frammentazione dei sistemi di assistenza sanitaria e sociale e migliorare l'equità eliminando le barriere economiche, geografiche, interpersonali o psicologiche che gli individui possono incontrare nello sviluppo di nuove competenze, nella partecipazione ad attività significative e nel collegamento con le loro comunità. Di seguito viene fornita una descrizione delle coorti di riferimento, della tipologia dei servizi offerti, della forza lavoro, e della valutazione di impatto dei programmi di *social prescribing*, con particolare attenzione a Canada, Inghilterra, Portogallo e Spagna.

Coorti di riferimento e referral

Programmi di social prescribing sono offerti principalmente a persone con patologie croniche, a persone sole o socialmente isolate, a soggetti ad alto rischio di malattia mentale ed a persone vulnerabili a causa dell'età o della situazione abitativa.

A titolo di esempio, in Ontario quasi la metà delle persone che hanno partecipato alle iniziative di social prescribing aveva un'età compresa tra i 61 e gli 80 anni, erano per lo più di sesso femminile e quasi la metà di loro viveva con un reddito basso. La salute mentale è stata un fattore chiave delle prescrizioni sociali, con l'ansia e la depressione come condizioni più frequenti. Le prescrizioni sociali si sono concentrate principalmente sulla sicurezza alimentare e sul supporto abitativo (Alliance for Healthier Communities, 2020^[107]).

In Inghilterra, il social prescribing è un componente chiave dell'approccio alla cura personalizzata per tutte le età e per tutta la popolazione. Il social prescribing è particolarmente efficace per un ampio gruppo di persone, comprese quelle con una o più patologie a lungo termine, che hanno bisogno di sostegno per la loro salute mentale, che sono sole o isolate, che hanno bisogni sociali complessi che influiscono sul loro benessere (NHS England, 2023^[108]). Anche le fonti di riferimento per gli operatori di social prescribing sono intersettoriali e non si limitano all'assistenza sanitaria/primaria. Le persone possono essere indirizzate agli operatori locali del *social prescribing* da un'ampia gamma di agenzie locali, tra cui la medicina generale, le autorità locali, le farmacie, le équipe multidisciplinari, le équipe di dimissione ospedaliera, i professionisti della salute, i vigili del fuoco, la polizia, i centri per l'impiego, i servizi di assistenza sociale, le associazioni di supporto abitativo e le organizzazioni di volontariato, di comunità e di imprese sociali. È incoraggiato anche il self-referral per favorire l'autonomia e l'empowerment delle persone nel gestire le proprie esigenze di salute e benessere, consentendo loro di identificare e contattare direttamente gli operatori che possono offrire loro il supporto necessario (NHS England, 2023^[108]).

Per esempio, in Portogallo, il social prescribing è rivolto a tutte le età ed a persone con esigenze sociali, emotive o anche pratiche. Quando l'operatore sanitario si rende conto che ci sono bisogni sociali ed emotivi o anche pratiche quotidiane che stanno influenzando la salute e il benessere di un utente, può indirizzarlo al *social prescribing*, una consultazione in cui l'assistente sociale e l'utente stabiliscono un piano di intervento personalizzato con risposte nella comunità che possono contribuire alla sua salute e al suo benessere. Dall'inizio di un progetto di social prescribing avviato nel settembre 2018 a Lisbona, sono stati indirizzati circa 900 utenti di tutte le età e di oltre 20 nazionalità, la maggior parte dei quali donne; i motivi principali del referral sono l'isolamento sociale, l'accesso ai benefici sociali, l'esercizio fisico legato allo stile di vita sedentario e all'obesità, e l'integrazione degli immigrati.⁶⁰

In Spagna, il social prescribing può essere consigliato a qualsiasi paziente di qualsiasi età. È raccomandato come estensione delle prescrizioni sugli stili di vita o sui fattori di rischio comportamentali delle principali malattie croniche non trasmissibili, per gli individui con stress psicosociale, ansiosi, depressi e con isolamento sociale.

Negli Stati Uniti, le prescrizioni sociali si sono in gran parte concentrate sui bisogni di base (cibo e alloggio), date le significative disuguaglianze socioeconomiche e la rete di sicurezza sociale pubblica più debole. Nei Paesi Bassi, in Svezia e in Galles le prescrizioni sociali si sono spesso concentrate sull'isolamento sociale e sul benessere generale.

In Galles, le fonti di referral ad una organizzazione che offre social prescribing sono intersettoriali e non si limitano all'assistenza sanitaria. Ad esempio, le segnalazioni possono provenire da organizzazioni comunitarie e di volontariato, da servizi statutari e anche da self-referral. Un'organizzazione che offre social

⁶⁰ <https://observador.pt/2023/03/09/cerca-de-900-utentes-recebem-prescricao-social-que-proporciona-saude-e-bem-estar/>

prescribing può anche contattare proattivamente individui o popolazioni che hanno un bisogno specificamente identificato (Welsh Government, 2024^[109]).

Tipologia di servizi offerti

Le risorse comunitarie a cui gli individui possono essere indirizzati sono diverse e intrinsecamente legate alla popolazione target ed al panorama locale di servizi o attività disponibili. Si può spaziare dai servizi che rispondono ai bisogni materiali e legali di base (ad esempio, cibo, alloggio, trasporti), agli interventi sullo stile di vita per migliorare i comportamenti di salute (ad esempio, esercizio fisico, dieta, fumo), ai programmi per sviluppare le competenze professionali (ad esempio, istruzione, formazione professionale) o le attività sociali (ad esempio, volontariato, arti e mestieri, attività nella natura, impegno nella comunità). I servizi offerti a un individuo nell'ambito di un programma di social prescribing possono variare da una singola attività, come la gestione del peso corporeo, ad un supporto continuo per varie esigenze.

Kimberlee R. (Kimberlee, 2015^[110]) suggerisce una tassonomia di modelli di social prescribing che vanno da "leggeri" a "olistici". I modelli di social prescribing "leggeri" si riferiscono a modelli in cui gli individui sono informati del supporto o delle opportunità nella loro comunità che possono essere rilevanti per loro e per i loro bisogni, ma il loro accesso a questo supporto è interamente autogestito. I modelli di social prescribing "olistico" sono altamente integrati con l'assistenza sanitaria e tengono conto di molteplici aspetti del benessere, spesso includendo sia la salute fisica che quella mentale. Sono spesso caratterizzati da partenariati a lungo termine tra organizzazioni, con un supporto specificamente progettato per soddisfare i bisogni identificati dalle organizzazioni o dai servizi del partenariato.

Una rassegna di Chatterjee et al. (Chatterjee, 2018^[111]) ha descritto i diversi tipi di prescrizione sociale, riassunti brevemente di seguito:

- **Arte:** indirizzare le persone con problemi di salute fisica o mentale a programmi che offrono attività creative come pittura o disegno, artigianato, danza, teatro o musica.
- **Letture/biblioterapia:** professionisti della salute che raccomandano libri di auto-aiuto in aggiunta alla terapia cognitivo-comportamentale o consigliano la lettura per il tempo libero o l'iscrizione a un club del libro.
- **Istruzione:** indirizzare le persone a programmi di apprendimento strutturati, come corsi di alfabetizzazione e di abilità di base (ad esempio gestione del denaro, cucina, capacità organizzative, apprendimento di una nuova lingua) a seconda delle esigenze e degli interessi individuali.
- **Esercizio fisico:** indirizzare le persone ad attività di esercizio fisico strutturate, come palestra, yoga, nuoto e altre attività sportive. Prescrizioni "verdi": sostenere le persone ad intensificare il contatto con la natura, ad esempio passeggiando nei parchi, facendo giardinaggio o partecipando a orti comunitari e trascorrendo del tempo in altri spazi naturali, come la spiaggia o i parchi nazionali.
- **Iniziative per uno stile di vita sano:** si rivolgono a popolazioni che vivono in condizioni di svantaggio, ad esempio, fornendo controlli sanitari gratuiti e sostenendo uno stile di vita sano attraverso programmi di alimentazione sana e programmi per smettere di fumare. Tali programmi sono spesso sviluppati da infermieri di comunità.
- **Segnalazione/Informazione:** indirizzare o "segnalare" i pazienti verso informazioni utili sui servizi sanitari e assistenziali locali, come consulenza finanziaria, sostegno abitativo, programmi sanitari comunitari o gruppi di sostegno tra pari. Le informazioni vengono fornite collegando i pazienti a siti web o fornendo opuscoli con i dettagli di contatto dei servizi.
- **Sostegno al referral:** offre la possibilità di accedere al supporto per soddisfare le esigenze individuali, che di solito vengono valutate da un operatore di collegamento o da un link worker che co-produce un programma di social prescribing o un piano d'azione su misura con obiettivi appropriati e raggiungibili. Il link worker può quindi lavorare con il paziente per sostenerlo durante

l'elaborazione del piano per raggiungere gli obiettivi, aiutandolo a superare le barriere, a rafforzare la fiducia e a fornire sostegno morale e incoraggiamento. Questo tipo di social prescribing può includere qualsiasi combinazione delle prescrizioni sociali sopra descritte.

Link workers (operatori di collegamento)

Come evidenziato nel capitolo sulla workforce, i *link workers* svolgono un ruolo fondamentale in qualsiasi programma di social prescribing. Hanno una conoscenza capillare della comunità in cui operano e sono in grado di mettere in contatto i pazienti con le risorse della comunità che rispondono alle loro esigenze in modo efficace e compassionevole. Il ruolo del link worker è quello di mettere le persone in condizione di prendere in mano la propria salute e il proprio benessere. Gli operatori di collegamento devono mirare a costruire un rapporto di fiducia con il paziente, ascoltando attivamente le sue preoccupazioni per capire al meglio le sue esigenze. Lavorano poi insieme all'individuo per sviluppare un piano personalizzato e metterlo in contatto con i servizi disponibili a livello locale. Gli operatori di collegamento devono lavorare in team con i professionisti della salute e le organizzazioni della comunità e garantire il follow-up del piano di intervento personalizzato. La figura del link worker non è definita a livello internazionale e si declina diversamente a seconda del paese.

In Alberta (Canada), nell'ambito del programma Healthy Aging Social Prescribing for Older Adults, i *link workers* sono professionisti non clinici impiegati da organizzazioni comunitarie che si occupano di anziani. Aiutano le persone a sviluppare e raggiungere una serie di obiettivi personalizzati, accedendo alle risorse della comunità e integrando l'assistenza sanitaria con un sostegno supplementare. I *link workers* mettono in contatto gli individui con programmi ricreativi e sociali, li assistono nell'accesso a benefici finanziari e forniscono riferimenti a programmi di trasporto assistito. Inoltre, mettono in contatto gli individui con i servizi di assistenza domiciliare, come le pulizie domestiche e lo sgombero della neve. I *link workers* indirizzano anche i problemi più complessi agli assistenti sociali che fanno parte della rete di social prescribing della comunità.

In Inghilterra è stato sviluppato il nuovo ruolo professionale del "link worker". I link workers mettono in contatto le persone con le risorse disponibili nella comunità, comprese le attività e i servizi che soddisfano i bisogni pratici, sociali ed emotivi che influiscono sulla salute e sul benessere degli individui. Lavorano in collaborazione con il sistema sanitario e assistenziale, rivolgendosi alle popolazioni con maggiori necessità e rischio di disuguaglianze nella salute e collaborando con i partner per identificare le lacune nell'offerta e sostenere le offerte della comunità affinché siano accessibili e sostenibili.

Nel sistema portoghese di social prescribing, i medici di base indirizzano senza soluzione di continuità i pazienti agli assistenti sociali, che sono gli operatori di collegamento responsabili della prescrizione finalizzata al cambiamento dello stile di vita, all'impegno nella comunità, alla promozione della salute mentale e al sostegno personalizzato.

Integrato nelle cartelle cliniche elettroniche dei pazienti, il modello spagnolo di social prescribing consente di effettuare immediatamente le visite e i follow-up da parte dei medici di base. La fornitura diretta di prescrizioni sociali da parte dei medici di base rispecchia il ruolo dei *link workers* ed enfatizza gli sforzi di collaborazione tra assistenza primaria, sanità pubblica, servizi sociali e comunità.

In Galles, i link workers possono essere assunti da una serie di organizzazioni diverse, come università, autorità locali, enti sanitari o organizzazioni comunitarie e di volontariato. Possono praticare la social prescribing come attività principale o come parte del loro ruolo, e sono conosciuti con una varietà di termini specifici all'organizzazione in cui lavorano. Ad esempio, operatore di collegamento, connettore di comunità o coordinatore del benessere (Welsh Government, 2024^[109]).

Valutazione di impatto

In teoria, la collaborazione tra organizzazioni sanitarie e non sanitarie a livello locale potrebbe contribuire a migliorare lo stato di salute della popolazione. Ma sappiamo poco su quali tipi di collaborazione funzionano, per chi e in quali contesti. I benefici della collaborazione potrebbero essere difficili da ottenere, da misurare e sovrastimati da parte dei politici. In definitiva, le collaborazioni locali dovrebbero essere analizzate e valutate nel proprio contesto politico ed economico, come una componente di un sistema più ampio di fattori e interventi che interagiscono per migliorare lo stato di salute della popolazione (Alderwick, 2021_[112]).

La natura estremamente eterogenea delle prescrizioni sociali pone sfide importanti per una valutazione d'impatto (Ayorinde, Grove and Ghosh, 2024_[113]). Inoltre, le evidenze disponibili variano perché l'impatto del *social prescribing* dipende dal tipo di modello utilizzato, dagli operatori del social prescribing e dal loro background, dalla località e dalle risorse disponibili all'interno della comunità (Polley, 2023_[114]).

Una valutazione delle iniziative di social prescribing in Ontario (Canada) (Alliance for Healthier Communities, 2020_[107]) ha rilevato che gli individui hanno segnalato un miglioramento generale della loro salute mentale e una maggiore capacità di autogestione della propria salute, che gli operatori sanitari hanno trovato il *social prescribing* utile per migliorare il benessere degli individui e diminuire le visite ripetute e che il *social prescribing* ha permesso un maggiore livello di integrazione tra assistenza clinica, team interprofessionali e supporto sociale.

Gli elementi facilitatori dei modelli di social prescribing includono la conoscenza delle risorse comunitarie disponibili e la presenza di professionisti qualificati per il ruolo di link worker (Dias, 2023_[115]). Sono stati identificati come facilitatori anche il forte impegno dei medici di base, delle autorità sanitarie e dei tecnici del settore comunitario, oltre alla comunicazione frequente tra le parti interessate (Alderwick, 2021_[112]) e la presenza fisica dei link worker nei servizi sanitari. Le azioni prioritarie per un'implementazione efficace dovrebbero concentrarsi sugli investimenti nella formazione degli operatori sanitari e dei partner della comunità e sulla promozione dell'aderenza alle prescrizioni da parte degli utenti. Le relazioni interpersonali e organizzative che enfatizzano la fiducia, il consenso e la collaborazione permettono di affrontare al meglio le diverse priorità delle comunità (Calderón-Larrañaga S, 2021_[116]).

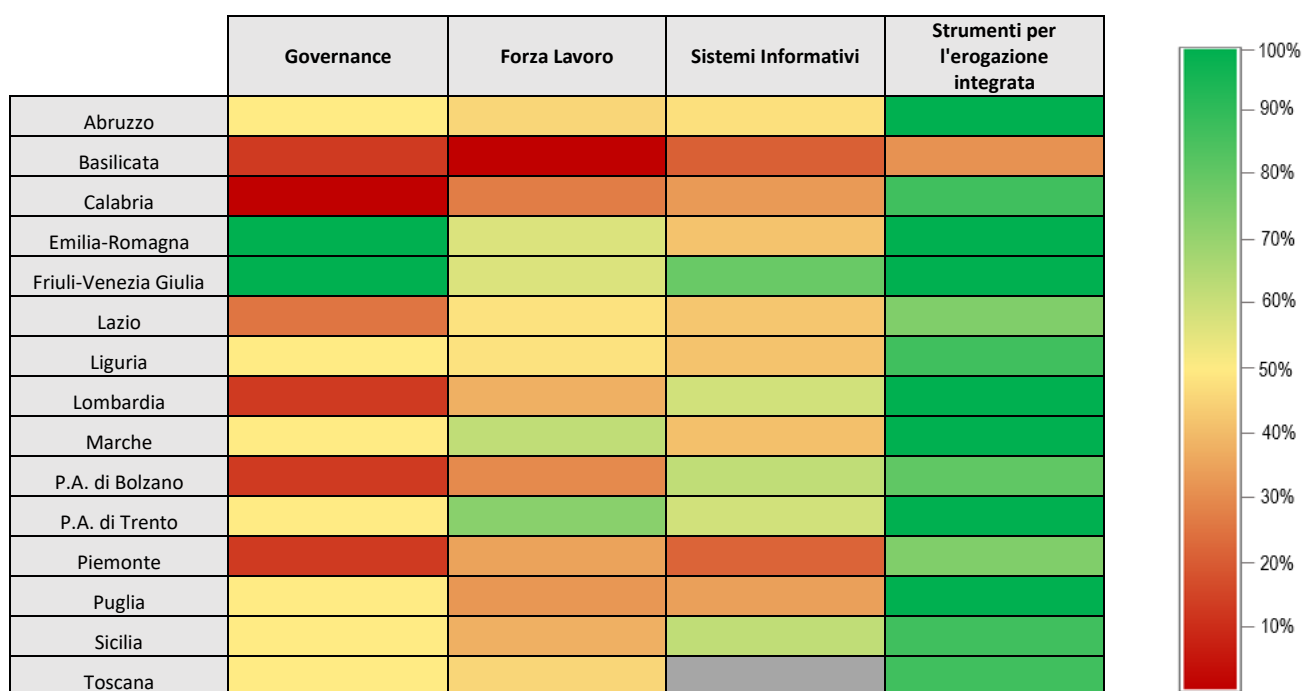
Gap analysis

Distanza delle Regioni-Province autonome dal modello

Sulla base delle risposte al questionario OCSE, il cruscotto preliminare riportato qui di seguito permette di stimare, con un livello accettabile di approssimazione, quale livello d'integrazione si sia raggiunto nelle 18 regioni e province autonome che hanno partecipato all'indagine, e quale sia la distanza rispetto ad un modello di interventi sociosanitari integrati a domicilio. Tale modello corrisponde alla disponibilità dell'intero bagaglio di strumenti funzionali all'integrazione riconducibili alle quattro dimensioni esaminate: governance, forza lavoro, sistemi informativi e strumenti per l'erogazione integrata di interventi sanitari, sociali e socioassistenziali.

Il cruscotto è basato su un set di 34 indicatori suddivisi per le quattro dimensioni dell'analisi; il colore assegnato ad ogni Regione-Provincia autonoma riflette la non esistenza o mancanza di utilizzo di uno strumento o processo (cella colorata in rosso), ovvero la presenza o utilizzo di uno strumento o processo (cella colorata in verde).

Le regioni Campania, Molise e Sardegna non hanno risposto alla survey inviata dall'OCSE riguardo la valutazione dello stato di integrazione dei servizi domiciliari integrati per persone non autosufficienti, pertanto il quadro reale sulla situazione delle cure integrate domiciliari in queste regioni rimane parzialmente non noto, rendendo difficile una valutazione completa delle politiche e delle risorse messe in atto per assistere questo gruppo di popolazione.



Umbria				
Valle d'Aosta				
Veneto				

Le tabelle seguenti riportano il dettaglio degli indicatori relativi alle quattro dimensioni analizzate.

	Governance		
	1.1	1.2	1.3
Regione-Provincia Autonoma (P.A.)	Esistenza di strumenti di governance a livello territoriale	Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021	Esistenza di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria
Abruzzo			
Basilicata			
Calabria			
Emilia-Romagna			
Friuli-Venezia Giulia			
Lazio			
Liguria			
Lombardia			
Marche			
P.A. di Bolzano			
P.A. di Trento			
Piemonte			
Puglia			
Sicilia			
Toscana			
Umbria			
Valle d'Aosta			
Veneto			

Forza lavoro														
Settore formale						Settore informale								
2.1	2.2		2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	2.11	2.12	2.13	
Regione-Provincia Autonoma (P.A.)	Numero di categorie professionali e altri attori titolati ad avviare la richiesta per una valutazione multidimensionale	Numero di categorie professionali coinvolte nella valutazione della popolazione anziana	Numero di categorie professionali coinvolte nella valutazione della popolazione con disabilità	Presenza di opportunità di confronto tra professionisti nel processo di valutazione multidimensionale	Presenza del ruolo di case manager a livello regionale e provinciale	Presenza di percorsi di formazione e tra gli strumenti contemplati per facilitare l'integrazione	Presenza di percorsi di formazione e integrati tra gli strumenti contemplati per facilitare l'integrazione	Normativa regionale e che preveda e/o definisca la figura del caregiver familiare	Forme di supporto regionale e previste per sostenere il caregiver familiare nell'attività di cura	Formazione informativa per caregiver familiari per ricevere informazioni sulle problematiche inerenti alle persone che vengono assistite e sui diritti degli assistiti e dei caregiver familiari	Normativa regionale che preveda e/o definisca la figura dell'assistente personale/familiare	Incentivi fiscali e/o supporti economici per incoraggiare l'assunzione regolare di Assistente Personale/Familiare	Registro pubblico regionale degli Assistenti Personali/Familiari	Formazione per Assistenti Personali/Familiari
Abruzzo														
Basilicata														
Calabria														
Emilia-Romagna														
Friuli-Venezia Giulia														
Lazio														
Liguria														
Lombardia														
Marche														
P.A. di Bolzano														
P.A. di Trento														
Piemonte														
Puglia														

Sicilia														
Toscana														
Umbria														
Valle d'Aosta														
Veneto														

Sistemi informativi											
	Settore sociale						Settore sanitario				3.4
	3.1	3.2	3.3		3.5	3.6	3.1	3.2	3.3		
	Tipo di dati raccolti attraverso sistemi informativi regionali/provinciali	Disaggregazioni disponibili	Cadenza trasmissione dati aggregati/sintetici a livello nazionale	Cadenza trasmissione dati aggregati/sintetici a livello regionale (o di Provincia Autonoma)	Esistenza di una cartella sociale informatizzata in uso nella Regione/Provincia autonoma	Implementazione della cartella sociale informatizzata	Tipo di dati raccolti attraverso sistemi informativi regionali/provinciali	Disaggregazioni disponibili	Cadenza trasmissione dati aggregati/sintetici a livello nazionale	Cadenza trasmissione dati aggregati/sintetici a livello regionale (o di Provincia Autonoma)	
Regione-Provincia Autonoma (P.A.)											
Abruzzo											
Basilicata											
Calabria											
Emilia-Romagna											
Friuli-Venezia Giulia											
Lazio											
Liguria											
Lombardia											
Marche											

P.A. di Bolzano	Light Green	Light Orange	Light Green	Light Green	Red	Dark Grey	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green	Red
P.A. di Trento	Light Green	Red	Light Orange	Light Green	Light Green	Light Orange	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green	Red
Piemonte	Red	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Red	Dark Grey	Dark Grey	Light Orange	Dark Grey	Dark Grey	Red
Puglia	Light Orange	Light Green	Red	Red	Red	Red	Light Orange	Light Green	Light Green	Light Green	Red
Sicilia	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Light Orange	Dark Grey	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green	Red
Toscana	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey	Dark Grey
Umbria	Light Orange	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green	Light Orange	Light Orange	Light Green	Light Green	Light Green	Red
Valle d'Aosta	Red	Light Orange	Light Orange	Dark Grey	Light Green	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Green	Light Green	Light Orange
Veneto	Dark Grey	Light Green	Light Green	Light Green	Red	Light Orange	Light Orange	Light Green	Light Green	Light Green	Red

	Strumenti per l'erogazione integrata di servizi					
	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6
Regione-Provincia Autonoma (P.A.)	Esistenza di Progetti di Assistenza individuale Integrata (PAI)	Esistenza di Punti Unici di Accesso	Esistenza di Strumenti di Valutazione Multidimensionale per persone di età superiore ai 65 anni	Esistenza di Strumenti di Valutazione Multidimensionale per persone con disabilità	Cadenza con cui la valutazione multidimensionale viene ripetuta	Servizi che è possibile ottenere a domicilio come parte dei Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD)
Abruzzo						
Basilicata						
Calabria						
Emilia-Romagna						
Friuli-Venezia Giulia						
Lazio						
Liguria						
Lombardia						
Marche						
P.A. di Bolzano						
P.A. di Trento						
Piemonte						
Puglia						
Sicilia						
Toscana						
Umbria						
Valle d'Aosta						
Veneto						

Annex A. L'indagine OCSE

Questo rapporto attinge in misura significativa da un'indagine condotta dall'OCSE come parte integrante del progetto "Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia".

L'indagine si è rivolta a tutte le regioni e le province autonome italiane per valutare l'attuale livello di integrazione dei servizi sanitari e sociali domiciliari per le persone non autosufficienti.

La popolazione di riferimento del progetto su cui porta l'indagine include:

- Persone anziane (di età pari o superiore a 65 anni) non autosufficienti con diversi livelli di bisogno assistenziale;
- Persone con disabilità grave o molto grave, compresi gli individui riconosciuti come invalidi civili o con disabilità, secondo le definizioni della normativa italiana.

L'indagine è stata avviata il 31 gennaio 2024 con l'invio di un questionario unico ai referenti delle regioni e province autonome. Inizialmente la conclusione della somministrazione era prevista per il 21 febbraio; tuttavia, la raccolta dei dati si è protratta a causa delle difficoltà incontrate da alcune amministrazioni nel coinvolgere i vari uffici preposti. Dopo una prima sollecitazione ai partecipanti il 14 febbraio, e alla luce dei riscontri preliminari che avevano fatto emergere questa criticità, è stata concessa una proroga. Ulteriori integrazioni informative sono state richieste il 27 febbraio e il 19-20 marzo, dopo un'analisi sulla chiarezza e la completezza delle risposte fino ad allora fornite. L'ultimo questionario è pervenuto il 9 aprile.

Modalità di raccolta e condivisione dei dati

I rappresentanti delle regioni e delle province coinvolti sono stati selezionati autonomamente da ciascuna amministrazione. Inizialmente si è discusso se concentrare l'analisi su specifici territori, data la non rara coesistenza di molteplici livelli anche all'interno delle singole regioni; tuttavia, si è infine deciso che ogni regione dovesse fornire un quadro completo della propria situazione e tale da rifletterne la complessità. Il ruolo di ProMIS è stato fondamentale nel fornire supporto tecnico e facilitare la partecipazione delle diverse amministrazioni. Queste sono state invitate ad assicurare una compilazione condivisa del questionario tra le direzioni sociali e sanitarie, nominando un punto di contatto unico per eventuali chiarimenti dal team OCSE. I questionari completati sono stati inviati alla casella email integratedcare_italy@oecd.org, creata specificamente per il progetto. I dati raccolti sono stati inseriti in una cartella unica in formato tabellare, con un foglio per ciascuna sezione della Parte A del questionario, e messi a disposizione in formato protetto ai beneficiari del progetto per informare le loro riflessioni in modo indipendente dall'analisi fornita in questo rapporto.

Questionario

Il questionario sviluppato per l'indagine si articola in diverse aree tematiche. La Parte A mira a ottenere una panoramica aggiornata del contesto regionale e delle province autonome, suddivisa in quattro aree tematiche:

1. sistemi di valutazione multidimensionale;
2. integrazione dei servizi domiciliari sanitari, sociali e sociosanitari;

3. sistemi informativi;
4. settore informale.

Le informazioni raccolte hanno alimentato la stesura dei capitoli corrispondenti del rapporto. Una sezione aggiuntiva, Parte B, è dedicata alle iniziative e ai progetti implementati a livello territoriale, con lo scopo di valutare l'impatto di tali iniziative sull'integrazione dei servizi.

Le domande sono formulate in modalità aperta e chiusa, includendo spesso opzioni multiple o risposte binarie (sì/no), con spazi dedicati per approfondimenti e riferimenti normativi. La maggior parte dei quesiti mira a raccogliere dati oggettivi, attestanti la presenza o meno di specifiche elementi oggetto di indagine, mentre altre sollecitano opinioni personali, invitando i compilatori a esprimere le proprie valutazioni. Si riporta di seguito il testo del questionario.

I SUOI DATI PERSONALI

Nome:

Cognome:

Titolo:

Regione:

Dipartimento:

Email:

Recapito
telefonico:

PARTE A: CONTESTO REGIONALE E DI PROVINCIA AUTONOMA

A.1. Sistemi di valutazione multidimensionale

A.1.1 Nella sua Regione/Provincia autonoma, esiste una normativa specifica per la non autosufficienza? Si riportino normative regionali e documenti derivanti da tali normative (ad esempio documenti programmatici e regolamenti)

Sì, si prega di fornire dettagli ulteriori:

Si indichi la fonte:

No

A.1.2 Esiste uno strumento di valutazione multidimensionale (SVM) nella sua Regione/Provincia autonoma per identificare i bisogni della popolazione non-autosufficiente? Selezionare tutte le risposte possibili.

1. Per la valutazione multidimensionale di persone non autosufficienti di età superiore ai 65 anni

Sì, SVaMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane)

Sì, SVAMDi (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità)

Sì, InterRAI-HC (InterRAI-Home Care)

Sì, ValGraf (VALutazione GRAFica)

Sì, RUG (Resource Utilization Group)

Sì, AGED (Assessment of Geriatric Disabilities)

Sì, Geriatric Depression Scale

Sì, Short Portable Mental Status Questionnaire

Sì, Bina

Sì, uno strumento regionale in integrazione con altri strumenti precedenti

- Sì, altro:
- Sì, ma il tipo di sistema adottato dipende dal distretto/comune
- No, ma un SVM verrà introdotto a partire da:
- No e non è ancora prevista l'introduzione di un SVM

2. Per la valutazione di persone con disabilità

- Sì, SvaMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane)
- Sì, SVAMDi (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità)
- Sì, InterRAI-HC (InterRAI-Home Care)
- Sì, ValGraf (VALutazione GRAFica)
- Sì, RUG (Resource Utilization Group)
- Sì, AGED (Assessment of Geriatric Disabilities)
- Sì, Geriatric Depression Scale
- Sì, Short Portable Mental Status Questionnaire
- Sì, Bina
- Sì, uno strumento regionale in integrazione con altri strumenti precedenti
- Sì, altro:
- Sì, ma il tipo di sistema adottato dipende dal distretto/comune
- No, ma un SVM verrà introdotto a partire da:
- No e non è ancora prevista l'introduzione di un SVM

Si riportino di seguito i riferimenti normativi più rilevanti, riguardanti l'introduzione del sistema di valutazione multidimensionale indicato:

A.1.3 Il sistema di valutazione multidimensionale viene utilizzato per valutare la necessità di presa in carico in uno specifico contesto erogativo (ad esempio residenze sanitarie assistenziali, RSA) oppure è propedeutico alla definizione di un Percorso Assistenziale Integrato che preveda servizi di assistenza nei contesti più adatti ai bisogni della persona non-autosufficiente? Selezionare una sola risposta.

- Specifico per contesto erogativo (si specifichi a quale contesto erogativo si applichi:)
- Valutazione olistica per la definizione di un percorso di cura nel contesto più adatto
- Entrambi

A.1.4 Quali professionisti sono deputati a condurre una valutazione multidimensionale? Selezionare tutte le risposte possibili. Se necessario, si distingua in base alla popolazione di riferimento (popolazione anziana vs popolazione con disabilità).

1. Per la valutazione multidimensionale di persone non autosufficienti di età superiore ai 65 anni

Se la normativa prevede un nucleo minimo di professionisti sia nel settore sociale che nel settore sanitario necessari per svolgere una valutazione multidimensionale, si indichino di seguito i professionisti inclusi in tale nucleo:

- Assistente sociale
- Operatore socio sanitario
- Personale infermieristico
- Medico di medicina generale
- Geriatra
- Educatore
- Fisiatra
- Psichiatra
- Neurologo
- Psicologo
- Altri medici specialisti (si specifichi quali:)
- Altro:

Se in aggiunta al nucleo minimo indicato in precedenza, sulla base della tipologia di casistica trattata, ulteriori professionisti possono svolgere la valutazione multidimensionale, si indichino di seguito tali professionisti:

- Assistente sociale
- Personale infermieristico
- Medico di medicina generale
- Geriatra
- Educatore
- Fisiatra
- Psichiatra
- Neurologo
- Psicologo
- Altri medici specialisti (si specifichi quali:)
- Altro:

2. Per la valutazione di persone con disabilità

Se la normativa prevede un nucleo minimo di professionisti sia nel settore sociale che nel settore sanitario necessari per svolgere una valutazione multidimensionale, si indichino di seguito i professionisti inclusi in tale nucleo:

- Assistente sociale
- Operatore socio sanitario
- Personale infermieristico
- Medico di medicina generale

- Pediatra di libera scelta
- Educatore
- Fisiatra
- Psichiatra
- Neurologo
- Psicologo
- Altri medici specialisti (si specifichi quali:)
- Altro:

Se in aggiunta al nucleo minimo indicato in precedenza, sulla base della tipologia di casistica trattata, ulteriori professionisti possono svolgere la valutazione multidimensionale, si indichino di seguito tali professionisti:

- Assistente sociale
- Operatore socio sanitario
- Personale infermieristico
- Medico di medicina generale
- Pediatra di libera scelta
- Educatore
- Fisiatra
- Psichiatra
- Neurologo
- Psicologo
- Altri medici specialisti (si specifichi quali:)
- Altro:

A.1.5 Se la valutazione è svolta da professionisti diversi in momenti distinti, esistono opportunità di confronto tra professionisti nel processo di valutazione multidimensionale?

- Sì (si riportino qui le modalità di confronto:)
- No

A.1.6 In quali luoghi viene svolta la valutazione? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Nei Punti Unici di Accesso (PUA)
- Nelle RSA
- Negli ospedali
- Nel domicilio della persona non-autosufficiente
- Nell'ospedale di comunità
- Altre strutture residenziali e semiresidenziali (socio-assistenziali e socio-sanitarie)

- A distanza con strumenti di telemedicina
- Altro:

A.1.7 Chi ha la facoltà di avviare la richiesta per una valutazione multidimensionale? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Il medico di medicina generale
- Il medico specialista
- Il pediatra di libera scelta
- La persona non-autosufficiente o un familiare presentandosi direttamente presso un PUA
- Assistente sociale
- Infermiere di comunità
- Servizio infermieristico domiciliare
- Altro:

A.1.8 Esiste nella Regione/Provincia autonoma il ruolo di operatore?

- Sì (si indichi quale tipologia di operatori svolgono tale ruolo - ad esempio, medico di medicina generale; infermiere di comunità): ()
- No

A.1.9 Quando viene svolta la valutazione? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Solamente una volta prima dell'accesso ai servizi, per definire i bisogni della persona non-autosufficiente
- Con cadenza regolare per rivalutare i bisogni
- Con cadenza non regolare, a discrezione del case manager o di altro professionista che si occupa della persona non-autosufficiente, per rivalutare i bisogni
- Su richiesta del caregiver e/o della persona non-autosufficiente
- Altro:

A.1.10 Nella Regione/Provincia autonoma è prevista una classificazione del bisogno assistenziale delle persone non-autosufficienti in basso/alto?

- Sì
- No

A.1.11 Come viene definito il bisogno assistenziale (basso/alto) delle persone anziane (≥65 anni) non-autosufficienti nella sua Regione/Provincia autonoma? Se esiste una scala di valutazione del bisogno, la si riporti insieme alla definizione

Definizione del bisogno assistenziale *basso*:

Definizione del bisogno assistenziale *alto*:

Si indichi la fonte:

A.1.12 Come viene definito il livello di disabilità (grave/gravissima), nella sua Regione/Provincia autonoma?

Se esiste una scala di valutazione del livello di disabilità, la si riporti insieme alla definizione

Definizione di disabilità:

Definizione della disabilità *grave*:

Definizione della disabilità *gravissima*:

Si indichi la fonte:

A.2. Integrazione dei servizi domiciliari sanitari, sociosanitari e sociali

A.2.1 In che modo il contesto regionale e di Provincia autonoma facilita l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Strumenti di governance a livello territoriale (ad esempio, Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS)
- Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021
- Finanziamenti per la realizzazione di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria
- Attività di formazione per gli operatori dei servizi pubblici, del volontariato e del terzo settore
- Attività di formazione integrata tra i professionisti sanitari e sociali
- Sistemi di audit multiprofessionale
- Altro:

Si specifichi quali:

A.2.2 Come giudica il livello di integrazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD)?

- Ampiamente migliorabile
- Mediocre
- Sufficiente
- Più che sufficiente
- Adeguato

Giustifici la sua risposta:

A.2.3 Quali servizi possono essere ottenuti a domicilio come parte dei Servizi di

Assistenza Domiciliare (SAD)? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Supporto nello svolgimento di attività di cura personale (ad esempio., lavarsi, vestirsi, pettinarsi, preparare pasti)
- Supporto nelle attività domestiche
- Supporto nello svolgimento di attività al di fuori della propria abitazione (ad esempio, gestione delle risorse economiche, collegamento con altri servizi sociali e sanitari, disbrigo commissioni)
- Altro:

A.2.4 Quali sono le sfide/criticità che affronta oggi l'ADI nella sua Regione/Provincia autonoma?

A.2.5 Quali sono le sfide/criticità che affronta oggi il SAD nella sua Regione/Provincia autonoma?

A.2.6 Sono presenti delle criticità che ostacolano l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio?

- Sì (indicare quali)
- No

A.2.7 Quali sono i punti di forza e le maggiori criticità del percorso attuativo del decreto n. 77 del 23 maggio 2022 a livello regionale (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale)?

A.3. I sistemi informativi

A.3.1 Quali sistemi informativi di tipo gestionale (per es. fascicolo sanitario elettronico, cartella sociale informatizzata) sono in uso nella sua Regione/Provincia autonoma, per raccogliere dati sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali erogati a domicilio e/o sulla popolazione non-autosufficiente?

Si riportino qui i sistemi informativi in uso nella sua Regione/Provincia autonoma specificando se sono distinti per ambito sanitario e ambito sociale:

A.3.2 Quali dati vengono raccolti attraverso questi sistemi informativi regionali/provinciali? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Accesso ai servizi SAD
- Tipologia di servizi SAD
- Qualità dei servizi SAD ricevuti
- Intensità dei servizi SAD ricevuti (ad esempio, numero di interventi SAD ricevuti)
- Altri dati raccolti

- Accesso ai servizi ADI
- Tipologia di servizi ADI
- Qualità dei servizi ADI ricevuti
- Intensità dei servizi ADI ricevuti (ad esempio, numero di interventi ADI ricevuti)
- Altri dati raccolti

Si forniscano ulteriori dettagli e si inseriscano i link verso la documentazione esplicativa:

A.3.3 Quali disaggregazioni sono disponibili per i dati indicati nella domanda precedente? Selezionare tutte le risposte possibili.

Per i dati riguardanti i servizi sanitari

- Fascia di età
- Livello di disabilità
- Non autosufficienza
- Altro (specificare)
- Nessuna disaggregazione

Per i dati riguardanti i servizi sociali

- Fascia di età
- Livello di disabilità
- Non autosufficienza
- Altro (specificare)
- Nessuna disaggregazione

Si forniscano ulteriori dettagli:

A.3.4 Da quali enti vengono raccolti questi dati? Selezionare tutte le risposte possibili.

Servizi sociali:

- Comuni
- ATS

Altro (specificare)

Servizi sanitari:

Distretti sanitari

Azienda USL

Altro (specificare)

Si forniscano ulteriori dettagli:

A.3.5 Con quale cadenza i dati aggregati/sintetici vengono trasmessi a livelli superiori di governance?

Per i dati riguardanti i servizi sanitari

Trasmissione al livello nazionale

In tempo reale

Ogni mese

Ogni trimestre

Ogni anno

con cadenza non sistematica

Trasmissione al livello regionale (o di Provincia autonoma)

In tempo reale

Ogni mese

Ogni trimestre

Ogni anno

con cadenza non sistematica

Per i dati riguardanti i servizi sociali

Trasmissione al livello nazionale

In tempo reale

Ogni mese

Ogni trimestre

Ogni anno

con cadenza non sistematica

Al livello regionale (o di Provincia autonoma)

In tempo reale

Ogni mese

Ogni trimestre

Ogni anno

con cadenza non sistematica

A.3.6 I sistemi informativi gestionali sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali sono integrati tra di loro?

- Sì, per tutti i servizi (si forniscano dettagli)
- Sì, per i servizi domiciliari ADI e SAD (si forniscano dettagli)
- Sì, per altri servizi (si forniscano dettagli)
- No

Si forniscano ulteriori dettagli:

A.3.7 Esiste un unico sistema informativo integrato a livello regionale?

- Sì, si specifichi quale:
- No

A.3.8 Quali fattori ostacolano la completa integrazione dei sistemi informativi sugli interventi sanitari, sociosanitari e sociali? Quali misure sono/potrebbero essere messe in atto per superare questi ostacoli? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Problematiche legate alla privacy
- Mancanza di strumenti tecnici/informatici adeguati
- Bassa priorità politica
- Altro

Elabori la sua risposta:

Si riporti di seguito quali misure sono/potrebbero essere messe in atto per superare questi ostacoli

A.3.9 Se il fascicolo sanitario elettronico è attivo nella sua Regione/Provincia autonoma, quali sono state le principali difficoltà nella sua implementazione? Se possibile, si riporti anche in che modo tali difficoltà siano state superate. Selezionare tutte le risposte possibili.

- Problematiche legate alla privacy
- Mancanza di fondi
- Bassa priorità politica
- Resistenza da parte degli operatori dei servizi sanitari
- Mancanza di personale
- Mancanza di formazione
- Mancanza di strumenti tecnici/informatici adeguati
- Altro:

No, il fascicolo sanitario elettronico non è attivo

Elabori la sua risposta:

Se possibile, si riporti anche in che modo tali difficoltà siano state superate

A.3.10 Esiste una cartella sociale informatizzata in uso nella sua Regione/Provincia autonoma?

Sì, la cartella sociale informatizzata è in uso in tutta la regione a partire dal (inserire anno qui:)

Sì, la cartella sociale informatizzata è in uso in alcuni Comuni (se possibile, si riportino di seguito i comuni che la utilizzano)

Sì, ma è attualmente in fase sperimentale

No, ma esistono linee guida e/o piani strategici per avviare l'implementazione della cartella sociale informatizzata

No

Elabori la sua risposta:

A.3.11 Se la cartella sociale informatizzata è in uso, come si è svolto il processo di implementazione? Selezionare tutte le risposte possibili.

L'implementazione è gestita interamente dal Comune

L'implementazione è affidata ad un soggetto privato

Il processo di implementazione ha previsto un percorso di formazione obbligatoria per gli operatori dei servizi sociali municipali

Il processo di implementazione ha previsto un sostanziale investimento per modernizzare il sistema informatico a disposizione dei servizi sociali municipali

Altro:

Elabori la sua risposta:

A.3.12 Quali sono i principali ostacoli all'implementazione e all'utilizzo della cartella sociale informatizzata? Selezionare tutte le risposte possibili.

Problematiche legate alla privacy

Mancanza di fondi

Bassa priorità politica

Resistenza da parte degli operatori dei servizi sociali

Mancanza di personale

- Mancanza di formazione
- Mancanza di strumenti tecnici/informatici adeguati
- Altro:

Elabori la sua risposta:

A.4. Il settore informale

Il settore informale è costituito da caregivers familiari (come riconosciuti dalla Legge di Bilancio 2018) e dagli Assistenti Personali/Familiari (badanti).

A.4.1 Esiste una normativa regionale che preveda e definisca la figura del caregiver familiare ?

- Sì (si inseriscano i riferimenti normativi qui:)
- No

A.4.2 Oltre alle forme di supporto previste a livello nazionale, esistono altre forme di supporto regionale per sostenere il caregiver familiare nell'attività di cura? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Congedi retribuiti
- Congedi non retribuiti
- Incentivi finanziari
- Erogazioni monetarie
- Corsi di formazione
- Sportelli informativi
- Supporto psicologico
- Interventi di sollievo
- Altro
- No

Elabori la sua risposta:

A.4.3 Esistono dei momenti di formazione durante i quali è possibile ricevere informazioni sulle problematiche inerenti alle persone che vengono assistite e sui diritti degli assistiti e dei caregiver familiari?

- Sì
- No

Elabori la sua risposta:

A.4.4 Esiste una normativa regionale/provinciale che preveda e definisca la figura dell'Assistente Personale/Familiare?

- Sì, si inseriscano i riferimenti normativi qui:
- No

A.4.5 A livello regionale, esistono incentivi fiscali e/o supporti economici per incoraggiare le famiglie ad assumere un Assistente Personale/Familiare con contratto formale?

- Sì, si forniscano dettagli:
- No

A.4.6 Esiste un registro pubblico regionale degli Assistenti Personali/Familiari?

- Sì, si indichi nome e link:
- No

A.4.7 Se esiste, quali sono i requisiti per accedervi? Selezionare tutte le risposte possibili e si riportino dettagli ove necessario

- Possesso di qualifica o titolo di studi rilevante
- Esperienza di lavoro pregressa nell'ambito della cura
- Conoscenza della lingua italiana
- Godimento dei diritti di soggiorno in Italia
- Maggiore età
- Altro:

Si condivida il link alla documentazione:

A.4.8 Esistono attività di formazione per gli Assistenti Personali/Familiari? Selezionare tutte le risposte possibili.

- Sì, erogate dalle Regioni/Provincia autonoma
- Sì, erogate dai Comuni
- Sì, erogate dal Terzo Settore
- Sì, erogate da altri enti:
- No

Indicare il numero di ore dei corsi di formazione

A.4.9 Quanti sono gli assistenti personali (badanti) e i caregivers familiari nella sua

Regione/Provincia autonoma? Se esistono delle stime degli assistenti personali che non emergono dai dati ufficiali, si riportino entrambi i dati

Numero di assistenti personali (badanti):

Anno di riferimento:

Fonte:

Numero di caregivers familiari :

Anno di riferimento:

Fonte:

Numero di caregivers familiari e assistenti personali:

Anno di riferimento:

Fonte:

Questi dati non sono disponibili

PARTE B: INIZIATIVE/PROGETTI ATTIVATI A LIVELLO TERRITORIALE

Questa parte del questionario ha l'obiettivo di raccogliere informazioni su iniziative/progetti attivati a livello territoriale inerenti l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio per persone non autosufficienti (ad esempio, social prescribing⁶¹, o altre iniziative/progetti che mirano a migliorare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari). Completare una scheda per ciascuna delle tre iniziative/progetti più rilevanti in termini di popolazione assistita, carattere innovativo e risultati raggiunti.

B.1 Nella sua Regione/Provincia autonoma, esistono esempi di iniziative mirate a migliorare il livello di integrazione degli interventi a domicilio sanitari, sociosanitari e sociali per persone non autosufficienti? Selezionare tutte le risposte possibili.

Sì, a livello regionale (o di Provincia autonoma)

Sì, a livello comunale

Sì, a livello aziendale

No

Iniziativa N. 1

Titolo/nome dell'iniziativa:

Anno di inizio:

Anno di fine:

Iniziativa ancora in corso

Breve descrizione

⁶¹ Il social prescribing (o prescrizione sociale), talvolta noto anche come "community referral", è un mezzo che consente agli operatori sanitari di indirizzare le persone a una serie di servizi locali non clinici **Invalid source specified.**

dell'iniziativa:	
Breve descrizione del contesto (ad esempio, territorio di riferimento in cui viene sviluppato il progetto, descrizione di esperienze pre-esistenti)	
Popolazione di riferimento:	<input type="checkbox"/> Popolazione non-autosufficiente <input type="checkbox"/> Persone con disabilità <input type="checkbox"/> Popolazione anziani (età > 65 anni) Altro:
Numero di soggetti arruolati:	
Breve descrizione delle finalità dell'iniziativa:	
Breve descrizione dei risultati attesi:	
Breve descrizione degli strumenti e processi utilizzati per il modello di governance:	
Quali sono i fattori critici di successo dell'iniziativa e quali sono i punti di forza dell'iniziativa?	
In quale modo è possibile migliorare le iniziative di integrazione sul territorio?	
Quali fattori hanno ostacolato l'implementazione dell'iniziativa e quali criticità potrebbero insorgere in futuro?	
Sono stati attivati processi assistenziali del sociale e del sanitario integrati, con obiettivi, strumenti e modalità organizzative comuni?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano le modalità <input type="checkbox"/> No
Sono state effettuate attività di formazione per gli operatori dei servizi, del volontariato, del terzo	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano i moduli di formazione , le ore di formazione ed i destinatari <input type="checkbox"/> No

settore e del settore informale?	
Sono stati introdotti modelli di erogazione degli interventi basati sulla telemedicina?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano gli interventi tali interventi e chi ha erogato <input type="checkbox"/> No
È stato coinvolto il Terzo Settore (ad esempio, co-programmazione, co-progettazione)?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano le modalità <input type="checkbox"/> No
Sono state attivate reti comunitarie di prossimità?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano le modalità <input type="checkbox"/> No
L'impatto dell'iniziativa è stato monitorato e valutato?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano i dati utilizzati per il monitoraggio e la valutazione di impatto: , e si riportino qui le fonti <input type="checkbox"/> No
È stata valutata la trasferibilità dell'iniziativa in altri contesti?	
È stata valutata la sostenibilità dell'iniziativa nel lungo termine?	

Iniziativa N.2

Titolo/nome dell'iniziativa:	
Anno di inizio:	
Anno di fine:	<input type="checkbox"/> Iniziativa ancora in corso
Breve descrizione dell'iniziativa:	
Breve descrizione del contesto (ad esempio, territorio di riferimento in cui viene sviluppato il progetto, descrizione di esperienze pre-esistenti)	
Popolazione di riferimento:	<input type="checkbox"/> Popolazione non-autosufficiente: <input type="checkbox"/> Persone con disabilità <input type="checkbox"/> Popolazione anziani (età > 65 anni) Altro:
Numero di soggetti	

arruolati:	
Breve descrizione delle finalità dell'iniziativa:	
Breve descrizione dei risultati attesi:	
Breve descrizione degli strumenti e processi utilizzati per il modello di governance	
Quali sono i fattori critici di successo dell'iniziativa e quali sono i punti di forza dell'iniziativa?	
In quale modo è possibile migliorare le iniziative di integrazione sul territorio?	
Quali fattori hanno ostacolato l'implementazione dell'iniziativa e quali criticità potrebbero insorgere in futuro?	
Sono stati attivati processi assistenziali del sociale e del sanitario integrati, con obiettivi, strumenti e modalità organizzative comuni?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano le modalità <input type="checkbox"/> No
Sono state effettuate attività di formazione per gli operatori dei servizi, del volontariato, del terzo settore e del settore informale?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano i moduli di formazione , le ore di formazione ed i destinatari <input type="checkbox"/> No
Sono stati introdotti modelli di erogazione degli interventi basati sulla telemedicina?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano gli interventi e chi ha erogato tali interventi <input type="checkbox"/> No
È stato coinvolto il Terzo Settore (ad esempio, co-programmazione, co-progettazione)?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano le modalità <input type="checkbox"/> No
Sono state attivate reti comunitarie di prossimità?	<input type="checkbox"/> Sì, si descrivano le modalità <input type="checkbox"/> No

L'impatto dell'iniziativa è stato monitorato e valutato?

Sì, si descrivano i dati utilizzati per il monitoraggio e la valutazione di impatto: _____, e si riportino qui le fonti

No

È stata valutata la trasferibilità dell'iniziativa in altri contesti?

È stata valutata la sostenibilità dell'iniziativa nel lungo termine?

Iniziativa N. 3

Titolo/nome dell'iniziativa:

Anno di inizio:

Anno di fine:

Iniziativa ancora in corso

Breve descrizione dell'iniziativa:

Breve descrizione del contesto (ad esempio, territorio di riferimento in cui viene sviluppato il progetto, descrizione di esperienze pre-esistenti)

Popolazione di riferimento:

Popolazione non-autosufficiente:

Persone con disabilità

Popolazione anziani (età > 65 anni)

Altro:

Numero di soggetti arruolati:

Breve descrizione delle finalità dell'iniziativa:

Breve descrizione dei risultati attesi:

Breve descrizione degli strumenti e processi utilizzati per il modello di governance

Quali sono i fattori critici di successo dell'iniziativa e quali sono i punti di forza

dell'iniziativa?

In quale modo è possibile migliorare le iniziative di integrazione sul territorio?

Quali fattori hanno ostacolato l'implementazione dell'iniziativa e quali criticità potrebbero insorgere in futuro?

Sono stati attivati processi assistenziali del sociale e del sanitario integrati, con obiettivi, strumenti e modalità organizzative comuni?

- Sì, si descrivano le modalità
 No

Sono state effettuate attività di formazione per gli operatori dei servizi, del volontariato, del terzo settore e del settore informale?

- Sì, si descrivano i moduli di formazione , le ore di formazione ed i destinatari
 No

Sono stati introdotti modelli di erogazione degli interventi basati sulla telemedicina?

- Sì, si descrivano gli interventi e chi ha erogato tali interventi
 No

È stato coinvolto il Terzo Settore (ad esempio, co-programmazione, co-progettazione)?

- Sì, si descrivano le modalità
 No

Sono state attivate reti comunitarie di prossimità?

- Sì, si descrivano le modalità
 No

L'impatto dell'iniziativa è stato monitorato e valutato?

- Sì, si descrivano i dati utilizzati per il monitoraggio e la valutazione di impatto: , e si riportino qui le fonti
 No

È stata valutata la trasferibilità dell'iniziativa in altri contesti?

È stata valutata la sostenibilità dell'iniziativa nel lungo termine?

Partecipazione

Le regioni e province autonome che hanno risposto all'indagine sono 18 (non rispondenti: Campania, Molise e Sardegna), fornendo informazioni esaustive nella gran parte dei casi. Tuttavia, alcuni rispondenti hanno potuto fornire solo dati limitati, a seconda delle circostanze, nei settori sociale o sanitario, stanti le difficoltà nell'assicurare il coordinamento interdipartimentale necessario per una compilazione condivisa del questionario. Un'area in cui le informazioni disponibili ai rispondenti sono risultate particolarmente carenti riguarda la quantificazione degli assistenti personali e caregiver familiari presenti nella regione o provincia autonoma interessata (quesito A.4.9). Ciò si riflette anche nella compilazione del Parte B del questionario, con schede descrittive sulle pratiche di integrazione vigenti fornite da 8 entità: Emilia Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, P.A. di Trento, Puglia, Umbria e Veneto.

Annex B. Social prescribing. Casi di studio nazionali

Canada

Il panorama e la diffusione del social prescribing in Canada sono diversi. Sebbene il social prescribing non sia ancora stato implementato universalmente, esistono molti programmi, servizi e iniziative che si concentrano sul collegamento degli individui ad interventi di supporto non clinico che favoriscono un approccio incentrato sulla persona per migliorare la loro salute e benessere. Queste iniziative variano in termini di dimensioni, approccio e destinatari e sono adattate per soddisfare le esigenze specifiche delle comunità.

Box B.1. Fasi del social prescribing in Canada

La fase di ingresso comprende i vari punti attraverso i quali un individuo può entrare nel percorso del social prescribing. I punti di ingresso variano a seconda delle iniziative e possono includere l'assistenza primaria, i servizi sociali e comunitari o l'auto-refertazione.

La fase di collegamento si riferisce al momento in cui un individuo co-crea un piano di assistenza che può includere il rinvio a risorse che supportano il suo benessere. Inoltre, evidenzia il ruolo dinamico dell'operatore di collegamento e il suo ruolo all'interno del processo di rinvio.

La fase di Attesa illustra come un individuo può impegnarsi con supporti e attività che migliorano la sua salute e il suo benessere. I servizi possono aiutare a sostenere l'inclusione sociale, la forma fisica, la salute mentale, il benessere finanziario, la sicurezza alimentare e il legame con la comunità.

La fase di follow-up illustra la comunicazione continua tra un connettore e un individuo, al fine di valutare il piano di assistenza. In questa fase può essere effettuata anche una valutazione dei risultati a livello di iniziativa.

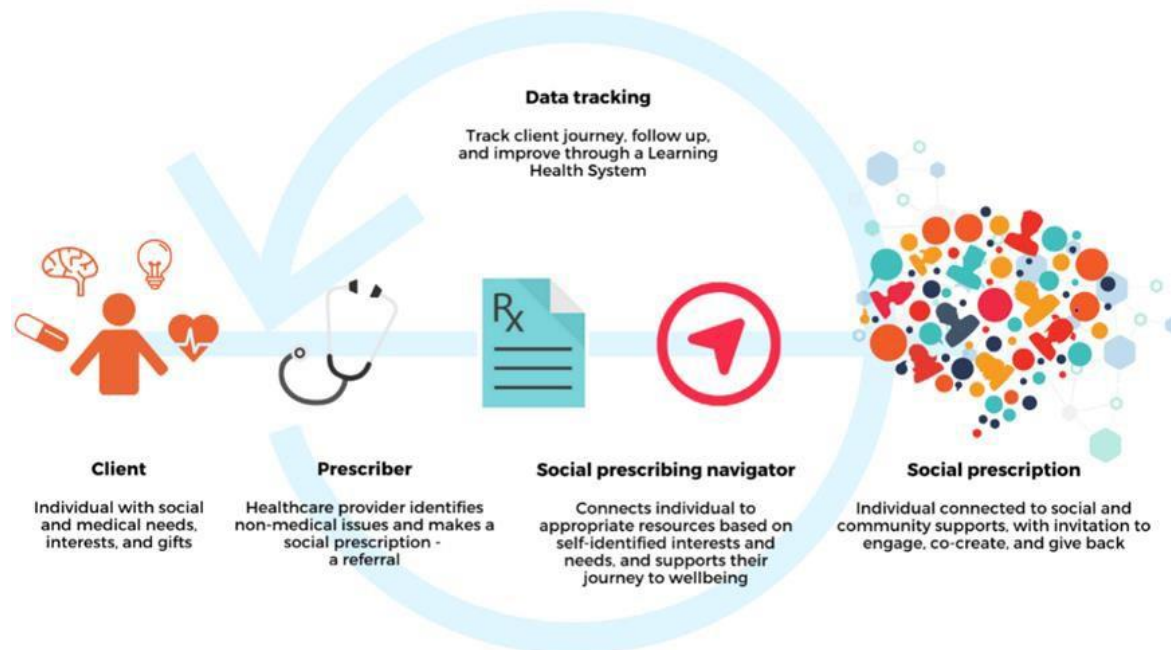
La fase di uscita illustra i vari punti in cui un individuo può scegliere di uscire dal percorso di social prescribing, tenendo conto di un possibile futuro rientro nel percorso di social prescribing

Fonte: (Bridgeable, 2022^[117]).

Anche il percorso di social prescribing varia tra le iniziative provinciali, regionali e locali. Si compone di cinque fasi principali: l'ingresso nel percorso di riferimento, il collegamento con una fonte di riferimento, la partecipazione a un programma o servizio di social prescribing, il follow-up da parte di un individuo dedicato e un'uscita tiepida o aperta dal programma o servizio ((Bridgeable, 2022^[117]) (Box B.1).

Un rapporto sul social prescribing in Ontario (Alliance for Healthier Communities, 2020^[107]) identifica cinque componenti essenziali di un percorso di social prescribing: l'individuo il prescrittore, il navigatore del social prescribing, il social prescribing e il monitoraggio dei dati (Figura B.1).

Figura B.1. Componenti essenziali del social prescribing in Ontario



Fonte: Alliance for healthier communities, 2020

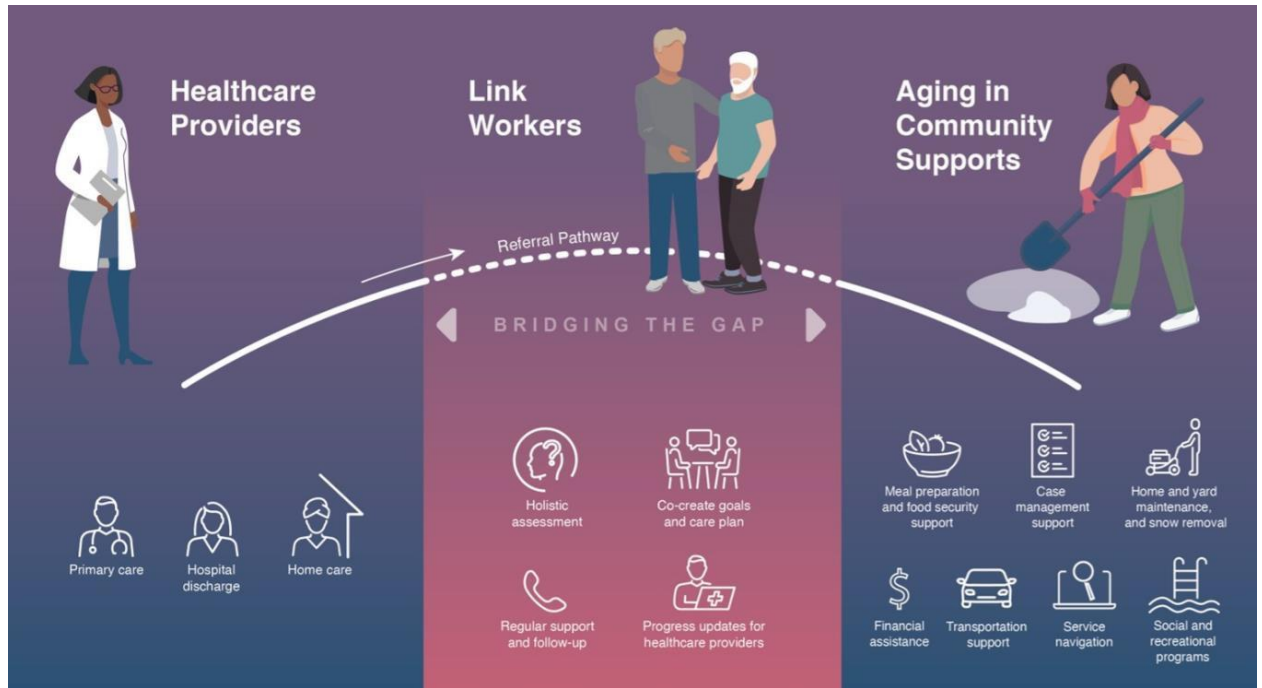
Quasi la metà delle persone che hanno partecipato alle iniziative di social prescribing in Ontario avevano un'età compresa tra i 61 e gli 80 anni, erano per lo più donne e quasi la metà di loro viveva con un reddito basso. La salute mentale è stata un fattore chiave delle prescrizioni sociali, con ansia e depressione come condizioni più frequenti. Le prescrizioni sociali si sono concentrate principalmente sulla sicurezza alimentare e sul supporto abitativo (Alliance for Healthier Communities, 2020^[107]).

Una valutazione delle iniziative di social prescribing in Ontario (Alliance for Healthier Communities, 2020^[107]) ha rilevato che gli individui hanno segnalato un miglioramento generale della loro salute mentale e una maggiore capacità di autogestione della propria salute, che gli operatori sanitari hanno trovato il social prescribing utile per migliorare il benessere dei pazienti e diminuire le visite ripetute e che il social prescribing ha permesso una più profonda integrazione tra assistenza clinica, team interprofessionali e supporto sociale.

Il programma di social prescribing per gli anziani di Healthy Aging Alberta sostiene attualmente 10 progetti dimostrativi regionali di social prescribing. Healthy Aging Alberta distribuisce finanziamenti alle reti di social prescribing di queste comunità, che stabiliscono come incorporare funzionalmente i percorsi di social prescribing nella loro comunità in modo conforme ai principi stabiliti da Healthy Aging Alberta. Ciascuna di queste comunità dispone di almeno un operatore di collegamento che riceve le segnalazioni da parte dei fornitori di assistenza sanitaria di base, dell'assistenza domiciliare e delle dimissioni ospedaliere (<https://corealberta.ca/reFontes/a-prescription-for-change>). Gli operatori di collegamento sono professionisti non clinici impiegati da organizzazioni per anziani basate sulla comunità che aiutano gli individui a sviluppare e raggiungere una serie di obiettivi personalizzati accedendo alle risorse della comunità e integrando l'assistenza sanitaria con un interventi supplementari di supporto. Gli operatori di collegamento mettono in contatto gli individui con programmi ricreativi e sociali, li assistono nell'accesso a benefici finanziari e forniscono riferimenti a programmi di trasporto assistito. Inoltre, li mettono in contatto con i servizi di assistenza domiciliare, come le pulizie domestiche e lo sgombero della neve. Gli operatori

di collegamento indirizzano anche i problemi più complessi agli assistenti sociali che fanno parte della rete di social prescribing nella comunità (Figura B.2).

Figura B.2. Il social prescribing in Alberta: collegare gli operatori sanitari ai servizi di comunità per gli anziani



Fonte: <https://calgaryunitedway.org/healthy-aging-alberta/social-prescribing/>. Fonte: <https://calgaryunitedway.org/healthy-aging-alberta/social-prescribing/>.

Il Canadian Institute for Social Prescribing è una rete che sostiene le persone coinvolte o interessate al social prescribing, creato dal governo federale nel 2022. Il suo obiettivo principale è quello di sostenere, scalare e diffondere le pratiche emergenti in tutto il Paese. Secondo l'Istituto, i principi fondamentali del social prescribing includono (<https://www.socialprescribing.ca/>):

- un ponte di sostegno tra l'assistenza sanitaria e i servizi e i supporti non clinici basati sulla comunità;
- un approccio incentrato sulla persona, in cui le soluzioni vengono co-create sulla base di ciò che conta per gli individui;
- follow-up con gli individui, gli erogatori di servizi sanitari e le organizzazioni di servizi sociali e comunitari;
- raccolta e monitoraggio dei dati.

Le sfide per collegare le persone vulnerabili alle loro comunità includono la necessità di sviluppare un approccio ai sistemi sanitari basato sull'apprendimento, con indicatori utili che aiutino a imparare e migliorare ciò che funziona meglio e chi ne beneficia di più, affrontando le preoccupazioni degli stakeholder sul ruolo del sistema sanitario nell'affrontare i problemi sociali e assicurando risorse e relazioni sufficienti a sostenere il settore comunitario al centro del social prescribing.

Inghilterra

Nel 2019, le agenzie nazionali del NHS hanno annunciato una nuova strategia nazionale per il NHS in Inghilterra - il Piano a lungo termine - per concentrarsi sullo sviluppo di modelli più integrati di assistenza sanitaria e sociale e sul miglioramento della prevenzione delle malattie. Per raggiungere questo obiettivo, il Long Term Plan ha proposto un investimento aggiuntivo di 4,5 miliardi di sterline nell'assistenza primaria e nei servizi sanitari di comunità.

Il piano prevedeva nuovi contratti per incentivare gli ambulatori a formare reti di assistenza primaria (PCN), gruppi di ambulatori che coprono una popolazione di circa 30.000-50.000 persone. Sebbene la partecipazione dei medici di base fosse volontaria, gli incentivi finanziari per la formazione di PCN erano potenti, in quanto la maggior parte dei fondi aggiuntivi disponibili per l'assistenza primaria promessi nel Piano a lungo termine era disponibile solo attraverso le PCN. Il risultato è stato un'adozione diffusa: quasi tutti gli ambulatori dei medici di base in Inghilterra hanno formato circa 1.250 PCN. I PCN sono tenuti a fornire specifiche di servizio nazionali, che vanno dalla revisione strutturata dei farmaci al miglioramento della diagnosi precoce del cancro. I PCN devono anche migliorare il coordinamento tra le cure primarie e i servizi comunitari più ampi. I PCN ricevono un finanziamento annuale di base per sostenere le operazioni (1,50 sterline per paziente registrato), il pagamento di un direttore clinico e pagamenti per l'estensione dell'orario di servizio. Sono stati inoltre messi a disposizione dei PCN ulteriori fondi per pagare più personale negli ambulatori, tra cui link workers per il social prescribing, farmacisti clinici e paramedici. I singoli ambulatori ricevono anche un pagamento di partecipazione ponderato per paziente.

Un modello standard di social prescribing è stato sviluppato dall'NHS England in collaborazione con le parti interessate (Figura B.3), che mostra gli elementi chiave di un buon programma di social prescribing e gli elementi che devono essere presenti a livello locale (NHS England, 2023^[108]).

Figura B.3. Il modello di social prescribing del NHS England



Fonte: NHS England <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/social-prescribing-summary-guide-updated-june-20.pdf>.

Il finanziamento dei PCN è il principale meccanismo di finanziamento per l'espansione nazionale della social prescribing. L'NHS England rimborsa lo stipendio, la pensione e il contributo assicurativo nazionale di un operatore di collegamento per ogni PCN (massimo 34.113 sterline). L'NHS England prevedeva che questo avrebbe supportato più di 1.000 operatori di collegamento entro la fine del 2020 e che 900.000 pazienti sarebbero stati indirizzati ai programmi di social prescribing entro la fine del 2024. I dati del NHS mostrano che alla fine del 2020 erano stati assunti 852 operatori di collegamento, anche se solo il 60% dei PCN aveva riportato i dati. Il numero di operatori di collegamento è aumentato a circa 1.200 entro giugno 2021. Oltre ai nuovi operatori di collegamento, in alcune aree i medici di base avevano già sviluppato programmi di social prescribing prima dell'arrivo dei PCN e dei ruoli di operatori di collegamento, con un mix di personale che li svolgeva. Sono stati inoltre introdotti ulteriori incentivi finanziari per incoraggiare gli ambulatori ad aumentare il numero di referral per il social prescribing.

Il contratto di rete PCN definisce le responsabilità dell'operatore di collegamento (Box B.2). I PCN sono responsabili dell'identificazione del primo punto di contatto per consigliare gli operatori di collegamento e di un medico di base per la supervisione. Le segnalazioni agli operatori di collegamento devono essere documentate nella cartella clinica elettronica del medico di famiglia utilizzando i nuovi codici SNOMED

nazionali. I PCN possono anche subappaltare con organizzazioni comunitarie la formazione e la gestione degli operatori di collegamento.

Box B.2. Responsabilità chiave degli operatori di social prescribing

Responsabilità dei link workers verso i pazienti:

- Valutare le esigenze di salute e benessere dei pazienti
- Coprodurre piani di assistenza e supporto personalizzati per mettere in contatto i pazienti con le risorse della comunità.
- Valutare se le azioni descritte nel piano personalizzato soddisfano le esigenze dei pazienti.
- Fornire un supporto personalizzato alle persone, alle loro famiglie e a chi le assiste.
- Sviluppare relazioni di fiducia con i pazienti, concentrarsi su "ciò che conta per loro" e adottare un approccio olistico basato sulle priorità del paziente.

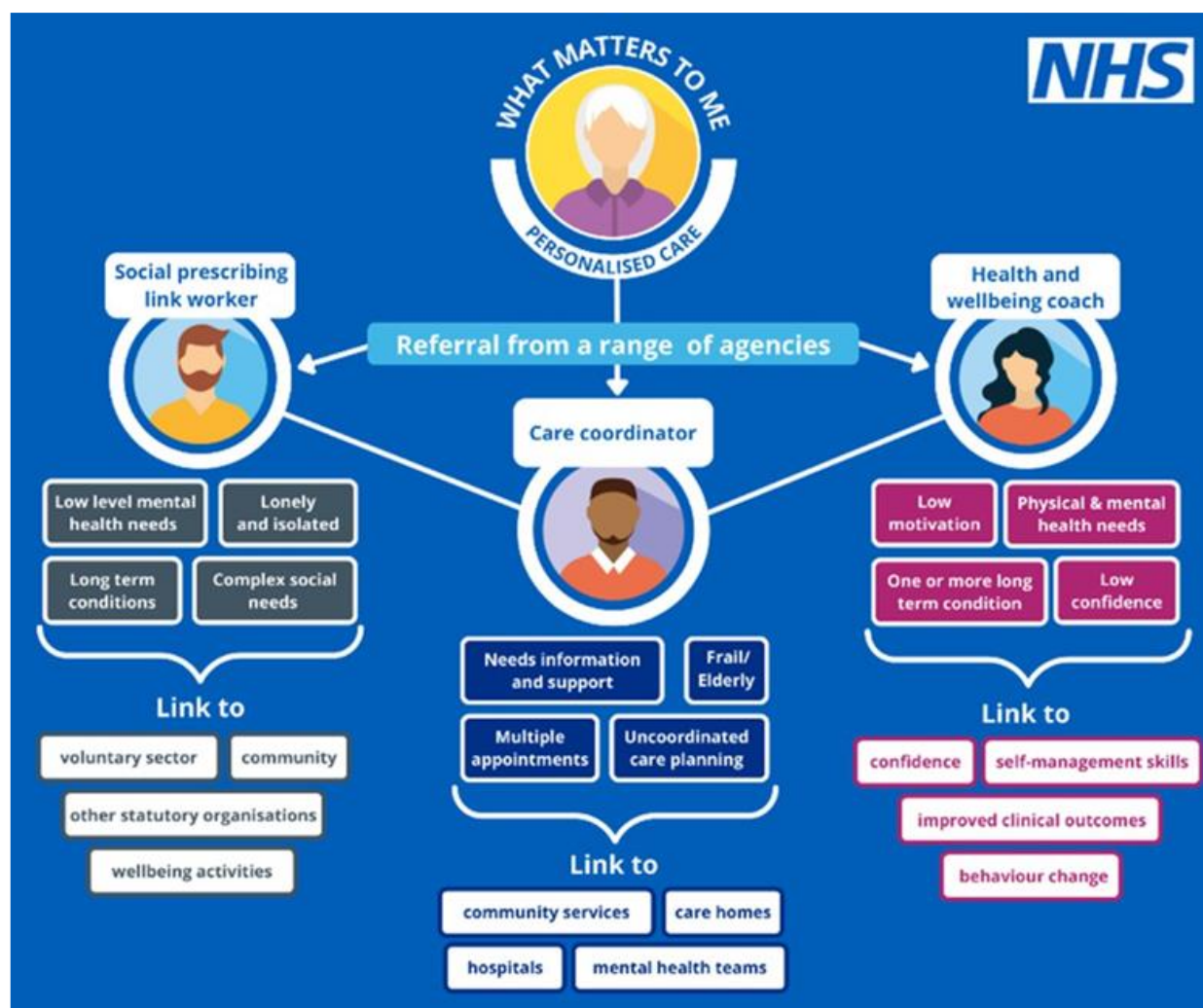
Responsabilità più ampie dei link workers:

- Gestire e definire le priorità del proprio carico di lavoro
- Accogliere le segnalazioni dei membri del PCN e di un'ampia gamma di agenzie di servizi sanitari e sociali.
- Collaborare con le organizzazioni della comunità per ricevere le richieste di social prescribing.
- Condividere con i committenti e le autorità locali informazioni su eventuali lacune o problemi nei servizi comunitari.
- Educare il personale clinico e non clinico sui servizi comunitari disponibili.

Fonte: (NHS England, 2023^[108]).

Gli operatori di collegamento lavorano anche a stretto contatto con altri ruoli di assistenza personalizzata, tra cui i coach per la salute e il benessere e i coordinatori dell'assistenza (NHS England 2023). Tutti e tre questi ruoli hanno competenze negli approcci di assistenza personalizzata e nel lavoro con le persone per comprendere la loro situazione e i loro bisogni, ma ognuno ha un ruolo e competenze distinte (Figura B.4).

Figura B.4. Il ruolo dell'operatore di collegamento nel percorso assistenziale personalizzato



Fonte: (NHS England, 2023^[108])

Poiché il social prescribing è gestito a livello locale, in Inghilterra sono emersi approcci diversi alla valutazione e alla misurazione dei risultati. Per incoraggiare la raccolta di dati e la rendicontazione dei risultati in modo coerente, il NHS England ha lavorato con un'ampia gamma di stakeholder per sviluppare un Common Outcomes Framework per misurare l'impatto del social prescribing. Lavorando con un'ampia gamma di stakeholder, è stato raggiunto un consenso affinché tutti i programmi di social prescribing misurino i seguenti risultati:

- Impatto sulla persona. Come è migliorato il benessere della persona, se è meno sola, se si sente più padrona e ha una migliore qualità di vita.
- Impatto sul sistema sanitario e assistenziale. Una sintesi dei dati pubblicati dall'Università di Westminster (Polley and Pilkington, 2017^[118]) suggerisce che quando una persona riceve un sostegno attraverso il social prescribing, le sue consultazioni dal medico di famiglia si riducono in media del 28% e le presenze al pronto soccorso del 24%.
- Impatto sui gruppi comunitari: L'NHS England e i partner hanno prodotto un'indagine periodica sulla fiducia dei gruppi comunitari locali, per condividere la capacità dei gruppi comunitari di accogliere nuove persone attraverso il social prescribing, rilevare il numero di volontari locali e

identificare le lacune nell'offerta comunitaria e facilitare la messa in servizio di nuovi supporti comunitari.

Una valutazione rigorosa sarà fondamentale per comprendere l'efficacia e le eventuali conseguenze indesiderate dei diversi approcci. Il nuovo Social Prescribing Observatory, lanciato dal Royal College of General Practitioners e dall'Università di Oxford, può essere uno strumento utile per sostenere questi sforzi. Utilizzando i dati delle cartelle cliniche elettroniche, fornisce aggiornamenti settimanali sul volume delle prescrizioni sociali. Tra gennaio e settembre 2020, i ricercatori dell'osservatorio hanno stimato che 250.000 prescrizioni sociali sono state registrate utilizzando i codici SNOMED specificati nella guida alle reti di cure primarie.

Non sono disponibili evidenze a supporto dei link workers (Kiely et al., 2022^[119]), anche perché questo approccio richiede tempo per svilupparsi, radicarsi ed evolversi (Westlake et al., 2023^[120]).

Portogallo

Il modello di social prescribing

Il social prescribing in Portogallo si è sviluppato come approccio multiforme, avviato dal dottor Cristiano Figueiredo nel 2018. Il movimento ha acquisito slancio con un progetto pilota in due unità sanitarie locali a Lisbona (Box B.3), dimostrando un forte impegno politico come evidenziato dal finanziamento da parte del sindaco di Lisbona per la valutazione del progetto pilota nell'agosto 2020. Il quadro concettuale del social prescribing riconosce la natura olistica della salute, andando oltre i bisogni clinici per includere le risorse socio-economiche, le relazioni sociali positive e l'accesso ai servizi sanitari. L'obiettivo generale è quello di collegare i concetti di malattia e cura a diverse risorse e di rispondere in modo innovativo alle esigenze dei pazienti.

Box B.3. Il progetto pilota di social prescribing in Portogallo

Il primo progetto di social prescribing in Portogallo è stato avviato in due Unità Sanitarie Locali - Baixa e Almirante - situate nel centro di Lisbona e che forniscono assistenza sanitaria a circa 27.500 pazienti con un'elevata variabilità di caratteristiche socio-demografiche. Tutti gli utenti registrati in queste unità sanitarie primarie possono essere indirizzati al social prescribing, ad eccezione dei pazienti con problemi di salute mentale gravi e incontrollati. L'intervento inizia quando un professionista della salute (medico di base, infermiere o psicologo), durante un appuntamento con un paziente, identifica i bisogni sociali, in particolare legati all'isolamento sociale, all'integrazione degli immigrati, alla salute mentale, all'attività fisica, all'occupazione e alla formazione o a problemi abitativi. L'operatore sanitario effettua quindi una segnalazione interna attraverso una piattaforma online del social prescribing all'operatore di collegamento, che nel contesto portoghese è l'assistente sociale dell'unità. In questa piattaforma, l'operatore sanitario inserisce i motivi del rinvio, la presenza di malattie croniche e una breve storia del paziente. Il paziente viene quindi invitato a fissare un appuntamento con l'assistente sociale per continuare il sostegno del social prescribing. L'assistente sociale effettua una valutazione dei bisogni e aiuta il paziente a identificare i problemi che influiscono sulla sua salute e sul suo benessere. L'assistente sociale lavora poi con il paziente per sviluppare un piano di intervento personalizzato basato sulle priorità, gli interessi, i valori e le motivazioni della persona. Questo piano può includere una risposta esterna fornita da partner della comunità all'interno dell'area geografica dell'unità sanitaria o su richiesta del paziente. Nella fase successiva del percorso di social prescribing, l'assistente sociale indirizza il paziente ai principali partner della comunità. La comunicazione tra l'assistente sociale e i partner comunitari avviene tramite e-mail con informazioni sui bisogni del paziente e sulla disponibilità del partner sociale a rispondere, e tramite moduli online per monitorare le attività a cui il paziente partecipa e la frequenza dell'aderenza. Per tutta la durata dell'intervento di social prescribing, l'assistente sociale comunica con il paziente attraverso appuntamenti di persona o telefonate per monitorare l'aderenza e la soddisfazione del piano di attività e comunica con l'operatore sanitario per fornire un feedback sul caso del paziente. Il numero di appuntamenti con il Link Worker dipende dalle esigenze di ciascun utente, ma di solito consiste in circa 4-6 appuntamenti per paziente, anche se, se necessario, possono essere organizzati più follow-up. La durata media di un appuntamento è di 30 minuti.

Fonte: (Hoffmeister et al., 2021[122]).

Il Portogallo utilizza un modello di social prescribing basato sull'assistenza primaria, in cui i medici di base indirizzano i pazienti agli assistenti sociali delle Unità di risorse per l'assistenza condivisa (Box B.4). Questo modello, integrato con oltre 40 partner del Terzo settore a Lisbona, va oltre la tradizionale assistenza pastorale, coinvolgendo gli assistenti sociali in interventi personalizzati durante le consultazioni dei pazienti della durata di 30 minuti. Mentre la rete di social prescribing si espande, è in corso un corso di formazione in social prescribing per operatori sanitari, operatori di collegamento e leader di comunità. Da un'intervista con gli stakeholder è emerso come in questo quadro la sfida principale sia quella di affrontare le disuguaglianze, esacerbate dall'uso improprio del termine "social prescribing" nelle reti internazionali, e la necessità di definire iniziative legittime.

Box B.4. Il modello integrato portoghese di social prescribing

Il sistema portoghese di social prescribing adotta un approccio integrato. In questo modello incentrato sull'assistenza primaria, i medici di base indirizzano senza problemi i pazienti agli assistenti sociali nelle Unità di risorse per l'assistenza condivisa, incorporando il social prescribing all'interno dell'assistenza primaria. La collaborazione tra medici di base, assistenti sociali e partner del Terzo settore estende le competenze degli assistenti sociali per includere il cambiamento dello stile di vita, l'impegno nella comunità, la promozione della salute mentale e il sostegno personalizzato - caratteristiche di un modello completo e integrato. La valutazione e il monitoraggio di un progetto pilota locale di social prescribing a Lisbona pone l'accento sulla valutazione dell'impatto dell'intervento, riflettendo l'allineamento con i principi di valutazione associati alla social prescribing integrata. Il ruolo centrale degli assistenti sociali (link worker) nella co-produzione delle prescrizioni sociali, nell'identificazione dei pazienti con problemi sociali e nella facilitazione dei rinvii ai servizi della comunità riflette da vicino gli elementi chiave di un approccio integrato. La menzione di un corso di formazione sulla social prescribing sottolinea l'impegno a sviluppare le capacità, che è coerente con l'enfasi sull'integrazione degli operatori sociali nel sistema sanitario in questo contesto.

Fonte: (National Academy for Social Prescribing, 2023^[121]).

Monitoraggio e valutazione di impatto

Nell'agosto 2020, il sindaco di Lisbona ha finanziato la NOVA School of Public Health per effettuare la valutazione e il monitoraggio del progetto pilota locale di social prescribing.

NOVA PSOA (Gruppo di ricerca per l'implementazione e la valutazione della social prescribing) promuove e sostiene le attività relative all'implementazione e alla valutazione della social prescribing in Portogallo, attraverso un approccio partecipativo, coinvolgendo diversi stakeholder e basandosi su una ricerca interdisciplinare che rafforza e stabilisce nuovi ponti tra il mondo accademico, il settore sanitario e quello sociale. NOVA PSOA cerca di rispondere con servizi di consulenza nella progettazione e strutturazione dell'intervento, nella mappatura e nel rapporto con i partner della comunità, nelle strategie di comunicazione e diffusione dell'intervento, nonché nelle attività di formazione per i professionisti coinvolti, oltre che nelle attività di monitoraggio e valutazione (Hoffmeister et al., 2021^[122]).

Nel complesso, l'analisi del progetto pilota suggerisce che il social prescribing ha cambiato il ruolo tradizionale dell'assistente sociale nelle unità sanitarie in Portogallo. Gli operatori sanitari di solito indirizzavano i pazienti al servizio di assistenza sociale quando i problemi erano principalmente legati a questioni amministrative di accesso ai servizi sociali e sanitari, come l'assistenza per l'acquisto di farmaci, la dipendenza funzionale o il supporto alla fine della vita. Il social prescribing ha permesso di ampliare il ruolo dell'assistente sociale nell'ambito delle cure primarie, includendo la consulenza e il sostegno ai cambiamenti dello stile di vita (attività fisica, abitudini alimentari), l'impegno nella comunità, l'occupazione e la formazione, la promozione della salute mentale, il sostegno emotivo e sociale personalizzato e il collegamento delle persone con i gruppi della comunità e i servizi statuari. All'interno di questo quadro, permane la difficoltà di raccogliere dati quantitativi sull'impatto della social prescribing, in particolare sui risultati di salute, e il tempo limitato a disposizione degli operatori sanitari spesso impedisce valutazioni complete, con il risultato di evidenze prevalentemente qualitative. Ciononostante, i potenziali benefici della social prescribing rimangono predominanti, tra cui la risposta alle preoccupazioni sull'isolamento dei cittadini, in particolare dei gruppi vulnerabili, e il riconoscimento della social prescribing come esigenza trasversale per la salute mentale e la lotta all'isolamento.

Il ruolo del link worker

Inizialmente, il modello di assistenza primaria portoghese si basava su professionisti della salute, come infermieri e psicologi, che indirizzavano i pazienti a link workers, operatori sociali all'interno del settore sanitario. L'attenzione era rivolta principalmente ad affrontare i problemi legati alle malattie croniche e all'invecchiamento. Il concetto ha subito un cambiamento significativo, passando da una visione della salute esclusivamente attraverso la lente della malattia a un riconoscimento del ruolo dei determinanti sociali della salute, che ha portato a un'espansione del ruolo dei link workers. Dalla Figura B.5 emerge chiaramente come il link worker funga da intermediario, mettendo in contatto i pazienti con una serie di servizi o attività comunitarie perfettamente integrate con il programma di social prescribing. Questo processo dinamico garantisce un approccio olistico alle esigenze dei pazienti, che comprende una gamma diversificata di servizi e attività mirate a promuovere il benessere e a risolvere specifici problemi di salute.

Figura B.5. Il ruolo del link worker in Portogallo



Fonte: (National Academy for Social Prescribing, 2023^[121]).

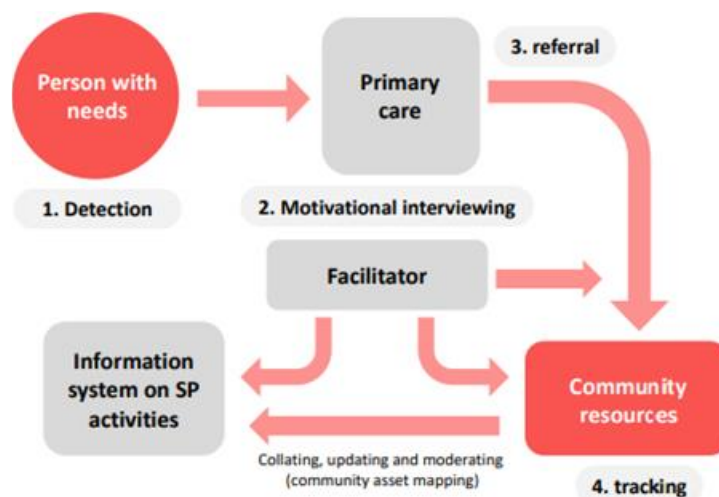
L'imminente lancio della Rete portoghese di social prescribing da parte della Scuola Nazionale di Sanità Pubblica metterà in evidenza la necessità di adattare la social prescribing al contesto e alle risorse. Data l'impraticabilità di un modello universale e la necessità di approcci personalizzati e specifici per il contesto, la social prescribing trarrebbe vantaggio dall'essere un'iniziativa locale, attuata a livello di unità, piuttosto che una politica nazionale. I comuni, che offrono opportunità dinamiche per affrontare la salute al di là delle malattie, hanno già assunto un ruolo attivo nel coordinamento dei progetti, fungendo da collegamento cruciale tra il settore sanitario e quello sociale. Alcuni comuni hanno persino creato unità sanitarie specifiche per le loro aree, migliorando la capacità di risposta ai bisogni delle persone con l'obiettivo di ridurre l'attuale pressione sul servizio sanitario nazionale. Tuttavia, dalle interviste condotte con i soggetti interessati è emersa la riluttanza dei Comuni a lanciare iniziative di social prescribing a causa della mancanza di consapevolezza di quanto questa pratica possa essere vantaggiosa per la società con un numero minimo di risorse. In effetti, il social prescribing implicherebbe un'efficiente riallocazione di risorse già esistenti - come l'integrazione dei link workers in un'ampia rete di professionisti - piuttosto che l'introduzione di una nuova figura ad alto consumo di risorse. Tuttavia, la sfida si estende oltre gli aspetti finanziari, comprendendo la necessità di una volontà politica di redistribuire le risorse e di formare professionisti per ruoli diversi.

Spagna

Il modello di social prescribing

Le comunità autonome regionali spagnole contribuiscono alla diversa implementazione del social prescribing. In Catalogna, le social prescriptions sono integrate nella cartella clinica elettronica dei pazienti, con un elenco di attività comunitarie che possono essere filtrate per temi. Ciò consente di effettuare immediatamente le segnalazioni e i follow-up da parte dei medici di base, degli infermieri o degli assistenti sociali. Introdotto nel 2012 come progetto pilota, il social prescribing in Catalogna si è progressivamente ampliato, sviluppandosi esplicitamente a partire da e per le cure primarie, utilizzando il modello Health Assets. La mappatura degli asset sanitari è ritenuta essenziale prima dell'implementazione del programma, sottolineando la necessità di un aggiornamento regolare delle risorse disponibili nella comunità. Il successo del social prescribing dipende dagli sforzi di collaborazione tra assistenza primaria, sanità pubblica, servizi sociali e comunità, come dimostra l'enfasi posta dal programma sulla sinergia fra i diversi settori. I bisogni di social prescription individuate nel programma riguardano interventi specifici, come l'esercizio fisico e l'interazione sociale, le attività di gruppo per le donne e l'integrazione culturale per gli immigrati.

Figura B.6. Il modello spagnolo di social prescribing



Fonte: (National Academy for Social Prescribing, 2023^[121]).

Nel modello spagnolo di social prescribing, il percorso di referral del paziente è caratterizzato da un processo strutturato in tre fasi (Figura B.6):

- Individuazione: nella fase iniziale, gli operatori sanitari intraprendono un processo di individuazione completo. Questo comporta l'identificazione dei pazienti che possono beneficiare di interventi di social prescribing, enfatizzando un approccio proattivo per riconoscere uno spettro di bisogni non medici.
- Colloquio motivazionale: questo processo interattivo favorisce una comunicazione aperta tra operatori sanitari e pazienti, con l'obiettivo di esplorare le motivazioni individuali, le preferenze e la disponibilità a impegnarsi negli interventi di social prescribing. L'accento è posto sulla comprensione delle prospettive dei pazienti per garantire un approccio personalizzato ed efficace.
- Referral: dopo l'individuazione e il colloquio motivazionale, i pazienti ritenuti idonei al social prescribing vengono formalmente indirizzati alle risorse comunitarie appropriate.

Questa fase assicura una transizione senza soluzione di continuità dalle strutture sanitarie ai servizi comunitari.

Un aspetto chiave di questo modello è il continuo "monitoraggio" delle risorse disponibili nella comunità, attraverso una mappatura sistematica dei servizi. Il processo di mappatura non solo identifica le risorse attualmente disponibili, ma considera anche il panorama in evoluzione dei servizi comunitari. Vengono condotti aggiornamenti e valutazioni periodiche finalizzate a garantire la pertinenza e l'efficacia dei servizi indicati, rafforzando l'adattabilità e la sostenibilità del sistema di social prescribing in Spagna.

Monitoraggio e valutazione di impatto

Il progetto EvalRA (Pola-Garcia, 2023^[123]), sviluppato nella Regione di Aragona, nel nord-est della Spagna, mira a elaborare un modello di valutazione per i programmi di social prescribing nell'assistenza sanitaria primaria. Il progetto si articola in due fasi:

- Identificazione dei team di assistenza sanitaria primaria che implementano schemi di social prescribing e definizione di una prima serie di indicatori per valutare il social prescribing utilizzando tecniche di consenso qualitativo con esperti,
- Valutazione della rilevanza, della fattibilità e della sensibilità degli indicatori selezionati dopo 6 e 12 mesi nei team di assistenza sanitaria primaria. I risultati forniranno una serie di indicatori che tengono conto della struttura, del processo e dei risultati dei programmi di social prescribing.

Il progetto mira a fornire una serie completa di indicatori che comprendano struttura, processo e risultati per i programmi di social prescribing. Inoltre, l'iniziativa partecipa attivamente alle conferenze, aumentando la visibilità del progetto e sensibilizzando sulla necessità di un modello unificato di indicatori di valutazione.

Il ruolo dei link workers

In Spagna, i medici di base erogano direttamente prescrizioni sociali, sfruttando il loro rapporto continuo con i pazienti per co-produrre interventi su misura. La sottodirezione generale per le tossicodipendenze organizza un programma di formazione accreditato di 8 ore per i medici, che garantisce un invio preciso e adeguato. Un ulteriore corso di 3 ore consente ai referenti di agire come "agenti" all'interno dei loro centri sanitari, diffondendo informazioni sul social prescribing, spiegando il modello di intervento e promuovendone l'adozione all'interno della clinica.

Annex C. Nota metodologica sulla Gap analysis

Governance

Indicatore		Scala di valutazione		Fonte
1.1	Esistenza di strumenti di governance a livello territoriale (ad esempio Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS)	Nessuno strumento		Questionario – Domanda A.2.1
		Uno strumento		
		Molteplici strumenti		
1.2	Strumenti di co-programmazione come definiti dal decreto n. 72/2021	Nessuno strumento		Questionario – Domanda A.2.2
		Consolidate iniziative di co-programmazione		
1.3	Esistenza di progetti sull'integrazione sociosanitaria, o di altri progetti che hanno un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria.	Nessun progetto riportato		Questionario – Domanda B.1
		Uno o più progetti in corso		

L'indicatore 1.1 analizza la quantità di strumenti di Governance a disposizione delle regioni, tra cui: il Piano delle Attività Territoriali, accordi interistituzionali e programmazione integrata tra distretti sanitari e ATS. Viene suddiviso in tre categorie: nessuno di questi strumenti (rosso), uno strumento (giallo), molteplici strumenti (verde).

L'indicatore 1.2 valuta la presenza di strumenti di co-programmazione, come definiti dal Decreto n. 72/2021. La scala di valutazione utilizzata è binaria, e le possibili opzioni sono: "Nessuno strumento", contrassegnato in rosso, oppure "Consolidate iniziative di co-programmazione", in verde.

L'indicatore 1.3 indaga l'esistenza di progetti di integrazione sociosanitaria, o altri progetti che prevedano un impatto significativo sull'integrazione sociosanitaria. La scala di valutazione applicata è binaria, e le possibili opzioni sono: "Nessun progetto", in rosso, oppure "Uno o più progetti in corso", in verde.

Forza lavoro

Indicatore		Scala di valutazione		Fonte
2.1	Numero di categorie professionali e altri attori titolati ad avviare la richiesta per una valutazione multidimensionale	Da 0 a 3		Questionario – Domanda A.1.7
		Da 4 a 6		
		Da 7 a 8		
2.2		Da 0 a 3		Questionario – Domanda A.1.4

	Numero di categorie professionali coinvolte nella valutazione della popolazione anziana	Da 4 a 7		
		Da 8 a 11		
2.2	Numero di categorie professionali coinvolte nella valutazione della popolazione con disabilità	Da 0 a 3		Questionario – Domanda A.1.4
		Da 4 a 7		
		Da 8 a 11		
2.3	Presenza di opportunità di confronto tra professionisti nel processo di valutazione multidimensionale	Si		Questionario – Domanda A.1.5
		No		
2.4	Presenza del ruolo di case manager a livello regionale e provinciale	Si		Questionario – Domanda A.1.8
		No		
2.5	Presenza di percorsi di formazione tra gli strumenti contemplati per facilitare l'integrazione	Si		Questionario – Domanda A.2.1
		No		
2.6	Presenza di percorsi di formazione integrata tra gli strumenti contemplati per facilitare l'integrazione	Si		Questionario – Domanda A.2.1
		No		
2.7	Normativa regionale che preveda e/o definisca la figura del caregiver familiare	Si		Questionario – Domanda A.4.1
		No		
2.8	Forme di supporto regionale previste per sostenere il caregiver familiare nell'attività di cura	0; No		Questionario – Domanda A.4.2
		Da 1 a 5		
		Da 6 a 9		
2.9	Formazione informativa per caregiver familiari per ricevere informazioni sulle problematiche inerenti alle persone che vengono assistite e sui diritti degli assistiti e dei caregiver familiari	Si		Questionario – Domanda A.4.3
		No		
2.10	Normativa regionale che preveda e/o definisca la figura dell'assistente personale/ familiare	Si		Questionario – Domanda A.4.4
		No		
2.11	Incentivi fiscali e/o supporti economici per incoraggiare l'assunzione regolare di Assistente Personale/Familiare	Si		Questionario – Domanda A.4.5
		No		
2.12		Si		Questionario – Domanda A.4.6

	Registro pubblico regionale degli Assistenti Personali/Familiari	No, ma esistono registri pubblici locali		
		No		
2.13	Formazione per Assistenti Personali/Familiari	Si		Questionario – Domanda A.4.8
		No		

L'indicatore 2.1 misura il numero di categorie professionali o altre figure titolate ad avviare la richiesta di valutazione multidimensionale, e viene valutato su una scala da un minimo di 0 ad un massimo di 8 attori, di cui: rosso se minore di 3, giallo tra 4 e 6, e verde se maggiore di 7.

L'indicatore 2.2 misura il numero di categorie professionali coinvolte nella valutazione della popolazione anziana e della popolazione disabile, e viene valutato su una scala da un minimo di 0 ad un massimo di 11 attori, di cui: rosso se minore di 3, giallo tra 4 e 7, e verde se maggiore di 8.

L'indicatore 2.3 esamina la presenza di opportunità di confronto tra professionisti durante il processo di valutazione multidimensionale. La scala di valutazione è binaria, di tipo Si/No.

L'indicatore 2.4 esamina l'esistenza di un ruolo definito di Operatore di collegamento a livello regionale e provinciale. La scala di valutazione è binaria, di tipo Si/No.

L'indicatore 2.5 esamina l'esistenza di percorsi di formazione tra gli strumenti adottati per facilitare l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a domicilio. La scala di valutazione è binaria, di tipo Si/No.

L'indicatore 2.6 esamina l'esistenza di percorsi di formazione integrata che coinvolgano sia professionisti del settore sanitario che sociale. La scala di valutazione è binaria, di tipo Si/No.

L'indicatore 2.7 valuta se la normativa regionale riconosce e definisce chiaramente la figura del caregiver familiare. La scala di valutazione è binaria, di tipo Si/No.

L'indicatore 2.8 analizza la disponibilità di forme di supporto regionale per sostenere il caregiver nell'attività di assistenza. La scala di valutazione va da un minimo di 0 ad un massimo di 9, di cui: zero corrispondente a rosso, l'intervallo 1-5 a giallo e l'intervallo 6-9 a verde. Le risorse di supporto considerate sono: congedi retribuiti, congedi non retribuiti, incentivi finanziari, erogazioni monetarie, corsi di formazione, sportelli informativi, supporto psicologico, interventi di sollievo e altro.

L'indicatore 2.9 valuta la presenza di momenti di formazione dedicati ai caregiver familiari e focalizzati sulle problematiche inerenti le persone assistite e sui diritti sia di assistiti che di caregiver familiari. La valutazione avviene su una scala binaria, dove la presenza di tali opportunità di formazione è indicata come "sì" o "no".

L'indicatore 2.10 valuta l'esistenza di normativa regionale che istituisce e definisce la figura dell'assistente personale o familiare. La valutazione avviene su una scala binaria, dove l'esistenza di tale normativa è indicata come "sì" o "no".

L'indicatore 2.11 si concentra sull'esistenza di incentivi fiscali e/o supporti economici volti a promuovere l'assunzione regolare di un assistente personale o familiare. Questo indicatore viene valutato utilizzando una scala binaria, che indica la presenza o l'assenza di tali supporti economici nella regione considerata.

L'indicatore 2.12 esamina la presenza di un registro pubblico regionale degli assistenti personali o familiari, ovvero un archivio ufficiale che elenca gli assistenti personali o familiari disponibili nella regione. La valutazione di questo indicatore avviene su una scala a tre possibilità di risposta: "Sì", "No, ma esistono registri pubblici locali" oppure "No".

L'indicatore 2.13 valuta la presenza di programmi di formazione specifici per gli assistenti personali o familiari. Questi programmi offrono corsi e sessioni di formazione mirati a migliorare le competenze degli assistenti nelle aree cruciali della cura e dell'assistenza domiciliare. La valutazione di questo indicatore avviene su una scala binaria, dove si considera la presenza o l'assenza di tali programmi nella regione presa in esame.

Sistemi informativi

Indicatore		Scala di valutazione	Fonte
3.1	Tipo di dati raccolti attraverso sistemi informativi regionali/provinciali	0; 1	Questionario – Domanda A.3.2
		2; 3	
		4; 5	
3.2	Disaggregazioni disponibili	0; 1	Questionario – Domanda A.3.3
		2; 3	
		4; 5	
3.3	Cadenza trasmissione dati aggregati/sintetici a livello nazionale e a livello regionale (o di Provincia Autonoma)	Con cadenza non sistematica	Questionario – Domanda A.3.5
		Annuale	
		In tempo reale/mensile/trimestrale	
3.4	Esistenza di un unico sistema informativo integrato a livello regionale	No	Questionario – Domanda A.3.7
		In corso di implementazione	
		Si	
3.5	Esistenza di una cartella sociale informatizzata in uso nella Regione/Provincia autonoma	No/No, ma esistono linee guida e/o piani strategici	Questionario – Domanda A.3.10
		Si, ma attualmente in fase sperimentale/ Si, ma in uso solo in alcuni Comuni	
		Si, in uso in tutta la regione	
3.6	Implementazione della cartella sociale informatizzata	0	Questionario – Domanda A.3.11
		1	
		2	

L'indicatore 3.1 analizza la completezza del dato raccolto dai sistemi informativi presenti a livello regionale o di Provincia Autonoma, distinguendo tra sistemi informativi per i servizi sanitari e per i servizi sociali. La valutazione avviene su una scala da 0 a 5, considerando la presenza delle seguenti informazioni: accesso ai servizi ADI/SAD, tipologia di servizi ADI/SAD, qualità dei servizi ADI/SAD ricevuti, intensità dei servizi ADI/SAD ricevuti, e altri dati raccolti. I valori 0-1 corrispondono al colore rosso, 2-3 al giallo e 4-5 al verde.

L'indicatore 3.2 valuta la quantità di disaggregazioni disponibili per i dati sanitari e sociali trasmessi dai sistemi informativi, ovvero il livello di dettaglio dei dati resi disponibili. La valutazione avviene su una scala da 0 a 4, considerando la disponibilità delle seguenti informazioni: fascia d'età, grado di disabilità, non autosufficienza, e altro (da specificare). I valori 0-1 corrispondono al colore rosso, 2 al giallo e 3-4 al verde.

L'indicatore 3.3 analizza la frequenza di trasmissione dei dati sanitari e sociali a livello nazionale e regionale. Viene suddiviso in tre categorie: con cadenza non sistematica (rosso), annualmente (giallo), oppure ogni trimestralmente/mensilmente/in tempo reale (verde).

L'indicatore 3.4 va a valutare la presenza un sistema informativo integrato a livello regionale, suddiviso in tre opzioni: "sì" (verde), "no" (rosso), oppure "in corso di implementazione" (giallo).

L'indicatore 3.5 riguarda l'esistenza della cartella sociale informatizzata in uso alle Regioni. Il valore è assegnato a seconda della risposta data come segue: "No" oppure "No, ma esistono linee guida e/o piani strategici per avviare l'implementazione della CSI" corrispondono al colore rosso; "Sì, ma attualmente in fase sperimentale" oppure "Sì, la cartella sociale informatizzata è in uso in alcuni Comuni" corrispondono al colore giallo; "Sì, la cartella sociale informatizzata è in uso in tutta la regione" corrisponde al colore verde (in quest'ultimo caso veniva richiesto di specificare a partire da quale anno).

L'indicatore A.3.6 valuta, per le Regioni in cui la CSI è in uso, come si è svolto il processo di implementazione, se è stato previsto un percorso di formazione obbligatoria per gli operatori dei servizi sociali municipali e se sono stati previsti investimenti a supporto dei servizi sociali municipali. L'adempimento di entrambi i requisiti determina l'assegnazione del colore verde, l'adempimento di un solo requisito determina l'assegnazione del colore giallo, l'assenza di requisiti determina l'assegnazione del colore rosso.

Strumenti per l'erogazione integrata di servizi

Indicatore		Scala di valutazione	Fonte
4.1	Esistenza di Progetti di Assistenza individuale Integrata (PAI)	La definizione di PAI non è prevista nella regione o non applicata	Desk review
		La definizione di PAI è applicata in modo disomogeneo nella regione	
		La definizione di PAI è una pratica ben consolidata e diffusa su tutto il territorio regionale	
4.2	Esistenza di Punti Unici di Accesso (PUA)	I punti unici di accesso non sono attualmente attivi nella regione	Questionario – Domanda A.1.6 + Desk review [Fonte: AGENAS]
		I punti unici di accesso sono attivi ma il loro utilizzo è limitato	
		I PUA sono attivi e in uso	

4.3	Esistenza di Strumenti di Valutazione Multidimensionale	Nessuno strumento di valutazione multidimensionale è in uso nella regione	Red	Questionario – Domanda A.1.2
		Strumenti di valutazione multidimensionale sono in uso nella regione	Green	
4.4	Cadenza con cui la valutazione multidimensionale viene ripetuta	La valutazione multidimensionale viene effettuata solo una volta per la verifica dei requisiti iniziali di accesso ai servizi	Red	Questionario – Domanda A.1.9
		La valutazione multidimensionale può essere ripetuta nel tempo, su richiesta	Yellow	
		La valutazione multidimensionale viene svolta con cadenza regolare	Green	

L'indicatore 4.1 valuta l'adozione del Progetto di assistenza individuale (PAI) sul territorio regionale. La valutazione di questo indicatore è stata categorizzata in tre livelli: rosso per "La definizione di PAI non è prevista nella regione o non applicata", giallo per "La definizione di PAI è applicata in modo disomogeneo nella regione" e verde per "La definizione di PAI è una pratica ben consolidata e diffusa su tutto il territorio regionale".

L'indicatore 4.2 valuta l'esistenza e l'utilizzo dei Punti Unici di Accesso (PUA) nella regione considerata. La valutazione di questo indicatore avviene su una scala a tre livelli: rosso per "I punti unici di accesso non sono attualmente attivi nella regione", giallo per "I punti unici di accesso sono attivi ma il loro utilizzo è limitato" e verde per "I PUA sono attivi e in uso".

L'indicatore 4.3 esamina l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale (VMD) nell'ambito dell'assistenza domiciliare o dei servizi sociali. La valutazione di questo indicatore avviene utilizzando una scala binaria, a seconda della presenza o assenza strumenti di valutazione multidimensionale in uso nella regione presa in considerazione.

L'indicatore 4.4 esamina la frequenza con cui viene ripetuta la valutazione multidimensionale (VMD) verso la persona non autosufficiente. La scala di valutazione comprende tre categorie:

- Rosso, se la valutazione multidimensionale viene effettuata solo una volta, per verificare i requisiti iniziali di accesso ai servizi.
- Giallo, se la valutazione multidimensionale può essere ripetuta nel tempo, su richiesta, per rivalutare i bisogni.
- Verde, se la valutazione multidimensionale viene svolta con una cadenza regolare, indipendentemente da richieste specifiche aggiuntive. Questo approccio assicura un monitoraggio costante delle esigenze e delle condizioni delle persone assistite, permettendo interventi tempestivi e personalizzati.

Annex D. Esempi di buone pratiche regionali

In questo Annex vengono riportati esempi di buone pratiche regionali, riportate dalle regioni nel modulo B del questionario OCSE (si veda Annex E). In particolare, sono state identificate 17 pratiche in 8 regioni e province autonome italiane. Vengono riportate in questo Annex le pratiche maggiormente esaustive, innovative e interessanti. Le pratiche sono raggruppate in quattro dimensioni dell'analisi: governance, forza lavoro, sistemi informativi, e erogazione dei servizi.

Governance

- Emilia-Romagna - Dimissione protetta per persone senza dimora con disabilità. L'Emilia-Romagna ha avviato un progetto triennale (2023 - 2026) finalizzato alla presa in carico appropriata e integrata di persone non autosufficienti senza dimora in alcuni territori regionali. L'iniziativa, che persegue l'obiettivo di superare la frammentazione dei servizi territoriali esistenti, risponde alla necessità di garantire una risposta unitaria a problemi complessi di natura sanitaria e sociale. L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è promossa attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore.
- Friuli-Venezia Giulia - Progetto sperimentale 'Domiciliarità comunitaria' e Sperimentazione di un modello di partecipazione degli Enti del Terzo Settore nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria nella presa in carico dell'anziano fragile. Nel territorio della regione Friuli-Venezia Giulia sono in corso due progetti volti a migliorare la qualità degli interventi integrati di assistenza alle persone non autosufficienti attraverso la co-programmazione e la co-progettazione con il Terzo settore. Il primo, attivo dal 2021 e rivolto alle persone con diagnosi di demenza, prevede la co-progettazione di servizi di assistenza domiciliare tra Aziende sanitarie, Comuni ed Enti del Terzo settore al fine di prevenire l'istituzionalizzazione della persona e supportare la sua famiglia. Il secondo, lanciato nel 2023 e ideato per le persone anziane fragili, promuove lo sviluppo di un modello di presa in carico della persona fondato sulla collaborazione tra servizi sanitari e sociali pubblici ed Enti del Terzo settore operanti nei territori.
- PA Trento - Spazio Argento. L'iniziativa, promossa nella Provincia Autonoma di Trento nel 2023 e ancora in corso, consiste in attività di ascolto, informazione, orientamento e accompagnamento all'attivazione di interventi socio-sanitari e socio-assistenziali a favore degli anziani e delle loro famiglie. Al fine di garantire la presa in carico della persona e promuovere l'invecchiamento attivo, l'integrazione sociosanitaria è garantita, a ogni livello di governance territoriale, attraverso l'azione coordinata di Cabine di Regia composte da rappresentanti sociali e sanitari.

Forza lavoro

Settore formale

- Emilia-Romagna - Educatore a domicilio. Questo progetto, avviato nel 2022 in Emilia-Romagna e ancora in corso, rafforza il ruolo dell'educatore sociale nell'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti affette da disturbi neurocognitivi maggiori. Al fine di personalizzare l'intervento domiciliare secondo i bisogni della persona, questa figura svolge attività di cura della persona, in

particolare misure di stimolazione cognitiva per rallentare il decadimento cognitivo, di igiene dell'ambiente domestico e di supporto al caregiver familiare. Inoltre, nella programmazione degli obiettivi e degli interventi di assistenza, l'educatore collabora con i servizi sanitari e gli Enti del Terzo settore.

- Veneto - Welfare generativo e di comunità. Inaugurata nel 2023 e tuttora in corso, questa iniziativa della regione Veneto è finalizzata ad introdurre la figura dell'Infermiere di Comunità in alcuni territori regionali. Questa figura assume un nuovo ruolo nella presa in carico della popolazione fragile (all'incirca 500 persone) anche attraverso la collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG). In questa esperienza, infatti, l'infermiere di comunità contribuisce all'individuazione delle persone con fragilità, facilita il loro accesso ai servizi nella valutazione dei bisogni della persona in costante dialogo con il MMG e promuove il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore operanti sul territorio.

Settore informale

- Puglia - Patto di Cura e Sostegno Familiare. Già dal 2013, la regione Puglia ha intrapreso due iniziative volte a supportare il lavoro di cura del caregiver familiare (Sostegno Familiare) e a incentivare l'assunzione regolare di un assistente familiare/personale (Patto di Cura) da parte della persona non autosufficiente. In particolare, queste misure, attive su tutto il territorio regionale, perseguono rispettivamente un obiettivo principale: da un lato, la prima promuove il miglioramento della qualità della vita delle persone e delle loro famiglie e, dall'altro, la seconda intende disincentivare il lavoro irregolare nel settore dell'assistenza a lungo termine.
- Veneto - Sollievo Parkinson e demenze. Questo progetto, attivo in Veneto già dal 2013, promuove attività di formazione del personale dei Comuni, delle persone non autosufficienti e dei loro familiari nei territori regionali. La formazione, affidata ad equipe multidisciplinari e garantita in spazi dedicati e con frequenza bisettimanale, è focalizzata sulla comprensione delle problematiche legate alle patologie dell'invecchiamento e alla gestione dello stress da parte del caregiver familiare.

Sistemi informativi e interoperabilità

- Veneto - Accordo di programma tra amministrazione comunale - Centro di Servi (IPaB) e Azienda ULSS per la disciplina del sistema delle cure domiciliari. In Veneto è attivo un accordo di programma di durata triennale tra l'amministrazione comunale e l'Azienda sanitaria in diverse aree territoriali della regione con l'obiettivo il coordinamento interistituzionale nell'ambito delle cure domiciliari. L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è promossa anche attraverso l'interoperabilità dei sistemi informativi.⁶²
- Marche - Gruppo di miglioramento del paziente con demenza. Nelle Marche, durante il 2023, è stato sperimentato un progetto di collegamento dei servizi sociali e sanitari per migliorare la presa in carico delle persone anziane con diagnosi di demenza. Oltre alla creazione di una rete di servizi, l'iniziativa ha previsto degli strumenti per rendere interoperabili i dati sanitari e quelli sociali al fine di garantire la condivisione delle conoscenze e dei percorsi terapeutici tra i professionisti sanitari e sociali coinvolti nel gruppo di valutazione multidisciplinare.⁶³

⁶² la Regione fa riferimento al "perfezionamento delle modalità informative" ma il riferimento ai sistemi informativi è presente solo come strategia di miglioramento

⁶³ il riferimento all'interoperabilità dei dati è presente ma non è descritto esaustivamente

Erogazione

- Liguria - Progetto Dimissioni Protette 'Meglio a Casa'. Questo progetto, attivo nel territorio della regione Liguria dal 2013, garantisce l'assunzione di un assistente familiare/personale che eroga gratuitamente e temporaneamente cure domiciliari in favore delle persone fragili non autosufficienti dimesse dall'ospedale. L'iniziativa, finalizzata a razionalizzare l'intervento dei servizi sanitari e di quelli sociali, garantisce la continuità dell'assistenza e favorisce la permanenza della persona presso il suo domicilio. Inoltre, l'assistente lavora in dialogo con gli altri professionisti sanitari e sociali della rete dei servizi territoriali.
- Emilia-Romagna - Potenziamento Attività di presa in carico e valutazione dei cittadini con fragilità sociale. Dal 2018, la regione Emilia-Romagna ha attivato una sperimentazione dell'introduzione di un presidio sociale nel Pronto soccorso (PS) al fine ridurre il ricovero improprio delle persone anziane che presentano cronicità e/o fragilità sociale in alcuni reparti ospedalieri (Ospedale Maggiore di Bologna). La presenza degli assistenti sociali all'interno dell'ospedale consente una valutazione multidimensionale e interprofessionale e l'erogazione di servizi territoriali appropriati. Inoltre, la continuità assistenziale è garantita anche con il supporto dell'Infermiere di Continuità.

References

- Agenas (2022), “La centrale operativa territoriale: dalla realizzazione all’attivazione”, *Quaderno di monitor*, [93]
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/COT/Lettura_digital_Quaderno_COT.pdf.
- Agenzia per l’Italia Digitale (n.d.), *Fascicolo sanitario elettronico*, [86]
<https://www.fascicolosanitario.gov.it/il-fascicolo-sanitario-elettronico-fse>.
- Alderwick, H. (2021), “The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews”, *BMC Public Health*. [11
2]
- Alderwick, H., C. Ham and D. Buck (2015), *Population health systems: Going beyond integrated care*, The King’s Fund. [11]
- Alderwick, H. et al. (2018), “Can accountable care organisations really improve the English NHS? Lessons from the United States”, *Bmj*. [13]
- Alliance for Healthier Communities (2020), *Social Prescribing in Ontario*, [10
7]
<https://www.allianceon.org/research/RxCommunity-Social-Prescribing-Ontario-Final-Report>.
- ANCI (2023), *La registrazione e le slide del webinar “PDND: casi d’uso per i Comuni, focus ANPR”*, <https://www.anci.it/la-registrazione-del-webinar-pdnd-casi-duso-per-i-comuni-focus-anpr/>. [91]
- ANCI Lombardia (2022), *Corsi di formazione sulla Cartella Sociale Informatizzata*, [81]
<https://anci.lombardia.it/dettaglio-news/20225191218-corsi-di-formazione-sulla-cartella-sociale-informatizzata/>.
- ANCI, R. (2022), *Corso di formazione sulla Cartella Sociale Informatizzata*, http://01-webinar-csi_62702562.pdf. [80]
- Armitage, G. et al. (2009), “Health systems integration: state of the evidence”, *International journal of integrated care*. [6]
- Australian Government (2024), *Carer Gateway*, <https://www.carergateway.gov.au/services-and-support>. [56]
- Ayorinde, A., A. Grove and I. Ghosh (2024), “What is the best way to evaluate social prescribing? A qualitative feasibility assessment for a national impact evaluation study in England”, *Journal of Health Services Research & Policy*. [11
3]

- Azad, M. (2020), *Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review.* [26]
- Basque government (2023), *Evaluation of the initiative Zaintza HerriLab for the implementation of local ecosystems of care in the municipality of Pasaia,* https://bideoak2.euskadi.eus/2024/02/14/news_91692/20240214_Informe_de_conclusiones_Evaluaci%C3%B3n_Pasaia_Zaintza_HerriLab.pdf. [100]
- Baxter, S. et al. (2018), "The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence", *BMC health services research.* [10]
- Borgermans, L. and D. Devroey (2017), "A policy guide on integrated care (PGIC): lessons learned from EU project integrate and beyond", *International journal of integrated care.* [22]
- Bridgeable (2022), *Current state of social prescribing in Canada. Summary report. ..* [117]
- Buck, D. (2020), *What is social prescribing?*, <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/social-prescribing>. [103]
- Busse, R. and J. Stahl (2014), "Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England", *Health Affairs.* [15]
- Calderón-Larrañaga S, M. (2021), "Tensions and opportunities in social prescribing. developing a framework to facilitate its implementation and evaluation in primary care: a realist review", *BJGP open.* [116]
- Capelli, O. et al. (2016), "Integrated Care for Chronic Diseases – State of the Art", in *Primary Care in Practice - Integration is Needed*, InTech, <https://doi.org/10.5772/63362>. [3]
- Cembriani, F. (2024), "La tutela della persona anziana non autosufficiente", *Prospettive Sociali e Sanitarie.* [65]
- Chatterjee, H. (2018), "Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes". [111]
- Cocchi, F., M. Mazzeo and F. Mauro (2021), *La formazione multidisciplinare come risorsa strategica. "A long and winding road"*, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9980755.pdf>. [39]
- COFACE (2017), *Study on the challenges and needs of family carers in Europe*, <https://coface-eu.org/study-on-the-challenges-and-needs-of-family-carers-in-europe/>. [51]
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Asistenti sociali (2023), *Regolamento per la Formazione Continua degli Assistenti sociali*, https://cnoas.org/wp-content/uploads/2023/01/Regolamento_FC_CNOAS_01.01.2023.pdf. [40]
- Contandriopoulos, A. (2004), *The integration of health care: dimensions and implementation.* [7]
- Curry, N. and C. Ham (2010), "Clinical and service integration", *The route to improve outcomes.* London: The Kings Fund. [16]
- Deloitte centre for health solutions (2019), *The transition to integrated care*, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/public-sector/deloitte-uk-public-sector-population-health-management.pdf>. [2]

- Dias, S. (2023), "Barriers and facilitating strategies to implementing social prescribing in primary care settings in Lisbon: a qualitative study to explore key stakeholders' perceptions", *Population Medicine*. [115]
- Drinkwater, C. (2019), "Social prescribing", *Bmj*. [104]
- Ebilcoba (n.a.), *Nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro Colf e Badanti*, https://servizi2.inps.it/docallegati/Mig/Allegati/701Nuovo_CCNL_colf_badanti_Ebilcoba.pdf. [60]
- European Commission, D. (2017), *Tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment*. [21]
- Fazzi, L. (2022), *La formazione di servizio sociale. Tra pregiudizi, rivendicazioni corporative e nuovo professionalismo*, <https://www.welforum.it/la-formazione-di-servizio-sociale/>. [41]
- Fosti, G., E. Notarnicola and E. Perobelli (2024), *La sostenibilità del settore long-term care nel medio-lungo periodo*, Egea Editore, https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/6_Rapporto_LA_SOSTENIBILITA%CC%80_DEL_SETTORE_LONG_TERM_CARE_NEL_MEDIO-LUNGO_PERIODO.pdf?VersionId=Vlg0tf63Pp_Rr73aAGTC2fbfeR9nd8qW. [45]
- Fosti, G., E. Notarnicola and E. Perobelli (2024), *La sostenibilità del settore Long-Term Care nel medio-lungo periodo*, https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/6_Rapporto_LA_SOSTENIBILITA%CC%80_DEL_SETTORE_LONG_TERM_CARE_NEL_MEDIO-LUNGO_PERIODO.pdf?VersionId=Vlg0tf63Pp_Rr73aAGTC2fbfeR9nd8qW. [59]
- Fosti, G., E. Notarnicola and E. Perobelli (2022), "Il presente e il futuro di long-term care: cantieri aperti", *EGEA*, <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/4%C2%B0%20Rapporto%20OLTC%20-%20volume%20finale%20-%20oa.pdf>. [62]
- Gabriele, S. (2023), "L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale", *Ufficio Parlamentare di Bilancio, Focus tematico, n. 12*. [69]
- Generalitat de Catalunya (2024), *Integrated Care (Health and Social) in Catalonia*. [96]
- Gori, C. (2023), "La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti", *Politiche sociali*. [66]
- Gramigna, A. et al. (2022), *Occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*, Romatre-press, p. 124, <https://doi.org/10.13134/979-12-5977-131-5>. [35]
- Gu, D., R. Gomez-Redondo and M. Dupre (2014), "Studying Disability Trends in Aging Populations", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Vol. 30/1, pp. 21-49, <https://doi.org/10.1007/s10823-014-9245-6>. [27]
- Hamilton-West, K. (2020), "New horizons in supporting older people's health and wellbeing: is social prescribing a way forward?", *Age and ageing*. [105]
- Hanson, E., L. Magnusson and J. Nolan (2008), "Swedish experiences of a negotiated approach to carer assessment: the Carers Outcome Agreement Tool", *Journal of Research in Nursing*, Vol. Vol. 13/5, pp. pp. 517-534, <https://doi.org/10.1017/s1474746416000312>. [57]
- Hoffmeister, L. et al. (2021), "Evaluation of the Impact and Implementation of Social Prescribing in Primary Healthcare Units in Lisbon: A Mixed-Methods Study Protocol", *International Journal of* [122]

Integrated Care.

- INPS (2022), “Welfare as a service”: nuovo progetto INPS presentato il 24 novembre, [92]
<https://www.inps.it/it/inps-comunica/notizie/dettaglio-news-page.news.2022.11.-welfare-as-a-service-nuovo-progetto-inps-presentato-il-24-novembre.html>.
- INPS (2022), SIUSS: pubblicato il materiale didattico dei corsi di formazione, [78]
<https://www.inps.it/it/inps-comunica/notizie/dettaglio-news-page.news.2022.12.siuus-pubblicato-il-materiale-didattico-dei-corsi-di-formazione.html>.
- INPS (n.d.), Portale per l'Analisi Sociale (PAS), <https://www.inps.it/it/dettaglio-scheda.schede-servizio-strumento.schede-aree-tematiche.portale-per-l-analisi-sociale-pas-.html>. [84]
- INPS (n.d.), *Welfare as a service: Il progetto innovativo dell'INPS per ottimizzare la programmazione e gli interventi in ambito welfare con le amministrazioni locali e centrali.* [90]
- International Federation of Social Workers (2020), *Global Standards for Social Work Education and Training*, <https://www.ifsw.org/global-standards-for-social-work-education-and-training/>. [44]
- Invitalia (n.d.), *Portale per l'analisi sociale*, <https://www.invitalia.it/cosa-facciamo/affianchiamo-la-pa-per-gestire-i-fondi-europei-e-nazionali/programmi-operativi/politiche-sociali/pas---webinar-e-pillole>. [85]
- ISTAT (2023), , [29]
<https://www.istat.it/it/archivio/indicatori+demografici#:~:text=Al%201%C2%B0%20gennaio%202021,in%20meno%20in%20un%20anno&text=03%20maggio%202021-,Tipo%20di,Comunicato%20stampa>.
- ISTAT (2020), *Interventi e servizi sociali dei comuni*, [13
0]
http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=it&QueryId=22823&metadata=DCIS_SPESEERSOC1.
- Jovene (ed.) (2020), *Who Cares? Il lavoro nell'ambito dei servizi di cura alla persona*, Univ. Ferrara-Dipartim. giurisprudenza. [72]
- Kiely, B. et al. (2022), “Effect of social prescribing link workers on health outcomes and costs for adults in primary care and community settings: a systematic review”, *BMJ*. [11
9]
- Kimberlee, R. (2015), “What is social prescribing?”, *Advances in Social Sciences Research Journal*. [11
0]
- Kodner, D. and C. Spreeuwenberg (2002), “Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper”, *International journal of integrated care*. [8]
- Leijten, F. et al. (2018), “The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description”, *Health Policy*, Vol. 122/1, pp. 12-22, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>. [24]
- Lisetto, M., M. Marcolin and P. Tomasin (2014), *La governance dei sistemi informativi sociali: evoluzione e sviluppo in Friuli Venezia Giulia*. [77]
- Lusardi, R. and S. Tomelleri (2017), “Gli ibridi professionali. Le culture professionali alla prova dell'integrazione socio-sanitaria”, *SALUTE E SOCIETÀ* 3, pp. 11-31, <https://doi.org/10.3280/ses2017-su3002>. [43]

- McWilliams, J. et al. (2016), "Early performance of accountable care organizations in Medicare", *New England Journal of Medicine*. [14]
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2022), *Piano Nazionale per la lotta al lavoro sommerso*, <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/Interventi/riforme/riforme-settoriali/piano-nazionale-per-la-lotta-al-lavoro-sommerso.html>. [70]
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2022), *Piano per la non autosufficienza 2022-2024*, <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Documents/Piano-Non-Autosufficienza-2022-2024.pdf>. [33]
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2021), *Piano Nazionale nuove competenze*, <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/Interventi/riforme/riforme-settoriali/piano-nazionale-per-la-lotta-al-lavoro-sommerso.html>. [71]
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2023), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: Raccolta Normativa*, <https://area.rgs.mef.gov.it/canali/527/bacheca/news/1326736/la-raccolta-normativa-pnrr>. [64]
- Ministero della Salute (2024), *PNRR, 610 milioni di euro a Regioni e Province autonome per il Fascicolo Sanitario Elettronico*, <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioNotiziePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6024>. [88]
- Ministero della Salute (n.d.), *La cartella sociale nei servizi del welfare di accesso della puglia*, <https://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/investimenti/146.pdf>. [12
6]
- Moreira, L. (2018), *Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?*, <https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en>. [18]
- Morse, D. (2022), "Global developments in social prescribing", *BMJ Global Health*. [10
2]
- National Academy for Social Prescribing (2023), *Social prescribing around the world*. [12
1]
- National Audit Office (NAO) (2018), *Adult social care at a glance*, <https://www.nao.org.uk/report/adult-social-care-at-a-glance/>. [54]
- National Health Service (2020), *Carer's assessments*, <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/support-and-benefits-for-carers/carers-assessments>. [53]
- Network Non Autosufficienza (2021), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 7 rapporto*, [http://file:///C:/Users/Sillitti_P/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/TYNZDU4O/NNA_2020_7_Rapporto%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Sillitti_P/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/TYNZDU4O/NNA_2020_7_Rapporto%20(1).pdf) (accessed on 28 November 2023). [12
5]
- NHS (2024), *Integrated care in action – population health management*, <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/resources/case-studies/integrated-care-in-action-population-health-management/>. [1]
- NHS England (2023), *Workforce development framework: social prescribing link workers*, <https://www.england.nhs.uk/long-read/workforce-development-framework-social-prescribing-link-workers/>. [10
8]
- NHS England (n.d.), *Case studies: benefits for patients*, [95]

- <https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/digitising-connecting-and-transforming-health-and-care/delivering-benefits-for-patients/>.
- NHS England (n.d.), *Federated data platform*, [94]
<https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/digitising-connecting-and-transforming-health-and-care/>.
- Nolte, E. and E. Pitchforth (2014), "What is the evidence on the economic impacts of integrated care?", *Policy summary II, WHO Regional Office for Europe UN City, Marmorvej*. [4]
- O'sullivan, L. and E. al. (2017), "Carer Needs Assessment Development - A Republic of Ireland led International Joint Working Project to Support Delivery of Integrated Health and Social Care", *International Journal of Integrated Care*, Vol. Vol. 17/5, p. p. 288, [52]
<https://doi.org/10.5334/ijic.3601>.
- OECD (2023), *Disability, Work and Inclusion in Italy: Better Assessment for Better Support*, OECD Publishing, Paris, [28]
<https://doi.org/10.1787/dc86aff8-en>.
- OECD (2023), *Health at a Glance*. [87]
- OECD (2023), *Inception report: Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia*, <https://www.oecd.org/health/Verso-un-assistenza-sociosanitaria-integrata-incentrata-sulla-persona-in-Italia-Inception-report-Nov2023.pdf>. [34]
- OECD (2023), *Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in italia*, <https://www.oecd.org/health/Verso-un-assistenza-sociosanitaria-integrata-incentrata-sulla-persona-in-Italia-Inception-report-Nov2023.pdf>. [49]
- OECD (2022), *Health data governance for the digital age: implementing the OECD recommendation on health data governance*, <https://doi.org/10.1787/68b60796-en>. [89]
- OECD (2022), *Integrating Services for Older People in Lithuania*, OECD Publishing, Paris, [98]
<https://doi.org/10.1787/c74c44be-en>.
- OECD (2022), *Regional Governance in OECD Countries: Trends, Typology and Tools*, OECD Multi-level Governance Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4d7c6483-en>. [30]
- OECD (2022), *Supporting informal carers of older people*, <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>. [48]
- OECD (2021), *OECD Survey of EHR Development Data Use and Governance*. [76]
- OECD (2020), *WHAT DOES "INCLUSIVE GOVERNANCE" MEAN? CLARIFYING THEORY AND PRACTICE*, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/960f5a97-en.pdf?expires=1711368586&id=id&accname=ocid84004878&checksum=17902533AD654799567AD170E8302ED4>. [31]
- OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, [50]
<https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- OECD (2017), *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>. [20]
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. [19]
- Orrù, S. (2021), *La cura e l'assistenza all'anziano non autosufficiente da parte del caregiver* [73]

familiare tra diritti fondamentali ed effettività della tutela.

- Osservatorio cronicità (2022), *Osservatorio buone pratiche di integrazione socio-sanitaria Agenas-Federsanità-Anci: pubblicati i materiali dell'incontro di presentazione del 13 dicembre 2022*, <https://osservatoriocronicita.it/index.php/notizie/325-osservatorio-delle-buone-pratiche-di-integrazione-socio-sanitaria-agenas-federsanita-anci-pubblicati-i-materiali-dell-incontro-di-presentazione-del-13-dicembre-2022>. [25]
- Osservatorio DOMINA sul lavoro domestico (2023), *Rapporto 2023*. [58]
- Parlamento italiano (2023), *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, <https://documenti.camera.it/Leg19/Dossier/Pdf/AS0032a.Pdf>. [32]
- Pasquinelli, S. and F. Pozzoli (2021), "Badanti dopo la pandemia: vent'anni di lavoro privato di cura in Italia", *Quaderno WP3 del progetto 'Time to Care'*. [61]
- PAS, U. (2020), *Indagine sui Comuni di dimensione minore relativa ai modelli operativi utilizzati per la gestione dei dati delle prestazioni sociali erogate e per il loro trasferimento al SIUSS*. [79]
- Pesaresi, F. (2022), "Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale. La norma, gli approfondimenti, le valutazioni", *Welfare ebook n.7*. [68]
- Pesaresi, F. (2021), *Il manuale dei caregivers familiari*. [47]
- Pines, J. et al. (2015), "Richard Merkin Initiative on Payment Reform and Clinical Leadership Case Study: Emergency Medicine", *Brookings Institution*. [12]
- Pola-Garcia, M. (2023), "Social Prescribing Schemes in Primary Care in Spain (EvalRA Project): a mixed-method study protocol to build an evaluation model", *BMC Primary Care*. [12
3]
- Polley, M. (2023), "Building the economic evidence case for social prescribing". [11
4]
- Polley, M. and K. Pilkington (2017), *A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications*. [11
8]
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2022), *Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, PNRR e Disabilità*, <https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/it/pnrr-e-disabilita/la-direttiva/>. [12
8]
- Regione Abruzzo (2022), *Piano regionale per la non autosufficienza: Atto di programmazione del FNA 2022-2024, Allegato A*. [63]
- Regione Lombardia (2019), *Linee Guida Cartella Sociale Informatizzata*, https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/76bab504-c38a-44c2-ae4e-ea94d95ff21e/File+Allegato+A_Linee+Guida+Cartella+Sociale+Informatizzata+v.2.0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-76bab504-c38a-44c2-ae4e-ea94d95ff21e-mWJSzAd. [83]
- Regione Lombardia, A. (2021), *Progetto Cartella Sociale Informatizzata: Attività 2021-2022, Allegato 1*, <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-5556-legislatura-11>. [82]
- Regione Veneto (2014), *Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità*. [12
4]

- Repubblica Italiana (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, [12
7]
<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.
- Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (2015), *Ripensare la formazione medica*, [42]
<https://www.educationglobalhealth.eu/images/news/RIISG%20e%20formazione%20medica.pdf>
- Rossi, E. (2018), *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, [36]
<https://www.iris.sssup.it/handle/11382/526405>.
- Scarpetti, G. (2024), "A comparison of social prescribing approaches across twelve high-income [10
6] countries", *Health Policy*.
- Servizio Studi Affari Sociali della Camera dei Deputati (2024), *Normativa vigente e proposte di [74] legge sulla figura del caregiver*, <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>.
- Slawomirski, L., A. Aaraaen and N. Klazinga (2017), *The economics of patient safety: [17] Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*, <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.
- Slawomirski, L. et al. (2023), "Progress on implementing and using electronic health record [75] systems", *OECD Health Working Papers*, <https://doi.org/10.1787/18152015>.
- Stokes, J., K. Checkland and S. Kristensen (2016), "Integrated care: Theory to practice", [9] *Journal of health services research & policy*.
- TIC Salut Social (2023), *InterSocial*, <https://ticsalutsocial.cat/en/project/intersocial/>. [97]
- UK government (2024), *Assessments for carers*, <https://www.nidirect.gov.uk/articles/assessments-carers>. [55]
- UN Human Rights Treaty Bodies (2023), *Database degli organismi del trattato delle Nazioni Unite*, [46]
<https://tbinternet-ohchr-org.translate.google/ layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD/C/27/D/51/2018&Lang=en& x tr sl=en& x tr tl=it& x tr hl=it& x tr pto=sc>.
- Valentijn, P. et al. (2013), "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework [23] based on the integrative functions of primary care", *International journal of integrated care*, <http://www.ijic.org>.
- Vicarelli, G. (2019), *Le trasformazioni del rapporto medico-paziente in Italia*, [38]
<https://www.criss.univpm.it/sites/www.criss.univpm.it/files/criss/Le%20trasformazioni%20del%20rapporto%20medico-paziente%20in%20Italia.pdf>.
- Visca, G. and G. Bersano (2022), "Uniformità e comparabilità dei flussi informativi nazionali per le [12
9] cure domiciliari (flusso SIAD), l'assistenza residenziale (flusso FAR) e gli hospice (flusso HOS)", *E&P 2022*, Vol. 46 (1-2) gennaio-aprile, pp. 92-99, <https://doi.org/10.19191/EP22.1-2.P092.017>.
- Vivaldi, E. (2022), "PNRR e disabilità: misure e interventi per il diritto alla vita indipendente", [67] *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*.
- Welsh Government (2024), *National framework for social prescribing*, [10
9]
<https://www.gov.wales/national-framework-social-prescribing->

[html#:~:text=Social%20prescribing%20is%20an%20umbrella,their%20personal%20health%20and%20wellbeing.](#)

- Westlake, D. et al. (2023), "Social prescribing in the NHS—is it too soon to judge its value?", *BMJ*. [120]
- WHO (1988), *Learning together to work together for health : report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach*, <https://iris.who.int/handle/10665/37411>. [37]
- WHO Commission on Social Determinants of Health and World Health Organization (2008), *losing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. [101]
- WHO Regional Office for Europe (2016), *Integrated care models: an overview*. [5]
- Zaintza HerriLab (2024), *What is Zaintza HerriLab?*, <https://www.zaintzaherrilab.eus/es/que-es-zaintza-herrilab>. [99]

Maggiori informazioni
<https://www.oecd.org/health/towards-person-centered-integrated-care-in-italy.htm>

