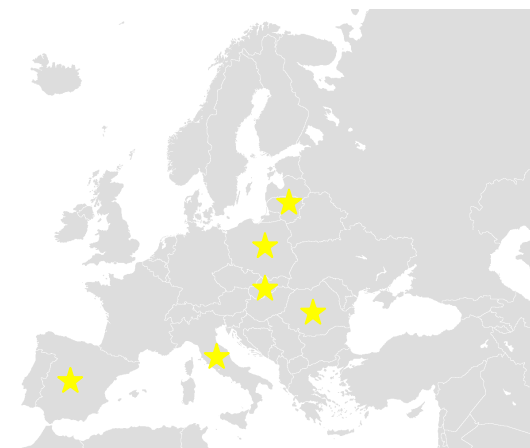


# L'Assistenza sanitaria in ospedale e a domicilio

## Report Transnazionale



**Numero del Progetto: 517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP**

**Promotore del Progetto: Presidio Sanitario Gradenigo**

**Periodo di Riferimento: 1 Novembre 2011 – 30 Aprile 2012**

## Indice

|   |    |
|---|----|
| Abstract.   | 3  |
| 1. Introduzione alla situazione transnazionale  | 4  |
| 2. Principali tendenze nazionali  | 14 |
| 3. Gli organismi nazionali responsabili del servizio sanitario a domicilio  | 23 |
| 4. Le politiche nazionali attuate per promuovere e migliorare il servizio sanitario a domicilio                                       | 32 |
| 5. Le strategie e le iniziative sviluppate a livello nazionale e locale per promuovere e migliorare il servizio sanitario a domicilio | 38 |
| 6. Descrizione dei corsi di formazione professionale per assistenti sanitari in materia   | 46 |
| 7. Individuazione delle migliori pratiche   | 56 |
| 8. Conclusioni  | 69 |
| 9. Bibliografia e riferimenti   | 70 |



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

## L'Assistenza sanitaria in ospedale e a domicilio

### Report transnazionale

**Sabrina Grigolo**  
Presidio Sanitario Gradenigo  
Torino, Italia  
[sabrina.grigolo@gradenigo.it](mailto:sabrina.grigolo@gradenigo.it)

### Abstract

*Ogni partner ha la propria storia, la propria cultura, il proprio modo di organizzare e gestire i servizi relativi alla salute dei cittadini.*

*Il progetto Heppy è un progetto sperimentale che è coinvolto nelle attività dei partner del NHS (Servizio sanitario nazionale), nella prospettiva di integrare il sistema e migliorare gli esiti dell'assistenza.*

*La medicina narrativa, la metodologia "pedagogia dei genitori" e l'ICF sono elementi innovativi che, se adeguatamente introdotti nei diversi contesti sperimentali, si trasformano in strategie per migliorare l'assistenza dei pazienti.*

*Questo report transnazionale è il risultato di un gruppo di lavoro a cui tutti i partner hanno dato il loro contributo, sulla base delle seguenti fasi:*

- 1. coinvolgimento delle parti interessate, dei professionisti, dei pazienti e del personale*
- 2. raccolta delle storie dei partecipanti*
- 3. descrizione dei sistemi sanitari nazionali e regionali*
- 4. descrizione del sistema sanitario a domicilio nazionale*
- 5. convalida del report transnazionale*

*Tutti i partner hanno contribuito in modo importante al report transnazionale.*

*Vorrei ringraziare tutti i partner, il gruppo di lavoro e, in particolare, l'Associazione "PIXEL" per lo svolgimento delle attività di controllo e revisione.*

## 1. Introduzione alla situazione transnazionale

Nel nostro Paese la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività prevista dall'articolo 32 della Costituzione è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale. Istituito dalla legge 833 del 1978, il SSN italiano ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce cioè l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro.

In sintesi, ecco i principi fondamentali su cui si basa il SSN:

responsabilità pubblica della tutela della salute

universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari

globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza

finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale

"portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

Il SSN assicura quindi un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse. I cittadini effettuano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate ed esercitano il proprio "diritto alla salute" per ottenere prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Il governo del sistema sanitario è esercitato in misura prevalente da Stato e Regioni, secondo la distribuzione di competenze stabilita dalla recente revisione della Carta costituzionale e dalla legislazione in materia. Le previsioni costituzionali recano una complessa distribuzione di competenze in tema di salute. Da un lato, alla legislazione statale spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, in forza della lett. m) dell'art. 117, comma 2, d'altro canto, la tutela della salute rientra nella competenza concorrente affidata alle Regioni. Dunque, le Regioni possono legiferare in materia nel rispetto dei principi fondamentali posti dalla legislazione statale nonché dei livelli essenziali come individuati da quest'ultima. In proposito va ricordato come l'espressione livelli essenziali sia mutuata dalla legislazione in materia sanitaria, e che l'art. 1 del dlgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come sostituito dall'art. 1, dlgs 19 giugno 1999, n. 229, vi aggiunga l'aggettivo uniformi, a testimonianza della volontà di eliminare diseguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese. La definizione di livelli essenziali di assistenza è affidata ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei Decreti Ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli Ordinamenti Didattici dei rispettivi Corsi di Laurea e di formazione post base nonché dagli specifici codici deontologici.

Nell'ambito delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione le regioni hanno competenza in merito all'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie citate. Tuttavia, l'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione), il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

Il Ministero della Salute interviene nella programmazione dei fabbisogni quali-quantitativi del Servizio sanitario nazionale per il personale sanitario con diploma di laurea e con lauree specialistiche e nei programmi di formazione in medicina generale. L'obiettivo per il Ministero e le Regioni è di pervenire a stime corrette in funzione delle esigenze delle strutture sanitarie e in funzione di una concreta corrispondenza dei laureati nel mondo del lavoro anche con particolare riguardo a quelle professionalità delle quali si avverte una particolare carenza. [...] In tale settore occorre evidenziare l'opportunità, da un lato, di razionalizzare le competenze delle professioni esistenti (che a volte si sovrappongono, dando origine a zone grigie fra una professione e l'altra), e dall'altro, di individuare nuove professioni sanitarie, di cui il sistema necessita (a titolo esemplificativo, si segnalano gli Ottici, gli Odontotecnici che attualmente sono arti ausiliarie delle professioni sanitarie, e altri operatori quali ad esempio i Chiropratici)

L'integrazione sociosanitaria è disciplinata come modalità di coordinamento delle prestazioni sociosanitarie, intese come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie vengono in rilievo: a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute; c) le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Tale partizione tenta di fare chiarezza in relazione ad uno dei nodi centrali della disciplina in materia di assistenza sociosanitaria, quello delle competenze sia in materia gestionale, sia a livello di programmazione, sia con riferimento agli oneri finanziari, risultando tradizionalmente cointeressati alle relative funzioni sia il Servizio sanitario regionale per gli aspetti più propriamente sanitari, sia i Comuni per i profili più strettamente legati all'assistenza sociale.

A seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, tuttavia, la funzione di indirizzo e coordinamento non risulta più, come si è visto sopra, compatibile con il nuovo quadro costituzionale e gli atti statali di indirizzo e

coordinamento emanati anteriormente all'entrata in vigore della riforma costituzionale del 2001, quale il sopra menzionato D.P.C.M, alla stregua del principio di continuità, esplicano la propria efficacia sino a che le singole Regioni non avranno esercitato le proprie competenze sul punto.

Il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria è attribuito al Distretto, articolazione organizzativa dell'azienda USL attraverso l'organizzazione e l'erogazione dei servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria ove delegate dai Comuni.

Tra le numerose attività indefettibili del distretto elencate dalla legge, le seguenti appaiono integrare la tipologia delle prestazioni sociosanitarie: attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; attività o servizi rivolti a disabili e anziani; attività o servizi di assistenza domiciliare integrata (vera leva per rendere effettivo l'obiettivo della continuità tra ospedale e territorio); i servizi alla persona relativi al dipartimento di salute mentale ed al dipartimento di prevenzione.

Tra le diverse modalità volte a promuovere l'integrazione socio-sanitaria si segnalano sia la coincidenza territoriale degli ambiti territoriali ottimali sociali con i distretti sanitari, sia la programmazione integrata, incentivata mediante diversi strumenti: l'intesa sulle attività socio-sanitarie del Programma delle attività territoriali (PAT) che determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza; il concorso del comitato dei Sindaci alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute; gli accordi di programma aziende USL/Comuni e/o le convenzioni che recepiscono i contenuti sociosanitari del PAT e del Piano di Zona.

La legge 328/2000 in particolare, si è posta il problema del raccordo tra distretto sanitario e zona sociale, imponendo, sul piano organizzativo, la creazione di ambiti adeguati, attraverso il coordinamento o la coincidenza delle due articolazioni territoriali, così da favorire una reale integrazione socio-sanitaria; sul versante della programmazione, il coordinamento tra pianificazione zonale e distrettuale, in quanto i Comuni afferenti al distretto sanitario predispongono il Piano di zona d'intesa con l'azienda USL.

Tra i contenuti ricorrenti della pianificazione socio-sanitaria, la previsione di percorsi integrati socio-sanitari in grado di garantire la continuità delle cure nell'ambito di una capillare rete di servizi caratterizzati dalla "presa in carico" sanitario-assistenziale del paziente.

**Il Sistema sanitario nazionale spagnolo** è complesso e ha le sue radici nella Costituzione spagnola del 1978 che riconosce il diritto di tutti gli spagnoli alla tutela della propria salute. Inoltre, l'articolo 43 della Costituzione afferma che "è di competenza dei Poteri pubblici l'organizzazione e la presa in carico della sanità pubblica attraverso misure di prevenzione e la disposizione dei servizi necessari".

La Legge sul sistema sanitario generale del 1986 ha affermato il principio del decentramento e, a partire da uno Stato decentralizzato, ha posto le fondamenta per l'esistenza di 17 sotto sistemi sanitari che collaborano, come il resto dei sotto sistemi della Previdenza sociale, sulla base di coordinamento e cooperazione. Nel 2002 il processo di trasferimento di competenze sanitarie dallo Stato alle Comunità autonome è terminato e ora in Spagna ci sono 17 sotto sistemi sanitari integrati in un quadro generale.

Il Servizio sanitario nazionale si basa ora sul principio dell'equità e sul fatto che ogni spagnolo ha lo stesso diritto alla salute a prescindere dal proprio lavoro o dalla propria situazione sociale o personale. Questo servizio statale è finalizzato a mantenere la parità nel settore dell'assistenza sanitaria al di là delle differenze che possono derivare dall'esistenza di tale molteplicità di sistemi, autorità coinvolte e competenze giuridiche.

I principi di questo sistema sono:

- L'Universalità dell'assistenza: la prestazione dei servizi sanitari si estende a tutta la popolazione spagnola a prescindere dalla situazione lavorativa di ognuno. I servizi sanitari sono offerti anche agli stranieri che sono registrati alla anagrafe comunale. L'assistenza è universale vista la natura mista del finanziamento, ovvero attraverso le tasse e i contributi versati alla sicurezza sociale.
- La deconcentrazione: sulla base della necessità di un avvicinamento alla popolazione e la necessità di evitare la concentrazione nel nucleo urbano.
- Il decentramento: che implica il coinvolgimento dei Governi autonomi nella fornitura di servizi sanitari e di fatto oggi sono i principali fornitori di servizi sanitari in Spagna.

Il Sistema è suddiviso in diversi livelli di organizzazione e di assistenza. Per quanto riguarda l'organizzazione territoriale esistono:

- Il Dipartimento di salute pubblica: questo servizio è volto a stabilire il quadro generale e le politiche per il Sistema sanitario nazionale spagnolo.
- Le Comunità Autonome: hanno anche competenze giuridiche nell'Organizzazione dei servizi sanitari e, in generale, possono prendere decisioni per quanto riguarda il tetto di spese, le priorità e la gestione dei propri sistemi. Ma non possono rifiutarsi di assistere chiunque abbia bisogno di assistenza. Secondo la Legge sul sistema sanitario generale, e il principio di deconcentrazione sancito, i Servizi sanitari devono essere organizzati in Aree sanitarie e Zone sanitarie di base integrate al loro interno, e le Comunità autonome risultano responsabili della definizione dei loro limiti territoriali. Questi ultimi sono definiti tenendo conto di criteri geografici, culturali, sociali, infrastrutturali e di altri criteri di prossimità oltre a quelli demografici (le Aree sanitarie comprendono tra 200.000 e 250.000 persone mentre le Zone sanitarie di base comprendono tra le 5.000 e 25.000 persone circa).

Per quanto riguarda l'Organizzazione dei servizi, il Sistema sanitario spagnolo presenta Livelli diversi di Assistenza.

- Assistenza primaria: è il primo livello di assistenza e l'obiettivo è quello di individuare i più comuni problemi di salute della popolazione, di essere responsabili delle principali azioni di prevenzione e di filtrare e reindirizzare i casi al livello successivo di assistenza. Questo livello è il più vicino al cittadino perché è il più accessibile e, inoltre, si effettua persino in casa del paziente, fornendo assistenza a domicilio urgente e regolare. La punta di diamante di questo sistema è il cosiddetto "Medico di famiglia".
- Assistenza specializzata: è il secondo livello del sistema ed è accessibile solo a partire dall'Assistenza primaria. Questo livello dispone di metodi e tecniche per la diagnosi molto più

specializzati e complessi. L'assistenza specializzata si effettua presso gli Ospedali di cui ve n'è, per lo meno, uno per Zona sanitaria. Entrambi i livelli sono coordinati con l'obiettivo di fornire una migliore Assistenza sanitaria e un uso più efficiente delle Risorse del sistema sanitario.

Il Sistema sanitario nazionale spagnolo comprende all'interno del quadro dell'Assistenza Primaria la cosiddetta "Assistenza domiciliare". Questo tipo di attività sarà realizzato da Medici di famiglia e infermieri all'interno del campo di applicazione della Zona sanitarie di base (compresa l'assistenza fornita al telefono o con l'utilizzo delle Tecnologie dell'informazione e della comunicazione - ICT). Sia i Medici di famiglia che gli Infermieri sono responsabili di questo tipo di assistenza sanitaria ma sono gli infermieri a essere i professionisti maggiormente coinvolti in questo tipo di attività.

La Legge del 1986 sul Sistema sanitario generale stabilisce come base delle riforme che venga introdotta la visita sanitaria domiciliare. Questa legge affronta la questione non solo dal punto di vista della cura dei pazienti, ma anche dal punto di vista delle azioni di prevenzione.

Questo tipo di assistenza, nell'ambito dell'assistenza primaria, ha le seguenti finalità: la Ricerca (sulla situazione sanitaria della popolazione e dei pazienti); l'Assistenza sanitaria per le diverse possibili esigenze; la Formazione sanitaria; o un mix di tutte e tre. Per cui, l'obiettivo di questo tipo di assistenza non è solo l'assistenza ai pazienti, ma l'assistenza integrale che va dalla prevenzione alle cure palliative.

Perché venga realizzato in maniera opportuna deve essere stilato un registro delle attività allo scopo di sapere che cosa, quando e per che cosa vengano svolte tali attività. Inoltre, l'assistenza e la cura devono essere effettuate sulla base dei seguenti principi: Universale, in quanto ogni singola persona che ha diritto all'assistenza sanitaria ha diritto a questo tipo di cura; Decentralizzazione, tenendo in considerazione le diverse delimitazioni riguardanti la fornitura di servizi sanitari; Partecipazione dei pazienti; Razionale nell'uso appropriato delle risorse adeguate per ogni tipo di intervento; Normalizzazione, con l'obiettivo di non isolare i pazienti, ma di fornire assistenza nel più normale contesto possibile.

Al di là dell'approccio strettamente sanitario esiste un approccio socio-sanitario che è stato istituito con la Legge sul Sistema sanitario generale del 1986 ed è stato messo in evidenza dalla Legge sull'assistenza alle dipendenze del 2006. Questa Legge adotta un approccio che definisce la dipendenza come una questione di carattere sanitario e sociale, affermando che la dipendenza è legata alle limitazioni alla partecipazione provocate dalle limitazioni relative alle funzioni e alle strutture del corpo seguendo, in questo modo, la Classificazione internazionale del funzionamento. Diverse questioni hanno reso necessaria tale Legge in un paese in cui il livello di invecchiamento della popolazione è più elevato rispetto a quello di qualsiasi altro paese del mondo. I soggetti dipendenti sono quelli che hanno bisogno dell'aiuto di un'altra persona per adempiere alle attività essenziali di cura della propria persona nella loro vita.

Il coordinamento tra i servizi sociali e l'assistenza sanitaria a domicilio (sia essa l'assistenza fornita dai servizi di assistenza primaria o dai servizi ospedalieri - specializzati) è di vitale importanza al fine di fornire un'assistenza integrale che migliori la situazione dei pazienti in generale. Quindi, in questo settore i servizi sociali hanno il compito di fornire l'accesso alle risorse e ai servizi statali necessari e disponibili, nella quantità e qualità necessarie, che contribuiscano a migliorare la situazione dei pazienti.

E tutto questo deve essere fatto in conformità con i principi previsti dalla Costituzione del 1978 e dalla Legge generale sulla sanità: Universalità; Razionalizzazione della spesa pubblica sulla base di un approccio di





pianificazione in termini di costo - profitto; Accessibilità nel senso che la popolazione deve avere accesso a questo tipo di servizi; e Azione decentrata.

Questa legge ha posto l'accento sui disabili e i malati cronici, considerandoli come soggetti di un campo di azione integrato che comprende entrambi i tipi di servizi, sociali e sanitari. Oltre alla portata dei servizi sanitari pubblici, che sono coordinati con i servizi sociali, l'assistenza è fornita da una vasta gamma di istituzioni e aziende che offrono assistenza sociale a questi soggetti nel quadro previsto dalla Legge sull'assistenza alle dipendenze.

In realtà, e al di là di altre questioni, in Spagna ci sono solo due Programmi nazionali di assistenza sanitaria. Ciò è dovuto al modo in cui è costruito il sistema. Ogni Comunità autonoma organizza il proprio servizio sanitario alla luce del modello spagnolo territorialmente decentrato. Ciò significa che è molto difficile parlare di omogeneità di programmi, di tendenze o di cifre.

Per quanto riguarda i programmi nazionali, come detto sopra, ve ne sono due. Il programma, rivolto a persone incapaci a muoversi, fornisce a chi non può recarsi dal medico perché non può spostarsi l'assistenza sanitaria a domicilio. Il programma per i malati terminali che fornisce assistenza ai malati terminali e alle loro famiglie si occupa degli ultimi istanti di vita del paziente.

I due programmi sono parte della carta dei servizi di assistenza primaria e sono applicati in tutta la Spagna. Altri servizi di primaria assistenza possono essere stabiliti dalle Regioni. Gli altri servizi, come l'assistenza palliativa, o l'assistenza a malattie concrete come l'AIDS o l'EPOC, sono parte dell'assistenza specializzata e possono variare a seconda della regione della Spagna.

Nel 2009 sono state delineate le Linee per la riorganizzazione del Sistema di assistenza sanitaria lituano, istituendo le principali direttrici per una riorganizzazione del Sistema lituano di assistenza sanitaria. Il Governo ha dato via libera alla terza fase del programma di Ristrutturazione delle istituzioni e dei servizi nell'ambito dell'assistenza sanitaria, che prevedeva la suddivisione di enti ospedalieri in tre livelli - locale, regionale e nazionale – ciascuno in grado di fornire una serie di servizi senza duplicazione di funzioni. La rete di istituti ospedalieri e la struttura dell'offerta di servizi sanitari sono state ottimizzate per l'attuazione del programma nel 2010. I risparmi sono stati incanalati nella formazione di medici di famiglia e consulenti specializzati a livello ambulatoriale. Stando alle specifiche attività del piano di attuazione di questo programma e del Piano di misure per l'attuazione della terza fase della ristrutturazione delle istituzioni e dei servizi nell'ambito dell'assistenza sanitaria approvato con l'ordinanza n. V-1114 del Ministro della sanità della Repubblica di Lituania del 30 dicembre 2009, (3) un totale di 16 istituzioni sanitarie sono state fuse in grandi ospedali. Nel 2010, di 81 ospedali ne rimanevano 65. A causa di tali cambiamenti nei media e in Parlamento sono state portate avanti grandi discussioni.

Il Ministero della sanità è responsabile della supervisione generale dell'intero sistema sanitario. È fortemente coinvolto nella redazione degli atti giuridici e nel conseguente rilascio del regolamento per il settore. Ci sono 34 istituti, che sono subordinati al Ministero della sanità, inclusi 8 ospedali e cliniche. Metà degli ospedali lituani sono ospedali generali, e dispongono del 67% dei posti letto d'ospedale del paese. Ci sono anche 36 ospedali specializzati, tre ospedali per la riabilitazione e 33 istituti di cura. Fino a luglio 2010 il Ministero della sanità ha gestito direttamente 13 di queste strutture sanitarie nazionali. A livello regionale, le amministrazioni di contea si sono occupate di una parte dell'assistenza ospedaliera e specialistica, con il coinvolgimento del Ministero. I Comuni spesso gestivano ospedali di piccole o medie dimensioni.

Gestisce anche alcune strutture di assistenza sanitaria. Con la diminuzione della portata di istituzioni sanitarie gestite direttamente, la manutenzione e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria terziaria sono diventati il fulcro delle attività amministrative del Ministero della sanità. Il Ministero ora condivide la responsabilità della gestione di due grandi cliniche universitarie lituane con l'Università di Stato Vilnius e l'Università di Medicina Kaunas. Il Ministero della sanità è responsabile nel complesso delle prestazioni del sistema sanitario pubblico. Attraverso il Centro di sanità pubblica statale gestisce la rete sanitaria pubblica che comprende dieci centri di pubblica sanità di contea con le loro filiali locali (in totale 50 istituzioni).

A livello regionale ciascuna delle dieci contee dispone di un governatore della contea che viene nominato dal Governo lituano ed è responsabile dell'attuazione della politica di stato in un certo numero di settori inclusa l'assistenza sanitaria. La funzione dell'assistenza sanitaria è svolta dal Medico della Contea. Alcuni fornitori di assistenza sanitaria (ospedali della contea, strutture di assistenza sanitaria specializzate) sono disciplinate dall'amministrazione provinciale. Il processo decisionale in questa rete di fornitori richiede la partecipazione del Ministero della sanità. Le contee sono responsabili dell'esecuzione dei programmi sanitari statali nelle loro rispettive regioni.

Il Censimento nazionale dei pazienti e degli operatori sanitari nel 2010 mostrava che l'accesso alle cure sanitarie primarie nelle aree urbane in termini di tempi di attesa per un medico di famiglia è peggiore rispetto alle zone rurali. Se nelle grandi città il tempo medio di attesa per un medico di famiglia è di 4,2 giorni, nelle zone rurali è 2 giorni.

Si può dire che fino al 1989 e alcuni anni dopo il sistema di assicurazione sanitaria in **Romania** è stato caratterizzato da centralismo e limitata libertà di scelta. Per questo, gli obiettivi della riforma del 1998 sono stati:

- aumentare l'efficienza nell'uso delle risorse;
- migliorare il rapporto medico-paziente;
- migliorare la salute della popolazione;
- aumentare il livello di soddisfazione dei pazienti e degli operatori sanitari.

I principi del sistema di assicurazione sanitaria sociale in Romania sono:

- libertà di scelta dell'assicurazione sanitaria sociale: l'assicurato non è vincolato dalla città o dalla contea di residenza e denaro e informazioni saranno indirizzati a qualsiasi ente venga scelto dall'assicurato;
- solidarietà e sussidiarietà nella raccolta e nell'uso dei fondi;
- partecipazione degli assicurati, dello stato e dei datori di lavoro alla gestione del Fondo nazionale unico di assicurazione sanitaria sociale;
- concorrenza derivante dalla libertà di scelta, in questo modo i medici che dimostrano professionalità sono favoriti, come richiesto dall'assicurato;

- fornitura di un pacchetto di servizi sanitari di base, in modo equo e senza discriminazioni nei confronti di alcuna persona assicurata;
- riservatezza della documentazione medica.

Le funzioni del sistema di assicurazione sanitaria sociale comprendono le attività di raccolta di fondi, la loro gestione e il loro utilizzo.

È obbligatorio un contributo da parte di ogni persona attiva, direttamente e tramite il datore di lavoro, alla creazione del fondo di assicurazione sanitaria sociale.

Il Fondo nazionale unico di assicurazione sanitaria sociale è composto da: contributi dei dipendenti (5,5%) e dei datori di lavoro (5,2%), sovvenzioni provenienti dal bilancio dello stato e dai bilanci locali, altre entrate.

Le destinazioni dei fondi sono: spese di gestione, di funzionamento e di capitale (max 3%), fondo di riserva (1%), pagamento dei farmaci e dei servizi medici (fino al 100%).

L'oscillante evoluzione delle entrate e delle spese del fondo indica che le autorità rumene non hanno una strategia coerente per quanto riguarda la sanità.

L'obiettivo principale del fondo è quello di pagare le medicine e i servizi medici, ovvero che gli Enti di assicurazione sanitaria delle contee firmino un contratto con i fornitori del servizio medico accreditati dal Collegio dei medici in Romania.

Il sistema sanitario rumeno non soddisfa in maniera efficiente i principali problemi sanitari dei rumeni, dal momento che il modello attuale è incentrato sulle cure sanitarie, e soprattutto su quelle fornite all'interno dell'ospedale a discapito dell'assistenza ambulatoriale e dell'assistenza primaria.

Alcune considerazioni critiche sulla riforma dell'assicurazione sanitaria in Romania sono rivolte a:

- il sottofinanziamento del sistema sanitario;
- l'uso arbitrario delle risorse;
- la mancanza di integrazione dei servizi sanitari;
- la cattiva gestione delle informazioni sulla salute;
- la mancanza di una valida garanzia di qualità dei servizi sanitari.

Le direzioni proposte per la riforma e le soluzioni che potrebbero risolvere la questione devono tenere conto dell'obiettivo principale del sistema sanitario che è quello di migliorare la salute della popolazione della Romania e di assicurare un equo accesso ai servizi sanitari che dovrebbero essere: sicuri, efficaci, rapidi ed efficienti.

Attualmente, è in fase di scrittura una nuova legge per l'organizzazione e il funzionamento del sistema sanitario in Romania, legge che suscita molte discussioni.

Radicali cambiamenti politici, sociali ed economici che hanno interessato tutta la Cecoslovacchia nel novembre del 1989 hanno portato anche a riforme nel settore della sanità. Dopo il 1989, sono state apportate modifiche lente ma decisive nello sviluppo dei sistemi sanitari nella **Repubblica Ceca e Slovacca**.

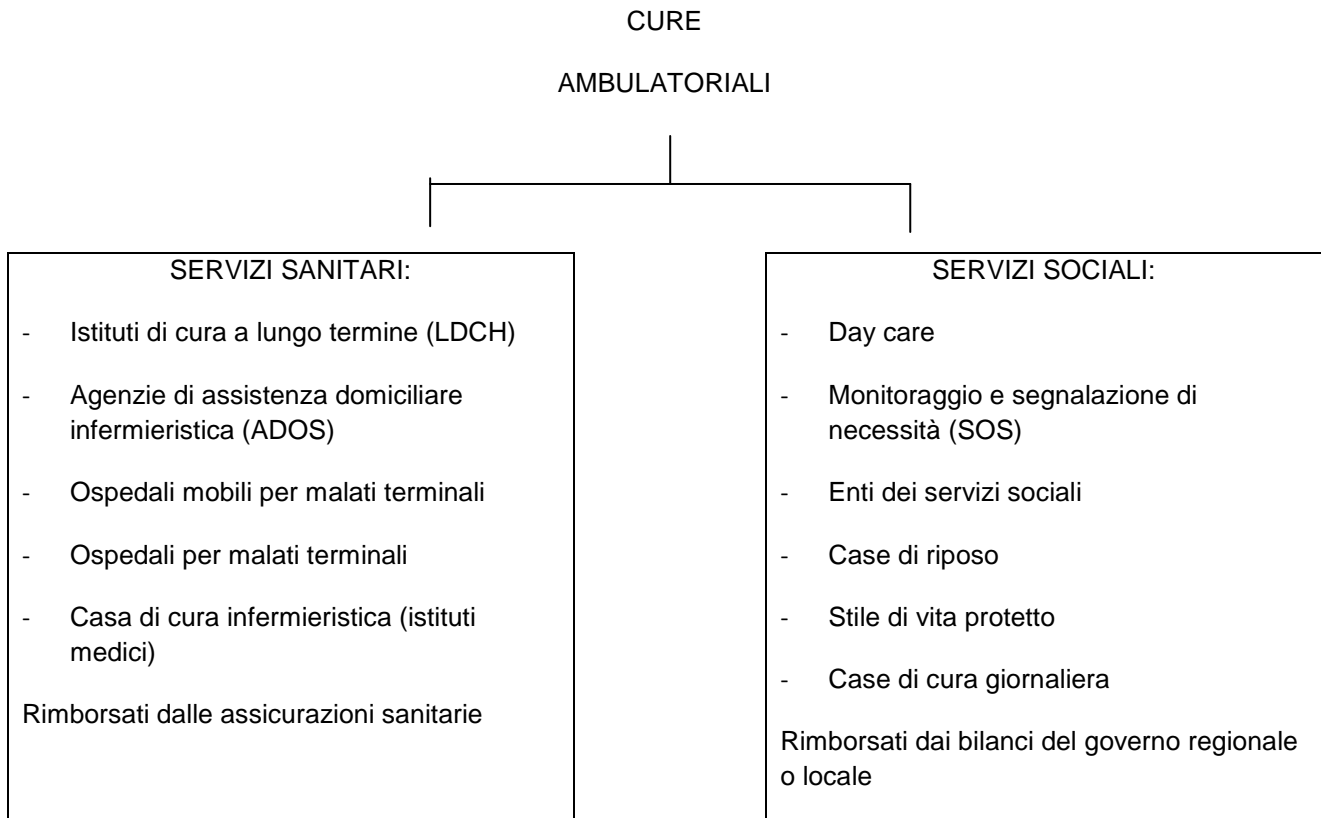
Tabella 3: *Aspettativa media di vita e crescita media annua dell'aspettativa di vita*

|   |        | 1969  | 1970   | 1980  | 1990   | 2001  | 2002  |
|---|--------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|
| Aspettativa media di vita alla nascita        | uomini | 67,70 | 66,73  | 66,75 | 66,64  | 69,51 | 69,86 |
|   | donne  | 72,47 | 72,92  | 74,25 | 75,44  | 77,54 | 77,63 |
| Crescita media annua dell'aspettativa di vita | uomini | ..    | - 0,10 | 0,00  | - 0,01 | 0,29  | 0,03  |
|   | donne  | ..    | 0,05   | 0,13  | 0,12   | 0,21  | 0,01  |

Fonte: (Anuario statistico della Repubblica slovacca 2003)

Persiste un inutile segregazione dell'assistenza sanitaria e sociale: alcuni dei fornitori sono gestiti dal Ministero della sanità (ad es. Agenzie di assistenza infermieristica a domicilio - ADOS, ecc.) mentre il Ministero del lavoro, degli affari sociali e della famiglia gestisce altre istituzioni. Per cui, in una struttura si possono trovare servizi misti e rimborso misto delle spese. I servizi forniti da medici e specialisti insieme ai servizi di assistenza infermieristica sono sotto il patrocinio del Ministero della sanità, mentre i servizi sociali come assistenza self-service, catering e trasporto rientrano nelle competenze del Ministero del lavoro, degli affari sociali e della famiglia. Così, può accadere che in istituzioni sanitarie o nell'assistenza a domicilio, i servizi sociali non siano rimborsati dalle compagnie di assicurazione sanitaria. D'altro canto, esistono istituzioni sociali dove è fornita assistenza infermieristica, che devono essere rimborsati dall'assicurazione sanitaria e spetta in gran parte al cliente e viceversa (se il cliente dell'istituzione sanitaria o dell'agenzia di assistenza a domicilio necessita di servizi sociali, spetta al paziente o alla famiglia il compito di richiedere tali cure con pagamento supplementare. Manca un approccio integrato rivolto al paziente per le cure ambulatoriali necessarie per coloro che hanno bisogno di cure a lungo termine. Le cure ambulatoriali possono essere di tipo istituzionale o a domicilio.

Tabella 5: Cure ambulatoriali



Nel 2004 per la prima volta nella storia della legislatura slovacca, tramite la Legge n. 576/2004 Coll. (leggi parlamentari nel testo integrale sull'assistenza sanitaria), l'articolo 5 sulla cura ambulatoriale definisce l'assistenza infermieristica domiciliare come assistenza domiciliare fornita da infermieri o ostetriche con competenze particolari nel campo dell'assistenza infermieristica in accordo con le procedure. L'assistenza a domicilio è una forma di cure ambulatoriali fornite a una persona il cui stato di salute non richiede una continua fornitura di assistenza sanitaria per periodi superiori a 24 o 16 ore. La rete di agenzie è disciplinata dalla modifica del Decreto n. 751/2004 sulla rete pubblica minima dei fornitori di assistenza sanitaria e i requisiti minimi di una casa di cura per avere 1 infermiere ogni 1000 pazienti.

Le spese per i servizi nel 2008 sono state pari a 1,90 miliardi di euro, cioè lo 0,5% di tutte le attività di assicurazione sanitaria e, tenendo conto delle agenzie che svolgono la loro attività qui da quasi 10 anni, l'importo delle spese è notevolmente ridotto.

Il rimborso per i servizi di assistenza sanitaria è limitato e le agenzie lavorano su base contrattuale con le società di assicurazione sanitaria; tutti quei servizi che non rientrano nel contratto li rimborsano il paziente o le famiglie. Nelle istituzioni di assistenza sanitaria è possibile ricevere anche assistenza sociale, in questo caso è il paziente o la famiglia a rimborsare tali servizi.

La **Costituzione polacca** e in particolare l'articolo 68 prevedono che ogni cittadino abbia il diritto di ricevere assistenza sanitaria. A prescindere dalla situazione finanziaria dei cittadini, le autorità pubbliche devono assicurare la parità di accesso ai servizi sanitari finanziati da fondi pubblici. Le condizioni e la portata delle prestazioni sono specificate dallo statuto. Il sistema sanitario polacco è basato sul modello di assicurazione (assicurazione obbligatoria universale) e tale modello si compone di istituzioni create per fornire assistenza sanitaria alla popolazione.

Il sistema sanitario in Polonia è finalizzato a fornire servizi medici per i cittadini, offrendo assistenza sanitaria a pazienti (beneficiari) da parte di fornitori di assistenza sanitaria con la partecipazione del Fondo sanitario nazionale (NFZ). L'NFZ ha un duplice ruolo di contribuente e regolatore pubblico in quanto conclude contratti con i fornitori di cure sanitarie e rimborsa i farmaci. Il Fondo sanitario nazionale è finanziato da fondi pubblici, in particolare fondi provenienti dai premi di assicurazione sanitaria obbligatoria.

Il bilancio del Fondo sanitario nazionale nel 2008 era pari a quasi 49 miliardi di zloty (circa 10 miliardi di euro). Il ruolo dei fornitori del sistema è quello di agire principalmente in qualità di istituzioni sanitarie pubbliche indipendenti (SPZOZ), cioè ospedali, cliniche, ambulatori, ma anche istituti di ricerca, fondazioni e associazioni, farmacie, collocamenti di medici, dentisti e infermieri. La Figura 1 mostra un diagramma semplificato del sistema di assistenza sanitaria in Polonia.

La base del sistema di assistenza sanitaria in Polonia è il cosiddetto "medico di famiglia" che opera nella struttura conosciuta come Assistenza sanitaria di base (POZ) e collabora con infermieri e ostetriche. È responsabile di assicurare assistenza e prevenzione ai "suoi" pazienti. Se la condizione del paziente richiede cure specialistiche, il medico di famiglia prescrive un'impegnativa per una clinica specializzata o per un ospedale. L'obiettivo primario del sistema sanitario polacco è quello di mantenere i pazienti in buone condizioni e garantire la cura delle più comuni malattie.

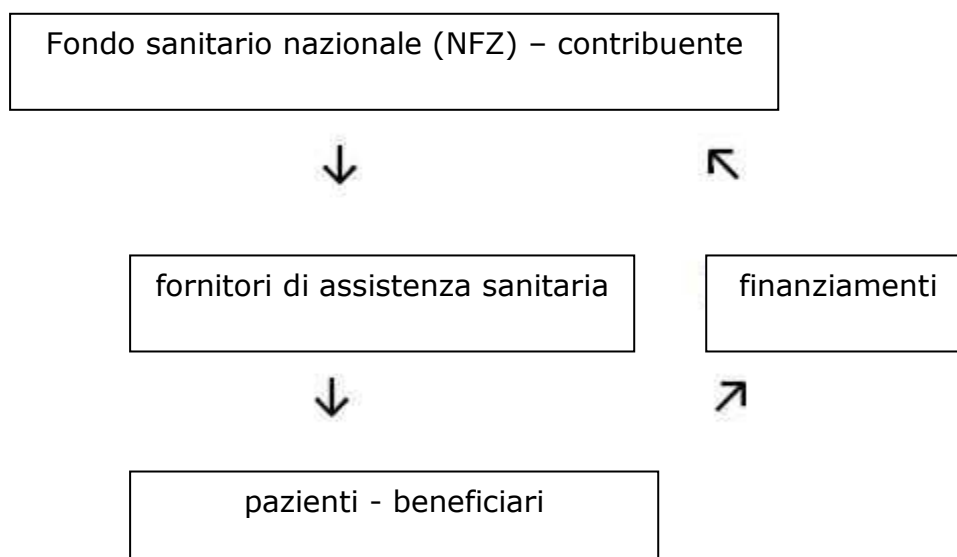


Figura 1. Sistema di assistenza sanitaria in Polonia.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

La medicina di famiglia richiede un approccio multidisciplinare verso il paziente, ma in pratica si concentra soprattutto sulla medicina interna e la pediatria, così spesso il ruolo del medico del POZ non è svolto dall'esperto in medicina di famiglia, ma da un team composto dal pediatra e dall'internista. Il team di assistenza sanitaria primaria, composto da medico di famiglia, infermiere, ostetrica, nell'esercizio delle proprie funzioni è strettamente connesso con gli operatori sociali e i team che si occupano di cure palliative.

## 2. Principali tendenze nazionali

Nell'ultimo decennio è cambiato in modo rilevanti il rapporto tra bisogno/domanda di salute e offerta dei servizi, per una molteplicità di fattori, quali: l'invecchiamento progressivo della popolazione (circa il 20% della popolazione italiana ha più di 65 anni); cambiamento della struttura della famiglia; aumento delle patologie cronico-degenerative; potenziamento della medicina e della tecnologia.

Le previsioni sono di aumento dell'aspettativa di vita e si pone il problema della qualità degli anni di vita guadagnati, il livello di disabilità si sta assestando e spostando nelle classi di età più avanzate, ma il tema della Non Autosufficienza si pone come una vera emergenza per il futuro.

L'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari è cambiata, con diminuzione rilevante dei posti letto ospedalieri e al contempo una crescita, lenta e non uniforme, nello sviluppo dei servizi territoriali, dove c'è ancora molta incertezza nei riferimenti

Sono entrati in crisi i modelli di riferimento (crisi dell'ospedale: la cura della malattia non è più l'indicatore unico dell'intervento sanitario; crisi del modello sociale: la cura della malattia è parte integrante della "capacità di vivere" della persona fragile, coinvolge la dimensione affettiva e la relazione sociale), con necessità di ridefinire le priorità del Servizio Sanitario Nazionale.

Di seguito le caratteristiche di un sistema per la Non Autosufficienza equo, efficace ed efficiente:

- è un sistema che riconosce soggetto e famiglia come risorsa protagonista e valorizza la soggettività;
- è un sistema unitario a forte integrazione sociosanitaria, in un continuum unico che renda indistinguibile per l'utente le diverse provenienze degli interventi (sanitaria o sociale), in grado di riunire interventi multi assiali-multisetoriali, ben oltre a quelli sicuramente di tipo sanitario, sociosanitario, socio assistenziale, tra cui ad esempio quelli del settore dell'abitazione e dei trasporti;
- è un sistema che investe molto nell'accessibilità ed agisce intensivamente sulla garanzia della bassa soglia di accesso, sull'accoglienza calda ed amichevole;
- è un sistema dotato di una forte capacità di orientamento ed accompagnamento di chi pone la domanda, di mediazione tecnica nella valutazione del bisogno, capace di monitorare la qualità e gli esiti degli interventi;
- è un sistema fortemente partecipato, con rilevante presenza di reti informali, primariamente centrate sulla famiglia, sul volontariato, sul terzo settore. Ancora e soprattutto, è un sistema molto attento a riconoscere, prevenire e contrastare l'isolamento e la solitudine delle persone e delle famiglie che vivono ed affrontano problemi di elevata complessità.

Il terzo settore andrà coinvolto in modo più congruo. Aniché essere erroneamente invocato per colmare le carenze del welfare pubblico, andrebbe considerato in primo luogo quale stimolo all'innovazione e alla flessibilizzazione dei servizi, alla sussidiarietà orizzontale e solidarietà, ed ancor più quale forza trainante per la diffusione del principio di reciprocità (che postula la proporzionalità, mentre il principio dello scambio l'equivalenza).

Se lo scopo di un sistema di protezione di persone con forte svantaggio, come nel caso della Non Autosufficienza, è "non abbandonare, non mortificare nessuno", ci si deve porre non solamente la domanda



di quanto del bisogno/domanda debba essere coperto dall'intervento pubblico (in fin dei conti lo sarà comunque solo parzialmente), bensì in quale modo e misura le istituzioni del welfare (sia di ambito sanitario che sociale) possano davvero essere credibili soggetti di diffusione e rinforzo di questo principio di reciprocità, che si lega allo sviluppo della comunità locale, alla solidarietà e sussidiarietà orizzontale correttamente interpretata.

Il nodo centrale rimane quello di capire se e come il sistema pubblico possa riuscire a favorire la crescita del capitale sociale, e non solo di quello economico-finanziario. Quest'ultimo obiettivo (incremento del capitale economico), pur sensato e condivisibile, nasce intrinsecamente limitato, se visto in proiezione nel lungo periodo (per progressione della domanda) e se valutato per praticabilità (ad es. appare improbabile il recupero da maggiore carico fiscale) o per tempestività (è di difficile realizzazione l'incremento dell'efficienza gestionale delle organizzazioni di erogazione).

Ben vengano ulteriori risorse, che è bene derivino innanzitutto da una loro riconversione (ad es. da quelle ospedaliere o residenziali verso quelle per la domiciliarità), ma non si può eludere il tema centrale: come colmare il divario tra una domanda che appare inarrestabilmente in crescita, sia nei suoi aspetti quantitativi che qualitativi, rispetto a risorse – pubbliche ma spesso anche private – che, anche in proiezione, non sono congruamente corrispondenti.

Non si intravede via diversa da quella del coinvolgimento consapevole e coerente dell'intera collettività, con l'assunzione di corresponsabilità della cittadinanza, con una più salda cooperazione tra pubblico, privato, comunità locale.

Le aziende sanitarie ed i servizi sociali costituiscono in questo caso gli assi portanti del sistema pubblico; il distretto sociosanitario, ad alta integrazione, sembra poter rappresentare l'agente istituzionale che con maggiori probabilità può interpretare tale funzione di integrazione.

Nell'ambito delle cure di lungo termine, il sistema pubblico deve porsi con maggiore forza l'obiettivo di:

- aumentare la propria efficienza
- affinare la mediazione tecnica della valutazione del bisogno, pratica dispendiosa ma indispensabile per la personalizzazione degli interventi
- superare nei servizi la logica prestazionale e rinforzare la cultura e la pratica della presa in carico integrata
- integrarsi con le altre aree della Socialità per "fare sistema", concretizzando interventi intersettoriali
- creare organizzazioni "leggere" da appesantimenti burocratici e iperspecialistici, diffondendovi competenze e saperi fino ai livelli organizzativi più bassi, puntando sul recupero di sicurezza e fiducia del cittadino, degli operatori, rendendo entrambi più consapevoli dei costi delle decisioni. Cittadini-utenti più informati, competenti ed educati ad una domanda più adulta, in grado di usare i servizi in modo più appropriato, possono contribuire grandemente a colmare il divario tra domanda ed offerta e a creare organizzazioni complesse che davvero riescano a "dare di più a chi ha meno".

In **Spagna** attualmente ci sono diversi tipi di servizio sanitario a domicilio pubblico e privato. Tenendo conto del settore pubblico, la Legge generale sulla sanità ha dato il via ad un Regio Decreto che stabilisce il portafoglio generale di servizi comuni del Sistema sanitario nazionale (R.D. 1030/2006 del 15 settembre). In

questo Decreto Reale si possono trovare un gruppo di servizi che sono comuni a tutte le Comunità autonome. Tra tali servizi in primo luogo nell'area dell'assistenza primaria si può trovare ciò che è definito Assistenza sanitaria a richiesta, sia programmata che urgente, in ufficio o a casa del paziente. Nel sistema sanitario spagnolo è preso in considerazione anche il Ricovero a casa nei casi in cui risulti necessario. Il sistema è, come è stato detto prima, universale in modo tale che tutti i cittadini abbiano accesso a questo tipo di assistenza.

Ma oggi uno dei principali problemi del Sistema sanitario nazionale è il problema dell'Assistenza sanitaria sociale. La questione è connessa al generale invecchiamento della popolazione spagnola. Molti autori parlano della necessità di integrare i due tipi di azioni per migliorare l'assistenza ai pazienti (sulla base di un approccio globale e socio-sanitario) e per risparmiare denaro evitando azioni duplici e non coordinate.

Si ritiene che in Spagna ci siano 20.000.000 di pazienti cronici. Questi pazienti rappresentano la domanda principale per il Sistema sanitario in Spagna. Effettivamente questo tipo di malattie sono oggetto dell'80% delle ore di ambulatorio nell'ambito dell'assistenza primaria e del 60% delle ore di ambulatorio nell'ambito dell'assistenza specializzata. In termini economici si stima che comportino un 70% della Spesa totale per la sanità in Spagna e un 6,7% del PIL. L'assistenza a domicilio rappresenta circa il 40% di tutta l'assistenza fornita dai medici di primaria assistenza.

Una parte importante di quelle 20.000.000 persone è rappresentata da persone dipendenti (circa 4.000.000 persone). Ciò significa che non sono in grado di sviluppare alcune delle cosiddette attività della vita quotidiana (come ad esempio prendersi cura della loro igiene personale o vestirsi, attività che una persona deve fare da sé per vivere autonomamente) e hanno bisogno dell'aiuto di un'altra persona per svolgere tali attività. Di quelle 3.874.900 persone che vivevano in casa (con la propria famiglia o con i parenti) solo 269.139 sono state istituzionalizzate.

Se teniamo in considerazione le persone che vivono nelle proprie case, un numero pari a 2.088.200 ha ricevuto un qualche tipo di aiuto esterno, in prevalenza aiuto fornito da familiari e parenti (1.413.000 persone sono assistite da badanti informali), mentre il resto era composto da assistenti formali e professionali. Perciò la Spagna rientra nel cosiddetto Modello di stato assistenziale del Mediterraneo nel quale l'assistenza è essenzialmente fornita su base familiare e di sistema. L'assistenza informale è quella fornita all'interno della rete sociale del paziente e in modo completamente altruistico (senza alcun tipo di organismo intermedio o retribuzione). L'assistenza formale è fornita da servizi pubblici o viene reclutata sul mercato dalle famiglie. In Spagna è stato stimato che l'88% dell'assistenza sanitaria è fornita da operatori informali.

Effettivamente una delle principali tendenze è stata impostata dalla Legge del 2006 che istituisce un sistema di assistenza per le persone dipendenti. Questa legge classifica le persone dipendenti in diverse categorie e prevede diversi tipi di servizi in relazione al grado in cui le persone sono limitate nella loro autonomia. Tale legge stabilisce un sistema di servizi sociali omogeneo per il territorio spagnolo cercando di superare le differenze esistenti a causa del fatto che i Servizi sociali sono una delle competenze spettanti alle Comunità autonome. Oggi, grazie a questa legge, esiste un quadro comune per l'assistenza sociale rivolta a persone non autonome in Spagna. Ma ci possono ancora essere differenze tra i 17 Sistemi di servizi sociali a causa del fatto che il Sistema nazionale stabilisce soltanto il livello minimo di assistenza che deve essere garantito nelle diverse Comunità autonome.

Così, in realtà, in Spagna una delle principali preoccupazioni riguardanti l'assistenza sanitaria a casa dei pazienti è che deve essere svolta in un quadro socio-sanitario. Ci deve essere un collegamento tra i servizi sanitari e i servizi sociali. Solo in questo modo sarà possibile sviluppare un'ampia rete di assistenza per queste persone che costituiscono la parte principale delle persone che ricevono assistenza sanitaria a domicilio. Questo tipo di assistenza deve tenere conto dell'ambiente sociale e delle condizioni in cui si svolge la vita della persona dipendente, nonché della sua salute.

I principali utenti di tali servizi sono diversi, ma il gruppo più importante è formato da persone anziane che soffrono di qualche tipo di pluri-patologia e di deterioramento funzionale, che trovano difficoltà a essere autonomi, o malati terminali che hanno bisogno di cure palliative in casa propria. Secondo le stime, la prevalenza di persone che hanno bisogno di questa assistenza è pari a circa il 14% tra le persone oltre i 65 anni di età. In questi casi lo sforzo deve essere volto a soddisfare le necessità di cura dei pazienti e a educare e sostenere i loro principali assistenti all'interno della famiglia.

Prima della dichiarazione di indipendenza nel 1991, non esisteva alcun sistema di assistenza sanitaria a domicilio formale in Lituania. Tuttavia, i vari servizi venivano forniti a domicilio, compresa assistenza urgente fuori orario lavorativo; servizi sociali e sanitari per disabili e anziani tramite un'organizzazione volontaria; e la fornitura di farmaci e trattamenti da parte dello staff di infermieri del policlinico. Dopo l'indipendenza, una serie di servizi di assistenza sanitaria a domicilio supplementare sono stati avviati, in gran parte in risposta alle esigenze di assistenza di una grande e crescente parte della popolazione di anziani.

Viene descritta l'evoluzione di questi servizi nonché i fattori che favoriscono o inibiscono lo sviluppo di un sistema nazionale di assistenza a domicilio per la Lituania. Il sistema di assistenza a lungo termine in Lituania è rimasto invariato nel 2010. I servizi di assistenza a lungo termine sono organizzati, come prima, attraverso i servizi sociali e il sistema di assistenza sanitaria.

Il sistema di assistenza sanitaria a lungo termine è stato garantito e finanziato attraverso il Fondo di assicurazione sanitaria statale dall'assicurazione sanitaria e dai comuni (in questo caso, il Ministero della sicurezza sociale e del lavoro opera come organo politico). Nel caso dell'assistenza ospedaliera, i servizi sanitari finanziano degenze a lungo termine pari a un massimo di 120 giorni. Cure contro la TB, assistenza alla salute mentale, cure palliative e attività di riabilitazione ricevono finanziamenti dal SHIF.4, 614 letti ospedalieri (178 in più che nel 2009) sono assegnati all'assistenza a lungo termine in Lituania nel settore dell'assistenza sanitaria. In aggiunta, le cure residenziali a lungo termine sono fornite in case residenziali o altre istituzioni per persone che necessitano cure a lungo termine.

Nel 2010, è stato potenziato il numero dei posti letto per la cura e l'assistenza a lungo termine, nonché dei letti per la riabilitazione (tabella 5).

Tabella 5: Posti letto per l'assistenza a lungo termine nel sistema di assistenza sanitaria lituano durante il periodo 2008-2010

| Indicatori | 2008                   |                  | 2009                         |                  | 2010                         |                  |
|------------|------------------------|------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|------------------|
|            | Letti per assistenza a | Letti d'ospedale | Letti per assistenza a lungo | Letti d'ospedale | Letti per assistenza a lungo | Letti d'ospedale |
|            |                        |                  |                              |                  |                              |                  |

|  | lungo termine |        | termine |        | termine |        |
|--|---------------|--------|---------|--------|---------|--------|
| Assistenza infermieristica a lungo termine | 4.400         | 30.765 | 4.436   | 31.020 | 4.614   | 32.141 |
| Cure palliative                            | 26            | 67     | 43      | 247    | 96      | 600    |
| Riabilitazione                             | 1.290         | 16.175 | 1.320   | 15.647 | 1.378   | 17.333 |
| TB   | 1.267         | 5.720  | 1.231   | 5.510  | 1.150   | 4.966  |
| Salute mentale                             | 3.453         | 39.530 | 3.409   | 37.436 | 3.303   | 37.618 |

Fonte: Centro di informazione per la salute dell'Istituto di Igiene, 2011.

La fornitura di servizi di assistenza infermieristica a domicilio è stata avviata per persone con bisogni speciali nel 2010. Sono stati finanziati dal SHIF. I medici di famiglia lavorano in un team con specialisti nel campo dell'assistenza infermieristica e insieme a specialisti nel campo dell'assistenza sociale comunale forniscono assistenza familiare a anziani e disabili a domicilio. Esistono fornitori privati, ma i loro servizi non sono ancora molto popolari. Inoltre, è stato esteso il campo della fornitura di cure palliative ed è stato portato avanti un nuovo servizio di riabilitazione medica domiciliare a lungo termine.

La riforma del sistema sanitario è un processo in corso in Lituania e i problemi del sistema sono ben noti sia ai pazienti che ai medici: lunghe liste di attesa, costi aggiuntivi e pagamenti informali nonostante l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, bassi salari del personale, immensa mole di lavoro, insufficiente attenzione allo stile di vita pubblico sano e poco sano, scarsi indicatori di salute della popolazione, mancanza di un sistema profilattico, ecc. La maggior parte di questi problemi sono legati allo stile di vita della popolazione e all'inefficiente gestione delle risorse per l'assistenza sanitaria, e anche alla mancanza di un approccio strategico. I problemi e le ragioni di tutto ciò sono state valutate e sintetizzate nel 2010 nel documento strategico "Schema di sviluppo ulteriore del sistema sanitario fino al 2015", che è stato approvato dal Governo lituano il 26 gennaio 2011.

In questo documento viene descritta la visione del sistema e dei mezzi per raggiungere gli obiettivi. Il Piano sanitario nazionale, avallato dal Parlamento nel 1998, si è concluso nel 2010. Per tutto l'arco del 2011 si è svolta una valutazione esterna ed interna del programma e il nuovo programma sarà proposto per il prossimo decennio.

Il rendiconto sanitario nazionale lituano è stato pari a 6.931,5 milioni LTL e costituiva il 7,6% del PIL nel 2009 (5,6% delle spese pubbliche del PIL e al 20% di quelle private). In confronto, nel 2008 il rendiconto del settore sanitario nazionale è stato pari a 7.395,9 milioni LTL e costituiva il 6,6% del PIL (il 4,8% erano spese pubbliche e l'1,8% private). Questo calo è dovuto alla crisi economica e finanziaria e a un generale calo del PIL.

In **Romania** è stata emessa l'Ordinanza n. 318 del 7 aprile 2003 - per l'approvazione delle Norme per l'organizzazione e il funzionamento dell'assistenza domiciliare e per le persone giuridiche e i soggetti autorizzati a prestare tali servizi.

L'assistenza domiciliare indica qualsiasi attività svolta da personale medico presso il domicilio del paziente, che contribuisca a migliorare il benessere del suo stato fisico e mentale. L'assistenza domiciliare è svolta solo su indicazione di un medico. Il pagamento dei fornitori di assistenza domiciliare è stabilito da un contratto tra le parti, sulla base di tariffe negoziate e fisse.

I destinatari dell'assistenza domiciliare sono persone con malattie croniche e/o acute che mostrano un certo livello di dipendenza e limitata capacità di spostarsi in una struttura sanitaria per avere accesso alle cure raccomandate dai medici.

I fornitori privati di assistenza domiciliare o i singoli fornitori devono essere autorizzati dal Ministero della sanità al fine di fornire tali servizi.

I servizi di assistenza medica e i servizi di assistenza sanitaria a domicilio sono effettuati in conformità con il livello di formazione professionale dei prestatori di tali servizi.

Ai fornitori di assistenza domiciliare viene richiesto di riferire i miglioramenti ai medici che hanno consigliato al paziente i servizi di assistenza sanitaria.

Elenco dei servizi di assistenza sanitaria a domicilio che possono essere forniti da persone giuridiche e soggetti autorizzati dal Ministero della famiglia e della sanità:

1. Valutazione iniziale: prendere in carico il paziente entro 48 ore dalla richiesta, stabilire un piano di assistenza sanitaria a domicilio globale con il loro medico, fornire consulenza e formazione al paziente e alla famiglia;
2. Fase di valutazione fino a 3 mesi per casi acuti, fino a 6 mesi per casi cronici e ogniqualvolta sia necessario se il piano di assistenza sanitaria a domicilio comprende un chiarimento su questo aspetto;
3. Monitoraggio dei parametri fisiologici: temperatura, respirazione, polso, pressione arteriosa, diuresi, feci;
4. Cura dell'igiene dei pazienti con problemi medici e/o immobilizzati;
5. Manovre terapeutiche;
6. Tecniche di cura chirurgica;
7. Controllo della dialisi peritoneale;
8. Cure Palliative fornite solo da medici specializzati e/o abilitazione/specializzazione in cure palliative;
9. Chinesiologia individuale;
10. Logoterapia individuale;
11. Esame e valutazione psicologica.

Il periodo durante il quale l'assicurato può ricevere servizi di assistenza sanitaria a domicilio è determinato dal medico che l'ha consigliata, avendo l'obbligo di specificare la regolarità/periodicità dei servizi, ma non oltre i 90 giorni di cura/negli ultimi 11 mesi in una o più fasi (episodi di cura).

Tra gli obiettivi strategici delle riforme sull'assistenza sanitaria in Slovacchia vi erano la riduzione del monopolio di stato e il decentramento dell'assistenza sanitaria. Mentre il monopolio di stato è stato ridotto dalla massiccia privatizzazione dei fornitori di assistenza sanitaria, in particolare i medici e le farmacie che si occupano di assistenza sanitaria primaria a metà degli anni '90, il processo di decentramento non ha portato a nulla fino all'inizio del nuovo millennio. Durante il processo di riforma, divenne evidente che la soppressione di istituti nazionali della sanità portava a un'indesiderabile centralizzazione delle funzioni di gestione delle strutture sanitarie a livello ministeriale. Nonostante sia considerata una fase di transizione necessaria per la successiva privatizzazione, la gestione centralizzata dei servizi ospedalieri ha prevalso fino a poco tempo fa. I motivi sono duplici. Primo, inizialmente i comuni hanno respinto qualsiasi responsabilità verso gli ospedali temendo che non sarebbero stati in grado di gestirli, finanziarli e sostenerli. In secondo luogo, il Governo è stato riluttante a consentire la privatizzazione delle strutture di assistenza sanitaria ospedaliera.

Di conseguenza, 161 strutture sanitarie (praticamente tutti ospedali, policlinici e istituti terapeutici specializzati) e 69 istituzioni di controllo e riferimento (come l'Istituto di Stato per il controllo della droga, il Centro nazionale per la promozione della salute e l'Istituto per informazioni e statistiche sulla salute) sono rimasti sotto la gestione diretta del Ministero della sanità per quanto riguarda il processo decisionale e la regolamentazione nel 2000. Inevitabilmente gli ospedali avevano scarso potere discrezionale sulle proprie risorse; il ministro ha nominato i direttori ospedalieri garantendo dipendenza e pieno controllo. Non è stata messa in pratica l'idea di un consiglio di amministrazione ospedaliero composto da rappresentanti delle società di assicurazione sanitaria, l'amministrazione statale, i comuni, i pazienti, il settore privato e altri. In breve, era un sistema di gestione inefficiente dal momento che il Ministero della sanità non poteva controllare l'attività giornaliera di più di 90 ospedali. Anche questo onere operativo ha ostacolato il suo più importante ruolo strategico come regolatore e organo politico.

Tuttavia, sono stati fatti progressi per poliambulatori e centri sanitari locali che forniscono cure ambulatoriali. La responsabilità di questi centri è stata affidata agli uffici regionali dell'amministrazione dello stato o ai comuni e alcuni dei compiti amministrativi del Ministero della sanità sono stati affidati ai medici di stato regionali e distrettuali. Si è trattato di decentralizzazione tramite decentramento. I medici di stato regionali sono autorizzati a rilasciare licenze per pratiche di assistenza ambulatoriale privata. Sono responsabili dell'organizzazione della fornitura di assistenza sanitaria ambulatoriale nei loro territori e sono coinvolti nell'analisi e nello sviluppo della rete di fornitura.

Nel giugno 2001 la Risoluzione governativa n. 577 ha approvato la seconda fase della privatizzazione delle strutture di assistenza sanitaria. Questo includeva 36 centri sanitari locali, 13 case di cura, 2 istituti per la riabilitazione dei bambini, 1 struttura di assistenza a lungo termine, 27 farmacie ospedaliere, 49 poliambulatori, 1 centro di cure termali naturali e 7 istituti terapeutici specializzati. La Risoluzione governativa n. 101 del 3 febbraio 2002 ha aggiunto 3 poliambulatori e 1 struttura di assistenza a lungo termine. Infine, altri 6 centri sanitari locali, 9 case di cura, 1 istituto per la riabilitazione dei bambini, 3 strutture di assistenza a lungo termine e altri 20 poliambulatori sono stati inseriti dalla Risoluzione governativa n. 274 del marzo 2002.

Nel gennaio del 2003 è entrata in vigore la legislazione che trasferisce la proprietà di numerose strutture sanitarie dal Ministero della sanità a unità territoriali superiori e comuni. Questa legislazione è stata applicata alla maggior parte degli istituti sanitari menzionati in precedenza con l'obiettivo della privatizzazione o della trasformazione in associazioni non a scopo di lucro. A causa della contraddizione giuridica in base alla quale solo i beni dello stato (non delle regioni o dei comuni che si autogovernano) possono essere privatizzati o trasformati, risultava impossibile privatizzare e trasformare le strutture di assistenza sanitaria il cui passaggio di proprietà non era stato effettuato entro la fine del 2002. La nuova legislazione sulla proprietà di unità territoriali superiori e dei comuni è stata adottata alla fine del 2003. In questo modo sono state date loro maggiori competenze per gestire le istituzioni sanitarie e all'inizio del 2004 la gestione di alcuni istituti di proprietà di unità territoriali superiori è stata trasferita a istituzioni private su base contrattuale.

A seconda del sistema di richiesta da parte dei pazienti di assistenza domiciliare, la **Polonia** offre una vasta gamma di servizi. Come già detto in precedenza, la più comune è l'assistenza sanitaria primaria, nella quale il ruolo chiave è svolto dall'infermiere, che spesso visita i malati, e dal medico. Se la situazione richiede assistenza piuttosto che una visita di base a domicilio, allora il medico emette un'impegnativa per una clinica specializzata o un ospedale oppure provvede a un trasporto immediato in ospedale. La seconda forma più comune di servizi di assistenza sanitaria è fornita dalla casa di cura a domicilio che offre assistenza ai pazienti cronici, spesso in stato terminale. Una maggioranza significativa di pazienti in queste case di cura sono persone malate di cancro a livello avanzato. A differenza della casa di cura tradizionale, nella casa di cura a domicilio gli assistenti sanitari si prendono cura di un paziente nel suo ambiente di casa. Deve essere sottolineato che in Polonia gli ospedali di questo tipo sono specializzati in due gruppi: per gli anziani o per i bambini. Il parere generale è che le strutture per i bambini rappresentano la forma più sviluppata di servizi sanitari in Polonia. In aggiunta alle cure primarie e alle case di cura a domicilio il sistema prevede anche Centri di assistenza sociale comunale, dove gli assistenti sanitari si occupano di fornire assistenza sanitaria in misura molto minore rispetto agli infermieri, concentrandosi molto di più sull'aspetto sociale che sull'assistenza medica. Ci sono anche diverse fondazioni o altre organizzazioni che offrono aiuto in qualità di volontari senza formazione medica.

Va sottolineato che tutte le forme di servizi di assistenza sanitaria in Polonia, in particolare le cure primarie e le case di cura per malati terminali, operano sia in campo statale, finanziati con fondi pubblici (NFZ), che nel sistema privato, finanziati con fondi privati (assicurazioni sanitarie private o pagamenti diretti). I costi dei servizi nel settore privato sono molto diversi e variano ampiamente a seconda del tipo di servizi offerti.

Nella struttura dell'assistenza sanitaria primaria funzioni chiave sono svolte dal medico di famiglia e dall'infermiere. Un medico che opera nell'ambito dell'assistenza primaria per diventare un medico di famiglia, secondo il sistema di istruzione post-laurea, deve sostenere un corso di specializzazione in medicina di famiglia dalla durata di circa 5 anni. In Polonia ci sono circa 150.000 medici praticanti, compresi più di 8.000 specialisti in medicina di famiglia, che è una delle specializzazioni più diffuse.

Ciascun paziente, sulla base della sua residenza, seleziona un medico per le cure primarie. Tale medico oltre ai servizi primari in una clinica fornisce inoltre assistenza in termini di cure a domicilio. La disponibilità di medici di famiglia in Polonia è in genere soddisfacente, ma si deve osservare che varia ampiamente a seconda della regione. L'esempio della provincia - Zachodniopomorskie (Figura 3) indica che per 10.000 pazienti possono esserci dai 3 agli 8 medici che si occupano di assistenza primaria (una media di 5,6) e solo dallo 0,3 ai 4 (una media di 2,1) specialisti in medicina familiare.

Le ragioni di una fluttuazione così grande nell'accesso ai medici di famiglia dovrebbero essere ricercate nel luogo dove praticano - la stragrande maggioranza sceglie di lavorare in strutture sanitarie urbane mentre la norma comune nelle zone rurali è un medico di famiglia per tutti i pazienti del villaggio. La specializzazione nel settore della medicina di famiglia ha una durata di circa 5 anni e tra i medici è visto come un auspicabile percorso di carriera, il che porta una percentuale relativamente elevata di medici a scegliere di specializzarsi in questo campo. Secondo le ordinanze del NFZ un medico che si occupa di assistenza primaria può prendersi cura di non più di 2.750 persone. Un reddito medio dichiarato dagli specialisti in medicina di famiglia è 5.600 zloty (circa 1.300 euro), va osservato che spesso i medici occupano più di una posizione e le loro entrate mensili sono di circa 8.000 zloty (circa 1.800 euro), circa il 20% dei medici dichiarano di guadagnare di più. In confronto, il salario medio in Polonia ammonta a 3.719 zloty che equivale a circa 830 euro (stando ai dati dell'aprile del 2012).

Un altro anello di base nell'assistenza sanitaria primaria dopo il medico di famiglia è l'infermiere di famiglia, chiamato anche infermiere ambientale. Come per il dottore che lavora nel POZ e non ha una specializzazione in medicina di famiglia, l'infermiere può lavorare nel POZ senza avere una specializzazione o durante il corso di formazione post-laurea in medicina di famiglia. Nella professione di infermiere possiamo anche distinguere i cosiddetti corsi di qualificazione, anche nel campo della medicina di famiglia. La differenza tra corsi di specialistica e di qualificazione si basa sul numero di ore di formazione e la sua durata - un corso di qualificazione dura da 3 a 6 mesi, la specializzazione dura da circa 1,5 a 2 anni. A differenza dei medici, nel gruppo degli infermieri la laurea non è molto popolare, il che si riflette nel numero di specialisti in medicina di famiglia - dei 215.000 infermieri, solo poco più di 2.000 possiedono una tale specializzazione.

Va sottolineato che l'assistenza sanitaria a domicilio nel POZ presenta gli stessi gravi problemi per quanto riguarda il personale infermieristico che si riscontrano in tutti i centri di assistenza sanitaria polacchi, gli ospedali e le cliniche. La notevole mancanza di personale, gli stipendi molto bassi e il prestigio relativamente basso della professione fanno in modo che un numero sempre minore di persone scelga la professione dell'infermiere. Questa tendenza, combinata con il personale d'età sempre più avanzata che sarà presto in pensione, può costituire un grave problema che minaccerà il mercato dei servizi di assistenza in Polonia nel prossimo futuro a causa della mancanza di infermieri professionalmente attivi.

Questi dati sono ancora più preoccupanti se si considera che nel sistema sanitario a domicilio l'infermiere svolge un ruolo chiave. Un infermiere è molto più presente del medico e si occupa delle cure spesso per un lungo periodo di tempo. L'assistenza primaria a lungo termine è effettuata in gran parte da infermieri, per cui il fatto che ce ne siano di meno ha un impatto sulla qualità e sulla disponibilità dei servizi. Anche se un consulente nazionale nel settore dell'assistenza infermieristica ha valutato la disponibilità di infermieri in maniera abbastanza positiva, si dovrebbe richiamare l'attenzione sul fatto che la Polonia presenta un numero di infermieri tra i più bassi per 1.000 abitanti nell'Unione europea - che corrisponde a 5 con una media dell'8,6. In confronto, in Germania il tasso era quasi due volte superiore a quello della Polonia e ora si attesta al 9,6.

Tenendo conto della tendenza all'invecchiamento della popolazione e ad aspettative sempre maggiori sulla qualità e l'accessibilità dei servizi medici dovremmo attenderci un aumento significativo della domanda di servizi di assistenza, compresi i servizi di assistenza sanitaria a domicilio. Pertanto, è necessario intervenire per aumentare il numero di infermieri professionalmente attivi.



L'implementazione di assistenza sanitaria a domicilio da parte di infermieri si basa sull'impegnativa di medici che si occupano di assistenza primaria o sull'impegnativa da parte del medico che si era preso cura del paziente in ospedale. I malati cronici che richiedono servizi di assistenza a lungo termine possono essere classificati in:

- assistenza a lungo termine realizzata a domicilio
- centro permanente di assistenza a lungo termine o
- può essere offerta assistenza sanitaria da parte di un infermiere che si occupa di assistenza primaria [10]

Un complemento necessario ai compiti di cui sopra sono i servizi di assistenza infermieristica specifici, dei quali sono responsabili i membri della famiglia, un comitato o - se vi è la necessità – gli istituti di assistenza sociale.

Se almeno uno dei servizi elencati di seguito risulta necessario per il paziente, allora il medico emette un'impegnativa e un infermiere che si occupa di assistenza sanitaria diventa responsabile della cura di un paziente:

- infusioni tramite flebo
- trattamento di ferite, piaghe o ulcere dell'arto inferiore
- alimentazione tramite tubo
- cura di fistole
- l'utilizzo del catetere
- lavaggio vescicale
- assistenza tubo per la tracheotomia.

La valutazione del paziente che necessita assistenza a domicilio è aggiornata una volta al mese. Il medico che svolge la valutazione deve tener conto delle attività quotidiane che il paziente può fare autonomamente o con assistenza altrui o che non può categoricamente fare. Sono presi in considerazione criteri come: capacità di mangiare, di cambiare di posizione, di muoversi, di curarsi della propria igiene personale. Vale la pena sottolineare che il ruolo dell'infermiere di famiglia non è limitato alle cure mediche. Le azioni intraprese dagli infermieri dell'assistenza primaria sono inoltre volte a preparare il paziente, il più presto possibile, a convivere con la malattia o disabilità, nonché a educare la famiglia e i comitati a fornire al paziente assistenza nelle attività quotidiane. Secondo le disposizioni del Fondo sanitario nazionale, un infermiere, che si occupa di assistenza a domicilio, dovrebbe svolgere la sua funzione nei giorni feriali dalle 8,00 alle 20,00 e il sabato, la domenica e nei giorni festivi solo nei casi giustificati dal medico. L'assistenza diretta di un paziente non può essere inferiore a 1,5 ore al giorno, in media quattro volte a settimana. La durata dell'assistenza infermieristica a lungo termine è subordinata alla condizione del paziente, ma non può superare i 6 mesi.

Nell'assistenza a domicilio sotto i servizi del POZ, le attività del medico e dell'infermiere integrano quelle dell'ostetrica di famiglia. L'ostetrica di famiglia è un'ostetrica che opera nel campo dell'assistenza sanitaria primaria, realizzando attività di assistenza familiare, in particolare nel campo dell'assistenza ostetrica e ginecologica e prendendosi cura di un bambino. In generale, vista la natura delle attività svolte, l'ostetrica di famiglia è attiva nei seguenti settori:

- promozione della salute
- cure preventive
- servizi di assistenza
- servizi medici
- servizi di diagnostica
- servizi di riabilitazione.

Tra le responsabilità dell'ostetrica rientrano anche:

- assistenza prima del concepimento
- assistenza durante la gravidanza (di una donna, del bambino e della famiglia)
- cura di malattie ginecologiche e oncologiche
- presa in cura di un feto, neonato e bambino
- presa in cura di una donna in ogni fase della sua vita

Va sottolineato che i problemi sopra descritti relativi all'ambiente infermieristico sono altrettanto validi nel caso delle ostetriche. Notevoli lacune nel personale e bassi salari fanno sì che sia frequente il dover far fronte alla carenza di ostetriche, e tale carenza è ancora più grande nel caso del personale infermieristico. In Polonia, 33.841 persone hanno diritto a operare come ostetriche, di queste 24.844 sono attive professionalmente, cioè il 73%. Il tasso di abbandono della professione è dunque superiore a quello per gli infermieri - 27% (23% per gli infermieri).

### 3. Gli organismi nazionali responsabili del servizio sanitario a domicilio

Prendendo a riferimento quanto già attivato dalle diverse regioni la rete assistenziale territoriale può avvalersi dei seguenti strumenti: attivazione di posti letto territoriali gestiti dal MMG e dal personale infermieristico; possibilità di una gestione della fase acuta a domicilio mediante un'assistenza domiciliare integrata garantita da gruppi multidisciplinari che offrano consulto immediato, organizzino la presa in carico strutturata sulla base di un piano terapeutico individuale ed integrino l'offerta di servizi sul territorio; disponibilità di posti letto in strutture intermedie intraospedaliere il cui coordinamento è affidato a team infermieristici con il medico specialista che svolge funzioni di consulenza a fronte di specifici bisogni di assistenza e monitoraggio; programmi di dimissione assistita o programmata dall'ospedale previa identificazione del percorso da seguire successivamente alla dimissione; programmi di dimissione protetta del paziente fragile dall'ospedale con la identificazione della modalità di presa in carico; albergo sanitario, servizio gestito completamente da infermieri all'interno di apposite unità di tipo ambulatoriale e a bassa intensità assistenziale, rivolto a pazienti dimessi da una struttura ospedaliera sia a pazienti che attendono un ricovero ospedaliero programmato; programmi di ospedalizzazione domiciliare; strutture intermedie di riabilitazione post acuzie; centri di comunità/poliambulatori specialistici in cui sono presenti medici specialisti, MMG ed infermieri; team infermieristici di comunità che si recano al domicilio dei pazienti, spesso cronici, terminali o con esigenze riabilitative offrendo servizi di diversa intensità assistenziale.

Per quanto attiene all'assistenza domiciliare, tale livello assistenziale viene assicurato dal DPCM 29.11.2001 "Livelli essenziali di assistenza", che introduce nel livello distrettuale l'assistenza a domicilio prestata dal MMG e dal PLS, supportata da prestazioni infermieristiche e riabilitative, nonché dall'aiuto infermieristico (assistenza tutelare) da prestarsi in maniera integrata con i Comuni, per la parte sociale e condividendo con loro, anche i costi (50%). L'assistenza domiciliare si è particolarmente evoluta in assistenza domiciliare integrata (ADI). Nella quasi totalità delle Regioni italiane le cure domiciliari sono inserite nelle cure primarie e l'ambito territoriale elettivo in cui si collocano è il Distretto, che rappresenta per la sua dimensione territoriale, anche il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con il comparto sociale.

Nei casi complessi, per predisporre un piano individualizzato di assistenza si procede con la Valutazione Multidimensionale, l'individuazione di un case manager, responsabile/garante del progetto assistenziale e si completa il processo con la verifica degli esiti, per valutare il programma di assistenza adottato sotto il profilo della qualità e della appropriatezza.

L'assistenza domiciliare ha subito un processo di progressiva articolazione e strutturazione per fare fronte alla sempre maggiore complessità dei bisogni e alle patologie dei destinatari: dalle cronicità, alle disabilità complesse (SLA, etc.), alle patologie oncologiche e terminali.

Le attuali tecnologie e i dispositivi applicati all'assistenza domiciliare consentono alle persone anche con gravi fragilità e/o non autosufficienti, tramite sistemi di assistenza "Home", di affrontare un processo di graduale cambiamento della qualità di vita.

In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero.

Sul piano del governo clinico, una corretta impostazione dell'assistenza domiciliare soddisfa le seguenti condizioni: presa in carico fondata su criteri di eleggibilità dei pazienti da assistere; continuità assistenziale con la gestione maniera coordinata nei piani di cura delle diverse prestazioni incluse nelle cure primarie e nell'assistenza specialistica e ospedaliera (dimissioni programmate, assistenza infermieristica, riabilitativa, prestazioni farmaceutiche e protesiche adeguate); gestione integrata con le prestazioni di aiuto domiciliare da parte delle amministrazioni locali; collaborazione professionale tra diverse figure professionali; valutazione degli interventi realizzati e della relativa spesa.

È inoltre indispensabile un buon funzionamento del sistema informativo delle cure domiciliari, per la gestione dei pazienti ed un'analisi sistematica della intensità e complessità degli interventi erogati, per le verifiche delle attività svolte, dei risultati e dei costi.

Il MMG, con l'eventuale coinvolgimento di altre figure mediche specialistiche in base alle caratteristiche del paziente, l'infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione e il personale dei servizi sociali, compreso quello dedicato all'aiuto domestico familiare, sono i componenti dell'équipe multidisciplinare delle cure domiciliari.

Oltre ai posti letto territoriali gestiti dal MMG e dal personale infermieristico la rete integrata territorio-ospedale, costituita da una molteplicità di servizi e strutture chiamate a garantire la continuità dell'assistenza, comprende varie tipologie di strutture residenziali chiamate a rispondere ai diversi bisogni sociosanitari secondo un gradiente differenziato di intensità assistenziale. Nell'ambito di tali strutture per non autosufficienti possiamo distinguere:

- nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) per la presa in carico di pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, incluse le condizioni di responsività minimale e le gravi patologie neurologiche, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica;
- nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) per la presa in carico di pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.;
- nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico", con prestazioni di carattere residenziale o semiresidenziale;
- Unità di cure residenziali di mantenimento: erogano prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo con prestazioni di carattere residenziale e semiresidenziale.

Le prestazioni residenziali erogate da tali strutture si caratterizzano, di norma, come prestazione di assistenza a lungotermine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" svolte, di norma, in regime ospedaliero. Tali prestazioni richiedono valutazioni periodiche per verificare come si modifica il livello

di bisogno nel tempo, ma anche per valutare se possono essere recuperate le condizioni di assistibilità a domicilio, in particolare per le prestazioni residenziali successive ad un ricovero, per periodi predeterminati e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera.

Le prestazioni erogate da tali strutture risultano fortemente caratterizzate e condizionate dalla organizzazione generale e dalle risorse poste in campo dalla struttura erogatrice e sono connesse:

- alle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali del “nucleo” (o più in generale della struttura residenziale entro cui esso è collocato), caratteristiche che definiscono l'attività svolta;
- alle caratteristiche del paziente, al fine di individuare il “caso trattato” attraverso i dati identificativi del fruitore della prestazione ed alcuni indicatori di bisogno assistenziale che consentano di definire l'appropriatezza del trattamento erogato.

Nell'ambito della disabilità possiamo individuare strutture che si differenziano in base alla tipologia erogativa in:

- strutture/nuclei che erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minimale;
- strutture/nuclei che erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico;
- strutture/nuclei che erogano prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi;
- strutture/nuclei che erogano prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare.

La dotazione di posti letto territoriali comprende inoltre le strutture di residenzialità psichiatrica di cui al P.O. salute mentale e gli hospice.

Un ruolo peculiare a livello territoriale viene svolto dalle circa diciottomila farmacie presenti complessivamente in Italia, tra pubbliche e private, che contribuiranno ad aumentare la numerosità e l'accessibilità complessiva dei possibili punti di riferimento sanitari, anche per il supporto alle attività di monitoraggio di parametri fisiologici o delle terapie in atto, nella direzione di integrare le strutture ospedaliere e territoriali. Di fatto, la riforma delle farmacie introdotta con il d.lgs 153/09 sarà un momento importante di riforma del servizio sanitario, incidendo in profondità nel complesso del suo funzionamento, una volta realizzati i decreti ministeriali applicativi.

In **Spagna**, come si è detto, i Servizi sanitari sono garantiti in gran parte dalla Sicurezza sociale e sono finanziati tramite imposte. Così ogni cittadino, bambino e non cittadino ma registrato in comune, è abilitato a ottenere assistenza dagli Organismi di Sanità pubblica.

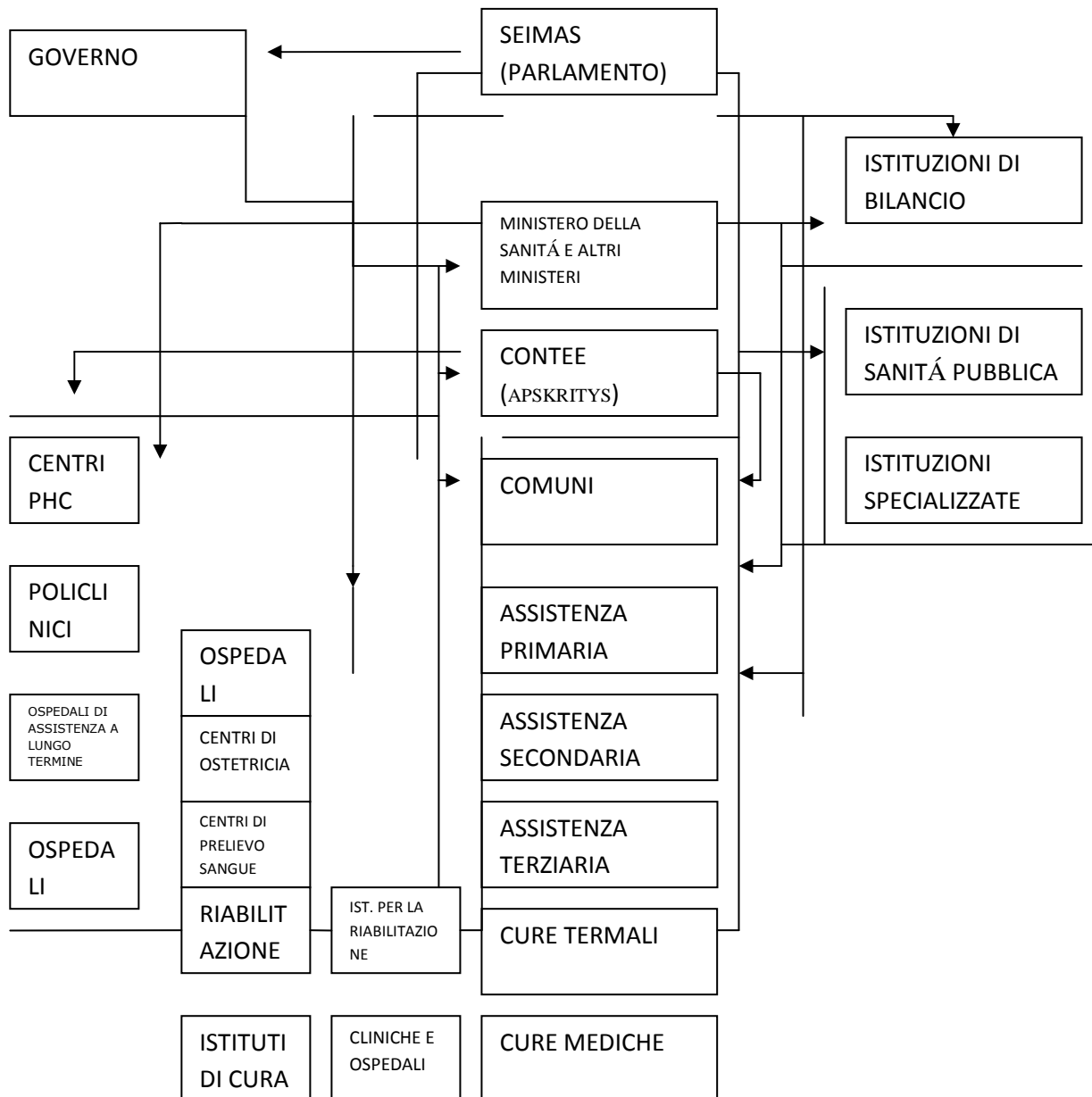
Questi tipi di servizi sono garantiti, a livello nazionale, dai seguenti organi e organismi:

- Assistenza sanitaria primaria a domicilio: è fornita dai medici e dagli infermieri di assistenza primaria e può consistere in un'assistenza urgente o programmata. Questa assistenza può essere fornita come assistenza primaria per situazioni critiche (prima di rivolgersi a un ospedale) o può essere fornita come assistenza primaria.
- Team per l'assistenza a domicilio: in alcune Comunità autonome ci sono team per l'assistenza a domicilio che forniscono assistenza alle persone che non sono in grado di recarsi presso regolari centri sanitari primari (a causa della loro situazione). In tali casi, il team (composto da medici, infermieri e assistenti sociali) si reca a casa del paziente e li fornisce la necessaria assistenza.
- Assistenza sanitaria per malati terminali: è fornita dal sistema di assistenza sanitaria per le persone che si trovano nelle fasi finali di una malattia terminale. Aiuta il paziente e la famiglia a rendere il processo più semplice e fornisce le cure che possono essere fornite fuori da un ambiente istituzionale (l'ospedale).
- Infine, esiste l'opzione che è definita Ricovero a casa: è considerato come un gruppo di azioni e protocolli in campo sanitario che sono svolti in casa del paziente e che hanno un'intensità, una complessità e una durata analoghe a quelle che dovrebbero avere in un ospedale tradizionale. In questi casi c'è uno specifico team di medici, infermieri, assistenti sanitari, fisioterapisti e operatori sociali che sviluppano la propria attività nel settore. Queste unità dipendono da un Ospedale di riferimento e sono dirette dal team di direzione dell'ospedale e si occupano degli interventi a domicilio urgenti e programmati. Questi programmi mirano a ridurre il soggiorno medio in ospedale garantendo, al tempo stesso, la necessaria assistenza e migliorando la qualità della vita e riducendo la quantità di ricoveri inappropriati.
- E nel settore dei Servizi sociali rientrano i Servizi sociali a domicilio. Consistono in attività di assistenza fornita attraverso personale ausiliare a domicilio come fare i lavori di casa e occuparsi della cura personale di base, come l'igiene, degli spostamenti, delle spese quotidiane, della cucina, ecc. Questo è un tipo di assistenza che si basa su Servizi sociali non sanitari ed è integrata dal supporto informale da parte della famiglia del paziente. In Spagna sono i comuni a essere responsabili dell'attuazione di tali servizi e della loro messa a disposizione per tutti coloro che ne hanno bisogno.

La struttura generale del **sistema sanitario nazionale lituano** è presentato nell'organigramma (Fig. 2).

Organigramma del sistema di assistenza sanitaria **lituano**





Il Sistema di assistenza sociale comprende i ministeri, i dipartimenti e le altre strutture governative. Il più importante ministero rumeno è il Ministero del Lavoro, della Solidarietà sociale e della Famiglia, che coordina l'intero sistema di assistenza sociale nazionale, con grandi poteri come:

- sviluppo di politiche di assistenza sociale;
- creazione di strategie di sviluppo di assistenza sociale;

- promozione dei diritti delle persone in stato di bisogno;
- collaborazione con i principali rappresentanti della società civile;
- finanziamento dei programmi nazionali di assistenza sociale;
- sviluppo di programmi di formazione e formazione di operatori sociali,
- servizio sociale pubblico tenuto a livello di contea che mira ad attuare strategie e politiche sociali e adempie principalmente le funzioni di: strategia, coordinamento, gestione, collaborazione e rappresentanza;

Le funzioni del servizio sociale sono:

- sostegno professionale attraverso i piani del Consiglio, terapia;
- rilievo ed efficienza del sostegno sociale;
- agevolazione dell'assorbimento del sostegno sociale;
- difesa degli interessi e dei diritti delle persone in stato di bisogno.

Nel lavoro sociale dobbiamo tener conto di tutte le dimensioni che definiscono l'uomo: quella psicologica, sociale, economica e spirituale, permettendo l'integrazione dei singoli in relazioni sociali complesse.

Il Ministero della sanità e della famiglia autorizza i fornitori di cure sanitarie a domicilio che soddisfano i seguenti criteri:

- coerenza degli obiettivi che devono essere raggiunti dai fornitori di assistenza domiciliare, dei bisogni della comunità e delle priorità;
- esistenza nello status giuridico dei fornitori, esplicita menzione di assistenza sanitaria a domicilio come attività;
- esistenza di un team in grado di sostenere le attività incluse nel pacchetto, fatta di persone che hanno un diploma e la licenza di libera pratica ottenuta per legge;
- esistenza di una descrizione del lavoro per ogni persona impiegata, indicando il livello di formazione, le competenze e i compiti;
- esistenza di un ufficio autorizzato dalla Sanità pubblica territoriale;
- spazio sufficiente per la memorizzazione e l'accesso alla documentazione medica (database, documentazione medica, archivio);
- strutture per consentire il raggiungimento degli obiettivi - il buon funzionamento dei mobili da spedizione, delle apparecchiature per la comunicazione, dei kit medici, dei farmaci e di altro.

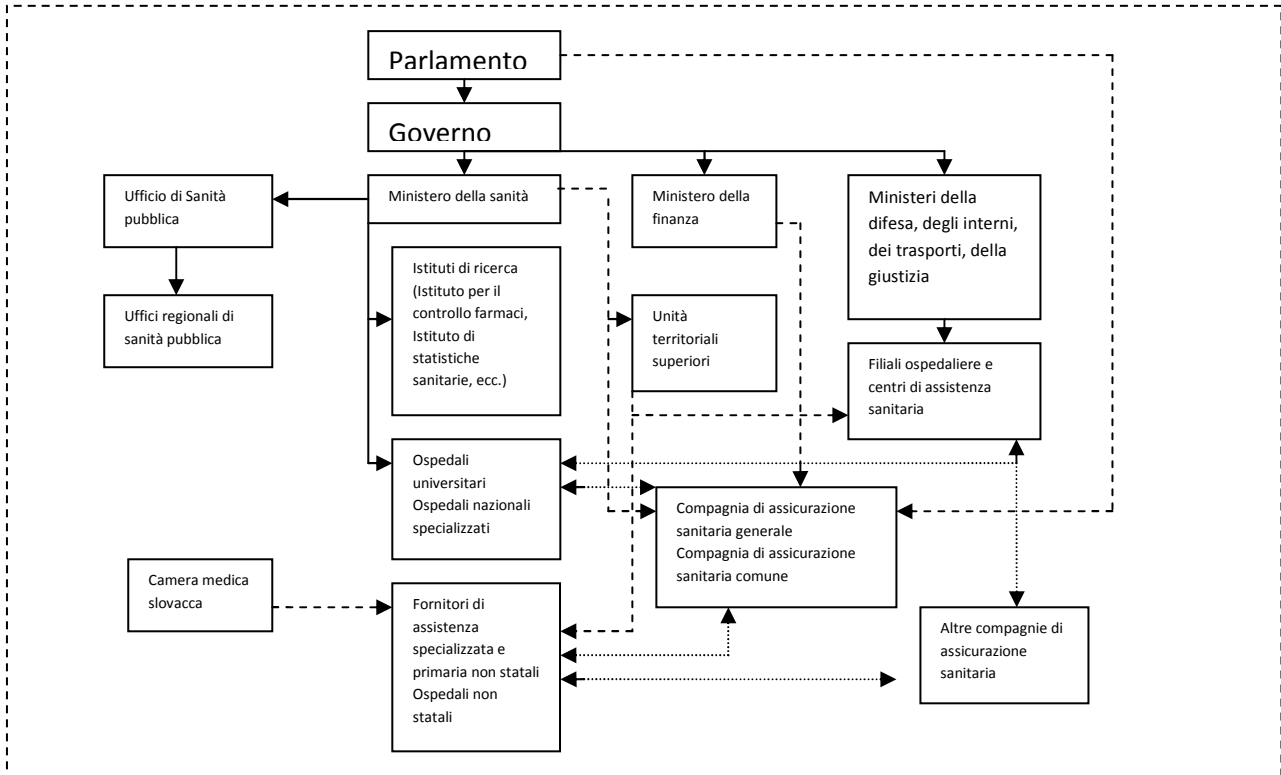


L'Ente di assicurazione sanitaria nazionale emette norme per l'accreditamento delle unità dei servizi di assistenza sanitaria medica a domicilio. Tali norme sono applicate con il supporto delle Direzioni dell'Ente di assicurazione sanitaria nazionale, delle Società di assicurazione sanitaria, della Sottocommissione nazionale di accreditamento dei fornitori di assistenza sanitaria, dei fornitori di assistenza sanitaria a domicilio.

La struttura organizzativa del sistema di assistenza sanitaria della **Repubblica slovacca** è cambiata radicalmente dopo l'epoca comunista. Nel corso degli anni '90 il sistema di assistenza sanitaria integrato è stato gradualmente sostituito da un sistema di assicurazione sanitaria sociale con fondi multipli. È stata abolita la funzione integrata acquirente-fornitore delle pubbliche amministrazioni con una struttura organizzativa gerarchica a tre livelli a livello locale, distrettuale e regionale. La maggior parte dei fornitori di assistenza sanitaria primaria e molti specialisti in assistenza secondaria sono passati al settore privato. L'assistenza sanitaria è diventata così frammentata, basata su operatori sanitari separati che operano prevalentemente da soli. Inoltre, i legami tra i fornitori di assistenza sanitaria primaria e quelli di assistenza sanitaria secondaria si sono indeboliti. Fino al 2001, tutti e tre gli ospedali hanno continuato ad essere di proprietà e gestiti dal Ministero della sanità e i loro dipendenti sono rimasti dipendenti pubblici. Ci sono stati alcuni forti imperativi amministrativi per gestire tali strutture in modo efficace ed efficiente. In effetti, gli ospedali non sono stati chiusi o liquidati per debiti e nessun amministratore è stato licenziato per cattiva gestione finanziaria, né vi sono state significative riduzioni di personale. In altre parole, il settore sanitario della Slovacchia era ancora caratterizzato da molte delle stesse forze esistenti prima del 1990 e la delega di alcune responsabilità del servizio sanitario alle regioni autonome neo costituite nel 2001 non era una panacea.

Pertanto, sebbene la Slovacchia fosse riuscita a effettuare una transizione relativamente indolore dalla pianificazione centrale socialista a un sistema di assistenza sanitaria basata su un'assicurazione sanitaria pluralista, la cruda realtà era che persistevano una serie di difficoltà finanziarie ed organizzative. Dopo le elezioni del 2002 questo ha portato il governo a dichiarare il proprio obiettivo di aumentare la capacità di risposta del sistema di assistenza sanitaria ai bisogni della popolazione, viste le risorse disponibili. Il Governo intende aumentare l'efficienza dell'uso dei finanziamenti assegnati all'assistenza sanitaria, soprattutto nell'ambito dell'assicurazione sanitaria obbligatoria e, in via prioritaria, assicurare la protezione degli individui in particolare nella fornitura di servizi sanitari costosi che realisticamente non possono essere sostenuti da un individuo. L'attuale organizzazione del sistema di assistenza sanitaria si basa su una miscela di strutture centralizzate e decentrate.

*Tabella 4: Struttura dell'assistenza sanitaria*



Nota: Controllo diretto, deconcentrazione —————→  
 Delega, supervisione - - - - -→  
 Contrattazione .....→

La maggior parte dei servizi medici in Slovacchia sono gratuiti per coloro che ne possono beneficiare, ma alcuni servizi sono solamente sovvenzionati e i cittadini devono pagare una parte dei costi. Esistono copagamenti per alcuni farmaci da prescrizione, alcune cure dentarie e dispositivi medici. Le cure che non sono essenziali come la chirurgia cosmetica, trattamenti all'estero e agopuntura sono esclusi dalla copertura.

I farmaci da prescrizione per coloro che soffrono di malattie croniche o coloro che appartengono a gruppi vulnerabili sotto il punto di vista medico come le donne in gravidanza, i veterani di guerra, i diabetici, i malati di tubercolosi sono esenti da tasse. I farmaci sono divisi in tre gruppi: la prima categoria è costituita da farmaci essenziali, che sono rimborsati integralmente dalle compagnie di assicurazione. La seconda categoria è parzialmente sovvenzionata e il terzo gruppo non riceve alcuna sovvenzione. Gli appuntamenti con il medico e l'impegnativa per un consulente sono gratuiti.

Poche persone usufruiscono di un'assicurazione sanitaria supplementare, che è offerta da cinque compagnie di assicurazione. Coloro che ne fanno uso non hanno copertura oppure la utilizzano per integrare i servizi sanitari statali in zone non coperte da un pacchetto di assistenza di base. La copertura volontaria rimborsa il trattamento all'estero.

*Medici e Centri sanitari.* I medici rientrano in uno dei seguenti tre gruppi in Slovacchia: medici generici per gli adulti, medici generici per le persone sotto i diciotto anni, ginecologi e ostetrici. I medici generici si occupano di esami di base, diagnosi, e cure preventive, prescrizioni, impegnative, visite a domicilio e servizi di emergenza sanitaria.

I medici generici tendono a svolgere la propria professione individualmente, prevalentemente da privati. Tuttavia, i medici privati affittano camere e attrezzature facenti parte delle strutture statali e stipulano contratti con le società di assicurazione sanitaria. La maggior parte dei medici impiegano almeno un infermiere nel loro esercizio. I cittadini possono registrarsi con un medico a loro piacimento e hanno il diritto di cambiare il loro medico di base ogni sei mesi. La maggior parte delle persone scelgono il proprio medico generico per la loro vicinanza al suo luogo di lavoro. Le persone che cercano assistenza medica statale devono assicurarsi che il loro medico aderisca al regime statale attraverso una delle compagnie di assicurazione. I medici in Slovacchia incassano ancora pagamenti sottobanco, che non sono quindi autorizzati dalla legge. I medici sono tenuti a informare i loro pazienti circa la possibilità di ricevere i farmaci gratis.

Molti medici affittano stanze facenti parte di poliambulatori e centri sanitari. Queste strutture sono responsabili dell'assistenza sanitaria ambulatoriale. I servizi medici forniti comprendono medicina generale, assistenza maternità, assistenza sanitaria del bambino e cure odontoiatriche. Forniscono inoltre assistenza medica di emergenza così come servizi di laboratorio, radiologia, diagnostica e di altro tipo.

Centri sanitari con personale di medici e infermieri qualificati. Alcuni poliambulatori sono privati.

I tempi di attesa per essere visitati dai medici variano e si raccomanda di prendere un appuntamento in anticipo. Se è necessaria assistenza urgente, è possibile recarsi all'ambulatorio del medico, ma bisogna prepararsi a una lunga attesa.

*Specialisti.* Molti pazienti non considerano i loro medici generici come primo punto di contatto e si rivolgono a medici specialisti. Gli specialisti sono medici di grado più elevato che hanno completato una formazione specializzata di livello superiore. I medici generici mandano i loro pazienti da uno specialista se ritengono che un paziente possa necessitare aiuto e diagnosi di tipo specialistico. Vi sono numerosi settori specialistici nel campo della medicina in Slovacchia come ginecologia, oncologia, pediatria e dermatologia. Molti specialisti svolgono la loro professione al di fuori delle strutture statali.

*Ospedali.* Ci sono 44 ospedali in Slovacchia che sono gestiti dalle regioni. Gli ospedali sono stati sotto finanziati negli ultimi anni e hanno bisogno di nuove attrezzature e tecnologie. A volte gli ospedali non sono stati in grado di acquistare alcuni farmaci o dispositivi medici, anche se la situazione sta migliorando. Esistono ospedali e cliniche in tutte le grandi città. Il medico ricovera i pazienti in ospedale tramite il servizio d'emergenza oppure tramite impegnativa. Quando un paziente viene ricoverato, la cura è controllata da uno dei medici dell'ospedale. Non esiste una lista di attesa per alcune cure o alcuni servizi che non sono urgenti.

*Cura d'urgenza.* La cura d'urgenza è disponibile gratuitamente per tutti, compresi i soggetti senza assicurazione sanitaria statale. Tuttavia, una volta che la condizione del singolo verrà stabilizzata richiederanno una verifica del suo stato assicurativo. La cura d'urgenza è garantita presso il pronto soccorso di tutti gli ospedali. I servizi di emergenza sono aperti non-stop tutto l'anno. Si possono utilizzare i loro servizi

se si ha bisogno di assistenza immediata oppure se il medico generico consiglia di rivolgersi a tali servizi oppure se non vi è alcun servizio di medicina generale disponibile.

*Cliniche private.* La maggior parte dei medici e degli specialisti sono medici privati in Slovacchia. Operano al di fuori dei locali presi in affitto all'interno di strutture pubbliche finanziate dai medici stessi con contributi aggiuntivi volontari. La sanità privata è utilizzata solo da una limitata percentuale di persone, spesso come il top dell'assistenza sanitaria statale di base e per ricevere la copertura per servizi ritenuti non essenziali.

*Dentisti.* La cura dei denti in Slovacchia è essenzialmente di tipo privato e ai dentisti viene pagato un corrispettivo per il servizio di base. Alcune cure dentali sono accessibili tramite il sistema di assistenza sanitaria statale, che tuttavia copre solo visite di routine e check-up. I cittadini devono pagare per le cure dentali più complesse come ponti e corone.

*Farmacie.* I farmacisti titolari di farmacie vendono medicinali e solo i medici e gli specialisti possono prescrivere un farmaco in Slovacchia. I farmaci da prescrizione sono disponibili solo tramite farmacista qualificato e registrato o tramite farmacia ospedaliera. I farmaci che non richiedono ricetta medica hanno prezzi più elevati dei farmaci da prescrizione. Con questo sistema, si può pagare di meno un pacchetto di aspirine se si è in possesso della prescrizione del medico. I costi dei farmaci da prescrizione sono rimborsati tramite il sistema sanitario nazionale.

Vi sono due tipi di grandi ospedali: ospedali di facoltà e ospedali regolari. Attualmente 8 dei grandi ospedali sono classificabili come ospedali di facoltà, gli altri 14 ospedali sono proprietà dello stato e alcuni di loro funzionano come società di borsa con quota maggioritaria dello stato (come ad es. l'ospedale Poprad). Lo sforzo di riorganizzare lo stato giuridico degli ospedali di proprietà dello stato negli ultimi anni si è scontrato con una forte resistenza da parte dei medici e, come reazione, con forti opposizioni e scioperi. La trasformazione degli ospedali in società di borsa è stata interrotta, anche se era stato predisposto tutto per i materiali e la gestione di tale trasformazione e le perdite causate dalle spese effettuate per questo processo fallimentare ammontano a 30 milioni di euro.

Durante la Riforma del sistema di assistenza sanitaria in Slovacchia sono state istituite 5 società di assicurazione sanitaria con la finalità di gestire i pazienti e di far fronte alla concorrenza. Il loro status giuridico consente loro di generare profitto, cosa che nel sistema sanitario sottocapitalizzato risulta essere piuttosto strano. La Compagnia di assicurazione sanitaria generale copre la maggior parte della popolazione. La Compagnia di assicurazione sanitaria comune è la seconda più grande ed entrambe sono garantite dallo stato. I cittadini possono cambiare compagnia di assicurazione in qualsiasi momento, ma c'è poca concorrenza tra le compagnie di assicurazione, sebbene in epoca più recente le compagnie di assicurazione abbiano tentato di attrarre le persone verso i loro fondi. Sembra che non ci siano benefici identificabili per il pubblico nell'aver una tale scelta tra diverse società. Il denaro raccolto da ciascun assicuratore è pagato alla Compagnia di assicurazione sanitaria generale a conduzione statale per la razionalizzazione.

L'assicurazione sanitaria è obbligatoria per tutti i percettori di reddito. Il governo paga i contributi per i cittadini che sono esentati dal contribuire come disoccupati, anziani pensionati, persone che ricevono una prestazione a lungo termine di malattia, donne in maternità, persone in cerca di lavoro, persone che percepiscono prestazioni di invalidità e riservisti. I datori di lavoro devono registrare i loro dipendenti con uno dei fondi di assicurazione sanitaria ogni volta che un nuovo dipendente inizia a lavorare. I lavoratori versano

il 4 per cento del loro reddito di base nel fondo, mentre i datori di lavoro versano il 10 per cento. I lavoratori disabili devono contribuire solo per un 2,6% del reddito valutato perché lo stato versa la quantità restante. I lavoratori autonomi devono versare il contributo del 14% per intero, che è calcolato come il 50% del reddito sul quale hanno pagato le tasse l'anno precedente. Il salario minimo per i contributi sanitari è di circa 91 euro e c'è un limite oltre il quale non è necessario che venga più versato un contributo nei fondi di assicurazione, il che trasforma il sistema in un meccanismo sbilanciato verso i percettori di redditi elevati.

L'elenco delle società di assicurazione sanitaria:

- Compagnia di assicurazione sanitaria generale
- Compagnia di assicurazione sanitaria Dôvera
- Compagnia di assicurazione sanitaria Apollo
- Compagnia di assicurazione sanitaria Union
- Compagnia di assicurazione sanitaria comune

Come detto in precedenza, nel sistema sanitario polacco un ruolo chiave è svolto dal Fondo sanitario nazionale, che è il contribuente e l'intermediario tra i pazienti e le istituzioni sanitarie. A livello nazionale, alle istituzioni di gestione e di controllo del sistema di assistenza sanitaria si possono aggiungere:

- Ispettorato sanitario dello Stato
- Ispettorato farmaceutico dello Stato
- Mediatore del Servizio Sanitario.

Sono enti che gestiscono il sistema di assistenza sanitaria a livello regionale, per cui gli enti di governo locale sono comuni, distretti e province. Svolgono un compito molto importante e responsabile, perché il governo locale è un'unità che sta istituendo il centro di assistenza sanitaria pubblica (centro SPZOZ). Pertanto, in qualità di fondatore, il governo locale ha il diritto con delibera di creare, trasformare ed eliminare il centro SPZOZ. Il governo locale ha anche la responsabilità di decidere in merito allo status dell'unità e di individuare, attraverso la concorrenza, il manager di SPZOZ.

Inoltre, il governo locale ha il controllo sulle istituzioni subordinate. A causa di tali ampi poteri, in pratica i governi locali stanno plasmando il sistema sanitario in Polonia. Attuano le politiche nazionali del Ministero della sanità, ma va notato che queste ultime godono di una notevole autonomia. Nella tabella 3 sono elencati altri compiti dei governi locali nell'ambito del sistema di assistenza sanitaria.

Tabella 3. Compiti dei governi locali nel sistema di assistenza sanitaria.

|                                    |       |  |
|------------------------------------|-------|--|
| auto-governo<br>della<br>provincia | della | <ul style="list-style-type: none"> <li>• stabilire e mantenere un centro provinciale per la salute sul lavoro</li> <li>• stabilire e mantenere strutture di assistenza alla salute mentale</li> <li>• svolgere compiti di prevenzione e soluzione dei problemi di alcolismo</li> <li>• svolgere compiti nel campo della promozione della salute e della prevenzione</li> </ul> |
|------------------------------------|-------|--|

|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
|                                 |  | delle malattie  |
| auto-governo<br>della<br>contea |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• formare un piano di sicurezza della contea per attività mediche di emergenza</li> <li>• assicurare alle donne incinte assistenza legale, sociale e sanitaria</li> <li>• emettere un'impegnativa per altre istituzioni, come strutture di assistenza infermieristica</li> <li>• determinare le ore di lavoro per le farmacie</li> <li>• finanziare la partecipazione dei disabili e dei loro accompagnatori in campi di riabilitazione e la fornitura di attrezzature di riabilitazione</li> <li>• svolgere i compiti di ispezione sanitaria</li> <li>• eseguire i compiti dell'ispezione sanitaria</li> <li>• svolgere compiti nel campo della promozione della salute e della prevenzione della malattia</li> </ul> |
| auto-governo<br>del<br>comune   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• svolgere compiti di prevenzione e soluzione dei problemi di alcolismo</li> <li>• fornire servizi di assistenza per persone con disturbi mentali</li> </ul>   |

#### **4. Le politiche nazionali attuate per promuovere e migliorare il servizio sanitario a domicilio.**

Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure: tra i diversi professionisti intra ed extrapedalieri, in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi etc.); tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio, il post dimissione, che il paziente a volte si vede costretto ancora ad affrontare da solo, al di fuori di un percorso conosciuto e condiviso; del trattamento terapeutico quando necessario.

Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, anche tenuto conto di quanto reso disponibile attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali.

Una modalità organizzativa atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali è il Punto Unico di accesso ( PUA), che opera attraverso la raccolta di segnalazione, orientamento e gestione della domanda, attivazione di prestazioni per bisogni semplici, oltreché avvio della valutazione multidimensionale per i bisogni complessi, migliorando la collaborazione e il coordinamento tra le diverse componenti, pubbliche e non, sanitarie e sociali, impegnate nel percorso di cura, al fine di garantirne l'unitarietà.

I pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure sono: pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale. Essi necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio; pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti. Il percorso di cura richiede una forte integrazione tra team multidisciplinari di cure (medico, infermiere ed assistente sociale), con luogo di cura il domicilio del paziente o una struttura protetta; pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come obiettivo il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e al self empowerment (diabete, asma).

Per gli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio la continuità delle cure deve essere garantita, già durante il ricovero, da un'attività di valutazione multidimensionale che prenda in esame sia le condizioni cliniche sia quelle socio assistenziali del paziente ai fini di definire, in accordo con il MMG e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo in compatibilità con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente.

Anche nella gestione integrata delle cronicità il MMG è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente stesso. La gestione della cronicità può prevedere un'organizzazione territoriale che comprenda la possibilità di disporre di posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da MMG e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie, e al contempo percorsi dedicati per il ricovero ospedaliero.

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'ICT in particolare per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori istituzionali e non

istituzionali deputati alla presa in carico delle cronicità (ASL, Ospedali, distretti, cure primarie, residenze sanitarie, comuni, ma anche famiglie, associazioni, istituzioni profit e non profit, in altre parole il ricchissimo capitale sociale che caratterizza moltissime realtà locali italiane).

Obiettivo nel triennio è implementare la rete assistenziale definendone i nodi e le interrelazioni funzionali in un sistema gestionale e relazionale tra professionisti, che pur basandosi sul lavoro in team, sappia identificare con chiarezza, responsabilità e procedure per la definizione e l'effettuazione del percorso assistenziale e il passaggio, se necessario, tra differenti strutture ed ambiti di cura. Questo complesso sistema di integrazione/continuità deve caratterizzarsi per la flessibilità consentita dal mix di servizi eterogenei tra di loro in rapporto al livello di integrazione tra componenti sanitarie e sociali delle competenze professionali coinvolte, per la facilità di accesso, per l'appropriatezza delle prestazioni erogate e per il gradimento dei pazienti. Il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG e altre professionalità convenzionate). Il Distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti Locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali.

Una delle realtà più impegnative per il sistema sanitario **spagnolo** è il fatto che la nostra popolazione sta invecchiando e che aumentano il numero di casi in cui è necessaria l'assistenza, sia presso l'ufficio del medico che a domicilio. Questo è il motivo più importante per migliorare l'assistenza sanitaria rivolta alle persone con più di 65 anni.

Questo argomento è strettamente collegato all'assistenza sanitaria a domicilio in quanto queste persone sono più inclini a soffrire di patologie multiple e quindi ad aver bisogno di un aiuto che possa essere fornito a domicilio per diverse ragioni. Tra queste si ritiene che sia molto meglio non istituzionalizzare le persone quando non è necessario prendendo in considerazione due questioni: è vantaggioso per il contesto sociale in cui vivono (in quanto rende la vita più facile sotto molti aspetti per le famiglie) e quindi per la loro salute; evita, in molti casi, la necessità di essere ricoverati in ospedale (permettendo così di utilizzare le risorse ospedaliere per altri casi). Pertanto, la crescente pressione sul sistema connesso con l'invecchiamento della popolazione rendono necessario un cambiamento nei servizi sanitari a domicilio al fine di far fronte a queste realtà.

Effettivamente c'è una tendenza politica che si afferma nel "Quadro di riferimento per il miglioramento dell'Assistenza primaria in Spagna 2007-2012" come parte di una visione strategica, sviluppato dal Dipartimento di Stato per la Sanità pubblica come quadro di linee guida per l'intero paese. Più in particolare la linea strategica numero 26 è descritta come segue: Promuovere le attività di assistenza a domicilio e il coinvolgimento dei professionisti sanitari nell'assistenza delle persone con problemi di dipendenza. Il suo scopo: Migliorare l'assistenza sanitaria a domicilio.

In conformità con questo quadro, a questo scopo, le linee guida sviluppate sono le seguenti:

- promuovere piani di assistenza sanitaria a domicilio, nell'ambito dell'assistenza primaria, in cui gli obiettivi di assistenza sanitaria sono rivolti alle persone dipendenti e ai loro accompagnatori



- promuovere e migliorare il coordinamento di tali piani con altre misure sanitarie (come il ricovero a domicilio) e con i servizi sociali
- inserire nell'assistenza sanitaria a domicilio le cure necessarie per i pazienti dipendenti, per le persone con gravi disturbi mentali e malati terminali
- incrementare le attività di promozione della salute, di prevenzione di situazioni di dipendenza e qualsiasi altra cosa focalizzata sul mantenimento o recupero di capacità e autonomia nelle attività della vita quotidiana, a partire dall'Assistenza primaria
- includere, nei programmi di assistenza sanitaria a domicilio, le necessarie attività di assistenza psicosociale per le persone che si occupano di persone dipendenti
- inserire, nei programmi di assistenza sanitaria a domicilio, le attività necessarie per le persone che hanno bisogno della nutrizione enterale, l'applicazione della terapia del respiro e altre tecniche del fisioterapista.

Il Congresso dell'Associazione medica **lituano** ha presentato la proposta al Parlamento per l'approvazione ed è stata presa la decisione di chiedere assistenza internazionale alla Finlandia. Questo è stato molto utile, poiché la Finlandia, assistita da un Ufficio regionale e un team di esperti internazionali, stava compiendo un processo di revisione della propria politica nazionale e di un programma sanitario per tutti. I politici lituani e la nuova amministrazione sanitaria hanno appreso numerose lezioni. Tra le più importanti figuravano la necessità di un chiaro impegno politico per la salute, un equilibrio tra le responsabilità a livello nazionale, regionale e locale in campo sanitario; equità nelle questioni sanitarie; e coinvolgimento della gente nel processo decisionale, definendo delle priorità sanitarie a domicilio, prendendo misure e mobilitando risorse. Per la prima volta dopo il recupero dell'indipendenza, il vero processo di ottimizzazione della rete delle istituzioni sanitarie e della struttura dei servizi è iniziato quando la necessaria base giuridica era stata preparata e il background creato. Si è previsto di informare regolarmente la società sul percorso di attuazione di questo processo. L'aumento degli stipendi del personale sanitario è considerato come una delle priorità politiche della Riforma fondamentale del Ministero della sanità nella formazione degli specialisti, con un impatto significativo sui risultati della Riforma. Istruzione, formazione e sviluppo professionali del personale sanitario dovevano assicurare che l'efficienza del loro lavoro fosse costantemente in aumento.

La Lituania ha elaborato diversi progetti di sostegno strutturale dell'UE di importanza nazionale. Lo sviluppo di centri polifunzionali universali hanno contribuito all'adeguamento delle istituzioni educative alle esigenze delle persone disabili. Nel campo della politica sanitaria, le istituzioni pertinenti hanno iniziato a fornire servizi di assistenza infermieristica a domicilio, come anche servizi di cure palliative finanziati dal bilancio del Fondo di assicurazione sanitaria obbligatoria. Le attività comprendono anche: lo sviluppo di servizi di assistenza palliativa e infermieristica, la valorizzazione delle cure sanitarie primarie e l'attuazione di programmi di prevenzione. Al momento di organizzare i servizi sociali in Lituania viene attribuita la priorità all'assistenza sociale giornaliera negli appositi centri o all'assistenza sociale a breve termine fornendo sistemazioni temporanee alle persone disabili a cura dell'ente. La Lituania ha anche attuato progetti speciali volti a fornire sostegno alle famiglie che si occupano delle persone con malattie croniche e dei loro familiari. Ai disabili è assicurato un ambiente di vita più sicuro.

In **Romania**, il 2001 ha segnato l'ultimo passo nella creazione di un coerente quadro legislativo e istituzionale quando è stata adottata la Legge n. 705/2001 riguardante il sistema di assistenza sociale

nazionale, una riforma della regolamentazione che apre la strada allo sviluppo del sistema di assistenza sociale nazionale. Nel 2006, la nuova Legge Quadro n. 47/2006 sul sistema di assistenza sociale nazionale promuove diverse azioni per rafforzare la coesione sociale incentivando la solidarietà all'interno delle comunità, verso le persone più vulnerabili.

Le istituzioni designate promuovono i diritti della famiglia, dei bambini, degli anziani, dei disabili e di altre persone che hanno bisogno di aiuto finanziario e tecnico, perché i programmi sociali sono rivolti proprio a queste categorie.

Il sistema di assistenza sociale nazionale in Romania ha bisogno di focalizzarsi sui propri obiettivi per garantirne un coerente ed efficace funzionamento, come ad esempio: prevenzione e lotta contro la discriminazione e l'emarginazione sociale di alcune categorie di popolazioni o l'intensificazione e lo sviluppo della cooperazione sociale come strumento di controllo e misure di efficienza per sostenere la popolazione e le famiglie in condizioni di bisogno.

La materializzazione di tali obiettivi è fornita da due tipi di assistenza sociale: l'assistenza sociale prevista e l'assistenza sociale corrente.

L'assistenza sociale prevista, che rappresenta il compito del Ministero del Lavoro e della Solidarietà sociale, mira a compiere le seguenti attività principali: fornire il quadro giuridico, istituzionale e amministrativo per l'elaborazione delle politiche relative a questo campo, creare meccanismi per interventi di sostegno per le persone svantaggiate - famiglie bisognose, bambini, anziani, disabili e malati cronici, ecc.

L'assistenza sociale corrente di cui si occupano reparti specializzati nell'ambito della Direzione del Lavoro e della Solidarietà sociale, in collaborazione con i comuni mira a: identificare le famiglie, alcuni dei loro membri e le singole persone che corrono un rischio sociale, fornendo aiuto in denaro o in natura a seconda della normativa in vigore, su richiesta, alle persone che ne hanno diritto e fornendo assistenza nelle case dei malati cronici, dei disabili e degli anziani che non ricevono altro aiuto.

Nonostante l'intenzione di trasformare il Ministero della sanità della Slovacchia in un ente che si concentri principalmente sulle funzioni del suo regolamento, il suo status è cambiato piuttosto lentamente nel corso dell'ultimo decennio. In qualità di principale organo esecutivo statale responsabile dell'assistenza sanitaria e della tutela della salute, il Ministero della sanità propone le linee guida principali e le priorità della politica sanitaria statale ed elabora e presenta le opportune proposte di legge al Governo. Sulla base della Legge sull'assistenza sanitaria, il Ministero della sanità è responsabile del regolamento relativo ai fornitori di assistenza sanitaria col fine di garantire che ogni individuo abbia accesso equo alle cure sanitarie. Sono state rilasciate licenze per tutti i fornitori di assistenza sanitaria non statali fino a quando il compito non è stato delegato ai medici di stato regionali nel 1996. Dal gennaio 2002 (in base alla Legge n. 416/2001 sul Trasferimento di competenze dall'amministrazione statale a regioni e comuni autonomi) una parte importante delle competenze del Ministero della sanità per il rilascio delle licenze agli operatori sanitari sono state decentrate e trasferite alle amministrazioni territoriali locali - regioni autonome (unità territoriali superiori).

Nel 2003 la gestione di 44 ospedali è stata trasferita alle regioni. Di questi, 16 ospedali con poliambulatori di tipo I sono stati trasferiti ai comuni e 28 ospedali con poliambulatori di tipo II sono stati trasferiti alle unità territoriali superiori. Dopo l'adozione della Legge sulla "Trasformazione" n. 13/2002, altri 14 ospedali sono diventati organizzazioni non-profit. Fino al 2004, il Ministero della sanità ha assunto anche la responsabilità

degli investimenti di capitale per le strutture di assistenza sanitaria statale. Quest'attività è stata praticamente bloccata e i fornitori di assistenza sanitaria sono destinati a coprire i loro investimenti a partire da fonti proprie.

Il Ministero della sanità ha anche la sua parte di responsabilità per la formazione post-laurea, l'istruzione continuativa e secondaria del personale sanitario, nonché per il riconoscimento dei diplomi e dei certificati per le qualifiche professionali conseguite all'estero. Tuttavia, mentre il precedente HiT sulla Slovacchia ha rilevato che il Ministero della sanità è proprietario e gestisce le scuole secondarie nel campo dell'assistenza infermieristica, queste scuole sono ora sotto la gestione delle regioni autonome. Il 1 settembre 2002 l'ex Accademia slovacca post-laurea di Medicina si è trasformata in Università slovacca per l'Assistenza sanitaria (Slovenska zdravotnicka univerzita).

Attraverso l'Ufficio statale di sanità pubblica della Repubblica Slovacca, il Ministero della sanità assicura sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili; sicurezza alimentare; condizioni di vita e di lavoro sano e sicuro; e altre funzioni nel campo della sanità pubblica disciplinate dalla Legge sulla protezione della salute. 36 Uffici regionali di sanità pubblica a seguito di un processo di decentramento nel 2004 effettuano ora la maggior parte delle attività di controllo e sorveglianza.

I servizi di assistenza sociale comprendono l'assistenza ospedaliera a lungo termine, centri di assistenza giornaliera, servizi sociali per gli anziani, i pazienti con malattie croniche o altri gruppi con esigenze speciali, come quelli con difficoltà di apprendimento, malattie mentali o disabilità fisiche. La legislazione in Slovacchia definisce tutto ciò rispettivamente come assistenza prolungata, speciale e collettiva. Le società di assicurazione sanitaria finanziano l'assistenza prolungata e speciale mentre l'assistenza collettiva è finanziata dal bilancio dello stato o attraverso pagamenti diretti. L'assistenza prolungata segue la terapia intensiva e comprende assistenza infermieristica, riabilitazione, aiuto psicologico e cure termali.

Nel 1994 vi erano 6 istituti con 665 posti letto per i malati a lungo termine, soprattutto per gli anziani. Dal 1997 sono aumentati a 14 istituti con 1.122 posti letto. Nel 2002 vi erano solo 10 istituti di assistenza a lungo termine con 685 letti ma 49 reparti di assistenza a lungo termine con 1.958 posti letto. Nonostante siano stati forniti altri 1.978 posti letto per l'assistenza a lungo termine dal 1994, non ce ne sono ancora abbastanza e i pazienti a volte devono aspettare mesi per essere ricoverati. Inoltre, la domanda è maggiore, in quanto gli istituti di assistenza sociale fanno pagare delle tasse per cui le famiglie si rivolgono agli istituti per i malati a lungo termine per assicurare un'assistenza più accessibile (sono richiesti solo pagamenti marginali) per i loro parenti anziani e disabili.

Nel 1997 vi erano 6 istituti di riabilitazione con 511 posti letto ma sono stati ridotti a 3 con solo 294 posti letto nel 2002. Il numero di istituti per la convalescenza (recupero) è sceso da 13 con 820 posti letto nel 1994 a 12 con 702 posti letto nel 1997 e dalle 49 case di cura per il giorno e la notte con 1.462 posti letto nel 1994 si è passati a 38 case di cura con 1.095 posti letto nel 1997. Nel 2002 c'erano 41 stabilimenti, compresi 10 case di cura per la riabilitazione con 1.137 posti letto, nonché 6 case di cura per bambini con 403 posti letto. Molte di queste sono state privatizzate. Il numero di terme curative è aumentato da 46 a quasi 11.000 posti letto nel 1994 a 55 con 12.326 posti letto nel 1997, ma si è ridotto a 30 servizi termali con 12.666 posti letto nel 2002. Tutti i servizi termali sono stati privatizzati. Attualmente, la Slovacchia finanzia i servizi termali attraverso il regime di assicurazione sanitaria con co-pagamento da parte del paziente.



L'assistenza sanitaria speciale comprende l'assistenza psichiatrica e la cura delle persone con dipendenza da alcol o tossicodipendenza. Nel 1994 vi erano 11 istituti psichiatrici con 3.215 posti letto, rispetto alle 12 strutture psichiatriche con 3.310 posti letto nel 1997. Nel 2002 vi erano 6 ospedali psichiatrici con 2.300 posti letto e 5 istituti psichiatrici con 900 posti letto tra cui un istituto psichiatrico per bambini con 90 letti. Il numero di reparti di psichiatria all'interno degli ospedali è 29 e comprendono 1.384 posti letto. L'assistenza a alcolizzati e tossicodipendenti era garantita in 5 dipartimenti di assistenza ospedaliera specializzata negli ospedali psichiatrici con 420 posti letto e 9 centri per il trattamento delle dipendenze da alcol e droghe con 146 posti letto nel 2002. Il progetto Scambio di siringhe e aghi, il Programma di vaccinazione contro l'epatite B per i tossicodipendenti e il progetto Terapia sostitutiva con metadone sono stati introdotti nel quadro del Programma nazionale di lotta contro la droga.

Sebbene l'infrastruttura di assistenza agli anziani sia passata da 195 posti letto nel 1998 a 263 posti letto in tre istituti geriatrici e altri 856 posti letto in 21 dipartimenti geriatrici all'interno degli ospedali nel 2002, non è ancora sufficiente. L'assistenza collettiva è migliorata con l'introduzione di organismi di assistenza a domicilio che sono aumentati da 2 nel 1997 a 173 entro la fine del 2003 e a più di 200 nel 2009. L'assistenza collettiva e a domicilio per anziani e disabili è sostenuta dalla legislazione che fornisce prestazioni sociali alle persone che si occupano di persone con disabilità. Queste forme di assistenza collettiva sono in aumento. Nel 1994 il Ministero della sanità gestiva 8 istituti per neonati, 12 case per bambini e 20 case per neonati. Anche se trasferiti sotto la responsabilità del Ministero del Lavoro, degli Affari Sociali e della Famiglia, la maggior parte di queste case sono passate sotto la competenza delle autorità amministrative dello stato regionale. Molti istituti per l'assistenza collettiva sono passati sotto la competenza dei comuni e sono di proprietà mista.

Nel quadro del sistema sociale ci sono case per adulti con disabilità fisica; adulti con disabilità fisiche e difficoltà di apprendimento; persone con disabilità sensoriale; e adulti con difficoltà di apprendimento. Nel 2002 ce n'erano 98 con 8.330 posti letto. Ci sono anche case per giovani con disabilità fisica; giovani con difficoltà fisiche e di apprendimento; giovani con difficoltà di apprendimento; e giovani persone con disabilità sensoriale. Nei 65 istituti era disponibile la quantità totale di 3.755 posti letto nel 2002. Ci sono anche 252 enti di assistenza sociale con 16.202 posti. In sintesi, la capacità di assistenza sociale basata sugli istituti è aumentata tra il 1999 e il 2002. Circa 1.500 posti letto per le urgenze sono stati trasformati in assistenza sociale e altri 1.000 posti letto ospedalieri sono stati trasformati in assistenza ospedaliera a lungo termine.

Le agenzie di assistenza a domicilio sono state promosse sin dalla fine degli anni novanta. Negli ultimi anni sono stati introdotti progetti su base collettiva, come quelli per la riduzione dei danni nei tossicodipendenti. Tuttavia, i servizi su base collettiva e di assistenza sanitaria si trovano ancora ad affrontare ostacoli finanziari e legislativi a uno sviluppo che sia appropriato alle mutevoli priorità di assistenza e alle esigenze della popolazione. Per sostenere gli sforzi relativi allo sviluppo dell'assistenza collettiva, la recente modifica della Legge sulla fornitura di assistenza sanitaria ha definito il concetto di assistenza infermieristica.

La politica di base in materia di assistenza sanitaria in Polonia, compresi i servizi di assistenza sanitaria, è delineata e attuata dal Ministero della sanità nell'ambito del Piano sanitario nazionale per gli anni 2007 - 2015 approvato con Delibera n. 90/2007 del Consiglio dei Ministri del 15 maggio 2007 su un Programma sanitario nazionale per gli anni 2007 - 2015. Il Programma sanitario nazionale stabilisce che l'obiettivo fondamentale è l'unificazione degli sforzi della società e della pubblica amministrazione volti a ridurre le disuguaglianze e a migliorare la salute e quindi la qualità di vita dei Polacchi. Questo programma dà al

ministro della sanità la possibilità di influenzare le azioni degli altri settori della sanità e costituisce un utile strumento per azioni collettive in materia di sanità pubblica. Tra i fattori determinanti per la salute e la promozione della salute, la situazione demografica, la situazione di salute della società polacca e le disparità sociali e territoriali, il Programma descrive una serie di obiettivi strategici e operativi. Obiettivi direttamente correlati al miglioramento dei servizi di assistenza sanitaria sono i seguenti:

- la riduzione della morbilità e della mortalità prematura per cancro
- l'incremento dell'efficacia della prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni
- la riduzione delle disparità sociali e territoriali nello stato di salute della popolazione polacca
- il miglioramento dell'alimentazione e della qualità dei prodotti alimentari; col fine di ridurre l'obesità
- la riduzione dell'esposizione a fattori nocivi per l'ambiente e ai suoi effetti e il miglioramento della condizione sanitaria del paese.

Le misure utilizzate per conseguire gli obiettivi stabiliti:

- attivazione degli enti governativi locali e delle organizzazioni non governative per la sanità pubblica
- miglioramento della qualità dei servizi sanitari, in termini di efficacia, sicurezza e accettabilità sociale, rispettando i diritti del paziente
- miglioramento della diagnosi precoce e offerta di assistenza attiva ai pazienti a rischio di malattie cardiovascolari, ictus cerebrali, cancro, complicazioni del diabete, malattie respiratorie e malattie reumatiche, in particolare attraverso le attività di assistenza sanitaria primaria
- utilizzo delle infrastrutture locali per la promozione della salute e l'educazione alla salute.

## **5. Le strategie e le iniziative sviluppate a livello nazionale e locale per promuovere e migliorare il servizio sanitario a domicilio.**

Secondo il Rapporto sulla non autosufficienza del Ministero del lavoro, le famiglie moderne sono caratterizzate dalla presenza di più tipologie (monogenitoriali, famiglie con separazioni, ecc...), della multidimensionalità del ruolo femminile (lavoro, assistenza, sandwich generation), riduzione del tasso di natalità, uscita tardiva dei figli dal nucleo originario, aumento del numero degli anziani e disabili.

L'impossibilità per la famiglia di far fronte alle esigenze assistenziali degli anziani fragili, disabilità etc hanno creato le condizioni per un autentico boom della presenza delle "badanti" o meglio definite assistenti familiari (si stima che dal 2001 al 2008 siano aumentato di 400.000 unità).

Queste ultime sono lavoratrici straniere spesso "irregolari" provenienti per larga parte dai Paesi dell'Est europeo, con presenze anche significative di comunità del sud America e Asia.

Oggi il fenomeno "badanti" è stimato per difetto in 770.000 unità, parte delle quali senza un regolare contratto di lavoro.

La famiglia è il soggetto che generalmente si fa carico del non autosufficiente, del disabile e rappresenta per la persona una risorsa fondamentale per affrontare le limitazioni derivanti dalla disabilità.

Altrettanto prioritario è il riconoscimento di diritti e di doveri del caregiver, al fine di non lasciarlo solo come supplente di carenze istituzionali negli interenti a sostegno della domiciliarità. Va altresì sottolineato che la disponibilità effettiva ad assumersi ruolo e carico assistenziale, tempi, modi ed intensità di cura dedicata non devono assumere carattere di obbligatorietà. Tale figura è infatti soggetta a rischio di crisi sul versante psicologico, emozionale e pertanto anche di ammalarsi, potendo divenire a sua volta bisognosa di cure e mettendo in difficoltà il sistema familiare in cui è inserita. Il presupposto della tenuta del sistema complessivo si trova nella negoziazione- mediazione-accordo fra caregiver familiari e rete di servizi istituzionali.

Il caregiver è il parente o affine che si prende cura a domicilio, o per situazioni definite e particolari all'interno delle strutture della rete, del proprio familiare, persona fragile non autosufficiente, di qualunque età in modo prevalente e continuativo, seppur per livelli di intensità diversi, provvedendo a tutte le funzioni quotidiane dei bisogni primari (igiene personale, alimentazione etc) alla cura della persona, aiutando ed integrando prestazioni di carattere sanitario-assistenziali.

In Italia oggi la rete di servizi socio-sanitari, ma anche sanitari, è integrata e completata in una percentuale di tutto rispetto dal caregiver familiare o privato, perno del sistema.

Oggi è necessaria la valorizzazione ed ufficializzazione del ruolo e della funzione del caregiver, in quanto essenziale alla tenuta del sistema di welfare, contribuendo al contenimento dei costi dell'assistenza. Inoltre il suo impegno di cura va ricondotto all'interno del Piano Assistenziale Individualizzato.

Nel nuovo modello di cure domiciliari, assume particolare rilievo la figura del caregiver familiare (si stimano 9 milioni in Italia) che sarà oggetto dell'approfondimento che segue anche in merito all'ipotesi di riconoscimento della figura e della modifica degli attuali LEA.

In **Spagna**, come detto prima, il sistema è composto da 17 sottosistemi, tanti quante sono le regioni, e di conseguenza quasi ogni iniziativa deve essere regionale o locale. Ma c'è una base comune per alcune di queste.

Uno dei programmi più comunemente utilizzati in questo caso è quello che si chiama Programma di assistenza a domicilio che è progettato e realizzato all'interno dell'area di Assistenza primaria. In quelle zone, ma anche negli ospedali, sta diventando sempre più comune quello che è chiamato "infermiere di collegamento" o "case manager". È un modello di assistenza che mira a seguire ogni caso in modo singolare al fine di migliorare la cura somministrata.

Gli infermieri hanno la responsabilità di gestire e coordinare i diversi servizi sanitari forniti all'utente dell'assistenza a domicilio (ad es. assistenza primaria, assistenza specializzata...). Con questi mezzi il case manager, conoscendo la situazione e la documentazione medica del paziente, è in grado di ridurre la frammentazione e di evitare duplicazioni nei servizi sanitari forniti a ogni singolo paziente. Il case manager, quando svolge questo compito, prepara un piano di assistenza a domicilio adeguata a ogni situazione. La conclusione è che questa figura aiuta a migliorare la qualità e il rapporto costo/efficacia dei servizi sanitari.

I case manager hanno nel loro ambito di responsabilità quelle di: coinvolgere attivamente i pazienti nei servizi di assistenza sanitaria a domicilio, quando ne hanno bisogno, per esaminare i pazienti, le loro necessità, le famiglie e gli operatori informali e per preparare un piano di assistenza completo e continuo per ogni singolo paziente.

Questa figura, il case manager, è stata introdotta in Spagna dal Servizio sanitario della Comunità autonoma di Andalusia nel 2002, e il resto delle Comunità autonome stanno introducendo la figura di tale professionista, non senza problemi, in maniera progressiva. Per le caratteristiche del loro lavoro, questi professionisti godono di una dimensione lavorativa sociale molto importante che può creare dei conflitti se i settori di attività non sono ben definiti tra servizi sociali e sanitari, questo è il parere di importanti ricercatori come Mariano Sánchez Robles del CSI in Spagna. Ma, d'altro canto, il loro lavoro è giustificato a causa delle diverse lingue utilizzate dai Servizi sociali e sanitari. Tali differenze rendono più facile per un case manager il contatto e il coordinamento con i diversi tipi di servizi sanitari.

Un'altra linea di lavoro è il miglioramento del Ricovero a domicilio. È ancora poco frequente a causa delle risorse necessarie in questi casi. Come detto sopra, è nato a causa della mancanza di posti letto negli ospedali per alcuni casi specifici in cui l'assistenza sanitaria può essere fornita, in modo controllato, a domicilio. A volte è ancora meglio che essere ricoverato in ospedale vista la natura delle patologie trattate. E, per quanto riguarda il comfort del paziente, i pazienti normalmente si sentono meglio quando sono nel loro ambiente con i loro amici e familiari.

Questo tipo di assistenza, che in Spagna è garantito all'interno del campo di assistenza specializzata, è destinato ad essere fornito da un team multidisciplinare che comprende medici, infermieri, psicologo (sia per l'assistenza ai pazienti che ai familiari), assistenti sociali, fisioterapisti e ausiliari di infermeria, tra gli altri. Le risorse, le tecniche e le cure fornite rientrano, nel complesso, nell'ambito delle cure specialistiche. L'assistenza dovrebbe essere identica a quella garantita in ospedale ma a casa del paziente e dovrebbe sempre essere assicurata per una quantità limitata di tempo fino a che il paziente non sia guarito del tutto o la sua assistenza non sia alla fine trasferita ai servizi di assistenza primaria.

Questo tipo di ricovero è molto utile, come detto sopra, ma è importante ricordare che è anche molto costoso a causa dei costi del team e delle attrezzature che devono essere messe insieme al fine di implementare questo tipo di assistenza in modo corretto. E in relazione a questo tipo di assistenza, deve essere ricordato che in Andalusia, nel sud della Spagna, esiste anche la figura del "care manager" presso gli ospedali connessi con questo tipo di ricovero. Per cui, questo tipo di attività è sempre collegata ai servizi di sanità pubblica ed è relativamente moderna quindi, come detto prima, non è molto diffuso in Spagna. La mancanza di un piano comune e il decentramento dei servizi sanitari ha come conseguenza che questo tipo di assistenza non è stata sviluppata in modo omogeneo sull'intero territorio della Spagna. Fino al 2011 c'erano 100 unità (solo 3 di queste erano private) in Spagna che si occupassero di fornire questo tipo di assistenza in 15 delle 17 Comunità autonome.

Per quanto riguarda i risultati, è importante ricordare che questo tipo di cura non è sempre più economico rispetto al tradizionale ricovero ospedaliero, a volte è anche più costoso. Ma dal punto di vista dei pazienti (che sentono che questo tipo di ricovero soddisfa le loro esigenze di accessibilità, continuità, adattabilità e personalizzazione dell'assistenza sanitaria) e dei professionisti della salute e dei dirigenti (che sono in grado di gestire le risorse in modo più efficiente, riducendo la quantità di tempo richiesto dal ricovero tradizionale, o liberando risorse come i posti letto per ricoveri tradizionali più urgenti) questo tipo di misura è opportuno in molti casi. Queste sono le conclusioni di una revisione della situazione in Spagna dopo più di 25 anni dall'istituzione di questo tipo di servizio che ha iniziato a fornire servizi nel 1981 a Madrid per la prima volta.

Altra grande linea di azione che viene intrapresa, in molte delle comunità autonome in conformità con i servizi sociali, è l'assistenza fornita ai prestatori di cure informali. Il problema è dovuto al fatto che molte delle persone che assistono i malati vivono situazioni molto delicate quando si prendono cura dei loro parenti. Le implicazioni che derivano dalla situazione in corso, nella maggior parte dei casi, a casa propria sono personali. Si ritiene che l'80% degli operatori informali dedichino del tempo ogni singolo giorno della settimana alla cura dei propri genitori, figli, parenti dipendenti, ecc. E tra questi si stima che il 50% prenda tranquillanti. Molti di loro soffrono di quella che è chiamata sindrome del "carer" (assistente) principale.

Come stabilito in uno studio effettuato sulle conseguenze di un programma di aiuto agli assistenti principali, quando qualcuno è sovraccaricato dall'onere dell'assistenza la sua qualità della vita può peggiorare e il suo rischio di morbidità e mortalità aumenta. Il sovraccarico dipende dalle esperienze soggettive e dal sostegno sociale piuttosto che dall'assistenza reale che viene garantita ai pazienti. Uno dei rischi principali è la morbidità psicologica e una parte dei programmi di assistenza sanitaria a domicilio sono volti a ridurre tale rischio.

Lo studio multidisciplinare di cui sopra ha preso in considerazione le attività di assistenza sanitaria a domicilio con riferimento alla cura degli assistenti a domicilio durante un periodo di 15 mesi, con 79 pazienti e i loro familiari (utilizzano 39 di loro come gruppo di controllo). La conclusione è stata che questo tipo di assistenza non riduce il sovraccarico che queste persone sperimentano ma riduce la loro morbidità psicologica. La proposta che emerge dalla conclusione di questo studio, come da molti altri studi nel campo, è che questo tipo di attività è necessario nell'assistenza sanitaria a domicilio e che dovrebbero essere garantite dai medici e dagli infermieri nelle loro regolari visite a domicilio ai pazienti.

Ma quando si parla di questo tipo di attività non dovremmo dimenticare che si tratta della frangia esistente tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, il che può comportare problemi se la finalità dell'azione di entrambi i sistemi non sono ben definite.



Per lo stesso motivo è opportuno parlare della discussione generale ora in atto in Spagna come conseguenza dell'approvazione della Legge di promozione dell'autonomia e di assistenza alla dipendenza nel 2006, che consiste nell'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria per la cura di persone dipendenti. Tenendo conto dei criteri di dipendenza definiti nella legge è molto importante tenere a mente l'ambiente in cui vivono i pazienti. I pazienti hanno sempre una duplice dimensione, hanno una patologia che riduce la loro autonomia e sono parte di una realtà sociale. Così i pazienti sono valutati in base alla loro autonomia nelle proprie case in quanto la loro realtà è considerata nella sua totalità. E questa valutazione produce una qualificazione del loro grado di dipendenza dalle altre persone.

Ma la realtà è che, a prescindere dalla valutazione fatta in casa, la Legge stabilisce una carta dei servizi in cui non vi sono disposizioni per l'integrazione socio-sanitaria. La conseguenza è che le persone che hanno bisogno di entrambi i tipi di servizi devono duplicare gli sforzi per usufruirne. Questo coordinamento ricade tra le responsabilità delle rispettive Comunità autonome nei loro territori. Questo è ciò che la Legge sulla dipendenza stabilisce nel suo articolo n. 11 affermando che è responsabilità degli organi esecutivi di tali enti quella di creare le necessarie unità di coordinamento. Poche Comunità autonome hanno regolamentato un coordinamento socio-sanitario fino ad ora.

Nel dicembre 2011 è stato pubblicato il libro bianco per il coordinamento socio-sanitario da parte dell'Istituto nazionale di servizi sociali e agli anziani. Questo documento analizza la situazione per quanto riguarda questo tipo di azioni congiunte. Nel libro bianco si è stabilito che vi è una tendenza generale e positiva a sviluppare modi di promuovere l'assistenza integrale e il coordinamento tra i settori sanitario e sociale. Alcune attività risultano essere un impegno politico reale ed esplicito e un'importante scommessa per questo modello di assistenza (sia a livello nazionale che regionale). Ma il ritmo dell'attuazione e dello sviluppo di tali misure varia molto tra le regioni.

Atti, protocolli, modelli organizzativi e impegni finanziari... sono stati intrapresi in molte Comunità autonome in relazione al necessario coordinamento, ma anche se ci sono protocolli per il trasferimento dei pazienti ad altri ospedali, servizi primari, residence o programmi... ce ne sono ancora molti pochi per quanto riguarda l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria. Solo 3 comunità autonome dispongono di questo tipo di protocolli in modo tale da, a seguito del libro bianco, dare particolare importanza a questo tipo di coordinamento.

Stabilire una comune carta di servizi socio-sanitari, collegare le mappe dei servizi sociali e sanitari nel territorio e i protocolli per il trasferimento dei pazienti tra i vari servizi sono, fra altre, le chiavi che il libro fornisce per migliorare l'assistenza sanitaria a domicilio in termini di coordinamento con i servizi sociali.

Infine, è importante tenere presente che alcuni servizi già forniti dal sistema di assistenza sociale hanno una dimensione sanitaria. In Spagna è molto importante una misura denominata tele-assistenza che consiste in un dispositivo di allarme collegato a un servizio di emergenze. Quando un paziente disabile o anziano o cronico vive da solo può richiedere ai servizi sociali di installare uno di questi dispositivi nella sua casa. Se il paziente cade o ha qualsiasi tipo di problema improvviso che lo rende bisognoso di un aiuto esterno, può utilizzare questo dispositivo (è come un pulsante che pende da una collana) e la connessione è veloce ed efficace.

D'altro canto, è importante notare che la tecnologia sta rendendo più facile l'assistenza sanitaria a domicilio in diversi modi: può agevolare il case manager nelle attività di gestione, l'uso di dispositivi diversi da parte

dei pazienti (PDA o Tablet PC), il monitoraggio dei pazienti e la somministrazione di farmaci... Questi possono essere molto utili per lo sviluppo del sistema sanitario a domicilio.

Il Ministero della sanità della **Lituania** ha cominciato a realizzare tre obiettivi strategici per il 2010:

creare un efficace e affidabile sistema di assistenza sanitaria riorganizzando le istituzioni sanitarie; elaborare un modello di assistenza sanitaria sicuro, di qualità e accessibile per i pazienti; proteggere e rafforzare la sanità pubblica. Fra gli aspetti positivi in particolare nel 2010 dovrebbero essere nominati la ristrutturazione delle istituzioni di assistenza sanitaria, gli sforzi per mantenere in equilibrio il bilancio di assicurazione sanitaria, le misure per ridurre i prezzi dei prodotti farmaceutici, il finanziamento di programmi sanitari profilattici senza il deterioramento dell'accessibilità dell'assistenza sanitaria per i residenti. Il metodo lituano di raccolta dei premi di assicurazione sanitaria comprende una variabile implicita per la valutazione dei premi per gli assicurati statali (la cui lista copre i gruppi vulnerabili della popolazione), che consente la regolazione del Fondo di assicurazione sanitaria statale senza notevoli adeguamenti legislativi. L'accesso all'alta qualità dei servizi sanitari e i pagamenti illegali costituiscono una problematica in Lituania (report 14).

In fase di attuazione dei Progetti dei servizi per i disabili nella Comunità, a seconda della natura della disabilità e dei problemi delle persone disabili rappresentate dalle associazioni, sono stati rappresentati i diritti dei disabili, sono stati forniti servizi di informazione e di consulenza per i disabili, è stato organizzato e offerto sostegno psicologico per i disabili e i loro familiari, sono stati forniti servizi per aumentare l'autosufficienza, costanti servizi culturali e sportivi, sono stati offerti servizi sociali (informazione, consultazione, organizzazione dei trasporti, servizi socio-culturali, organizzazione dell'igiene e della cura personali, assistenza domiciliare, sistemazione in casa di un paziente che conduce una vita autosufficiente, assistenza sociale giornaliera, assistenza sociale a breve e lungo termine), sono state avviate attività per aumentare la motivazione a coinvolgere i disabili nel mercato del lavoro e la ricerca di posti di lavoro per disabili e sono stati forniti servizi di assistenza al lavoro per i disabili.

Secondo i dati del Dipartimento di Statistica del Governo della Repubblica di Lituania, questi stabilimenti forniscono regolarmente servizi sociali a 91.200 persone con disabilità, persone anziane, bambini privi di cure parentali, individui e famiglie a rischio sociale e altre persone. A circa 27.600 persone e 4.800 famiglie sono stati garantiti servizi sociali a domicilio. Inoltre, 161.400 persone hanno usufruito di servizi sociali comuni (catering, fornitura di beni essenziali, prodotti per l'igiene personale, e servizi di trasporto).

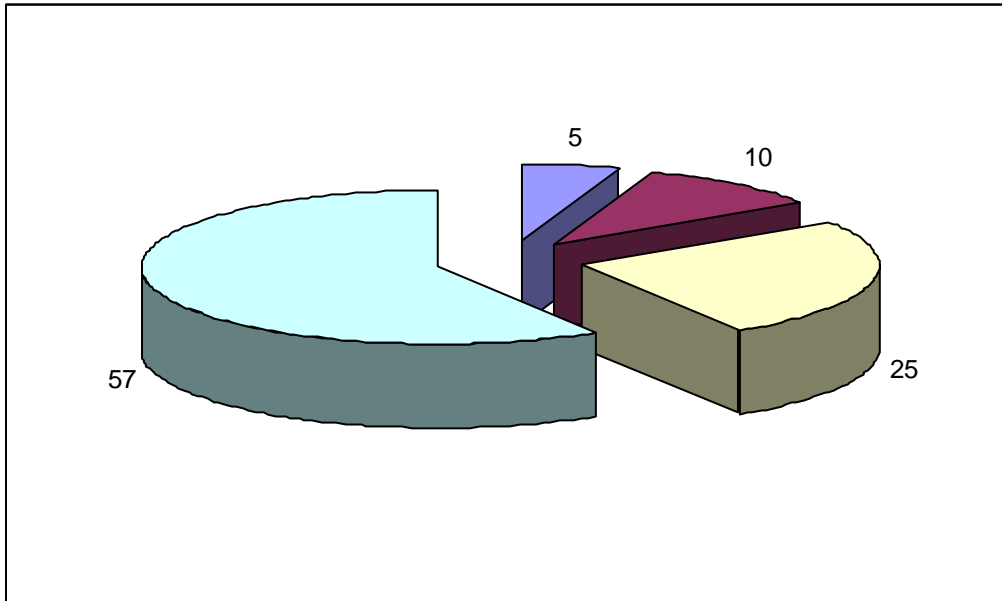
## **I beneficiari dei servizi sociali nel 2010**

Beneficiari di assistenza sociale istituzionale 5%

Beneficiari di servizi sociali a domicilio 10%

Visitatori di centri di ricovero diurni 25%

Beneficiari di servizi sociali comuni 57%



La quota più rilevante (57 per cento) dei destinatari dei servizi sociali ha usufruito di servizi sociali comuni, un quarto dei beneficiari si sono recati presso centri di ricovero diurni, ogni decimo beneficiario ha ricevuto assistenza a domicilio. L'assistenza sociale istituzionale è stata garantita al 5 per cento dei destinatari dei servizi sociali; circa il 3 per cento dei beneficiari ha usufruito delle prestazioni fornite da centri alberghieri temporanei, centri di crisi o case per pazienti con vita indipendente.

Nel 2010 è cambiata l'infrastruttura dei servizi sociali. Le principali modifiche sono legate alla riforma della contea e al trasferimento dei diritti e dei doveri dei soci fondatori di alcuni istituti di assistenza sociale, che in precedenza appartenevano alle contee, ai comuni e al Ministero della Sicurezza sociale e del Lavoro.

Il Ministero della Sicurezza sociale e del Lavoro è diventato l'autorità responsabile dell'attuazione dei diritti e dei doveri dei soci fondatori di 28 istituzioni sanitarie per adulti con disabilità.

La richiesta di fondi relativamente alla fornitura di assistenza sociale per persone con una disabilità grave è stabilita tenendo conto delle informazioni presentate dai comuni circa il previsto numero di residenti con un grave handicap nel loro territorio, che riceveranno assistenza sociale, e la quantità stimata di richiesta di fondi. La richiesta di fondi è calcolata utilizzando l'importo di 7,2 prestazioni sociali di base (BSB), fissato nella Metodologia per finanziare i servizi sociali e calcolare i fondi (Gazzetta Ufficiale Valstybės žinios, 2006, n. 110-4163), per la fornitura di assistenza sociale a una persona con disabilità grave al mese. La richiesta di fondi è calcolata tenendo presente le tendenze di evoluzione del numero di persone con una disabilità grave nel corso degli ultimi tre anni, effettuando un'analisi comparativa del numero di persone con una disabilità grave a cui sono stati garantiti, si prevede o meno che siano garantiti i necessari servizi di assistenza sociale, e valutando l'efficienza dei fondi stanziati per l'assistenza sociale di persone con una disabilità grave.

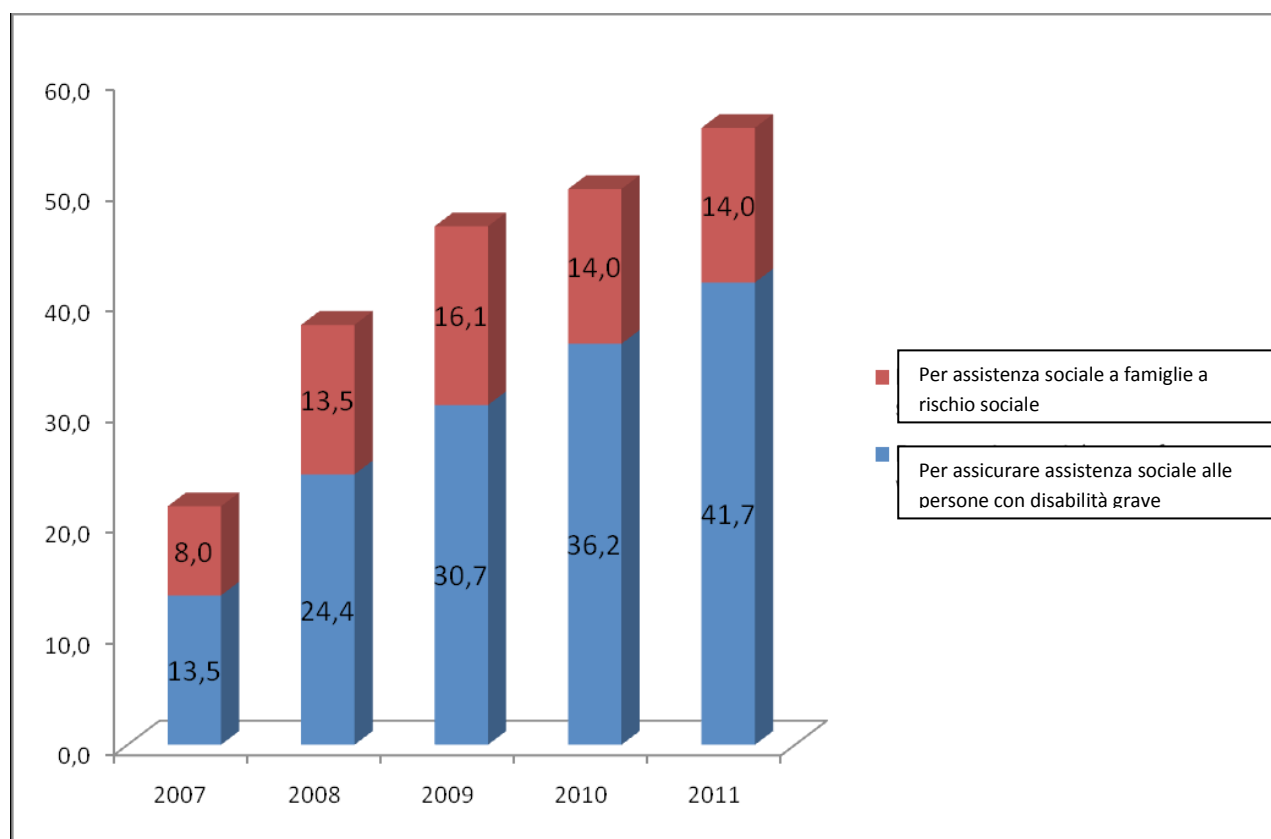
Per quanto riguarda il fatto che i comuni abbiano rafforzato le infrastrutture dei servizi sociali organizzando la fornitura di nuovi servizi di assistenza sociale qualitativamente più efficaci, la domanda di aiuti statali per la

fornitura di assistenza sociale alle persone con una disabilità grave è cresciuta di anno in anno (nel 2008-2010, circa il 20 per cento all'anno).

Le posizioni dei lavoratori sociali sono distribuite tenendo presente il numero di famiglie dei servizi a domicilio, residenti nel territorio del comune, e la distribuzione territoriale dei comuni.

Sono stati stanziati 13.962.600 LTL per le retribuzioni e i contributi per la previdenza sociale di 630,5 posti di lavoro occupati da assistenti sociali sia nel 2010 che nel 2011.

### Sussidi speciali per i servizi sociali provenienti dal bilancio statale, LTL milioni



Le strategie e le iniziative sviluppate a livello nazionale e locale della **Romania** sono le seguenti:

#### Programma nazionale “Servizi di assistenza sanitaria a domicilio”

Il progetto mira a migliorare le condizioni di vita di persone non-indipendenti, immobilizzate a letto e/o a casa, che non possono soddisfare le proprie esigenze fondamentali e richiedono assistenza.

Gli obiettivi sono:

- garantire l'accesso pubblico all'assistenza sociale e medica, il che implica un complesso di attività che sono riconosciute in virtù di un sistema sanitario e sociale integrato e l'obiettivo principale è il mantenimento dell'autonomia delle persone e la prevenzione del peggioramento della situazione di dipendenza;
- fornire ai membri della famiglia assistita l'accesso all'informazione e sostenere la loro partecipazione attiva nel processo di assistenza;
- promuovere la responsabilità e la partecipazione delle comunità locali nel processo di assistenza. Integrazione del modello di servizi attuato nel sistema pubblico di assistenza sociale e sanitaria in Romania;
- fondare una cultura empatica, incentrata sul beneficio degli altri nel quadro dei servizi di assistenza sanitaria;
- rafforzare una cultura empatica con una speciale sollecitudine per gli altri, nella nostra società.

I servizi sono:

- **servizi di base:** assistenza nella cura personale, nel vestirsi e svestirsi, nell'igiene, nella nutrizione e nell'idratazione, nei trasferimenti e nelle mobilitazioni, nello spostarsi e nella comunicazione;
- **servizi di supporto:** assistenza nella preparazione o nell'assunzione del cibo, nelle commissioni, nelle attività domestiche, accompagnamento negli spostamenti, supporto nei viaggi all'estero, compagnia, amministrazione e gestione delle attività, attività per il tempo libero;
- **servizi di assistenza sanitaria:** monitoraggio dei parametri fisiologici, manovre terapeutiche come iniezioni, medicazioni, cateterismo, trattamento di fistole, prevenzione e trattamento di ulcere, prevenzione di tromboembolismi venosi, complicanze polmonari e immobilizzazione delle articolazioni muscolo scheletriche, ecc.
- **servizi di recupero e riabilitazione:** collegamenti medici e sociali: terapia fisica, fisioterapia, terapia occupazionale, psicoterapia, pedagogia, logopedia, podologia ecc.
- **servizi di riabilitazione e adattamento dell'ambiente:** piccoli miglioramenti, riparazioni, ecc.
- **gestione, coordinamento e controllo dei servizi** forniti al fine di garantire la qualità
- **azioni volte ad ampliare e migliorare i servizi** per il beneficio degli assistiti.

Tutti questi servizi sono forniti da gruppi multidisciplinari, che mirano a coprire una vasta gamma di esigenze dei beneficiari. I team sono composti da medici, infermieri, assistenti agli anziani e ai malati, operatori sociali e volontari.

Il Programma nazionale di assistenza a domicilio è parte della rete Caritas di servizi di assistenza sanitaria a domicilio che ha membri in tutti i paesi europei. Il Programma nazionale di assistenza a domicilio è uno dei membri fondatori della Federazione di Fornitori di assistenza sanitaria a domicilio in Romania (FFIDR).



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

**Prospettive di assistenza in case di cura per malati terminali** fornisce servizi di cure palliative in ospedali per malati terminali a Cluj-Napoca, Romania.

Queste includono supporto medico, psicosociale e spirituale.

Le Prospettive di assistenza in case di cura per malati terminali, membro dell'Associazione Nazionale per le Cure Palliative, è un'organizzazione non governativa (ONG), un'organizzazione non-profit che fornisce assistenza medica e sociale per le persone con malattie mortali (secondo la definizione dell'OMS di cure palliative). Inoltre, fornisce sostegno emotivo e spirituale ai pazienti e ai loro accompagnatori. Alla maggior parte dei pazienti è diagnosticato uno stadio avanzato di cancro.

Per essere preso in carico dal servizio di Prospettive di assistenza in case di cura per malati terminali, al paziente deve essere diagnosticata una malattia incurabile con prognosi di vita limitata e deve accettare l'idea di un trattamento orientato ad aumentare la sua qualità di vita e non a guarire dalla malattia.

Il team medico del centro mantiene il controllo sulla base di un piano globale di assistenza, dolore e sintomi della malattia. I servizi medici sono offerti a casa dei pazienti. I problemi emotivi sono intrecciati con i problemi della famiglia causati dalla malattia, e i membri del team e i volontari qualificati forniscono consulenza specifica per le esigenze di ciascun paziente.

Il centro ha organizzato gruppi di sostegno per i pazienti e offre loro la possibilità di esprimere i loro sentimenti, le loro paure e le loro preoccupazioni, sostenendosi in tal modo a vicenda.

Il centro fornisce ai pazienti terapie complementari intraprendendo attività che diano loro gioia. Il team organizza anche picnic e gite in montagna sia per i pazienti che per le loro famiglie.

Il servizio di Prospettive di assistenza in case di cura per malati terminali organizza corsi di cure palliative che soddisfano la necessità di conoscere le cure palliative e rientrano in un programma di educazione medica continua per i professionisti della salute, corsi per medici, corsi per infermieri, conferenze e convegni su temi diversi riguardanti le cure palliative.

### **Fondazione cristiana "Diakonia"**

I servizi di assistenza domiciliare nella Fondazione cristiana "Diakonia" hanno iniziato a essere offerti a Cluj nel 1992, per essere in seguito, nel febbraio 2006, riconosciuti dal Ministero della sanità.

La Fondazione del servizio di assistenza domiciliare è in rapporto contrattuale dal maggio 2006 con l'Assicurazione sanitaria nazionale, contratto che viene rinnovato di anno in anno. In base a questo contratto, i pazienti beneficiano dei servizi di assistenza domiciliare gratuita (90 giorni all'anno) solo su raccomandazione di un medico specialista o del medico di famiglia. I costi sono a carico dell'Assicurazione sanitaria.

Dal 2007, grazie al sostegno dell'Associazione Scozzese QUALCOSA PER LA ROMANIA, la Fondazione cristiana Diakonia fornisce cure palliative ai pazienti con malattie inguaribili in fase avanzata, essendo questi "esclusi", nella visione del sistema sanitario classico. L'Assicurazione sanitaria non riconosce ancora le cure palliative come un servizio finanziato, e quindi supporta solo una piccola parte dell'iniziativa.



This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Servizi di cure palliative di supporto e assistenza sono forniti da un team multidisciplinare composto da 2 medici, 5 infermieri, 1 assistente sociale e 1 assistente. La loro serietà incrementa sia la loro consapevolezza che il loro impegno professionali. Il team è membro dell'Associazione Nazionale delle Cure Palliative.

**Romania Fondazione Croce Gialla e Bianca**, con il sostegno del Consiglio Generale del Comune di Bucarest, si occupa del progetto "Centro Pilota per coordinare i servizi di assistenza domiciliare", è vicina ai cittadini della capitale che hanno bisogno di assistenza sanitaria e sociale a domicilio. Pertanto, ai pazienti all'interno del progetto e non solo è stato fornito un aiuto: oltre ai servizi offerti hanno ricevuto l'appoggio del personale, sotto forma di pacchetti di cibo e medicinali, shopping ecc.

È stato avviato 15 anni fa, insieme ad un gruppo del Belgio Croce Gialla e Bianca, che ha collaborato con loro per sei anni. Così è stato creato un team di professionisti che hanno fondato l'ente di servizi a domicilio della Croce Gialla e Bianca, ma anche all'interno del sistema sanitario rumeno.

31 dipendenti, 22 veicoli, 11 progetti finanziati e 700 pazienti presi in cura ogni mese. Spesso ricevono il riconoscimento di coloro che vengono assistiti e dei partner di progetto. Hanno la competenza per rispondere a tutte le richieste di persone che necessitano assistenza domiciliare.

### **Ospedale per malati terminali "Emanuel"**

"**Hospice Emanuel**" è un centro di cure palliative a Oradea per pazienti, adulti e bambini nelle fasi terminali di malattie incurabili. L'ospedale offre ai pazienti un ambiente familiare, in cui sia l'ambiente che il rapporto con il personale sono cordiali, i pazienti si sentono a casa, sono trattati con rispetto e dignità fino all'ultimo momento della loro vita.

La Fondazione "Hospice Emanuel" a Oradea è un'ONG benefica, la cui attività principale è quella delle cure palliative di pazienti, adulti e bambini affetti da una malattia incurabile in fase avanzata residenti nel Comune di Oradea e nelle zone circostanti. La missione è di garantire un'ottimale qualità di vita a questi pazienti e alle loro famiglie.

I servizi dell'ospedale sono gratuiti e sono offerti a tutti i pazienti, adulti o bambini, indipendentemente dall'etnia, dalla cultura o dalla religione. Il team dell'ospedale è composto da medici, infermieri, assistenti sociali (con formazione specializzata nel campo delle cure palliative) e volontari che offrono presso il domicilio del paziente:

- servizi sanitari e infermieristici
- servizi sociali
- servizi di sostegno psico-emotivo e assistenza spirituale
- servizi di sostegno alle famiglie in lutto
- servizio di volontario.

I beneficiari di "Hospice Emanuel" sono i seguenti:



This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

- adulti a cui viene diagnosticato un cancro in fase avanzata e allo stadio terminale che risiedono a Oradea o nei dintorni (fino a 15 km di distanza)
- bambini con malattie oncologiche, difetti di nascita, AIDS e altre malattie con prognosi limitata, residenti a Oradea o nei dintorni (fino a 50 km di distanza).

La fondazione ha proposto di costruire un insieme di edifici che funzionino come: una specialità ambulatoriale, un centro per cure palliative a domicilio per adulti e bambini, centri per bambini e adulti, un'unità per cure palliative con 15 posti letto per adulti e con 5 posti letto per bambini con malattie incurabili a uno stadio avanzato; un centro di educazione nel campo delle cure palliative.

Oltre al Programma sanitario nazionale attuato dal Ministero della sanità della **Polonia** a livello locale e su iniziativa delle varie società, sono stati sviluppati molti programmi che riguardano il miglioramento dello status, dell'organizzazione e dell'accessibilità dei servizi sanitari in Polonia. Un certo numero di programmi di promozione nazionali sono attuati dalle varie unità del sistema di assistenza sanitaria. Nel campo dell'assistenza sanitaria a domicilio, tale ruolo appartiene prevalentemente alla Società polacca di medicina di famiglia, che attualmente gestisce programmi come ad esempio:

- Programma nazionale di diagnosi precoce e trattamento dell'asma
- Programma nazionale di promozione della salute mentale
- Programma nazionale per la protezione di antibiotici

Altri programmi che si occupano di assistenza sanitaria a domicilio, ma non sono direttamente legati alla medicina di famiglia possono essere per esempio il Programma nazionale per la cura del dolore da cancro. Per l'attuazione dei programmi summenzionati si organizzano conferenze e corsi di formazione per il personale medico per migliorare le loro qualifiche. Inoltre, sono stabiliti obiettivi strategici e sono proposti i mezzi per il raggiungimento di tali obiettivi.



## 6. Descrizione dei corsi di formazione professionale per assistenti sanitari sulla materia.

In Italia, in merito alla formazione in promozione della salute si legge che “ [...] In Italia il primo corso di formazione in promozione della salute venne attivato dall' Università degli Studi di Perugia nel 1990.

DoRS (Centro Regionale di Documentazione per la promozione della salute) è un'organizzazione finanziata a livello regionale dal Piemonte ed è stato fondato nel 1998. [...] è coinvolto nella formazione dei professionisti e dei decisori politici col fine di sviluppare le competenze e le conoscenze necessarie per la pratica di PS. Inoltre forniscono assistenza per la pianificazione, l'implementazione e la valutazione di interventi, progetti e politiche per la salute.

Il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Torino in collaborazione con DORS ha lavorato sulle competenze per gli studenti sviluppando un Master in promozione della salute, prevenzione e educazione alimentare (Regione Piemonte, 2005) [...].

Negli ultimi anni i corsi delle facoltà di medicina di tutta Italia hanno subito una riorganizzazione volta a soddisfare i bisogni presenti e futuri del settore sanitario. La promozione della salute è considerata come una componente chiave all'interno del nuovo curriculum e ciò dimostra una crescente consapevolezza che la promozione della salute è fondamentale per la preparazione e la formazione dei medici.

Tra gli altri corsi offerti in Italia vi è il Master in progettazione, coordinamento e valutazione degli interventi integrati di promozione ed educazione alla salute dell'Università di Perugia. Altri corsi in promozione della salute sono offerti a Siena, Torino, Cagliari, Milano e Roma.”

A partire da quanto scritto nel paragrafo sopra riportato ho cercato di approfondire quale tipo di formazione in promozione della salute esiste in Italia, da chi viene offerta e a chi è rivolta.

Nel 1990, Modolo e Briziarelli scrivevano che l'educazione sanitaria in Italia era entrata nell'Università limitatamente al settore sanitario e recentemente. Già da diversi anni l'educazione era stata inserita nella Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva di Perugia, ma solo nel 1988 sarebbe diventata parte importante del curriculum. Successivamente sarebbe stata inserita nel curriculum della Facoltà di Medicina, come disciplina del corso integrato di Igiene e Sanità pubblica. Per quanto concerne altri corsi di laurea, fino ad allora non c'era stata alcuna apertura, neppure nella formazione degli insegnanti. Per questi ultimi, la consueta formazione disciplinare, non apriva che raramente a tematiche che riguardassero la conoscenza dell'età evolutiva e tanto meno a problematiche concernenti la salute. Nei corsi per infermieri professionali, universitari e non, veniva dedicato uno spazio abbastanza ampio alla salute e alla educazione per la salute.

Vent'anni dopo la situazione non sembra molto cambiata, infatti, secondo Briziarelli, nonostante il riconoscimento generale e l'accettazione della promozione della salute, poco si è fatto per la sua introduzione nella formazione di base degli operatori che debbono metterla in pratica.

Sottolinea che i settori della formazione specifica, sia a livello di base che di specializzazione, sono rimasti assai distratti e i contenuti della promozione della salute, al pari di quanto era successo per la prevenzione e l'educazione sanitaria, sono restati praticamente fuori della porta delle Facoltà di Medicina. Ciò è avvenuto non solo in Italia ma un po' ovunque nel mondo, ad eccezione di non molte realtà in cui hanno fatto breccia, come in alcune sedi in Gran Bretagna e Olanda. Diversi tentativi sono stati operati in Italia nel settore

disciplinare MED/42 (igiene generale e applicata) e comunque non in tutte le sedi. Qualche spiraglio è stato aperto nei corsi di specializzazione per gli insegnanti, con l'introduzione dell'educazione sanitaria, che rappresenta tuttavia solo una piccola parte della promozione della salute.

In un paradosso non infrequente in Italia, il settore MED/42 ha invece avuto uno sviluppo interessante, nel senso della promozione della salute e dell'educazione sanitaria, nei Corsi di Laurea per le professioni sanitarie, in particolar modo quelli della I classe (infermieristica ed ostetricia) e della IV classe (assistenza sanitaria e tecnici della prevenzione) e ciò è stato possibile soprattutto grazie agli igienisti che diffusamente in Italia hanno avuto la possibilità di presiedere i Consigli di tali Corsi.

Seppure in minore quantità, lo stesso fenomeno è avvenuto in altri Corsi, come pietistica, educazione professionale, logopedia. In tutti i Corsi di Laurea per le professioni sanitarie ha avuto anche un notevole sviluppo l'insieme delle discipline umanistiche (antropologia, psicologia, pedagogia, ...). Per queste ultime discipline timidi tentativi si sono avuti anche nei Corsi di Laurea in Medicina, tra cui quello di Perugia che tra i primi in Italia ha attivato la disciplina Antropologia medica. Nelle scuole di Specializzazione questi aspetti hanno interessato praticamente solo la Scuola di Perugia. L'insegnamento e la pratica della promozione della salute e delle discipline ad essa correlate sono avvenuti in modo intenso in alcune sedi e in modo molto tiepido in altre. Tuttavia, Briziarelli conclude, possiamo oggi dire che un impulso assai robusto è venuto da giovani docenti in diversi Atenei che hanno raccolto il testimone perugino e lo stanno portando avanti.

Per quanto riguarda la formazione degli psicologi, la promozione della salute/psicologia di comunità rientra tra le aree di insegnamento della scuola di specializzazione in psicologia della salute, che ha lo scopo di formare specialisti preparati a svolgere nelle organizzazioni, nelle comunità, nei gruppi e verso singoli individui, interventi di:

- promozione e mantenimento della salute;
- prevenzione e trattamento della malattia;
- analisi e miglioramento dei sistemi di tutela della salute e di elaborazione delle politiche della salute;

utilizzando le competenze e le tecniche proprie della professione dello psicologo.

Secondo una definizione generalmente accettata "La psicologia della salute è l'insieme dei contributi specifici -scientifici, professionali, formativi- della disciplina psicologica, alla promozione e mantenimento della salute, alla prevenzione e trattamento della malattia e all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate, e all'analisi e miglioramento del sistema di cura della salute e di elaborazione delle politiche della salute».

In Italia esistono 3 scuole di specializzazione in psicologia della salute, a Torino, Roma e Bologna.

Nell'ambito dell'infermieristica, la promozione della salute e l'educazione sanitaria sono per lo più associate all'infermieristica di famiglia e di comunità nell'ambito dell'infermieristica di sanità pubblica. In numerosi documenti l'OMS sollecita gli stati membri a attuare riforme sanitarie che mettano al centro l'assistenza sanitaria di base incentrata su famiglia e comunità (community care) finalizzata, soprattutto, a pratiche di self care, prevenzione, promozione della salute nell'ottica di un potenziamento delle risorse individuali e della

comunità stessa (empowerment). In questo contesto l'infermiere, in virtù dello specifico profilo e della sua formazione, rappresenta la figura responsabile dell'assistenza globale che meglio di altre può intercettare le necessità del territorio e la "presa in carico" complessiva dell'utente.

#### Corsi di formazione in **Spagna**.

Considerando come base la Legge sulla dipendenza e la crescente assistenza fornita a casa del paziente, si nota un'importante tendenza a aumentare il numero di corsi organizzati in Spagna. Molti di questi sono gestiti da istituzioni private (nel settore dei servizi sociali) per formare futuri lavoratori. Il contenuto di questi corsi riguarda l'assistenza sociale e sanitaria.

Uno dei corsi più comuni, in questo senso, è un corso su "Igiene e assistenza sanitaria a domicilio". Questo corso è autorizzato dalla Commissione internazionale di Formazione dell'UNESCO. Mira a fissare i principi e le basi dell'intervento specializzato con persone dipendenti. È volto a trasmettere le conoscenze necessarie, le abilità e le competenze che permettono alle persone di sviluppare attività di assistenza e di promozione dell'autonomia delle persone anziane, disabili e convalescenti nelle loro case. Il programma seguente è diretto alle persone che non hanno competenze in questo settore e cerca di dare una risposta a un modello socio-sanitario che è sempre più impegnativo.

Il Programma di formazione comprende i seguenti moduli:

- Identificazione delle caratteristiche e delle necessità delle persone dipendenti.
- Definizione della portata dell'assistenza a domicilio.
- Tecniche per l'igiene delle persone dipendenti.
- Pianificazione del menu.
- Utilizzo di tecniche di alimentazione.
- Smaltimento feci.
- Come assumere i farmaci a casa.
- Mobilità delle persone dipendenti.
- Come controllare i segni vitali.
- Tecniche di primo soccorso.

I seguenti sono corsi nell'area dell'Apprendimento permanente con l'idea di formazione continua. Ci sono corsi specializzati per professionisti connessi con i diversi possibili ambiti di intervento nell'assistenza a domicilio.

Ma oggi questo è il tipo di corsi che si è sviluppato nella zona. I corsi sono caratterizzati da un livello molto buono di accettazione grazie all'esistenza di una vasta gamma di imprese private che fornisce assistenza

sanitaria a domicilio in relazione ai servizi sociali. Le aziende sanitarie private forniscono in quantità minore assistenza sanitaria a domicilio in quantità minore.

## 7.2. Competenze.

Per quanto riguarda le competenze necessarie, per i professionisti socio-sanitari (tenendo conto che l'assistenza sanitaria a domicilio ha sempre una dimensione sociale), sono stati condotti alcuni studi. Secondo Bienvenida Gala Fernández, Sergio Romeo, Rosa María López Alonso e Pérez Hernández, un professionista in questo settore dovrebbe essere:

- strettamente professionale: per quanto riguarda la presenza nel territorio e per quanto riguarda la sua identificazione come parte del sistema di assistenza sanitario che fornisce il servizio.
- competente: capacità di integrare conoscenze, capacità e attitudini associate alle buone pratiche professionali.
- visione generale: al fine di valutare correttamente le diverse esigenze dei pazienti.
- capacità di previsione: in considerazione della vicinanza alla popolazione.
- capacità di gestire la penuria dovuta alla mancanza di risorse.

In **Lituania**, i lavoratori sociali sono preparati dalla maggior parte delle università e dei collegi. Annualmente circa 900 assistenti sociali ricevono una preparazione.

### **Nuovi centri metodici di lavoro sociale:**

**Nel 2011, l'elenco dei centri metodici per assistenti sociali a domicilio** è stato integrato con le seguenti tre istituzioni: Centro servizi sociali del distretto Jonava, Casa per anziani Kaunas Panemunė, istituzione pubblica Trakai Centro di occupazione per le persone con disabilità. Attualmente sono funzionanti 51 centri metodici di assistenza sociale a domicilio.

### **Lo sviluppo professionale degli operatori sociali e degli assistenti degli operatori sociali**

Alla fine del 2010, sono state definite e approvate le Descrizioni della procedura per lo sviluppo professionale degli operatori sociali e degli assistenti degli operatori sociali e della procedura per la valutazione degli operatori sociali.

La Descrizione della procedura per la valutazione degli operatori sociali prevede la possibilità per gli operatori sociali che hanno ricevuto un'istruzione equivalente al lavoro sociale di essere valutati. Si specificano inoltre le attività di una commissione locale per la valutazione degli operatori sociali, considerando che, all'inizio del 2011, è stata rivista la composizione delle sotto-commissioni di una commissione locale per la valutazione degli operatori sociali.

### **Modifiche alla procedura per la valutazione degli operatori sociali**

Avendo eliminato i servizi di consulenza e di formazione del mercato del lavoro regionale, settore in cui operavano 7 commissioni locali per la valutazione degli operatori sociali, una commissione di valutazione

locale era formata da 6 sotto-commissioni locali (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys, Alytus) che, come in precedenza, valuterà gli operatori sociali più vicini ai loro luoghi di residenza o di lavoro. Questa commissione di valutazione locale, come l'ex commissione di valutazione, sarà supportata tecnicamente dall'Autorità per l'amministrazione delle istituzioni di assistenza sociale del Ministero della Sicurezza sociale e del Lavoro.

### **Necessità di un'istruzione per gli operatori sociali a domicilio**

Stando ai dati del 1 luglio 2011, come previsto nella Legge sui servizi sociali, solo le persone che hanno acquisito un'istruzione superiore (università o non-università) nell'assistenza sociale o equivalente istruzione devono avere diritto a ricoprire la posizione di operatore sociale. L'obbligo di istruzione per gli operatori sociali è stato stabilito nel 2006. Al fine di offrire agli operatori sociali la possibilità di riqualificarsi gratuitamente, nel periodo dal 2009 fino al 2011 i fondi provenienti dai Fondi Strutturali dell'UE sono stati utilizzati (fino al 1 luglio 2011) per la riqualificazione nazionale degli operatori sociali che hanno acquisito un'istruzione (universitaria o non-universitaria), piuttosto che un'istruzione nel campo dell'assistenza sociale o un'istruzione equivalente. Il lavoro di alcune persone in qualità di assistente sociale non è connesso con il servizio sociale (calcolo di prestazioni, indennità, compensi, ricezione e valutazione delle domande di sostegno per gli alunni, realizzazione di attività professionali o artistiche, ecc.); alcuni lavoratori sono classificati come operatori sociali, tuttavia, a seconda del contenuto delle attività (descrizione del lavoro), lavorano come assistenti agli operatori sociali o agli specialisti di altri settori (assistenza di persone disabili, catering, fornitura di servizi di igiene personale, pulizia dei locali, ecc.).

Una situazione analoga è stata recentemente osservata in centri diurni per disabili, centri diurni per bambini e strutture di assistenza sociale istituzionale, in cui alcune delle posizioni ricoperte dai lavoratori sociali sono state classificate col nome di specialista nell'occupazione dell'assistente sociale. I lavoratori di cui sopra lavorano con i disabili, i bambini e le persone anziane, organizzando il loro tempo libero e svolgendo diverse sessioni di arti visive, musica, sport, ecc. Le loro funzioni non sono identiche a quelle di un assistente sociale e non possono essere attribuite alle funzioni a cui adempiono gli specialisti nell'educazione non formale (pedagoghi).

Cercando di chiarire e distinguere le posizioni occupate dagli operatori sociali e le attività del servizio sociale, è stato completato l'Elenco delle posizioni degli specialisti impegnati nel servizio sociale (18). In tal modo si regola la posizione occupata da uno specialista di un istituto per i servizi sociali specializzati, attribuendola agli operatori sociali. La posizione di specialista delle istituzioni per i servizi sociali non è soggetta all'obbligo di istruzione, come invece è richiesto agli assistenti sociali.

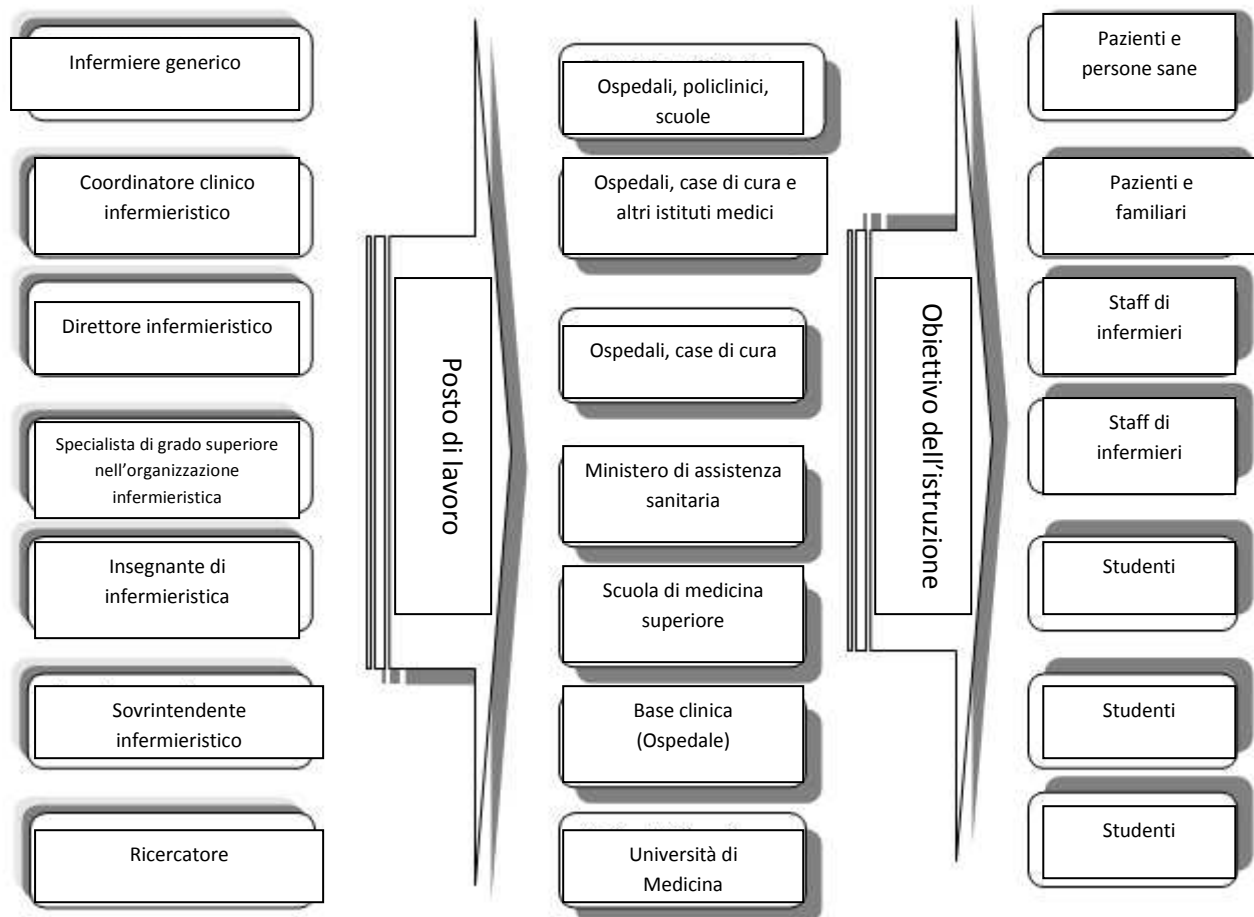


Fig. 3. Principali parametri dell'attività di istruzione infermieristica

Secondo i dati raccolti dal ministero nel giugno 2011, l'obbligo di istruzione superiore nell'assistenza sociale o di istruzione equivalente si applica a 3.196 assistenti sociali. Circa l'84 per cento (2.697 persone) di tutti gli operatori sociali possedevano la necessaria istruzione, la richiedevano o la trovavano irrilevante (persone in età da pre-pensionamento). Il 56 per cento (1.786 persone) possedeva un'istruzione superiore nell'ambito dell'assistenza sociale o un'istruzione equivalente, 21 persone. Circa il 16 per cento (ca. 500 persone) non possiede la necessaria istruzione e non si qualifica tra le eccezioni previste nella Legge sui servizi sociali. A una parte di questi lavoratori (circa l'11 per cento) sono state assegnate altre posizioni (specialista del quartiere, specialista in prestazioni sociali, specialista di un istituto per i servizi sociali, assistente dell'operatore sociale, ecc.).

#### La situazione della Romania è la seguente:

Migliorare le competenze dei professionisti del settore sanitario a domicilio europeo

Il corso include 50 moduli divisi in quattro aree principali come segue:

## A. Questioni mediche

### A1 Sostenere i singoli nell'accesso e nella partecipare ad attività ricreative

- Ambiente di cura
- Valutazione dei desideri e delle esigenze di un individuo
- Promozione di attività

### A2 Sostenere i singoli nella loro vita quotidiana

- Soddisfare i bisogni personali e domestici
- Cibi e bevande per i singoli individui
- Igiene personale

## B. Questioni psicologiche

### B3 Comunicazione con persone anziane

- Fine età adulta
- Fattori che influenzano la comunicazione degli anziani
- Competenze di comunicazione - come migliorare

### B4 Comunicazione con i pazienti morenti e i loro familiari

- Comunicazione con i malati terminali e i pazienti morenti
- Comunicazione con i familiari dei pazienti morenti
- Come parlare di una malattia terminale

### B5 Comunicazione con i pazienti con disabilità dell'udito

- Che cos'è?
- La perdita di udito
- Come comunicare con successo con pazienti con disabilità dell'udito?

### B6 Comunicazione con i pazienti con disabilità della vista

- Visione, disabilità della vista, cecità
- Come vedono il mondo i ciechi e le persone con disabilità della vista
- I principi della comunicazione con i non vedenti e le persone con disabilità della vista

#### B7 Il rapporto con la famiglia dei pazienti

- Ascolto e comunicazione
- Rafforzamento della famiglia (e professionalità)

#### B8 Istituire un rapporto di aiuto

- Mediazione e mediatori
- Rapporto di aiuto

#### C. Leggi sanitarie nazionali/UE

##### C9 Introduzione alla legislazione UE principale sui lavoratori nel campo dell'assistenza sanitaria a domicilio

- Trattati dell'Unione europea
- Diritti fondamentali
- Strategia sanitaria europea

##### C10 Legislazione britannica sui lavoratori nel campo dell'assistenza sanitaria a domicilio

- Norme di assistenza giuridica
- Livello minimo delle norme di servizio
- Al di là delle norme

##### C11 Legislazione SI sui lavoratori nel campo dell'assistenza sanitaria a domicilio

- Ambiente giuridico generale
- Normativa nel settore dell'assistenza sanitaria

#### D. Aspetti sociali/etici

##### D12 Infermiere: codice professionale e aspetti etici

- Infermiere e paziente
- Infermiere e aspetti etici del suo lavoro
- Infermiere e decisioni in materia di etica

##### D13 Differenze culturali nel rapportarsi ai pazienti

- Cultura e culture
- La teoria infermieristica dell'universalità e della diversità



- Riti di passaggio

D14 Codice professionale e aspetti etici di coloro che lavorano nel campo dell'assistenza sociale

- Codice sociale
- Norme sull'assistenza
- Politiche e procedure

D15 Auto-istruzione e apprendimento continuo

- Auto-istruzione
- Verso una pratica riflessiva

**Competenze chiave che gli operatori nel settore dell'assistenza a domicilio devono possedere per offrire un servizio di qualità ad alto livello**

**Il titolo di qualifica professionale: infermiere comunitario**

**Livello: CNC3/EQF 4.**

L'infermiere comunitario contribuisce alla salute generale dell'individuo, della famiglia e della comunità, fornendo assistenza per promuovere la salute, prevenire le malattie, prendersi cura dei malati a domicilio, in termini di utilizzo di un intervento che richiede spesso un'ottima formazione a livello tecnologico e pratico.

Il professionista deve essere in grado di:

- coinvolgere i singoli, le famiglie e le comunità nella propria cura e plasmare un senso di responsabilità per questa forma di sanità;
- rappresentare i diversi livelli in cui vengono prese decisioni riguardanti l'assistenza sanitaria, le persone in cura, le loro esigenze e intervenire per garantire il riconoscimento dei loro diritti;
- collaborare in qualità di membro all'interno del team multidisciplinare, e nell'ambito di altre organizzazioni governative e ONG per l'assistenza sanitaria;
- garantire la qualità delle cure prestate per adempiere alla pratica clinica ed educativa nonché la qualità della vita degli individui, delle famiglie e delle comunità a cui sono rivolte.

Le principali responsabilità dell'infermiere comunitario sono:

- incentivare la promozione dell'assistenza, la prevenzione, l'assistenza curativa, la riabilitazione e il sostegno di persone, famiglie e gruppi;
- la trasmissione di conoscenze e formazione di competenze in materia di sanità tra i pazienti e gli altri beneficiari, personale sanitario e il personale in formazione;

- partecipazione in qualità di membro del team di assistenza, che richiede una solida conoscenza nella comunicazione, realizzazione di relazioni interpersonali basate sul rispetto reciproco e la comprensione del loro ruolo e di altri professionisti, partecipazione attiva e responsabile nel processo decisionale, nell'informare le autorità, i media, ecc.;

- migliorare la pratica clinica tramite il pensiero critico, l'apprezzamento e l'uso di ricerche esistenti nel settore a livello nazionale e internazionale.

| Competenze chiave  | Livello     |
|--|-------------|
| C1. Comunicazione nella lingua ufficiale   | CNC3/ EQF 4 |
| C2. Comunicazione in lingue straniere  | CNC3/ EQF 4 |
| C3. Competenze di base in matematica, scienze e tecnologia                         | CNC3/ EQF 4 |
| C4. Competenze ICT   | CNC3/ EQF 4 |
| C5. Competenza di studio   | CNC3/ EQF 4 |
| C6. Competenze sociali e civiche   | CNC3/ EQF 4 |
| C7. Competenze imprenditoriali   | CNC3/ EQF 4 |
| C8. Competenza nell'espressione culturale  | CNC3/ EQF 4 |
| G1. Primo soccorso in caso di emergenza  | CNC3/ EQF 4 |
| G2. Pianificazione delle proprie attività  | CNC3/ EQF 4 |
| G3. Comunicazione interattiva con tutti i soggetti interessati della comunità      | CNC3/ EQF 4 |
| S1. Identificare le necessità della comunità nel settore dell'assistenza sanitaria | CNC3/ EQF 4 |
| S2. Supervisione di una donna incinta  | CNC3/ EQF 4 |
| S3. Supervisione del neonato e della donna nel lettino                             | CNC3/ EQF 4 |
| S4. Promozione della salute nella comunità   | CNC3/ EQF 4 |
| S5. Preparazione del dossier del beneficiario                                      | CNC3/ EQF 4 |
| S6. Prevenzione e individuazione della malattia                                    | CNC3/ EQF 4 |

|   |             |
|---|-------------|
| S7. Controllo dell'auto-assistenza                              | CNC3/ EQF 4 |
| S8. Somministrazione di cure mediche per i pazienti a domicilio | CNC3/ EQF 4 |

Il sistema di studio dell'assistenza infermieristica e sociale in Slovacchia è descritto nella sezione seguente.

Lo studio dell'assistenza infermieristica comprende un corso di diploma della durata di 5 anni (quasi una laurea di 2° grado) o un corso di laurea di 1° grado o della durata di 3 anni ed è previsto dalle 2 università con affiliazioni regionali (Univerzita sv. Alžbety, Slovenská zdravotnícka univerzita).

Il corso di diploma in assistenza infermieristica implica le seguenti capacità e competenze:

gli alunni sono in grado di lavorare nel settore dell'assistenza infermieristica in un team di assistenza sanitaria o in maniera indipendente per la programmazione, fornitura, coordinamento e valutazione dell'assistenza infermieristica nel campo dell'assistenza sanitaria primaria, secondaria e terziaria, dell'assistenza sociale e dell'assistenza domiciliare. Conosce il processo infermieristico, ha conoscenze legate alle scienze umanistiche nel campo dell'assistenza infermieristica, svolge attività di assistenza, prende decisioni e si assume la responsabilità di tali decisioni. Esegue le procedure diagnostiche e terapeutiche, di cura e riabilitazione ma si occupa anche di tecniche e processi educativi, metodi e procedure di diagnostica per valutare le condizioni di salute e anche la gestione dell'assistenza infermieristica. Risolve autonomamente compiti professionali, conduce il team e lavora in team, è in grado di eseguire modifiche, assumere rischi e responsabilità, applica e utilizza conoscenze e competenze nella pratica.

Il programma educativo consiste nella conoscenza medica, umanitaria e manageriale integrata nella cultura infermieristica olistica rivolta alla persona e alla collettività in buone condizioni di salute e in malattia.

Durata: 5 anni (10 semestri) – laurea di 2° grado

3 anni (6 semestri) - laurea di 1° grado

Il corso di assistenza sociale prevede un contenuto di studio pari a 220 ore. L'obiettivo del corso è quello di preparare gli studenti al lavoro individuale con il cliente per garantire i suoi fabbisogni personali, l'attivazione e l'assistenza sociale a supporto dell'autosufficienza del cliente il più a lungo possibile con il sostegno della sua onestà.

Il corso di assistenza sociale implica le seguenti capacità e competenze:

Assistenza sociale, organizzazione del lavoro, programmazione e elaborazione di documentazione, nozioni di igiene e infezioni. Pronto soccorso, principi di cura per anziani e disabili, malati terminali o a lungo termine. Nozioni fondamentali di fisioterapia, ergo terapia, ergonomia, cura e trasporto dei clienti. Faccende di casa e pulizie, sicurezza e prevenzione di eventuali lesioni. Psicologia dell'assistenza agli anziani e dei malati a lungo termine o terminali. Comunicazione, gestione dei conflitti, basi di assistenza sociale nei singoli paesi europei. Nel campo dell'assistenza sociale, l'agenda e la documentazione del cliente sociale.

I fornitori dei corsi sono un'organizzazione didattica con l'accreditamento per la gestione dei corsi di assistenza sociale rilasciato dal Ministero dell'Istruzione SR. I corsi sono organizzati anche in collaborazione con organismi esteri e il certificato è valido in tutta Europa.

La formazione del personale medico in **Polonia** è basata sull'istruzione superiore e sulla formazione post-laurea. Gli studi di medicina hanno la durata di 6 anni e terminano con la laurea di dottore in medicina, gli studi infermieristici hanno la durata di tre anni e terminano con una laurea in infermieristica (c'è la possibilità di proseguire l'istruzione per conseguire una laurea di 2° grado). Sia il medico che l'infermiere possono lavorare dopo la laurea nel settore dell'assistenza sanitaria a domicilio, ma, per diventare esperti in questo campo, devono completare una specializzazione nel sistema di formazione post-laurea. Nel caso dell'assistenza sanitaria a domicilio all'interno dell'assistenza sanitaria primaria (POZ) si tratterà di una specializzazione in medicina di famiglia (stesso nome di specializzazione sia per medici che infermieri); per le case di cura per malati terminali le specializzazioni più comuni sono: oncologia e pediatria. Ai fini di questo studio si discuterà la specializzazione in medicina di famiglia per medici e infermieri. Si dovrebbe supporre che il sistema di specializzazione nei vari settori è simile in termini di organizzazione e di orario di lavoro, ci sono tuttavia aspetti diversi. La formazione post-laurea per medici in Polonia gestisce il Centro di Formazione medica post-laurea (CMKP), mentre quella per infermieri gestisce il Centro di studi post-laurea per infermieri e ostetriche (CKPPIP).

### *Il medico di famiglia*

La specializzazione in medicina di famiglia prevede un minimo di 48 mesi, ma più spesso dura fino a 5 anni. È possibile abbreviare la durata della specializzazione nel caso in cui un medico sia stato specialista in medicina interna, pediatria o chirurgia. Il programma di specializzazione consiste in [11]:

- fase preliminare - introduzione alla medicina di famiglia
- fase di formazione in ospedale e cliniche specialistiche, tra cui stage e turni
- stage di formazione sulla pratica generale di un medico di famiglia
- partecipazione a corsi specialistici
- auto-educazione

Durante la specializzazione, i progressi sono verificati tramite prove ed esami, il medico è anche responsabile dello sviluppo e dell'attuazione di programmi volti a migliorare la qualità della pratica generale del medico di famiglia e della preparazione di materiali di formazione. La specializzazione nel settore della medicina di famiglia si ottiene dopo il completamento di tutti i corsi previsti dal programma e il superamento dell'esame di Stato. Nella Tabella 4 è presentato un piano dettagliato di formazione specialistica in medicina di famiglia.

Tabella 4. Piano di formazione specialistica in medicina di famiglia per medici.

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| Fase preliminare (introduzione alla medicina di famiglia)                   |  | 2 mesi      |
| Fase di formazione in ospedali e cliniche specialistiche                    | Malattie interne   | 6 mesi      |
|   | Pediatria  | 6 mesi      |
|   | Ostetricia e ginecologia   | 3 mesi      |
|   | Chirurgia generale   | 1 mese      |
|   | Psichiatria  | 1 mese      |
|   | Dermatologia, otorinolaringoiatria, neurologia, oculistica, malattie infettive | 4 mesi      |
|   | Fisioterapia   | 1 settimana |
|   | Fakultative  | 1 mese      |
| Fase di formazione sulla medicina generale praticata dal medico di famiglia |  | 24 mesi     |

### *Infermiere di famiglia*

Questa specializzazione è realizzata in un periodo di tempo che va dai 18 ai 24 mesi con la possibilità di abbreviarne la durata se l'infermiere ha già acquisito le stesse qualifiche del programma di specializzazione (es. su una diversa specializzazione o durante la laurea di 2° grado). Il numero totale di ore di formazione è 995 ore di cui 330 ore - medicina generale e 665 ore – medicina specialistica. Il fine della specializzazione in infermieristica di famiglia è quello di preparare infermieri professionali a fornire servizi di assistenza infermieristica sia a persone malate che sane nel loro ambiente di vita, e in particolare prepararli a:

- fornire servizi di assistenza sanitaria a individui, famiglie e persone a rischio, gruppi emarginati, la comunità locale in situazioni insolite e difficili,
- agire come consulente e consigliere quando si tratta di problemi di salute,
- agire in qualità di leader del team leader in un team di infermieri di famiglia.

La Specializzazione in infermieristica si conclude con l'Esame di Stato per infermieri e ostetriche. Nella Tabella 5 è presentato un programma dettagliato di tale specializzazione.

Tabella 5. Piano di formazione per infermieri nel campo della medicina di famiglia.

|  | Modulo  | Teoria | Stage | Numero di ore |
|--|---|--------|-------|---------------|
| Medicina generale, comune a tutte le specializzazioni      | Elementi di psicologia, istruzione medica, sociologia della salute e della malattia, etica, deontologia e legislazione, organizzazione e gestione di elementi di tutela della salute, politica sociale e sanità pubblica, valutazione sanitaria e esame fisico, teoria dell'assistenza infermieristica, ricerca nel campo dell'assistenza infermieristica, sviluppo professionale, informatica e statistica nella professione di un infermiere e di un'ostetrica. |        |       | 330           |
| Specializzazione nel campo dell'assistenza infermieristica | Temi selezionati in epidemiologia e demografia  | 30     | -     | 30            |
|  | Sviluppo della pratica professionale - qualità dell'assistenza nel campo dell'assistenza sanitaria primaria   | 30     | -     | 30            |
|  | Forma, portata e modalità di attivazione delle comunità locali  | 15     | 35    | 50            |
|  | Sociologia della famiglia con elementi di antropologia culturale  | 30     | -     | 30            |
|  | Promozione della salute, educazione alla salute nella famiglia e nella comunità locale  | 45     | 35    | 80            |
|  | Assistenza infermieristica di famiglia  | 30     | -     | 30            |
|  | Assistenza infermieristica avanzata nell'ambito di problemi di salute selezionati   | 240    | 175   | 415           |

## 7. Individuazione delle *migliori pratiche*

La Commissione Europea, tramite il suo programma di sanità pubblica, ha sostenuto molte iniziative significative in quest'area, tra le quali ci sono lo sviluppo di competenze per la formazione di secondo livello in promozione della salute del progetto EUMAHP (Master europei in PS) e altre iniziative di collaborazione come i progetti di sviluppo delle competenze a livello pan-europeo di PHETICE e ASPHER.

European Masters in Health Promotion (EUMAHP): EUMAHP è una delle iniziative finanziate dalla Commissione Europea, sviluppate in relazione alla promozione della salute in Europa (Meresman, 2004). Nel 1997, si riunì un consorzio di esperti coinvolti nella formazione nell'ambito della promozione della salute provenienti da tutti gli stati membri e dalla Norvegia. Lo sviluppo del programma EUMAHP iniziò nel 1998 con lo scopo di migliorare la qualità della promozione della salute attraverso la formazione professionale dei promotori di salute in Europa e per trarre beneficio dal valore aggiunto della dimensione Europea. Il progetto inoltre cercava di "sviluppare ulteriormente e rafforzare la concettualizzazione europea della promozione della salute dopo la Carta di Ottawa" (Colomer et al., 2002).

Lo sviluppo delle competenze era centrale per il lavoro iniziale del progetto EUMAHP (Davies et al., 2000). Gli obiettivi del progetto EUMAHP erano:

- il miglioramento degli standard formativi nell'ambito della promozione della salute all'interno delle istituzioni accademiche
- la certificazione o l'accreditamenti dei professionisti e operatori della promozione della salute
- la professionalizzazione del campo della promozione della salute e il suo riconoscimento.

Lo sviluppo del curriculum per la formazione in promozione della salute era una delle principali aree di lavoro del consorzio, e includeva un'attenzione per il controllo di qualità dei programmi educativi rilevanti. Lo sviluppo di un curriculum e di competenze chiave a livello europeo erano centrali per il progetto (Davies et al., 2000). Il gruppo di lavoro EUMAHP per gli standard professionali e accademici definì le competenze per la promozione della salute come "le conoscenze, le abilità e le attitudini necessarie per implementare specifiche azioni di promozione della salute all'interno di specifiche aree di pratica in base a specifici standard" (Meresman et al., 2006). Come parte dei compiti di questo gruppo di lavoro, venne somministrato un questionario riguardante sia la promozione della salute in generale sia la pratica in specifici ambienti e con particolari gruppi di persone. Venne completato da 33 esperti di promozione della salute di tutta Europa. Ai partecipanti venne chiesto di mappare le competenze che ritenevano più essenziali, desiderabili o non rilevanti. Vennero identificate 27 competenze suddivise in 5 aree di competenza:

1. competenze analitiche; per es. comprensione dei determinanti di salute sociali, culturali e soggettivi
2. competenze per la gestione sociale; per es. sensibilità verso le dinamiche di gruppo e istituzionali. Abilità a gestire tali situazioni.
3. competenze per il policy making; per es. comprensione dei settori, delle politiche e dei servizi pubblici
4. competenze di comunicazione; per es. abilità di dialogare, di ascoltare attivamente e con attenzione, empatia, ascolto compassionevole

5. competenze operative; per es. abilità gestionali: leadership, prendere decisioni, abilità di mobilitazione delle risorse, di organizzare le mansioni.

Il quadro EUMAHP per le competenze, incluse le 5 dimensioni di cui sopra, ha gettato le basi per lo sviluppo di un curriculum di base per i programmi di formazione di secondo livello pubblicato dal consorzio (Colomer et al., 2002). Questo lavoro iniziale ha fornito importanti fondamenta per lo sviluppo collaborativo di un curriculum di base coerente per la formazione in promozione della salute di secondo livello in Europa.

Public Health Training in the Context of an Enlarging Europe (PHETICE): Un altro progetto fondato dalla Commissione Europea che si basa sulle competenze come base per lo sviluppo del curriculum è il progetto PHETICE (Formazione in Sanità pubblica nel contesto di un Europa in allargamento) che ha sviluppato uno schema per guidare la formazione di operatori della sanità pubblica multidisciplinare e ha incluso nel suo direttivo esperti di promozione della salute.

Il progetto PHETICE venne lanciato nel 2005, con l'idea che gli sviluppi della sanità pubblica nell'Unione Europea richiedevano un approccio unificato per lo sviluppo della forza lavoro attraverso le specializzazioni di sanità pubblica. Si riteneva che l'introduzione di una dimensione europea comune di sanità pubblica fosse necessaria per ottenere degli sviluppi e per utilizzare il quadro preparato dalla Commissione Europea.

Il progetto venne avviato da 5 programmi di Master europei finanziati dalla Commissione Europea nell'area della sanità pubblica in senso ampio, alimentazione, gerontologia, epidemiologia e promozione della salute. Il lavoro realizzato all'interno del progetto PHETICE include una mappatura dell'attuale situazione della formazione in sanità pubblica e una raccolta di importanti documenti e informazioni su come il sistema europeo comune di monitoraggio della salute può essere sostenuto con la formazione e su come i sistemi di competenze e di controllo della qualità vengono sviluppati in Europa.

Il progetto PHETICE era diviso in 7 pacchetti di lavoro e distribuito tra cinque partner. All'interno del programma PHETICE, vennero realizzati una mappatura dell'attuale situazione della formazione nell'ambito della sanità pubblica al fine di fornire al progetto informazioni di contesto, e una raccolta di importanti documenti e informazioni sull'istruzione superiore in sanità pubblica in Europa. Inoltre hanno raccolto informazioni sulle strategie educative e pedagogiche adatte per la sanità pubblica ma anche ottimizzate per essere in linea col processo di Bologna. Venne realizzata un'indagine tra le università e scuole di sanità pubblica dell'Europa allargata, usando una lista comune di indirizzi dell'ASPHER (Association of schools of Public Health – Associazione delle Scuole di Sanità Pubblica) e dei programmi di master europei già esistenti. 86 università hanno risposto (PHETICE, 2008).

Venne sviluppato un modello per analizzare le competenze per la sanità pubblica e la promozione della salute. Questo modello, che venne sviluppato a partire da modelli internazionali di sanità pubblica e di promozione della salute già esistenti, è pensato per essere flessibile in modo da permetterne l'uso più ampio possibile affinché possa collegarsi ad altre aree e se ne possa espandere l'uso a livello europeo, nazionale e locale. Questo modello è stato rivisto per permettere l'inclusione di discipline specifiche e delle competenze chiave. Il modello è dinamico ed è diviso in 3 aree collegate tra loro. In termini di risultato, il modello mira a migliorare lo sviluppo della sanità pubblica e contiene esempi di gruppi chiave di riferimento (dalle popolazioni agli individui). Permette anche all'utilizzatore di definire il modello di salute all'interno del quale lavora (da ICD a EUPHID).



Per migliorare la sanità pubblica del gruppo di riferimento, il processo di sanità pubblica è profondamente basato sui valori chiave della "Salute per tutti" (per es. la giustizia sociale e l'equità) che definiscono il contesto nel quale le competenze sono usate e messe in pratica. Le competenze chiave sono suddivise nelle seguenti categorie:

- valutazione (assessment) e analisi
- politiche e pianificazione
- implementazione e valutazione (evaluation)
- comunicazione
- elaborazione delle informazioni
- lavoro di gruppo
- leadership.

Il processo ciclico interagisce con la struttura esistente fatta di istituzioni e di professionisti e delle componenti chiave che li costituiscono (per es. le missioni, i valori, le competenze delle istituzioni e i valori, le competenze e le performance degli individui).

Il progetto PHETICE stabilisce dei collegamenti con il lavoro svolto dall'ASPHER e raccomanda che collegamento con altri network europei vengano mantenuti (Davies et al., 2008).

Association of the School of Public Health in the European Region (ASPHER): L'ASPHER venne stabilita nel 1966, per rappresentare le scuole di sanità pubblica, altri tipi di istruzione di secondo livello in sanità pubblica e altri programmi. Queste scuole e gli altri programmi preparano gli studenti per carriere nei servizi o nella sanità pubblica accademica attraverso l'ottenimento di diplomi in sanità pubblica a tutti i livelli (baccalaureato, master e dottorato). ASPHER sta attualmente sviluppando standard basati sulle competenze per l'istruzione dei professionisti di sanità pubblica, inclusi quanti lavorano nella promozione della salute.

L'attenzione del Programma europeo dell'ASPHER per le competenze chiave di sanità pubblica (European Public Health Core Competencies Programme - EPHCC) è rivolta allo sviluppo di una lista di competenze chiave considerata necessarie dalle Scuole di sanità pubblica per formare i loro studenti a sviluppare, organizzare, gestire e prevedere problemi di sanità pubblica (ASPHER, Phase 1 report). Queste competenze sono necessarie per affrontare le sfide della salute delle popolazioni e dei sistemi di salute, che una parte dei professionisti della sanità pubblica potrebbe aspettarsi di dover affrontare, e naturalmente i sistemi di prevenzione delle malattie e la promozione della salute costituiscono un'importante componente di questo portfolio di competenze (Birt and Foldspang, 2009).

È stato deciso che più probabilmente le competenze sarebbero state viste come appropriate e valide se fossero state sviluppate con un metodo bottom-up, con uno stretto coinvolgimento dei professionisti della sanità pubblica che ogni giorno devono dimostrare le competenze di sanità pubblica nel loro lavoro. La prima fase del progetto fu una fase di raccolta. Tutte le scuole di sanità pubblica furono invitate a mandare una

lista di competenze che per loro erano importanti (Birt and Foldspang, 2009). Le competenze vennero classificate in sei aree tematiche:

1. Metodi (epidemiologia, biostatistica, metodi qualitativi)
2. ambiente sociale e salute
3. ambiente fisico, chimico e biologico e salute
4. politiche, organizzazione, gestione ed economia per la salute
5. promozione della salute e prevenzione
6. tematiche interdisciplinari, inclusi fare strategia, etica e altri temi.

Queste aree erano largamente in accordo con le aree dell'ASPH (Association of Schools of Public Health- Associazione delle scuole di sanità pubblica) negli Stati Uniti. Ciascun area ha il suo gruppo di lavoro e il presidente del gruppo di lavoro può suggerire sottodivisioni. Per ottimizzare l'inclusività del processo, se il membro di un gruppo suggerisce una competenza, questa veniva inserita nella lista. Lo scopo era di produrre un quadro valido delle competenze applicate nella formazione in sanità pubblica in tutta Europa. Non c'era un limite massimo di competenze (ASPHER, 2007).

All'interno di queste aree le competenze erano divise in due gruppi: pratiche (che richiedono abilità) e intellettive (che richiedono conoscenza e comprensione) e ciascun gruppo conteneva un elenco di competenze per ciascuna delle seguenti aree:

- determinanti di salute, fattori di rischio
- teorie e principi della promozione della salute e della prevenzione
- fare strategia, sviluppo, gestione e valutazione di programmi
- comunicazione.

Alcune delle competenze incluse nella bozza del gruppo delle competenze pratiche per la promozione della salute richiedevano agli studenti di dimostrare la capacità di descrivere e valutare i determinanti di salute, descrivere e individuare i principi e gli elementi biologici, fisici, chimici, sociali e psico-sociali coinvolti nella prevenzione e nella promozione della salute, di realizzare indagini sugli stili di vita, di analizzare dati e saper usare metodi di ricerca qualitativi. La bozza delle competenze intellettive richiedeva agli studenti di conoscere e comprendere un'ampia gamma di aree sociali, psicologiche ed economiche inclusi la filosofia di base, le scienze sociali, l'impatto dell'ambiente sociale sulla salute, la comprensione dell'origine sociale, culturale ed economica dei determinanti di salute.

La lista provvisoria delle competenze chiave per la sanità pubblica fase 1 venne pubblicata nell'ottobre del 2007. Questa lista venne realizzata a partire dalle liste di competenze ricevute da ciascun presidente. Alcune competenze vennero riviste o leggermente modificate dai presidenti per evitare troppe ripetizioni e sovrapposizioni che inevitabilmente avvengono quando una serie di liste indipendenti vengono messe insieme (ASPHER, 2007).

Durante la fase 2 vennero stabiliti contatti con gli stakeholder della sanità pubblica. Si tennero due conferenze nel 2008 (Arhaus, Danimarca e Parigi, Francia) e dei workshop in Slovenia e Scozia. Il risultato di queste consultazioni fu che la lista di competenze originata dai sei gruppi di lavoro iniziali venne modificata e nell'ottobre 2008 venne pubblicata la lista provvisoria delle competenze chiave in sanità pubblica fase 2 (ASPHER, 2008).

Secondo Birt e Foldspang (2009) le sfide alla salute delle popolazioni e ai sistemi di salute variano nel tempo e nelle diverse regioni europee. Pertanto si spera che questo processo venga continuato e rafforzato nella fase 3 e che porti a liste condivise a livello generale e regionale di competenze chiave per l'istruzione in sanità pubblica nei diversi livelli di istruzione. In definitiva, le competenze per la sanità pubblica devono essere definite per adattarsi in modo appropriato ai diversi livelli di istruzione e formazione in sanità pubblica e anche ai diversi possibili livelli di occupazione nella sanità pubblica (al fine di agevolare la possibilità di confrontare le offerte di lavoro, e un reale libero movimento dei professionisti di sanità pubblica in Europa). Le competenze possono essere monitorate a livello del singolo studente e le liste di competenze forniranno anche un nuovo potenziale per lo sviluppo di diplomi in sanità pubblica a livello europeo (Birt and Foldspang, 2009).

Attualmente è in corso la fase 3 che include piani per le scuole di sanità pubblica e interazioni tra gli stakeholder di sanità pubblica attraverso conferenze, workshop locali e regionali, classificazioni delle competenze in base al livello di formazioni, continue revisioni e continue pubblicazioni di liste di competenze riviste.

ASPHER nella sua pianificazione per il 2015 sta portando avanti una serie di indagini Delphi al fine di consolidare la lista delle priorità. Entrambe le somministrazioni del Delphi hanno indicato un sostegno molto forte al progetto sulle competenze.

IUHPE/le iniziative europee: Nel 2005 il Comitato Regionale europeo della IUHPE ha creato un sotto-comitato con lo scopo di elaborare raccomandazioni sullo sviluppo della formazione, dell'accreditamento e degli standard professionali per la promozione della salute nell'Unione Europea. Uno studio esplorativo sugli sviluppi della promozione della salute nella regione europea è stato portato avanti da Santa-Maria Morales and Barry (2007) a nome del sotto-comitato. Gli obiettivi dello studio erano:

- esaminare il livello della formazione specialistica in promozione della salute nelle regioni europee
- determinare la situazione corrente in materia di accreditamento e registrazione professionale degli operatori di promozione della salute nei paesi
- avere una visione d'insieme del lavoro corrente a livello nazionale/regionale in materia di competenze e di standard professionali
- determinare l'esistenza e la situazione attuale dei percorsi professionali nella promozione della salute nei diversi paesi

Sono stati ricevuti dati da 33 paesi e lo studio ha riscontrato che la formazione in promozione della salute sta attraversando un processo di sviluppo in Europa, sebbene nei diversi paesi ci siano diversi livelli di sviluppo. Solo un piccolo numero di paesi ha riportato sviluppi attivi nelle competenze per la promozione della salute e sono stati riportati diversi livelli di sviluppo. Lo studio prova che in almeno 7 paesi è in corso uno sviluppo

delle competenze per la promozione della salute e in 4 lo sviluppo degli standard professionali. Nonostante il piccolo numero di sistemi esistenti, le conclusioni dello studio indicano che c'è un'esperienza sulla quale lavorare per lo sviluppo delle competenze e degli standard professionali a livello pan-europeo (Santa-María Morales and Barry, 2007).

Sulla base delle informazioni raccolte attraverso lo studio esplorativo, il sotto-comitato IUHPE/EURO ha attivato un progetto pilota con partecipanti di sette paesi per verificare la fattività di un sistema di accreditamento basato sulle competenze a livello pan-europeo. Il progetto portato avanti da Battel-Kirk e Barry (2009) individua il livello di interesse per e il progresso verso questo sviluppo all'interno dei paesi partecipanti ed esplora le barriere e gli stimoli ad un accreditamento basato sulle competenze. Complessivamente il progetto ha confermato il sostegno ad un sistema pan-europeo e ha raccomandato che questo sistema tenga in considerazione le differenze tra pesi europei in termini di sistemi sanitari, livello di infrastrutture e sviluppo della promozione della salute. I partecipanti a questo progetto, con altri otto partner, hanno proseguito con lo sviluppo di una proposta per ottenere fondi dall'Agenzia esecutiva per la sanità pubblica della Commissione Europea (ora Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori). La proposta ha avuto successo ed ora è il progetto CompHP. I partner del progetto sono stati anche attivi nello sviluppo del Galway Consensus Statement (Dichiarazione di consenso di Galway) sulle aree delle competenze chiave per la PS (Allegrante et al., 2009), che venne visto come portatore di un quadro di riferimento potenzialmente utile per gli sviluppi europei.

The Galway Consensus Conference Statement: Sulla base degli sviluppi internazionali, la Conferenza di consenso di Galway del 2008 fu pensata come primo passo verso un accordo internazionale sulle competenze chiave necessarie per la preparazione professionale degli specialisti di promozione della salute e di educazione alla salute. Queste conferenza cercò di promuovere lo scambio e una maggiore collaborazione sullo sviluppo delle competenze chiave per la promozione della salute e il rafforzamento di comuni approcci per la costruzione di competenze e lo sviluppo della forza lavoro. La IUHPE in collaborazione con la SOHPE (Society for Public Health-Società per la sanità pubblica), il CDC statunitense (Center for Disease Prevention and Control-Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie) e altri partner si è riunito presso l'Università nazionale dell'Irlanda a Galway dal 16 al 18 giugno 2008 per la Conferenza di consenso di Galway che è culminata nella pubblicazione della Dichiarazione di Galway di consenso sulle aree delle competenze chiave per la promozione della salute e l'educazione sanitaria (Allegrante et al., 2009; Barry et al., 2009). I partecipanti della conferenza provenivano da istituzioni di istruzione superiore e da entità governa mentali chiave, ONG, società professionali a livello nazionale e globale. La conferenza ha cercato la partecipazione di leader e stakeholder di tutto il mondo; tuttavia dei circa 35 esperti che sono stati invitati a partecipare, solo 26, per lo più provenienti dall'Europa e dal Nord America, hanno accettato l'invito e hanno partecipato alla conferenza. Diverse regioni del mondo, tra cui l'Africa sub-sahariana, la regione asiatico-pacifica e quella latino-americana, non erano rappresentate o erano sotto-rappresentate a causa della mancanza di risorse finanziarie per coprire i viaggi.

Le relazioni preparate dal segretariato della conferenza per stimolare le riflessioni contenevano la più aggiornata revisione della letteratura relative all'accREDITAMENTO in promozione della salute ed educazione alla salute, che includeva la preparazione e la valutazione professionale basata sulle competenze, gli standard, e gli approcci volti al controllo di qualità.

I partecipanti alla Conferenza di Galway hanno raggiunto l'accordo sui valori e i principi chiave, una definizione comune e otto aree di competenze chiave necessarie per una pratica della promozione della salute efficace. La Dichiarazione di consenso elaborata dagli organizzatori non si riferisce a competenze specifiche ma si concentra piuttosto sulle aree delle competenze chiave che sono fondamentali per raggiungere miglioramenti di salute. Le otto aree di competenze chiave sono così definite:

1. Catalizzatore del cambiamento (Catalyzing change) – permettere il cambiamento e mettere gli individui e le comunità in grado di migliorare la loro salute
2. Leadership – fornire una direzione strategica e opportunità per la partecipazione allo sviluppo di politiche pubbliche per la salute, mobilizzando e gestendo risorse per la promozione della salute e la costruzione di competenze
3. Valutazione (Assessment) – valutare i bisogni e delle risorse presenti nelle comunità e nei sistemi che porti all'individuazione e all'analisi dei determinanti comportamentali, culturali, sociali, ambientali e organizzativi che promuovono e mettono in pericolo la salute
4. Pianificazione (Planning) – sviluppare obiettivi misurabili in risposta alla valutazione dei bisogni e delle risorse e individuare strategie basate sulla conoscenze derivate dalla teoria, dalle prove e dalla pratica
5. Implementazione (Implementation) – portare avanti strategie efficaci ed efficienti, culturalmente sensibili ed etiche che assicurino i maggiori miglioramenti possibili per la salute, inclusa la gestione delle risorse umane e materiali
6. Valutazione (Evaluation) – determinare la portata, l'efficacia e l'impatto dei programmi e delle politiche di promozione della salute. Questo include l'uso di metodi di valutazione e di ricerca appropriati per sostenere i miglioramenti, la sostenibilità e la diffusione del programma
7. Advocacy – promuovere con e a nome degli individui e delle comunità il miglioramento della loro salute e del loro benessere e costruire le loro competenze affinché possano intraprendere azioni che possono migliorare la salute e rafforzare le risorse della comunità al tempo stesso
8. Partnership – lavorare in modo collaborativo con altre discipline, settori e partner per aumentare l'impatto e la sostenibilità dei programmi e delle politiche di promozione della salute.

### **Migliori pratiche in Spagna**

#### **REPOCA®.**

L'Ospedale universitario Dr Peset con VitalAire ha sviluppato un Programma di assistenza a domicilio per persone che soffrono di broncopneumopatia cronica ostruttiva. Questo è un programma di assistenza continua a domicilio che comprende assistenza a domicilio programmata, monitoraggio telefonico e assistenza medica e infermieristica su richiesta, oltre a sessioni educative in cui i professionisti lavorano insieme con i pazienti e coloro che li assistono su questioni come vaccini, inquinamento, alimentazione, sessualità o disintossicazione da tabacco. L'attrezzatura per l'assistenza veniva supportata da un pneumologo in regime ambulatoriale.

L'obiettivo principale di questo programma è quello di valutare l'efficacia dell'assistenza domiciliare, in pazienti con gravi esacerbazioni della BPCO, al fine di ridurre la necessità di assistenza e ricovero ospedalieri. Questo programma ha avuto molto successo. Hanno lavorato per un periodo di 6 mesi nella regione della Comunità autonoma di Valencia e hanno ridotto i ricoveri dell'83%. Hanno assistito 25 pazienti con BPCO lieve (8), grave (8) e molto grave (9). Il programma ha anche ridotto il numero medio delle esacerbazioni che i pazienti soffrivano in seguito allo stesso periodo di tempo precedente.

I criteri di qualità di questa pratica sono i seguenti:

- hanno presentato un nuovo programma di assistenza a domicilio,
- hanno realizzato i loro obiettivi, volevano ridurre il numero di ricoveri tra la popolazione target e il numero di crisi di esacerbazione della BPCO da cui la popolazione target è colpita,
- e lo hanno fatto attraverso un programma basato sulla prevenzione e sull'educazione sanitaria che ha migliorato la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. Credo che questo sia il principale criterio di successo di questo programma oltre al fatto che i pazienti si sentivano più sicuri sapendo che potevano rivolgersi al programma per ricevere aiuto.

### **Piano di comunicazione telefonica**

È un programma che è attualmente in fase di verifica presso il Servizio sanitario pubblico della Comunità Autonoma di Andalusia.

Il programma è finalizzato a fornire un'assistenza telefonica ai prestatori di cure informali dei pazienti che sono dipendenti o sono immobilizzati, presentano una particolare fragilità o rischi nelle loro stesse abitazioni. Fornisce agli assistenti la possibilità di consultare e ottenere consulenza dai loro infermieri o case manager circa i problemi e le situazioni legate alla condizione del paziente.

Il case manager fornirà al badante le necessarie informazioni di contatto e nel settore dei servizi primari ci sarà il coordinamento adeguato per trasferire le chiamate ricevute all'interno di questo programma al professionista competente (sia esso l'infermiere, il dottore...).

Gli obiettivi specifici del presente programma sono: evitare o ridurre qualsiasi complicazione per i pazienti immobilizzati; fornire una risposta alle domande e ai dubbi presentati dai prestatori di cure informali; fornire informazioni ai prestatori di cure informali; evitare la necessità di ridurre la frequenza dell'assistenza di emergenza; e gestire le risorse sanitarie evitando viaggi inutili.

Questa pratica è stata scelta per l'innovazione che implica il fatto di avere un ottimo protocollo per l'assistenza telefonica per gli assistenti domiciliari. Il programma ha avuto inizio il 1° settembre 2011 e si concluderà alla fine del 2012.

Nel 1996 il gruppo di lavoro dell'Organizzazione Samaritana **lituana** (LSB) ha preparato un programma di formazione e una metodologia per gli infermieri sociali. Questo programma dopo un periodo di prova di tre anni è stato approvato dal Ministero dell'istruzione e della scienza e dal Ministero della protezione sociale e del lavoro. Attualmente quattro collegi si occupano di preparare infermieri professionali in base a tale programma. Per garantire posti di lavoro a queste persone l'LSB ha stabilito le istituzioni pubbliche che

forniscono servizi di assistenza infermieristica per persone che sono malate e rimangono a casa. I volontari samaritani che hanno acquisito le competenze infermieristiche di base grazie alla formazione ricevuta dagli insegnanti LSB lavorano insieme ai professionisti impiegati. Già da due anni in alcuni settori l'LSB provvede a insegnare alle famiglie a prendersi cura di un membro della famiglia malato. Quest'iniziativa basata su progetti ha ricevuto finanziamenti da diversi comuni. È un importante sostegno per le famiglie che non possono permettersi di pagare un infermiere.

Le migliori pratiche della Romania sono:

### **COACH BOT- Corso di e-learning modulare con strumento di supporto Virtual Coach**

#### DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI

|   |  |
|---|--|
| <b>Uso dei mezzi della medicina narrativa</b>   | I mezzi della medicina narrativa sono film, libri ed esperienze di teatro utilizzati con l'obiettivo di aiutare i pazienti a raccontare le loro storie.  |
| <b>Uso dei mezzi della pedagogia dei genitori</b>   | I mezzi della pedagogia dei genitori sono l'uso di descrizioni narrative da parte dei genitori, la presenza di un patto educativo tra i professionisti della salute e i genitori, il coinvolgimento delle associazioni dei genitori nel percorso di formazione dei professionisti del settore sanitario. |
| <b>Uso degli strumenti della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (OMS 2011)</b> | I mezzi dell'ICF sono: la Lista di controllo ICF, il Set base ICF, il WHODAS OMS, il Manuale dell'ICF, la valutazione influenzata dall'ICF.  |
| <b>Uso di strategie per raccogliere informazioni descrittive</b>  | Le strategie per raccogliere informazioni descrittive sono controlli civici, incontri aperti, incontri tra cittadini e gruppi di controllo con i cittadini e i pazienti sulla valutazione e pianificazione dei servizi sanitari.   |
| <b>Uso delle informazioni descrittive dei cittadini al fine di migliorare i servizi di assistenza sanitaria</b>               | Esempi di informazioni descrittive dei cittadini sono: lamentele, feedback sul servizio sanitario, lettere di lode.  |
| <b>Uso di metodologie per coinvolgere i cittadini in materia di formazione e di educazione nel sistema sanitario</b>          | Esempi di metodologie per coinvolgere i cittadini nel sistema di formazione ed educazione sanitarie sono: la partecipazione dei cittadini in qualità di opinion leader, il coinvolgimento di genitori e parenti come testimoni privilegiati, ecc.  |

### **Descrizione delle migliori pratiche:**

Il progetto COACH BOT mirava alla progettazione e sperimentazione di metodologie e-learning innovative per l'educazione degli adulti combinando la Tecnologia agente conversazionale (chatbot o chatbot) con un percorso di apprendimento modulare progettato ad hoc.

Pertanto, la metodologia del progetto combinava un percorso di e-learning modulare debitamente progettato secondo le esigenze dei lavoratori adulti con un interfaccia uomo-computer (chatbot) per migliorare l'efficacia della pratica e-learning.

Ha sviluppato un ambiente di e-learning collaborativo che consente agli utenti di comunicare e interagire con una chatbot, chiamata "Virtual Coach", attraverso un'interfaccia simile a quella umana.

Gli e-corsi pilota sono stati progettati e organizzati per i professionisti dell'assistenza sanitaria a domicilio, come personale medico, infermieri, operatori sanitari e medici, che costituiscono il gruppo target diretto del progetto.

La principale innovazione del progetto COACH BOT è la "Virtual Coach". Supporta i partecipanti "singolarmente" durante il corso modulare fornendo loro vari tipi di servizi. Il "Virtual Coach" agisce come un insegnante personale, un allenatore e un assistente di pari grado che fornisce agli studenti:

- orientamento e creazione di un percorso di formazione personalizzato
- informazioni approfondite
- valutazioni e suggerimenti sul contenuto delle lezioni
- aiuto e supporto tecnico
- studi dei casi e giochi di ruolo.

La metodologia del COACH BOT include anche un programma di studi ad hoc realizzato secondo un approccio personalizzato. Questo approccio consente agli studenti di beneficiare di un percorso di formazione sulla base di specifiche esigenze degli studenti stessi. Considerando che ogni studente ha le sue specifiche esigenze lavorative, le sue conoscenze e i suoi requisiti di abilità, gli studenti hanno la possibilità di creare il proprio personale programma di formazione. Per esempio, uno studente può scegliere di concentrarsi su determinati argomenti, evitandone altri o semplicemente di apprendere solo le informazioni di base. Il "Virtual Coach" ha colloqui e chatta con gli studenti al fine di creare un profilo di studente che può aiutarli e guidarli nella scelta dei moduli di corso utili che andranno a costituire il loro percorso di formazione personale.

Il progetto è basato sulla tecnologia agente conversazionale. Il motore agente conversazionale sarà creato dalla tecnologia open source AIML (Artificial Intelligence Mark-up Language), standard XML utilizzato per creare chatbot. Con l'obiettivo di interfacciare la chatbot per i sistemi di apprendimento e le persone, un interprete AIML open source verrà utilizzato e modificato per la gestione di dati e algoritmi differenti.



## Risultati:

L'e-corso "Valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari a domicilio europei" era basato su una metodologia e-learning che permette ad ogni studente di costruirsi un **percorso di apprendimento personalizzato**.

- Il percorso di apprendimento personalizzato di ogni studente comprende alcuni argomenti selezionati dall'elenco dei moduli del programma di studi, in base alle esigenze specifiche di ogni studente. Il programma del corso completo comprende 15 moduli divisi in 4 aree principali come segue:

- A) **Questioni mediche:** Modulo A1 Sostenere i singoli nell'accesso e nella partecipare ad attività ricreative; Modulo A2 Sostenere i singoli nella loro vita quotidiana.

- B) **Questioni psicologiche:** Modulo B3 Comunicazione con persone anziane; Modulo B4 Comunicazione con i pazienti morenti e i loro familiari; Modulo B5 Comunicazione con i pazienti con disabilità dell'udito; Modulo B6 Comunicazione con i pazienti con disabilità della vista; Modulo B7 Il rapporto con la famiglia dei pazienti; Modulo B8 Istituire un rapporto di aiuto.

- C) **Leggi sanitarie nazionali/UE:** Modulo C9 Introduzione alla legislazione UE principale sui lavoratori nel campo dell'assistenza sanitaria a domicilio; Modulo C10 Legislazione britannica sui lavoratori nel campo dell'assistenza sanitaria a domicilio; Modulo C11 Legislazione SI sui lavoratori nel campo dell'assistenza sanitaria a domicilio.

- D) **Aspetti sociali/etici:** Modulo D12 Infermiere: codice professionale e aspetti etici; Modulo D13 Differenze culturali nel rapportarsi ai pazienti; Modulo D14 Codice professionale e aspetti etici di coloro che lavorano nel campo dell'assistenza sociale; Modulo D15 Auto-istruzione e apprendimento continuo.

Per maggiori informazioni visitare il sito [www.coachbot.eu](http://www.coachbot.eu)

## GAT4ProVIP - Consulenza di orientamento e formazione per genitori e parenti di persone non vedenti

### DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI

|  |  |
|--|--|
| <b>Uso dei mezzi della medicina narrativa</b>  | I mezzi della medicina narrativa sono film, libri ed esperienze di teatro utilizzati con l'obiettivo di aiutare i pazienti a raccontare le loro storie.  |
| <b>Uso dei mezzi della pedagogia dei genitori</b>  | I mezzi della pedagogia dei genitori sono l'uso di descrizioni narrative da parte dei genitori, la presenza di un patto educativo tra i professionisti della salute e i genitori, il coinvolgimento delle associazioni dei genitori nel percorso di formazione dei professionisti del settore sanitario. |
| <b>Uso degli strumenti della Classificazione internazionale del funzionamento, della</b> | I mezzi dell'ICF sono: la Lista di controllo ICF, il Set base ICF, il WHODAS OMS, il Manuale dell'ICF, la valutazione influenzata dall'ICF.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>disabilità e della salute (OMS 2011)</b>  |   |
| <b>Uso di strategie per raccogliere informazioni descrittive</b>   | Le strategie per raccogliere informazioni descrittive sono controlli civici, incontri aperti, incontri tra cittadini e gruppi di controllo con i cittadini e i pazienti sulla valutazione e pianificazione dei servizi sanitari.                  |
| <b>Uso delle informazioni descrittive dei cittadini al fine di migliorare i servizi di assistenza sanitaria</b>      | Esempi di informazioni descrittive dei cittadini sono: lamentele, feedback sul servizio sanitario, lettere di lode.   |
| <b>Uso di metodologie per coinvolgere i cittadini in materia di formazione e di educazione nel sistema sanitario</b> | Esempi di metodologie per coinvolgere i cittadini nel sistema di formazione ed educazione sanitarie sono: la partecipazione dei cittadini in qualità di opinion leader, il coinvolgimento di genitori e parenti come testimoni privilegiati, ecc. |

### **Descrizione delle migliori pratiche:**

Per ridurre l'impatto che comporta il fatto di diventare un assistente inatteso di una persona che ha appena perso la vista.

Attraverso questa struttura il progetto mirava a dare ai nuovi assistenti tutto l'aiuto pratico e l'orientamento su come affrontare i problemi immediati e su come pianificare il futuro per offrire la migliore assistenza possibile e opportunità di vita futura ai loro partner o parenti.

Il progetto ha cercato di affrontare tutte le questioni di ordine pratico su cui il gruppo target deve essere informato sia per le esigenze pratiche a breve che a lungo termine, riducendo inoltre l'incidenza di problemi psicologici attraverso un corso residenziale che offre un contatto con esperti nel settore della riabilitazione e un gruppo/forum di self help a lungo termine.

### **Risultati:**

Un corso di 3 giorni per spiegare le condizioni fisiche dell'occhio, come agire in qualità di guida per i non vedenti, i passi essenziali per lavorare a domicilio, come capire al meglio l'impatto psicologico dell'evento, quali supporti sono disponibili.

I corsi sarebbero gestiti come mini unità residenziali dai partner del progetto, con struttura e contenuto facilmente trasferibili ad altri stati dell'UE.

I corsi:

#### **Formazione Libro 1 - Problemi fisici della disabilità visiva**

#### **Formazione Libro 2 - Questioni psicologiche per le persone che si occupano di non vedenti**

**Formazione Libro 3 - Consulenza, orientamento e formazione**

**Formazione Libro 4 – Tecnologia assistiva**

**Formazione Libro 5 - Competenze per la vita e motivazione**

Un sito web che fornisce ulteriori dettagli su quanto detto prima per riferimento a lungo termine e un link a ulteriori fonti di informazioni, assistenza e orientamento.

Per maggiori informazioni visitare il sito <http://www.gat4provip.eu>

**Progetto di servizi di assistenza domiciliare da parte della Fondazione Croce Gialla e Bianca della Romania**

DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI

|   |  |
|---|--|
| <b>Uso dei mezzi della medicina narrativa</b>   | I mezzi della medicina narrativa sono film, libri ed esperienze di teatro utilizzati con l'obiettivo di aiutare i pazienti a raccontare le loro storie.  |
| <b>Uso dei mezzi della pedagogia dei genitori</b>   | I mezzi della pedagogia dei genitori sono l'uso di descrizioni narrative da parte dei genitori, la presenza di un patto educativo tra i professionisti della salute e i genitori, il coinvolgimento delle associazioni dei genitori nel percorso di formazione dei professionisti del settore sanitario. |
| <b>Uso degli strumenti della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (OMS 2011)</b> | I mezzi dell'ICF sono: la Lista di controllo ICF, il Set base ICF, il WHODAS OMS, il Manuale dell'ICF, la valutazione influenzata dall'ICF.  |
| <b>Uso di strategie per raccogliere informazioni descrittive</b>  | Le strategie per raccogliere informazioni descrittive sono controlli civici, incontri aperti, incontri tra cittadini e gruppi di controllo con i cittadini e i pazienti sulla valutazione e pianificazione dei servizi sanitari.   |
| <b>Uso delle informazioni descrittive dei cittadini al fine di migliorare i servizi di assistenza sanitaria</b>               | Esempi di informazioni descrittive dei cittadini sono: lamentele, feedback sul servizio sanitario, lettere di lode.  |
| <b>Uso di metodologie per coinvolgere i cittadini in materia di formazione e di educazione nel sistema sanitario</b>          | Esempi di metodologie per coinvolgere i cittadini nel sistema di formazione ed educazione sanitarie sono: la partecipazione dei cittadini in qualità di opinion leader, il coinvolgimento di genitori e parenti come testimoni privilegiati, ecc.  |

## Descrizione delle migliori pratiche

Il progetto dei **Servizi di assistenza domiciliare** è iniziato in collaborazione con il United Way Romania nel 2005, con un totale di 50 beneficiari e si è protratto negli anni successivi fino ad ora grazie ai favorevoli risultati registrati. Il progetto ha vinto nel 2007 il premio per il miglior programma dell'anno 2006/2007 nell'ambito del Galà della Società civile.

Il progetto si propone di fornire servizi completi per la salute indirizzati a persone con bisogni speciali, per la maggior parte anziani, persone dipendenti e molto dipendenti residenti a Bucarest.

Il gruppo target è composto da 60 persone al mese, con un elevato grado di necessità di aiuto (incapaci di spostarsi e/o di soddisfare le proprie esigenze). La maggior parte di loro sono persone anziane (54 persone), altri non sono soggetti a ricovero ospedaliero o non possono essere ricoverati per un lungo periodo. Tra questi vi sono pazienti malati di cancro e patologie che richiedono cure palliative.

### Risultati:

Oltre il 90% dei pazienti diabetici imparerà a gestire se stesso e i propri farmaci ipoglicemizzanti al fine di seguire responsabilmente la dieta

- acquisizione di conoscenze e competenze relative alla cura di sé per pazienti che hanno una famiglia
- riduzione del 100% dello stress familiare causato dalla cura del paziente in fase terminale, la presenza del team nei momenti critici
- indipendenza per il monitoraggio dei parametri fisiologici e del glucosio nel sangue dei pazienti con ipertensione e/o diabetici
- il 20% dei beneficiari riceverà farmaci
- capacità di ripristino della potenza attiva ed educazione della famiglia alla nutrizione artificiale.

Altri risultati:

- maggiore senso di sicurezza;
- qualità della vita;
- riduzione dei ricoveri;
- usufruire di un ambiente in qualità di beneficiario indipendente.



## Assistenza agli anziani

### DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI

|   |  |
|---|--|
| <b>Uso dei mezzi della medicina narrativa</b>   | I mezzi della medicina narrativa sono film, libri ed esperienze di teatro utilizzati con l'obiettivo di aiutare i pazienti a raccontare le loro storie.  |
| <b>Uso dei mezzi della pedagogia dei genitori</b>   | I mezzi della pedagogia dei genitori sono l'uso di descrizioni narrative da parte dei genitori, la presenza di un patto educativo tra i professionisti della salute e i genitori, il coinvolgimento delle associazioni dei genitori nel percorso di formazione dei professionisti del settore sanitario. |
| <b>Uso degli strumenti della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (OMS 2011)</b> | I mezzi dell'ICF sono: la Lista di controllo ICF, il Set base ICF, il WHODAS OMS, il Manuale dell'ICF, la valutazione influenzata dall'ICF.  |
| <b>Uso di strategie per raccogliere informazioni descrittive</b>  | Le strategie per raccogliere informazioni descrittive sono controlli civici, incontri aperti, incontri tra cittadini e gruppi di controllo con i cittadini e i pazienti sulla valutazione e pianificazione dei servizi sanitari.   |
| <b>Uso delle informazioni descrittive dei cittadini al fine di migliorare i servizi di assistenza sanitaria</b>               | Esempi di informazioni descrittive dei cittadini sono: lamentele, feedback sul servizio sanitario, lettere di lode.  |
| <b>Uso di metodologie per coinvolgere i cittadini in materia di formazione e di educazione nel sistema sanitario</b>          | Esempi di metodologie per coinvolgere i cittadini nel sistema di formazione ed educazione sanitarie sono: la partecipazione dei cittadini in qualità di opinion leader, il coinvolgimento di genitori e parenti come testimoni privilegiati, ecc.  |

### Descrizione delle migliori pratiche

Il progetto proponeva la prestazione di assistenza sociale e di cure palliative a domicilio per gli anziani, contribuendo:

- allo sviluppo dei servizi di cure palliative e socio-sanitari a domicilio su misura per pazienti anziani e basati sul principio di uguaglianza;
- a facilitare l'accesso di gruppi vulnerabili di anziani ai servizi di assistenza sociale;

- a sviluppare partnership tra le istituzioni che possono offrire sostegno, innovazione e flessibilità nell'ambito di servizi specializzati, cure palliative e assistenza sociale.

I beneficiari sono:

- anziani immobilizzati e privi di assistenza
- anziani con malattia in fase terminale;
- pazienti anziani che vivono in zone senza accesso ai servizi sociali e alle cure mediche per cui la privazione comporta un peggioramento del loro stato di salute.

Per maggiori informazioni visitare il sito <http://www.ingrijrevarstnici.ro>

#### Risultati:

Standard di qualità per i servizi di assistenza domiciliare:

Assistenza socio-sanitaria a domicilio

Cure palliative a domicilio

#### Standard di qualità per i servizi di cure palliative

##### DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI

|   |  |
|---|--|
| <b>Uso dei mezzi della medicina narrativa</b>   | I mezzi della medicina narrativa sono film, libri ed esperienze di teatro utilizzati con l'obiettivo di aiutare i pazienti a raccontare le loro storie.  |
| <b>Uso dei mezzi della pedagogia dei genitori</b>   | I mezzi della pedagogia dei genitori sono l'uso di descrizioni narrative da parte dei genitori, la presenza di un patto educativo tra i professionisti della salute e i genitori, il coinvolgimento delle associazioni dei genitori nel percorso di formazione dei professionisti del settore sanitario. |
| <b>Uso degli strumenti della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (OMS 2011)</b> | I mezzi dell'ICF sono: la Lista di controllo ICF, il Set base ICF, il WHODAS OMS, il Manuale dell'ICF, la valutazione influenzata dall'ICF.  |
| <b>Uso di strategie per raccogliere informazioni descrittive</b>  | Le strategie per raccogliere informazioni descrittive sono controlli civici, incontri aperti, incontri tra cittadini e gruppi di controllo con i cittadini e i pazienti sulla valutazione e pianificazione dei servizi sanitari.   |
| <b>Uso delle informazioni descrittive dei cittadini al fine di migliorare i servizi di</b>                                    | Esempi di informazioni descrittive dei cittadini sono: lamentele, feedback sul servizio sanitario, lettere di lode.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>assistenza sanitaria</b>  |   |
| <b>Uso di metodologie per coinvolgere i cittadini in materia di formazione e di educazione nel sistema sanitario</b> | Esempi di metodologie per coinvolgere i cittadini nel sistema di formazione ed educazione sanitarie sono: la partecipazione dei cittadini in qualità di opinion leader, il coinvolgimento di genitori e parenti come testimoni privilegiati, ecc. |

### Descrizione delle migliori pratiche

Il presente è un documento in cui sono descritti gli standard per i servizi di cure palliative in Romania. Il progetto ha elaborato le norme minime di qualità che sono nate dal desiderio di migliorare l'assistenza medica fornita a gruppi di pazienti molto vulnerabili e non sufficientemente assistiti, ossia quei pazienti con malattie incurabili. Gli standard hanno portato a una serie di criteri che devono essere soddisfatti da qualsiasi potenziale servizio di cure palliative che si progetta di istituire e possono essere utilizzati anche dalle autorità sanitarie e dai donatori come uno strumento pratico di valutazione dei servizi di cure palliative in Romania.

I costi delle cure palliative in Romania (febbraio 2010) sono stati calcolati sulla base di standard minimi di qualità nel settore di tali cure.

Inoltre sono state proposte norme per il personale dei servizi di cure palliative, per i fornitori di cure palliative autorizzati e per formare infermieri nel settore delle cure palliative.

Per maggiori informazioni visitare il sito <http://www.studiipaliative.ro/STANDARDE%20INTERIOR.pdf>

### Risultati:

14 principi per un totale di più di 30 norme di qualità

L'elemento dell'assistenza sanitaria più sviluppato in **Polonia** è la casa di cura per malati terminali, specialmente per i bambini; in questo settore possiamo trovare molti esempi di buone pratiche. La cura di una persona in stato terminale è sempre una grande sfida, soprattutto se il malato è un bambino. Al fine di garantire la migliore assistenza possibile a un piccolo paziente negli ultimi mesi di vita in ospedale, offrono un'assistenza individuale e interdisciplinare e coinvolgono la famiglia in tutto il processo. Un buon esempio è l'Ospedale per bambini a Opole [15]. Il team dell'ospedale è composto da:

- anestesista
- due pediatri
- specialista in neurologia pediatrica
- due infermieri anestetici
- infermieri



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

- due fisioterapisti
- assistente sociale
- psicoterapeuta
- diacono

Questa vasta gamma di specialisti consente una cura globale del bambino malato. La cosa importante, anche se non vi è necessità che partecipi un medico diverso da quello usuale, è che questi fa parte del team e non è un estraneo per il bambino, il che permette al paziente di sentirsi più a suo agio, perché è circondato da un gruppo di persone che conosce e non le tratta come medici impersonali che appaiono solo per un momento come succede nei soliti ospedali. Quest'impressione è rafforzata da un forte impegno da parte della famiglia del paziente.

Oltre all'assistenza interdisciplinare permanente e al coinvolgimento dei genitori nell'ospedale si possono trovare altri due esempi di buone pratiche - organizzazione delle colonie di vacanza e dei gruppi di sostegno. I campi sono organizzati ogni anno per i giovani pazienti, ovviamente il team medico se ne prende cura per tutto il tempo, questi campi rappresentano per i bambini un modo molto positivo per dimenticare almeno per qualche tempo la loro malattia e divertirsi con i loro coetanei.

Nell'ospedale, c'è anche un gruppo di sostegno per le famiglie dei pazienti che sono in stato terminale e anche di coloro che sono già deceduti.

Vale la pena notare che gli ospedali per malati terminali svolgono un ruolo importante per la promozione dell'assistenza interdisciplinare, che in tal modo sta raccogliendo un gruppo sempre più ampio di sostenitori ed è realizzata all'interno di un numero crescente di istituzioni, non solo nel campo dei servizi di assistenza sanitaria.



## 8. Conclusioni

### Situazione in **Lituania**

In sintesi, è stata prestata notevole attenzione alla qualità dei servizi sociali e alla tutela dei diritti umani nei confronti delle persone che vivono in istituti di assistenza sociale e a domicilio. Cercando di trovare il modello più adeguato di infrastruttura di istituzioni per l'assistenza sociale e di analizzare il potenziale della riorganizzazione delle istituzioni per l'assistenza sociale e il decentramento dei servizi, si sono mobilitati gruppi di lavoro e sono stati consultati esperti. Sono stati imposti requisiti più elevati non solo per le istituzioni di assistenza sociale e specialisti che lavorano nel campo, ma anche per la loro leadership. La valutazione dei leader degli istituti di assistenza sociale dovrebbe iniziare nel 2015; la procedura di valutazione dovrebbe essere realizzata nel 2011.

Le Norme per la concessione di licenze di istituti di assistenza sociale dovrebbero anche essere redatte nel corso dello stesso anno.

Sotto l'influenza del cambiamento dell'assistenza sanitaria sociale, aumenta la contraddizione tra l'aspetto reale e l'aspetto formale della qualifica di infermiere. L'evoluzione della struttura della qualifica di infermiere professionale influenza i cambiamenti nelle dimensioni più importanti della formazione professionale. La condizione necessaria per un'efficace assistenza infermieristica che risponda alle esigenze della società è un'istruzione e una formazione professionali adeguate degli infermieri in grado di fornire qualifiche in prospettiva. Alcuni infermieri hanno contatti diretti con le persone allo scopo di sviluppare ed espandere il loro atteggiamento consapevole nei confronti del loro stato di salute e del loro personale modo di vita e riorganizzano i modelli di pensiero e di vita dei pazienti; altri insegnano ai futuri infermieri a lavorare con le persone. Pertanto, gli infermieri in qualità di agenti educativi possono essere suddivisi in due gruppi relativamente: insegnanti di assistenza sanitaria e insegnanti professionali. La preparazione pedagogica di questi ultimi è un obiettivo eccezionale della politica nel settore infermieristico. (19)

Lo sviluppo della scienza infermieristica e l'espansione dei programmi di istruzione e formazione infermieristiche determina l'istruzione e la formazione universitarie del personale infermieristico, ambito in cui molta attenzione è rivolta alla materia - contenuto pedagogico dell'istruzione e della formazione dell'infermiere che garantisce l'acquisizione della qualifica pedagogica corrispondente alle esigenze di istruzione e formazione degli insegnanti professionali; lo sviluppo delle capacità generali che consentano di adattarsi più flessibilmente alle richieste sociali in rapido cambiamento; e l'acquisizione di un'educazione interculturale che è significativa per l'attività pedagogica e la carriera professionale dell'infermiere.

Il sistema di assistenza sanitaria a domicilio in **Romania** è ai suoi albori e vi sono molte cose da fare affinché funzioni correttamente. Un sistema di assistenza sanitaria a domicilio migliore ridurrebbe notevolmente i costi ospedalieri e i controlli potrebbero essere effettuati a domicilio da personale specializzato e da un medico specialista.

Inoltre, l'aspetto burocratico è complesso per gli assicurati che hanno bisogno di tali servizi. Molte persone non ricevono informazioni sull'assistenza sanitaria a domicilio e per questo motivo del paziente se ne occupa la famiglia. Sarebbe anche utile che i medici di famiglia, lo specialista e il Ministero della sanità fossero più coinvolti nell'opera di informare l'assicurato circa i benefici di tali servizi.

Il sistema di assistenza sanitaria a domicilio in **Polonia** deve affrontare gli stessi problemi dell'intero sistema sanitario. Non ci sono fondi sufficienti, la burocrazia è eccessiva e la carenza di personale specializzato fa sì che l'accessibilità delle cure sanitarie sia spesso limitata, il che comporta un rapido sviluppo del settore privato e quindi l'uso di servizi che sono disponibili per una piccola parte della società, per chi se li può permettere.

Ma va sottolineato che questi problemi si riflettono principalmente nella medicina specializzata, ma l'assistenza sanitaria a domicilio, attuata principalmente nel sistema POZ, offre maggiore disponibilità. Inoltre, il secondo elemento chiave dell'assistenza a domicilio sono gli ospedali per malati terminali che si distinguono da tutti gli altri; particolare attenzione viene loro rivolta visto il profilo dei pazienti e le carenze delle istituzioni pubbliche vengono sopperite dai centri privati, spesso gratuitamente - organizzazioni, fondazioni, Caritas. Pur avendo un personale medico altamente qualificato il problema principale sembra essere la mancanza di fondi sufficienti.

Il problema riguarda sia una formazione ulteriore del personale che comporta carenza di personale specializzato sia la mancanza di risorse necessarie durante il processo di cura. Questi problemi vengono eliminati lentamente ma sistematicamente dall'attuazione del Piano sanitario nazionale.

Ma va sottolineato che, nonostante i problemi nel sistema di assistenza sanitaria, in molti casi si possono identificare esempi di buone pratiche, principalmente grazie all'enorme impegno da parte del personale medico.

## 9. Bibliografia e riferimenti

1. Piano sanitario nazionale 2011-2013, Ministero della Salute
2. Libro bianco su principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della salute
3. Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale, AGENAS
4. Patto della salute 2010-2012
5. Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, in Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
6. Briziarelli L., Necessità formative per la promozione della salute e la salute globale, in Educazione sanitaria e Promozione della salute, vol. 33, n. 2, 2010
7. Briziarelli L., La promozione della salute, indicazioni per la formazione dei medici, in ESPS, volume 33, n.1, 2010
8. Relazione dello stato sanitario del paese, 1999
9. Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, in Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
10. Resegotti L., Promozione Salute n. 4, CIPES Piemonte, Torino, 2010
11. Polish Constitution of 2 April 1997.
12. [http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/budzet\\_nfz\\_w\\_2008\\_r\\_489\\_mld\\_zl-a\\_5027.htm](http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/budzet_nfz_w_2008_r_489_mld_zl-a_5027.htm)
13. Report on the activities of the national consultant in the field of family nursing in 2007.
14. [http://www.izbapiel.org.pl/upload/wskaznik\\_w\\_UE.pdf](http://www.izbapiel.org.pl/upload/wskaznik_w_UE.pdf)
15. Employment of doctors in the Zachodniopomorskie province in the years 2008 - 2009, Report - Office of the Marshal of Zachodniopomorskie Province.
16. [http://www.wynagrodzenia.pl/moja\\_placa.php?s=480&Lekarz%20rodziny](http://www.wynagrodzenia.pl/moja_placa.php?s=480&Lekarz%20rodziny)
17. Average employment and salary in enterprise sector in April 2012. Central Statistical Office.
18. <http://www.izbapiel.org.pl/upload/1%20-%20Liczba%20zarejestrowanych%2031.12.2011.pdf>
19. [http://www.izbapiel.org.pl/upload/2\\_Liczba\\_zatrudnionych\\_31.12.2011.pdf](http://www.izbapiel.org.pl/upload/2_Liczba_zatrudnionych_31.12.2011.pdf)
20. Statement on the long-term nursing services at patient's home on 01.03.2010. National Health Fund.
21. The range of competences of family midwife. The Superior Council of Nurses and Midwives.
22. Center for Postgraduate Medical Education. Family medicine - program of specialization for physicians.
23. Regulation of the Minister of Health on 29 October 2003. Journal of Laws from 2003 No. 197 item 1922.
24. <http://www.hospicjum.opole.pl/>
25. <http://www.dors.it>
26. [www.unipg.it/csesi](http://www.unipg.it/csesi)
27. [www.asnas.it](http://www.asnas.it)
28. [www.societaitalianaigiene.org/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=86](http://www.societaitalianaigiene.org/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=86)
29. [http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare\\_salute/PinInformatiCompetenti.asp](http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/PinInformatiCompetenti.asp)
30. <http://www.unipg.it/csesi/ita/cipes.htm>
31. <http://www.antropologiamedica.it/fondazione.html>
32. [http://www.ccm-network.it/prg\\_area4\\_centri\\_doc\\_Asl3TO](http://www.ccm-network.it/prg_area4_centri_doc_Asl3TO)
33. [http://www.retepromozionesalute.it/allegati/REPORT\\_progettoAdolescenti.pdf](http://www.retepromozionesalute.it/allegati/REPORT_progettoAdolescenti.pdf)
34. <http://www.guadagnaresalute.it/site/la-banca-dati>
35. [http://www.agenas.it/norm\\_naz\\_assist\\_dom\\_ssn.htm](http://www.agenas.it/norm_naz_assist_dom_ssn.htm)