

"QUANDO I BISOGNI SOCIOSANITARI RICEVONO RISPOSTE SOCIOSANITARIE"

**La realtà veneta analizzata
con uno strumento di valutazione della qualità
dell'Integrazione Sociosanitaria (ISS):
criticità e possibili soluzioni**

Dalla Riva Cristina

Rubini Nelli

Bisogni sociosanitari

Bisogni sociali a
rilevanza sanitaria

Bisogni sociosanitari

Bisogni sanitari a
rilevanza sociale

Salute (OMS): stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia

«Bisogno»: mancanza delle risorse materiali o non materiali necessarie per raggiungere uno stato di maggiore benessere o per uscire da una situazione di malessere o disagio

«Bisogno sociosanitario»: mancata funzionalità nella sfera fisica, psicologica e sociale.

Bisogno sociosanitario



Bisogno complesso

Ne derivano modelli di presa in carico con precisa concezione della persona umana: presa in carico globale/olistica, patient centered care,...

La definizione dei confini tra SANITA' e ASSISTENZA SOCIALE
è difficile o contraddittoria

Prestazioni sociosanitarie (DPCM 14.02.2001)

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria	Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria	Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
<p>Sono prestazioni sociali a rilevanza sanitaria</p>	<p>«Sono prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria</p>	<p>Sono prestazioni sanitarie a rilevanza sociale</p>
<p>tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.</p>	<p>tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, disabilità, patologie psichiatriche e dipendenze, patologie per infezione da HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.</p>	<p>le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale</p>
<p>Tali attività di competenza dei COMUNI prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini...</p>	<p>Tali prestazioni sono caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali erogate da AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI a carico del fondo sanitario</p>	<p>Dette prestazioni, di competenza delle AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI a carico delle stesse</p>

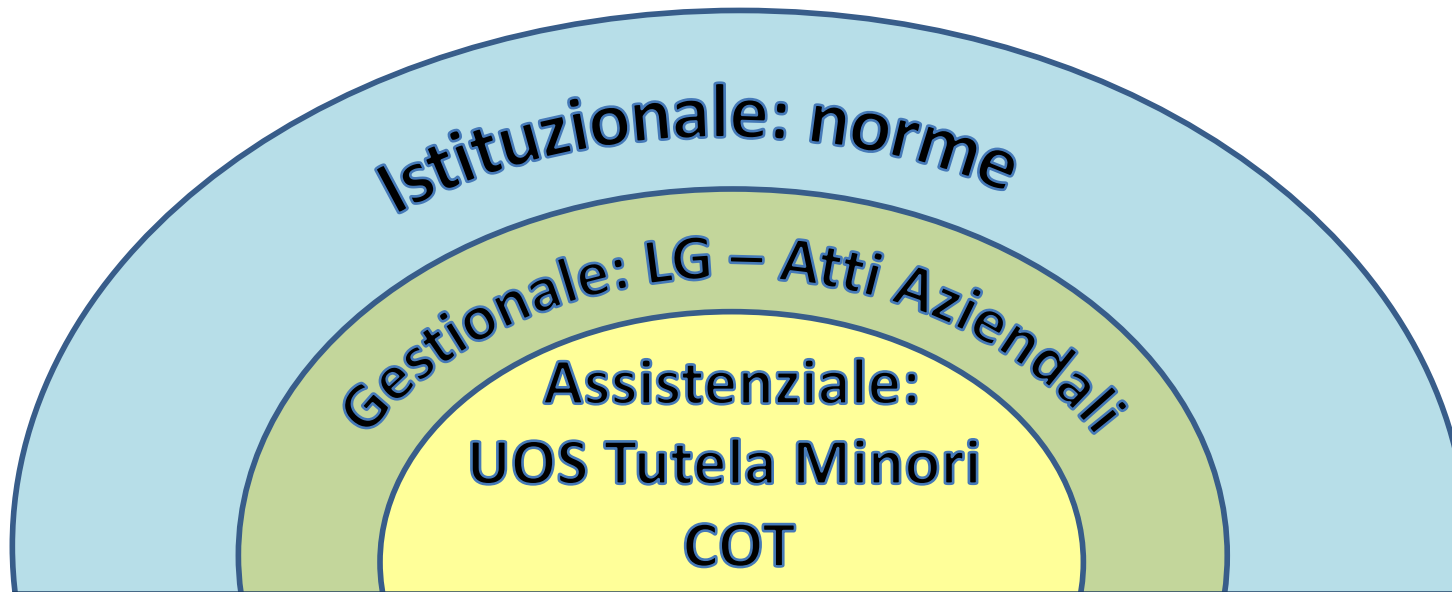
Definizione di uno strumento di valutazione della qualità dell'integrazione sociosanitaria di un sistema.

Sviluppo di soluzioni innovative e di reingegnerizzazione della dimensione organizzativa e assistenziale, a partire dalle criticità rilevate con lo strumento.



STRUMENTO di valutazione della qualità dell'integrazione sociosanitaria

Costruzione



STRUMENTO: elementi di analisi

LIVELLO ISTITUZIONALE			
1	Presenza di unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate	13	Raccolta strutturata delle buone pratiche per favorirne la divulgazione.
2	Adozione del decreto sull'istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie	14	Redazione di Linee Guide sulle evidenze scientifiche relative ai luoghi, agli strumenti, alle modalità di presa in carico integrata.
3	Promozione del Fascicolo Sociosanitario Elettronico	15	Nei livelli minimi organizzativi/gestionali, definizione dei luoghi integrati di accoglienza e accettazione.
4	Definizione dei soggetti che governano l'ISS.	16	Nei livelli minimi organizzativi/gestionali, utilizzo di strumenti di valutazione, pianificazione, monitoraggio integrati.
5	Definizione delle tipologie di relazioni tra i soggetti che governano l'ISS.	17	Nei livelli minimi organizzativi/gestionali, indicazione dei criteri per la presa in carico e la continuità assistenziale.
6	Definizione degli atti della programmazione integrata socio-sanitaria.	18	Unicità di gestione istituzionale delle politiche socio-sanitarie.
7	Definizione delle policy basate su dati storici e sulle direttrici di cambiamento della domanda.	19	Coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione socio-sanitaria.
8	Definizione dei collegamenti con le "altre" programmazioni (ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, formazione professionale, etc.).	20	Partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini nella programmazione / progettazione negli ambiti dell'ISS.
9	Per le tipologie di soggetti dell'ISS, individuazione dei livelli di assistenza (LEA + LIVEAS) e i corrispondenti interventi.	21	Applicazione della Legge 251/00 con l'istituzione del servizio dell'ass. infermieristica ed ostetrica e del servizio sociale professionale.
10	Per le tipologie di soggetti dell'ISS, definizione dei livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l'ISS.	22	Provvedimenti regionali attuativi della legge 328/2000
11	Allocazione di risorse adeguate per sostenere lo sviluppo delle reti di ISS.	23	Definizione delle competenze in capo alle Aziende ULSS e ai Comuni in tema di servizi sociali e socio-sanitari.
12	Definizione dei percorsi formativi nell'ambito dell'ISS.	24	Emanazione della Legge Regionale come previsto dall'art 112 della legge 11/2001 sull'integrazione socio-sanitaria.

STRUMENTO: elementi di analisi

LIVELLO ORGANIZZATIVO - GESTIONALE			
1	Presenza di atti aziendali e contratti unitari per l'ISS.	9	Definizione di standard organizzativi e dei fabbisogni del personale dei servizi.
2	Progettazione della formazione continua sugli oggetti dell'ISS.	10	Professionisti sanitari e sociali che operano in equipe multi-professionali integrate .
3	Definizione delle competenze specifiche, dei soggetti, dell'assetto organizzativo, delle funzioni, delle attività, e dei piani programmatici per ognuno dei settori tipici dell'ISS.	11	Stabilità nel tempo dei team coinvolti nella presa in carico.
4	La policy istituzionale contempla un'organizzazione per processi (lean organization) e l'applicazione del ciclo di miglioramento continuo.	12	Sistema informativo che mette in connessione i professionisti coinvolti nella presa in carico.
5	Condivisione da parte dei Direttori e dei Professionisti degli obiettivi di budget per implementazione dei percorsi assistenziali integrati sociosanitari.	13	Promozione dell'ISS attraverso incentivi, possibilità di crescita professionale.
6	Condivisione da parte dei Direttori e dei Professionisti del sistema di valutazione di qualità dei percorsi.	14	Pari rappresentatività delle istanze sociali e sanitarie a livello di programmazione, di pianificazione e di intervento anche nella formulazione degli obiettivi di budget.
7	Condivisione da parte dei Direttori e dei Professionisti delle modalità di utilizzo dei dati/risultati della valutazione dei percorsi.	15	Pari opportunità di ruolo/carriera per i professionisti che possiedono gli idonei requisiti.
8	Costruzione di strumenti per la presa in carico integrata.	16	Regolamento sul profilo di ruolo del coordinatore delle professioni sanitarie e socio sanitarie.

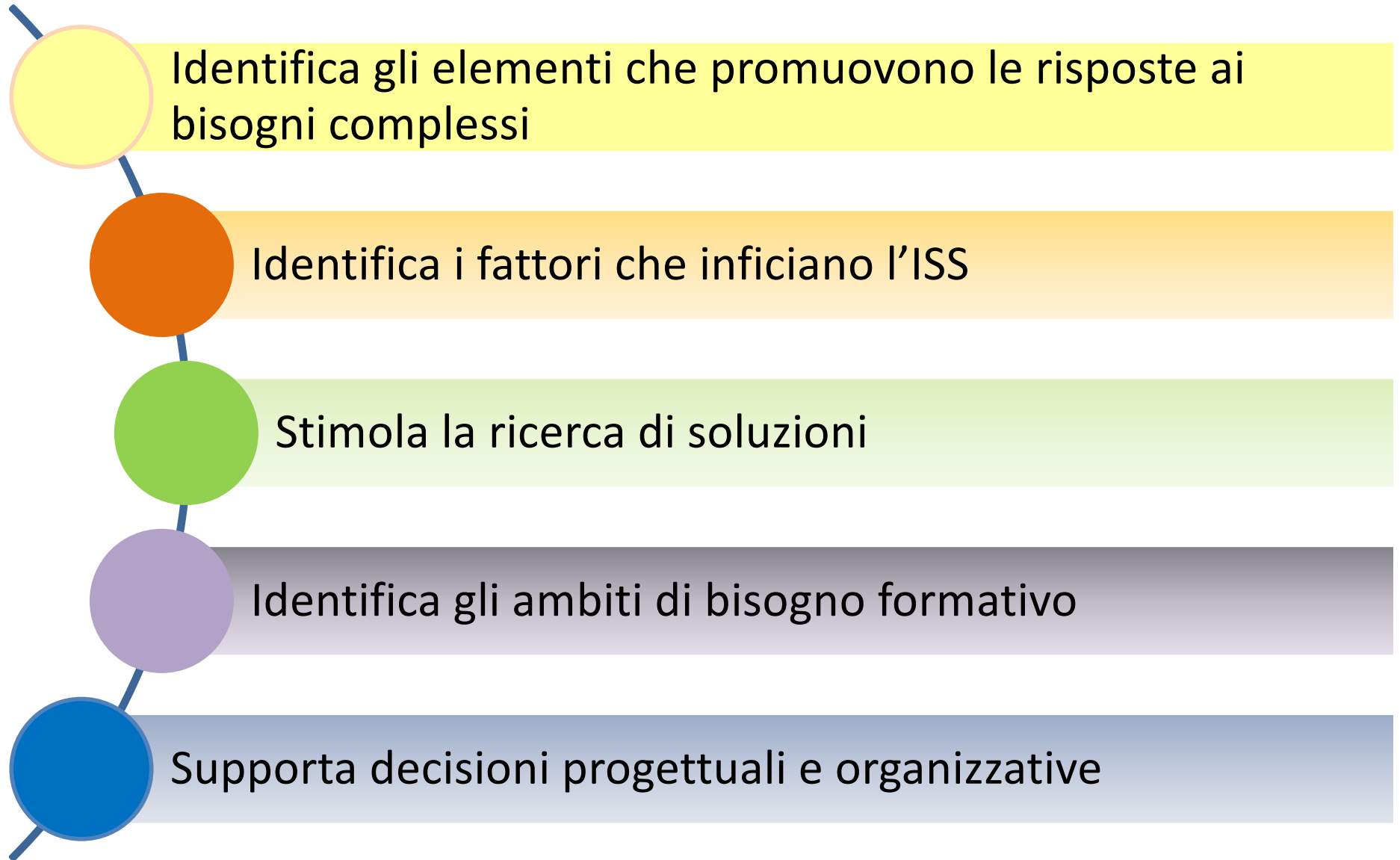
STRUMENTO: elementi di analisi

LIVELLO ASSISTENZIALE			
1	Implementazione dei percorsi integrati sociosanitari.	9	Nel percorso di presa in carico, costituzione di equipe funzionali.
2	Raccolta dati sociosanitari nelle fasi di sviluppo dei percorsi e negli indicatori di esito.	10	Collocazione nella stessa sede operativa degli operatori sociali e sanitari che gestiscono la presa in carico.
3	Revisione sistematica dei percorsi sociosanitari.	11	Costruzione multidisciplinare degli strumenti di presa in carico.
4	Formazione continua congiunta dei professionisti sanitari e sociali coinvolti.	12	Approccio bio-psico-sociale dell'analisi del bisogno dell'utente.
5	Attuazione della presa in carico multidisciplinare.	13	Considerazione delle preferenze dell'utente.
6	Definizione di percorsi di continuità tra i servizi sociosanitari aziendali e sociali del Comune.	14	Viene valutato il grado di soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi (interventi) ricevuti.
7	Nel percorso di presa in carico, collegamento tra le unità organizzative con invio dell'utente e comunicazione tra professionisti sanitari e sociali.	15	Definizione chiara dei ruoli dei professionisti
8	Nel percorso di presa in carico, coordinamento dei servizi.	16	Definizione di figure di coordinamento del percorso: case manager.

Strumento di valutazione dell'ISS

FONTE	FUNZIONE ASSISTENZIALE	LIVELLO	SOGGETTI	SI IN PARTE NO NON SO	NOTE: ANALISI CONTESTO COT	SI IN PARTE NO NON SO	NOTE: ANALISI CONTESTO PROTEZIONE E TUTELA DEI MINORI	Interventi di miglioramento	Responsabile	Tempi di intervento	Data di realizzazione
DMIC - 10 KEY - RMCI	La presa in carico prende in considerazione le preferenze dell'utente (partecipazione attiva al proprio percorso di cura).	Pratica Clinica (Micro)	Professionisti	SI	Vengono accolte le preferenze compatibilmente all'appropriatezza clinica e le risorse disponibili. In alcuni casi: - si accoglie la preferenza dell'utente per l'individuazione delle strutture protette. - si acquisisce il consenso per il ricovero in strutture protette; Vengono effettuati interventi coercitivi come previsto dalla legge (TSO).	SI	Nella presa in carico si cerca di accogliere le aspettative del minore compatibilmente alla sua tutela. Vengono effettuati interventi coercitivi come previsto dalla legge				
Bengt and Runo, 2005	Il percorso prevede il coordinamento dei servizi con la gestione delle transizioni degli utenti da parte dei professionisti delle unità operative.	Pratica Clinica (Micro)	Professionisti	SI	Viene applicato il "Percorso dimissioni protette".	SI	Viene applicato il "Percorso carenze nell'esercizio della responsabilità genitoriale".				
SIQUAS	I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL) implementano percorsi integrati sociosanitari.	Pratica Clinica (Micro)	Professionisti	IN PARTE	Le attività della COT sono state implementate secondo le linee definite nella delibera di istituzione (DG 107/2014). L'Azienda ha un regolamento sull'UVM, ha implementato PDTA Aziendali per casistiche complesse. L'applicazione del Regolamento UVM combinato alla DG di istituzione della COT e ai PDTA aziendali, determina che i casi sociosanitari trattati in UVM siano quelli cosiddetti "complessi" e non quelli "semplici" e che per ognuno vengano definito un PAI. Non in tutti gli ambiti ci sono percorsi codificati.	IN PARTE	Il DPR 616/77 e il DPCM 14/02/2001 definiscono che l'indagine diagnostica sui minori da tutelare è al 100% a carico del SSN, mentre l'indagine sociale sulla famiglia è al 100% a carico dei Comuni ostacolano la presa in carico integrata sociosanitaria. Nell'Azienda tutti i Comuni, tranne il capoluogo di Provincia, hanno delegato la materia minorile e questo ha in parte ridotto il rischio di frammentazione, ma non risolto perché la delega (non partecipata) da una lato deresponsabilizza i Comuni e dall'altro l'Azienda non è totalmente investita della competenza. I casi complessi vengono inviati alla COT e gestiti in sede di UVM.	UO Tutela Minori: attribuzione delle prestazioni sociosanitarie alle Aziende Sociosanitarie. COT: da definire ed implementare percorsi integrati in tutte le aree ad alta integrazione sociosanitaria.	UO Tutela Minori: Legislatore COT: Professionisti		
DMIC - PICC	Viene valutato il grado di soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi (interventi) ricevuti.	Pratica Clinica (Micro)	Professionisti	NO	Periodicamente vengono somministrati questionari che indagano il livello di soddisfazione relativamente al confort ambientale - servizi albergheri - cortesia del personale. Non viene approfondito il livello di soddisfazione rispetto alle risposte assistenziali ricevute da parte dell'utente.	NO	idem	Da definire ed implementare strumenti per valutare il grado di soddisfazione dell'utente dei servizi ricevuti.	Ufficio Qualità Professionisti		

Potenzialità dello strumento



Livello Istituzionale

CRITICITA'

- a. Manca chiara definizione di alcune competenze in capo alle AULSS e ai Comuni
- b. Limitata partecipazione decisionale dei Comuni all'ISS
- c. Mancata istituzione del Servizio Sociale Professionale



PROPOSTE

- a. RIORDINO DELLE NORME CHE ATTRIBUISCONO LE COMPETENZE ISTITUZIONALI IN MATERIA DI ISS.
- b. ISTITUZIONE DELL'UFFICIO TECNICO DI SUPPORTO ALLA CONFERENZA DEI SINDACI.
- c. PIENA ATTUAZIONE DELLA L. 251/00 ATTRAVERSO L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE IN OGNI AZIENDA SOCIOSANITARIA.

Livello Gestionale

CRITICITA'

- a. Limitata partecipazione nella definizione degli obiettivi di budget
- b. Non è garantita pari rappresentatività delle istanze sociali e sanitarie
- c. Criticità nelle équipes multiprofessionali integrate dove non c'è delega della Tutela Minorile



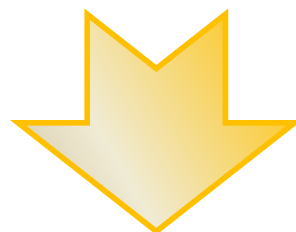
PROPOSTE

- a. DEFINIZIONE PARTECIPATA E CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET
- b. ISTITUZIONE DELL'AREA DELLE PROFESSIONI SOCIOSANITARIE
- c. INCENTIVARE O RENDERE OBBLIGATORIA LA DELEGA ALLE AZIENDE SOCIOSANITARIE DELLA TUTELA MINORILE

Livello Assistenziale

CRITICITA'

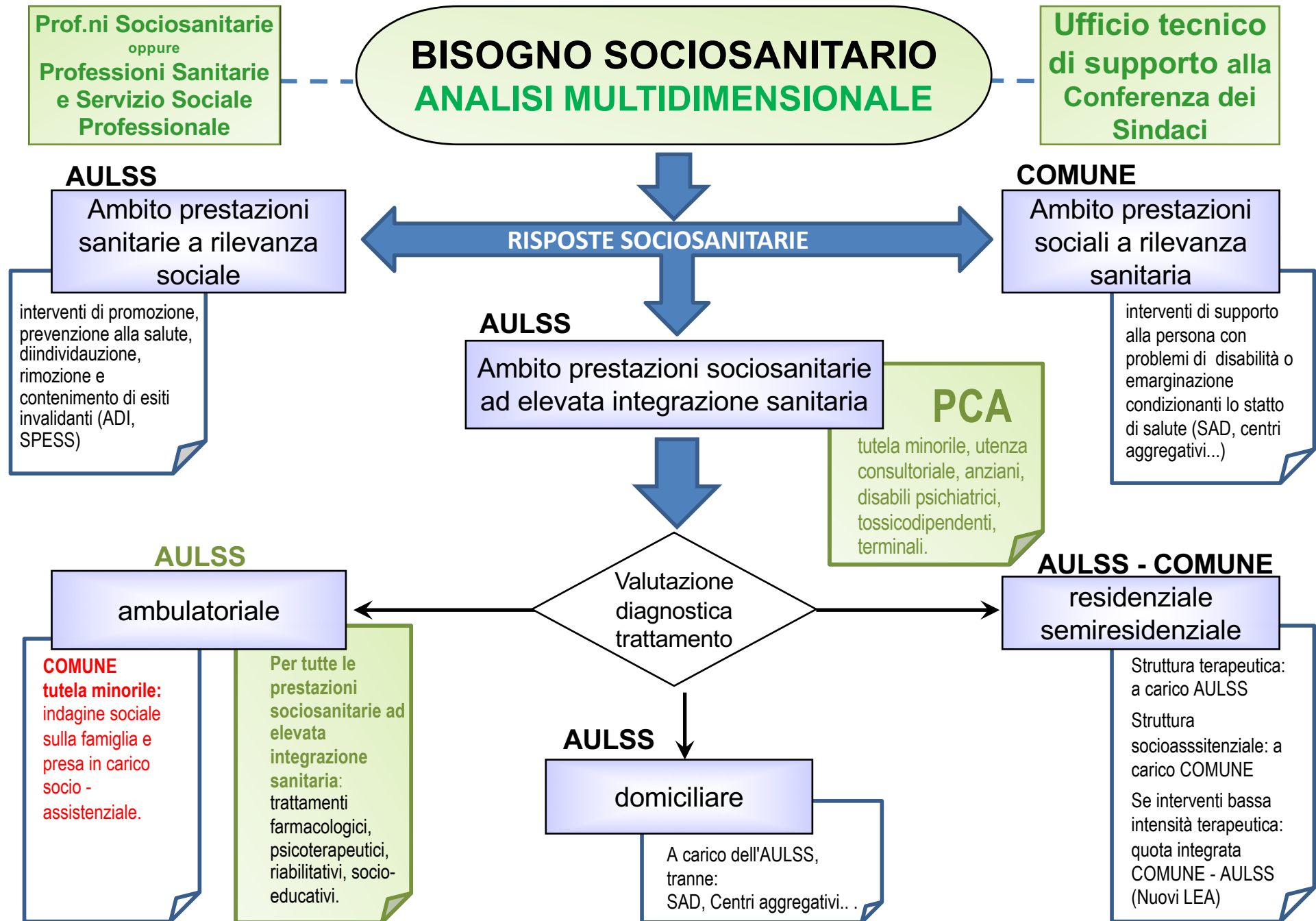
- a. I bisogni complessi non trovano risposte integrate quando mancano i Percorsi Clinico Assistenziali (PCA)
- b. Manca la revisione sistematica dei percorsi clinico-assistenziali
- c. Scarsità di professionisti esperti nell'ambito metodologico dei PCA



PROPOSTE

- a. IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI CLINICI ASSISTENZIALI A LIVELLO DI SISTEMA NELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE
- b. REVISIONE SISTEMATICA DEI PERCORSI CLINICI-ASSISTENZIALI
- c. INDIVIDUARE PROFESSIONISTI ESPERTI NELL'AMBITO METODOLOGICO DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI

Percorso criticità - proposte





GRAZIE