



DIPARTIMENTO DI ECONOMIA

CORSO DI LAUREA IN: MANAGEMENT PUBBLICO E DEI SISTEMI SOCIO-SANITARI

**“OLTRE LA CURA: INTEGRARE I BISOGNI
SOCIALI NELLA GESTIONE SANITARIA PER
UN'ASSISTENZA OLISTICA”**

**“BEYOND CARE: INTEGRATE SOCIAL NEEDS INTO
HEALT CARE MANAGEMENT FOR HOLISTIC CARE”**

Studentessa:
GIULIA D'ANGELO
MATRICOLA S1109819

Relatore:
PROF. LUCA DEL BENE

Correlatore:
REMO APPIGNANESI

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

“La vera misura di ogni società
può essere trovata nel modo in cui tratta
i suoi membri più vulnerabili”
(Mahatma Gandhi)

INDICE

| | |
|---|----|
| ELENCO DELLE TABELLE | 1 |
| ELENCO DELLE FIGURE | 2 |
| ACRONIMI E ABBREVIAZIONI..... | 3 |
| INTRODUZIONE E SCOPO DELLA TESI..... | 5 |
| CAPITOLO 1 CONTESTO DEL MANAGEMENT DELLE AZIENDE SANITARIE | 9 |
| 1.1 Gestione Sanitaria: Concetti Fondamentali di Management | 9 |
| 1.1.1 Principi e sfide specifiche nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche | 13 |
| 1.2 Approccio dell'analisi del processo complessivo di ricovero e assistenza post-ricovero | 16 |
| 1.3 Trauma dell'Incognito: Vivere nell'Era della Globalizzazione | 19 |
| CAPITOLO 2 FONDAMENTI TEORICI DELLA RILEVAZIONE DEI BISOGNI | 23 |
| 2.1 Definizione e importanza dei bisogni sociali | 24 |
| 2.1.1 Connessione tra rilevazione dei bisogni sociali e miglioramento delle cure..... | 27 |
| 2.2 Integrare il paziente nelle strategie aziendali: il valore della co-produzione | 31 |
| CAPITOLO 3 ESPLORIAMO INSIEME IL BENESSERE OSPEDALIERO RICERCA SUI BISOGNI SOCIALI | 37 |
| 3.1 Patient Engagement: il motore dell'efficacia dei servizi..... | 40 |
| 3.2 Obiettivo della rilevazione: come la rilevazione può essere integrata negli strumenti di management efficace..... | 46 |
| 3.3 Benessere e Ricovero: Un'Analisi dei Bisogni Sociali e delle Disparità Territoriali nella Sanità Italiana | 50 |
| 3.4 Descrizione metodologica e degli strumenti utilizzati | 53 |
| CAPITOLO 4 IDENTIFICAZIONE DEI PRINCIPALI BISOGNI | 59 |
| 4.1 Struttura del questionario: bisogni socio-assistenziali | 60 |
| Informazioni demografiche del paziente..... | 65 |

| | |
|---|-----|
| Informazioni sulla situazione socio-sanitaria del paziente..... | 66 |
| Condizione sociale del paziente | 69 |
| Condizione familiare del paziente..... | 70 |
| Esplorare i bisogni prevalenti | 70 |
| Integrazione socio-lavorativa | 73 |
| Fragilità del nucleo familiare | 73 |
| Valutazione assistenza sociale | 73 |
| Post dimissione atteso | 74 |
| Sezione di domande da porre 8 giorni dopo il ricovero | 76 |
| 4.2 Analisi Dettagliata dei Risultati Ottenuti dai Questionari di Rilevazione Sociale e Interpretazione dei Dati Raccolti”..... | 78 |
| | |
| CAPITOLO 5 RISULTATI E SFIDE: UN’ANALISI DELL’IMPATTO DELLA RICERCA E LE PROSPETTIVE FUTURE..... | 91 |
| 5.1 L’AST di Ascoli Piceno di fronte alla sfida dell’invecchiamento demografico: un’analisi del PIAO..... | 95 |
| 5.2 Interazione con il management per individuare evidenze rilevanti e trasformabili in azioni..... | 97 |
| 5.2.1 Verso un’Assistenza Sanitaria Integrata: Il Ruolo della Rilevazione Sociale a Livello Micro, Meso e Macro | 103 |
| 5.2.2 Barriere alla Rilevazione dei Bisogni Sociali: Dropout, Riservatezza e Difficoltà di Adesione..... | 105 |
| 5.3 Fattori che compromettono la sostenibilità del progetto: riflessioni dall’esperienza sul campo | 107 |
| 5.4 Ascoltare i pazienti: i questionari come strumento per migliorare la qualità dell’assistenza | 115 |
| | |
| CONCLUSIONI | 119 |
| | |
| RIFERIMENTI BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA..... | 121 |
| | |
| ALLEGATO A – QUESTIONARIO SOMMINISTRATO | 135 |

ELENCO DELLE TABELLE

| | |
|---|----|
| Tabella 1 - Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali..... | 62 |
|---|----|

ELENCO DELLE FIGURE

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Supporto al paziente nelle attività quotidiane (Allegato B DGR n. 2961) | 71 |
| Figura 2 - Qualità del rapporto con il medico di famiglia..... | 79 |
| Figura 3 - Possessori della 104..... | 80 |
| Figura 4 - Totale di coloro che possiedono l'esenzione per reddito..... | 80 |
| Figura 5 - Totale di coloro che possiedono esenzioni per patologie | 81 |
| Figura 6 - pazienti a cui è stato attivato l'ADI..... | 82 |
| Figura 7 - Pazienti a cui è prevista la dimissione protetta..... | 82 |
| Figura 8 - Grado di autonomia dei pazienti prima del ricovero | 83 |
| Figura 9 - Età di coloro che risultano "quasi dipendente/parzialmente sufficiente" o "totalmente dipendente" | 83 |
| Figura 10 - Fonti di assistenza per i pazienti..... | 84 |
| Figura 11 - Frequenza nel chiedere aiuto | 85 |
| Figura 12 - Tipologia di supporto richiesto..... | 85 |
| Figura 13 - Richiesta di supporto ai servizi sociali | 86 |
| Figura 14 - Destinazione post-dimissione | 87 |
| Figura 15 - Numero di pazienti che rientrano in domicilio a cui è stato attivato l'ADI..... | 87 |
| Figura 16 - Attivazione ADI per pazienti parz. autosufficienti o non autonomi al rientro del domicilio | 88 |

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

| | |
|------|---|
| OMS | Organizzazione Mondiale della Sanità |
| ASL | Azienda Sanitaria Locale. |
| ADI | Assistenza Domiciliare Integrata |
| UO | Unità Operativa |
| UVMD | Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale |
| UVG | Unità Valutativa Geriatrica |
| FSE | Fascicolo Sanitario Elettronico |
| PAI | Piano Assistenziale Individualizzato |

INTRODUZIONE E SCOPO DELLA TESI

“Benvenuti in un mondo dove la medicina abbraccia non solo il corpo, ma anche l’anima”, questo dovrebbe essere il motto di ogni ospedale e farla diventare come una filosofia.

Questo studio affronta un territorio trascurato della gestione sanitaria, dove la valutazione e il miglioramento della qualità professionale non si limitano ai protocolli medici, ma si estendono anche al delicato tessuto sociale che avvolge ogni individuo. Il punto di partenza è la rilevazione dei bisogni sociali.

Nel panorama sempre più complesso della gestione sanitaria moderna, l’incessante ricerca di metodologie innovative per migliorare la qualità dell’assistenza rappresenta una priorità irrinunciabile. L’obiettivo è introdurre cambiamenti significativi che migliorino simultaneamente l’efficacia e l’efficienza dei servizi sanitari, promuovendo una maggiore continuità nell’assistenza fornita e facilitando l’integrazione delle discipline coinvolte nel percorso di cura del paziente.

Si auspica che l’adozione di questo approccio permetta di raggiungere l’obiettivo dell’OMS: “il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni il più alto livello possibile di salute” intesa non solo come assenza di malattie, ma come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente “assenza di malattie o infermità”¹.

Questa ricerca mira a promuovere un cambio di paradigma nella gestione sanitaria, ponendo l’accento sulla considerazione integrale dei bisogni sociali dei pazienti, e non solo sul semplice trattamento delle patologie fisiche.

Se si prende in considerazione un approccio olistico che include la valutazione dei bisogni sociali, come ad esempio l’accesso a servizi di supporto domiciliare, assistenza sociale, servizi di trasporto, alloggio sicuro, e così via, si può lavorare per ridurre i

¹ (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948)

ricoveri multipli. Un intervento che considera integralmente i bisogni sociali dei pazienti può migliorare la loro qualità di vita, ridurre il carico sui sistemi sanitari e prevenire ricoveri non necessari.

La complessità di questo problema richiede un approccio multidimensionale, che vada al di là delle semplici considerazioni cliniche e che consideri attentamente le dinamiche demografiche in atto: l'aumento della longevità e l'evoluzione dei modelli familiari hanno portato a un considerevole incremento della popolazione anziana, con conseguenze dirette sulla domanda di assistenza sanitaria. Questo solleva interrogativi critici sulla pertinenza e l'efficacia dei ricoveri ospedalieri, soprattutto per quanto riguarda la popolazione fragile.² Si riflette sul vero motivo, al di là delle necessità fisiche, che spinge a ricorrere al ricovero ospedaliero, sottolineando l'importanza di un approccio olistico nella cura della persona; piuttosto che concentrarsi su ideali irrealistici o utopici, questo lavoro pone l'enfasi su azioni concrete e fattibili che possono essere implementate per garantire che le risorse siano impiegate in modo ottimale per il beneficio dei pazienti e della comunità nel suo complesso.³

Attraverso un'analisi approfondita e innovativa, questo lavoro si propone di esplorare il connubio tra gli elementi del management e l'integrazione della rilevazione dei bisogni sociali, svelando un terreno fertile per un approccio integrato. Si prefigge di ispirare e guidare coloro che sono impegnati nella gestione sanitaria a esplorare nuove frontiere e ad abbracciare un approccio più inclusivo e proattivo. È importante sottolineare che, in questo scenario, solo mediante una comprensione profonda delle necessità e delle preferenze dei pazienti, possiamo realizzare un sistema sanitario autenticamente centrato sulla persona, capace di fornire cure di eccellenza e di indirizzarle al miglioramento del loro benessere complessivo. Questo lavoro si propone di dimostrare che il rispetto e l'attenzione verso gli individui come esseri umani sono elementi fondamentali per garantire un'assistenza sanitaria efficace ed

² Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA. 2011 Oct 26;306(16):1782-93. doi: 10.1001/jama.2011.1556. PMID: 22028354.

³ "Le correnti caratteristiche dei sistemi sanitari e le modifiche nel quadro socio-sanitario italiano rendono necessario l'utilizzo di un approccio olistico del paziente attraverso modalità di lavoro in gruppo e l'implementazione di forme organizzative decentralizzate" (Mascia, Morandi e Cicchetti, 2014). (Mecosan, 2022)

empatica e si sottolinea come un'attività del genere possa svolgere una reale funzione di supporto al management.

Il primo capitolo offre una panoramica introduttiva sui concetti fondamentali del management sanitario, evidenziando le principali sfide affrontate dal sistema sanitario italiano. Tra queste, emergono le aspettative crescenti dei cittadini, che richiedono un coinvolgimento più attivo dei pazienti e una maggiore personalizzazione dei servizi. In tale contesto, viene sottolineata l'importanza cruciale della mappatura dei processi e dell'analisi del rischio, strumenti essenziali per garantire standard elevati di sicurezza e qualità delle cure fornite.

Il capitolo successivo, invece, si propone di delineare i fondamenti teorici della rilevazione dei bisogni, offrendo una base concettuale per comprendere cosa si intenda per bisogni sociali e la loro rilevanza all'interno del contesto sanitario. Attraverso uno studio della letteratura, si è cercato di individuare i legami tra bisogni sociali e salute. Inoltre, il capitolo evidenzia il passaggio da una competizione basata sui costi a una competizione orientata al valore, che può essere generata mediante l'adozione di modelli innovativi, come la coproduzione dei servizi sanitari. Questo approccio fornisce una prospettiva più ampia per comprendere l'analisi successiva sulla gestione dei bisogni sociali in ambito ospedaliero.

L'obiettivo principale è prendere in considerazione i molteplici aspetti del paziente, auspicando l'istituzione di un processo formale di screening, mirato a prevenire i cosiddetti ricoveri multipli e a garantire l'invio tempestivo delle segnalazioni, contribuendo così a un'assistenza più completa. Questo punto viene ribadito nel capitolo, che include anche alcuni esempi pratici di applicazione. Inoltre, il capitolo evidenzia la necessità di un maggiore coordinamento tra l'assistenza sanitaria e i servizi sociali, ponendo particolare attenzione alle disparità territoriali nell'accesso alle cure in Italia.

Il quarto capitolo analizza un sondaggio condotto su un campione di 105 pazienti, mirato a valutare le esigenze individuali, come l'autonomia, la vita sociale e il supporto familiare, al fine di garantire un'adeguata assistenza e prevenire le riospedalizzazioni. I bisogni sociali non soddisfatti possono risultare elementi cruciali per la creazione di piani di assistenza personalizzati.

Il quinto e ultimo capitolo fornisce una panoramica complessiva basata sui risultati ottenuti, mettendo in luce evidenze significative. L'analisi qualitativa, condotta tramite l'osservazione partecipante, ha rivelato la necessità di rivedere alcuni aspetti assistenziali dei reparti. Questi aspetti, a causa della loro quotidiana ripetizione, tendono a essere percepiti come scontati dal personale.

In sintesi, questo studio si propone di affrontare un gap nella letteratura italiana e offrire spunti utili per le pratiche assistenziali, con l'auspicio di migliorare la gestione delle cure sanitarie e renderle più centrate sui bisogni dei pazienti.

Capitolo 1

CONTESTO DEL MANAGEMENT DELLE AZIENDE SANITARIE

1.1 Gestione Sanitaria: Concetti Fondamentali di Management

È intrinseca alla natura umana l'aspirazione a creare sistemi economici e sociali che possano costantemente migliorare nel soddisfare i bisogni della società.⁴ Questo desiderio è particolarmente accentuato quando si tratta dei sistemi sanitari, il cui ruolo cruciale nella produzione e nella fornitura dei servizi di salute influenza direttamente e significativamente la qualità della vita delle persone.

Ultimamente, la percezione nei confronti del sistema sanitario è stata compromessa dagli eventi recenti legati alla pandemia da Covid-19, che hanno messo in luce la carenza di posti letto e il sottodimensionamento del personale, spesso mal retribuito.⁵

La competenza manageriale non è solamente limitata all'adattamento e alla rimodulazione delle relazioni con gli altri attori (il personale medico e infermieristico, i vari dipartimenti ospedalieri e le entità esterne quali le istituzioni governative, le assicurazioni sanitarie e le organizzazioni di volontariato che compongono il sistema sanitario), ma si estende anche alla capacità di gestire gli imprevisti all'interno delle complesse dinamiche dell'organizzazione ospedaliera.⁶ La gestione sanitaria, infatti,

⁴ (Maslow, 2010) Una caratteristica dell'essere umano, lungo tutta la sua vita, è che praticamente egli desidera sempre qualcosa. Ci troviamo, perciò, nella necessità di studiare le relazioni fra tutte le motivazioni e nello stesso tempo siamo nella necessità di rinunciare alla considerazione di isolate unità motivazionali, se dobbiamo realizzare la comprensione che cerchiamo. Il manifestarsi di un impulso o di un desiderio, le azioni che esso provoca e la soddisfazione che nasce dal raggiungimento del fine, tutte queste cose prese, insieme ci danno soltanto un esempio artificiale ed isolato dal complesso dell'unità motivazionale (pag. 68). Col crescere delle entrate di una persona, essa si sente piena di desiderio di cose che fino a pochi anni prima non aveva neppure sognato di ottenere. L'americano medio desidera automobili, frigoriferi e televisori, perché sono possibilità reali (pag. 78).

⁵ C'è voluta, in qualche modo, l'emergenza Covid-19, per ritornare a pensare che il principale fattore di miglioramento delle performance delle amministrazioni è (o dovrebbe essere) il suo capitale umano; per evitare di incorrere nell'errore di considerare il processo riformatore normativo più importante del cambiamento delle persone. (CNEL - Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, 2021) Cap. 1.

⁶ (Redazione, 04/07/2023)

rappresenta un campo multidimensionale caratterizzato dall'intersezione di molteplici fattori, tra cui le esigenze e le aspettative dei pazienti, le normative e le politiche governative, l'evoluzione della tecnologia sanitaria e la necessità di ottimizzare l'allocazione delle risorse disponibili per garantire la fornitura di cure di alta qualità. In questo complesso contesto, il ruolo del management emerge come fondamentale nell'indirizzare le organizzazioni sanitarie verso il conseguimento di obiettivi strategici, operativi e di servizio, assicurando contemporaneamente un equilibrio tra l'efficienza operativa e l'eccellenza nella qualità dell'assistenza offerta.⁷

Partendo dalla definizione di azienda pubblica come organizzazione economica, istituita per coordinare le attività volte alla produzione di beni o servizi al fine di soddisfare i bisogni umani e generare valore⁸, si può osservare come questa opera all'interno di un contesto in cui i fini sociali sono assegnati in relazione alla concezione di interesse pubblico presente in un dato momento storico.

Gino Zappa⁹, sviluppando nuove e moderne definizioni di azienda, la concepì prima come 'sistema', inteso come coordinazione economica per soddisfare i bisogni umani attraverso la produzione di beni e servizi¹⁰. Successivamente, la definì come 'istituto economico' atto a perdurare, che organizza e coordina la produzione e il consumo della ricchezza per soddisfare tali bisogni. Dalla prima definizione emerge il concetto di sistematicità che lega tutte le operazioni di gestione alla soddisfazione dei bisogni umani. Dalla seconda definizione emerge la natura durevole dell'azienda, rendendola autonoma anche rispetto ai singoli soggetti economici. Inoltre, si evidenzia la sua natura dinamica, che continua a modificare e rigenerare i suoi elementi mettendo sempre in discussione il proprio operato.

⁷ (Stephen M. Shortell, 1999)

⁸ Al riguardo Borghonovi scrive: "La 'strumentalità dell'azienda' rispetto ai fini delle persone singole o delle persone socialmente organizzate consiste proprio nel fatto che in esse le conoscenze dei principi e dei criteri economici sono utilizzate per 'produrre valore' ossia per aumentare la capacità di soddisfare direttamente o indirettamente i bisogni", E. Borghonovi, Dalla storicizzazione dei fini e dalla flessibilità dei mezzi il contributo delle aziende non profit al progresso economico e sociale, in AA.VV., L'elasticità dell'azienda di fronte al cambiamento, Atti del convegno annuale AIDEA tenutosi a Torino, Clueb, Bologna, 1993, p. 203.

⁹ Gino Zappa, economista italiano (Milano, 30 gennaio 1879 - Venezia, 14 aprile 1960)

¹⁰ (Rizzotti, 2016)

La visione ‘matura’ dello Zappa considerava infatti gli interessi dei singoli soggetti come subordinati non solo alla sopravvivenza dell’azienda nel tempo (Zappa 1956, 37-8), ma anche al fatto che gli istituti economici, pur se creati dagli uomini, avevano lo scopo di soddisfare direttamente o indirettamente i bisogni umani. Nel primo caso si tratta delle aziende di erogazione, mentre nel secondo delle aziende di produzione (Zappa 1956, 42-58).¹¹

Quindi, la ragione d’essere dell’azienda pubblica è di servire la comunità, fornendo servizi pubblici che rispondano alle sue esigenze. Questo si traduce nell’offrire una gamma di servizi che soddisfino le necessità della collettività, contribuendo al benessere e al progresso della società nel suo complesso.

L’elemento fondamentale che delinea il fenomeno è l’equilibrio di bilancio. Tale equilibrio non è da intendersi in maniera superficiale come mera equivalenza tra ricavi e costi, bensì come una condizione fondamentale per la stessa sopravvivenza dell’azienda nel lungo termine. In questo contesto, l’equilibrio diventa uno strumento vitale per garantire la stabilità e la continuità delle operazioni aziendali. Oltre alla gestione prudente delle risorse, implica anche la capacità dell’azienda di generare entrate sufficienti per coprire i costi e, possibilmente, generare risultati economici positivi che possano essere reinvestiti per sostenere la crescita e lo sviluppo futuro. Infatti, l’altro elemento imprescindibile che ne deriva dal primo è che l’azienda deve durare nel tempo facendo una pianificazione nel medio-lungo periodo sulla gestione dei rischi e sull’innovazione continua.¹²

Altri pilastri fondamentali interconnessi tra loro sono il carattere dell’autonomia, intesa come la capacità di un’organizzazione di gestire le proprie attività e decisioni interne in modo indipendente, pur mantenendo una consapevolezza, una considerazione delle influenze esterne che possano incidere sul suo operato e necessità di valutare attentamente le decisioni prese, soprattutto in periodi di estrema pressione sul sistema sanitario.

In periodi di vulnerabilità, diventa essenziale valutare attentamente la qualità e la rilevanza delle misure adottate e il loro impatto sulle decisioni cruciali per il progresso

¹¹ (Billio, 2018)

¹² (Marinò, 2008)

e la stabilità delle aziende sanitarie. Durante queste fasi, è comune trovarsi intrappolati nell'operatività, dove la crescente richiesta di servizi deve essere gestita con risorse limitate. In altre parole, ci si trova di fronte alla sfida di trovare un equilibrio tra la fornitura di cure necessarie e la disponibilità di risorse per farlo.

È in questo contesto che conferire una prospettiva strategica alle scelte aziendali diventa ancora più vitale. Questo è particolarmente importante quando il contesto è caratterizzato da incertezza, continua evoluzione e sfide sempre più impegnative, se non ostili.

È necessario che tali scelte, riguardanti sia gli aspetti interni all'organizzazione che quelli esterni, siano effettuate rispettando il criterio di economicità, logica necessaria affinché l'azienda, soprattutto quella pubblica, perduri nel tempo. In questo contesto, tale vincolo, appare rilevante perché oggi, con un crescente taglio della spesa, si deve porre l'enfasi sul razionale utilizzo di risorse limitate disponibili¹³

Il nuovo livello di finanziamento per il fabbisogno sanitario nazionale, che comprende sia la sanità pubblica che quella accreditata in Italia, è stato aumentato dalla legge di Bilancio 2023 (comma 535) di 2.150 milioni di euro per il 2023, 2.300 milioni per il 2024 e 2.600 milioni a partire dal 2025.¹⁴ Nel Programma Nazionale di Riforma del Documento di Economia e Finanza DEF2023, si prevede un potenziamento dell'assistenza sanitaria con l'obiettivo di raggiungere una distribuzione più uniforme dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale, garantendo una proporzione equilibrata tra i diversi livelli di assistenza, come la prevenzione, l'assistenza territoriale e ospedaliera.¹⁵ Si sta dando importanza alla riorganizzazione e al potenziamento della medicina territoriale, al miglioramento delle infrastrutture sanitarie e ad una rivalutazione del trattamento economico del personale del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare attenzione all'area dell'emergenza-urgenza.¹⁶ In sostanza, si mira a migliorare l'accesso ai servizi sanitari su tutto il territorio nazionale, rafforzando soprattutto la medicina di base e l'assistenza territoriale, nonché

¹³ (Montanini, D'Andrea, 2020)

¹⁴ (parlamentare, 1 giugno 2023)

¹⁵ (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023)

¹⁶ (parlamentare, 1 giugno 2023)

migliorando le condizioni di lavoro e la retribuzione del personale sanitario, specialmente in settori critici come l'emergenza e l'urgenza.

1.1.1 *Principi e sfide specifiche nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche*

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, ha reso effettivi i cinque principi cardine sanciti dall'articolo 32 della Costituzione italiana. Questi principi includono l'universalità, che garantisce a tutti l'accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura, che assicura un'ampia gamma di servizi, l'equità nell'accesso alle cure, la gratuità dei servizi e il finanziamento tramite la tassazione generali. Inoltre, la legge ha delineato un modello di governo a più livelli, che si proponeva di essere nazionale nella sua copertura universale e accessibilità uniforme, regionale nell'organizzazione e comunale nella gestione.

Acquisire una solida comprensione dei principi che guidano la gestione e l'organizzazione sanitaria rappresenta il primo passo fondamentale verso una gestione efficace del settore. Caratterizzato da una complessa intersezione di obiettivi sociali, economici e organizzativi, il settore della gestione sanitaria richiede il rispetto dei principi fondamentali come economicità, efficacia ed efficienza per garantire sostenibilità e qualità dei servizi. I principi di fondo dell'azienda sanitaria pubblica orientano le sue attività e decisioni, assicurando risposte ai bisogni della comunità e garantendo l'accesso equo e universale ai servizi sanitari.

Con l'introduzione del Decreto Legislativo 502/92, per la prima volta, si incorpora il concetto di qualità nella sanità come un elemento fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale e come uno strumento per valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti. È importante notare che, a differenza delle aziende private, l'azienda pubblica, è caratterizzata da un "doppio sistema", dove è necessario bilanciare non solo i bisogni del paziente da soddisfare, ma anche dalle esigenze degli stakeholder coinvolti, tenendo conto delle loro aspettative. Frequentemente, se non costantemente, si osserva una discrepanza tra i bisogni dei pazienti e quelli di tutti gli attori coinvolti nel processo decisionale e operativo dell'organizzazione sanitaria¹⁷. Questi stakeholder possono includere non solo i pazienti stessi, ma anche il personale medico e

¹⁷ (Kotler, Lee, 2007)

infermieristico, gli amministratori, i finanziatori, i responsabili politici e altri soggetti interessati. Questa divergenza di interessi e priorità mette spesso sotto pressione il governo clinico, ossia la capacità di prendere decisioni basate sull'evidenza e orientate al miglioramento dei risultati sanitari, bilanciando al contempo le esigenze di tutte le parti interessate. Questa complessità è caratterizzata da una situazione che è stata definita come "quasi mercato", dove c'è un libero margine di manovre ma coesistono elementi di concorrenza e di regolamentazione pubblica, con tutte le implicazioni che ciò comporta.¹⁸ Un esempio lampante di questa situazione è rappresentato dalla responsabilizzazione e dalla regionalizzazione, tese a promuovere una maggiore attenzione alla razionalizzazione dell'erogazione dei servizi da parte delle Regioni e degli amministratori locali. Tuttavia, l'attuazione di misure parziali, non integrate in un quadro organico di interventi, rischia di compromettere l'universalità e l'equità del servizio su tutto il territorio nazionale, specialmente considerando le significative disparità economiche regionali. Sebbene una regionalizzazione integrata e coerente possa favorire un'adeguata risposta alle specificità territoriali e promuovere una maggiore efficienza nell'allocazione delle risorse sanitarie, una regionalizzazione frammentata e disomogenea potrebbe invece creare divergenze rilevanti nei livelli di assistenza garantiti ai cittadini residenti in diverse aree del Paese. In aggiunta, l'imperativo di limitare le spese, derivante dalla diminuzione delle risorse a disposizione, ha comportato l'adozione di misure come l'aumento dei contributi richiesti agli utenti, la tendenza a definire le aree prioritarie su cui concentrarsi e l'arresto delle nuove assunzioni di personale.¹⁹ Anche se queste misure sono finalizzate a garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario, possono presentare sfide aggiuntive nell'assicurare una distribuzione equa e universale dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale.

Infatti, Il sistema di tutela della salute in Italia si trova di fronte a una serie di sfide eterogenee, alcune più gestibili e passeggere, mentre altre possono essere più consolidate e persistenti nel tempo. che vanno oltre il controllo di un singolo paese. Queste sfide richiedono interventi su diversi fronti: dalla riforma del modello

¹⁸ (Marinò, 2014)

¹⁹ (Borgonovi E. , 2004)

istituzionale alla revisione dei processi di formulazione, implementazione e valutazione delle politiche pubbliche; dall'allocazione efficiente delle risorse finanziarie al monitoraggio dell'efficacia dei loro impieghi.²⁰ È essenziale anche introdurre e adottare efficacemente strumenti manageriali nelle aziende sanitarie ospedaliere (sia pubbliche che private) e altre strutture; azioni che mirano a soddisfare non solo le esigenze finanziarie, ma anche a rispondere all'evoluzione del contesto ambientale.²¹

Innanzitutto, l'invecchiamento della popolazione porta a un aumento della domanda di servizi sanitari, poiché le persone anziane tendono a richiedere cure mediche e assistenza a lungo termine in misura maggiore rispetto alla popolazione più giovane. Ciò mette a dura prova le risorse del sistema sanitario, che devono essere in grado di fornire un'assistenza adeguata e personalizzata agli anziani, affrontando le sfide legate alle patologie croniche, alla disabilità e alle esigenze di assistenza a lungo termine.

Il cambiamento epidemiologico è un altro fattore critico che influenza il settore sanitario. Con l'aumento delle malattie croniche legate allo stile di vita, come le malattie cardiache, il diabete e le malattie respiratorie, è necessario adattare i servizi sanitari per fornire una gestione efficace e preventiva di queste condizioni. Inoltre, l'emergere di nuove minacce alla salute, come le pandemie virali, richiede una risposta rapida e coordinata da parte del sistema sanitario.²²

L'innovazione tecnologica rappresenta sia una sfida che un'opportunità per il settore sanitario. Da un lato, l'introduzione di nuove tecnologie mediche e diagnostiche offre nuove possibilità di diagnosi e trattamento delle malattie, migliorando l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari.²³ Dall'altro lato, l'implementazione di queste tecnologie richiede investimenti significativi e una

²⁰ (Borgonovi E., 1996)

²¹ (CERGAS)

²² Jommi, C., & Anessi-Pessina, E. (2008). Le sfide per il management sanitario: il cambiamento epidemiologico. In E. Anessi-Pessina & E. Cantù (Eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano: Egea.

²³ Topol, E. (2012). *The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care*. New York: Basic Books.

costante formazione del personale sanitario per garantire un utilizzo corretto ed efficace.

Infine, le crescenti aspettative dei cittadini pongono ulteriori sfide al settore sanitario. I pazienti e i loro familiari si aspettano servizi sanitari di alta qualità, accessibili, personalizzati e centrati sul paziente. Grazie all'accesso sempre più diffuso a informazioni tramite internet e altri mezzi di comunicazione, i pazienti oggi sono in grado di accedere a una vasta gamma di risorse informative riguardanti la propria salute e le relative cure.²⁴ Questo accesso facilitato ad un alto livello di conoscenza ha contribuito a ridurre l'asimmetria informativa tradizionalmente presente tra medici e pazienti, permettendo a quest'ultimi di acquisire una maggiore consapevolezza e competenza riguardo alle proprie condizioni di salute. Questa nuova dinamica richiede un cambiamento culturale all'interno del settore sanitario, con un maggiore coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni cliniche e una maggiore attenzione alla personalizzazione e alla qualità dei servizi sanitari forniti.²⁵

1.2 Approccio dell'analisi del processo complessivo di ricovero e assistenza post-ricovero

La co-produzione delle cure, approfondita nel capitolo successivo, genera un valore aggiunto per tutti gli attori coinvolti nel sistema sanitario. Da un lato, i pazienti beneficiano di un'assistenza più personalizzata e centrata sui loro bisogni, con conseguenti miglioramenti degli esiti di salute. Dall'altro, le organizzazioni sanitarie possono trarre vantaggio da un processo di miglioramento continuo basato sui dati, che consente di ottimizzare le risorse e di rispondere in modo più efficace alle esigenze dei cittadini.²⁶

Ai sensi dell'art 4. del D. Lgs 150/2009 così come modificato del D. Lgs 74/2017, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il

²⁴ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

²⁵ Cardano, M., Giarelli, G., & Vicarelli, G. (a cura di). (2020). Sociologia della salute e della medicina. Milano: FrancoAngeli.

²⁶ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance²⁷;

b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;

e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

f) rendicontazione dei risultati, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.²⁸

In questo senso si riconosce per la prima volta un ruolo attivo dei cittadini ai fini della valutazione della performance organizzativa, mediante la definizione di sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti in merito alla qualità dei servizi resi.²⁹ Integrando tali sistemi con la mappatura dei processi e l'analisi del rischio, le strutture sanitarie possono ottenere una visione completa della qualità dei servizi offerti. Questo consente loro di adottare misure correttive tempestive e di migliorare costantemente la loro performance organizzativa, assicurando standard elevati di sicurezza, qualità e conformità normativa.

Seguendo questa linea risultano necessaria, soprattutto in un ospedale pubblico, metodologie che si riferiscono a un processo organizzativo volto a identificare, documentare e valutare tutte le attività e i processi operativi all'interno dell'ospedale, nonché ad individuare e mitigare i potenziali rischi associati a tali processi.

La mappatura dei processi consiste nel rappresentare graficamente o descrivere in dettaglio tutti i processi e le attività che compongono le varie funzioni dell'ospedale,

²⁷ *Piano Triennale delle Performance 2024-2026 e Piano degli Obiettivi*, https://piao.dfp.gov.it/data/documents/100599/allegato_E_piano_triennale_delle_performance_2024_2026_e_obiettivi_2024.pdf.

²⁸ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74: Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Presidente della Repubblica, 2017)

²⁹ (Ministro per la Pubblica Amministrazione, 2017)

come l'ammissione dei pazienti, la diagnosi, il trattamento, la gestione dei farmaci, la gestione delle risorse umane e così via.³⁰ Questo permette di avere una visione chiara e completa del funzionamento dell'ospedale e dei flussi di lavoro coinvolti. Tuttavia, la responsabilità sui processi riveste un'importanza cruciale nell'assicurare la sicurezza delle cure e nell'affrontare questioni quali i bisogni sociali e i ricoveri inappropriati.³¹ Come evidenziato da Schillaci, «i ricoveri inappropriati da mancata integrazione ospedale-territorio costano 1 miliardo di euro l'anno», sottolineando l'urgenza di un coordinamento più efficace tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali. Questa disfunzione non solo grava pesantemente sul bilancio sanitario, ma compromette anche la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, spesso soggetti a degenze inutili e prolungate. Schillaci, inoltre, conclude sottolineando che, oltre alla valorizzazione economica, è fondamentale rendere il Servizio Sanitario Nazionale più attrattivo attraverso la riorganizzazione dei modelli di servizio, migliorando l'appropriatezza prescrittiva e ottimizzando l'uso dei posti letto. Come evidenziato dalle sue parole, “Una sfida che richiede il contributo di tutti e che mi auguro porteremo avanti insieme”. Questo richiamo alla collaborazione collettiva mette in luce l'importanza di un impegno congiunto per affrontare le inefficienze e migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio. Pertanto, l'implementazione di soluzioni mirate a migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio è cruciale per ridurre i costi e ottimizzare le risorse disponibili.³² Questo significa che una gestione efficace di essi non solo mira a fornire cure di alta qualità, ma si estende anche alla prevenzione dei rischi associati, ai bisogni sociali dei pazienti. In questo contesto, è essenziale che il personale sanitario e i liberi professionisti lavorino in sinergia per identificare e affrontare le sfide connesse alla sicurezza delle cure e alla gestione dei bisogni sociali dei pazienti, garantendo così un ambiente ospedaliero sicuro ed efficiente.

La metodologia di analisi del rischio si concentra infatti sull'identificazione dei potenziali rischi che possono influenzare negativamente il funzionamento

³⁰ (Capecchi, 2015)

³¹ (Del Bene, 2000) Adottando un approccio per processi, si può ottenere una prospettiva più olistica, consentendo di individuare l'origine di un problema al di là della funzione in cui si è manifestato.

³² (Fassari, 2023)

dell'ospedale o la sicurezza dei pazienti e del personale. Questi rischi possono essere di natura clinica, operativa, finanziaria, legale o di conformità normativa. Una volta identificati, i rischi vengono valutati in base alla loro probabilità di occorrenza e all'impatto potenziale, e vengono quindi implementate misure di mitigazione o controllo per ridurre o gestire tali rischi.³³

In sostanza, la mappatura dei processi e l'analisi del rischio sono strumenti essenziali per garantire un'efficace gestione dell'ospedale pubblico, promuovendo la sicurezza dei pazienti, il rispetto delle normative e la qualità delle cure fornite.

È innegabile che il risultato sia importante. È ciò che misura il successo, ciò che determina il nostro impatto nel mondo. Ma cosa accade quando diamo al risultato tutto il nostro focus, dimenticando il valore cruciale del ruolo che ognuno di noi svolge nel raggiungimento di quegli obiettivi? Il ruolo è il tessuto connettivo che tiene insieme il lavoro. È la base su cui poggia ogni azione, ogni decisione. La frustrazione risiede nella tendenza a trattare l'attenzione ai bisogni sociali dei pazienti come un semplice strumento per raggiungere obiettivi prestabiliti, anziché riconoscerlo come un elemento fondamentale della pratica professionale. La resistenza al cambiamento è comprensibile, è umano. Ma dobbiamo chiederci: quanto della nostra resistenza è motivata dalla paura del nuovo, dalla paura di abbandonare ciò che conosciamo per abbracciare ciò di nuovo che potrebbe essere? È tempo di abbracciare l'elasticità, di rompere la tradizione che tiene un po' prigionieri e accogliere l'innovazione come una risorsa preziosa. Solo allora potremo davvero liberare il potenziale di ognuno di noi e raggiungere risultati che vadano oltre le nostre aspettative.

1.3 Trauma dell'Incognito: Vivere nell'Era della Globalizzazione

Nell'era della globalizzazione, la società contemporanea si trova ad affrontare un nuovo panorama di rischi, diffusi su scala mondiale e spesso meno tangibili ma più insidiosi.³⁴ Questi rischi globalizzati hanno generato un senso diffuso di apprensione e incertezza, caratterizzato da un'angoscia generale e persistente. Le persone vivono costantemente in uno stato di allerta, in una sorta di ansia indefinita provocata dalla

³³ (Ministero della Salute, 2006)

³⁴ Beck, U. (1992). Risk Society: Towards a New Modernity. London: Sage Publications.

mutevolezza e dall'incertezza dei pericoli che si celano nell'ombra. Questa atmosfera ha permeato l'opinione pubblica, alimentando un senso di insicurezza diffusa e intensificando le paure, sia reali che immaginate.

Floriana Fusco³⁵, in un commento su Mecosan, parla di una vera e propria *policrisi*, un complesso intreccio di sfide che include anche una crisi sociale.³⁶

Quando si parla di rischi globali, non esiste una risposta scientifica definitiva. Le persone hanno opinioni diverse su come affrontare questi rischi, e queste opinioni sono influenzate da fattori culturali, sociali e politici. La tendenza attuale è quella di passare da un approccio che aspetta che si verifichi un danno prima di intervenire (*laissez-faire*) a un approccio più proattivo, che cerca di prevenire i danni in anticipo (precauzione) e che prevede l'intervento anticipato delle autorità pubbliche per ridurre i rischi, anche in assenza di prove scientifiche definitive. Beck³⁷ spiega che nella società moderna, caratterizzata da rischi globali sempre più complessi e difficili da prevedere (come il cambiamento climatico o le pandemie), è difficile fare affidamento solo sulla scienza per valutare e gestire questi rischi; ci sono diversi modi di interpretare e affrontare i rischi. Alcune persone o gruppi sociali preferiscono un approccio più "liberista" (*laissez-faire*), secondo cui un'attività o una sostanza sono sicure finché non viene dimostrato il contrario. Altri, invece, preferiscono un approccio più cautelativo, secondo cui è meglio prevenire i danni, anche a costo di limitare alcune libertà.³⁸

I rischi globali influenzano direttamente le aziende sanitarie pubbliche: Eventi come pandemie, cambiamenti climatici, disastri naturali hanno un impatto diretto sulla salute delle persone e sulle risorse delle organizzazioni sanitarie.

Il ciclo di gestione è lo strumento attraverso cui le aziende sanitarie affrontano le sfide: È il processo attraverso cui un'organizzazione pianifica, implementa, monitora e valuta le proprie attività.

³⁵ Professore Associato di Economia Aziendale, Dipartimento di Giurisprudenza, Economia e Comunicazione, Università LUMSA. Celebre è il testo di Pier Paolo Pasolini, poi confluito negli Scritti Corsari (1975), sulla differenza tra i concetti di sviluppo e progresso

³⁶ (Fusco, 2024)

³⁷ Ulrich Beck (1944-2015), sociologo e scrittore tedesco

³⁸ (Campesi, 2009)

Nell'applicazione del ciclo di gestione alle sfide globali, l'adattamento delle politiche e delle pratiche diventa cruciale per garantire che un'azienda sanitaria pubblica sia in grado di affrontare efficacemente i cambiamenti e le complessità del contesto. Qui di seguito, si analizza come questo adattamento si traduce concretamente all'interno del ciclo di gestione, i cui principi fondamentali erano già stati delineati da Henri Fayol³⁹ in due congressi all'inizio del '900 e successivamente approfonditi nel suo libro "Direzione Industriale e Generale: Programmazione, Organizzazione e Controllo", pubblicato per la prima volta in Francia nel 2016.⁴⁰ La teoria del fayolismo evidenzia i punti chiave della gestione aziendale necessari per raggiungere gli obiettivi, sottolineando l'importanza dei manager e del loro ruolo nella direzione aziendale. Da questa teoria emergono diverse fasi essenziali che sono applicabili a tutte le organizzazioni, inclusa la pubblica amministrazione:

❖ Pianificazione: La pianificazione strategica deve tener conto delle dinamiche globali che influenzano le aziende, soprattutto quelle che operano nel settore sanitario. Questo implica l'analisi approfondita dei trend, delle emergenze sanitarie internazionali e delle migliori pratiche adottate da altri paesi. Le politiche e gli obiettivi strategici devono essere allineati con le sfide detenendo il carattere di elasticità che è cruciale per gestire l'incertezza e rispondere alle esigenze sia interne (come l'allocazione delle risorse) che esterne (come variazioni nel mercato o nella legislazione).⁴¹

❖ Organizzazione: A livello organizzativo, è necessario adattare le strutture e i processi interni per gestire le difficoltà in modo efficiente. Ciò può includere la creazione di team dedicati alla gestione delle emergenze, l'implementazione di protocolli e procedure specifiche per affrontare pandemie o altre minacce, nonché la promozione della collaborazione e del coordinamento tra diverse unità operative dell'azienda.

³⁹ È stato un imprenditore e ingegnere francese di industria mineraria e direttore di miniera, conosciuto soprattutto per aver ideato una teoria di direzione aziendale e di gestione aziendale detta Fayolismo. (Wikipedia)

⁴⁰ (Feyol, Direzione Industriale e Generale: Programmazione, Organizzazione e Controllo, 2011) Dalla prefazione di Alberio Galgano

⁴¹ (Feyol, Direzione industriale e generale. Programmazione, organizzazione e controllo., 2011)

❖ Direzione: I leader dell'azienda sanitaria devono guidare il personale attraverso i cambiamenti e motivarli a adattarsi alle nuove sfide. Questo richiede una leadership forte e visionaria, in grado di comunicare in modo chiaro gli obiettivi strategici e di guidare il cambiamento culturale necessario per affrontare con successo le sfide globali. La direzione deve anche garantire una gestione efficace delle risorse e un'allocazione adeguata delle priorità per affrontare le emergenze e le crisi globali come programmato nella prima fase.

❖ Controllo: Infine, il controllo è essenziale per valutare l'efficacia delle politiche e delle pratiche adottate nell'affrontare gli ostacoli. Questo può includere il monitoraggio dei risultati e dei progressi verso gli obiettivi strategici, la valutazione delle prestazioni del personale nell'affrontare emergenze internazionali e la revisione continua delle politiche e delle procedure per garantire la massima efficacia ed efficienza nell'affrontare le complessità.⁴²

Quindi, attraverso l'implementazione di programmi mirati e il monitoraggio dei risultati, possiamo migliorare l'esperienza complessiva dei pazienti ospedalieri e promuovere una guarigione più completa e soddisfacente; in sintesi, l'applicazione del ciclo di gestione alle sfide richiede un approccio integrato e coordinato che coinvolga tutti i livelli dell'azienda sanitaria poiché garantisce che sia in grado di rispondere in modo efficace alla complessità dei bisogni che vi si presentano.

Infatti, la funzione dei manager sanitari va oltre la semplice gestione di procedure e normative: implica una visione strategica e una capacità di integrare le politiche di salute e sicurezza nel tessuto organizzativo contribuendo al benessere complessivo.⁴³

In questo senso, la rilevazione dei bisogni sociali è fondamentale per orientare le decisioni dei manager e garantire che le risorse siano allocate in modo efficiente ed efficace, soddisfacendo le esigenze dei pazienti e della comunità, anche perché consente di identificare precocemente i fattori di rischio e di mettere in atto interventi preventivi. Infatti, nel prossimo capitolo, approfondiremo l'importanza del bisogno sociale come elemento chiave nel percorso di cura.

⁴² (Arcari, 2019)

⁴³ (Francesconi & Ramponi, 1993)

Capitolo 2

FONDAMENTI TEORICI DELLA RILEVAZIONE DEI BISOGNI

Il presente capitolo si pone l'obiettivo di delineare i fondamenti teorici della rilevazione dei bisogni, fornendo una base concettuale che permette di comprendere cosa si intende per bisogni sociali e quale sia la loro rilevanza nel contesto sanitario. Si riflette, quindi, sull'importanza di considerare ogni aspetto del trattamento, integrando la valutazione sociale già durante il ricovero. In questo modo, il capitolo prepara a comprendere meglio l'analisi successiva alla gestione di questi bisogni in ambito ospedaliero; All'ospedale è richiesto un impegno straordinario di integrazione per raggiungere tutti gli obiettivi di tutela della salute, compresi quelli relativi agli aspetti sociali che spesso sono alla base dei problemi clinici.

Tuttavia, in un articolo curato da Antonio D'Amore, Vicepresidente FIASO, viene presentato un concetto rivoluzionario: quello dell'"ospedale inclusivo"⁴⁴ un'idea che promette di trasformare profondamente il modo in cui pensiamo e viviamo l'assistenza sanitaria. In un contesto sociale, inclusione significa garantire appartenenza e accoglienza equa per tutti, eliminando ogni forma di discriminazione e ponendo un'attenzione particolare alle condizioni di svantaggio come disabilità o povertà. Un progetto inclusivo assicura che prodotti e servizi siano accessibili a un pubblico ampio e diversificato, indipendentemente da età o capacità. Basandosi su questi principi, l'ospedale del futuro sarà un faro di accessibilità e giustizia nell'assistenza sanitaria, impegnandosi a fornire cure a tutti, con un'attenzione speciale per le condizioni fisiche, mentali, sociali ed economiche, e focalizzandosi sulle fasce di popolazione più vulnerabili.⁴⁵

⁴⁴ (D'Amore, 2024) "l'ospedale è impegnato a garantire qualità, sicurezza ed efficacia delle cure. All'esercizio di queste funzioni, è affidata ancora oggi la gran parte delle possibilità del SSN di fornire ai cittadini risposte efficienti. La loro gestione richiede, quindi, un diffuso e consapevole esercizio di responsabilità e un'attenzione costante per l'etica dell'organizzazione"

⁴⁵ (ibidem) pag.160

2.1 Definizione e importanza dei bisogni sociali

Appare indispensabile, prima di approfondire l'analisi sul campo, definire cosa si intende per bisogno, fulcro della questione.

Già dall'etimologia della parola, “bisonium” dal franco “bisunnia”, che significa “cura”⁴⁶, emergono concetti fondamentali legati al benessere individuale. Il bisogno è “uno stato soggettivo di carenza, uno stato di perdita d'equilibrio, una mancanza di qualcosa (risorsa) che, ottenuta, farebbe ritornare l'equilibrio entro i livelli di tolleranza”⁴⁷. In questo senso, si riflette sull'importanza di gestire con attenzione e responsabilità le necessità e le domande della persona, sottolineando l'idea di prendersi cura della persona per garantire il suo benessere.

Con l'aumento dell'aspettativa di vita, l'attenzione per rispondere ai bisogni si sposta verso l'età adulta e anziana, concentrando gli investimenti professionali, economici e strutturali soprattutto negli ultimi stadi della vita per assistenza e cura. Questo cambiamento evidenzia una transizione dall'accento sul “guarire” a una maggiore dedizione al “prendersi cura”, affrontando le sfide della cronicità⁴⁸ e dell'assistenza prolungata. Affrontare efficacemente queste nuove sfide richiede strumenti adeguati a gestire la complessità dei bisogni umani emergenti, integrando approcci sanitari e sociali in modo sinergico e integrato.⁴⁹

Tuttavia, l'allungamento della vita porta con sé anche un aumento della prevalenza di condizioni di fragilità, che possono manifestarsi in diverse forme e con intensità variabile a seconda del contesto individuale e sociale. Nel soggetto fragile, si riscontrano numerosi bisogni a cui è necessario rispondere. Queste persone presentano una condizione di multiproblematicità che spazia da difficoltà fisiche a necessità sociali più ampie, quali l'assistenza familiare e le questioni abitative.

⁴⁶ Treccani, Vocabolario online, “Bisóugno” <https://www.treccani.it/vocabolario/bisogno/>

⁴⁷ (Serpentini, et al., 2006)

⁴⁸ L'allungamento della vita media comporta un incremento significativo della prevalenza di malattie croniche e multimorbilità. (fonte dati studio Epi Centro 2019 ISS) (Sanità 4.0, 2023)

⁴⁹ Pompei, A., Bavazzano, A., Bezze, M., Corsi, M., Vergani, C., & Vecchiato, T. (2004). Un nuovo strumento per la valutazione del bisogno: l'Indice di copertura assistenziale. Studi Zancan. Politiche e servizi alla persona.

Da precisare, però, la fragilità, definita come la ridotta capacità di un individuo di rispondere autonomamente agli stressor⁵⁰, si manifesta in modo eterogeneo a seconda del contesto socio-economico e territoriale. In aree metropolitane, la fragilità è spesso associata a precarietà economica, mentre nelle zone rurali l'isolamento sociale e la limitata accessibilità ai servizi essenziali rappresentano fattori di rischio preponderanti. Nel Sud Italia, la fragilità della popolazione anziana è ulteriormente aggravata da una rete di supporto pubblico carente e dalla dipendenza dal sostegno familiare, spesso insufficiente.⁵¹

Infatti, una sfida da affrontare attualmente è la complessità dei bisogni che richiede un'analisi e una risposta multidimensionale, in quanto i bisogni delle persone non sono più limitati a una singola area, ma si estendono su vari fronti, tra cui salute, supporto familiare, assistenza sociale, alloggio e inclusione sociale.⁵²

Le diseguaglianze economiche, l'aumento della spesa pubblica e le condizioni abitative sono fattori determinanti per la salute che incidono significativamente ben prima che il sistema sanitario entri in gioco. I 'bisogni sociali', sempre più usati per indicare le necessità materiali non soddisfatte che le persone sperimentano, sono centrali in questo contesto.⁵³

La sfida del SSN è proprio questa: controllare e creare benessere⁵⁴. Il controllo implica anche la gestione delle emergenze sanitarie e la capacità di rispondere rapidamente a epidemie e pandemie. In una società moderna e digitale l'uso di tecnologie avanzate per la raccolta e l'analisi dei dati sanitari è imprescindibile per monitorare la salute della popolazione e intervenire tempestivamente. Tuttavia, facendo astrazione dall'era digitale, la società si è trovata ad affrontare una "policrisi", ovvero una situazione di crisi multiple e interconnesse, di cui le emergenze sanitarie,

⁵⁰ Si intendono Stressor fisici, psicologici e sociali che possono avere un impatto particolarmente significativo, poiché le persone fragili hanno una ridotta capacità di adattamento e di recupero.

⁵¹ (Foroni, Mussi, & Salvioli, 2006)

⁵² Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

⁵³ HHS Public Access. (2021). *Addressing Social Needs in Health Care Settings: Evidence, Challenges, and Opportunities for Public Health*. *Annu Rev Public Health*, 42, 329-344. doi:10.1146/annurev-publhealth-090419-102204.

⁵⁴ (Sanità 4.0, 2023) L'obiettivo è l'individuazione precoce dei bisogni socio-sanitari, attraverso la messa in campo di una medicina d'iniziativa che vada ad intercettare i bisogni di salute della comunità che risiede nelle aree interne per una reale sanità di prossimità e di assistenza a casa come "primo luogo di cura", per l'aumento del benessere sociale e l'innalzamento della qualità della vita nell'area.

come le pandemie, rappresentano un esempio lampante, con impatti a cascata su diversi settori della società. L'attenzione crescente verso la sostenibilità da parte delle aziende può essere interpretata come una risposta a questa “*policrisi*”, poiché è evidente che le aziende stanno rivolgendo crescente attenzione ad essa come elemento centrale delle loro strategie. Una delle definizioni più influenti e frequentemente citate di sviluppo sostenibile è quella proposta dal Brundtland Report⁵⁵ del 1987, che definisce lo sviluppo sostenibile come “quello che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni”. Questo principio sottolinea l'importanza di un equilibrio tra le necessità immediate e la preservazione delle risorse e delle opportunità per il futuro. Quindi, sin dagli anni '90, è emersa una crescente consapevolezza riguardo alla necessità di adottare un raggio d'azione più globale e integrato alla sostenibilità, che superi l'attenzione ad una sola e semplice dimensione, in questo caso, ambientale per abbracciare anche gli aspetti sociali ed economici. Studi accademici come quelli di Gladwin et al. (1995) e Bansal (2005) hanno messo in luce l'importanza di un approccio che consideri questi tre pilastri interconnessi, sottolineando che la sostenibilità non può essere raggiunta se si focalizza esclusivamente su uno di essi.⁵⁶

Infatti, ultimamente, sempre più aziende non profit, oltre che quelle profit, appuntano l'interesse a comunicare e rendere visibile a tutti le loro azioni e come queste puntano agli obiettivi sociali. Così facendo si contribuisce a raggiungere il principio di trasparenza, introdotto per la prima volta come obbligo con la legge 241 del 1990 e la legge 142 del 1990, che trattano specificamente di trasparenza tramite strumenti di accountability e comunicazione esterna.

Alla luce di ciò, molte realtà aziendali non tendono a raggiungere solo il principale obiettivo prefigurato, cioè la loro mission⁵⁷, ma anche come questo impatti, sia in

⁵⁵ Documento di cui tratta tremità sull'ambiente e sviluppo sostenibile, chiamato anche Our Common Future (Commissione Mondiale per l'Ambiente e lo Sviluppo, Il futuro di tutti noi. Bompiani, Milano)

⁵⁶ (Fusco, 2024)

⁵⁷ La mission è dunque una dichiarazione di intenti a cui l'organizzazione dovrà ispirarsi nel definire i propri obiettivi e successivamente la strategia, con particolare riguardo al proprio posizionamento, definendo di conseguenza la propria impostazione strategica rispetto a quella dei propri concorrenti. (PAQ - Pubblica Amministrazione di Qualità- Dipartimento di Funzione Pubblica)

modo negativo che positivo, sulla società e quindi sugli individui.⁵⁸ Questo possiamo vederlo in maniera evidente nelle aziende ospedaliere che influenzano particolarmente la qualità della vita degli individui e di conseguenza della comunità poiché non rappresenta solo un imperativo etico, ma si configura anche come una strategia vincente, in grado di garantire una migliore qualità dell'assistenza, consolidare la reputazione dell'azienda, attrarre e trattenere professionisti medici di alto livello, ottimizzare l'allocazione delle risorse e promuovere l'innovazione.⁵⁹

2.1.1 *Connessione tra rilevazione dei bisogni sociali e miglioramento delle cure*

La letteratura emergente esplora in modo approfondito i legami tra i bisogni sociali e la salute, evidenziando come gli interventi mirati a soddisfare tali bisogni possano migliorare la salute dei pazienti, ottimizzare l'uso dei servizi sanitari e ridurre i costi complessivi. Una recente revisione sistematica della letteratura statunitense⁶⁰ ha confermato questa evidenza. Analizzando 39 studi, la ricerca ha mostrato che l'82% degli interventi sui bisogni sociali ha prodotto effetti positivi sulla salute o sui costi sanitari. In particolare, sono stati evidenziati benefici significativi per interventi legati al supporto abitativo, nutrizionale e al reddito, nonché al coordinamento dell'assistenza e ai programmi di sensibilizzazione della comunità. Sulla base di questa analisi si è dimostrato come un intervento abitativo per adolescenti senza dimora abbia portato a una riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei costi sanitari e ha sottolineato l'importanza del supporto nutrizionale per migliorare l'indice di massa corporea nelle popolazioni a basso reddito. Tuttavia, sono indispensabili ulteriori indagini per chiarire i meccanismi d'azione di questi interventi e per determinare con precisione le popolazioni e i contesti in cui essi si rivelano più efficaci poiché permangono significative lacune nella conoscenza per affrontare i determinanti sociali dell'assistenza sanitaria e sfide che richiedono attenzione. È essenziale inserire l'individuazione e interventi sui bisogni sociali nel processo di cura e nella mappatura dei processi e dei rischi per garantire un approccio olistico e integrato.⁶¹

⁵⁸ (Montanini; D'Andrea, 2020)

⁵⁹ (Montanini, D'Andrea, 2020)

⁶⁰ (Taylor, et al., 2016) in *"Leveraging the Social Determinants of Health: What Works?"*

⁶¹ (Berkowitz, et al., 2018)

Riconoscendo l'importanza di queste misure, le collaborazioni tra il settore sanitario, la sanità pubblica e i servizi sociali offrono un'opportunità unica per sfruttare l'attuale interesse verso questi temi. Tali partenariati possono potenziare le politiche di sicurezza sociale, modernizzare i servizi sociali e riorientare l'allocazione delle risorse per affrontare efficacemente i determinanti sociali della salute, contribuendo così a un sistema sanitario più equo ed efficiente.⁶²

Come sostiene l'articolo di *U.S. Department of Health and Human Services (HHS)*⁶³ «I navigatori dei bisogni sociali sono spesso associati a organizzazioni sanitarie o agenzie comunitarie, come assistenti sociali, infermieri, operatori sanitari della comunità e volontari. Il loro compito è fornire supporto continuo e fare il follow-up sia di persona che telefonicamente.»⁶⁴ Tuttavia, uno dei 5 obiettivi generali di *Healthy People 2030*⁶⁵ è specificamente correlato a SDOH: “Creare ambienti sociali, fisici ed economici che promuovano il raggiungimento del pieno potenziale di salute e benessere per tutti”.⁶⁶ Nonostante non si tratti di un contesto nazionale specificamente italiano, gli Stati Uniti rappresentano un modello di riferimento a livello globale, esercitando un'influenza significativa sulle politiche e le pratiche di numerosi Paesi, Italia compresa e il confronto con il modello statunitense, pur nella sua specificità, risulta particolarmente utile per comprendere le dinamiche evolutive dei sistemi socio-economici contemporanei e per individuare possibili percorsi di sviluppo.

Il nostro Paese, pur guardando con interesse ai modelli innovativi, si trova a dover affrontare una sfida cruciale: conciliare l'esigenza di un'assistenza sanitaria sempre

⁶² Ibidem

⁶³ HHS- Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti- ha l'obiettivo di migliorare la salute e il benessere di tutti gli americani, fornendo servizi sanitari e sociali efficaci e promuovendo progressi solidi e duraturi nelle scienze alla base della medicina, della sanità pubblica e dei servizi sociali.

⁶⁴ (Author Manuscript, 2022)

⁶⁵ *Healthy People 2030* fissa obiettivi nazionali basati sui dati per migliorare la salute e il benessere nel prossimo decennio. I determinanti sociali della salute hanno un impatto notevole sulla salute e sul benessere delle persone e rappresentano un obiettivo chiave di *Healthy People 2030*.

⁶⁶ *Healthy People 2030*, Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti, Ufficio per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, 24/06/2024-<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>

più evoluta con le limitate risorse economiche a disposizione e le pressioni finanziarie sui sistemi sanitari.⁶⁷

Il dibattito sulla sostenibilità finanziaria e sulla qualità dell'assistenza sanitaria è complesso e multidimensionale e spesso si è parlato di come questi due aspetti siano interconnessi: Bohmer affronta la questione dell'organizzazione delle cure sanitarie distinguendo tra assistenza sequenziale e iterativa⁶⁸: le cure mediche, a seconda che siano sequenziali (prevedibili) o iterative (incerte), richiedano approcci gestionali completamente diversi. Le cure sequenziali, caratterizzate da diagnosi rapide e trattamenti standardizzati, sono più efficienti dal punto di vista dei costi. Al contrario, le cure iterative, dove le condizioni del paziente sono meno chiare, necessitano di maggiori risorse e presentano un esito più incerto. Attraverso esempi pratici, l'autore offre indicazioni su come gestire al meglio entrambe le situazioni.⁶⁹ Altri autori e studi ampliano ulteriormente il panorama delle soluzioni e delle sfide in questo campo. Un contributo rilevante viene da Porter e Teisberg (2006), i quali sostengono che il sistema sanitario deve passare da una competizione basata sui costi a una competizione basata sul valore, dove il valore è definito come gli esiti di salute ottenuti per dollaro speso. Questo approccio implica un cambiamento radicale nella struttura del sistema sanitario, incoraggiando la trasparenza sugli esiti clinici e sui costi, e promuovendo modelli di pagamento basati sugli esiti.⁷⁰

Inoltre, Christensen (2008), introduce il concetto di innovazione dirompente nella sanità. Egli suggerisce che molte delle inefficienze e degli alti costi della sanità possono essere affrontati mediante l'adozione di tecnologie innovative e modelli di business che riducono la complessità e i costi dell'assistenza, rendendo le cure più accessibili e convenienti.⁷¹ Egli propone, ad esempio, l'uso di cliniche retail e di strumenti diagnostici avanzati per semplificare l'accesso alle cure e migliorare l'efficienza del sistema sanitario. Gawande, (2009), esplora l'importanza delle liste di controllo (checklist) nel migliorare la qualità e la sicurezza delle cure sanitarie.⁷² Egli

⁶⁷ (Marinò, 2014)

⁶⁸ (Bohmer, 2022)

⁶⁹ (Bohmer, 2022)

⁷⁰ (Del Bene, 2000)

⁷¹ (Christensen, Grossman, & Hwang, 2008)

⁷² (Gawande, 2009)

dimostra come l'adozione di semplici strumenti di gestione possa ridurre errori medici, migliorare gli esiti dei pazienti e abbassare i costi; inoltre, sottolinea che l'utilizzo di strumenti di gestione dell'informazione è fondamentale per affrontare la complessità crescente delle cure sanitarie moderne.

Questi autori, insieme a Bohmer, convergono sull'idea che migliorare la qualità e la sostenibilità economica delle cure sanitarie richiede non solo soluzioni di finanziamento innovative, ma anche una profonda riprogettazione dei processi organizzativi e delle pratiche cliniche. La chiave è adottare approcci che bilancino efficacia, efficienza e innovazione, abbracciando l'apprendimento continuo e la flessibilità nella gestione delle risorse sanitarie.⁷³ Queste prospettive offrono una visione integrata su come affrontare le sfide attuali del sistema sanitario e garantire cure di alta qualità accessibili a tutti. Per migliorarne la qualità, è fondamentale sviluppare strategie che consentano di identificare e soddisfare non solo i bisogni clinici dei pazienti, ma anche le loro esigenze psicologiche, sociali e ambientali (fondamentale per aumentare la qualità delle cure offerte negli ospedali.)⁷⁴; ma la questione si fa più complicata nel momento in cui si prende consapevolezza che le richieste sono tante ed è difficile trovare una soluzione ad hoc per ognuno.

La rilevazione sistematica di questi bisogni, attraverso strumenti adeguati, come questionari, permette di identificare le aree di criticità e di allocare le risorse in modo più efficiente, evitando interventi superflui e garantendo un utilizzo ottimale delle risorse disponibili.⁷⁵ Inoltre, la personalizzazione delle cure, basata sulla conoscenza dei bisogni individuali, può contribuire a migliorare l'aderenza terapeutica, ridurre le complicanze e aumentare la soddisfazione dei pazienti.

⁷³ (Fiaso, 2021)

⁷⁴ Berkowitz SA, Hulberg AC, Hong C, Stowell BJ, Tirozzi KJ, Traore CY, Atlas SJ. Addressing basic resource needs to improve primary care quality: a community collaboration programme. *BMJ Qual Saf.* 2016 Mar;25(3):164-72. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004521. Epub 2015 Nov 30. PMID: 26621916.

⁷⁵ L'elevata prevalenza di patologie croniche e la necessità di ottimizzare l'uso delle risorse stanno portando alla diffusione di modelli assistenziali di self-care management e family coaching, in cui i pazienti, adeguatamente supportati, assumono un ruolo attivo nella cura di sé stessi e i caregiver adottano misure in grado di prevenire un peggioramento delle loro condizioni. (D'Ippolito & Nante, 2014)

2.2 Integrare il paziente nelle strategie aziendali: il valore della co-produzione

Sottolineando la pressione competitiva, le aziende sanitarie si trovano a doversi adeguare ai continui cambiamenti. Analogamente, i vincoli di bilancio imposti dalle istituzioni sovraordinati (Stato, Regioni) spingono le aziende sanitarie a migliorare continuamente l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, pena l'applicazione di misure correttive, quali commissariamenti o revoche di incarichi.

In virtù di questo le aziende sentono spesso la necessità di adottare logiche che permettano di creare una strategia di lungo termine. Idealmente, la strategia vincente sarebbe quella di aver ben chiaro quello che accadrà in modo da intervenire preventivamente ma, sappiamo bene che, nel contesto socio-sanitario, tale approccio è spesso impraticabile a causa di una scarsa capacità di controllo sulla domanda, soprattutto quella relativa ai bisogni socio-sanitari poiché imprevedibili.⁷⁶ L'imprevedibilità del comportamento umano rappresenta una sfida costante per le aziende sanitarie. Per affrontare questa complessità, queste ultime si avvalgono di modelli teorici che, pur non eliminando l'incertezza, forniscono una base solida per la pianificazione a lungo termine: tra questi modelli si annoverano quello basato sulla creazione del valore, l'Activity Based Management (ABM) e la gestione per processi. Ciascuno di questi approcci offre strumenti che permettono di plasmarsi rispetto al contesto che circonda l'azienda.

La de-burocrazia dei processi, auspicata da Borgonovi (1990)⁷⁷, ha aperto la strada a modelli di gestione più flessibili e orientati al paziente. In questo contesto, il concetto di valore ha acquisito una nuova centralità. Non più limitato alla semplice relazione tra costi e benefici economici, il valore è oggi inteso come il risultato di un complesso sistema di attività interconnesse, finalizzate a migliorare la salute e il benessere delle persone, ponendo l'attenzione a come vengono effettuate le prestazioni e come queste impattano sul paziente/individuo. Il modello *value-based healthcare*, in particolare, ha contribuito a diffondere questa nuova visione.

⁷⁶ (Marinò, 2008)

⁷⁷ (Laratro, Rizzo, & Villa, 2024)

Il modello di medicina basata sul valore, introdotto da Porter nel 2008, ha rivoluzionato l'approccio alla cura, spostando l'attenzione dalle singole prestazioni verso un'ottica più olistica che considera l'intero percorso del paziente.⁷⁸ Questo paradigma, oggi consolidato in molti Paesi, pone al centro la persona, intesa non solo come paziente, ma anche come individuo con bisogni sociali e psicologici specifici. Al centro di questo modello non c'è più la quantità di servizi erogati o il contenimento dei costi, ma il valore per il paziente. Questo valore si misura in termini di risultati clinici ottenuti e di qualità della vita migliorata, rapportati ai costi sostenuti.

I principi fondamentali della concorrenza basata sul valore delineati da Porter e Teisberg⁷⁹ sono i seguenti:

- **Focus sul paziente:** L'attenzione si concentra sui bisogni e sui risultati del paziente, non solo sulla riduzione dei costi
- **Risultati misurabili:** La qualità dell'assistenza è valutata in base a risultati tangibili e misurabili, come la riduzione della mortalità, il miglioramento della qualità della vita e la riduzione delle riospedalizzazioni.
- **Ciclo di cura completo:** Si considera l'intero percorso del paziente, dalla prevenzione alla riabilitazione, e non solo la singola prestazione.
- **Qualità e costi:** L'obiettivo è fornire cure di alta qualità a costi sostenibili, incentivando l'innovazione e l'efficienza.
- **Personalizzazione:** Le cure devono essere adattate alle esigenze individuali di ciascun paziente.
- **Trasparenza:** Le informazioni sui risultati e sui costi devono essere disponibili a tutti gli attori coinvolti.
- **Collaborazione:** È fondamentale la collaborazione tra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel percorso di cura del paziente.

Spesso, le decisioni in ambito sanitario sono influenzate da fattori come le tradizioni, le preferenze dei medici o le logiche di costo, piuttosto che dai bisogni reali dei pazienti.⁸⁰ Il *value-based healthcare* invita a superare queste logiche e a

⁷⁸ Ibidem.

⁷⁹ (Teisberg & Porter, 2006) in “*Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*”

⁸⁰ (ibidem)

concentrarsi sull'impatto delle cure sulla vita delle persone. Ad esempio, invece di focalizzarsi sulla riduzione del numero di ricoveri, si dovrebbe piuttosto misurare l'impatto di un intervento sulla qualità di vita del paziente e sulla sua capacità di svolgere le attività quotidiane.

Il modello di medicina di cui sopra, ponendo al centro il paziente nella sua interezza, crea le condizioni ideali per l'implementazione di un approccio collaborativo e partecipativo, noto come co-produzione. Se il modello di Porter ha spostato l'attenzione dalle singole prestazioni all'intero percorso del paziente, la co-produzione va oltre, coinvolgendo attivamente il paziente stesso nella definizione e nella realizzazione delle cure. In questo modo, si va oltre la semplice erogazione di servizi sanitari, per costruire insieme un percorso di cura personalizzato e centrato sui bisogni individuali. La co-produzione, infatti, riconosce che il paziente non è un mero destinatario di cure, ma un attore attivo del processo di cura, in grado di apportare un contributo fondamentale grazie alla sua conoscenza delle proprie esigenze e delle proprie preferenze.

Sulla base della scoping review condotta da Giarelli, Genova e Moretti, emerge un ampio corpus di studi che analizzano gli esiti dei percorsi e le raccomandazioni formulate in ricerche precedenti. La maggior parte degli studi inclusi (N. 21) è recente, pubblicata tra il 2019 e il 2021. Gli autori di questi lavori operano prevalentemente in Europa, con una concentrazione nei Paesi del Nord (Regno Unito: N. 9; Norvegia, Svezia e Danimarca: N. 3).⁸¹

Coinvolgendo una platea più ampia, si valorizzano le prospettive dei destinatari finali, integrando le loro esigenze, credenze e aspirazioni.⁸² Come sottolineato da Heslop et al. (2019), nel caso delle persone disabili, questa inclusione permette di attingere sia all'esperienza individuale che a quella collettiva. Gli operatori sanitari non dovrebbero mai presumere di comprendere le esigenze di una persona solo in base alla sua disabilità. Un esempio chiaro è il caso di Eleanor, a cui sono stati forniti

⁸¹ (Giarelli, Genova, & Moretti, 2023)

⁸² (Heslop, et al., 2019)

adattamenti personalizzati, che altre persone con difficoltà di apprendimento potrebbero non aver avuto bisogno di richiedere.⁸³

Il cambio di rotta verso una co-produzione delle cure è agevolato dall'emergere, con maggior frequenza, di una condizione di *simmetria informativa* nella relazione medico-paziente, in contrapposizione alla tradizionale teoria dell'agenzia.⁸⁴

La persona, grazie ad Internet, ha accesso a innumerevoli informazioni consultabili in qualsiasi momento e quindi molto spesso, nel momento dell'incontro col medico, già è a conoscenza della diagnosi e del trattamento e, citando Annemarie Mol⁸⁵, di fronte a due o più opzioni, è in grado di scegliere l'alternativa più efficace per lei.⁸⁶

L'adozione di un modello orientato alla creazione di valore, inteso nella sua accezione più moderna, implica un'espansione dell'orizzonte strategico dell'organizzazione, superando una visione esclusivamente interna e promuovendo un approccio proattivo verso l'esterno, volto a cogliere opportunità di crescita e innovazione e a rafforzare il proprio vantaggio competitivo.⁸⁷ Questo approccio, oltre a garantire benefici individuali in termini di personalizzazione delle cure, contribuisce a ottimizzare le risorse del sistema sanitario.

La collaborazione tra i professionisti sanitari, stimolata da un modello centrato sul paziente, permette di individuare le migliori pratiche cliniche e di ridurre la variabilità assistenziale, favorendo così un aumento della qualità delle cure erogate all'intera collettività.⁸⁸ Maggiore è l'appropriatezza clinica (outcome), maggiore sarà la soddisfazione del paziente (risultato).⁸⁹

⁸³ (Heslop, et al., 2019)

⁸⁴ (Marinò, 2014) La teoria dell'agenzia sostiene che il medico, possessore delle conoscenze, agisce per conto del paziente che, a differenza del primo, non ha la capacità di prendere decisioni e di provvedere a sé stesso perché sprovvisto di mezzi necessari.

⁸⁵ Annemarie Mol è professoressa di Antropologia del Corpo e professoressa di filosofia politica presso l'Università di Twente, nei Paesi Bassi.

⁸⁶ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020) cap.6 La logica della scelta di Annemarie Mol nel libro *The Logic of Care-Health and the problem of patient choice (2008)*

⁸⁷ (Del Bene, 2000)

⁸⁸ (Laratro, Rizzo, & Villa, 2024) "La letteratura scientifica (es. Marsilio et al., 2017) definisce un team multi-disciplinare, in campo sanitario come un gruppo di differenti professionisti appartenenti a diverse specialità e specializzazioni che condividono conoscenze e saperi per la cura del medesimo paziente."

⁸⁹ (Amatucci & Brusoni, 2024)

La soddisfazione del paziente è direttamente correlata al grado di coinvolgimento che egli percepisce nelle decisioni che lo riguardano. Quando il paziente viene considerato un partner attivo nel processo decisionale e le sue opinioni sono valorizzate, la sua soddisfazione aumenta significativamente, rafforzando il legame di fiducia con i professionisti sanitari.⁹⁰

In conclusione, considerando l'importanza cruciale per un'azienda ospedaliera di adottare un approccio orientato al paziente e alla soddisfazione dello stesso, il capitolo successivo presenterà un'esperienza condotta presso l'Ospedale di AST Ascoli Piceno, distretto di San Benedetto del Tronto⁹¹. L'obiettivo di tale esperienza è stato quello di rilevare e analizzare i bisogni e le considerazioni dei pazienti, andando oltre gli aspetti meramente fisici, al fine di individuare elementi chiave per la definizione di una strategia efficace. L'esperienza dell'ospedale di Ascoli Piceno si allinea perfettamente con i principi del value-based healthcare, dimostrando come sia possibile costruire un sistema sanitario più umano e centrato sul paziente, in grado di rispondere alle sfide poste dalla crescente complessità del contesto socio-sanitario, partendo da una semplice attività: la rilevazione dei bisogni sociali nei pazienti ricoverati.

⁹⁰ (Graffigna, Riva, Barrello, & Castelnuovo, 2017)

⁹¹ Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio.

Capitolo 3

ESPLORIAMO INSIEME IL BENESSERE OSPEDALIERO RICERCA SUI BISOGNI SOCIALI

La ricerca medica non è un semplice costo per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), bensì un motore propulsivo per l'innovazione. Alimenta lo sviluppo di nuove cure e terapie, permette di adattarsi ai continui cambiamenti e rende il sistema più sostenibile nel tempo.⁹²

Investire in ricerca significa generare valore: crea posti di lavoro, stimola la crescita economica e migliora la salute pubblica. Non solo: è un elemento chiave per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con l'obiettivo di rafforzare la leadership italiana in questo campo e sviluppare nuove soluzioni per le sfide sanitarie del presente e del futuro.⁹³

In virtù di ciò, questo lavoro si propone di contribuire al dibattito sulla ricerca, evidenziando l'importanza di un approccio sempre più olistico, in linea con la crescente tendenza verso una cultura di azione più proattiva che è già in fase di sviluppo attraverso modelli come il Chronic Care Model (CCM).⁹⁴

⁹² (CERGAS)

⁹³ La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dedicata alla Salute si articola in due componenti fondamentali. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. “Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità)”, “una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN”. (PNRR, cosa prevede la missione 6 per Salute e Sanità, 2024)

⁹⁴ Il CCM rappresenta una risposta alle sfide poste dai sistemi sanitari moderni, sempre più chiamati a garantire l'accesso alle cure a una popolazione invecchiata e con un'alta prevalenza di malattie croniche. Questo modello, basato su un approccio proattivo e sulla prevenzione, contribuisce a rendere il sistema sanitario più sostenibile nel lungo periodo, riducendo i costi e migliorando la qualità di vita dei pazienti.

«L'esperienza italiana relativa al Chronic Care Model ed i risultati del sistema americano del Kaiser Permanente⁹⁵ hanno infatti dimostrato che è necessario passare da una medicina di attesa intesa come disponibilità a prendersi cura del cittadino solo quando questo pensa di aver bisogno di cure ad una modalità assistenziale proattiva-d'iniziativa definendo per il cittadino percorsi di prevenzione diagnosi precoce e follow-up programmato.»⁹⁶ (Desideri, Grisillo e Sandroni 2020).

Ultimamente la letteratura, come già sostenuto alla fine del secondo capitolo, sta capendo la grande importanza della parola dei pazienti e del pubblico poiché «è essenziale per comprendere e valutare le implicazioni più ampie delle decisioni di copertura e rimborso per i pazienti, i loro parenti, i caregiver e la popolazione generale.»⁹⁷ La rilevazione e la gestione integrata dei bisogni rappresentano una sfida per massimizzare il valore delle cure, andando oltre la semplice efficacia clinica, perseguendo una maggiore congruenza tra gli obiettivi terapeutici programmati e le necessità di salute espresse dal paziente.

La rilevazione proattiva dei bisogni sociali si è dimostrata essenziale per identificare le necessità dei pazienti. Questo approccio, se adottato sistematicamente nelle aziende sanitarie, potrebbe rivelarsi la chiave per garantire un livello di cura centrato sul paziente: tenendo conto delle sue esigenze sociali, aumentando la soddisfazione e la fiducia nei confronti dei servizi sanitari. Inoltre, quando i pazienti si sentono compresi e supportati nei loro bisogni, sono più propensi a seguire le indicazioni terapeutiche e a collaborare attivamente al proprio percorso di cura (miglioramento della compliance)⁹⁸.

Monitorando quotidianamente le dinamiche dei reparti, come il flusso dei pazienti, i tempi di attesa, i percorsi assistenziali, le interazioni tra il personale, il tipo di

⁹⁵ Kaiser Permanent è un consorzio americano di assistenza sanitaria integrata gestita, con sede a Oakland, California, Stati Uniti, fondato nel 1945 dall'industriale Henry J. Kaiser e dal medico Sidney Garfield.

⁹⁶ (Desideri, Grisillo, & Sandroni, 2020) in “Reti cliniche integrate e strutturate. Un nuovo modello di gestione proattiva della cronicità e della sostenibilità”

⁹⁷ D. Dawoud, D. Delnoij, D. M. J. Dimitrova, M. Houýez, F. Jakab, I. Kalo, Z. Kamusheva, M. Mitkova, Z. Nemeth, B. Tachkov, K. Zemplyeni in National Library of Medicine (Hunter, et al., 2018)

⁹⁸ Lo studio di Tsay suggerisce che un coinvolgimento attivo dei pazienti potrebbe essere un fattore determinante nel migliorare la compliance e l'adattamento alla malattia (Boaretti, et al., 2006)

comunicazione, l'uso delle risorse, gestione dei dati e lo stato dei pazienti, si potrebbero individuare tempestivamente eventuali criticità e intervenire con soluzioni mirate, migliorando così l'efficacia delle cure e ottimizzando l'esperienza complessiva. Attraverso un'individuazione proattiva dei bisogni sociali dei pazienti, si intende ottimizzare ogni fase del percorso assistenziale, riconoscendo l'influenza determinante che l'efficacia di ciascuna fase esercita sull'outcome clinico. L'outcome è spesso valutato in termini di impatto sullo stato dell'utente, nonché espresso come la soddisfazione del paziente.⁹⁹ Il percorso assistenziale rappresenta un processo che copre l'intera gestione di un problema di salute, includendo tutte le fasi necessarie per il trattamento e il supporto del paziente. Sebbene possa essere considerato simile al percorso diagnostico-terapeutico, il termine "assistenziale" ha un significato più ampio, poiché comprende non solo le cure mediche, ma anche l'assistenza alla persona nella gestione delle attività quotidiane, il supporto per eventuali disabilità e l'aiuto psicologico e sociale.¹⁰⁰ Idealmente, la gestione dei percorsi assistenziali dovrebbe coinvolgere sia i servizi territoriali sia quelli ospedalieri, assicurando un approccio integrato e completo ma, oltre alla collaborazione con il territorio, per garantire un percorso assistenziale efficace, è essenziale adottare un approccio interprofessionale e multidisciplinare.¹⁰¹

Inoltre, le esperienze internazionali, come quelle delle organizzazioni di "managed care" (gestione delle cure), in particolare le HMO (Health Maintenance Organizations), hanno dimostrato come l'integrazione e la responsabilizzazione di specifici operatori sanitari, con autonomia decisionale, possano portare a risultati elevati in termini di efficienza ed efficacia. In altre parole, il successo di questi modelli si basa su una chiara assegnazione di responsabilità e un sistema organizzativo ben integrato, dove gli operatori locali hanno il potere di prendere decisioni autonome.¹⁰²

In Italia, invece, come aggiunge Veronica Scardigli, questi modelli sono ancora in fase sperimentale, come dimostrato da iniziative come le UTAP (Unità Territoriali di

⁹⁹ (Montanini; D'Andrea, 2020)

¹⁰⁰ (Casati, 2005)

¹⁰¹ (Del Bene, 2000)

¹⁰² (Mecosan, 2008)

Assistenza Primaria), i Nuclei di cure primarie, le Unità di cure primarie e la “Casa della Salute” promossa dall’ex Ministro Livia Turco. Queste sperimentazioni rappresentano tentativi di integrare meglio i servizi, ma non sono ancora una realtà consolidata.¹⁰³

3.1 Patient Engagement: il motore dell’efficacia dei servizi

«Quality was just as big an issue as cost. There was not just too much care, but also too little care, and the wrong care.»¹⁰⁴ Tale citazione ci invita a riflettere sul concetto di ‘cura’, intesa come attenzione ai bisogni dell’utente e come impegno a fornire un servizio di alta qualità. Ciò significa che la qualità non si limita a rispettare gli standard economici esistenti, ma implica anche la capacità di innovare e di adattare i propri servizi alle nuove sfide. Come già accennato, focalizzarsi eccessivamente sui costi rischia di trascurare l’aspetto umano e relazionale, che è alla base dell’assistenza socio-sanitaria. Le analisi economiche non possono essere l’unico criterio di valutazione, specialmente nel settore socio-sanitario. Devono essere integrate con una valutazione di variabili fisico-tecniche tra cui anche dell’impatto sociale delle decisioni.¹⁰⁵ Anche se alcune alternative potrebbero sembrare meno vantaggiose dal punto di vista economico, se hanno un forte impatto sociale positivo, meritano comunque di essere prese in considerazione. Ebrahim, infatti, riconosce che limitarsi a rendicontare la dimensione economico-finanziaria può portare a focalizzarsi sull’efficienza nel breve termine, trascurando la prospettiva a lungo termine.¹⁰⁶

Mentre un’eccessiva focalizzazione sui costi può portare a trascurare l’aspetto umano e relazionale nell’assistenza socio-sanitaria, la *balanced scorecard*, proposta da Norton e Kaplan, offre una prospettiva più equilibrata. Questo strumento, infatti, non si limita a misurare le performance economiche, ma integra una serie di indicatori

¹⁰³ (Mecosan, 2008)

¹⁰⁴ Tradotto: «La qualità era un problema tanto importante quanto il costo. Non solo troppa cura, ma anche troppo poca cura, e la cura sbagliata». (Teisberg & Porter, 2006)

¹⁰⁵ (Borgonovi, 1990)

¹⁰⁶ (Montanini, D’Andrea, 2020)

che permettono di valutare l'organizzazione da diverse angolature, tra cui quella del cliente.¹⁰⁷

La prospettiva del cliente (*customer perspective*), si focalizza sugli indicatori relativi alle relazioni che l'azienda instaura con i suoi clienti. Il successo di queste relazioni è cruciale per la capacità dell'azienda di mantenere e sviluppare i ricavi nel tempo.¹⁰⁸

In questo modo, si supera una visione miope e a breve termine, tipica di una gestione puramente finanziaria, per abbracciare una prospettiva più ampia e orientata al futuro. La *balanced scorecard*, affiancando agli indicatori economici quelli relativi ai processi interni, ai clienti e all'apprendimento, permette di allineare la strategia aziendale con le esigenze dei pazienti e di misurare l'impatto delle azioni intraprese sulla loro soddisfazione.¹⁰⁹

Tuttavia, come evidenziato da Bergamin Barbato¹¹⁰, un'eccessiva focalizzazione sugli aspetti economico-finanziari, tipica di molte realtà aziendali, può comportare una miopia gestionale, concentrando l'attenzione sul breve termine, sugli effetti piuttosto che sulle cause dei risultati, e fornendo misure ritardate dei fenomeni.¹¹¹

Questa prospettiva rischia di trascurare la dimensione umana e relazionale, che costituisce il fondamento dell'assistenza socio-sanitaria.

In sintesi, la 'cura' autentica richiede un equilibrio tra efficienza e attenzione alla persona, riconoscendo che il benessere del paziente non può essere misurato esclusivamente in termini finanziari. L'innovazione e l'adattamento dei servizi devono essere guidati dalla comprensione dei bisogni dell'utente, promuovendo un approccio olistico che valorizzi la relazione terapeutica e la qualità dell'assistenza nel suo complesso. Infatti, l'ideale sarebbe considerare la qualità non solo in termini di risultato finale, ma anche in termini di processo e di esperienza dell'utente.¹¹²

¹⁰⁷ (Bubbio, 2012)

¹⁰⁸ (Bubbio, 2012)

¹⁰⁹ (Del Bene, 2000)

¹¹⁰ Professoressa di Università Ca' Foscari di Venezia

¹¹¹ (Bergamin Barbato, 1991)

¹¹² (Laratro, Rizzo, & Villa, 2024) «L'assunto di base del modello di medicina del valore riporta alla circostanza secondo cui per creare valore, inteso come rapporto tra costi sostenuti e clinical outcome, è necessario organizzare risorse e attività attorno a una condizione clinica considerando l'intero percorso di cura del paziente (cosiddetto "cycle full of care")». (pagg. 9-10).

Non è utile cercare di classificare in modo rigido la condizione e i bisogni di un paziente in categorie prestabilite, perché ogni persona è unica e la sua situazione è complessa. Per questo motivo, è importante che il team collabori, unendo le competenze di diverse discipline, per fornire un'assistenza completa e personalizzata. In altre parole, bisogna considerare il paziente nella sua globalità e adattare le cure in base alle sue esigenze specifiche, riconoscendo che ogni approccio ha i suoi limiti.¹¹³

Il modello di Porter, con la sua enfasi sull'integrazione "hard" tramite équipe multidisciplinari e strutture dedicate, sulla centralità della condizione clinica e sulla misurazione delle performance, offre una solida base per un'analisi approfondita dei processi di cura.¹¹⁴ È fondamentale promuovere un'integrazione che metta al centro l'empowerment del paziente, fornendogli gli strumenti e le conoscenze necessarie per partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. In questo modo, l'integrazione significa dare potere al paziente e ciò porta ad una migliore aderenza alle terapie e ad una migliore qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

Il diverso grado di informazione tra i pazienti rappresenta una sfida ulteriore nell'implementazione di un'integrazione efficace. Non tutti i pazienti possiedono lo stesso livello di alfabetizzazione sanitaria o la stessa capacità di accedere e comprendere le informazioni mediche. Di conseguenza, è fondamentale adottare un approccio personalizzato, fornendo informazioni chiare e accessibili, adattate alle esigenze e alle competenze individuali.

L'integrazione efficace deve quindi includere strategie per colmare le lacune informative, garantendo che tutti i pazienti, indipendentemente dal loro background, possano partecipare attivamente al processo decisionale e beneficiare appieno delle cure.¹¹⁵ Ciò può includere l'utilizzo di strumenti di comunicazione diversificati, come materiale informativo semplificato, supporti visivi o l'impiego di mediatori culturali.

¹¹³ (Serpentini, et al., 2006)

¹¹⁴ (ibidem)

¹¹⁵ (Elwyn, 2021) "In breve, la condivisione del processo decisionale è un imperativo etico e dobbiamo affrontare le ragioni per cui resta così difficile implementare questo approccio nella pratica." [...] "Il modello three-talk del processo decisionale condiviso è un approccio sviluppato da una collaborazione internazionale. Basato su un metodo di consultazione iterativo, il modello è una rappresentazione volutamente semplificata di un modo iterativo adattivo complesso di costruire un clima di supporto per elaborare scelte difficili."

Inoltre, l'accesso e l'utilizzo delle tecnologie digitali per interagire con i servizi sanitari rappresentano una nuova dimensione di fragilità. Per questo motivo, nel questionario somministrato, una domanda è specificamente rivolta alla capacità del paziente di accedere tramite le tecnologie a servizi sanitari digitali, come ad esempio accedere a referti online, prenotare una visita o conoscere l'offerta dei servizi (si rimanda al cap. 4).

Per far fronte alle complessità del sistema sanitario e alle esigenze sempre più diversificate degli utenti, la cui più evidente è sicuramente l'invecchiamento della popolazione, si susseguono sperimentazioni, finalizzate a migliorarne l'efficacia e l'adattabilità.¹¹⁶ Una di queste è rappresentata dal *patient engagement*, che consiste nel promuovere un ruolo attivo del paziente nelle proprie cure, superando il modello tradizionale in cui il medico decideva unilateralmente. Negli anni Novanta, l'approccio di cura incentrato sul paziente ha gradualmente sostituito il paternalismo medico che ha dominato l'assistenza sanitaria per decenni.¹¹⁷ Il modello di cura incentrato sul paziente implica l'integrazione delle esigenze e delle preferenze dei pazienti nell'erogazione delle cure.

La cura incentrata sul paziente si basa su una prospettiva di cura orientata al paziente che include ciò che lui stesso considera importante.¹¹⁸

Va comunque ricordato che un operatore che, pur di evitare un confronto potenzialmente conflittuale, acconsente alla richiesta di un utente di essere inserito in una struttura residenziale, anche se la sua condizione clinica e sociale non lo richiederebbe e potrebbe beneficiare di soluzioni alternative di supporto domiciliare, non sta fornendo un intervento realmente centrato sulla persona. Questa scelta, sebbene possa soddisfare la richiesta immediata dell'utente, potrebbe condurre a un isolamento sociale, a una perdita di autonomia e a una diminuzione della qualità della vita a lungo termine, compromettendo il suo benessere globale.¹¹⁹

¹¹⁶ (Graffigna, Riva, Barrello, & Castelnuovo, 2017)

¹¹⁷ (Pomey, Jean-Louis, & Dumez, 2019)

¹¹⁸ (Pomey, Jean-Louis, & Dumez, 2019)

¹¹⁹ (Epstein & Via, Jr, 2011)

La soddisfazione del paziente non è l'unico indicatore di un'assistenza centrata sul paziente. È importante considerare anche altri fattori, come l'appropriatezza delle prescrizioni e la reale comprensione del paziente riguardo alla sua condizione. Inoltre, le misure di valutazione dovrebbero essere progettate in modo da distinguere tra fatti oggettivi e valutazioni soggettive, e i pazienti dovrebbero essere educati su come valutare correttamente l'assistenza ricevuta.¹²⁰

Quando parliamo di 'paziente', è fondamentale considerare non solo l'individuo affetto dalla malattia, ma anche il suo nucleo familiare e i caregiver. La malattia, infatti, ha un impatto profondo non solo sulla persona malata, ma su tutto il suo sistema di relazioni, influenzando la vita quotidiana e il benessere psicologico di coloro che gli stanno accanto.¹²¹ Un metodo centrato sulla persona deve necessariamente considerare l'intero contesto familiare e sociale.

In questo senso, coinvolgendo attivamente il paziente nella definizione del suo percorso di cura, i professionisti sono in grado di co-progettare soluzioni innovative e flessibili, che rispondano in modo efficace e tempestivo ai suoi bisogni.¹²² Questo approccio, oltre a migliorare la qualità percepita dell'assistenza, favorisce lo sviluppo di un modello di *case management* sempre più orientato alla persona.

All'interno di questo contesto, il case manager (gestore del «caso» clinico)¹²³ emerge come una figura chiave. Egli, infatti, si occupa di progettare e coordinare percorsi assistenziali altamente personalizzati per pazienti complessi, tenendo conto non solo degli aspetti clinici, ma anche dei bisogni sociali e psicologici.¹²⁴ Viene individuato come un *lifestyle medicine case manager nurse (LMCMN)*,

¹²⁰ (Epstein & Via, Jr, 2011)

¹²¹ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020) pag. 88 Esempio: «quando un individuo sviluppa un'importante patologia potrebbe essere necessario interrompere o lasciare il lavoro e tale evento ha conseguenze anche per i componenti del nucleo, influenzando le loro decisioni. In particolare, sono più frequentemente le donne ad abbandonare il lavoro per farsi carico della cura dei familiari malati, degli anziani e dei disabili, sperimentando per questa ragione un maggiore rischio anche per la propria salute. Gli effetti dell'assistenza si estendono ben oltre la durata temporale in cui questa viene fornita, accrescendo la probabilità di cadere in povertà nelle fasi di vita successive e aumentando, inoltre, il rischio di futuri problemi di salute.» pag.88 *Cap. 2 Salute e corsi di vita Corsi di vita e salute: Approcci e Principi (Vite collegate)*

¹²² (Del Bene, 2000)

¹²³ (Trincherò, 1999)

¹²⁴ (Trincherò, 1999)

concentrandosi sulla prevenzione e sul benessere generale delle persone, adottando un approccio centrato sullo stile di vita. Studi dimostrano che patologie croniche come il diabete di tipo 2, le malattie cardiovascolari e il cancro possono essere prevenute o gestite in modo più efficace attraverso cambiamenti nello stile di vita. Questo approccio può ridurre l'incidenza di queste malattie e le loro complicazioni di circa l'80%, migliorando significativamente l'aspettativa di vita dei pazienti.¹²⁵ Attualmente, in Italia, la figura dell'Infermiere Case Manager non ha una regolamentazione specifica, ma richiede competenze specialistiche nel contesto clinico di riferimento. Dal 2015, la FNOPI ha introdotto un nuovo modello di sviluppo professionale per gli infermieri, che prevede l'acquisizione di competenze cliniche avanzate, esperte e specializzate, suddivise in due assi: clinico (cura del paziente) e gestionale (gestione delle risorse).¹²⁶

La rilevazione dei bisogni sociali costituisce una preconditione fondamentale per la successiva progettazione e implementazione di un intervento di case management, in quanto orienta la definizione del successivo piano assistenziale e di dimissione.¹²⁷

Comprendere le sfide che il paziente affronta nella sua vita quotidiana, come le difficoltà economiche, l'isolamento sociale o le barriere all'accesso ai servizi e nel proprio domicilio, permette di individuare e affrontare le cause alla base delle cronicizzazioni e di migliorare la qualità della vita del paziente.¹²⁸ Ad esempio, un paziente diabetico con difficoltà economiche potrebbe non essere in grado di acquistare i farmaci necessari o di seguire una dieta equilibrata, compromettendo il controllo della malattia. Il case manager, attraverso una valutazione accurata dei bisogni sociali, può attivare servizi di supporto, come l'assistenza domiciliare o l'erogazione di aiuti economici, contribuendo a migliorare l'aderenza alla terapia e a

¹²⁵ (Cangelosi, et al., 2024)

¹²⁶ Comunicato Stampa - Infermiere specialista: il modello dell'Ipasvi - 4 luglio 2015 in (Cangelosi, et al., 2024)

¹²⁷ (Trincherò, 1999)

¹²⁸ (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021) in Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 "il DPCM 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita."

prevenire complicanze.¹²⁹ Questo approccio può diventare una chiave nell'implementazione del value-based healthcare, affrontato nel secondo capitolo.

3.2 Obiettivo della rilevazione: come la rilevazione può essere integrata negli strumenti di management efficace

Se da un lato la rilevazione dei bisogni sociali durante gli incontri di assistenza sanitaria rappresenta un primo passo verso una presa in carico olistica del paziente, dall'altro è necessario interrogarsi sull'impatto di questa attività in assenza di un successivo intervento da parte dell'assistente sociale. In altre parole, chiedere al paziente se ha bisogno di supporto sociale senza offrire un percorso di accompagnamento e di sostegno concreto equivale a un vero e proprio intervento? Questa domanda è cruciale per valutare l'efficacia delle strategie di integrazione sociosanitaria e per definire il ruolo dell'assistente sociale all'interno del team multidisciplinare.¹³⁰ Raccogliere dati sui bisogni sociali senza utilizzarli per pianificare interventi può essere considerato uno spreco di risorse e di tempo.

Nonostante le limitazioni metodologiche degli studi attuali¹³¹, l'evidenza suggerisce che l'integrazione della rilevazione sociale negli strumenti di management sanitario può portare a miglioramenti significativi negli esiti di salute dei pazienti.¹³²

Ad esempio, il programma pilota di Durham, nella Carolina del Nord, ha dimostrato come l'intervento sui bisogni abitativi dei pazienti senza dimora abbia portato a una riduzione dei ricoveri ospedalieri, dei giorni di degenza e dei costi sanitari.¹³³ Tale programma ha dimostrato che il reporting sociale può migliorare i risultati di salute dei pazienti, ma l'obiettivo è anche dimostrare come l'integrazione sistematica di questa pratica negli strumenti di gestione sanitaria possa portare a miglioramenti significativi e misurabili nella qualità dell'assistenza e nell'efficienza del sistema.

¹²⁹ (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021)

¹³⁰ (National Academies of Sciences, Medicine Division e Committee, 2019)

¹³¹ Le politiche sanitarie volte a incentivare l'attenzione ai determinanti sociali della salute negli ospedali, sebbene ben intenzionate, non si traducono sempre in risultati concreti e uniformi sul territorio. (Rangachari, et al., 2024)

¹³² (Crook, et al., 2021)

¹³³ (Crook, et al., 2021)

Una strategia plausibile si basa sul concetto di *focused factory*, che si è dimostrato efficace nel settore manifatturiero: “centri di cura” specializzati nell’identificazione e nella risposta ai bisogni sociali dei pazienti, concentrandosi su particolari risorse e abilità.¹³⁴ Skinner afferma che questo metodo si concentra sulla semplificazione, replicazione e omogeneizzazione dei compiti, portando alla creazione di competenze e al miglioramento della qualità del servizio.¹³⁵ Il modello di Bredenhoff e al., nel 2010, è stato applicato al settore sanitario, portando alla creazione di centri di cura specializzati in malattie specifiche o gruppi di pazienti con esigenze simili. La letteratura ha sottolineato gli impatti positivi di questo approccio sia sotto l’aspetto economico che qualitativo. Mcdermott afferma che dando priorità alla conoscenza e concentrandosi su bisogni sociali specifici possiamo ottimizzare l’allocazione delle risorse, migliorare le prestazioni, ridurre i costi e, in definitiva, migliorare i risultati sulla salute dei pazienti. Questa tesi cerca di illustrare come un modello di “*fabbrica focalizzata*” per il rilevamento sociale possa essere una strategia di successo per la gestione sanitaria, migliorando la qualità delle cure, riducendo i costi e promuovendo una prospettiva più ampia sul benessere dei pazienti.¹³⁶

In linea con quanto detto, lo studio innovativo condotto si concentra sulla rilevazione dei bisogni sociali nei reparti con pazienti fragili; dalla ricerca bibliografica effettuata sono poco presenti evidenze scientifiche analoghe; quindi, i risultati ottenuti possono fornire in maniera più o meno esaustiva elementi che ancora non erano stati esplorati.

Come già evidenziato, ogni fase del processo sanitario dovrebbe essere analizzata e considerata fondamentale, poiché il valore complessivo del ciclo di cura dipende da come le diverse componenti interagiscono tra loro e contribuiscono a raggiungere un obiettivo comune: migliorare la salute del paziente.¹³⁷ Un approccio sistematico della rilevazione dei bisogni sociali nel processo di cura può potenziare la capacità dei

¹³⁴ (Laratro, Rizzo, & Villa, 2024)

¹³⁵ (Leung, 2000)

¹³⁶ (Laratro, Rizzo, & Villa, 2024)

¹³⁷ Overall, value arises from the integration of care across the entire chain, not just from improving each individual intervention or service. The CDVC highlights that the value of the cycle of care is not simply the sum of the parts, since improvements in discrete activities can often improve value system-wide. (Porter, 2013)

professionisti sanitari di affrontare le specifiche esigenze dei pazienti, creando un ponte tra sistemi sanitari, servizi sociali e comunità.¹³⁸

Inoltre, l'integrazione della rilevazione dei bisogni sociali potrebbe rivelarsi una strategia efficace per prevenire il fenomeno dei ricoveri multipli, ovvero quelle situazioni in cui i pazienti fragili ricorrono a ricoveri ospedalieri in modo ravvicinato e ripetuto nel tempo. Tali situazioni presentano un insieme di prestazioni sanitarie ospedaliere che, in molti casi, si configurano come una risposta a una carenza di alternative sociosanitarie o di cura intermedie, spostandosi all'interno dell'ambito sanitario casi che, teoricamente, non dovrebbero essere gestiti in questo contesto.¹³⁹

L'implementazione quotidiana di questa pratica ha come obiettivo principale la definizione di un processo formale per lo screening, prevenire i cd. ricoveri multipli e rendere tempestivo l'invio di segnalazioni, contribuendo a un'assistenza più completa.

Negli Stati Uniti si sono implementati diversi modelli come L'*Accountable Health Communities Model* (AHCM), modello federale adottato dagli ospedali americani per ridurre i costi sanitari, affrontando i determinanti sociali della salute, come l'insicurezza abitativa e alimentare, la violenza e le difficoltà di trasporto. L'AHCM supporta la valutazione dei bisogni sociali dei pazienti e facilita il loro accesso a servizi comunitari adeguati, ma non fornisce finanziamenti diretti per questi servizi. Mira a costruire un'infrastruttura che colleghi i diversi settori, garantendo che i servizi da essi forniti siano accessibili ed efficaci.¹⁴⁰

Il Next Generation ACO Model è un altro modello federale basato sull'esperienza di precedenti iniziative. Le ACO (*Accountable Care Organizations*) sono gruppi di operatori sanitari che collaborano per fornire un'assistenza coordinata di alta qualità ai beneficiari dell'assicurazione. Il modello fornisce incentivi finanziari e strumenti per il coinvolgimento del paziente e la gestione dell'assistenza, con l'obiettivo di ridurre i costi e migliorare i risultati sanitari.¹⁴¹

L'obiettivo della rilevazione dei bisogni sociali negli ospedali dovrebbe allinearsi a questi modelli, mirando a una presa in carico globale del paziente che consideri non

¹³⁸ (Fiori, et al., 2024)

¹³⁹ (Fosti, Longo, Notarnicola, Pirazzoli, & Rotolo, 2017)

¹⁴⁰ (Sullivan, 2019)

¹⁴¹ (Sullivan, 2019)

solo gli aspetti clinici, ma anche i determinanti sociali che influiscono sulla sua salute. In questo modo, si può garantire un'assistenza più efficace, personalizzata e sostenibile, in linea con l'approccio value-based healthcare.

L'aumento delle responsabilità e dell'autonomia degli operatori socio-sanitari, in particolare degli infermieri, rappresenta una criticità a causa del maggior carico di lavoro, ma allo stesso tempo costituisce un vantaggio competitivo. Questa maggiore autonomia, in linea con il modello di Primary Nursing¹⁴², favorisce una presa in carico completa del paziente, garantendo un'assistenza personalizzata e una continuità assistenziale. Un esempio a sostegno di questa tesi è rappresentato dall'individuazione di difficoltà economiche o barriere linguistiche che possono ostacolare l'accesso del paziente a cure e terapie adeguate. In questi casi, un intervento tempestivo volto a fornire supporto sociale ed economico o servizi di interpretariato può fare la differenza nel garantire un percorso di cura efficace e completo, contribuendo in modo determinante al benessere e alla guarigione del paziente. A titolo esemplificativo, l'identificazione di problematiche correlate all'assenza di supporto al caregiver può rivelarsi fondamentale per il miglioramento dell'assistenza globale al paziente. Se questa persona non ricevesse il supporto necessario, potrebbe non riuscire a prendersi cura del paziente in modo efficace. Identificare e risolvere questi problemi può quindi fare una grande differenza nella qualità dell'assistenza che il paziente riceve. Un caregiver riposato e supportato sarà in grado di fornire un'assistenza più efficace e attenta alla persona assistita.

¹⁴² (La Torre, 2016) nell'articolo si cita quanto segue: «Da sottolineare che in tale processo l'incompetenza relazionale è tanto grave quanto quella clinica poiché riveste un ruolo di fondamentale importanza: bisogna approcciarsi al paziente con una "presenza intenzionale" per dargli la percezione di essere interamente connessi con lui nel suo processo di cura e di affidamento in cura con gli altri professionisti presenti nel team. In questo frangente Marie Manthey ha ricordato quanto fosse fondamentale ribadire l'importanza della nobiltà, come sancito da Florence Nightingale, della scienza infermieristica poiché spetta all'infermiere renderla nobile. Bisogna perciò essere consapevoli di essere nobili, di essere infermieri e di interagire con persone vulnerabili e rendere questo privilegio come un imperativo nella nostra professione così che la generazione futura possa capire che questa ricchezza diventi parte integrante della nostra professione.»

3.3 Benessere e Ricovero: Un'Analisi dei Bisogni Sociali e delle Disparità Territoriali nella Sanità Italiana

La presente ricerca mira a introdurre l'efficacia del questionario "Rilevazione Sociale" nell'identificare precocemente i bisogni sociali non soddisfatti tra i pazienti ricoverati presso l'AST di Ascoli Piceno, distretto San Benedetto del Tronto. Si ipotizza che l'utilizzo sistematico di tale strumento possa contribuire a un'assistenza più olistica e personalizzata, migliorando la qualità percepita dell'assistenza, ottimizzando l'utilizzo delle risorse e segnalando tempestivamente i casi più complessi, al fine di attivare percorsi assistenziali più adeguati.

La somministrazione di questionari specifici in terza giornata di degenza ha permesso di esplorare bisogni non strettamente clinici, ma potenzialmente cruciali per il benessere e il percorso di cura del paziente.

L'analisi dei dati raccolti durante la ricerca sul campo mira a identificare correlazioni significative tra bisogni sociali ed episodi di cura evitabili, fornendo una strada da seguire per lo sviluppo di interventi mirati e strategie preventive. Questa esperienza rappresenta un passo fondamentale verso un modello di assistenza più olistico, in cui la rilevazione dei bisogni sociali diventa parte integrante del processo di cura, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza e l'efficienza del sistema sanitario.

Questo potrebbe stimolare l'organizzazione a innovare la propria offerta di servizi, integrando interventi sociali e sanitari e promuovendo un modello di assistenza più sostenibile.¹⁴³

Ad esempio, l'insicurezza abitativa può portare a difficoltà nel seguire le terapie prescritte, nel mantenere una corretta alimentazione e nella cura di sé dopo la dimissione, aumentando il rischio di complicanze e riacutizzazioni che richiedono il ricovero ospedaliero. Allo stesso modo, l'insicurezza alimentare, ovvero la mancanza di accesso a cibo sano e sufficiente, può compromettere la salute generale e la capacità

¹⁴³ (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2017) "Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio (Art. 22)."

di recupero, rendendo i pazienti più vulnerabili a malattie; l'isolamento sociale può avere un impatto negativo sulla salute mentale e fisica, aumentando il rischio di depressione, ansia e altre patologie che possono richiedere il ricovero in ospedale. In alcuni casi, indagare se il paziente ha un supporto dalla rete familiare o meno può rivelare il vero motivo del ricovero, evidenziando una necessità di sostegno sociale piuttosto che un problema strettamente clinico. Allo stesso modo, le difficoltà di trasporto possono impedire ai pazienti di accedere alle cure necessarie, portando a un peggioramento delle condizioni di salute e alla necessità di ricoveri urgenti. In questi casi, il ricovero potrebbe essere una conseguenza indiretta della mancanza di accesso ai servizi sanitari, piuttosto che una necessità clinica primaria. Infine, le difficoltà finanziarie possono portare i pazienti a rinunciare a cure o farmaci necessari, aumentando il rischio di complicanze e ricoveri ospedalieri. In questi casi, la collaborazione con gli assistenti sociali può essere fondamentale per valutare e gestire le difficoltà economiche dei pazienti.¹⁴⁴

Questi aspetti, tuttavia, si inseriscono in un contesto più ampio e complesso, che merita un'analisi approfondita a livello regionale ma idealmente anche a livello individuale, considerando le specificità di ciascun caso. L'utilizzo dei servizi ospedalieri da parte degli anziani in Italia presenta infatti notevoli disparità territoriali, spesso in contrasto con la programmazione sanitaria.

Da tenere in considerazione è la *distribuzione dei fondi regionali* destinati ai servizi sociali e socio-sanitari possa variare notevolmente, non solo tra le regioni, ma anche all'interno delle singole regioni. Sebbene i vincoli e le modalità di trasferimento delle risorse (unitario o frammentato) siano generalmente uniformi a livello regionale, i soggetti destinatari dei fondi cambiano in base alle scelte locali. Questi possono includere il comune capofila, singoli comuni, aziende speciali, o le ASL. Tale differenziazione crea difficoltà nella gestione a livello regionale, poiché è necessario

¹⁴⁴ (Ordine degli Assistenti Sociali - Consiglio Nazionale, 2024) « Il Servizio Sociale nell'ospedale ha un ruolo di mediazione tra la spinta dell'organizzazione ospedaliera orientata alla soluzione rapida delle situazioni che bloccano la dimissione e la necessità di sostenere le fragilità sociali e personali che raramente sono risolvibili negli stessi tempi; un ruolo che spesso assume la funzione di case manager con interventi che possono risolversi in breve tempo o interventi più complessi, che richiedono un delicato, e spesso articolato, lavoro di rete interno-esterno.»

trovare un equilibrio tra l'autonomia territoriale e la garanzia di servizi uniformi per la popolazione.

Alcune regioni hanno adottato strategie di coordinamento tra i livelli di governance regionale e locale per mantenere un certo grado di uniformità. Un esempio è la riserva di una quota dei fondi, generalmente tra il 7% e il 10%, per sostenere aree con maggiori difficoltà o carenze di risorse, come avviene in Toscana.¹⁴⁵ Tuttavia, esperimenti di gestione associata dei fondi non sempre hanno avuto successo: in alcune regioni, come le Marche o il Friuli, il trasferimento unitario delle risorse verso un unico ente territoriale ha incontrato resistenze locali, con i comuni che preferivano gestire direttamente la propria quota (Pisani, 2023).

In alcune regioni, l'accesso limitato ai servizi di assistenza, potenzialmente legato a difficoltà economiche o alla scarsità di risorse territoriali, può portare gli anziani a rinunciare a cure necessarie, aumentando il rischio di ricoveri inappropriati. Al contrario, in altre aree si osserva un sovrautilizzo dei servizi ospedalieri, anche quando sarebbero disponibili alternative come l'assistenza domiciliare o le cure intermedie.¹⁴⁶

Questa tendenza potrebbe essere influenzata da fattori socioeconomici, come la mancanza di supporto familiare o la difficoltà di accesso a servizi territoriali adeguati.¹⁴⁷

Ultimamente si sta assistendo ad una richiesta di maggiore autonomia da parte delle Regioni in ambiti che influenzano la salute pubblica, come l'ambiente, il lavoro, l'alimentazione e i trasporti¹⁴⁸, che può essere interpretata come un tentativo di adottare un approccio più ampio e integrato alla promozione della salute, in linea con

¹⁴⁵ (Pisani, 2023)

¹⁴⁶ (Fosti, Longo, Notarnicola, Pirazzoli, & Rotolo, 2017) "Le diverse Regioni definiscono nel loro insieme un panorama molto variegato ed eterogeneo in termini di geografia dell'offerta e copertura del bisogno, di cui la rete dei servizi sociosanitari rappresenta solo la punta dell'iceberg. Alla base di questo iceberg la letteratura (Gori e Rusmini, 2015) è concorde nell'individuare due fenomeni che insieme consentono nei fatti la tenuta del sistema italiano: da un lato l'auto-organizzazione delle famiglie e il ricorso a servizi di «badantato» o altri servizi più o meno formalizzati di assistenza al domicilio; dall'altro il ricorso a servizi sanitari (per acuti e cure intermedie) per tamponare situazioni di emergenza o di temporanea gravità assistenziale che rende impossibile l'autogestione delle famiglie e che porta a fenomeni di ricovero ripetuto e lungodegenze (talvolta improprie)." Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi." (pag.249)

¹⁴⁷ (Fosti, Longo, Notarnicola, Pirazzoli, & Rotolo, 2017)

¹⁴⁸ (Legge 26 giugno 2024, n. 86) Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

il concetto di “capacità”. Il concetto di “capacità” come strumento di valutazione del benessere e delle politiche sociali si allinea perfettamente con l’approccio olistico alla salute discusso in precedenza. La rilevazione dei bisogni sociali, infatti, mira proprio a identificare e affrontare quelle problematiche che possono limitare la libertà e il benessere degli individui, compromettendo la loro capacità di vivere una vita soddisfacente;¹⁴⁹ Si inserisce perfettamente in questa prospettiva, fornendo uno strumento essenziale per identificare e affrontare le problematiche che impediscono alle fasce più vulnerabili di accedere adeguatamente ai servizi socio-sanitari. Inoltre, consente di determinare le aree che richiedono maggiore attenzione e intervento da parte del personale sanitario, facilitando l’attivazione di un’integrazione socio-sanitaria più efficace.¹⁵⁰

Solo attraverso un’azione coordinata e sensibile alle specificità territoriali e individuali, sarà possibile costruire un sistema sanitario più equo, efficiente e in grado di soddisfare i reali bisogni della popolazione. È fondamentale ricordare che la spesa per la salute non è un mero costo sanitario, ma un investimento con un impatto sociale ed economico significativo.¹⁵¹ La malattia non solo impedisce alle persone di lavorare e consumare, ma spesso riduce anche la produttività dei loro familiari. Questo sottolinea ulteriormente l’importanza di integrare la rilevazione dei bisogni sociali nei processi sanitari, al fine di promuovere un approccio olistico alla salute e favorire il benessere complessivo della società.¹⁵²

3.4 Descrizione metodologica e degli strumenti utilizzati

Nonostante l’importanza crescente della rilevazione dei bisogni sociali in ambito sanitario, non esiste ancora un consenso unanime su come, quanto spesso e a quali

¹⁴⁹ (Cartebellotta, Mosti, Cottafava, & Luceri, 2023)

¹⁵⁰ (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2017) “Il Servizio sanitario nazionale garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.” (Art.21, 2 comma)

¹⁵¹ (Borgonovi, Elio, 2000)

¹⁵² (Ibidem)

pazienti somministrare lo screening. Attualmente, questa pratica viene implementata in diversi contesti, con diverse popolazioni e modalità, e da una varietà di figure professionali.¹⁵³ Tuttavia, l'approccio selettivo, basato su dati e percezioni sociodemografici, rischia di compromettere la fiducia dei pazienti e di accentuare disuguaglianze e discriminazioni.¹⁵⁴ Quando si parla di "dati e percezioni" si intende che, a volte, le decisioni su chi sottoporre a screening non si basano su dati scientifici precisi, ma su preconcetti o stereotipi.¹⁵⁵ Ad esempio, si potrebbe pensare che tutti i pazienti provenienti da un certo quartiere abbiano bisogno di aiuto economico, senza verificare caso per caso. Tuttavia, concentrare la rilevazione dei bisogni sociali solo su determinati reparti, come riporta tale ricerca, anche se motivata da buone intenzioni, rischia di semplificare eccessivamente una realtà molto complessa.

La maggior parte degli studi citati, come quello del Missouri nel 2018¹⁵⁶, si focalizza su gruppi a basso reddito, riducendo la capacità di generalizzare i risultati ad altre fasce della popolazione.¹⁵⁷ Inoltre, numerose ricerche potrebbero essere migliorate attraverso l'impiego di gruppi di controllo più robusti, campioni di dimensioni maggiori e approcci analitici più sofisticati per affrontare le potenziali influenze esterne. In linea con questo, concentrandosi su un solo reparto, si rischia di trascurare le diverse sfumature del bisogno e di etichettare alcuni reparti come "a rischio" e altri come "sicuri".

Per 'reparto ospedaliero' si intende un'unità specifica all'interno di un ospedale dedicata a un particolare tipo di cura o specialità medica, come cardiologia, chirurgia, pediatria, o oncologia. Ogni reparto è strutturato per gestire i bisogni particolari dei pazienti che vi sono ricoverati, con personale medico e infermieristico specializzato, attrezzature adeguate, e protocolli di cura specifici; All'interno di un reparto, si sviluppa un processo complesso e dinamico che coinvolge diverse aree di degenza a differente intensità clinico-assistenziale, in base alle necessità dei pazienti.

¹⁵³ (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021)

¹⁵⁴ (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021)

¹⁵⁵ (Garg & Boynton-Jarrett, 2016)

¹⁵⁶ (Kreuter, et al., 2020)

¹⁵⁷ (Taylor, et al., 2016)

Uno studio condotto negli Stati Uniti¹⁵⁸ descrive i risultati di uno studio sugli anziani iscritti a Medicare Advantage¹⁵⁹, focalizzandosi sull'impatto dei determinanti sociali della salute (HRSN - Health-Related Social Needs) sull'utilizzo dei servizi sanitari. In sintesi, la ricerca ha rilevato che molti anziani auto-riferiscono almeno un HRSN, e che questi bisogni sociali non soddisfatti (come tensioni finanziarie, difficoltà di trasporto, insicurezza abitativa e alimentare) sono associati a un aumento delle ospedalizzazioni e delle visite al pronto soccorso, sia evitabili che non.

Nella “discussione”, gli autori sottolineano che circa la metà degli anziani iscritti a Medicare Advantage ha riportato almeno un HRSN, indipendentemente da caratteristiche come doppia idoneità (che significa essere idonei sia a Medicare che a Medicaid) o disabilità. Ciò significa che, anche se determinati gruppi (come i disabili o i più poveri) hanno una maggiore probabilità di avere questi bisogni, i problemi legati agli HRSN sono diffusi anche tra i beneficiari Medicare Advantage che non appartengono a queste categorie.

Inoltre, La maggior parte degli studi citati, come quello del Missouri nel 2018¹⁶⁰, si focalizza su gruppi a basso reddito, riducendo la capacità di generalizzare i risultati ad altre fasce della popolazione.¹⁶¹ Inoltre, numerose ricerche potrebbero essere migliorate attraverso l'impiego di gruppi di controllo più robusti, campioni di dimensioni maggiori e approcci analitici più sofisticati per affrontare le potenziali influenze esterne.

In conclusione, lo studio raccomanda di implementare lo screening degli HRSN tra tutti gli anziani, non solo tra i gruppi specifici ad alto rischio, e suggerisce che affrontare questi bisogni potrebbe ridurre l'utilizzo delle cure acute e migliorare la salute complessiva della popolazione.

Nelle ricerche analizzate da Giarelli, Genova e Moretti, è prevalente l'adozione di una varietà di strumenti metodologici in linea con la teoria della coproduzione, che

¹⁵⁸ (Canterberry, et al., 2022)

¹⁵⁹ Medicare Original include due parti principali: la Parte A (copertura ospedaliera) e la Parte B (copertura medica); si può aggiungere anche una parte D per la copertura dei farmaci. Medicare Advantage, invece, è un'alternativa che combina in un unico pacchetto le coperture delle Parti A, B e spesso anche D.

¹⁶⁰ (Kreuter, et al., 2020)

¹⁶¹ (Taylor, et al., 2016)

pone l'accento sul coinvolgimento attivo degli individui.¹⁶² Tra i metodi più utilizzati figurano le interviste (22 casi), oltre ai workshop e meeting. Un terzo degli studi (10 casi) impiega la tecnica dell'Experiential-based Co-Design (EBCD). Altre tecniche comunemente citate includono i focus group (9 casi), i questionari (8 casi), e la mappatura tramite schede di rilevamento.¹⁶³

In linea con l'obiettivo di promuovere un'assistenza sanitaria equa e inclusiva, la presente indagine sociale ha adottato un approccio universale, somministrando questionari a tutti i pazienti ricoverati nei reparti selezionati, indipendentemente dalle loro caratteristiche individuali. La scelta di focalizzarsi su reparti specifici, tra cui neurologia, geriatria e lungodegenza, cardiologia, ortopedia, medicina generale e chirurgia, è stata motivata dalla presenza di pazienti complessi con molteplici problematiche, rendendo questi reparti particolarmente rilevanti per l'indagine dei bisogni sociali.

Sebbene inizialmente si fosse considerata l'inclusione del reparto d'urgenza e dei cosiddetti "frequent user" nello studio, le difficoltà logistiche legate alla necessità di essere presenti al momento dell'accesso al pronto soccorso hanno reso questa opzione impraticabile. Nonostante i limiti di tempo imposti dal tirocinio, che hanno impedito l'estensione dello screening a tutti i reparti dell'ospedale, si è cercato comunque di garantire una rappresentatività adeguata della popolazione ricoverata, concentrandosi su aree ad alta complessità assistenziale, anche se questa scelta può rafforzare stereotipi e pregiudizi.

Per comprendere in profondità il fenomeno, è stata adottata una tecnica di ricerca basata sull'osservazione partecipante che richiede a chi la conduce di passare un periodo di tempo sufficientemente prolungato, e a stretto contatto con il fenomeno prescelto, per giungere a una comprensione profonda delle sue specificità.¹⁶⁴

Nella fase iniziale del tirocinio, è stato progettato un questionario adattato alle esigenze specifiche, basandosi sulla struttura e i criteri delineati dalla scheda di valutazione SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone

¹⁶² (Giarelli, Genova, & Moretti, 2023)

¹⁶³ (Giarelli, Genova, & Moretti, 2023)

¹⁶⁴ (Semi, 2010)

Adulte e Anziane).¹⁶⁵ La raccolta dati è stata avviata successivamente all'individuazione dei pazienti ricoverati nei giorni III/V, tramite l'utilizzo della piattaforma digitale NBS, che forniva un elenco completo dei pazienti ricoverati in ciascun reparto, indicando anche la data di ammissione.

Una fase test preliminare ha permesso di somministrare i questionari e raccogliere i primi feedback dai pazienti, sulla base dei quali sono state apportate le necessarie modifiche. Chiedere le domande strutturate e valutando le modalità di somministrazione può aiutare a garantire che il questionario sia culturalmente sensibile e rilevante. Successivamente, si è proceduto con la fase applicativa, durante la quale le domande sono state somministrate direttamente al paziente o, in caso di impossibilità, al familiare o al caregiver.

I questionari si sono concentrati sull'ambito abitativo, familiare, relazionale, sulla socializzazione e sulla competenza informatica, considerata una nuova forma di fragilità nell'era digitale.

Inoltre, ai pazienti è stata offerta la possibilità di partecipare a un follow-up telefonico post-dimissione per approfondire le loro esperienze e necessità. Purtroppo, solo una piccola percentuale di pazienti ha aderito a questa fase.

Per garantire il rispetto della privacy e la protezione dei dati personali, come richiesto dal GDPR¹⁶⁶, i questionari sono stati progettati e somministrati in forma anonima, identificando ciascun questionario con un numero progressivo unico. Un modulo ritagliabile presente nel questionario consentiva di concordare un appuntamento telefonico successivo, durante il quale il partecipante avrebbe dovuto fornire l'ID del questionario come riferimento. Questo approccio mirava a ottenere una comprensione più dettagliata dell'esperienza del paziente durante e dopo il ricovero, promuovendo un coinvolgimento attivo nel proprio percorso di cura. La scelta di escludere domande aperte è stata dettata dalla necessità di proteggere l'identità dei partecipanti e di creare un ambiente confidenziale in cui rispondere.

¹⁶⁵ La Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano - SVAMA riassume tutte le informazioni, sotto il profilo sanitario e socioassistenziale nonché delle abilità residue, utili a descrivere le condizioni della persona per la quale si valutano i bisogni sociali e assistenziali. (Regione del Veneto- DGR n. 2961, 2012)

¹⁶⁶ GDPR - Regolamento 2016/679

Il campione dello studio è composto da 106 pazienti ricoverati nei reparti suddetti presso l'AST di Ascoli Piceno dal 29 gennaio al 19 febbraio 2024. Sono stati inclusi nello studio pazienti di età compresa tra 14 e 100 anni, ricoverati dalla terza alla quinta giornata di degenza, in grado di comprendere e rispondere al questionario. Sono stati esclusi i pazienti in condizioni cliniche instabili, non coscienti o affetti da disturbi cognitivi che impedissero la compilazione del questionario; alcuni pazienti lo hanno compilato autonomamente, mentre ad altri le domande sono state poste direttamente.

Nonostante lo studio sia stato condotto in un contesto e in un tempo limitato, si prevede che sarà replicato in altri contesti per testare la fattibilità di questo modello in diversi scenari.

Nel prossimo capitolo, si approfondirà la struttura del questionario utilizzato nello studio, esaminando i diversi aspetti affrontati. Si analizzeranno, inoltre, i bisogni sociali emersi dalle risposte dei pazienti, mettendo in luce le ricadute che questi hanno sulla loro salute. Questo permetterà di definire un percorso di miglioramento continuo, sempre più orientato alle esigenze dei pazienti.

Capitolo 4

IDENTIFICAZIONE DEI PRINCIPALI BISOGNI

Come precedentemente discusso, la salute è un concetto multidimensionale che trascende l'ambito puramente biologico.¹⁶⁷ È fondamentale adottare una prospettiva olistica che, oltre all'aspetto clinico, tenga conto dei fattori socio-economici e ambientali che spesso sfuggono al sistema sanitario nazionale.¹⁶⁸

In questa prospettiva, la malattia non è solo un evento biologico, ma un'esperienza complessa che coinvolge l'intera persona e il suo contesto di vita.¹⁶⁹ La letteratura scientifica già citata, riconosce l'importanza dei bisogni sociali nel determinare lo stato di salute.¹⁷⁰

Questa ricerca, condotta su un campione di 105 pazienti, conferma tale evidenza e fornisce dati empirici utili per orientare tale pratica.

La selezione degli intervistati è avvenuta consultando quotidianamente l'elenco dei pazienti ricoverati. Sono stati inclusi nello studio i pazienti alla 3^a, 4^a o 5^a giornata di degenza.

I risultati ottenuti sottolineano la necessità di integrare le valutazioni dei bisogni sociali nei percorsi assistenziali, al fine di migliorare la qualità delle cure e la soddisfazione dei pazienti.¹⁷¹

Tale capitolo è dedicato all'analisi dettagliata dei bisogni sociali emersi dai dati raccolti attraverso il questionario. Il questionario, articolato in diverse sezioni, ha

¹⁶⁷ (OMS, 1948)

¹⁶⁸ «La complessità delle tematiche trattate, che spaziano dalle dinamiche sociali, agli aspetti ecologici, alle dinamiche ambientali e climatiche, impongono la necessità di adottare sempre di più una strategia globale per la tutela della salute, dell'ambiente e del clima che deve fondarsi su un approccio convergente e multisettoriale al fine di assicurare ambienti sicuri e accessibili secondo principi di equità e di sostenibilità» (Messeri, 2022)

¹⁶⁹ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

¹⁷⁰ (Fiori, et al., 2024) «In recent years, health systems have expanded their focus from access and quality of health care to include screening for and addressing HRSNs, which can influence more than 50% of a patient's health»

¹⁷¹ (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021)

permesso di raccogliere un ampio spettro di informazioni, sia di tipo socio-demografico (età, sesso, stato civile) sia relative alle necessità assistenziali specifiche dei pazienti (beneficiari Legge 104, presenza di caregiver) e alle cure di follow-up.

L'analisi approfondita di questi dati ci permetterà di identificare i bisogni sociali più comuni e di delineare un profilo dettagliato dei pazienti che ne fanno maggiormente richiesta. I risultati ricerca hanno evidenziato come un numero significativo di pazienti presenti bisogni sociali non soddisfatti.

4.1 Struttura del questionario: bisogni socio-assistenziali

Lo strumento di rilevazione utilizzato in questa ricerca è un questionario appositamente progettato per indagare i bisogni dei pazienti.¹⁷²

L'implementazione di screening per i bisogni sociali negli ambienti sanitari è ancora relativamente limitata. Solitamente, questo tipo di screening viene effettuato durante le visite mediche, ma rischia di essere trascurato poiché l'attenzione è spesso concentrata principalmente sugli aspetti clinici.¹⁷³ Nella pratica corrente, lo screening dei bisogni sociali avviene di persona e, in alcuni casi, attraverso modalità alternative come sondaggi online.¹⁷⁴

La scelta di utilizzare un questionario cartaceo, anziché online, è stata motivata dalla consapevolezza che l'interazione faccia a faccia con il paziente offra vantaggi significativi.¹⁷⁵ Innanzitutto, se il paziente riscontra difficoltà nella compilazione, può chiedere assistenza immediata, garantendo così una raccolta dati più accurata. In secondo luogo, la conversazione diretta consente al paziente di condividere ulteriori dettagli e informazioni che potrebbero non emergere attraverso altri metodi di raccolta.¹⁷⁶ Questo approccio favorisce una comprensione più completa e dettagliata delle necessità del paziente, permettendo di rilevare elementi importanti per la gestione che potrebbero altrimenti sfuggire. Infatti, nell'ultimo capitolo vengono riportate

¹⁷² In allegato il questionario somministrato

¹⁷³ (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021)

¹⁷⁴ (Hassan, et al., 2015)

¹⁷⁵ (De Santi & Simeoni, 2013)

¹⁷⁶ (Corbetta, 2003)

alcune considerazioni emerse durante le conversazioni con i pazienti, riguardanti il funzionamento e la qualità della gestione ospedaliera.

L'attuale legislazione, compreso il DM 77/2022, sottolinea l'importanza di conoscere le condizioni cliniche e sociali dei pazienti per determinare le azioni più appropriate da intraprendere. Il DM 77 si basa fortemente sul concetto di *Medicina di Popolazione*, che promuove la salute attraverso modelli di stratificazione e l'identificazione dei bisogni di salute basati sull'analisi dei dati. Questo modello ha l'obiettivo di identificare il livello di rischio del paziente e, conseguentemente, di definire gli interventi personalizzati più adatti da inserire nel *Progetto di Salute*.

Il Progetto di Salute è essenziale per garantire una presa in carico continua e integrata, monitorando costantemente la condizione del paziente e adattando le azioni alle sue necessità; come si cita nell'allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" esso «è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE»¹⁷⁷.

Il DM 77, in particolare, prevede l'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale, il che permetterà di sviluppare un linguaggio uniforme e garantire l'equità di accesso e la coerenza nella presa in carico.

La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso l'utilizzo di algoritmi predittivi, rappresenta uno strumento cruciale per differenziare e personalizzare le strategie di intervento sia a livello di popolazione che nella presa in carico degli assistiti. Questo processo consente di modulare le azioni sanitarie e socioassistenziali in base al livello di rischio, al bisogno di salute e al consumo di risorse di ciascun individuo, assicurando che le risposte siano mirate e appropriate.

Nel questionario di rilevazione sociale elaborato, ogni sezione è strutturata per riflettere questa logica di stratificazione del rischio.

¹⁷⁷ (Gazzetta Ufficiale-Allegato 1 del DM 77/2022, 2022)

I livelli di stratificazione del rischio, che guidano la classificazione del bisogno di salute e dell'intensità assistenziale, sono cruciali per definire le azioni necessarie. I livelli sono indicati nella seguente tabella (Tab.1).

Tabella 1 - Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

(Gazzetta Ufficiale-Allegato 1 del DM 77/2022, 2022)

| | Classificazione del bisogno di salute | Condizione clinica/sociale | Bisogno/intensità assistenziale | Azioni (presa in carico derivante) |
|------------------------------------|---|---|--|--|
| Stratificazione del rischio | I Livello Persona in salute | Assenza di condizioni patologiche | Assenza di necessità assistenziali | Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria |
| | II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo | Assenza di cronicità/fragilità | Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile) | Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita |
| | III livello Persona con complessità clinico assistenziale media | Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali | Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi | Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento |
| | IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale | Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari | Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali | Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali |
| | V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale | Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo | Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale | Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali |
| | VI livello Persona in fase terminale | Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione | Bisogni sanitari prevalentemente palliativi | Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali |

Un paziente classificato al livello IV presenta una complessità clinica significativa, caratterizzata da multimorbilità e potenziali fragilità sociali. Questo profilo richiede un approccio assistenziale altamente personalizzato, che integri diverse competenze professionali e coinvolga sia il paziente che il suo caregiver. Le informazioni raccolte attraverso il questionario ci permettono di identificare con precisione i bisogni specifici di questi pazienti e di offrire un supporto adeguato alle loro necessità.

Questi livelli guidano le azioni di presa in carico e supporto, assicurando un approccio personalizzato e integrato per ciascun paziente. Il Progetto di Salute, attraverso un monitoraggio continuo e una valutazione costante, consente una gestione olistica dei bisogni clinico-sociali, favorendo la continuità e la coerenza degli interventi.¹⁷⁸

I bisogni sociali legati all'alloggio, alle difficoltà finanziarie generali e all'autonomia della persona fragile sono tra i più comuni riscontrati¹⁷⁹, motivo per cui la ricerca ha focalizzato l'attenzione su questi aspetti.

Le Accademie Nazionali di scienze, ingegneria e medicina¹⁸⁰ hanno individuato cinque attività fondamentali per garantire l'integrazione sociale all'interno dei percorsi di cura. Queste attività sono state alla base delle domande incluse nel questionario per la rilevazione dei bisogni sociali dei pazienti, confermando l'importanza di un approccio olistico e proattivo nel contesto ospedaliero.

- La prima attività, “Consapevolezza”, riguarda l'identificazione dei rischi e delle risorse sociali dei pazienti. Questo principio ha ispirato una serie di domande specifiche nel questionario, come quelle relative alle condizioni abitative e alla qualità del contesto urbano in cui vive il paziente. In particolare, è stato chiesto se la zona fosse ben servita da trasporti e servizi, poiché la disponibilità di mezzi di trasporto può influenzare l'accesso alle cure. Questo

¹⁷⁸ (Gazzetta Ufficiale-Allegato 1 del DM 77/2022, 2022)

¹⁷⁹ «Social needs related to housing, food, child care, and general financial strain are among the most common social needs experienced» (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021)

¹⁸⁰ «Le tre Accademie lavorano insieme come National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine per fornire analisi e consigli indipendenti e oggettivi alla nazione e condurre altre attività per risolvere problemi complessi e informare le decisioni di politica pubblica. Le National Academies incoraggiano anche l'istruzione e la ricerca, riconoscono contributi eccezionali alla conoscenza e aumentano la comprensione pubblica in materia di scienza, ingegneria e medicina.» (National Academies of Sciences, Medicine Division e Committee, 2019)

aspetto è cruciale per determinare le risorse sociali di cui un paziente può disporre e individuare le eventuali difficoltà logistiche che potrebbero ostacolare la gestione della salute.

- La seconda attività, “Assistenza”, implica il supporto diretto ai pazienti nel metterli in contatto con risorse di assistenza sociale rilevanti. Nel questionario, è stata esplorata la capacità dei pazienti di accedere fisicamente agli appuntamenti sanitari, e da questo sono derivate domande sull’esenzione per reddito o patologie, se fossero già in possesso della 104, che consentono di capire se i pazienti hanno accesso a misure di sostegno economico che possono agevolare le prestazioni sanitarie. È un esempio di come l’integrazione tra assistenza sociale e sanitaria possa migliorare l’accesso alle cure.
- L’attività di “Advocacy” riguarda la promozione di politiche che facilitino la distribuzione di risorse per rispondere ai bisogni sociali e sanitari. In questo contesto, le domande del questionario sono mirate a comprendere se e come i pazienti e le loro famiglie abbiano accesso a supporti sociali, come il supporto economico, pratico o emotivo. Le informazioni raccolte possono essere utilizzate per promuovere azioni di advocacy, collaborando con organizzazioni di assistenza sociale per migliorare il supporto complessivo offerto ai pazienti.
- L’attività di “Adattamento” si concentra sulla personalizzazione dell’assistenza sanitaria per rispondere ai bisogni specifici dei pazienti. Nel questionario, questa attività si riflette nelle domande che valutano il grado di autonomia del paziente nelle attività quotidiane, ponendo particolare attenzione alla sua capacità di gestire le cure e le esigenze pratiche post-ricovero. Questo permette di identificare aree dove potrebbe essere necessario un adattamento del piano di cura, rendendolo più efficace e sostenibile.
- Infine, l’attività di “Allineamento” prevede la collaborazione tra organizzazioni sanitarie e sociali per garantire che i servizi siano coordinati e mirati. Le domande che indagano se il paziente abbia già avuto contatti con i servizi sociali prima del ricovero mirano proprio a valutare il livello di integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. Questo tipo di allineamento è

fondamentale per evitare frammentazioni nel percorso di cura e per garantire un'assistenza continuativa e coerente nel tempo.

Queste cinque attività, poste al centro della rilevazione attraverso il questionario, dimostrano l'importanza di integrare il sostegno sociale nel contesto clinico, con l'obiettivo di fornire una presa in carico completa e personalizzata del paziente. Questo approccio favorisce non solo il miglioramento dell'efficacia del trattamento, ma contribuisce a creare un sistema di cura più inclusivo e attento alle dimensioni sociali che influenzano la salute e il benessere.¹⁸¹

Di seguito vengono illustrate nel dettaglio le domande poste nel questionario:

La prima domanda, 'Chi risponde? (Paziente, familiare o caregiver) risulta cruciale per interpretare correttamente i dati raccolti, in quanto permette di valutare l'attendibilità delle risposte. Se il paziente non è in grado di rispondere autonomamente, è necessario considerare il potenziale impatto della mediazione di un familiare o di un caregiver sulla completezza e l'accuratezza delle informazioni. Il caregiver o il familiare può fornire informazioni preziose sulla condizione del paziente, ma è importante considerare che la sua prospettiva potrebbe essere influenzata da fattori emotivi e relazionali. Oltre all'incapacità di leggere e scrivere, ci possono essere altre ragioni per cui un paziente potrebbe non rispondere al questionario (es. stanchezza, demotivazione, paura).

Informazioni demografiche del paziente

Il questionario è composto da una prima sezione che indaga le informazioni demografiche con età, sesso, stato civile, cittadinanza e titolo di studio.

L'inclusione di domande demografiche in un questionario per la rilevazione dei bisogni sociali di un paziente è una pratica fondamentale e strategica poiché vi è una correlazione tra le variabili sociodemografiche e i bisogni¹⁸². Ecco perché:

Età: I bisogni variano significativamente a seconda dell'età. Ad esempio, un anziano potrebbe avere esigenze di assistenza diverse rispetto a un giovane adulto.¹⁸³

¹⁸¹ (National Academies of Sciences, Medicine Division e Committee, 2019)

¹⁸² (Di Stefano, 2020)

¹⁸³ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

Sesso: Ci sono differenze di genere nei bisogni di salute e assistenza, sia a livello fisico che psicologico.¹⁸⁴

Stato civile: lo stato civile può influenzare il tipo di supporto sociale disponibile e, di conseguenza, i bisogni di assistenza.

Cittadinanza: la cittadinanza può influenzare l'accesso ai servizi, la conoscenza del sistema sanitario e le preferenze culturali.

Titolo di studio: il livello di istruzione può influenzare la capacità di comprendere le informazioni sulla salute, di esprimere le proprie esigenze e di accedere a determinate risorse.

Informazioni sulla situazione socio-sanitaria del paziente

Di seguito vi è un'ulteriore sezione volta ad esplorare le condizioni del paziente: permette di delineare una più precisa mappa delle risorse e delle difficoltà che il paziente incontra nel suo percorso di cura.

È stato chiesto se beneficiasse della 104¹⁸⁵ fondamentale per valutare se il paziente ha diritto a specifici benefici economici e assistenziali legati a una grave e complessa disabilità, in modo da valutare se al paziente è fornita l'adeguata assistenza oppure attivarla.

Al fine di comprendere le necessità assistenziali specifiche, è stato chiesto ai pazienti se fossero in possesso di esenzioni ticket per patologie e/o esenzioni sul reddito.

Queste domande permettono di comprendere se il paziente ha patologie croniche o acute che richiedono un particolare tipo di assistenza o terapie, per valutare la

¹⁸⁴ (Ibidem)

¹⁸⁵ Legge 5 febbraio 1992, n. 104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. Si cita "garantire l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicurino il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche attualmente disponibili, il mantenimento della persona handicappata nell'ambiente familiare e sociale, la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale; assicurare alla famiglia della persona handicappata un'informazione di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell'evento, anche in relazione alle possibilità di recupero e di integrazione della persona handicappata nella società; assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi sociosanitari la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata, attivandone le potenziali capacità." Art.5

situazione economica del paziente e individuare eventuali difficoltà legate al pagamento delle spese sanitarie.

La qualità del rapporto con il medico di famiglia è un indicatore importante della continuità assistenziale e della soddisfazione del paziente.¹⁸⁶ Per questo motivo è stata aggiunta la domanda ‘com’è il rapporto con il medico di famiglia?’.

Poi sono state aggiunte due domande relative all’ADI¹⁸⁷ e alla dimissione protetta; (È stato attivato il servizio ADI?) e (È in programma la dimissione protetta del coordinatore?); entrambi sono modelli organizzativi adottati in sanità ma, mentre l’ADI è un servizio sanitario che si può attivare in qualsiasi momento, le dimissioni protette si attivano in occasione di una dimissione ospedaliera.

Come cita il responsabile di Unità Operative Semplici di Dipartimento (U.O. di Lungodegenza post-Acuzie presso Istituto INRCA di Ancona)¹⁸⁸ «le dimissioni protette in struttura residenziale riguardano quei pazienti fragili che pur avendo superato la fase acuta e post-acuta della malattia durante il ricovero ospedaliero, presentano ancora bisogni assistenziali complessi e multiprofessionali (controllo medico periodico, nursing infermieristico e/o trattamento riabilitativo) che rendono particolarmente problematica la gestione domiciliare.»¹⁸⁹

L’attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) indica che il paziente ha bisogno di assistenza continuativa a domicilio. Si riferisce sia L’ADI di

¹⁸⁶ (Wonca Europe; World family Doctors. Caring for people, 2002) “La riforma dei sistemi sanitari nazionali è una esigenza comune in Europa così come in altre parti del mondo. I mutamenti demografici, le scoperte in campo medico, la spesa sanitaria, i bisogni e le aspettative dei pazienti obbligano a cercare nuove modalità di offerta ed erogazione dell’assistenza sanitaria. I dati internazionali indicano che i sistemi sanitari basati su cure primarie efficienti con medici di medicina generale (Medici di Famiglia) che lavorano all’interno di comunità territoriali definite, garantiscono cure clinicamente più efficaci ed economicamente più efficienti rispetto ad altri sistemi meno orientati verso le cure primarie.” (Pag.5)

¹⁸⁷ (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2017): “Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall’insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.” (art.22 comma 1); “Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria».

¹⁸⁸ G. Cadeddu - U.O. Lungodegenza Post-Acuzie, INRCA

¹⁸⁹ (Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 2009)

I¹⁹⁰, II¹⁹¹ e III¹⁹² livello. Queste domande sono cruciali per valutare la necessità di un supporto continuativo anche dopo la dimissione ospedaliera e permette di valutare la qualità della gestione delle dimissioni e la preparazione dei pazienti e delle loro famiglie per il ritorno a casa. È un indicatore della qualità delle cure post-ospedaliere.¹⁹³

Inoltre, adottando una visione a lungo termine queste informazioni possono aiutare a capire il carico economico dei pazienti e la necessità di politiche di sostegno economico e sociale all'interno dei reparti, possono indicare la prevalenza di patologie croniche e la necessità di programmi di gestione delle malattie a lungo termine.

Dopodiché, nell'ottica della crescente importanza dell'era digitale, una domanda chiave posta ai pazienti riguarda la loro competenza informatica, in termini di capacità di prenotare, accedere ai referti e comunicare con gli operatori sanitari. Questo aspetto è considerato una nuova forma di fragilità che richiede particolare attenzione e valutazione, data la centralità della tecnologia nella gestione delle informazioni e delle interazioni nel contesto sanitario contemporaneo.

¹⁹⁰ “cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA «Coefficiente di intensità assistenziale» compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso[...]” Art.22 comma 2b. (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2017)

¹⁹¹ “cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; [...] Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali.” Art.22 comma 2c (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2017)

¹⁹² “Costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome, richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI).” Art. 22 comma 2d (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2017)

¹⁹³ (Ferrato & Bilora, 2013)

Condizione sociale del paziente

Prendendo spunto dalla scheda SVAMA, citata nel capitolo 3, sono state poste altre domande relative alla condizione abitativa e al grado di autonomia del paziente nelle attività quotidiane ma ancor prima è stato chiesto il titolo di godimento dell'abitazione (Proprietà, Usufrutto/Titolo Gratuito, In Affitto): queste informazioni aiutano a comprendere la stabilità abitativa del paziente. Ad esempio, chi vive in una casa di proprietà può avere una sicurezza abitativa maggiore rispetto a chi vive in affitto e potrebbe essere soggetto a sfratti o aumenti di canone. Inoltre, è stato chiesto se prima del ricovero abitasse a casa di altre persone. Questo indaga sull'autonomia abitativa del paziente e sulla possibile dipendenza da altre persone. Un paziente che vive da altri potrebbe non avere lo stesso livello di autonomia e potrebbe necessitare di supporto diverso rispetto a chi vive nella propria casa. Inoltre, conoscere se un paziente è soggetto a uno sfratto può indicare un'imminente instabilità abitativa che potrebbe influire negativamente sulla sua salute psicologica e fisica. Questo permette di segnalare e attivare servizi sociali per prevenire ulteriori complicazioni.

Ed ancora, sapere se l'abitazione è ben servita dai mezzi di trasporto e dai servizi pubblici o se è isolata aiuta a valutare l'accessibilità del paziente a risorse essenziali come ospedali, farmacie, negozi di alimentari, etc. Un'abitazione isolata può limitare l'accesso a risorse fondamentali e aumentare il rischio di isolamento sociale e di aggravamento delle condizioni di salute.¹⁹⁴ L'ambiente domestico gioca un ruolo fondamentale nella salute e nel benessere delle persone. Informarsi sulla presenza di barriere architettoniche, la disponibilità di un ascensore è utile per comprendere le condizioni di vita in generale e come queste possono influenzare significativamente la qualità di vita e l'autonomia del paziente. Valutando attentamente questi fattori, si possono identificare e prevenire potenziali rischi per la salute e garantire un ritorno a casa sicuro e confortevole al termine del ricovero.

Le informazioni raccolte permettono di sviluppare piani di assistenza personalizzati che tengano conto delle condizioni abitative e del supporto sociale del paziente.

¹⁹⁴ (D'Alessandro, Ambiente costruito e salute: linee d'indirizzo di igiene e sicurezza in ambito residenziale., 2015) «relazione abitazione e salute, non si limita a considerare la dimensione interna dell'abitazione, includendo anche il contesto ambientale circostante e la coesione sociale.»

Identificando tali variabili è possibile intervenire preventivamente per evitare che questi fattori contribuiscano a peggiorare lo stato di salute del paziente e aiutano a pianificare le dimissioni in modo appropriato.

Condizione familiare del paziente

Conoscere la composizione del nucleo familiare di un paziente è essenziale per valutare il livello di supporto sociale disponibile e per identificare eventuali bisogni assistenziali aggiuntivi. Per questo motivo, è stato richiesto di indicare con una 'x' i diversi membri della famiglia con cui il paziente vive (ad esempio, da solo, con il coniuge, con i genitori, con i figli, con i nipoti, o con un badante/caregiver). Inoltre, è stato chiesto di specificare il numero totale di persone conviventi.

È importante considerare che un paziente che vive da solo, al ritorno nel proprio domicilio, non potrà ricevere l'assistenza che sarebbe invece disponibile per chi vive in compagnia, rendendo necessaria una valutazione più approfondita delle sue esigenze.

Esplorare i bisogni prevalenti

L'approccio adottato nella ricerca, focalizzato sui bisogni individuali dei ricoverati, in particolare sulla loro vita di relazione, socializzazione e autonomia, si allinea perfettamente con i principi della medicina basata sul valore e con le più recenti linee guida internazionali in ambito socio-sanitario.

In relazione al grado di autonomia e sul Supporto della rete sociale (famiglia, privato, vicinato e volontariato) si riporta la valutazione della UVMD¹⁹⁵, tradotta in punteggio,

¹⁹⁵ È chiamata dalla normativa di pianificazione socio-sanitaria regionale a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale e ad attivare le competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei cittadini con bisogni sanitari e socio-sanitari. ogni realtà provinciale ha persino peculiari disposizioni su come deve svolgersi la valutazione multidimensionale ma, in generale, l'UVMD una volta ricevuta una domanda di assistenza domiciliare da un medico, o da altri operatori, raggiunge il domicilio del paziente, lo valuta attraverso numerose scale e strumenti, elabora il progetto previsto, lo propone al soggetto delle cure e alle sue famiglie e si allinea con l'erogatore del servizio (che può essere l'azienda sanitaria stessa o un ente convenzionato come una cooperativa). Inoltre, collabora alla definizione o alla redazione stessa del Piano di Assistenza Individuale (PAI) e una volta completato lo condivide con il paziente, la sua famiglia e in caso sia previsto l'infermiere ADI preposto ad erogare l'assistenza. (Tobruk, 2022)

relativa alla possibilità della rete sociale (senza considerare gli interventi dei servizi pubblici o privati convenzionati) di garantire il soddisfacimento dei bisogni realmente presentati dal paziente.¹⁹⁶ Per soggetto autonomo intendiamo colui che non ha bisogno di aiuto per svolgere le attività strumentali della vita quotidiana.

Sul questionario appariva così (Fig. 1):

| SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato) | | | | |
|---|--------------------------|--|---|---------------|
| | SOGGETTO AUTONOMO | SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO | | |
| | | sufficiente | Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta | insufficiente |
| Preparazione dei pasti | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Pulizia della casa | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Lavanderia | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Effettuazione acquisti | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Alimentazione | 0 | 5 | 10 | 20 |
| Bagno | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Toeletta personale | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Abbigliamento | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Uso del wc (o padella o panno) | 0 | 5 | 15 | 25 |
| Assunzione dei medicinali (se pertinente) | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Trasferimenti | 0 | 5 | 15 | 20 |
| Deambulazione | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Gestione del denaro | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Sostegno psicoaffettivo | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Supervisione diurna | 0 | 5 | 15 | 25 |
| Supervisione notturna | 0 | 5 | 15 | 25 |
| TOTALE RETE SOCIALE | | | | vsoc |

Figura 1 - Supporto al paziente nelle attività quotidiane (Allegato B DGR n. 2961)

Per ogni riga (corrispondente ad una funzione), si procede nel seguente modo: se il soggetto è autonomo in quella funzione si assegna punteggio “0” barrando la casella corrispondente: se il soggetto non è autonomo, si esprime un giudizio sul supporto che la famiglia (e/o il vicinato, il volontariato), eventualmente con il supporto di personale o servizi privati non convenzionati, riescono a garantire per quella funzione: nel caso tale supporto sia sufficiente (la funzione è assicurata correttamente) si barra la seconda colonna: nel caso il supporto sia parzialmente sufficiente (la funzione è assicurata solo in parte), oppure, pur essendo attualmente sufficiente, si barra la seconda colonna: nel

¹⁹⁶ Allegato B - DGR n. 2961 <https://www.yumpu.com/it/document/view/20607550/istruzioni-svama-fimmgtvorg/2>.

caso il supporto non sia sufficiente (la funzione non è assicurata), si barra la terza colonna.¹⁹⁷

Sommando tutti i punteggi e riportando il risultato nella casella apposita (Totale Rete Sociale) si ha il totale che indica se il paziente è “autonomo/indipendente” (punteggio= 0-80), “quasi indipendente/parzialmente sufficiente” (punteggio=85-160) o “totalmente dipendente” (punteggio 165-240).

In relazione al grado di autonomia, il questionario richiede di specificare chi fornisce assistenza nel caso in cui il paziente non sia autonomo, selezionando tra le seguenti opzioni: Coniuge/convivente, Genitore, Figlio/a, Nipote, Vicino di casa, o Caregiver.

È possibile che le persone che arrivano in ospedale si trovino in una condizione di incapacità, parziale o temporanea, di gestire autonomamente i propri interessi. Questa situazione può influire sia sul processo di cura durante il ricovero, sia sulla continuità dell’assistenza una volta che il paziente viene dimesso, soprattutto quando manca una persona in famiglia che possa supportare il paziente “fragile” nelle decisioni legate alla cura.¹⁹⁸ Per questo è fondamentale sapere se il paziente è minorenne, ha un tutore o un amministratore di sostegno. Conoscere lo stato giuridico del paziente è cruciale per garantire che le decisioni siano prese in conformità con le sue capacità legali. Se il paziente è sotto tutela o amministrazione di sostegno, è essenziale coinvolgere le figure legali appropriate nel processo decisionale. Ad esempio, se un paziente anziano con demenza viene ricoverato per un intervento chirurgico, potrebbe non essere in grado di comprendere pienamente i rischi e i benefici della procedura. In questo caso, è fondamentale sapere se il paziente ha un amministratore di sostegno o un tutore legale in modo che il medico lo potrà consultare per ottenere il consenso informato e assicurarsi che le decisioni prese siano nel migliore interesse del paziente, rispettando i suoi diritti e bisogni.

Tutte queste informazioni aiutano a ottimizzare l’allocazione delle risorse. Ad esempio, se un paziente riceve già assistenza adeguata dai familiari, potrebbe essere

¹⁹⁷ Istruzioni SVAMA - <https://www.yumpu.com/it/document/view/20607550/istruzioni-svama-fimmgvtvorg>.

¹⁹⁸ (Rumi, 2010)

possibile ridurre o adattare le risorse esterne necessarie consentendo, così di adattare le strategie di intervento alle specifiche circostanze del paziente.

Integrazione socio-lavorativa

L'analisi della situazione lavorativa del paziente rappresenta un elemento cruciale nella valutazione multidimensionale dei bisogni, in quanto incide significativamente sulla sua autonomia, sulla qualità di vita e sulla capacità di far fronte alle sfide quotidiane. La presenza o l'assenza di un'occupazione stabile, infatti, ha un impatto diretto sulla sicurezza economica, sull'autostima e sull'integrazione sociale dell'individuo e quindi sulla sua salute. Questa sezione è particolarmente rilevante per i livelli di rischio più elevati, in cui la persona potrebbe avere difficoltà a mantenere il proprio ruolo lavorativo o a partecipare alla vita sociale.

Fragilità del nucleo familiare

È stato valutato, nell'intero contesto, non solo lo stato del paziente, ma anche il suo nucleo familiare, tenendo conto dei bisogni sociali e delle condizioni di salute presenti. Questo approccio, in linea con un metodo centrato sulla persona, permette di avere una visione più completa.

È stato chiesto se la famiglia del paziente chiede aiuto e la tipologia di supporto richiesto. Tra le risposte fornite c'è "Supporto emotivo" (es: ascolto, conforto, incoraggiamento), "Supporto economico" (inteso come la richiesta di aiuto finanziario che può essere necessario per far fronte alle spese quotidiane), "Supporto pratico" (es: assistenza nella cura, gestione della casa, trasporti) e "Supporto educativo" (es. Corsi di genitorialità, servizi di mediazione familiare: In caso di separazione o divorzio, logopedia, sostegno scolastico individualizzato).

Per valutare maggiormente il livello di supporto richiesto dalla famiglia del paziente, è richiesta anche la frequenza (per niente, poco, spesso, molto).

Valutazione assistenza sociale

La prima domanda di tale sezione, "Supporto Sociale Prima del Ricovero", ha l'obiettivo di identificare se il paziente abbia già avuto accesso o sia stato in contatto con i servizi sociali prima dell'attuale episodio di ricovero. Questo è cruciale per capire

se ci sono stati interventi precedenti e per valutare la continuità del supporto sociale. La conoscenza di un pregresso coinvolgimento con i servizi sociali può fornire indizi preziosi sulla stabilità sociale e sulle risorse disponibili per il paziente al di fuori dell'ambito ospedaliero.

La seconda domanda, “Preferenze sul Supporto Sociale”, indaga le preferenze del paziente riguardo a chi vorrebbe ricevere supporto durante la degenza o il processo di cura. È fondamentale rispettare e riconoscere le scelte del paziente per garantire che il supporto offerto sia allineato ai suoi desideri, migliorando così l'efficacia del sostegno fornito. Offrendo opzioni come familiari, amici, parrocchia, personale ospedaliero o altri, si consente al paziente di esprimere preferenze specifiche, che possono influenzare positivamente la loro esperienza di cura e il loro benessere complessivo.

Includere queste domande nella rilevazione dei bisogni sociali permette di costruire un quadro più completo della situazione del paziente, garantendo che le decisioni riguardanti il supporto siano basate su una comprensione approfondita delle sue necessità e preferenze. Questo approccio contribuisce a una gestione più personalizzata e centrata sul paziente, migliorando la qualità del supporto fornito durante il ricovero e nel percorso di cura successivo.

Post dimissione atteso

La domanda sul questionario riguardo alle preoccupazioni del paziente post-dimissione è direttamente collegata ai concetti della *Self Determination Theory*:

“Self-efficacy” (autoefficacia) e “Self-management” (autogestione) sembrano essere cruciali nella promozione della salute, soprattutto se i pazienti sono colpiti da malattie croniche.¹⁹⁹ Così come la definisce Albert Bandura, l'autoefficacia è la fiducia nelle proprie capacità di affrontare efficacemente le situazioni e di ottenere i risultati desiderati.²⁰⁰ L'autogestione, invece, riguarda la capacità di gestire la propria salute in modo indipendente, prendendo decisioni informate e intraprendendo azioni appropriate.

¹⁹⁹ (Huang, Wang, Donaghy, Henderson, & Mercer, 2022)

²⁰⁰ (Brioni, et al., 2020)

Un paziente con un alto livello di autoefficacia e buone capacità di autogestione potrebbe avere meno preoccupazioni riguardo alla propria salute dopo la dimissione, sentendosi sicuro di poter gestire la propria condizione. Al contrario, un paziente con bassa autoefficacia e scarse capacità di autogestione potrebbe essere più preoccupato, temendo di non essere in grado di seguire le istruzioni mediche o di affrontare eventuali complicazioni.

La prima domanda, “Una volta dimesso, dove pensa di tornare?”, mira a capire quale sarà la situazione abitativa del paziente dopo la dimissione. Identificare se il paziente tornerà al proprio domicilio, a una RSA, o se si affiderà a una struttura di accoglienza sarà essenziale per pianificare il supporto necessario. Questa informazione consente al team sanitario di organizzare eventuali assistenze domiciliari, di stabilire un piano di transizione adeguato verso una struttura residenziale, o di valutare altre opzioni che garantiscano la continuità delle cure e il benessere del paziente.

La seconda domanda, “Ha preoccupazioni sul suo stato di salute una volta dimesso?”, indaga le preoccupazioni soggettive del paziente riguardo alla propria salute. Questo aspetto è fondamentale perché le percezioni del paziente possono influenzare il loro comportamento post-ricovero, l’aderenza ai trattamenti e la gestione complessiva della propria salute. Riconoscere il livello di preoccupazione permette al personale sanitario di fornire rassicurazioni adeguate, pianificare un follow-up più accurato e indirizzare il paziente verso risorse o supporti psicologici se necessario.

La terza domanda, “Si sente preoccupato di non riuscire nelle attività quotidiane nel post ricovero?”, è cruciale per valutare l’autonomia del paziente e il suo bisogno di assistenza nelle attività della vita quotidiana. La capacità di gestire autonomamente le attività quotidiane è un indicatore chiave del benessere e della qualità della vita del paziente. Un paziente che esprime preoccupazione riguardo a queste attività potrebbe richiedere un supporto aggiuntivo, come la fisioterapia, l’assistenza domiciliare, o adattamenti nell’ambiente domestico per garantire una maggiore sicurezza e indipendenza.

Includere queste domande nello screening sociale permette di identificare in modo proattivo i bisogni assistenziali e di pianificare interventi personalizzati. Questo approccio consente di offrire un supporto mirato, che non solo risponde alle esigenze

sanitarie immediate del paziente, ma che promuove anche il suo benessere a lungo termine, riducendo il rischio di ulteriori complicazioni o di ricoveri ripetuti.

Sezione di domande da porre 8 giorni dopo il ricovero

In virtù della necessità di implementare protocolli di follow-up e assistenza post-ricovero per alleviare i sintomi dei pazienti e ridurre il rischio di future riospedalizzazioni²⁰¹, le domande somministrate a distanza di otto giorni dal ricovero si focalizzano su vari aspetti dell'esperienza del paziente post-ricovero, con l'obiettivo di valutare l'efficacia e l'aderenza al piano di cura, nonché l'accesso e la comprensione delle informazioni fornite.

rappresentano un pilastro fondamentale nell'approccio centrato sul paziente, che pone al centro dell'assistenza i bisogni, le esperienze e le preoccupazioni dell'individuo.

La Sanità di Iniziativa mira a prevenire e gestire le malattie croniche attraverso un approccio proattivo.²⁰² Per raggiungere questo obiettivo, è fondamentale che i pazienti aderiscano alle terapie prescritte. Le prime domande del questionario ci aiutano a valutare il grado di aderenza e a individuare eventuali ostacoli che potrebbero compromettere l'efficacia degli interventi preventivi.

Le prime domande indagano il grado di aderenza del paziente alle raccomandazioni mediche e alle terapie prescritte. Capire se il paziente segue le indicazioni ricevute è cruciale non solo per monitorare l'efficacia del trattamento, ma anche per identificare potenziali barriere che potrebbero ostacolare una corretta gestione della propria salute, come difficoltà pratiche o scarsa comprensione delle indicazioni.²⁰³

Successivamente, viene chiesto se il paziente ha riscontrato complicazioni o effetti collaterali dalle cure post-ricovero. Questa domanda mira ad individuare precocemente eventuali problematiche che potrebbero compromettere il recupero e la qualità della vita del paziente, consentendo interventi tempestivi.

²⁰¹ (Tomlinson, et al., 2020) “Gli interventi che prevedono l'autogestione, il follow-up telefonico e la riconciliazione dei farmaci sono tra i più promettenti in termini di efficacia. Tuttavia, ulteriori studi sono necessari per determinare le strategie ottimali per coinvolgere i pazienti e i loro caregiver, al fine di garantire una continuità più efficace della terapia farmacologica dopo la dimissione.”

²⁰² (Gazzetta Ufficiale-Allegato 1 del DM 77/2022, 2022)

²⁰³ (Yap, Thirumoorthy, & Kwan, 2015)

Un altro aspetto fondamentale riguarda il cambiamento nel livello di autonomia e indipendenza del paziente dopo il ricovero. Questa informazione è vitale per adattare le cure e il supporto fornito, garantendo che il paziente possa mantenere o recuperare il più alto grado di autonomia possibile.

La gestione delle terapie e l'aderenza al piano di cura post-ricovero sono altri punti chiave indagati. Valutare le difficoltà incontrate permette di offrire soluzioni personalizzate, come un supporto più strutturato o chiarimenti ulteriori, migliorando così l'esperienza di cura complessiva.

L'importanza della comunicazione è sottolineata dalla domanda riguardante le informazioni ricevute sulle cure di follow-up e sulla gestione della salute. Un'informazione chiara e completa è essenziale per il successo delle cure, poiché aiuta il paziente a comprendere il proprio ruolo attivo nel percorso di guarigione.

Il questionario include anche una domanda sull'accesso a risorse e supporto adeguato in caso di problemi o preoccupazioni post-ricovero. L'accessibilità alle risorse di supporto può fare la differenza nel prevenire complicazioni e nel garantire un percorso di cura senza intoppi.

Infine, viene valutata la sensibilità del paziente riguardo alla fluidità e all'efficacia del processo di transizione dal ricovero all'assistenza post-ricovero. Questo aspetto è fondamentale per garantire che il paziente si senta adeguatamente sostenuto e non lasciato solo nel proprio percorso di recupero. Queste domande, quindi, non solo permettono di monitorare la salute del paziente, ma anche di costruire un sistema di assistenza che sia realmente centrato sui bisogni e sulle esperienze individuali, garantendo un approccio olistico e personalizzato.

In sintesi, queste domande sono utili per comprendere:

- La presenza di pazienti con bisogni speciali (es. disabilità, malattie croniche).
- Il livello di supporto economico e sociale richiesto dai pazienti.
- L'efficacia e la continuità dei servizi di assistenza post-dimissione.
- La qualità della gestione delle dimissioni e la preparazione dei pazienti per il ritorno a casa.

4.2 Analisi Dettagliata dei Risultati Ottenuti dai Questionari di Rilevazione Sociale e Interpretazione dei Dati Raccolti

Il dataset contiene i dati di 105 questionari somministrati ai pazienti. Ogni riga rappresenta un questionario compilato e comprende diverse informazioni, mentre ogni colonna rappresenta la domanda posta al questionario. Su 105 questionari distribuiti, due non sono completi perché i due pazienti hanno scelto di non continuare a rispondere poiché hanno trovato le domande troppo invasive e non rilevanti ai loro fini personali. Complessivamente, la partecipazione è stata alta e i dati raccolti si presentano di buona qualità, adottando un elevato coinvolgimento dei pazienti nello studio.

Di seguito vengono riportati i punti principali emersi dall'analisi dei dati:

Risulta una prevalenza di pazienti nella fascia "60-80" e "80+" ma la distribuzione per sesso mostra una rappresentanza di entrambi i generi. La maggior parte dei pazienti è "Coniugato/Convivente" e la cittadinanza prevalente è italiana.

I titoli di studio variano dalla licenza media alla laurea, con una prevalenza di diplomi di scuola superiore.

Alla domanda chiave posta ai pazienti riguarda la loro competenza informatica, in termini di capacità di prenotare, accedere ai referti e comunicare con gli operatori sanitari, una grande percentuale ha risposto "non so farlo". Questo risultato è attribuibile principalmente al fatto che la maggioranza degli intervistati sono anziani, appartenenti a una generazione precedente a quella digitale. Di conseguenza, molti di loro non hanno acquisito le competenze necessarie per utilizzare efficacemente gli strumenti informatici in ambito sanitario. Dei 105 intervistati, 62 hanno dichiarato di non essere in grado di accedere ai referti né di navigare sul web per effettuare prenotazioni di visite mediche.

Dalle rappresentazioni grafiche che seguono, le risposte alle domande risultano più evidenti.

In relazione al rapporto con il proprio medico di base, poco più del 50% dei pazienti ha espresso un giudizio positivo, definendolo "buono".

La percentuale successiva, leggermente inferiore, ha indicato un rapporto “eccellente”. Questi dati suggeriscono che i pazienti si sentono ben assistiti e possiamo dedurre che i ricoveri ospedalieri non sono dovuti a carenze nel servizio offerto dal medico di famiglia (Fig. 2).

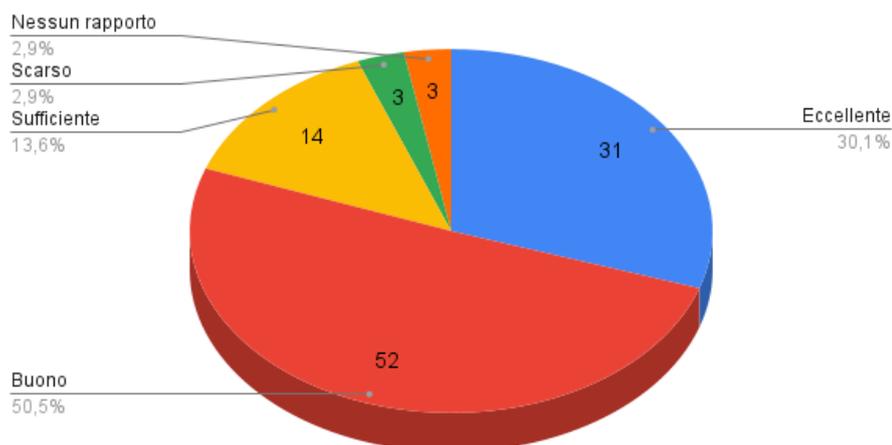


Figura 2 - Qualità del rapporto con il medico di famiglia

Le seguenti 6 domande relative a: se beneficia della legge 104, alle esenzioni per reddito o patologie, all’attivazione dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e all’attivazione delle dimissioni protette sono utili per comprendere diversi aspetti chiave all’interno dei reparti ospedalieri.

La maggioranza delle persone intervistate non beneficia della 104 (Fig. 3). È importante notare che questa domanda non distingue tra il paziente che possiede una menomazione fisica o psichica e colui che beneficia della legge 104 in qualità di assistente al familiare disabile. Entrambe le situazioni forniscono informazioni preziose ma avrebbero richiesto approcci e supporti differenti.

Beneficia della 104

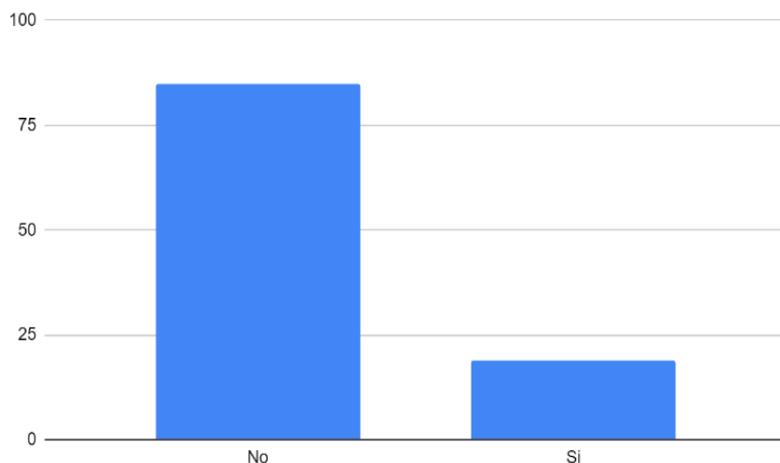


Figura 3 - Possessori della 104

Le esenzioni per reddito o patologie indicano se i pazienti appartengono a fasce di reddito basse o se soffrono di malattie croniche o gravi. Molti rispondenti non possiedono l'esenzione per reddito (Fig. 4): questo potrebbe essere attribuibile ad una mancata conoscenza del servizio oppure non hanno cronicità tanto elevate da poterle richiedere o addirittura, dimostrare una variazione del reddito, soprattutto in caso di redditi irregolari o provenienti da più fonti, può essere complesso e richiedere tempo.

Esenzione per reddito

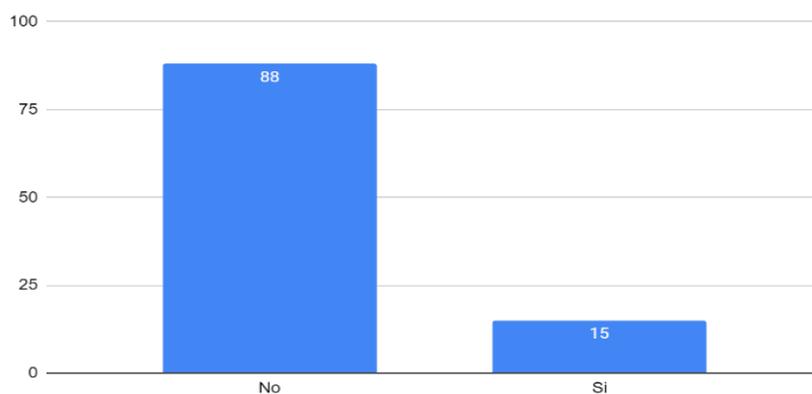


Figura 4 - Totale di coloro che possiedono l'esenzione per reddito

Il 50% circa degli intervistati ha dichiarato di possedere l'esenzione per patologia (Fig. 5), un dato spiegabile in gran parte dalla presenza di una popolazione anziana, che di norma ha diritto a tale agevolazione.

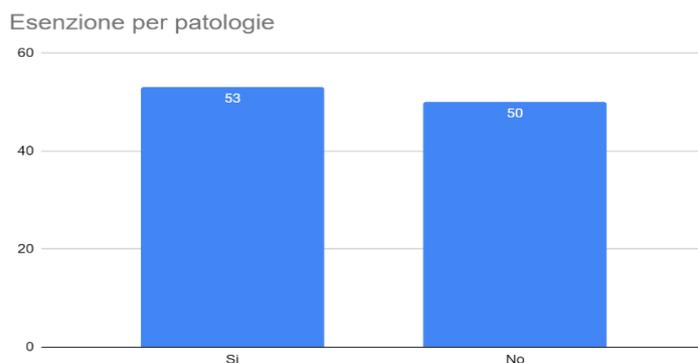


Figura 5 - Totale di coloro che possiedono esenzioni per patologie

In seguito, dall'analisi del grafico (Fig. 6) emerge che un numero significativo di utenti non ha attivato il servizio ADI. Questa situazione potrebbe essere riconducibile a diversi fattori: da una parte, potrebbe riflettere una effettiva assenza di bisogni assistenziali; dall'altra, potrebbe indicare una mancata attivazione del servizio per utenti che, sulla base di altre variabili come la perdita di autonomia, ne avrebbero potenzialmente diritto. Il dato relativo alla mancata attivazione del servizio ADI, pur potendo riflettere una reale assenza di bisogni, solleva interrogativi sulla capacità del sistema di individuare e rispondere ai bisogni assistenziali nascosti.²⁰⁴ Un'azione congiunta con le unità territoriali è fondamentale per mappare i bisogni e attivare percorsi di assistenza personalizzati.

²⁰⁴ (Travaglini, 2024) «La dinamica si manifesta tipicamente nel trattamento delle patologie croniche in cui il livello economico e culturale rappresenta spesso elemento discriminante nell'accesso ai servizi, nella prevenzione delle complicanze e in definitiva nel livello di salute, dell'aspettativa di vita in condizioni accettabili.»

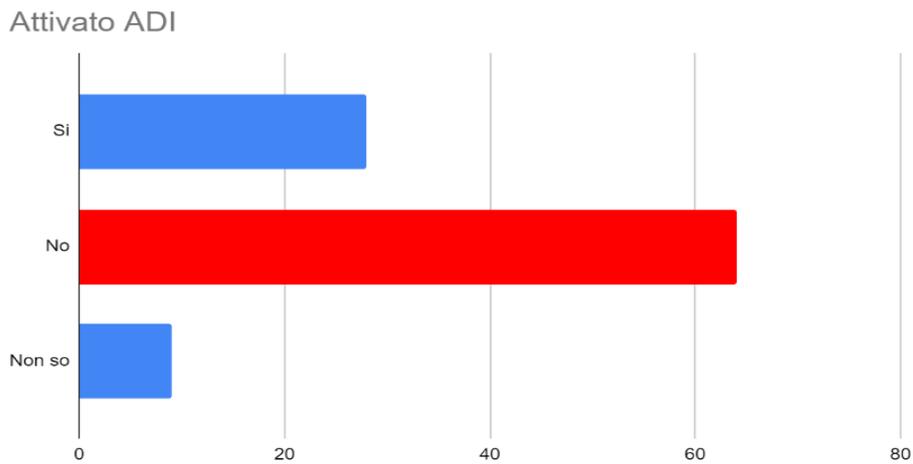


Figura 6 - pazienti a cui è stato attivato l'ADI

Inoltre, così come per l'ADI, non sono previste dimissioni protette per molti pazienti intervistati (Fig. 7).

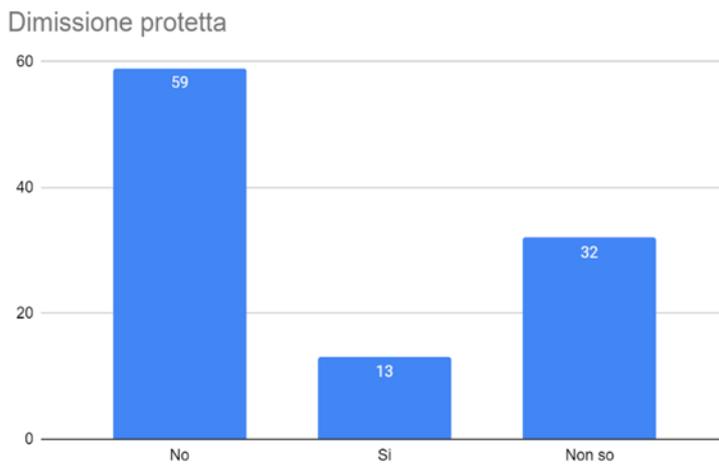


Figura 7 - Pazienti a cui è prevista la dimissione protetta

I risultati dello studio indicano che una significativa porzione dei pazienti intervistati ha dichiarato di essere autosufficiente nelle attività quotidiane (Fig. 8).

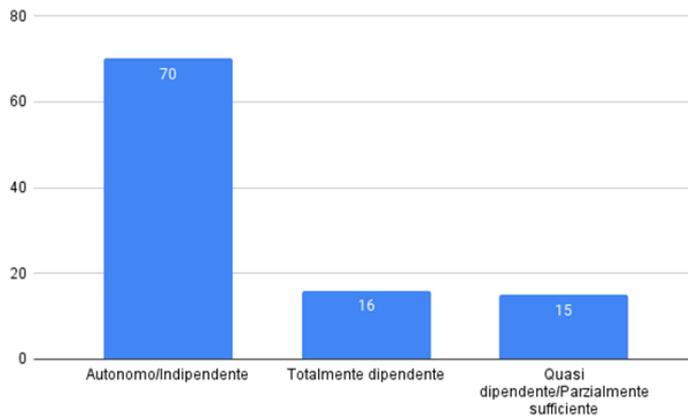


Figura 8 - Grado di autonomia dei pazienti prima del ricovero

Inoltre, è stato analizzato che coloro che risultano “quasi indipendente/parzialmente sufficiente” o “totalmente dipendente” sono anziani, infatti, hanno un’età dai 60 in poi (Fig. 9).

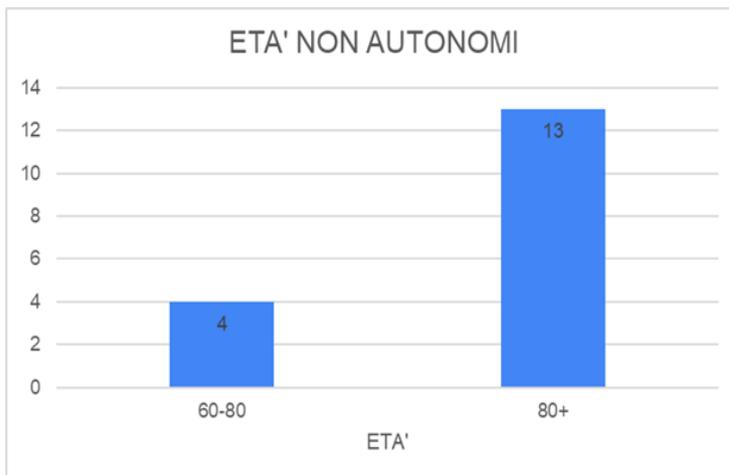


Figura 9 - Età di coloro che risultano "quasi dipendente/parzialmente sufficiente" o "totalmente dipendente"

Sebbene questa percezione di autonomia sia significativa, è importante approfondire ulteriormente l’analisi considerando le diverse dimensioni

dell'autonomia, come indicato dall'UGV²⁰⁵. Un'analisi più dettagliata potrebbe rivelare la necessità di interventi mirati per sostenere l'autonomia a lungo termine.

Un ulteriore aspetto interessante che è emerso è che coloro che risultano totalmente dipendenti o parzialmente sufficienti si fanno aiutare prevalentemente dai figli, segue la percentuale di chi è dipendente o quasi dal coniuge/ convivente. Quindi pochi ricevono un aiuto esterno (Fig. 10).

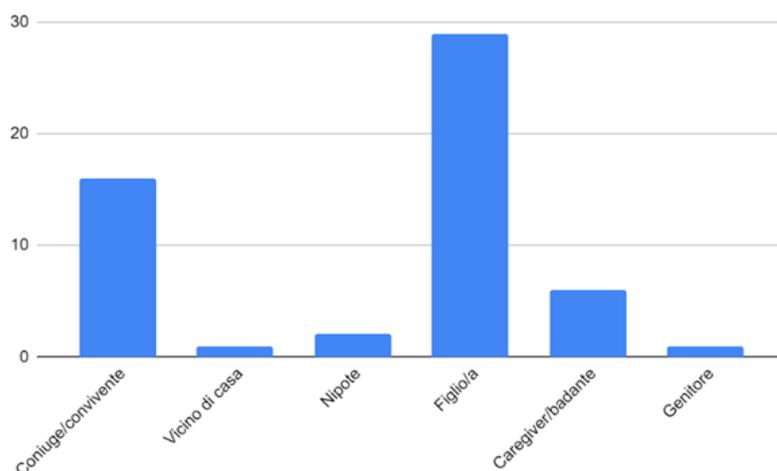


Figura 10 - Fonti di assistenza per i pazienti

Infatti, come sostiene Vicarelli, ricevere cura a casa dai propri familiari non è una pratica nuova. Storicamente, questa soluzione è stata adottata per assistere gli anziani non autosufficienti all'interno della famiglia.²⁰⁶ Oggi, si riconosce nuovamente l'importanza del supporto offerto da familiari, parenti, amici e vicini di casa, che insieme formano la rete sociale primaria (home care/family care).²⁰⁷ L'assistenza fornita dai propri cari è spesso percepita come più personalizzata e flessibile rispetto a quella istituzionale. La famiglia può adattarsi meglio ai bisogni specifici del paziente.

²⁰⁵ Unità Valutativa Geriatrica avvia il processo di valutazione dei bisogni socio-sanitari (tra cui la valutazione della capacità nella gestione delle attività quotidiane, dello stato di salute e delle autosufficienze o meno del soggetto), e la predisposizione di progetti di servizi e sostegni, sia domiciliari, residenziali, che semiresidenziali.

²⁰⁶ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

²⁰⁷ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020) La vera novità rispetto al passato è la crescente specializzazione: i familiari, grazie a un più facile accesso alle informazioni, sono sempre più competenti, e le prestazioni a domicilio sono sempre più avanzate, includendo interventi ad alta intensità assistenziale e con elevata complessità tecnologica, come la ventilazione meccanica, l'emodialisi, la nutrizione parenterale e le terapie endovenose, che fino a poco tempo fa sarebbero stati impensabili al di fuori delle strutture sanitarie e senza il coinvolgimento di professionisti.

Oppure la preferenza può anche derivare da una certa sfiducia verso le istituzioni, alimentata da esperienze negative.

In riferimento alla condizione lavorativa, considerando l'alta prevalenza di intervistati tra i 60 e gli 80+ anni, la maggior parte delle risposte indica che sono "pensionati". L'analisi dei bisogni delle famiglie dei ricoverati ha evidenziato una frequente riluttanza a richiedere supporto (Fig. 11).

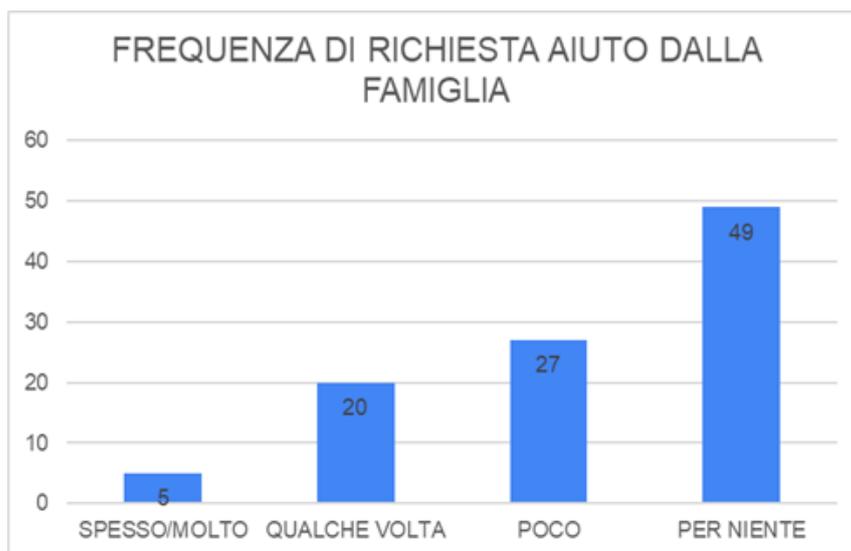


Figura 11 - Frequenza nel chiedere aiuto

Le richieste, quando presenti, si concentrano, quindi, ad esempio, principalmente su aspetti pratici dell'assistenza, come la cura del paziente, la gestione domestica e il trasporto (Fig. 12).

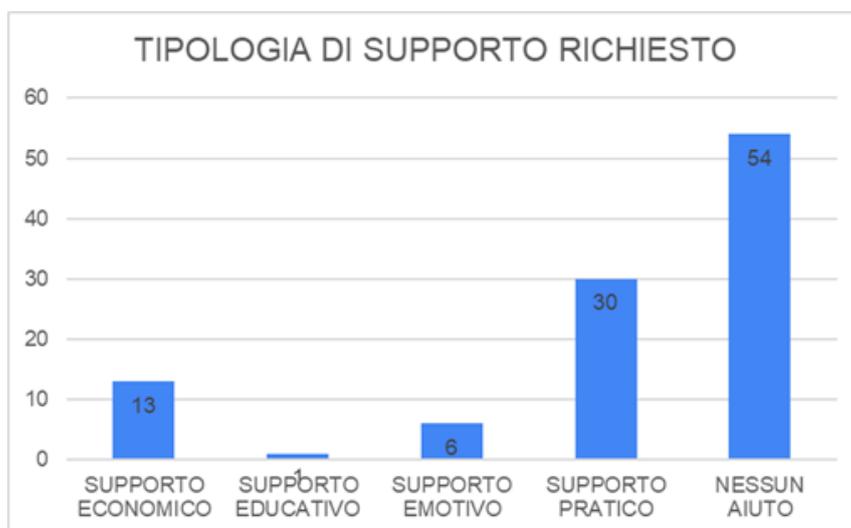


Figura 12 - Tipologia di supporto richiesto

È importante riflettere sul fatto che molti pazienti non sono stati seguiti dai servizi sociali (Fig. 13). Questo può essere dovuto al loro rifiuto di ricevere aiuti esterni, alla mancanza di conoscenza dell'esistenza di tali servizi, oppure al persistente pregiudizio che chi si rivolge ai servizi sociali venga considerato disagiato e incapace di risolvere autonomamente le proprie questioni.

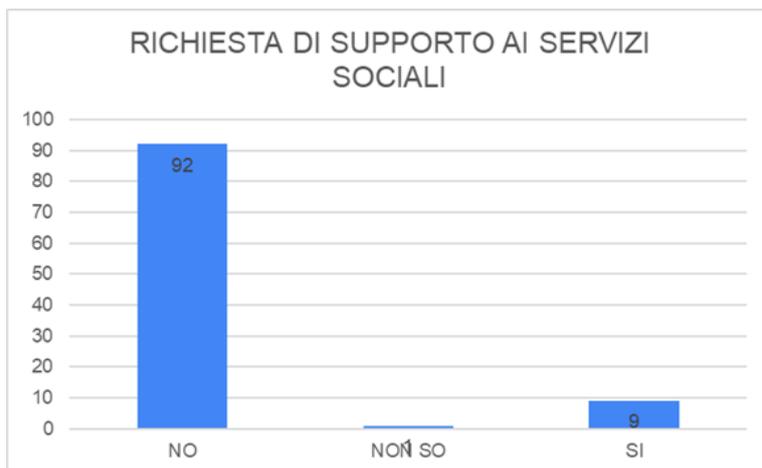


Figura 13 - Richiesta di supporto ai servizi sociali

Bisognerebbe quindi aumentare la circolazione di informazioni riguardo ai servizi che sono a disposizione, per garantire che tutti i pazienti siano consapevoli delle risorse disponibili e possano usufruirne quando necessario.

Proseguendo con le domande rivolte verso la fine troviamo le seguenti:

Conoscere la destinazione post dimissione permette agli operatori sanitari di pianificare in anticipo l'assistenza necessaria, garantendo una continuità nelle cure.

La maggioranza torna nel proprio domicilio (Fig. 14).

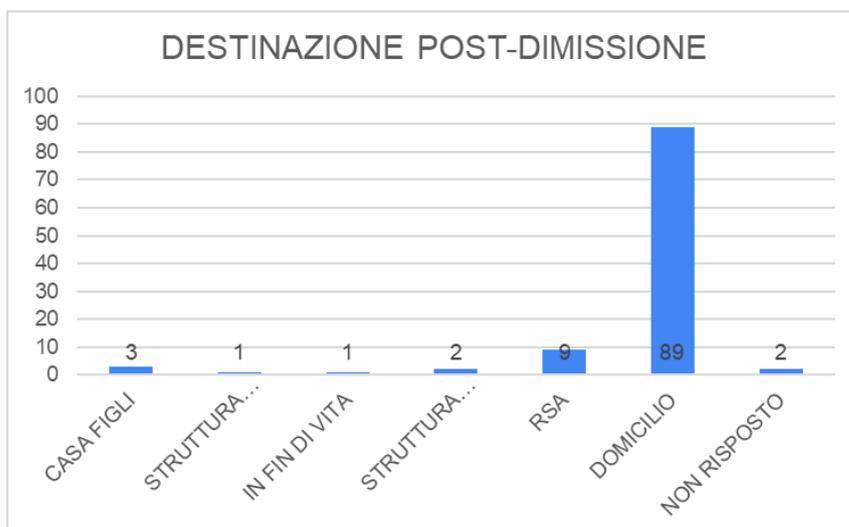


Figura 14 - Destinazione post-dimissione

Un ulteriore elemento di rilievo nell'analisi del benessere complessivo dei pazienti dimissioni è rappresentato dalla valutazione dell'ADI al momento del rientro presso il domicilio. (Fig. 15). Il grafico seguente mostra quanti pazienti che tornano a domicilio hanno ricevuto l'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

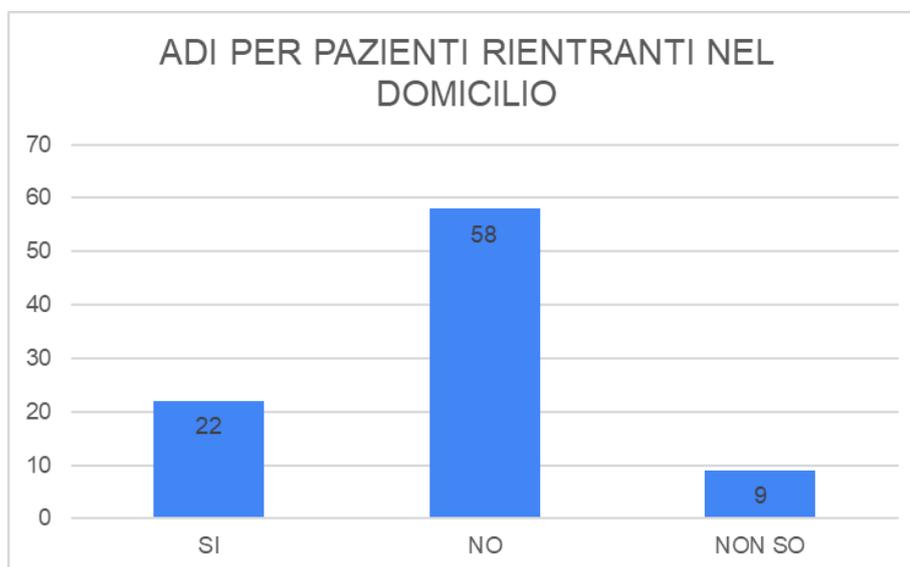


Figura 15 - Numero di pazienti che rientrano in domicilio a cui è stato attivato l'ADI

Appare evidente che su 89 partecipanti, a 58 non è stata attivata l'ADI. L'analisi dei dati relativi all'attivazione dell'ADI ha messo in luce la necessità di un monitoraggio costante dell'utilizzo di questo servizio. Il dato ottenuto, che mostra un significativo divario tra il bisogno e l'erogazione dell'assistenza, sottolinea l'importanza di implementare sistemi di valutazione e monitoraggio per garantire che le politiche e i programmi di assistenza domiciliare siano efficaci ed equi.

L'indagine condotta sui pazienti ha mostrato come una quota rilevante di soggetti non autonomi o parzialmente autosufficienti non benefici di servizi ADI (Fig. 16). Tale evidenza sottolinea la necessità di un'attenta valutazione delle politiche e delle risorse destinate all'assistenza domiciliare, al fine di garantire una copertura adeguata dei bisogni assistenziali della popolazione. Poi, come già precedentemente sostenuto, l'analisi dei dati ha messo in luce il ruolo preponderante dei caregiver familiari nell'assistenza ai pazienti non autosufficienti privi di servizi ADI. Tale dato suggerisce l'importanza di implementare interventi di supporto e sostegno ai caregiver, al fine di alleggerire il carico assistenziale e garantire una migliore qualità di vita sia per i pazienti che per le loro famiglie.

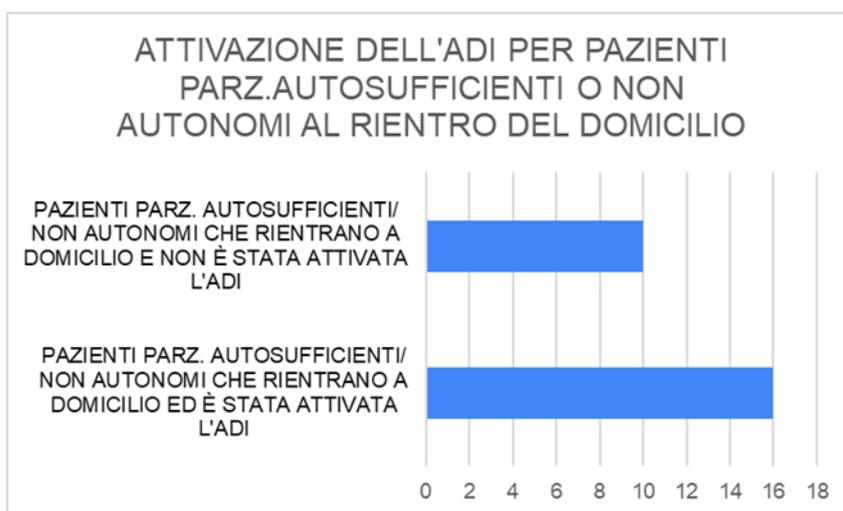


Figura 16 - Attivazione ADI per pazienti parz. autosufficienti o non autonomi al rientro del domicilio

In un'ottica di miglioramento continuo, i dati raccolti costituiscono una solida base per analizzare i processi assistenziali e individuare aree di ottimizzazione.

L'analisi dei dati ha evidenziato un significativo disallineamento tra i bisogni assistenziali espressi dai pazienti e l'effettiva erogazione dei servizi, in particolare l'Assistenza Domiciliare Integrata. Tale discrepanza sottolinea la necessità di una rivisitazione dei modelli assistenziali, al fine di garantire una risposta più adeguata e personalizzata ai bisogni individuali. L'attuale scenario, in cui la famiglia si trova a coprire una quota preponderante del carico assistenziale, evidenzia la carenza di un sistema di supporto pubblico in grado di offrire un'assistenza completa e continuativa.

Inoltre, la variabilità nella percezione dello stato di salute e delle proprie capacità funzionali, unita alla difficoltà nel monitorare nel lungo termine l'evoluzione clinica, suggerisce l'importanza di un approccio assistenziale altamente personalizzato e centrato sul paziente. Per garantire una migliore qualità di vita e una gestione efficace delle cronicità, è fondamentale investire in servizi assistenziali domiciliari integrati, promuovere la partecipazione attiva dei pazienti ai processi decisionali e rafforzare i sistemi di monitoraggio a lungo termine.²⁰⁸

La bassa adesione dei pazienti alla rilevazione dei dati a distanza di tempo dal ricovero limita la possibilità di monitorare nel lungo termine l'evoluzione del loro stato di salute e l'impatto degli interventi assistenziali. Tale limitazione sottolinea la necessità di implementare strategie più efficaci per coinvolgere attivamente i pazienti nel processo di cura anche dopo la dimissione così da garantire una continuità assistenziale nel tempo.²⁰⁹

L'adozione di questionari strutturati, basati su criteri specifici come quelli della scheda SVAMA, permetterebbe di raccogliere dati dettagliati sulle condizioni demografiche, abitative e di autonomia dei pazienti, offrendo una visione chiara delle loro necessità.

Gli attuali interventi di screening e riferimento tendono a trattare ogni bisogno sociale segnalato come un'entità separata²¹⁰: Sebbene questo approccio sia semplice e

²⁰⁸ «Tutti gli autori italiani sono concordi nell'attribuire al governo della domanda un ruolo direttamente collegato con la ricerca dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica, in una visione che colloca il processo di soddisfacimento dei bisogni di cura di ciascun individuo in un sistema più ampio che li contiene tutti, avendo come riferimento il principio della sostenibilità economica.» (Scardigli)

²⁰⁹ (Ameri & Fiorini, 2016)

²¹⁰ (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021) «ad esempio, se una persona necessita sia di cibo che di trasporto, riceverà probabilmente un riferimento per l'assistenza alimentare e un altro per i servizi di trasporto.»

diretto, non considera le possibili connessioni tra i vari bisogni. Ad esempio, in ambito sanitario, una persona con difficoltà di mobilità potrebbe avere problemi non solo con il trasporto verso le strutture sanitarie, ma anche con l'accesso a cibo sano, influenzando negativamente la gestione di condizioni croniche come il diabete. Ignorare queste interconnessioni può portare a soluzioni frammentate che non risolvono efficacemente il problema complessivo.

La presenza di un professionista dedicato alla rilevazione dei bisogni sociali in diversi reparti ospedalieri assicurerebbe che le informazioni sui bisogni sociali e familiari, che spesso influenzano significativamente il percorso di cura e il recupero dei pazienti, siano sempre prese in considerazione. Questo approccio permetterebbe di implementare interventi tempestivi e mirati, migliorando notevolmente l'efficacia delle cure e il benessere generale dei pazienti.

Capitolo 5

RISULTATI E SFIDE: UN'ANALISI DELL'IMPATTO DELLA RICERCA E LE PROSPETTIVE FUTURE

«Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. La regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.»²¹¹

In questo contesto, è fondamentale integrare la rilevazione dei bisogni sociali con un approccio proattivo e partecipativo in linea con la cosiddetta *Sanità di Iniziativa*. La *Sanità di Iniziativa* viene definita dal Ministero della Salute, «come un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.»²¹²

Un “approccio proattivo” significa anticipare i bisogni, agendo prima che emergano criticità, piuttosto che limitarsi a rispondere a richieste già manifestate. In ambito sanitario, ciò implica l'implementazione di screening sistematici, come quello dei bisogni sociali presentato in questa ricerca. Questo approccio consente di identificare le vulnerabilità dei pazienti e il loro livello di esposizione a rischi, permettendo di

²¹¹ (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2001) *Testo vigente alla data del 22 febbraio 2013 - Camera*, https://www.camera.it/temiap/temi17/dpcm14_febbraio_2001.pdf.

²¹² (Gazzetta Ufficiale-Allegato 1 del DM 77/2022, 2022)

costruire matrici di rischio, definire interventi da attuare e stabilire una gerarchia di priorità.²¹³

Poiché si tratta di un lavoro multidisciplinare, prima di scegliere qualsiasi soluzione tecnica e organizzativa, è indispensabile costituire un gruppo di lavoro composto da personale tecnico, sanitario e amministrativo. Questo gruppo, operando in sinergia, può stabilire le misure preventive e protettive da adottare prima, durante e dopo l'erogazione delle prestazioni.

In virtù di questo, lo screening dei bisogni sociali presentato in questa ricerca è fondamentale per anticipare le esigenze dei pazienti.

Il programma, inizialmente costoso diventa sostenibile grazie ai benefici a lungo termine che genera.²¹⁴ Riducendo i ricoveri evitabili e migliorando la qualità della vita dei pazienti, l'investimento iniziale viene compensato da una diminuzione dei costi sanitari complessivi. Per costi complessivi si intendono quei costi necessari per intervenire su uno specifico bisogno dell'assistito ma, nel sistema sanitario, sono estremamente variabili e complessi da definire. La diversità dei bisogni, che spaziano da patologie semplici a condizioni complesse come diabete, rende difficile stabilire a priori le prestazioni necessarie e, di conseguenza, i costi associati.²¹⁵ Essi offrono una visione globale delle spese associate a un percorso di cura, comprendendo sia le spese dirette per i materiali e le prestazioni, sia le spese indirette legate alle risorse e all'ambiente in cui viene fornita l'assistenza.

Inoltre, all'interno del valore soglia, le strutture sanitarie hanno un chiaro incentivo a ridurre i costi dei trattamenti adottando modalità organizzative e gestionali più efficienti.²¹⁶ In sintesi, riducendo la durata della degenza senza compromettere la qualità delle cure, le strutture sanitarie riescono a ottimizzare le risorse, mantenendo un margine economico positivo e migliorando l'efficienza complessiva del sistema.

Da un lato, la riduzione delle giornate di degenza può essere ottenuta tramite l'adozione di modalità operative più efficienti, che concentrano i trattamenti in un

²¹³ (D'Alessandro, Daniela; Mura, I; Vescia, N, 2007)

²¹⁴ (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021)

²¹⁵ (Careonline, 2009)

²¹⁶ (Marinò, 2014)

periodo di tempo ridotto (l'effetto positivo auspicato). Dall'altro lato, però, esiste il rischio che tale riduzione derivi da un taglio dei servizi offerti, portando così a un deterioramento della qualità delle cure (l'effetto distorsivo).²¹⁷

Uno studio di Baldwin e colleghi ha dimostrato che un team multidisciplinare, composto da infermieri, farmacisti, case manager e assistenti sociali, è riuscito a ridurre drasticamente le riospedalizzazioni. Grazie a un approccio coordinato e personalizzato, il tasso di riospedalizzazioni è passato dal 17,3% al 2,7% nei primi 30 giorni, generando un risparmio di oltre 689.000 dollari.²¹⁸

L'avvio di un programma di rilevazione dei bisogni sociali richiede investimenti iniziali in diverse aree. Sarà necessario formare e assumere personale qualificato, come assistenti sociali, infermieri e altri professionisti sanitari, che si occuperanno di condurre interviste, raccogliere dati e analizzare le esigenze dei pazienti. Inoltre, bisognerà sviluppare strumenti adeguati alla gestione delle informazioni, come software specifici e materiali informativi per i pazienti. Questo potrebbe includere la creazione di questionari standardizzati, piattaforme digitali per la raccolta dei dati e strumenti di analisi per identificare i bisogni sociali più critici.

Quando si identificano e si affrontano non solo le condizioni mediche, ma anche le problematiche sociali analizzate nel precedente capitolo, l'assistenza sanitaria diventa più personalizzata e completa.

Ad esempio, consideriamo un paziente anziano con una patologia cronica, come il diabete, che vive in una situazione economica precaria e ha difficoltà ad accedere ai trasporti per le visite mediche regolari. Senza un'adeguata rilevazione dei suoi bisogni sociali, questo paziente potrebbe mancare appuntamenti cruciali di quale tipo? Rischiamo non rispettare le visite di controllo mensili raccomandate dalle linee guida cliniche.²¹⁹ o non seguire correttamente la terapia prescritta, rischiando un peggioramento della sua condizione di salute e un aumento delle complicanze acute.

²¹⁷ (Marinò, 2014)

²¹⁸ (SIMI-Società Italiana di Medicina Interna AMD-Associazione Medici Diabetologi SID-Società Italiana di Diabetologia FADOI-Federazione Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti SIGG-Società Italiana di Gerontologia e Geriatria ANIMO-Associazione, 2023)

²¹⁹ “Devono essere programmate visite di controllo a cadenza orientativamente mensile da parte di un'équipe multidisciplinare comprendente, oltre al diabetologo, un infermiere esperto, un dietista e altre figure professionali richieste dalla situazione specifica” (Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID), 2018)

Tuttavia, se il programma di rilevazione identifica queste difficoltà in anticipo, si potrebbe intervenire fornendo servizi di trasporto o supporto economico per l'acquisto di medicinali, prevenendo così l'insorgere di complicazioni che potrebbero richiedere costosi trattamenti ospedalieri. Infatti, uno studio ha esaminato l'impatto della mancanza di copertura assicurativa sull'accesso ai servizi sanitari, rilevando che molti individui ritardano le cure per timore dei costi (15-20%) o non ricevono cure necessarie per mancanza di risorse (12-13%). Inoltre, una percentuale significativa non ha un luogo abituale di assistenza (38-15%) o non si sottopone a controlli periodici (58-37%), mentre molti ricorrono ai reparti di emergenza per trattamenti (39-17%).²²⁰

Inoltre, i pazienti che hanno bisogni sociali non soddisfatti sono più inclini a ricoveri multipli. Offrendo un supporto sociale adeguato, come l'accesso a servizi di assistenza domiciliare o un sostegno psicologico, si può attenuare significativamente la necessità di riammissioni ospedaliere.²²¹ Questo non solo contribuisce a diminuire i costi associati ai ricoveri, ma libera anche risorse per altri pazienti, migliorando l'efficienza complessiva del sistema sanitario. In definitiva, un approccio integrato che consideri sia i bisogni sociali che quelli medici può trasformare un investimento iniziale in un programma sostenibile che porta benefici duraturi per i pazienti e l'intero sistema sanitario. Nel giugno 2018, il chirurgo generale degli Stati Uniti, Jerome Adams, ha invitato i medici, durante un discorso alla Camera dei delegati dell'American Medical Association, a non limitarsi a soluzioni cliniche per affrontare i problemi di salute pubblica. Ha sottolineato che molte delle sfide sanitarie più gravi, come la dipendenza da oppioidi, le gravidanze indesiderate, la violenza armata, il suicidio, le malattie cardiache e il cancro, condividono fattori di rischio comuni.

In sintesi, l'investimento in un programma di rilevazione dei bisogni sociali, sebbene inizialmente oneroso, si ripaga ampiamente nel tempo attraverso una serie di benefici diretti e indiretti che contribuiscono alla sostenibilità.²²²

²²⁰ Studio dell'American Academy of Pediatrics in (Competitività, compatibilità e collaborazione: le prospettive per il 2006, 2005)

²²¹ (Imran, 2023)

²²² American Medical Association. Surgeon General all'AMA: guardare a monte per prevenire i mali della nazione [video]. Chicago IL: American Medical Association; 2018. (<https://www.youtube.com/watch?v=i7PEOQctWRw>) in (Sullivan, 2019)

Prima di trarre delle evidenze empiriche sui dati ottenuti, che saranno trattate nel secondo paragrafo, è opportuno, nel prossimo paragrafo, presentare il contesto in cui tale ricerca ha avuto luogo.

5.1 L'AST di Ascoli Piceno di fronte alla sfida dell'invecchiamento demografico: un'analisi del PIAO

A seguito della Delibera Giunta Regionale Marche n. 1500 del 21 novembre 2022, è stata costituita l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno. L'AST, «dotata di autonomia giuridica, imprenditoriale, organizzativa e amministrativa,»²²³ ha iniziato la propria attività il 1° gennaio 2023. Con sede legale ad Ascoli Piceno, l'azienda è articolata su due distretti territoriali: Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto²²⁴.

Come evidenzia il PAIO l'indice di vecchiaia della provincia è significativamente superiore sia alla media regionale che a quella nazionale, indicando una popolazione più anziana rispetto al resto del Paese e la percentuale di ultrasessantacinquenni nella provincia è superiore sia alla media regionale che a quella nazionale, confermando la tendenza all'invecchiamento della popolazione. Inoltre, presenta una speranza di vita alla nascita leggermente superiore alla media nazionale, sia per gli uomini che per le donne.²²⁵

I dati presentati nel PIAO offrono un quadro chiaro della situazione demografica della provincia di Ascoli Piceno, caratterizzata da un invecchiamento della popolazione più rapido rispetto alla media nazionale e regionale. L'elevato indice di vecchiaia e la significativa percentuale di ultra sessantacinquenni segnalano una trasformazione demografica in atto, con importanti implicazioni sociali ed economiche.

È interessante notare come, nonostante una speranza di vita superiore alla media, l'indice di vecchiaia sia significativamente più alto. Questo potrebbe essere dovuto a diversi fattori, tra cui un basso tasso di natalità nel passato, una maggiore longevità e un minore tasso di emigrazione.²²⁶

²²³ (AST Ascoli Piceno, 2024-2026)

²²⁴ (AST Ascoli Piceno, 2024-2026) PIAO 2024-2026

²²⁵ Ibid. (Analisi del contesto esterno e delle risorse)

²²⁶ ibidem

L'invecchiamento progressivo della popolazione della provincia di Ascoli Piceno solleva una serie di criticità che richiedono un intervento urgente e strutturato. L'aumento esponenziale della domanda di servizi socio-sanitari, in particolare quelli assistenziali e di lungo termine, mette a dura prova un sistema già sotto pressione, richiedendo investimenti significativi in risorse umane e tecnologiche.²²⁷

Rappresenta, però, anche una straordinaria opportunità di crescita e sviluppo. L'allungamento della vita media e il conseguente aumento della popolazione anziana possono stimolare l'innovazione e lo sviluppo di nuovi servizi e prodotti dedicati al benessere e all'autonomia degli anziani, creando nuove opportunità di lavoro e di sviluppo economico. Inoltre, gli anziani rappresentano una risorsa preziosa di conoscenze e competenze, che possono essere valorizzate attraverso il volontariato, la partecipazione alla vita sociale e la trasmissione del sapere alle giovani generazioni. Per cogliere appieno queste opportunità, è necessario promuovere politiche che favoriscano l'attiva partecipazione degli anziani alla vita sociale e lavorativa, valorizzando il loro ruolo di cittadini attivi e responsabili.

Il Piano socio-sanitario 2023-2025 offre un quadro complessivo della situazione regionale, delineando le strategie e le linee guida prioritarie che influenzeranno il sistema sanitario nei prossimi anni. Il documento descrive le aree generali di intervento per la pianificazione di azioni specifiche e fornisce indicazioni sugli obiettivi principali, definendone l'orizzonte temporale di attuazione. Da sottolineare è la questione della pressione a cui è sottoposto il distretto di San Benedetto del Tronto. Data la sua posizione costiera e la conseguente affluenza turistica stagionale, deve far fronte a una pressione particolarmente elevata nel promuovere e gestire la mobilità attiva. I flussi turistici variabili richiedono ancora di più una pianificazione attenta. Tra i programmi strategici principali si include il potenziamento dei sistemi di prevenzione e sicurezza sul territorio, attraverso interventi concreti per affrontare le principali criticità in situazioni di emergenza, fragilità o cronicità e promozione dell'assistenza territoriale, con l'ampliamento dei servizi di prossimità domiciliare e delle cure intermedie, al fine di garantire l'accesso ai trattamenti in modo capillare e tempestivo.

²²⁷ (Saiani, Palese, Brugnolli, & Benaglio, 2013)

In linea con gli obiettivi stabiliti nel PIAO, questa ricerca si propone di contribuire alla loro realizzazione, o quantomeno di diffondere una cultura organizzativa che vada verso questa direzione. La rilevazione dei bisogni sociali in ambito ospedaliero, se integrata nel ciclo completo delle cure (*full cycle of care*), assicura ad ogni paziente un'assistenza completa.²²⁸

5.2 Interazione con il management per individuare evidenze rilevanti e trasformabili in azioni

L'analisi qualitativa, condotta attraverso l'osservazione partecipante, ha evidenziato la necessità di rivedere alcuni aspetti assistenziali dei reparti. Questi, a causa della loro ripetizione quotidiana, rischiano di essere considerati scontati dal personale, al punto da non essere più percepiti nei loro aspetti critici e potenzialmente negativi, venendo erroneamente assimilati a procedure standard. Tale fenomeno è particolarmente evidente nella gestione dei pazienti fragili. Un esempio significativo è rappresentato dal ritardo nella segnalazione ai servizi sociali, che potrebbe compromettere la continuità delle cure e il benessere del paziente. Attualmente, secondo le linee di indirizzo per la dimissione protetta, la tempistica tra l'accesso del paziente in reparto e la segnalazione ai servizi sociali è prolungata, poiché la segnalazione deve essere effettuata dal coordinatore di reparto solo dopo aver consultato il paziente e gli infermieri.²²⁹

Nell'approccio della value chain, l'organizzazione del processo di “produzione di salute” deve abbracciare e integrare tutte le fasi essenziali, dalla prevenzione e screening, alla diagnosi, alla preparazione e intervento, fino alla riabilitazione e al monitoraggio del paziente.²³⁰ Integrare questa rilevazione in una prima fase di assistenza permette di identificare tempestivamente eventuali fattori di rischio o barriere che potrebbero ostacolare la cura, come problemi di supporto familiare, difficoltà economiche, o l'assenza di una rete sociale di sostegno. Una valutazione

²²⁸ (Fiori, et al., 2024)

²²⁹ Quando un medico o un infermiere rileva la necessità di una consulenza di tipo sociale, trasmette le informazioni disponibili al coordinatore del reparto, che a sua volta si rivolge all'assistente sociale. (Giunta Regionale, 2021)

²³⁰ (Previtali, 2018)

olistica, condotta con l'aiuto di assistenti sociali, psicologi e altri professionisti della salute, può quindi guidare la pianificazione di interventi personalizzati e coordinati, garantendo che il paziente riceva non solo cure mediche adeguate, ma anche il supporto necessario per affrontare le difficoltà sociali correlate alla malattia e al ricovero.²³¹

In questo contesto, l'identificazione precoce di bisogni sociali, come emerso nel caso della somministrazione di un questionario, dimostra come una singola azione all'interno della catena possa innescare un processo virtuoso. In questo caso, la segnalazione diretta all'assistente sociale ha permesso di accelerare significativamente l'intervento: è il caso emerso di un questionario in cui, durante la somministrazione, un paziente presentava problematicità di solitudine e scarsa igiene, ha permesso di segnalare immediatamente, bypassando il passaggio dal coordinatore e riducendo significativamente i tempi di intervento.

La riduzione dei tempi può spesso influire sulla qualità dei servizi offerti, poiché l'esperienza di fruizione delle prestazioni sanitarie avviene in condizioni psico-fisiche delicate. In tali circostanze, una lunga permanenza in ospedale o un'attesa prolungata per accedere a una prestazione possono influenzare negativamente la percezione della qualità del servizio.²³² Inoltre, l'aumento del valore aggiunto non deve essere inteso soltanto come un miglioramento dell'efficienza, che può essere parzialmente ottenuto attraverso l'ottimizzazione dei tempi, ma anche sul raggiungimento dell'efficacia che, in questo caso è intesa come raggiungere gli obiettivi di salute desiderati, ovvero migliorare il benessere individuale. È necessario anche progettare processi e servizi basati sull'analisi approfondita delle esigenze. Questo si ottiene attraverso una progettazione centrata sull'utente, che tenga conto delle sue esigenze, dei suoi bisogni e del suo contesto sociale, contribuendo ad un miglioramento della qualità.²³³ E quindi? A quale altra variabile si fa riferimento oltre all'efficienza?

Continuando con l'approccio della value chain, è fondamentale riconoscere che la rilevazione dei bisogni sociali del paziente non si limita a un singolo momento del ciclo di cura, ma può costituire una fase di monitoraggio continuo (monitoraggio

²³¹ (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021)

²³² (Del Bene, 2000)

²³³ (Desideri, Grisillo, & Sandroni, 2020)

ongoing). Questa attività permette di coniugare l'operatività (la raccolta dei dati sui bisogni) con il controllo di tutte le fasi dell'assistenza, garantendo un'analisi costante e aggiornata della situazione del paziente.

Tale approccio si allinea perfettamente con i moderni sistemi di controllo, che enfatizzano l'efficacia, la qualità, la soddisfazione del cliente e una visione trasversale dell'organizzazione. Questi sistemi, superando la mera valutazione dell'efficienza, offrono un quadro gestionale più completo e integrato, in linea con la complessità del settore sanitario.²³⁴ Come sottolinea Borgonovi, l'equilibrio economico di un ospedale non è un fine a sé stesso, ma deve essere funzionale al raggiungimento delle sue finalità di tutela della salute. La rilevazione dei bisogni sociali si inserisce in questa visione, aiutando a orientare le risorse verso un'assistenza più "evoluta".

Questa attività non deve limitarsi al momento dell'accesso, ma è auspicabile che continui anche durante il ciclo di trattamento e, particolarmente, alla fase di dimissione, soprattutto per quei pazienti considerati fragili e "a rischio". In ambito ospedaliero, un tipico processo complessivo di diagnosi, cura e riabilitazione si articola in diverse fasi: pre-ammissione, accettazione-accesso, diagnostica, preparazione al trattamento, trattamento, riabilitazione, dimissione e post-dimissione.²³⁵

Al fine di garantire la corretta gestione dei posti letto ospedalieri compete comunque alla componente infermieristica e medica all'ingresso la valutazione del paziente in quanto devono ricercare problematiche sociosanitarie che compromettano l'autonomia del paziente (scala di Brass) e qualora riscontrate occorra procedere alla tempestiva segnalazione, entro 48 ore dall'ammissione, tramite Cureprimarie²³⁶ del caso alla direzione medica di presidio della sede ospedaliera; e nel caso di pazienti candidati alle cure palliative o alla RSA, il distretto può procedere all'attivazione

²³⁴ (Del Bene, 2000)

²³⁵ (Del Bene, 2000)

²³⁶ Ora sostituito dal Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Il direttore sanitario Asur cita: «"Cure primarie" - - è un database che riproduce lo storico di un paziente, è certamente più flessibile, ma è solo per Area Vasta 5. Il nuovo fascicolo riporta tutti i risultati degli esami fatti in qualsiasi struttura del servizio sanitario italiano ed anche di quelli svolti in laboratori privati (il sistema si sta integrando in tal senso, ndr). Alcuni servizi sono già stati assorbiti dal nuovo applicativo aziendale e quelli non più visibili su "Cure primarie"». (Cronachepicene.it, 2022)

dell'UVI²³⁷ entro 3 giorni all'effettuazione della valutazione; nel monitoraggio dei posti letto si mantiene la verifica sui pazienti in decima giornata di ricovero per la verifica di eventuale mancata attivazione dei percorsi territoriali.²³⁸ In virtù di questo, inserire una figura sociale che aiuti nella valutazione sociosanitaria, al momento della degenza del paziente, è cruciale poiché aumenta a migliorare significativamente l'assistenza al paziente, identificando tempestivamente i bisogni e facilitando la cooperazione tra i professionisti. Lavorare in maniera collaborativa come un team unito, che includa anche professionisti sociali, è essenziale per assicurare una transizione fluida e continua per i pazienti.

In questo contesto, la rilevazione dei bisogni sociali può essere integrata in qualsiasi fase del percorso. Tuttavia, è importante comprendere che il momento in cui questa rilevazione viene effettuata influenzerà gli esiti che ne derivano. A seconda della fase in cui avviene, l'identificazione dei bisogni sociali potrà avere impatti differenti sul piano dell'assistenza e sulla qualità complessiva delle cure fornite. Quindi, in altre parole, la rilevazione dei bisogni sociali è un'attività che a seconda del momento del percorso assistenziale in cui viene effettuata ha esiti diversi.²³⁹

Durante la fase di accesso, la rilevazione dei bisogni sociali consente di identificare e indirizzare immediatamente problematiche come la solitudine o la scarsa igiene, come dimostrato dal caso del questionario. Inoltre, consente di attivare tempestivamente i servizi territoriali.

È altrettanto cruciale che questa valutazione continui durante tutto il percorso del paziente, comprese le fasi intermedie del percorso assistenziale. Il "mezzo del percorso assistenziale" si riferisce a quel momento in cui il paziente è già stato sottoposto a diagnosi e trattamento iniziale, ma non è ancora arrivato alla fase di dimissione o riabilitazione definitiva. In questo periodo, il paziente potrebbe aver già superato

²³⁷ Il direttore sanitario del distretto di Fano la definisce con testuali parole: «L'UVI rappresenta uno snodo fondamentale nella definizione dei percorsi più appropriati nella assistenza di malati (in particolare anziani non autosufficienti) che necessitano di continuità assistenziale».

²³⁸ Remo Appignanesi-Direttore dell'Unità Operativa di Governo Clinico e Gestione del Rischio dell'AST di Ascoli Piceno. (2024). Riduzione dei Ricoveri medici oltre soglia dei pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni [Comunicazione protocollo n. 1841510/2023]. Ascoli Piceno: Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno. (Guidi, 2017)

²³⁹ (Novilla, et al., 2023)

interventi o terapie significative, e potrebbe trovarsi in una fase di stabilizzazione o recupero progressivo.

Se la rilevazione dei bisogni sociali viene effettuata in questa fase intermedia, i risultati possono avere un impatto significativo. Ad esempio, un paziente che inizialmente non presentava particolari problemi sociali potrebbe sviluppare nuove esigenze o difficoltà man mano che avanza nel percorso di cura, come ansia per il ritorno alla vita quotidiana, isolamento dovuto alla degenza prolungata, o difficoltà economiche legate alla malattia.²⁴⁰ Infatti, il monitoraggio ongoing permette di adattare le strategie di intervento e le risorse necessarie in base all'evoluzione della situazione clinica del paziente.²⁴¹

In linea con il modello Transitional Care²⁴², alla fase di dimissione, ad esempio, la rilevazione dei bisogni sociali può rivelarsi decisiva per garantire una transizione fluida e sicura verso il ritorno a casa o il trasferimento in altre strutture. Identificando eventuali difficoltà residue o nuove esigenze sociali, si possono predisporre interventi adeguati, come il supporto domiciliare o il coinvolgimento di servizi sociali, prevenendo così disagi futuri e migliorando il benessere complessivo del paziente.

Come sostiene Kripalani (2012), la carente continuità assistenziale tra ospedale e territorio ha portato a un allarmante tasso di errori terapeutici, pari al 50,8% dei casi, con un impatto significativo sulla salute dei pazienti. In particolare, il 22,9% di questi errori è stato classificato come grave, sottolineando l'urgente necessità di interventi per migliorare la qualità, visto la poca disponibilità di posti letto.²⁴³

La riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali prevista dal PNRR e dal DM 77/2022 mira a creare un sistema di assistenza integrato e proattivo, capace di rispondere in maniera personalizzata ai bisogni clinici e sociali dei pazienti. In questo contesto, l'adozione di modelli come le Case della Comunità e gli Ospedali di

²⁴⁰ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020) *illness: percezione soggettiva del malessere, l'esperienza soggettiva, che un individuo fa della propria malattia.*

²⁴¹ «La supervisione nello svolgimento di compiti specifici costituisce il controllo operativo, strumento tipico di verifica.» (Anthony in *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie* (Del Bene, 2000)

²⁴² (Naylor, 2008) «L'assistenza di transizione comprende un'ampia gamma di servizi e ambienti progettati per promuovere il passaggio sicuro e tempestivo dei pazienti tra i livelli di assistenza sanitaria e tra le strutture di cura. »

²⁴³ (Sabati, 2018)

Comunità²⁴⁴ rappresenta un passo fondamentale per portare la cura più vicino al paziente, intercettando le necessità sanitarie in modo capillare sul territorio.

L'adozione di modelli innovativi come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità rappresenta una svolta fondamentale per l'assistenza sanitaria territoriale. Il distretto, attraverso queste strutture, è chiamato a promuovere una sempre maggiore integrazione tra i diversi servizi sanitari, garantendo una risposta coordinata e continua ai bisogni dei cittadini.²⁴⁵

La costituzione di una Casa della Comunità ogni 40-50 mila abitanti, come previsto dalla legge²⁴⁶, rappresenta una scelta strategica per garantire una copertura capillare del territorio e migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari.²⁴⁷

Tuttavia, la continuità e l'efficacia di questa presa in carico non possono limitarsi alla dimensione territoriale: è essenziale che anche l'ambiente ospedaliero contribuisca a delineare un percorso di cura olistico. Il questionario di rilevazione dei bisogni sociali, somministrato direttamente ai pazienti durante il ricovero, diventa così uno strumento cruciale per garantire la raccolta di informazioni fondamentali per la stratificazione non solo dei bisogni clinici, ma anche di quelli sociali. Questo approccio permette di identificare le risorse e le difficoltà sociali che possono influenzare il decorso terapeutico e di sviluppare un piano di intervento personalizzato e integrato (PAI).

Inoltre, la collaborazione tra le figure professionali sanitarie e sociali, così come l'allineamento tra i medici di continuità assistenziale e le AFT, favorisce una transizione fluida tra ospedale e territorio, garantendo un'assistenza continua che si adatta ai bisogni specifici del paziente. Infine, il modello di presa in carico delle cronicità e fragilità, delineato sia per il contesto territoriale che per quello ospedaliero, sottolinea l'importanza di un approccio multiprofessionale che, attraverso strumenti come il questionario, rende possibile una cura centrata sulla persona e orientata a prevenire ricadute o complicazioni post-ricovero.²⁴⁸

²⁴⁴ Poli di aggregazione residenziale

²⁴⁵ (AST Ascoli Piceno, 2024-2026)

²⁴⁶ Decreto 23 maggio 2022, n. 77

²⁴⁷ (Ministero della Salute, 2022)

²⁴⁸ (Ministero della Salute, 2016)

In parallelo, il tema dell'attenzione ai vissuti dei pazienti è sempre più rilevante, come dimostra la “regola dei 22 secondi”, che indica il tempo medio concesso al paziente per parlare senza interruzioni.²⁴⁹ In questo contesto, un momento di colloquio, come la somministrazione di un questionario, rappresenta un'opportunità per favorire una riflessione sociologica e ristabilire un legame più umano e attento tra paziente e professionista.²⁵⁰

Con il DM 70/2015, “Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, il sistema sanitario si orienta verso la costruzione di un modello in cui ospedali e territorio si evolvono insieme, adottando un approccio organizzativo e gestionale integrato.²⁵¹

A maggior ragione, L'integrazione della rilevazione dei bisogni sociali in un contesto come quello di San Benedetto, dove ospedale e Casa della Comunità coesistono in un unico edificio²⁵², rappresenta un'opportunità unica per garantire un'assistenza veramente olistica, aggiungendo valore al percorso assistenziale.

5.2.1 *Verso un'Assistenza Sanitaria Integrata: Il Ruolo della Rilevazione Sociale a Livello Micro, Meso e Macro*

L'integrazione della rilevazione dei bisogni sociali nei pazienti può avvenire su diversi livelli, ognuno dei quali contribuisce a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Longo (2009) sottolinea la necessità di semplificare i piani socio-sanitari integrati, focalizzandosi sull'efficacia e sull'efficienza. Propone di considerare le organizzazioni del settore come una “rete interaziendale”, dove ciascuna istituzione mantiene la propria autonomia, ma collabora con le altre per raggiungere obiettivi comuni.²⁵³

L'utente, ovvero il cittadino che usufruisce dei servizi, è al centro di questo modello. È la sua soddisfazione e il suo benessere a giustificare l'integrazione tra i

²⁴⁹ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

²⁵⁰ (Istituto Superiore di Sanità- Epicentro ISS)

²⁵¹ (Ordine degli Assistenti Sociali - Consiglio Nazionale, 2024)

²⁵² (Cronachepicene.it, 2023)

²⁵³ In “L'Integrazione socio-sanitaria come asse di un nuovo modello di assistenza. Il possibile ruolo del terzo settore”

diversi servizi. Per raggiungere questo obiettivo, si individuano diversi livelli di integrazione:

L'integrazione a livello micro riguarda principalmente le relazioni personali, sia tra pazienti e professionisti, sia tra i professionisti stessi all'interno di un'organizzazione.²⁵⁴ È stato dimostrato, attraverso studi di fidelizzazione del paziente²⁵⁵, che relazioni durature e personalizzate tra i professionisti favoriscono un approccio olistico verso i pazienti, che a sua volta contribuiscono a un maggior livello di soddisfazione e di fiducia. Questo approccio consente ai professionisti di ottenere una visione completa non solo dei problemi medici e sanitari, ma anche della situazione di vita complessiva del paziente. La conoscenza approfondita delle condizioni di un paziente facilita l'identificazione di esigenze non immediatamente evidenti, migliorando così la capacità di trattare anche altri pazienti con problematiche simili.²⁵⁶ Questo non solo aumenta la soddisfazione dei professionisti, che vedono risultati concreti nel benessere dei pazienti, ma promuove anche il lavoro di squadra, essenziale per affrontare le complesse necessità sia sociali che cliniche di un paziente.²⁵⁷

A livello meso, l'integrazione si riferisce alla gestione dei servizi sanitari, con l'obiettivo di garantire un'assistenza coordinata e a lungo termine per i pazienti.²⁵⁸ Questo viene realizzato attraverso l'erogazione di cure basate su team interdisciplinari. Le relazioni consolidate tra i professionisti all'interno di questi team permettono di fornire cure più efficaci, specialmente in situazioni di emergenza, poiché il team possiede già tutte le conoscenze di base necessarie sul paziente, riducendo la necessità di ripetere l'anamnesi e accelerando l'inizio dei trattamenti. Inoltre, queste relazioni favoriscono la prontezza e, a lungo termine, l'abilità psicologica sia per i professionisti che per i pazienti, creando un ambiente di cura più reattivo ed empatico.²⁵⁹

²⁵⁴ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

²⁵⁵ (Ameri & Fiorini, 2016)

²⁵⁶ (De Santi & Simeoni, 2013)

²⁵⁷ (De Santi & Simeoni, 2013)

²⁵⁸ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

²⁵⁹ (Woodruff)

Inoltre, iniziative come la formazione del personale per migliorare la comunicazione e l'empatia, l'adozione di tecnologie, possono migliorare significativamente la percezione dei pazienti riguardo alla qualità delle cure ricevute.²⁶⁰

Infine, a livello macro, l'integrazione dei bisogni sociali si estende alla governance delle condizioni per l'assistenza sanitaria a livello regionale.²⁶¹ Questo include la definizione di normative legali. Un aspetto cruciale a questo livello è garantire la continuità dell'assistenza attraverso una cooperazione stretta e regolare tra i vari enti organizzativi, sia a livello locale che regionale. Tale cooperazione è essenziale per assicurare che l'assistenza ai pazienti fluisca senza interruzioni, migliorando l'efficacia complessiva del sistema sanitario.

5.2.2 *Barriere alla Rilevazione dei Bisogni Sociali: Dropout, Riservatezza e Difficoltà di Adesione*

La sostenibilità della rilevazione dei bisogni sociali tramite questionari dipende da diversi fattori che interagiscono in modo complesso.

In primo luogo, i limiti metodologici riguardano la difficoltà di strutturare domande che siano adeguate per ogni contesto e che riescano a cogliere in modo accurato e completo i bisogni del paziente.²⁶² I questionari, inoltre, possono non sempre adattarsi alla variabilità delle esperienze personali e socio-culturali dei pazienti. Ad esempio, un questionario generico, potrebbe non essere in grado di cogliere i bisogni specifici degli anziani con disabilità; potrebbe sovrastimare la loro capacità di socializzare, poiché non tiene conto delle barriere fisiche e sensoriali che limitano la loro partecipazione alle attività sociali.

Le risorse disponibili, come il tempo e il personale necessario per somministrare i questionari e analizzarne i risultati, rappresentano un altro fattore cruciale. In un

²⁶⁰ (Istituto Superiore di Sanità- Epicentro ISS) “La qualità della relazione assume un ruolo fondamentale per affrontare la complessità di comportamenti e stili di vita quotidiani non adeguati al mantenimento della salute. Nello specifico la comunicazione tra operatore e utente non può tener conto semplicemente del rischio in termini quantitativi e probabilistici e della componente biologica, ma deve prendere in considerazione anche le difficoltà individuali e sociali e le eventuali risorse, ponendo attenzione al contesto di riferimento.”

²⁶¹ (Vicarelli, Cardano, & Giarelli, 2020)

²⁶² (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021)

contesto ospedaliero o sanitario già gravato da carenze organizzative e sovraccarico di lavoro, aggiungere ulteriori compiti può comportare difficoltà logistiche.

L'organizzazione del servizio è un fattore altrettanto importante. Integrare la rilevazione dei bisogni sociali negli strumenti di gestione e management richiede che l'intero processo venga accettato e supportato da tutto il team sanitario. Tuttavia, la collaborazione tra operatori sanitari e sociali può essere ostacolata da barriere organizzative o culturali, come la divisione dei ruoli tra ambito sanitario e sociale, la mancanza di coordinamento o la percezione che queste attività non siano prioritarie rispetto alle cure mediche. Ad esempio, durante la somministrazione dei questionari, è emerso che molti infermieri consideravano queste attività come una perdita di tempo, ritenendo che non contribuissero direttamente al trattamento medico. Alcuni di essi hanno esplicitamente espresso che la somministrazione dei questionari può essere percepita come un'attività burocratica, distante dalla pratica clinica quotidiana e poco collegata ai bisogni immediati dei pazienti e ovviamente, se gli infermieri non sono convinti che i dati raccolti verranno utilizzati in modo appropriato e confidenziale, potrebbero essere meno motivati a collaborare all'iniziativa.

Inoltre, le implicazioni etiche giocano un ruolo rilevante, soprattutto per quanto riguarda la protezione della privacy e il rispetto della dignità del paziente. Raccogliere informazioni così sensibili, come quelle relative alla sfera socio-economica o familiare, potrebbe generare disagio o resistenza nei pazienti, soprattutto se questi non comprendono pienamente il motivo della raccolta di tali dati o temono che le informazioni possano essere usate in modo improprio. Infatti, l'adesione dei pazienti alla somministrazione dei questionari può essere influenzata da una serie di fattori psicologici e sociali. Alcuni pazienti potrebbero percepire il questionario come un'intrusione nella loro sfera privata, soprattutto in momenti di vulnerabilità legati alla malattia. Altri potrebbero essere inibiti nel condividere informazioni personali, temendo di essere giudicati o stigmatizzati. Barriere linguistiche, culturali o cognitive possono ulteriormente ostacolare la compilazione del questionario, limitando la possibilità di esprimere in modo completo e accurato i propri bisogni. Questo aumenterebbe il fenomeno del *drop out*, rendendo necessaria una comunicazione chiara e un'attenzione particolare nel far comprendere l'importanza di rilevare i bisogni sociali per migliorare la qualità della loro assistenza e cura olistica.

È interessante notare che alcuni pazienti hanno esplicitamente richiesto di compilare il questionario al di fuori della stanza di degenza, evidenziando la necessità di garantire un ambiente riservato e confidenziale per affrontare tematiche personali e delicate. Tuttavia, la disponibilità di spazi dedicati e riservati per la somministrazione dei questionari rappresenta spesso un limite nei reparti ospedalieri, sottolineando la necessità di una riorganizzazione degli ambienti e dei flussi assistenziali.²⁶³ Questo approccio comprende la creazione di spazi per il conforto dei familiari, aree di riposo per i pazienti e un design che riduca lo stress e l'ansia.

5.3 Fattori che compromettono la sostenibilità del progetto: riflessioni dall'esperienza sul campo

Nell'ambito ospedaliero, emergono diverse criticità e limiti che possono influenzare significativamente la qualità delle cure e il benessere dei pazienti. Queste sfide sono spesso il risultato di una combinazione di fattori strutturali, organizzativi e formativi.

Come già sostenuto nel precedente paragrafo, è emersa una serie di problemi infrastrutturali e di personale che limitano significativamente l'implementazione dello screening e che continueranno a costituire barriere se non affrontati attraverso una strategia di implementazione aggiornata. Questi problemi includono risorse insufficienti, mancanza di formazione adeguata per il personale e una carenza di coordinamento tra i diversi servizi.²⁶⁴

Come già accennato, la sostenibilità dell'iniziativa potrebbe essere elevata se vi è una forte partnership tra ospedale e territorio,²⁶⁵ contribuendo in modo significativo alla realizzazione della Missione 6 del PNRR²⁶⁶. Questa missione si propone di rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale attraverso lo sviluppo di reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina, con l'obiettivo di potenziare le prestazioni erogate

²⁶³ (D'Amore, 2024) "È essenziale progettare edifici e organizzazioni con un alto grado di flessibilità per adattarsi a cambiamenti e innovazioni che oggi non possiamo nemmeno immaginare, tenendo conto che i futuri sviluppi tecnologici e le esigenze cliniche potrebbero essere difficili da prevedere"

²⁶⁴ (Imran, 2023)

²⁶⁵ (Sullivan, 2019) «Nelle parole del chirurgo generale degli Stati Uniti Adams, i provider devono essere "insieme al tavolo, condividere le lezioni apprese e sfidarsi a vicenda a fare di più, a farlo meglio e a farlo insieme"»

²⁶⁶ (Italia, 2021)

sul territorio. La rilevazione dei bisogni sociali si inserisce perfettamente in questo quadro, fornendo informazioni cruciali per orientare gli interventi e garantire una presa in carico globale del paziente, che tenga conto non solo delle sue necessità mediche, ma anche di quelle sociali, economiche e ambientali.

Recentemente, un convegno tenutosi all'Università Bicocca di Milano ha offerto spunti interessanti su come promuovere l'integrazione ospedale-territorio in Lombardia. Tra le proposte emerse, alcune si sono rivelate particolarmente innovative: Telemedicina: L'utilizzo di tecnologie ICT, come il teleconsulto specialistico, consente di superare le barriere geografiche e temporali, facilitando l'accesso alle cure specialistiche e migliorando la comunicazione tra professionisti.

Dote sanitaria, Nuove Reti Sanitarie, Chronic Related Group, Cure Sub-acute, Dimissioni Protette, GAD, volte a promuovere l'integrazione tra servizi sanitari e sociali. Questi modelli innovativi, come evidenziato dall'indagine condotta sul territorio regionale lombardo, possono produrre effetti apprezzabili in termini di riduzione dei ricoveri ordinari, riduzione degli accessi al pronto soccorso per codici bianchi e riduzione delle visite specialistiche ambulatoriali.²⁶⁷

Nel caso dell'ospedale AST Distretto di San Benedetto è stata osservata una solida collaborazione tra i professionisti, particolarmente nelle aree direzionali, con un buon livello di integrazione tra i direttori medici e quelli manageriali. Tuttavia, è evidente che questa cooperazione non è sufficiente se non viene estesa a tutti i livelli e ambiti di intervento. È fondamentale che la collaborazione non rimanga confinata ai vertici, ma che coinvolga anche il personale operativo e le altre componenti del sistema sanitario e sociale. Solo un impegno condiviso e integrato può garantire l'efficacia e la sostenibilità dell'iniziativa.

Di seguito vengono riformulate e discusse alcune delle principali problematiche osservate durante un'esperienza sul campo:

- Limitatezza delle risorse: La riforma del titolo V della Costituzione del 2009 ha profondamente trasformato il sistema di finanziamento dei servizi sociali in Italia. Il passaggio a un modello basato sull'autonomia regionale e sulla compartecipazione ai tributi erariali ha reso le Regioni più responsabili della gestione delle risorse, ma ha

²⁶⁷ (CRIET - Centro di Ricerca Interuniversitario in Economia del Territorio, 2011)

anche generato una maggiore disomogeneità nell'offerta dei servizi. La crisi economica degli ultimi anni ha ulteriormente aggravato la situazione, riducendo drasticamente le risorse disponibili per il welfare e rendendo ancora più difficile definire e garantire livelli essenziali di prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale.²⁶⁸ Si è parlato addirittura di “corporatizzazione” della cura.²⁶⁹ La logica di mercato, sebbene abbia portato a una maggiore efficienza in alcuni casi, ha anche generato una maggiore disuguaglianza nell'accesso alle cure e ha indebolito il principio di solidarietà che dovrebbe caratterizzare un sistema sanitario pubblico.²⁷⁰ Questo ha ulteriormente accentuato la separazione tra il settore sociale e quello sanitario, poiché la distribuzione delle risorse è stata fortemente sbilanciata. Mentre i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA), riconosciuti come diritti soggettivi, erano garantiti da norme specifiche e finanziati dallo Stato, i livelli di assistenza sociale, nonostante quanto previsto dalla Legge 328/2000, non hanno ricevuto una normativa chiara o un adeguato finanziamento statale, lasciando il peso economico a carico degli utenti.²⁷¹

- Priorità alla cura, trascurata la prevenzione: il modello assistenziale prevalente tende a concentrarsi sull'intervento durante le fasi acute della malattia, piuttosto che sulla prevenzione e gestione dei determinanti sociali della salute.²⁷² La separazione tra ambito sociale e sanitario ha portato a un indebolimento delle pratiche preventive, lasciando gran parte della responsabilità della cura sulle spalle della medicina ospedaliera.²⁷³ Questo approccio finisce per trascurare il ruolo cruciale della prevenzione, scaricando l'onere sui pazienti e sul sistema ospedaliero. A riguardo, la metafora di Zola si dimostra particolarmente incisiva. L'analogia del fiume di Irving Zola illustra come le cause profonde, “a monte”, influenzino le conseguenze “a valle”. Zola descrive un soccorritore che, mentre salva persone dall'annegamento a valle, non trova il tempo per investigare perché stiano cadendo nel fiume. Questo rappresenta la

²⁶⁸ (Pavesi, 2012)

²⁶⁹ (Farris e Marchetti, 2017)

²⁷⁰ (Pisani, 2023)

²⁷¹ (Pavesi, 2012)

²⁷² (Pisani, 2023)

²⁷³ (Pisani, 2023)

necessità di affrontare le cause strutturali e sociali, come governance, leggi e valori culturali, che portano a malattie e disabilità. L'analogia sottolinea che, mentre le "cure di salvataggio" sono cruciali, è essenziale dare priorità alle "cure preventive" che affrontano le cause di fondo. L'attenzione dovrebbe spostarsi a monte per migliorare la salute pubblica e garantire che le risorse e le priorità siano orientate a prevenire i problemi piuttosto che solo a risolverli una volta manifestati.²⁷⁴

- Servizi Sociali e Territoriali: Pronti a Gestire l'Aumento della Domanda? Un presupposto fondamentale per l'efficacia degli interventi di collegamento è che i servizi sociali esistenti abbiano la capacità necessaria per soddisfare le esigenze sociali delle loro comunità.²⁷⁵ Questo aspetto è particolarmente cruciale poiché uno screening proattivo e sistematico tende ad aumentare il numero di persone che hanno bisogno di assistenza. Tuttavia, in Italia non esistono studi pubblicati che valutino la capacità del sistema di servizi sociali, intesa come la quantità di assistenza che una comunità può effettivamente fornire per soddisfare i bisogni sociali. Senza tali dati, non è possibile verificare con certezza se le agenzie sociali siano in grado di gestire un eventuale incremento nella domanda di assistenza derivante da uno screening più ampio.

In ambito sanitario e sociale, non sempre un aumento della domanda si traduce in un incremento del profitto economico, poiché i servizi offerti sono spesso orientati al benessere pubblico e non al guadagno.²⁷⁶ A differenza dei settori commerciali, l'obiettivo principale dei servizi sociali e sanitari è soddisfare i bisogni della popolazione, non massimizzare i ricavi. Inoltre, l'aumento della domanda può mettere sotto pressione risorse già limitate, generando costi aggiuntivi senza un corrispondente aumento di finanziamenti o investimenti. Questo squilibrio può determinare una riduzione della qualità dei servizi o un allungamento dei tempi di risposta, con impatti negativi sia per i pazienti sia per gli operatori del settore.²⁷⁷

- Mancanza di risorse umane e sovraccarico di lavoro che limita l'azione: la carenza di risorse umane dedicate alla rilevazione e alla gestione dei bisogni sociali rappresenta

²⁷⁴ (Novilla, et al., 2023)

²⁷⁵ (Kreuter, et al., 2020)

²⁷⁶ (Marinò, 2008)

²⁷⁷ (Borgonovi, Elio; D'Elia, Luigi, 2013) La pressione sui bilanci ha portato molte aziende sanitarie a sospendere le prestazioni verso la fine dell'anno, con gravi ripercussioni sulla salute dei cittadini.

un limite significativo per la qualità dell'assistenza erogata. Sebbene siano presenti figure professionali come gli assistenti sociali, il loro numero è spesso insufficiente rispetto al volume di lavoro e alla complessità dei casi. Di conseguenza, la possibilità di effettuare una valutazione sistematica, quotidiana e continuativa dei bisogni sociali dei pazienti risulta limitata. A questo proposito sarebbe efficace individuare il case manager di cui se ne è parlato nel capitolo 3. La scelta del case manager è un processo complesso che richiede una valutazione attenta delle diverse variabili in gioco. La definizione del profilo professionale più idoneo a ricoprire il ruolo di case manager non può essere circoscritta a una singola categoria professionale, bensì richiede un'analisi attenta e multidimensionale del contesto in cui si opera. Essa, infatti, non è determinata esclusivamente dalle competenze tecniche specifiche, ma anche da una serie di fattori contestuali e organizzativi.²⁷⁸ Ad esempio, un terapeuta occupazionale potrebbe essere il professionista più adatto a valutare le necessità del bambino con disabilità e a fornire gli ausili e le modifiche ambientali necessarie per favorire la sua autonomia, mentre per un anziano non autonomo, un assistente sociale potrebbe essere la figura chiave per coordinare i servizi domiciliari e supportare la famiglia nell'assistenza al proprio caro.

- Limiti nelle competenze dei professionisti sanitari: i professionisti sanitari sono spesso chiamati a gestire una vasta gamma di competenze, che spaziano dal campo medico a quello sociale, fino a quello gestionale e manageriale²⁷⁹. Tuttavia, la complessità e la specificità di queste aree richiederebbero competenze altamente specializzate, che difficilmente possono essere concentrate in un solo individuo. La necessità di coniugare conoscenze cliniche con abilità manageriali e relazionali pone sfide significative alla figura del professionista sanitario. In Italia, il modello

²⁷⁸ (Trincherò, 1999)

²⁷⁹ 2 sono le modalità attraverso il quale i professionisti possono acquisire tali competenze: Formazione Manageriale: prevede che i professionisti sanitari, come i responsabili di struttura, acquisiscano nuove competenze manageriali aggiuntive rispetto a quelle ottenute durante i loro tradizionali percorsi formativi universitari; Affiancamento con Esperti Gestionali: prevede l'affiancamento dei responsabili sanitari con professionisti dotati di competenze gestionali, simile alla struttura tipica delle direzioni aziendali. In questo modello, ogni unità organizzativa avrebbe sia un responsabile sanitario (che si occupa della gestione clinica) sia un responsabile amministrativo (che si occupa della gestione amministrativa e gestionale). Questo approccio replica a livello operativo il modello di direzione aziendale, dove esistono ruoli separati per le funzioni sanitarie e gestionali, permettendo una specializzazione più mirata (Mecosan, 2003, p. 11).

organizzativo prevalente affida al singolo professionista la responsabilità sia clinica che gestionale di un'unità operativa.²⁸⁰ Sebbene tale modello possa favorire l'integrazione interna, esso presenta dei limiti intrinseci. La concentrazione di molteplici ruoli in un unico soggetto può comportare un sovraccarico di responsabilità e potenziali conflitti di interesse, compromettendo l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate. Inoltre, anche se gli ospedali hanno più fondi a disposizione, potrebbero non avere le capacità organizzative o il know-how per sfruttare al meglio queste risorse per affrontare problemi di salute pubblica.²⁸¹

- Mancanza di un Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali (SIISI): uno dei principali limiti organizzativi riscontrati è l'assenza di un sistema informativo che faciliti la comunicazione tra i vari professionisti, sia all'interno dello stesso ospedale che con altre organizzazioni esterne. Questo deficit tecnologico ostacola la condivisione tempestiva delle informazioni e la coordinazione delle cure, riducendo l'efficacia complessiva dell'assistenza sanitaria e aumentando il rischio di errori o ritardi nella gestione dei pazienti. Per migliorare la continuità delle cure, è fondamentale trasferire informazioni attraverso sistemi e canali di comunicazione comuni. Questo favorirebbe una maggiore responsabilità a lungo termine per garantire un'assistenza continua e coerente.²⁸² Tuttavia, è stato segnalato che la grande distanza geografica tra gli operatori sanitari rappresenta una sfida, poiché spesso non si utilizzano gli stessi sistemi di informazione e comunicazione.²⁸³

- Poca alfabetizzazione digitale tra i professionisti sanitari: Nonostante la presenza della piattaforma NBS²⁸⁴, che potrebbe teoricamente supportare la gestione delle informazioni cliniche, molti professionisti mostrano una scarsa familiarità con il suo utilizzo. Ad esempio, sono state osservate difficoltà nell'estrazione di semplici dati, come la lista dei pazienti ricoverati in una determinata data. Questa mancanza di

²⁸⁰ (Mecosan, 2003)

²⁸¹ (Sullivan, 2019)

²⁸² (Ljungholm, Edin-Liljegren, Ekstedt, & Klinga, 2022)

²⁸³ (ibidem)

²⁸⁴ La NBS S.r.l. opera sul territorio nazionale realizzando progetti gestionali e informatici orientati al cambiamento in ambito sanitario; opera anche nella progettazione sviluppo e implementazione del sistema informativo aziendale per la gestione della Formazione Continua in sanità per la: Regione Marche, Sardegna, Piemonte, Valle d'Aosta. (<https://www.nbsgroup.cloud/>)

competenze informatiche non solo rallenta le operazioni quotidiane, ma limita anche il pieno potenziale di strumenti digitali che potrebbero migliorare l'efficienza e la qualità delle cure. Come evidenziato da Fabrizio Gomasca nel suo articolo²⁸⁵, citando le parole di Mariano Corso²⁸⁶, «i direttori sanitari ritengono che le principali barriere all'innovazione digitale nel settore sanitario siano rappresentate dalla carenza di cultura digitale (52%) e dalla mancanza di competenze necessarie per utilizzare efficacemente gli strumenti digitali (48%)».²⁸⁷

- Mancanza di collaborazione tra ospedale e territorio: Un altro aspetto critico è la carente collaborazione tra l'ospedale e le strutture territoriali. Questa disconnessione può avere conseguenze significative, specialmente nella fase post-dimissione dei pazienti, dove un supporto territoriale adeguato è essenziale per garantire una continuità assistenziale e prevenire il rischio di riospedalizzazione. La mancata integrazione tra ospedale e servizi territoriali crea un vuoto assistenziale che può pesare notevolmente sia sul paziente che sulle famiglie.

- Richieste eccessive e improprie di assistenza (Legge 104): Le richieste di assistenza ai sensi della Legge 104, spesso sovrabbondanti e talvolta improprie, rappresentano un altro fattore di criticità. Anche se queste richieste devono essere tutte esaminate con attenzione, il loro numero elevato può distogliere risorse preziose da casi che necessitano di maggiore urgenza e attenzione, causando un rallentamento nei processi decisionali e nella gestione delle risorse. Nel contesto in cui è stata condotta la rilevazione, l'assistente sociale ha segnalato di trovarsi in una condizione di burnout, a causa dell'eccessivo numero di richieste di analisi legate alla Legge 104. Questo sovraccarico di lavoro limita significativamente la sua capacità di recarsi periodicamente nei reparti, compromettendo così la tempestiva individuazione di casi critici che necessiterebbero di un intervento più immediato.

- Sovraffollamento delle RSA: Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) spesso operano a piena capacità, il che costringe molti anziani fragili, dimessi dall'ospedale, a ritornare al proprio domicilio senza un adeguato supporto. I caregiver e i familiari degli anziani non autosufficienti, intervistati nell'ambito della nostra ricerca, hanno

²⁸⁵ (Gomasca, 2023)

²⁸⁶ Direttore dell'Osservatorio

²⁸⁷ (Corso)

espresso un forte disagio di fronte alla carenza di posti nelle RSA. Spesso, infatti, si sono trovati a dover gestire da soli il ritorno a casa dei loro cari, senza poter contare sui servizi necessari. Questo pone un onere significativo sulle famiglie, che spesso non dispongono delle risorse necessarie per prendersi cura di un familiare anziano e fragile. La mancanza di alternative assistenziali adeguate può portare a un peggioramento delle condizioni di salute del paziente e a un aumento dello stress familiare.

- L'impatto della gestione organizzativa sulla soddisfazione dei pazienti: è emerso, durante la rilevazione dei bisogni sociali, che i pazienti di alcuni reparti si dichiaravano soddisfatti dell'assistenza ricevuta, mentre in altri reparti si riscontrava un certo grado di insoddisfazione. Questa situazione è stata segnalata alla direzione del governo clinico e gestione del rischio, e, dopo un'attenta analisi, è stato rilevato che i pazienti insoddisfatti soffrivano a causa di problemi organizzativi nel reparto. In particolare, questi reparti erano privi di un coordinatore o la posizione era ricoperta da personale ad interim (facente funzioni), lasciando il reparto sprovvisto di una figura stabile e strutturata.

Si auspica una buona comunicazione e cooperazione tra le diverse organizzazioni in modo da diffondere una responsabilità condivisa da tutti i professionisti coinvolti nella cura di un paziente.

La maggiore difficoltà emerge quando si deve collaborare oltre i confini regionali. Ad esempio, per alcuni pazienti con diagnosi complesse, come certi tipi di tumori, parte del trattamento avviene in un ospedale specializzato, mentre il resto è gestito dalla clinica locale. In questi casi, ci sono diversi operatori sanitari coinvolti, e uno di essi può trovarsi in una regione diversa. Questo rende il coordinamento molto complicato.

Si propone l'adozione di pratiche innovative come il monitoraggio dati in tempo reale e la creazione di team multidisciplinari, in modo che queste possano portare a significativi miglioramenti nell'assistenza ai pazienti.²⁸⁸

È fondamentale, tuttavia, condurre un'analisi costi-benefici approfondita per valutare l'impatto economico di queste tipologie di iniziative.

²⁸⁸ (Imran, 2023)

Inoltre, man mano che i modelli assistenziali si evolvono, i ruoli all'interno dei team di cura si stanno espandendo per includere nuove figure professionali, come navigatori sanitari, assistenti sociali, volontari formati, assistenti domiciliari e caregiver familiari. Inoltre, campi emergenti come la gerontologia stanno rispondendo ai bisogni sociali di popolazioni specifiche, in particolare gli anziani.

L'efficacia della rilevazione dei bisogni sociali, quindi, dipende in larga misura dal fatto che il personale abbia il tempo e le competenze necessarie per comprendere, elaborare e agire sulle informazioni raccolte.

5.4 Ascoltare i pazienti: i questionari come strumento per migliorare la qualità dell'assistenza

Il distretto, caratterizzato da una grande varietà di competenze, è in prima linea nell'offerta di servizi sanitari e sociali integrati. La sua forza risiede nella capacità di garantire una presa in carico completa e personalizzata dei pazienti, grazie alla stretta collaborazione interdisciplinare e all'Accordo Interistituzionale di programma con l'ASP Ambito 9. Questo approccio permette di rispondere in modo efficace alle sfide poste dalle crescenti complessità cliniche, adattando i percorsi di cura alle esigenze individuali.

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI) è costituita dall'ambito territoriale sociale e dal distretto sanitario e include personale del Servizio sanitario nazionale e dell'ASP Ambito 9, secondo quanto previsto dall'art. 1 comma 163 della L. 234/2021.

L'équipe integrata di distretto/ambito è composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente per garantire l'apporto delle professionalità necessarie per il corretto e tempestivo svolgimento del percorso assistenziale integrato.

L'UVI svilupperà anche accordi con organizzazioni specialistiche sanitarie e altre amministrazioni operanti nei settori del lavoro, dell'istruzione e dell'abitazione.²⁸⁹

La Carta dei Servizi dell'ASP Ambito 9 evidenzia come obiettivo primario l'erogazione di funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie, insieme alla gestione

²⁸⁹ Accordo di Programma sul Regolamento Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona e l'ASP Ambito 9 - AST Marche

integrata dei servizi alla persona, con particolare attenzione agli aspetti sociali. Tali attività sono svolte in conformità con le competenze istituzionali dei soggetti aderenti.

Tra le misure adottate, rientra anche il Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (2022), a dimostrazione dell'impegno nel garantire un supporto concreto alle famiglie e ai caregiver nella gestione dell'assistenza.

La composizione minima dell'UVI può essere occasionalmente integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali, quali medici specialisti, terapisti della riabilitazione, psicologi, case manager e altre figure afferenti ai servizi/unità operative territoriali. L'UVI svilupperà anche accordi con organizzazioni specialistiche sanitarie e altre amministrazioni operanti nei settori del lavoro, dell'istruzione e dell'abitazione.

In questo contesto, la rilevazione dei bisogni sociali può essere considerata come un'attività preliminare alla valutazione multidimensionale prevista dall'accordo. Questo approccio permette di integrare tale attività all'interno del percorso assistenziale complessivo.

L'analisi dei questionari ha portato alla luce importanti considerazioni; in particolare, è emersa la necessità di una comunicazione più aperta e trasparente con i pazienti, che i questionari stessi hanno contribuito a facilitare. Inoltre, i risultati hanno evidenziato la rilevanza di nuove aree efficaci, come ad esempio il supporto psicologico, dimostrando l'utilità di questo servizio per il benessere dei pazienti.

Durante la somministrazione del questionario, la maggior parte degli intervistati, prevalentemente anziani, manifestava il desiderio di raccontarsi, mostrando apprezzamento per l'interesse rivolto al loro benessere al di fuori del contesto clinico. Sarebbe auspicabile creare più occasioni di dialogo con i pazienti, al fine di rendere i rapporti più umani e personalizzati, in linea con l'approccio *patient engagement*.

Guardando al futuro, l'integrazione socio-sanitaria richiederà un impegno costante e sinergico da parte di tutti gli attori coinvolti. Sarà cruciale promuovere una trasformazione culturale, potenziare le collaborazioni tra diversi settori e sviluppare politiche di supporto adeguate. Solo attraverso questi sforzi coordinati sarà possibile costruire un sistema sanitario davvero integrato, in grado di rispondere efficacemente alle complesse esigenze dei pazienti del XXI secolo. Questo processo richiederà anche

quadri normativi e politiche più avanzate, che facilitino e incentivino l'integrazione dei bisogni sociali nell'assistenza sanitaria. Non basta integrare i servizi socio-sanitari, è necessario che tutte le politiche siano coordinate e armonizzate: solo in questo modo si può garantire una presa in carico globale del benessere del cittadino. Un sistema che riesce a integrare politiche in settori come l'assistenza, l'educazione, il lavoro, l'abitazione, i trasporti e l'ambiente rappresenta la chiave per un approccio davvero inclusivo e orientato al benessere complessivo delle persone.²⁹⁰

²⁹⁰ (Pisani, 2023)

CONCLUSIONI

Per migliorare le condizioni sociali, sono necessari cambiamenti sia a livello strutturale, che richiedono modifiche legislative e politiche nazionali, sia a livello individuale, con l'erogazione di servizi di assistenza sociale mirati. Ad esempio, molte altre nazioni industrializzate spendono meno per i servizi medici pro capite rispetto agli Stati Uniti, ma destinano una percentuale maggiore delle risorse ai servizi sociali, il che si traduce in una popolazione più sana e longeva.²⁹¹ Questo rapporto analizza come le attività del settore sanitario possano essere orientate al miglioramento delle condizioni sociali, come parte di una strategia complessiva per potenziare la salute e il benessere della nazione. Anche altri paesi, come il Regno Unito, stanno esplorando soluzioni per soddisfare i bisogni complessivi della loro popolazione, con il sistema sanitario nazionale che si sta muovendo verso un'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale (NHS).²⁹²

In Italia, la complessità dei sistemi socio-sanitari richiede di superare la logica del controllo tipica del panopticon, adottando invece un approccio centrato sulla persona e sulla comunità. I progetti sperimentali possono contribuire a costruire modelli organizzativi più umani e sostenibili.

Allo stesso tempo, questa ricerca può essere migliorata in ambito e rigore. Sono necessari ulteriori studi, in particolare esaminando un insieme più ampio di interventi con metodi per determinare gli effetti causali sia sui risultati sanitari che sulla spesa sanitaria, per produrre una comprensione completa del grado in cui gli interventi per affrontare i determinanti sociali dell'assistenza sanitaria migliorano la salute e riducono i costi dell'assistenza sanitaria. Quindi, accanto alle potenzialità di innovazione e ai benefici per il paziente, lo studio evidenzia come tali esperienze

²⁹¹ (Bradley et al., 2017; Papanicolas et al., 2018; Squires e Anderson, 2015)

²⁹² (National Academies of Sciences, Medicine Division e Committee, 2019)

richiedano la presenza di condizioni facilitanti specifiche e una trasformazione profonda sia nei modelli organizzativi che nella cultura professionale.

Inoltre, emerge che tutte le esperienze analizzate sono il risultato di un processo di cambiamento lungo e graduale.²⁹³

In conclusione, secondo l'approccio di Max-Neef e Galtung, il bisogno non deve essere inteso unicamente come una carenza, ma anche come un'opportunità per prendere consapevolezza dei problemi da risolvere.

²⁹³ (Meda, Bobini, & Fattore, 2023)

RIFERIMENTI

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

(OMS), O. M. (1948). *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*.

Alducci, E. (s.d.). Valutazione dei bisogni psicosociali del malato oncologico terminale in hospice. *La rivista Italiana*.

Amatucci, F., & Brusoni, M. (2024). Acquistare innovazione in sanità: condividere responsabilità e ruoli. Il caso degli acquisti dei servizi di diagnostica tumorale attraverso il Value-Based Procurement (VBP). *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, (126).

Ameri, C., & Fiorini, F. (2016). La fidelizzazione del paziente in sanità. *GIN- Giornale Italiano di Nefrologia*.

Arcari, A. M. (2019). *Programmazione e controllo* (IV edizione- 2019 ed.). McGraw-Hill Education (Italy) S.r.l.

Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID). (2018). Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito.

AST Ascoli Piceno. (2024-2026). *Piao (Piano Integrato delle Attività ed Organizzazione)*. Ascoli Piceno.

AST Ascoli Piceno. (2024-2026). *PIAO (Piano Integrato delle Attività e Organizzazione)*. Piano , Ascoli Piceno.

Author Manuscript. (2022). Addressing Social Needs in Health Care Settings: Evidence,. *HHS Public Access*.

Bergamin Barbato, M. (1991). *Programmazione e controllo in un'ottica strategica vol.2*. Utet.

Berkowitz, S., Hulberg, A., Hong, C., Stowell, B., J Tirozzi, K., Traore , C., & Atlas , S. ((2018)). "Addressing basic resource needs to improve primary care quality: a community collaboration programme.". *BMJ Quality & Safety*, 27(9), 664-6.

Billio, M. S. (2018). *Le Discipline Economiche e Aziendali Nei 150 Anni Di Storia Di Ca' Foscari*. I Libri Di Ca' Foscari.

Boaretti, C., Trabucco, G., Rugiu, C., Loschiavo, C., Magagnotti, C., Fontana, L., Lupo, A. (2006). Rapporti tra adattamento, qualità di vita e supporto familiare, sociale nel paziente in trattamento dialitico. *Giornale Italiano di Nefrologia*.

Bohmer, R. M. (2022). *Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care*. Rivista di Harvard Business Review.

Borgonovi , E., & D'Elia, L. (2013). Obiettivo della cultura manageriale: rompere i circoli viziosi in sanità. *Mecosan N.88*.

Borgonovi E., Z. A. (1996). *Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari*. Orizzonte Medico.

Borgonovi, E. (2000). La spesa sanitaria: investimento per lo sviluppo o consumo, in "L'industria, Rivista di economia e politica industriale". *RivisteWeb*, pp. 427-448. doi:10.1430/2284

Borgonovi, E. (2004). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.

Brioni, E., Delli Zotti, G., Apuzzo, L., Magnaghi, C., Iodice, M., Burrai, F., Villa, G. (2020). Autoefficacia e autogestione nei pazienti in emodialisi: una revisione narrativa delle teorie multidisciplinari. *GIN- Giornale Italiano di Nefrologia*. Tratto da <https://giornaleitalianodinefrologia.it/en/tag/self-management/>

Bubbio , A. (2012). La balanced scorecard 20 anni dopo: uno strumento di pianificazione «nuovo» per le imprese italiane? *Controllo di gestione*.

Campesi, G. (2009). *Rischio e sicurezza nella società globale. A proposito dell'ultimo libro di Ulrich Beck*. Studi sulla questione criminale.

Cangelosi, G., Mancin, S., Pantanetti, P., Nguyen, C. T., Palomares, S. M., Biondini, F., Petrelli, F. (2024). Lifestyle Medicine Case Manager Nurses for Type Two Diabetes Patients: An Overview of a Job Description Framework—A Narrative Review. *Diabetology*. Tratto da <https://doi.org/10.3390/diabetology5040029>

Canterberry, M., Figueroa, J., Long, C., Hagan, A., Gondi, S., Bowe, A., Powers, B. (2022). Association Between Self-reported Health-Related Social Needs and Acute Care Utilization Among Older Adults Enrolled in Medicare Advantage. *JAMA Health Forum*.

Capecchi, I. (2015). *Mappatura e analisi dei processi gestionali*. Youcanprint.

careonline. (2009). *Costi Standard un po' di chiarezza forse è utile*. Tratto da careonline.

Carrera, F., & De Sario, B. (2015, Novembre). Le prestazioni sociali tra universalismo e selettività. *Rapporto di ricerca n. 3/2016*. Fondazione Giuseppe Di Vittorio.

Cartebellotta, N., Mosti, M., Cottafava, E., & Luceri, R. (2023, Ottobre 10). 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. *6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale(6)*. (F. Gimbe, Redatto da) Bologna: Fondazione GIMBE. Tratto il giorno 2024

Casati, G. (2005). *Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali*. Epicentro ISS-Istituto superiore di sanità.

Cergas, U. U. (s.d.). La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. *CERGAS - Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale*.

Christensen, C., Grossman, J., & Hwang, J. (2008). *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care* (1 ed.). McGraw-Hill Education.

CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro). (2021). *Relazione 2021 al Parlamento e al Governo sui livelli di qualità dei servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini*.

Competitività, compatibilità e collaborazione: le prospettive per il 2006. (2005). *Care - costi dell'assistenza e risorse economiche*.

Corbetta, P. (2003). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*. Bologna: Il Mulino.

Corso, M. (s.d.). 7 Edizione Osservatorio Sanità Digitale. *School of Management del Politecnico di Milano*.

CRIET - Centro di Ricerca Interuniversitario in Economia del Territorio. (2011). Modelli di integrazione ospedale-territorio. Confronti e prospettive in ottica economico-aziendale. *Modelli di integrazione ospedale-territorio. Confronti e prospettive in ottica economico-aziendale*. Milano- Università Bicocca.

Cronachepicene.it. (2022). Il fascicolo elettronico al posto di "Cure primarie": «Tra costi e benefici, necessario allinearsi al sistema nazionale». *Cronachepicene.it*.

Cronachepicene.it. (2023). Ospedale e Casa di Comunità ad Ascoli e San Benedetto: c'è il via libera per la gara d'appalto. *Cronachepicene.it*.

Crook , H., Zheng, J., Bleser, W., Whitaker, R. G., Masand, J., & Saunders, R. S. (2021, Febbraio). How Are Payment Reforms Addressing Social Determinants of Health? Policy Implications and Next Steps (In che modo le riforme dei pagamenti affrontano i determinanti sociali della salute?: implicazioni politiche e prossimi passi). *National Library of Medicine*.

D'Alessandro, D. (2015). *Ambiente costruito e salute: linee d'indirizzo di igiene e sicurezza in ambito residenziale*.

D'Alessandro, D., Mura, I., & Vescia, N. (2007). Raccomandazioni per la gestione del rischio nei cantieri ospedalieri: linee guida internazionali. *XXXIV Corso della scuola superiore di epidemiologia e medicina preventiva «G. d'Alessandro» "Cantieri in ospedale la riqualificazione ospedaliera nei suoi aspetti igienico-sanitari e tecnici"*. Roma: Società Editrice Universo Srl.

D'Amore, A. (2024). Position paper Ospedale del futuro. *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access, (127)*., 160. doi:<https://doi.org/10.3280/ mesa2023-127oa17903>

De Santi, A., & Simeoni, I. (2013). *100 domande sulle strategie di comunicazione in sanità*. SEEd.

Del Bene, L. (2000). *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*. Milano, Giuffrè.

Desideri, E., Grisillo, D., & Sandroni, M. (2020). Reti cliniche Integrate e Strutturate. Un nuovo modello di gestione proattiva della cronicità e per la sostenibilità. *Rivista scientifica-Igiene e Sanità Pubblica*.

Di Stefano, L. (2020, Novembre). Bisogni e qualità della vita. Le sfide del contesto urbano odierno. *Researchgate*.

D'Ippolito, E., & Nante, N. (2014). Self-care management e family coaching: coinvolgere attivamente pazienti e familiari nell'assistenza domiciliare. *Università di Siena*.

Donabedian, A. (s.d.).

Elwyn, G. (2021). Shared decision making: What is the work?.. *Patient Education and Counseling (PEC), Volume 104, Issue 7*.

Epstein, R., & Via, Jr, R. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*.

Fassari, L. (2023). Schillaci: “I ricoveri inappropriati da mancata integrazione ospedale-territorio costano 1 mld l’anno”. *quotidianosanita.it*.

Ferrato, S., & Bilora, F. (2013). *L'infermiere-Portale di aggiornamento professionale*, Rivista L'Infermiere N° 4 - 2013. Tratto il giorno Agosto 2024 da Infermiereonline.org: <https://www.infermiereonline.org/2013/10/10/il-valore-del-servizio-di-follow-up-dopo-la-degenza-in-terapia-intensiva/>

Feyol, H. (2011). *Direzione industriale e generale. Programmazione, organizzazione e controllo*. (Guerini Next ed.). Guerini e Associati.

Feyol, H. (2011). *Direzione Industriale e Generale: Programmazione, Organizzazione e Controllo*. Milano: Edizioni Angelo Guerini e Associati Spa”.

FIASO. (2021). *Gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze del middle management del SSN*. Milano: Egea.

Fiori, K., Levano, S., Haughton, J., Whiskey-LaLanne, R., Telzak, A., Muleta, H., Racine, A. (2024). Advancing social care integration in health systems with community health workers: an implementation evaluation based in Bronx, New York. *BMC Primary Care*, p. 140.

Foroni, M., Mussi, C., & Salvioli, G. (2006). L'anziano fragile e il paziente anziano fragile: Problema solo terminologico. *G. Gerontol.*

Fosti, G., Longo, F., Notarnicola, E., Pirazzoli, A., & Rotolo, A. (2017). Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti. (C.-S. Bocconi, A cura di) *Rapporto OASI 2017- Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano.*

Francesconi, A., & Ramponi, C. (1993). La formazione manageriale per i medici dirigenti. *Mecosan - Management ed Economia Sanitaria.*

Fusco, F. (2024). Commento. *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, (127), 180-181. doi:<https://doi.org/10.3280/mesa2023-127oa17907>

Galuppi, D. (2021). Con la DAD è fuga dalla scuola, dispersione scolastica a livelli record. *La tecnica della Scuola. Il Quotidiano della Scuola.* Tratto da <https://www.tecnicaldellascuola.it/con-la-dad-e-fuga-dalla-scuola-dispersione-scolastica-a-livelli-record>

Garg, A., & Boynton - Jarrett, R. (2016). Avoiding the unintended consequences of screening for social determinants of health. *JAMA.*

Gawande, A. (2009). *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right.* Profile Books Ltd.

Gazzetta Ufficiale-Allegato 1 del DM 77/2022. (2022). Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. *Quotidiano Sanità.*

Giarelli, G., Genova, A., & Moretti, V. (2023). *Personalizzazione della cura e partecipazione dei cittadini nella società digitale sindemica.* Milano: Franco Angeli.

Giunta Regionale - Regione Veneto. (2012). Deliberazione della Giunta Regionale n. 2961 del 28 dicembre 2012 - Allegato B alla. *S. V a. M. A.*

Giunta Regionale. Regione Marche (2021). Deliberazione della Giunta Regionale n. 1237 del 18 ottobre 2021 - Linee di Indirizzo per la Dimissione Protetta. Allegato A.

Goramasca, F. (2023). La digitalizzazione nella sanità non può attendere. *TendenzeOnline- Il magazine di GSL italy.*

Gorla, G. (s.d.). Follow up a tre mesi del paziente e del caregiver dopo il ricovero in terapia intensiva: stato funzionale e qualità di vita in pazienti COVID e non-COVID. *Tesi di laurea*.

Graffigna, G., Riva, G., Barrello, S., & Castelnuovo, G. (2017). Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana. *Recenti Progressi in Medicina*. Milano: ResearchGate.

Guidi, G. (2017). ASUR marche Area Vasta 1.

Hassan, A., Scherer, E., Pikilingis, A., Krull, E., McNickles, L., Marmon, G., Fleegler, E. (2015). Improving Social Determinants of Health: Effectiveness of a Web-Based Intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 822-831.

Heslop, P., Turner, S., Read, S., Tucker, J., Seaton, S., & Evans, B. (2019). Implementing reasonable adjustments for disabled people in healthcare services. *Nursing Standard*. doi:10.7748/ns.2019.e11172

Huang, H., Wang, H., Donaghy, E., Henderson, D., & Mercer, S. (2022). Using self-determination theory in research and evaluation in primary care. *Health Expect*.

Hunter, A., Facey, K., Thomas, V., Haerry, D., Warner, K., Klingmann, I., & See, W. (2018). Naziona Library of Medicine. *Linee guida EUPATI per il coinvolgimento dei pazienti nella ricerca e nello sviluppo di medicinali: valutazione delle tecnologie sanitarie*.

Imran, A. (2023). Enhancing Support for Patients' Social Needs to Reduce Hospital Readmissions and Improve Health Outcomes. *PSNet- Patient Safety Network*.

Istituto Superiore di Sanita- Epicentro ISS. (s.d.). Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. *Dossier Guadagnare salute*.

Italia. (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR. *Italia Domani*. Italia. Tratto da

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.governo.it%2Fsites%2Fgoverno.it%2Ffiles%2FPNRR.pdf&psig=AOvVaw0vMXHQY0nMWUmhNBibwTyK&ust=1726406658301000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAcQr5oMahcKEwi4lfeXxMKIAxUAAAAAHQAAAAAQBA>

Kreuter , M., Gargiulo, R., Thompson, T., McQueen, A., Javed, I., Golla, B., Greer, R. (2020). Assessing The Capacity Of Local Social Services Agencies To Respond To Referrals From Health Care Providers. *Healt Affairs -Integrating Social Services & Health*.

Kreuter, M., Thompson, T., McQueen, A., & Garg, R. (2021). Addressing Social Needs in Health Care Settings: Evidence, Challenges, and Opportunities for Public Health. *Annual Review of Public Health* , 16.

La Torre, G. (2016). Primary Nursing: un approccio relazionale focalizzato sul paziente. *Nurse24.it*. Tratto da <https://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/primary-nursing.html>

Laratro , S., Rizzo, M., & Villa, S. (2024). Il ridisegno dei processi di cura secondo l’approccio value-based: quali insegnamenti da un multiple-case study? *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, (126), p. 9.

Legge sulla trasparenza del procedimento amministrativo. (1990). *Legge n.241/1990*.

Leung, G. (2000). Hospitals must become "focused factories". *BMJ*.

Ljungholm, L., Edin-Liljegren, A., Ekstedt, M., & Klinga , C. (2022). What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Serv Res* 22.

LZ, R. (2004). *Assistenza sanitaria di base. Interventi pLa prevenzione delle cadute negli anziani: revisione sistematica e meta-analisi di studi clinici randomizzati*. *BMJ*.

Management, P. M.-S. (2024, maggio 22). PNRR, cosa prevede la missione 6 per Salute e Sanità. (C. Sgarbossa, A cura di) *Osservatori.net- Blog*.

Marinò, L. (2008). *La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali*. Torino: Giappichelli.

Marinò, L. (2014). *La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali*.

Maslow, A. H. (2010.). *Motivazione e Personalità. La grande biblioteca della psicologia*. Armando Editore.

Mecosan. (2008). I Mmg e il governo della domanda: professione, rapporto con i pazienti e gatekeeping. (V. Scardigli, a cura di) *Mecosan n. 65*.

Mecosan-. (2022). Saggi - n. 124. *I team multidisciplinari in sanità: evidenze da un'analisi nazionale*. FrancoAngeli.

Mecosan. (2003). Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale. (C. Di Pietro, A cura di) *Mecosan n. 48*.

Meda, F., Bobini, M., & Fattore, G. (2023). La governance collaborativa: un'opportunità per gestire le cure oncologiche in rete. *Mecosan 123*.

Messeri, A. (2022, Ottobre). Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. *Quaderni dell'ASviS- Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile*. Tratto il giorno 2024

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2021). *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023*. Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023.

Ministero della Salute. (2006). Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. *Manuale per la formazione degli operatori sanitari*. Biblioteca - La professione.

Ministero della Salute. (2016). Piano Nazionale della Cronicità. *Direzione Generale della Programmazione Sanitaria , Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016*.

Ministero della Salute. (2022, maggio 23). Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022). *Decreto 23 maggio 2022, n. 77*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Ministero dell'Economia e delle Finanze. (2023). *Documento di Economia e Finanza (DEF)*.

Ministro per la Pubblica Amministrazione. (2017). *Performance e valutazione*. Tratto da <https://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/riforma-della-pa/28-02-2017/performance-e-valutazione>

Molise, R. (s.d.). *Comune di Riccia*. Tratto da Ambito Territoriale Sociale Riccia/Bojano: <http://www.comune.riccia.cb.it/zf/index.php/servizi-aggiuntivi/index/index/idtesto/20013>

Montanini, D. (2020). *la riforma del terzo settore- l'impatto sugli strumenti di accountability*. Giappichelli G.

Montanini, L., & D'Andrea, A. (2020). *La riforma del terzo settore- l'impatto sugli strumenti di accountability*. Giappichelli G.

Moss, F. (1995). Risk management and quality of care. *BMJ Quality & Safety*.

National Academies of Sciences, Medicine Division e Committee. (2019). *Integrating Social Needs Care into the Delivery of Health Care to Improve the Nation's Health*. Washington DC: The National Academies Press.

Naylor, M. (2008). Transitional care. *Am J Nurs*.

Novilla, M., Goates, M., Leffler, T., Novilla, N., Wu, C.-Y., Dall, A., & Hansen, C. (2023). Integrating Social Care into Healthcare: A Review on Applying the Social Determinants of Health in Clinical Settings. *Int J Environ Res Public Health*.

Ordine degli Assistenti Sociali- Consiglio Nazionale. (2024). Il servizio sociale professionale nei processi di continuità assistenziale Un approfondimento sul Servizio Sociale Professionale negli Ospedali e nelle COT. *Ordine degli Assistenti Sociali*.

Organizzazione Mondiale della Sanità. (1948). *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*.

Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. (2009). Progetto Dimissione protetta in struttura residenziale in presenza di “dimissioni difficili”: costruzione di un percorso. (G. Cadeddu, C. Sirolla, L. Spazzafumo , & F. Lattanzio, A cura di) *Giornale di Gerontologia*.

Parlamentare, C. d.-d. (1 giugno 2023). Organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. *Studi - Affari sociali*.

Pavesi , N. (2012). L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione sociosanitaria. *ResearchGate*.

Philip Kotler, N. L. (2007). *Marketing del settore pubblico. Strategie e metodi per migliorare la qualità dei servizi della pubblica amministrazione*. Pearson.

Pisani, G. (2023). L'integrazione socio-sanitaria come asse di un nuovo modello di assistenza. il possibile ruolo del terzo settore. *Social-health Integration as the Axis of a New Model of Assistance. The Possible Role of the Third Sector*.

Pomey, M.-P., Jean-Louis, D., & Dumez, V. (2019). *From Medical Paternalism to Care Partnerships: A Logical Evolution Over Several Decades*. Palgrave Macmillan, Cham.

Porter. (2013).

Presidente del Consiglio dei Ministri. (2001, Giugno 6). Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie". *Decreto n. 129 del 6 giugno 2001*. Gazzetta Ufficiale.

Presidente del Consiglio dei Ministri. (2017). Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017.

Presidente della Repubblica. (2000, Novembre 8). Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. (GU Serie Generale n.265 del 13-11-2000 - Suppl. Ordinario n. 186). *LEGGE 8 novembre 2000, n. 328*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Presidente della Repubblica. (2017, maggio 25). Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. *Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 75 (n. 74)*. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.130 del 07-06-2017).

Previtali, P. (2018). *Management sanitario e governance della complessità*. Pavia: Pavia University Press.

Ranci, C., & Pavolini, E. (2015). *Le politiche di welfare*. Il Mulino.

Rangachari, P., Thapa, A., Sherpa, D., Katukuri, K., Ramadyani, K., Jaidi, H., & Goodrum, L. (2024). Characteristics of hospital and health system initiatives to address social determinants of health in the United States: a scoping review of the peer-reviewed literature. *Front Public Health*.

Redazione. (04/07/2023). Gestione del rischio: competenza essenziale per i manager e strategie collaudate per navigare nell'incertezza. *L'Esodo Magazine-Per Una Italia Migliore*, Lavoro e Previdenza.

Rizzotti, D. (2016). *Teorie contabili a confronto: da Fabio Besta a Gino Zappa passando per il concetto di informazione*. Aracne Editrice.

Rumi, T. (2010). L'amministratore di sostegno: una tutela in ambito sanitario. *Altalex*.

Sabati, C. (2018). Transitional care, la sfida per il futuro della sanità italiana. *Nurse24.it*.

Saiani, L., Palese, A., Brugnolli, A., & Benaglio, C. (2013). *Guida di autoapprendimento La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*. Tratto da chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.univr.it/documenti/OccorrenzaIn s/matdid/matdid358270.pdf

Sanità 4.0. (2023). *Sfide e opportunità per il S.S.N. I professionisti della Salute leva per il cambiamento - Piano di Ripresa e Resilienza*. (T. Frittelli - (Presidente Federsanità ANCI) , & L. Mitello, A cura di) Tratto da Quotidiano Sanità.

Saso, R. (2019). *L'immigrazione in Italia: tra dati reali, (dis)informazione e percezione*. Tratto da L'Eurispes.it: <https://www.leurispes.it/limmigrazione-in-italia-tra-dati-reali-disinformazione-e-percezione/>

Scardigli. (s.d.). L'azienda sanitaria e la domanda di servizi sanitari-Cap1. *ProgeaServizi*.

Scrofani, E. (5 Luglio 2021). Covid e dispersione scolastica: quando sono le scuole ad allontanare i ragazzi. *Affaritaliani.it*, 1. Tratto da <https://www.affaritaliani.it/cronache/covid-dispersione-scolastica-quando-sono-le-scuole-ad-allontanare-i-ragazzi-748434.html>

Semi, G. (2010). *L'osservazione partecipante. Una guida pratica*. Il Mulino.

Serpentini, S., Alducci, E., Dal Sasso, L., Zanforlin, V., Vallestrin, G., & Belltramello, C. (2006). Valutazione dei bisogni psicosociali del malato oncologico terminale in hospice. *La rivista Italiana di cure palliative*.

SIMI (Società Italiana di Medicina Interna) - AMD (Associazione Medici Diabetologi) - SID (Società Italiana di Diabetologia) - FADOI (Federazione Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) - SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) - ANIMO Associazione. (2023). La gestione del paziente adulto con diabete o con iperglicemia ricoverato in setting clinico non critico. *Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida*.

Stephen M. Shortell, A. D. (1999). *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. Delmar Cengage Learning.

Sullivan, H. (2019, Marzo). Hospitals' Obligations to Address Social Determinants of Health. *AMA Journal of Ethics*.

Taylor, L., Xulin Tan, A., Coyle, C., Ndumele, C., Rogan, E., Canavan, M., Bradley, E. (2016, Agosto 17). Leveraging the Social Determinants of Health: What Works? *Plos One*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160217>

Teisberg, E., & Porter, M. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.

Tg24, Sky. (s.d.). *Sky Tg24*. (I. Iacoviello, A cura di) Tratto da <https://tg24.sky.it/cronaca/approfondimenti/ragazzi-interrotti-seconda-serie>

Tobruk, D. (2022). *Dimensione Infermiere - Il portale per gli aggiornamenti del personale infermieristico*. Tratto il giorno Agosto 2024 da <https://www.dimensioneinfermiere.it/unita-valutazione-multidisciplinare-uvmd/>

Tomlinson, G., Cheong, V.-L., Fylan, B., Silcock, J., Fabbro, E., Karban, K., & Blenkinsop, A. (2020). Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age Ageing*. doi:10.1093/ageing/afaa002

Travaglini, C. (2024). Valutare l'Assistenza Domiciliare Integrata. *AMS Acta*. doi:<https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/7537>

Treccani. (s.d.). *Enciclopedia Treccani*.

Trincherò, E. (1999, Gennaio). Case management: approccio sistemico alla gestione del paziente. *Mecosan-Management ed economia sanitaria*, p. 34.

Ufficiale, G. (s.d.). Legge 9 dicembre 1996, n. 617.

Vicarelli, G., Cardano, M., & Giarelli, G. (2020). *Sociologia della salute e della medicina*. (G. V.-M.-G. Giarelli, A cura di) Il Mulino.

Wonca Europe; World family Doctors. Caring for people;. (2002). *La definizione europea della medicina generale/medicina di famiglia*. Tratto da chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.woncaeurope.org/file/3102f7d0-3216-4f1b-a972-ba6298256be2/Definizione%20WONCA%202011%20ita_A4.pdf

Woodruff, J. (s.d.). Master Empathetic Listening: The Ultimate 5 Game-Changers for Patients and Healthcare Providers.

Yap, A., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. (2015). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatrics Gerontology International*.

ALLEGATO A – QUESTIONARIO SOMMINISTRATO



Esploriamo Insieme il Benessere Ospedaliero

Ricerca sui Bisogni Sociali

FOGLIO INFORMATIVO

La invitiamo a partecipare a un'intervista guidata che mira a rilevare i bisogni per migliorare i servizi ospedalieri e il raccordo con i servizi territoriali. La sua voce è fondamentale per creare un ambiente ospedaliero che risponda alle esigenze sociali della nostra comunità. Di seguito, troverà informazioni importanti sulla ricerca.

Obiettivi della Ricerca:

Stiamo esplorando il terreno del benessere ospedaliero attraverso la raccolta di dati sui bisogni sociali dei pazienti e delle loro famiglie. La sua partecipazione aiuterà a plasmare il futuro dei nostri servizi, ottimizzandoli per rispondere in modo più empatico ed efficace alle sfide sociali.

Metodologia e svolgimento dell'intervista/questionario:

Vengono somministrate direttamente domande specifiche; nel caso in cui ciò non fosse possibile, si rivolgono le stesse domande al familiare o al caregiver. In alternativa, l'intervista potrà essere pianificata anche telefonicamente.

Partecipazione Volontaria:

La tua partecipazione è volontaria. Ogni risposta che fornirà sarà un prezioso contributo alla nostra comprensione dei bisogni sociali. Se per qualsiasi motivo desidera interrompere la compilazione del questionario, può farlo liberamente.

Riservatezza:

La raccolta dati avviene in modo del tutto anonimo senza alcun collegamento del questionario con il paziente interessato.

La ringraziamo anticipatamente per la sua preziosa collaborazione a questa esplorazione verso un benessere ospedaliero più profondo e inclusivo.

San Benedetto del Tronto, 29/01/2024

Il Direttore
(Dott. Remo Appignanesi)

QUESTIONARIO SUI BISOGNI SOCIALI

- **Chi risponde?** Paziente Familiare Caregiver

INFORMAZIONI DEMOGRAFICHE DEL PAZIENTE

- **Età del paziente:** 18-40 40-60 60-80 >80
- **Sesso del paziente:** Maschio Femmina Altro
- **Stato civile del paziente:** Nubile/Celibe Coniugato/Convivente Vedovo/a Divorziato/a
- **Cittadinanza:** Italiana Straniera (*Specificare il Paese di provenienza: _____*)
- **Titolo di studio:** Analfabeta 5ª Elementare Licenza Media Diploma Scuola Superiore Laurea

CONDIZIONI DEL PAZIENTE

- **Beneficia della 104?** SI NO
- **Hai esenzioni per patologie o condizioni mediche specifiche?** SI NO
- **Hai esenzioni sul reddito?** SI NO
- **Com'è il rapporto con il Suo medico di famiglia?** Eccellente Buono Sufficiente Scarso Nessun rapporto
- **È stato attivato il servizio ADI?** SI NO Non so
- **È in programma la dimissione protetta del coordinatore?** SI NO Non so

CAPACITÀ INFORMATICHE DEL PAZIENTE E ACCESSO AI SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI

Sa utilizzare servizi sanitari o sociosanitari online per prenotare appuntamenti, accedere a referti o comunicare con operatori sanitari?

- Non so farlo So farlo con l'aiuto di qualcuno So farlo da solo

CONDIZIONE SOCIALE DEL PAZIENTE**• Situazione abitativa**

TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta)

- proprietà usufrutto/titolo gratuito altro _____ In affitto da: privato pubblico

È in atto lo sfratto esecutivo? SI NO

DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO rispetto ai servizi pubblici come alimentari, farmacia, ... (una sola risposta)

- servita poco servita isolata

BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta) assenti solo esterne interne Sia interne che esterne**Ascensore?** SI NO **Piano:** _____**CONDIZIONE FAMILIARE DEL PAZIENTE****• Tipo di nucleo familiare:** Solo Con coniuge Con genitore/i Con figlio/i 1 2 3 4 5+ Con nipote/i 1 2 3 4 5+ Con badante/caregiver 1 2 3 4 5+**TOT componenti:** _____**BISOGNI PREVALENTI****VITA DI RELAZIONE/SOCIALIZZAZIONE****• Frequenta circoli per anziani o luoghi sociali per incontrare altre persone?** Per niente Qualche volta Spesso Molto**• Partecipa a attività sociali o ricreative?** Per niente Qualche volta Spesso Molto**AUTONOMIA PERSONALE (PRIMA DEL RICOVERO)***Include gli aspetti di autonomia, mobilità, cura della persona e della casa, salute.***• Supporto della rete sociale (famiglia, privato, vicinato e volontariato)**

| | SOGGETTO AUTONOMO | SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO | | |
|--------------------------------|-------------------|---|---|---------------|
| | | Sufficiente | Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta | Insufficiente |
| Preparazione dei pasti | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Pulizia della casa | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Lavanderia | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Effettuazione acquisti | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Alimentazione | 0 | 5 | 10 | 20 |
| Bagno | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Toeletta personale | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Abbigliamento | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Uso del WC (o padella o panno) | 0 | 5 | 15 | 25 |
| Assunzione dei medicinali | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Trasferimenti | 0 | 5 | 15 | 20 |
| Deambulazione | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Gestione del denaro | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Sostegno psicoaffettivo | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Supervisione diurna | 0 | 5 | 15 | 25 |
| Supervisione notturna | 0 | 5 | 15 | 25 |
| TOTALE RETE SOCIALE | | | | |

• **Se non autonomo, chi lo aiuta?**

- Coniuge/convivente Genitore Figlio/a Nipote Vicino di casa Caregiver

AUTONOMIA SOCIALE

• **Il paziente è indipendente dal punto di vista giuridico?**

- Né interdetto, Né inabilitato Ha un tutore Ha un amministratore di sostegno
 Minorenne

INTEGRAZIONE SOCIO-LAVORATIVA

Definisce il bisogno relativo alla sfera lavorativa, in termini di occupazione.

• **Qual è la condizione lavorativa?**

- Attualmente lavora Disoccupato Pensionato Studente

FRAGILITÀ DEL NUCLEO FAMILIARE

Riguarda il fatto che anche altri membri del nucleo familiare del destinatario – o il nucleo nel suo complesso – evidenziano un bisogno sociale e/o particolari condizioni di salute.

• **La sua famiglia chiede aiuto?**

- Per niente Poco Qualche volta Spesso Molto

• **Se Sì, in cosa?**

- Supporto emotivo Supporto economico Supporto pratico
Supporto educativo

• **Qual è l'obiettivo principale che vorrebbe raggiungere per migliorare la sua salute o il suo benessere durante il periodo attuale? (Se ha più risposte le metta in ordine di priorità)**

- Maggiore autonomia fisica Maggiore autonomia economica Stare di più con la famiglia
 Partecipare a più eventi di socializzazione Nessun obiettivo

VALUTAZIONE ASSISTENZA SOCIALE

• **Supporto Sociale Prima del Ricovero: è mai stato seguito dai servizi sociali prima di questo ricovero?**

- Sì No Non so

• **Preferenze sul Supporto Sociale: se necessario, preferirebbe ricevere supporto principalmente da:**

- Familiari Amici Parrocchia Personale ospedaliero Altri
(specificare) _____

POST DIMISSIONE ATTESO

• **Una volta dimesso, dove pensa di tornare?**

- torna al domicilio torna in RSA Si affida ad una RSA Si affida ad una struttura di accoglienza (struttura socio-assistenziale residenziale per anziani non autosufficienti di grado lieve: Casa di riposo, Casa albergo per anziani, Casa soggiorno o Casa vacanza per anziani)
- Altro (specificare) _____

• **Ha preoccupazioni sul suo stato di salute una volta dimesso?**

- Per niente Poco Né sì né no Piuttosto preoccupato Molto preoccupato

• **Si sente preoccupato di non riuscire nelle attività quotidiane nel post ricovero?**

- Per niente Poco Né sì né no Piuttosto preoccupato Molto preoccupato

Grazie per il suo contributo. Le sue risposte sono fondamentali per migliorare i nostri servizi.



ID: 1

Adesione al questionario post dimissione:

se intende aderire al questionario post dimissione potrà contattarmi al nro 0735 7393488

in data _____ alle ore _____

DOMANDE DA PORRE 8 GIORNI DOPO IL RICOVERO

- **Ha seguito tutte le raccomandazioni mediche e le terapie prescritte dopo il ricovero?**
 Per niente Poco Qualche volta Spesso Molto
- **Ha riscontrato eventuali complicazioni o effetti collaterali dalle cure post-ricovero?**
 Per niente Poco Qualche volta Spesso Molto
- **Il suo livello di autonomia e indipendenza è cambiato dopo il ricovero?**
 Per niente Poco Qualche volta Spesso Molto
- **Ha avuto difficoltà nella gestione delle tue terapie o nel seguire il piano di cura post-ricovero?**
 Per niente Poco Qualche volta Spesso Molto
- **Ha ricevuto informazioni adeguate sulle cure di follow-up e sulla gestione della tua salute dopo il ricovero?**
 Per niente Poco Qualche volta Spesso Molto
- **In caso di problemi o preoccupazioni sulla tua salute dopo il ricovero, ha avuto accesso a risorse o supporto adeguato?**
 Per niente Poco Qualche volta Spesso Molto
- **Quanto ritiene che il processo di transizione dal ricovero all'assistenza post-ricovero sia stato fluido ed efficace?**
 Per niente Poco Qualche volta Spesso Molto

RINGRAZIAMENTI

Desidero esprimere la mia profonda gratitudine al mio relatore, Prof. Del Bene, per il continuo e puntuale supporto dimostrato durante la stesura di questo lavoro, fornendomi preziosi consigli e incoraggiamenti.

Ringrazio il Dott. Remo Appignanesi, Direttore dell'UO di Governo Clinico e Gestione del Rischio, per avermi accolta e guidata in questo progetto. La sua leadership e dedizione, evidenziate attraverso un sostegno costante e un orientamento prezioso, hanno contribuito in modo significativo alla mia crescita personale e professionale. Un ringraziamento particolare va anche a tutto il suo team, che grazie alla sua sollecitazione, mi ha accolto con entusiasmo e collaborazione, creando un ambiente di lavoro stimolante e collaborativo.

Desidero inoltre ringraziare tutto il personale dell'AST di Ascoli Piceno per la disponibilità e il prezioso contributo offerto durante il percorso di ricerca. La loro professionalità e apertura mi hanno permesso di affrontare questa esperienza con maggiore consapevolezza e arricchimento personale.

Un ringraziamento speciale va anche a tutti i pazienti che, con grande disponibilità e cortesia, hanno partecipato a questo studio, consentendomi di raccogliere dati fondamentali per il completamento del mio lavoro. La loro collaborazione è stata di inestimabile valore.

Vorrei esprimere la mia gratitudine anche alla mia famiglia, ai colleghi e amici che mi hanno supportato in questo percorso, condividendo momenti di confronto, incoraggiamento e crescita. La loro presenza ha rappresentato un sostegno indispensabile in ogni fase di questo lavoro.