



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Advancing Integration for a Dignified Ageing

AIDA Project



**WP6 – DIMENSIONE EUROPEA:
TRASFERIBILITA' DELLE LINEE GUIDA IN
ALTRI CONTESTI EUROPEI**

**Prodotto Nr. 1
RELAZIONE SULLA TRASFERIBILITA'**

WP6 – DIMENSIONE EUROPEA: TRASFERIBILITA' DELLE LINEE GUIDA IN ALTRI CONTESTI EUROPEI

PRODOTTO NR. 1 – RELAZIONE SULLA TRASFERIBILITA'

Sommario

Scopo della fase di progetto.....	4
Attività e metodologie.....	4
Temi comuni a livello europeo	5
Conclusioni.....	6
Appendice.....	7
Seminario europeo – Brussels (BE) – 15 ottobre 2013	8
Seminario in Finlandia – Helsinki – 27 gennaio 2014.....	10
Seminario in Estonia – Tallin – 31 gennaio 2014.....	14
Seminario in Spagna – Barcellona – 20 febbraio 2014	16
Seminario in Slovenia – Ljubjana – 27 febbraio 2014	19
Seminario in Olanda – Den Bosch – 6 marzo 2014.....	22

Report a cura di

Licia Boccaletti – Anziani e non solo società cooperativa

Martha Mackay – Eurocarers

Scopo della fase di progetto

Nonostante il progetto AIDA sia stato sviluppato da un partenariato prevalentemente italiano, si è cercato di avere un impatto più ampio a livello europeo dedicando una fase di lavoro a questo obiettivo.

Con la fase di progetto numero sei si è infatti inteso disseminare le Linee Guida AIDA in diversi paesi europei, coinvolgendo numerosi stakeholder ed esperti in ambito di integrazione socio-sanitaria dei servizi, con l'obiettivo di avviare una discussione che ci permettesse di ottenere un riscontro sulla potenziale trasferibilità dei risultati del progetto AIDA in altre aree comunitarie.

Attività e metodologie

Eurocarers (European Network of Carers Organizations), in collaborazione con il resto del partenariato, ha organizzato sei eventi in diversi stati europei.

Il primo è stato un seminario, organizzato a Brussels, durante il quale sono state presentate le Linee Guida a esperti e professionisti di varie nazionalità per raccogliere, tramite momenti di discussione, le loro impressioni generali sul progetto e sui materiali sviluppati.

Successivamente sono stati organizzati altri cinque seminari in altrettanti paesi europei con regimi di welfare differenti:

- Finlandia¹, in rappresentanza del modello nordico
- Estonia, in rappresentanza del modello post-socialista
- Slovenia, in rappresentanza del modello Est-Europeo
- Spagna, in rappresentanza del modello del Sud Europeo
- Olanda, in rappresentanza del modello continentale

Ogni evento è stato suddiviso in due parti: un primo momento di presentazione delle Linee Guida e un secondo momento di discussione con i partecipanti per raccogliere le loro

¹ Al seminario in Finlandia hanno partecipato anche dei rappresentanti dell'Irlanda (modello Anglo-sassone) e della Romania (modello dell'Est Europa).

impressioni sulle Linee Guida e su quali sarebbero, secondo loro, gli aspetti utilizzabili/trasferibili o non rilevanti per il loro paese.

In appendice vengono riportati i dettagli di ogni evento, mentre nella sezione successiva verranno esposti i principali punti emersi durante le discussioni con i partecipanti e quelli che possono essere considerati gli elementi potenzialmente trasferibili e utilizzabili a più ampio livello europeo.

Temi comuni a livello europeo

- L'integrazione socio-sanitaria è un **tema ormai affrontato in tutta Europa** e quasi ovunque nelle agende politiche, anche se ci sono ovviamente modi e modelli diversi per implementare concretamente l'integrazione.
- L'uso delle TIC è ampiamente considerato un mezzo di supporto all'integrazione dei servizi sociali e sanitari ma: (1) bisogna essere consapevoli del fatto che un alto livello di **utilizzo delle TIC** rischia di discriminare le persone anziane che potrebbero non avere familiarità con la tecnologia e (2) attualmente è presente un problema relativo alla legge sulla protezione dei dati personali che può rendere difficoltoso lo scambio di informazioni tra diversi professionisti.
- Il **ruolo dei medici di base e/o degli infermieri/e di comunità** è considerato ovunque centrale per il successo dell'integrazione tra i servizi sociali e sanitari. Tuttavia, l'integrazione è attuata in modo molto diverso in relazione al modello di erogazione dei servizi (ad esempio, se nel Paese c'è un accesso gratuito ai medici di famiglia, se il medico è assunto dal servizio sanitario nazionale o è un libero professionista, etc.).
- La maggior parte dei partecipanti ha affermato **che è ancora difficile ottenere un dialogo produttivo e un'effettiva cooperazione tra i professionisti delle aree sociali e sanitarie**. Lo sviluppo di nuovi curricula e di formazione comune, finalizzata a migliorare l'integrazione delle abilità e delle conoscenze, sono stati considerati importanti in tutti i paesi e in alcuni casi sono già presenti nell'agenda politica.
- Il focus che le linee guida di AIDA pongono sui **caregiver familiari** è stato apprezzato in tutti i paesi e visto come un aspetto innovativo, specialmente in quegli stati che utilizzano un modello fortemente basato sull'erogazione di servizi di cura formale e che

attualmente si trovano costretti dalle riduzioni di budget a riorientarsi maggiormente verso la cura familiare.

- L'indirizzo politico è molto importante ed è necessaria una **programmazione congiunta**. Idealmente, l'assistenza sociale e quella sanitaria dovrebbero essere sotto la stessa responsabilità politica (ad esempio sotto lo stesso Ministero) per facilitare il processo di integrazione. Dall'altro lato, in tutti gli stati coinvolti, le risorse finanziarie sono ancora separate nei due settori sociali e sanitari (e in alcuni casi anche all'interno del settore dell'assistenza sociale dove l'assistenza personale e il welfare sono sotto diversi budget e responsabilità), ciò crea chiaramente delle barriere all'integrazione.
- In Europa e all'interno di ogni paese europeo è presente un'ampia varietà di contesti differenti da un punto di vista geografico, organizzativo, culturale e demografico. E' quindi essenziale assicurare un certo grado di **flessibilità nell'applicazione delle linee guida** e dei modelli di integrazione sociale e sanitaria. Le persone anziane che vivono nelle aree rurali sembrano essere ovunque una sfida per l'implementazione dell'integrazione dei servizi: dovrebbe essere sviluppata una strategia per rispondere ai bisogni di questo particolare target, che combini efficacia negli interventi e sostenibilità economica.

Conclusioni

Le persone stanno invecchiando allo stesso modo in tutta Europa: longevità, compressione della morbilità, gli stessi problemi in ogni Paese ma con pratiche e regolamentazioni diverse. L'invecchiamento della popolazione combinato con i tagli dovuti alla crisi economica sta facendo nascere ovunque il problema di come combinare efficacia nella cura e sostenibilità. Ciò si presenta come una sfida in modo particolare nel passaggio dall'erogazione di servizi di cura formali a quelli informali. Le linee guida AIDA sono state considerate in tutti i paesi come rilevanti, utili e – almeno in parte – trasferibili ad altri contesti europei.

Appendice

Seminario europeo – Brussels (BE) – 15 ottobre 2013

Come anticipato nell'introduzione, l'incontro di Brussels si poneva l'obiettivo di illustrare le Linee Guida a un gruppo di 14 stakeholder appartenenti al network di Eurocarers e rappresentanti otto diversi paesi europei.

Il seminario, sul modello di quello precedente, è stato suddiviso in due parti: un primo momento di presentazione dei risultati del progetto (scaricabile da <http://tinyurl.com/aidaEUseminar>) e un secondo momento di discussione con i partecipanti guidata dalla domanda: *Ora che vi sono stati presentati i risultati del progetto e i fattori chiave identificati in Italia per supportare l'integrazione socio-sanitaria, pensate che questi elementi possano essere utilizzati anche nei vostri paesi? Pensando al vostro contesto, quali modifiche (aggiunte o cambiamenti) fareste?*

Vengono di seguito esposti i principali elementi emersi durante la discussione.

- L'integrazione socio-sanitaria non è una questione di semplice risoluzione. Anche quando, come in Finlandia, esiste un "Ministero degli affari sociali e sanitari" sono presenti significativi problemi di integrazione. I due settori (sociale e sanitario) per esempio, **mantengono separati i loro budget** rendendo maggiormente complessa la progettazione di una strategia di lavoro integrata (Marja Tuomi).
- Relativamente all'Irlanda, viene confermata l'importanza della **corrispondenza delle aree geografiche di competenza per l'erogazione dei servizi**. Nell'attuale contesto irlandese infatti, capita che gli utenti facciano riferimento ad un'area territoriale per i servizi sanitari e ad un'altra per quelli sociali. Questo è vero ad esempio per quanto riguarda servizi di medicina generale e i servizi di salute mentale che sono stati organizzati sulla base di esigenze politiche più che sulle necessità e gli interessi degli utenti finali. Un ulteriore esempio riportato dai partecipanti irlandesi riguarda la carenza di risorse. Per razionalizzare l'adattamento delle case alle esigenze degli individui con disabilità è stato concordato tra servizi sociali e servizi sanitari che, prima di eventuali lavori di modifica dell'ambiente domestico, un terapeuta occupazionale si sarebbe occupato di effettuare una valutazione dei bisogni effettivi. L'iniziativa sembrava molto razionale in teoria ma nella pratica è accaduto che – non essendoci abbastanza terapisti

occupazionali che potessero svolgere questo incarico – le liste di attesa si allungassero moltissimo, anche per interventi molto semplici, tanto che è persino accaduto che le persone che avevano richiesto il servizio morissero prima che venisse fatta la valutazione del terapeuta. Questo ha molto a che fare con il dare la responsabilità ai professionisti vs. il riconoscere che talvolta gli utenti hanno sufficienti conoscenze ed esperienze per assumere delle decisioni in autonomia. Si sottolinea quindi la necessità di dare flessibilità al sistema in modo che vengano sempre considerati i bisogni reali degli utenti. (Frank Goodwin)

- Anche gli altri partner si sono dichiarati in accordo con la necessità di avere un **sistema flessibile**. Le équipes multidisciplinari possono rispondere efficacemente in casi complessi mentre bisognerebbe semplificare l'approccio ai casi più semplici per evitare la creazione di lunghe liste di attesa e i ritardi nel rispondere ai bisogni degli utenti.
- La situazione dei Paesi Bassi vede i servizi sociali e quelli sanitari lavorare separatamente senza nessun piano a breve termine per integrarli. I Paesi Bassi hanno un sistema a doppio livello: tutti i servizi di cure primarie (ad esempio i medici di famiglia, gli ospedali e le cliniche) sono finanziati da un'assicurazione privata obbligatoria, mentre l'assistenza ad anziani, malati terminali, malati psichiatrici, etc. è coperta da un'assicurazione sociale finanziata con i fondi provenienti dalle tasse. L'assicurazione privata non è in relazione con i servizi sociali o sanitari locali o nazionali. In questo contesto la responsabilità ricade sugli utenti che devono trovare autonomamente le soluzioni per integrare effettivamente i due aspetti, sociale e sanitario. I partecipanti dei Paesi Bassi hanno inoltre illustrato una buona pratica olandese di integrazione socio-sanitaria realizzata, a livello micro, in diversi quartieri da organizzazioni di caregiver professionali ed informali che lavorano insieme agli operatori sociali. Questa esperienza può essere considerata una buona pratica di integrazione socio-sanitaria ma può creare confusione negli utenti poiché porta allo sviluppo di servizi diversi in base alla comunità in cui si vive. [Maggiori informazioni su questa esperienza sono riportate nel verbale del seminario tenutosi in Olanda – si veda oltre].



Seminario in Finlandia – Helsinki – 27 gennaio 2014

Il seminario in Finlandia è stato organizzato il giorno precedente un seminario europeo sull'abuso agli anziani, potendo in questo modo approfittare anche della presenza di ONG attive nel campo dell'invecchiamento, provenienti da Irlanda e Romania, ampliando così la portata dell'evento. I rappresentanti finlandesi erano prevalentemente provenienti da ONG che operano nel settore degli anziani e da rappresentanti di servizi sociali e sanitari di Comuni.

Il seminario, sul modello dei precedenti, è stato suddiviso in due parti: un primo momento di presentazione dei risultati del progetto e un secondo momento di discussione con i partecipanti guidata dalla domanda: *Ora che vi sono stati presentati i risultati del progetto e i fattori chiave identificati in Italia per supportare l'integrazione socio-sanitaria, pensate che questi elementi possano essere utilizzati anche nei vostri paesi? Pensando al vostro contesto, quali modifiche (aggiunte o cambiamenti) fareste?*

Vengono di seguito esposti i principali elementi emersi durante la discussione.

I primi commenti sono pervenuti dai partecipanti **Finlandesi**, che hanno sottolineato:

- I problemi esistenti nelle **relazioni tra professionisti di area sociale e sanitaria**. Il numero dei medici, specialmente quello dei geriatri, è considerato insufficiente ed è difficile avere la possibilità di parlare con loro. E' stata sottolineata la necessità di una formazione comune tra i professionisti sociali e sanitari, nonostante il fatto che le strutture sanitarie, secondo i partecipanti, attualmente siano più consapevoli delle sfide che devono affrontare le persone affette da demenza senile e abbiano predisposto un percorso di formazione specifica per gli infermieri/e che si prendono cura di questi pazienti, includendo nel curriculum anche dei temi sociali.
- Un altro aspetto problematico sottolineato dai partecipanti finlandesi è la **forte medicalizzazione dell'assistenza agli anziani**, spesso ci si dimentica che gli anziani fanno parte di una famiglia e che bisogna considerare anche le possibili problematiche sociali. Il sostegno fornito agli anziani è indirizzato prevalentemente al miglioramento delle condizioni sanitarie relative a disturbi o malattie. Secondo i partecipanti, in Finlandia sono presenti pochi assistenti sociali con specializzazione gerontologica e non si possiedono competenze sufficienti per lavorare con gli anziani. Il passaggio

dall'assistenza più di tipo sociale ad una principalmente di tipo sanitario è fatto ricadere nella mancanza di fondi. Negli anni '80 era disponibile un servizio domiciliare tramite il quale le infermiere aiutavano anche nelle pulizie domestiche, nel fare la spesa insieme ai pazienti, etc. L'infermiere/a stava con il paziente almeno un'ora e aveva il tempo sufficiente per concentrarsi sulla qualità della vita dell'anziano. Attualmente, invece, i servizi infermieristici sono servizi di base in cui ogni infermiere vede dalle 5 alle 8 persone al giorno e fino a 15 persone durante i turni notturni. Durante il fine settimana vengono svolte solo le attività maggiormente necessarie e gli infermieri/e possono lavorare anche con 20 persone in un giorno. Diversamente dagli anni '80, oggi la maggior parte delle persone usufruisce dell'assistenza domiciliare unicamente per la somministrazione dei farmaci.



- Come buona pratica è stata riportata l'esperienza finlandese di integrazione tra assistenza domiciliare e residenze assistenziali/ospedali che attualmente sono governate da un **unico assessorato** (servizi sociali e sanitari insieme). Inizialmente i medici si erano dichiarati contrari a questa unione in quanto preferivano dipendere dal servizio sanitario ma ad oggi la soluzione sembra funzionare in modo ottimale.
- Per quanto riguarda il tema della **governance** dei servizi, i comuni finlandesi li acquistano anche da enti privati ma la valutazione del bisogno viene sempre effettuata dai comuni in un'ottica di ascolto attento degli utenti e delle famiglie che hanno un certo margine di scelta rispetto ai servizi disponibili.

I commenti successivi provengono dai partecipanti **Irlandesi**:

- In Irlanda **l'assistenza sociale è gestita dal dipartimento della sanità** ma non è molto sviluppata. I cittadini hanno diritto all'assistenza sanitaria ma non a quella sociale. In seguito alla recente crisi economica se non si è già inseriti nel sistema è attualmente difficile ottenere l'assistenza domiciliare, la quale viene fornita di fatto solo in caso di dimissioni ospedaliere. Similmente al contesto finlandese, in Irlanda ogni area sanitaria locale ha attualmente quattro fornitori di servizi accreditati. Gli utenti hanno accesso alla

lista dei fornitori della loro area e possono così esprimere la preferenza per uno di questi, se disponibile. Per quanto riguarda invece le strutture residenziali, i partecipanti hanno sottolineato che solitamente i medici non sono presenti tra il personale assunto da queste strutture.

- In Irlanda un ruolo importante nell'erogazione dei servizi è giocato dalle ONG supportate finanziariamente dallo Stato. Infatti i **Comuni non forniscono direttamente alcuni servizi**, quindi non hanno controllo su di essi e non li monitorano.
- **I medici di famiglia in Irlanda sono principalmente professionisti privati** e non forniscono gratuitamente le loro prestazioni. La maggior parte di essi però eroga servizi di base per conto del servizio sanitario nazionale alle persone in possesso di Carte Mediche (basso reddito o con più di 70 anni di età). Un altro problema sottolineato relativamente ai medici di famiglia è che le persone non possono mettersi in contatto con loro dopo le ore 17,00 dovendo quindi, in caso di bisogno, andare direttamente al pronto soccorso.

Infine, per quanto riguarda la **Romania**:

- le attività di cura agli anziani sono tradizionalmente una responsabilità della famiglia.
- I servizi sociali sono incaricati dai consigli comunali e per questo motivo possono variare molto in base all'area di riferimento. L'assistenza domiciliare e i servizi di assistenza diurna sono presenti, ma in numero molto ridotto e quasi esclusivamente nelle grandi città. Vi sono problemi **particolarmente per gli anziani che vivono nelle aree rurali**.
- Lo Stato fornisce a tutti i cittadini un livello minimo di assistenza sanitaria. Per le persone prive di copertura assicurativa (ad esempio perché disoccupate) ciò significa però potere ottenere solo le cure primarie in caso di emergenza e tre giorni di ricovero ospedaliero. In aggiunta, ci sono sussidi per i farmaci riservati ad alcune classi di utenti, ad esempio i farmaci per gli individui che soffrono di demenza senile sono completamente gratuiti, ma solo quelli più economici. Dall'altro lato esistono molti enti privati che forniscono servizi medici e assistenziali.
- Per quanto riguarda i **professionisti**, in Romania, sono presenti pochi geriatri e vi sono pochi ospedali/cliniche specializzati sull'utenza anziana. Viene sollevato inoltre il problema della carenza di operatori sociali negli ospedali e della **mancanza di cooperazione tra i servizi sociali e quelli sanitari**. Di fatto, se il paziente, o chi si prende

cura di lui, si mette autonomamente in contatto con i servizi sociali per chiedere un aiuto potrà ottenerlo ma in forma molto ridotta. Ad esempio, i medici che lavorano negli ospedali non informano i pazienti circa i loro diritti e i servizi di cui potrebbero usufruire e l'attivazione dei servizi sociali non è una loro responsabilità. Molti pazienti non richiedono i servizi perché non sono a conoscenza della loro esistenza.

- **I professionisti di area sociale non sono coinvolti nella valutazione dei bisogni.**

Seminario in Estonia – Tallin – 31 gennaio 2014

Al seminario in Estonia hanno partecipato **23 persone**, in rappresentanza di organizzazioni di caregiver, ONG, amministrazioni locali, università ed enti di formazione, erogatori di servizi.

Il seminario, sul modello dei precedenti, è stato suddiviso in due parti: un primo momento di presentazione dei risultati del progetto e un secondo momento di discussione con i partecipanti guidata dalla domanda: *Ora che vi sono stati presentati i risultati del progetto e i fattori chiave identificati in Italia per supportare l'integrazione socio-sanitaria, pensate che questi elementi possano essere utilizzati anche nel vostro Paese? Pensando al vostro contesto, quali modifiche (aggiunte o cambiamenti) fareste?*

Vengono di seguito presentati i principali temi emersi dalla discussione con i partecipanti estoni.

- Per quanto riguarda la questione dei finanziamenti, un problema percepito come particolarmente significativo, è **il diverso modo di finanziare i servizi sociali e quelli sanitari**. I servizi sociali sono responsabilità dei Comuni i quali, nella maggior parte dei casi, non possiedono fondi sufficienti per garantire il numero adeguato dei servizi e un livello minimo di qualità.
- Quando un individuo viene dimesso dall'ospedale la responsabilità passa dal settore sanitario ai Comuni che, non solo non possiedono fondi a sufficienza ma, nella maggior parte dei casi, non hanno le competenze sufficienti per prendersi cura dell'individuo. Inoltre, come per altri paesi, **in Estonia i servizi sociali e quelli sanitari non dialogano tra loro**.
- Per quanto riguarda i professionisti, il numero dei medici di base è insufficiente per la popolazione e si tende a riunirli nelle stesse strutture portando a grandi differenze nella reperibilità dei dottori tra le diverse aree del paese. Gli abitanti delle **zone rurali** possono arrivare a dovere viaggiare anche per 80 Km per potere essere visitati da un medico.



- Differentemente da quanto avviene in Italia, **i medici di famiglia possono essere raramente considerati come un pilastro dell'integrazione socio-sanitaria** in quanto lavorano principalmente come liberi professionisti con prestazioni a pagamento e un approccio "imprenditoriale" orientato al profitto. Inoltre, non dipendendo dal pubblico, è difficile coinvolgerli in processi integrati.
- Attualmente una priorità in ambito sanitario in Estonia è il tema dell'**e-health** (sanità elettronica), largamente utilizzata anche come mezzo per monitorare i medici e i pazienti (ad esempio può essere seguita una prescrizione fatta dai medici per controllare se il paziente ha acquistato i medicinali prescritti). Dall'altro lato però l'utilizzo della tecnologia in ambito socio-sanitario può essere visto come una forma di discriminazione per quelle persone che per età, istruzione o altre ragioni, sono vittime del *digital divide*.
- In riferimento alla **formazione dei professionisti in ambito sociale e sanitario**, cinque anni fa è stato creato un nuovo profilo di formazione professionale che integra competenze sanitarie e competenze sociali di base. Attualmente questo profilo professionale non si rivolge in modo particolare all'utenza anziana ma è già stata pianificata l'introduzione di questa specializzazione. D'altra parte, per quanto riguarda i profili più elevati, attualmente non sono disponibili percorsi formativi di integrazione delle competenze socio-sanitaria, anche se sarebbero però considerati molto utili.

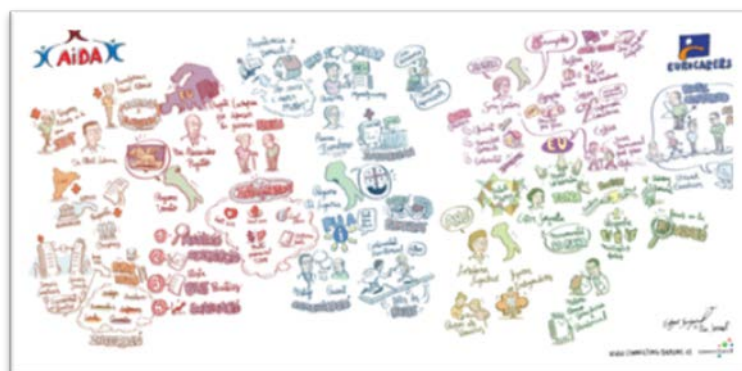
Seminario in Spagna – Barcellona – 20 febbraio 2014

Il seminario di Barcellona si è tenuto nell’Auditorium dell’Assessorato alla Sanità del Governo della Catalogna, in collaborazione con l’Assessorato stesso. Il seminario è stato introdotto da Toni Dedeu, Senior International Officer del Dipartimento alla Sanità e presieduto dal Dr. Albert Ledesma, Direttore dei servizi di prevenzione e cura per la cronicità.

Sono intervenuti: Alessandro Pigatto, Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale - Aulss 16 Padova e Responsabile del Coordinamento dei Direttori dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale della Regione del Veneto.; Anna Banchemo, Responsabile del coordinamento tecnico delle politiche sociali della Regione Liguria; Frank Goodwin, Presidente di of Eurocarers; Sara Santini di INRCA; Loredana Ligabue di Anziani e Non Solo società Cooperativa e Ester Sarquella, Direttore dei Servizi Sociali e di Cittadinanza dell’Area di La Plana.

Al seminario hanno partecipato 48 persone, in prevalenza rappresentanti di servizi sociali e sanitari, assistenti sociali e operatori delle cure primarie.

Nota: durante il seminario la società Connecting Brains (www.connectingbrains.es) ha realizzato una sintesi visuale dell’evento, molto apprezzata. Al termine tutti hanno potuto veder rappresentati in immagini i contenuti discussi durante il seminario.



1- Sommario visuale realizzato da Connecting Brains

E' anche disponibile un video della giornata all'indirizzo:

<https://www.youtube.com/watch?v=8Pho2dSnUBY&feature=youtu.be>

Successivamente alla presentazione dei risultati del progetto e di un esempio della Catalogna (Comune di Tona) sull'integrazione dei servizi sociali e sanitari a livello locale (scaricabile da <http://tinyurl.com/sarquella>) è stata aperta la discussione.

Inizialmente il Dr. Pigatto della Regione Veneto ha fornito ulteriori informazioni in risposta a una domanda di Joan Carles Contel (Prevenzione della Cronicità e Programmi Assistenziali presso il Direttorio Generale delle Programmazione e della Ricerca del Governo Catalano) il quale ha chiesto che venisse spiegato in modo più approfondito come è stato implementato il processo di integrazione nelle diverse regioni italiane. Il Dott. Pigatto ha spiegato che in Italia sono presenti diversi modelli e anche all'interno della Regione Veneto si possono distinguere differenti livelli di implementazione dell'integrazione (almeno 4/5 diversi modelli su 21 distretti in Regione). Per esempio, per quanto riguarda la cartella elettronica, una legge Regionale sancisce che ogni distretto deve svilupparne una ma è lasciata ai singoli distretti la scelta di quanto denaro investire, creandosi così diversi livelli di implementazione. Lo stesso per quanto riguarda la tele-medicina. Uno degli usi previsti per la cartella elettronica è raccogliere informazioni utili per monitorare l'efficacia dei servizi erogati e questo dovrebbe includere la soddisfazione degli utenti ma anche il consenso politico e istituzionale.

Ci sono modelli fortemente integrati ed altri no. I principali ostacoli all'implementazione identificati sono: (1) la legge sulla protezione dei dati personali che è molto rigorosa e (2) il bisogno di negoziare ogni cosa con i medici di famiglia perché sono liberi professionisti e non dipendenti della pubblica amministrazione.

Il Dott. Albert Alonso, MD, PHD, Vice-presidente IFIC, Direzione dell'Innovazione della Clinica Ospedaliera di Barcellona, ha commentato e convenuto che l'integrazione sociale e sanitaria è una questione complessa. Ha apprezzato le buone pratiche europee dal punto di vista dell'analisi qualitativa che fornisce realmente elementi di trasferibilità nonostante pensi che ci sia sempre un certo grado di debolezza nelle evidenze degli approcci qualitativi e quantitativi che comporta la necessità di muoversi di più dai processi verso i risultati.

Più in generale, come già affermato dal Dott. Albert Alonso, le persone che partecipano al seminario pensano che il progetto e i suoi risultati (le Linee guida) sarebbero potuti essere più ambiziosi; ad esempio considerando **il livello di integrazione desiderabile**. Inoltre, si sottolinea il fatto che **l'integrazione sociale e sanitaria dovrebbe essere implementata sempre**

mettendo in conto un certo grado di flessibilità e contestualizzazione in quanto non è possibile trovare soluzioni che vadano bene per i diversi contesti e le diverse situazioni.

Il Dott. Toni Dedeu, Responsabile Internazionale Senior presso il settore Relazioni e Cooperazione Internazionali, del Dipartimento della Sanità della Catalogna, ha commentato il fatto che **l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari** (la sinergia tra queste due culture) **è un problema sollevato in diversi paesi europei per cui però esistono ancora poche soluzioni.**

Riguardo all'importanza della **tecnologia**, lo scambio di informazioni è considerato l'aspetto più semplice da implementare ed è già una realtà in diversi contesti. E' vero che esiste il problema della riservatezza dei dati ma l'UE se ne sta già occupando. Infatti, il Dott. Toni Dedeu ha informato i partecipanti che è stata preparata una direttiva europea (che dovrebbe essere pronta in un paio di anni) che regolerà questo tema. Sarà obbligatoria e omogenea in tutta l'Europa. Questo contribuirà a consentire di effettuare delle validazioni più rigorose e degli studi più omogenei.

Il Dott. Albert Ledesma, Direttore di Programma della Prevenzione e Assistenza per i malati cronici, ha spiegato che la Catalogna sta lavorando a un nuovo programma in cui **"il cambiamento culturale"** tra i due pilastri (sociale e sanitario) **è uno dei temi principali unito a come gestire i flussi di finanziamento da un pilastro all'altro.** Hanno iniziato a lavorare dal basso imparando prima di tutto come condividere conoscenze ed esperienze insieme alla partecipazione delle persone.

Seminario in Slovenia – Ljubjana – 27 febbraio 2014

Il seminario in Slovenia ha visto la partecipazione di rappresentanti dal Ministero della Salute e dal Ministero del Welfare, del Comune di Ljubjana, ONG e fornitori di servizi.

Dopo la presentazione delle Linee Guida AIDA, il programma ha previsto due interventi dei Ministeri, a cui è stato chiesto di esprimere il loro punto di vista sulle sfide per l'integrazione sociale e sanitaria. Al termine si è tenuto un momento di discussione con i partecipanti.

Mojca Gobec, Medico, Direttore del Dipartimento della Salute Pubblica presso il Ministero della Salute, ha spiegato che in Slovenia la salute e il Welfare sono attualmente due Ministeri separati con politiche separate. Nonostante ciò hanno alcune raccomandazioni e documenti comuni perché vi è una chiara necessità di affrontare questo tema e anche da parte dell'UE c'è la chiara indicazione che la Slovenia dovrebbe affrontare in modo più integrato questo tema. Infatti, da parecchi anni la **Slovenia sta discutendo su**



una proposta di legge riguardante l'integrazione dell'assistenza domiciliare ma questa legge non è stata approvata dal parlamento per mancanza di fondi. Dall'altro lato, negli ultimi anni, hanno dato spazio a sperimentazioni pilota di modi innovativi per l'integrazione come priorità nell'uso dei **fondi strutturali dell'UE** e in questo caso, la programmazione è stata fatta congiuntamente al Ministro degli Affari Sociali.

La sfida principale che si presenta oggi è dovuta al fatto che l'assistenza sociale e sanitaria in Slovenia è un sistema tradizionalmente molto centralizzato, sebbene i Comuni ne siano formalmente i responsabili. Quindi, anche se vi è la necessità di unire questi due servizi a livello locale e sebbene ci siano esempi di buone pratiche, questi non sono coerenti e sistematici e non possono essere presi come standard. Il governo teme che **i comuni più piccoli non abbiano ancora sufficienti capacità per implementare questo processo** anche se in realtà c'è la netta sensazione che i professionisti che lavorano nei servizi di prima linea (come gli infermieri/e di comunità) si rendano ben conto che è necessario un lavoro integrato con i servizi sociali e che, a livello individuale, trovino già dei modi per implementarlo.

In merito al tema della continuità dell'assistenza, affermano che è bene organizzata per quanto riguarda le dimissioni ospedaliere. I servizi sociali sono parte dei servizi ospedalieri così che quando una persona viene dimessa possono intervenire subito. Inoltre la Slovenia, comparata con altri paesi Europei, vede una forte istituzionalizzazione (attualmente ci sono più di 60.000 persone nelle strutture, 18.000 nei servizi comunitari e 20.000 in diverse forme di aiuto informale). In Slovenia dispongono di diversi servizi come unità di cura a lungo termine, ospedali e case di cura che ricevono i pazienti dopo le dimissioni, **in cui si ha un buon livello di integrazione tra servizi di assistenza sociale e sanitaria**. I pazienti hanno anche la possibilità di ricevere assistenza a domicilio ma in questo caso l'integrazione si mostra più problematica in quanto riceverebbero i trattamenti sanitari da un'infermiere/a (pagato/a dall'assicurazione sanitaria) e l'assistenza personale dai Comuni, incontrando così due professionisti che dipendono da organizzazioni diverse.

I **curricula** professionali sono **fortemente orientati in senso sanitario o sociale**. A livello pratico i professionisti lavorano in modo integrato ma non hanno ricevuto una formazione in questo senso. Sia in ambito sociale che sanitario è percepito il bisogno di sviluppare **nuovi curricula** che includano competenze per l'assistenza a lungo termine (ad esempio che



combinino conoscenze di infermieristica, comunicazione e abilità sociali). Confrontando il personale con quello degli altri paesi europei, non si sente ancora la carenza di personale qualificato nel settore dell'assistenza anche se ci si aspetta che questo problema si presenterà in futuro.

Il secondo relatore è stato **Davor Dominkuš**, Direttore del Dipartimento degli Affari Sociali presso il Ministero delle Lavoro e delle Politiche Sociali, che ha inizialmente sottolineato che l'attuale organizzazione politica dei servizi in Slovenia prevede **un livello statale e uno locale senza alcun livello intermedio**.

Le comunità locali sono molto piccole in Slovenia, con poche centinaia di abitanti, e non hanno la capacità di svolgere gli incarichi che dovrebbero avere. Inoltre, a livello locale, sarebbe molto difficile integrare i diversi servizi perché non è presente abbastanza personale e non sufficientemente formato per organizzare e gestire questa collaborazione. Dal punto di vista del Ministero, quindi, sono stati presi numerosi accordi a livello statale ma a livello pratico non si è

avuta la possibilità di attuarli. Sono inoltre presenti grosse differenze all'interno del paese. Politicamente hanno pensato a lungo alla possibilità di integrare un livello intermedio, quello regionale, ma si sta ancora discutendo sulle responsabilità, i finanziamenti, etc. Il Dr. Dominkuš ha messo in relazione la situazione attuale con la storia del paese, spiegando che quando la Slovenia ha ottenuto l'indipendenza c'è stata una grande discussione su come organizzare il sistema di protezione sociale. Avrebbero voluto dare maggiori responsabilità a livello locale ma erano preoccupati del fatto che le comunità locali non fossero in grado di affrontare questo compito. Così si è optato per centralizzare le responsabilità e trasferirle in un momento successivo a livello decentralizzato ma ciò non è ancora successo.

Successivamente ha sottolineato la sfida creata dal sistema di finanziamento. I servizi del sistema sanitario sono sostenuti dall'Istituto Nazionale di assistenza sanitaria e le persone pagano un contributo tramite un'assicurazione obbligatoria. Dall'altro lato, i servizi sociali sono finanziati dalle tasse a livello statale o locale. **E' particolarmente difficile combinare il finanziamento di questi due sistemi**, specialmente nel caso di assistenza a lungo termine. Questa diversità finanziaria crea delle difficoltà nell'integrare l'erogazione dei servizi perché risulta difficile programmarla e coordinarla.

Sono consapevoli dell'importanza della cooperazione e del fatto che non dovrebbero lavorare separatamente ma manca il sistema che consentirebbe questa collaborazione. Hanno anche bisogno di strutture formali per coordinare il sistema per potere collaborare in modo ottimale. Comunque è presente in modo forte la consapevolezza dell'importanza di lavorare insieme e stanno cercando di realizzare questa collaborazione con progetti concreti.

Per concludere, il Dr. Dominkuš si è dichiarato in accordo con l'idea che per integrare i servizi è **necessario modificare il sistema educativo e formare i caregiver informali su entrambi gli ambiti** (sociale e sanitario).

Successivamente è stata lasciata la parola ai partecipanti al seminario i quali hanno espresso principalmente i seguenti punti: (1) il bisogno di **potenziare i caregiver informali**, cosa che dovrebbe essere considerata un investimento che ritornerà in termini di capacità e contributo ad un'assistenza efficace; (2) il ruolo importante che hanno le **TIC** nel supportare l'assistenza a lungo termine.

Seminario in Olanda – Den Bosch – 6 marzo 2014

Il seminario in Olanda è stato significativamente diverso dai precedenti in quanto centrato su una specifica esperienza, il Gruppo di Distretto del Comune di Den Bosch (Wijkteam Helftheuvel). I partecipanti al seminario sono stati i professionisti che operano in questo servizio insieme a tre esperti del Knowledge Center Movisie.

Dopo la presentazione delle linee guida di AIDA, i partecipanti di Movisie hanno brevemente spiegato che **il tema dell'integrazione sociale e sanitaria è attualmente nell'agenda politica in Olanda**. Ad esempio, è stata istituita una commissione per revisionare tutti i curricula formativi in ambito sociale e sanitario con l'intento di rafforzare le competenze di integrazione ed è stata avviata una discussione sull'integrazione sociale e sanitaria per i caregiver familiari in cui è messa in discussione la predominanza dell'aspetto sanitario nella cura.

Successivamente è stata presentata l'attività del Gruppo di Distretto. Iniziato a Maggio 2013, è un gruppo di professionisti di diversa provenienza (assistenza sociale, assistenza sanitaria, sviluppo di comunità...) pagati dal comune, che lavorano nei quartieri con due obiettivi principali: a) aiutare gli individui vulnerabili su diversi temi (sociale, sanitario, finanziario, ...) e b) coinvolgere e metter in rete la comunità locale. Il gruppo, composto da 10 professionisti, interviene su un'area di circa 20.000 abitanti e, pur cooperando insieme, ogni professionista è responsabile di un'area ben definita di circa 1.000 abitanti in modo da creare relazioni di fiducia con i cittadini. L'approccio di intervento è principalmente quello del coaching e della responsabilizzazione degli utenti, insieme alla ricerca della soluzione più "vicina" e conveniente. L'assistenza specialistica è attivata solo se davvero necessaria mentre solitamente si cerca di "normalizzare" la situazione il più possibile.



Il Gruppo di Distretto è stato considerato interessante per AIDA perché può essere preso come un esempio concreto di implementazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello di comunità.

Innanzitutto **il gruppo è composto da professionisti di diverse discipline** (un'infermiera di comunità, un operatore sociale, professionisti con esperienza in malattie mentali e disabilità, ...) che lavorano insieme condividendo e integrando le loro abilità. Ogni settimana si tiene un incontro di gruppo durante il quale vengono presentati e discussi i nuovi casi ma ogni lavoratore, nonostante responsabile di un'area specifica, può rivolgersi ad altri quando ritiene sia necessario rivolgersi a qualcuno più specializzato. Il gruppo descrive il lavoro comune come un valore aggiunto e dichiara che non si sono mai create situazioni critiche. E' interessante dire che non hanno mai partecipato ad una formazione comune prima di iniziare il programma e che il loro approccio è stato sostanzialmente un "imparare facendo insieme" dato che inizialmente hanno seguito ogni caso in coppia (un operatore sociale e uno sanitario) per "imparare a vedere con gli occhi dell'altro".

Il servizio fa inoltre uso di uno **strumento di valutazione multidimensionale**, una matrice di 11 "ambiti della vita". E' importante sottolineare che questo è uno strumento di autovalutazione utilizzato dagli utenti con il supporto dei professionisti, non è quindi uno strumento di valutazione professionale. Questo perché, come anticipato, si è inteso responsabilizzare gli utenti che faranno il loro proprio Piano di Assistenza Individuale. Il Piano è quindi abbozzato dall'utente (o, talvolta, da un membro della famiglia) e condiviso con il professionista (e non il contrario) che assume il ruolo di gestione di caso sostenendo l'utente nell'implementazione del Piano.

Per fare questo viene innanzitutto cercata una soluzione nella rete familiare e nella comunità, cercando di incentivare il supporto informale secondo il principio che non si tratta proprio di volontariato ma di una situazione in cui "ognuno si prende cura degli altri" nel vicinato. I volontari in questo caso possono aiutare a risolvere bisogni di base come fornire assistenza di sollievo, aiutare nelle faccende di casa, nel fare la spesa, prendersi cura del giardino, ma anche tradurre per gli immigrati con scarse capacità linguistiche.

Se la soluzione non può essere trovata nella comunità allora vengono attivati i servizi professionali ma un membro del team rimane comunque in contatto con la famiglia, assumendo il ruolo di gestione di caso e mediatore.

Dall'altro lato, **ricevono segnalazioni dagli ambiti sanitari e sociali, ad esempio dai medici di base, e in caso di dimissioni ospedaliere attivano i servizi necessari**. Nel caso che siano coinvolti altri professionisti, si assicurano che lo **scambio di informazioni** avvenga in modo che

la persona non debba essere rivalutata (nonostante questo sia un problema per alcuni professionisti). Possono agire in questo modo perché quando prendono in carico un caso chiedono all'utente il permesso di condividere con altri operatori le informazioni che lo riguardano.

Per quanto riguarda l'uso delle **TIC**, lavorano con gli utenti usando i tablet. L'autovalutazione, ad esempio, viene fatta online utilizzando questo strumento che è considerato molto più *user-friendly* e personale rispetto a un computer in quando il lavoratore non deve sedersi dietro uno schermo e può essere utilizzato anche da persone con scarse competenze tecnologiche.

E' stato pianificato di usare in futuro le TIC anche per raccogliere e condividere informazioni e per creare un database di "bisogni/risorse" ma questo processo è ancora in fase di sviluppo.

Gruppi come questo esistono in tutto il paese e, anche se non è obbligatorio per i Comuni attivarli, il governo centrale li "suggerisce fortemente". L'innovazione e il punto di forza del gruppo di Den Bosch è la divisione delle responsabilità dei professionisti in base alle aree geografiche. Secondo loro questo fa la differenza quando si esce per strada e si viene riconosciuti dai cittadini (indossano anche una divisa), rendendo più semplice raccogliere informazioni e monitorare le condizioni degli utenti. In 8 mesi il gruppo di Den Bosch ha lavorato su circa 300 casi e, nonostante il servizio sia troppo recente per poterne misurare l'impatto, i risultati sono considerati molto promettenti.

In conclusione il gruppo ha discusso sul tema della **gestione integrata dei fondi** per l'assistenza sociale e sanitaria citata nelle linee guida come un punto chiave per un'integrazione di successo. Attualmente l'Olanda sta andando nella direzione opposta. Da gennaio 2015 le competenze e i finanziamenti per l'assistenza saranno distribuiti tra tre attori principali: l'assicurazione sanitaria, un'assicurazione che coprirà l'assistenza personale e i Comuni che avranno la responsabilità del welfare. L'idea sottostante la decisione di separare il welfare e l'assistenza è di considerare quest'ultima come un tema complesso che i Comuni non avrebbero le capacità necessarie per implementare.

aida