

DM 77 del 2022

Quale futuro per la sanità pubblica territoriale?

Roma 7 dicembre 2022



L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NELLA REGIONE LAZIO: Presentazione dei risultati finali dell'indagine IRISS

Dott. Ambrogio Cerri,
Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Sapienza Università di Roma

Indagine sull'Integrazione Socio-Sanitaria (IRISS) sui Distretti della Regione Lazio



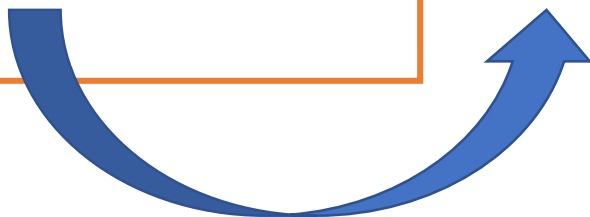
Caratteristiche dello Studio

Modalità	Survey a modalità mista	
	1° fase	2° fase
Somministrazione	intervista telefonica	Questionario Online
Domande	30	10
Soggetto dello Studio	Direttori di Distretto delle ASL della Regione Lazio	Operatori impiegati nei Distretti delle ASL della Regione Lazio che si occupano di integrazione socio-sanitaria
Rispondenti	46	308
Finalità	Valutare l'Integrazione Socio-Sanitaria nel Lazio	



PRIMA FASE DELLO STUDIO IRSS

- Durata da Aprile a Giugno 2022
- Raccolta dati sullo stato dei Distretti Sanitari della Regione Lazio attraverso i Direttori di Distretto
- Presentazione dei Risultati preliminari



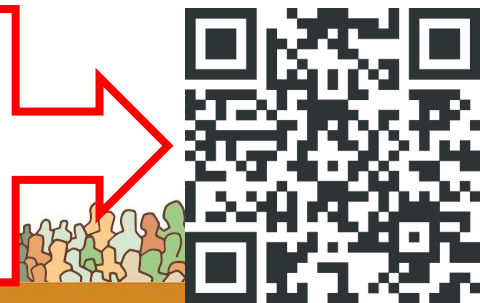
L'INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA
PER UN'ASSISTENZA
DI COMUNITÀ



22 giugno 2022

ROMA Regione Lazio Sala Tevere

Qr code del
convegno
passato!



SECONDA FASE DELLO STUDIO IRSS

- Durata da Settembre a Novembre 2022
- Invio e raccolta questionari online, comprensivi di consensi informati allo studio, a tutti gli Operatori impiegati nei Distretti delle ASL della Regione Lazio che si occupano di integrazione socio-sanitaria.



Composizione questionario di 10 domande:

- 5 domande caratterizzanti il partecipante (genere, età, professione, ASL);
- 5 domande di opinione, basate su scala likert, sull'integrazione socio-sanitaria e gli sviluppi delle Case della Comunità.

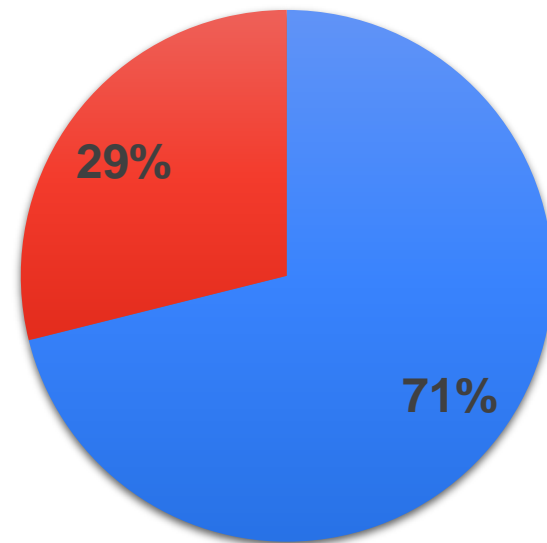


1. Genere dei partecipanti all'Indagine:

Hanno partecipato allo studio, dal 27 Settembre 2022 al 29 Novembre 2022, 308 persone, di cui donne per più dei 2/3.

■ Femmina

■ Maschio



Età dei partecipanti:

124

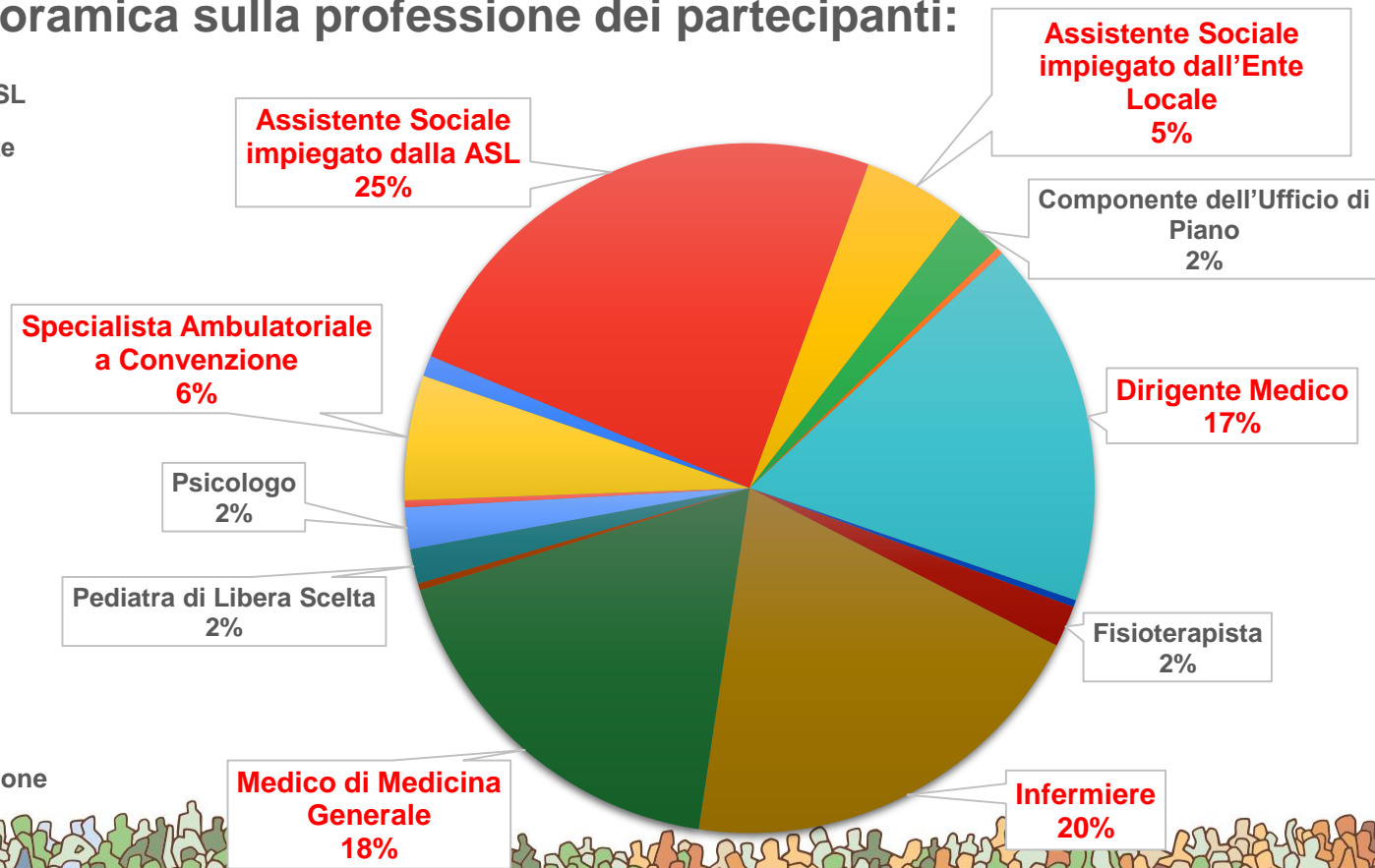
184

124 partecipanti allo studio hanno meno di 50 anni, mentre, la maggior parte, 184, ha più di 50 anni.



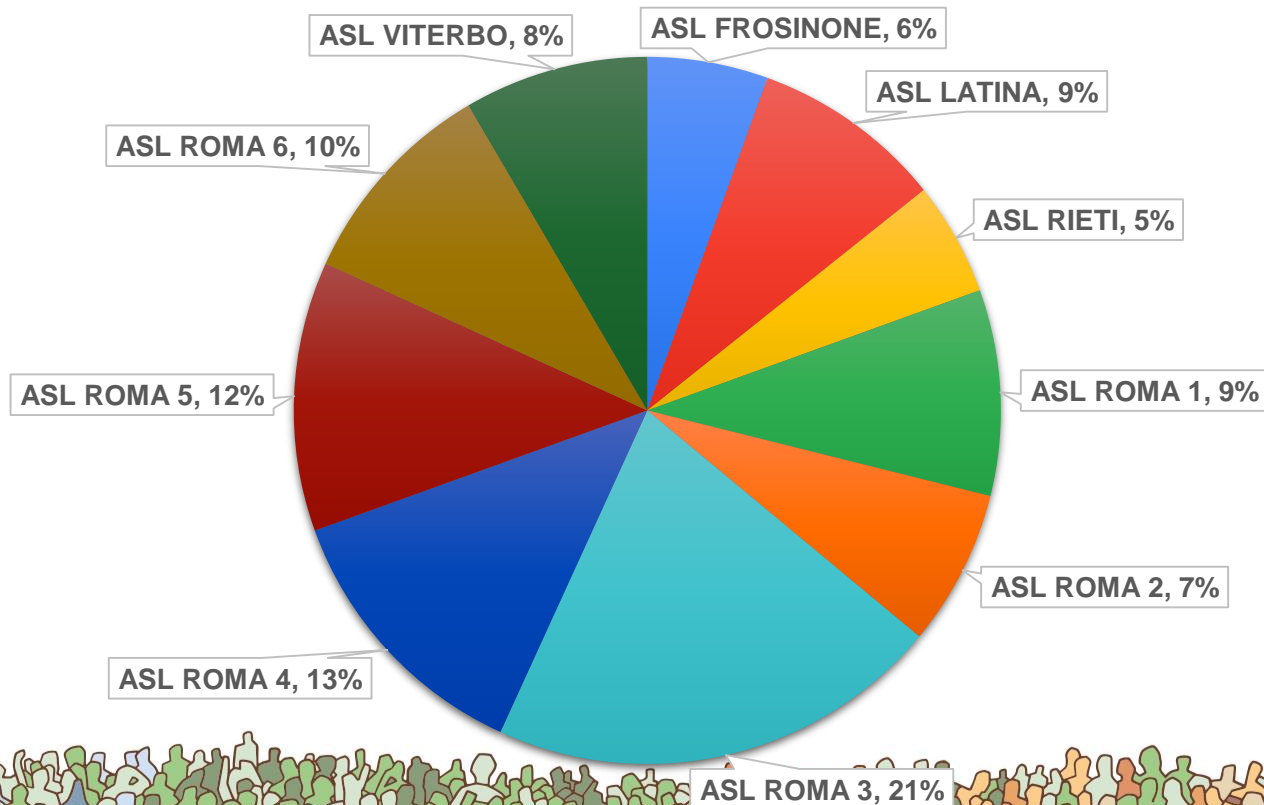
Panoramica sulla professione dei partecipanti:

- Amministrativo
- Assistente Sociale impiegato dalla ASL
- Assistente Sociale impiegato dall'Ente Locale
- Componente dell'Ufficio di Piano
- Coordinatore Aziendale Consultori
- Dirigente Medico
- Educatore Professionale
- Fisioterapista
- Infermiere
- Medico di Medicina Generale
- Medico di Medicina dei Servizi
- Pediatra di Libera Scelta
- Psicologo
- Referente PUA
- Specialista Ambulatoriale a Convenzione



Livello di partecipazione delle ASL allo studio:

- ASL FROSINONE
- ASL LATINA
- ASL RIETI
- ASL ROMA 1
- ASL ROMA 2
- ASL ROMA 3
- ASL ROMA 4
- ASL ROMA 5
- ASL ROMA 6
- ASL VITERBO

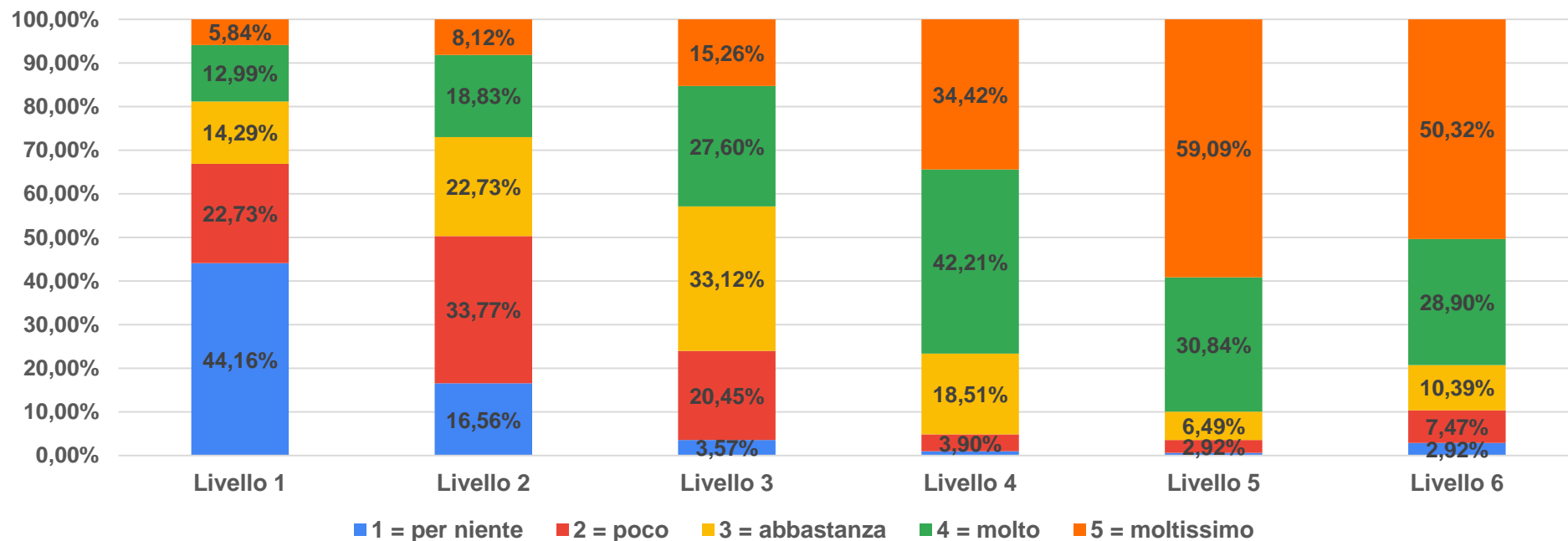


5. Secondo una scala da 1 a 5, quanto è utile attivare la VMD e il PAI per ciascuna delle seguenti condizioni clinico-sociali associate ai livelli di stratificazione del rischio previsti dal D.M. 77? (in cui 1 è uguale a per niente, 2 a poco, 3 ad abbastanza, 4 a molto e 5 a moltissimo)

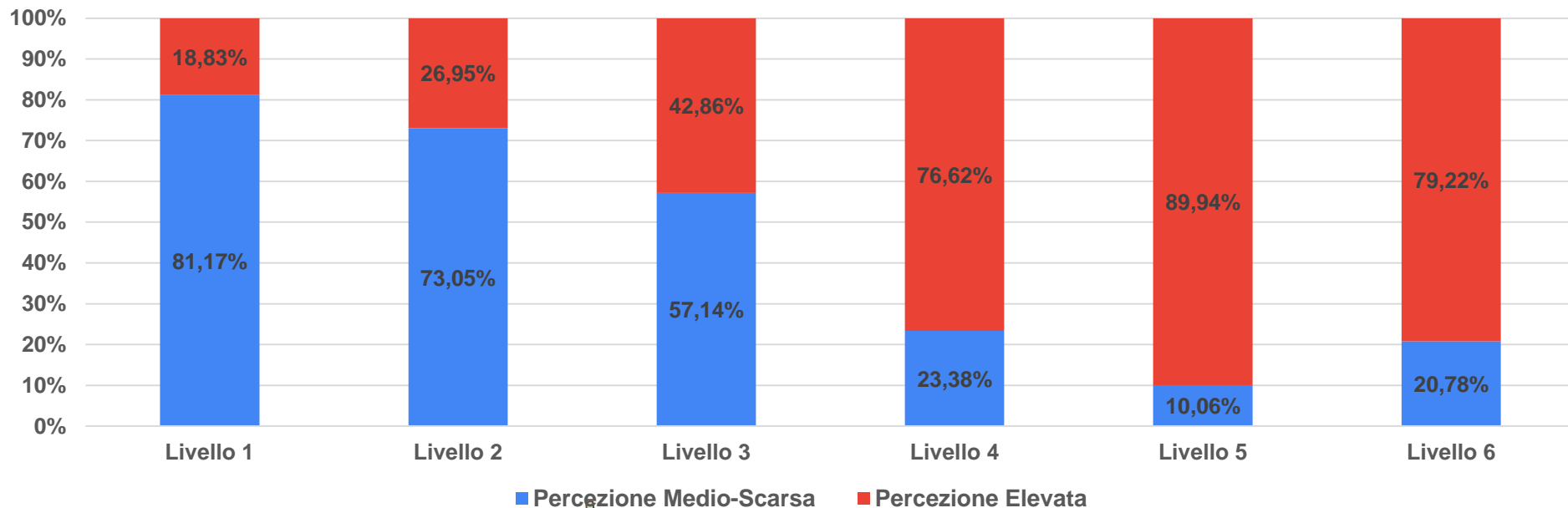
- Livello 1 - Assenza di condizioni patologiche;
- Livello 2 - Assenza di cronicità/fragilità;
- Livello 3 - Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente monopatologica, perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali;
- Livello 4 - Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse, con o senza determinanti sociali deficitari;
- Livello 5 - Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza), con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo;
- Livello 6 - Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione.



5. Secondo una scala da 1 a 5, quanto è utile attivare la VMD e il PAI per ciascuna delle seguenti condizioni clinico-sociali associate ai livelli di stratificazione del rischio previsti dal D.M. 77?



Percezione dei partecipanti riguardante l'utilità nell'attivazione del PAI e della VMD in relazione ai Livelli di stratificazione del rischio riportati nella Domanda 5 dividendo tra una percezione elevata (4 e 5) e una percezione medio-scarsa (da 1 a 3).

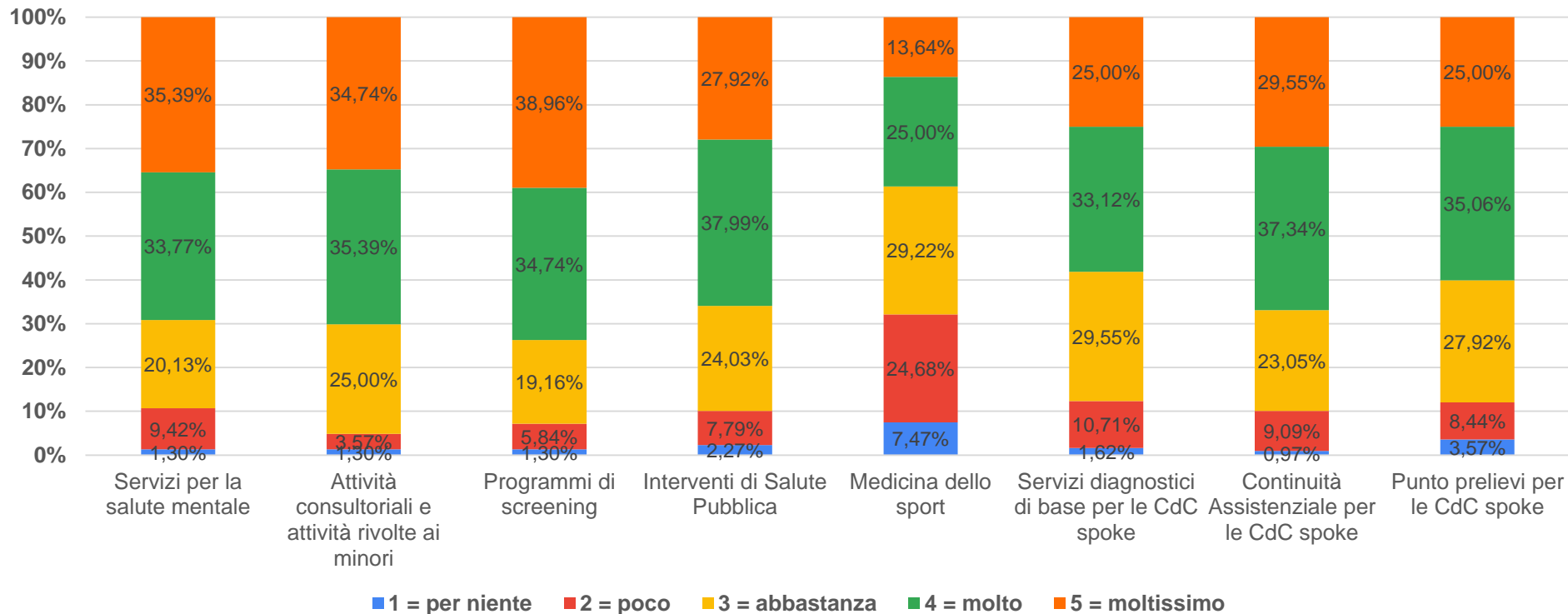


6. Quali dei seguenti servizi, considerati facoltativi o raccomandati nel D.M. 77, sarebbe utile inserire all'interno delle Case della Comunità, secondo una scala di priorità da 1 a 5? (in cui 1 è uguale a per niente, 2 a poco, 3 ad abbastanza, 4 a molto e 5 a moltissimo)

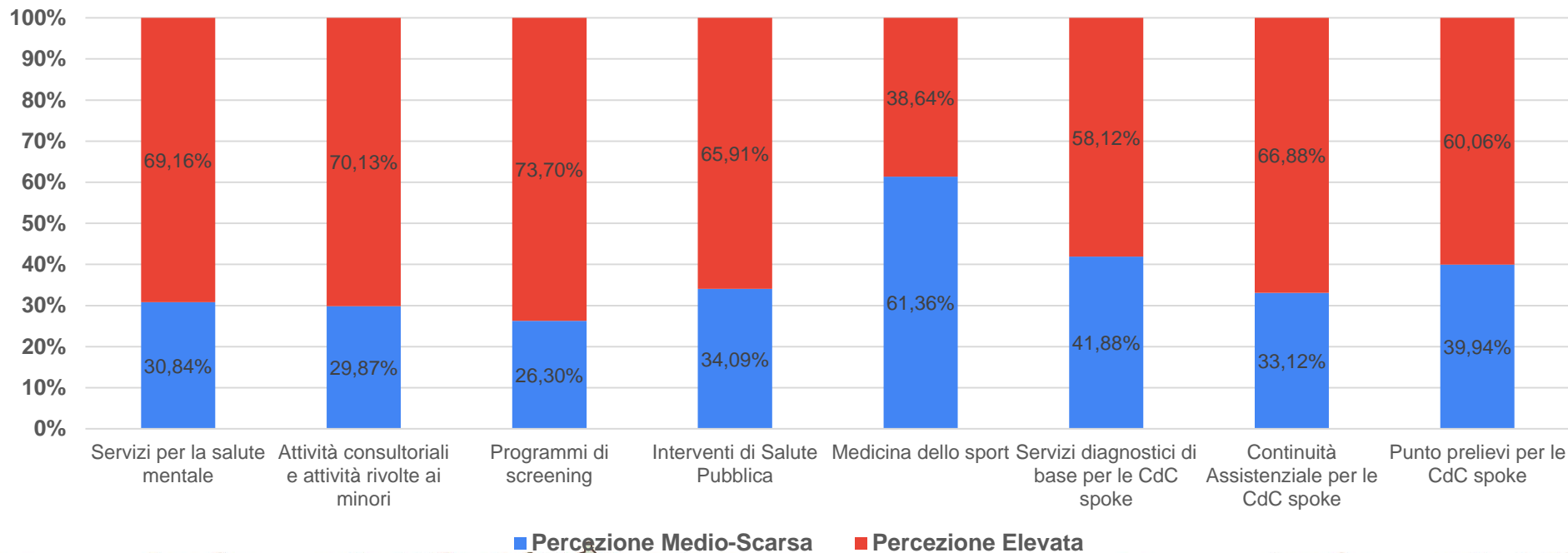
- Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;
- Attività consultoriali e attività rivolte ai minori;
- Programmi di screening;
- Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18);
- Medicina dello sport;
- Servizi diagnostici di base (facoltativo per le Case della Comunità spoke);
- Continuità assistenziale (facoltativo per le Case della Comunità spoke);
- Punto prelievi (facoltativo per le Case della Comunità spoke).



6. Quali dei seguenti servizi, considerati facoltativi o raccomandati nel DM 77, sarebbe utile inserire all'interno delle Case della Comunità (CdC), secondo una scala di priorità da 1 a 5?



Percezione dei partecipanti riguardante l'utilità nell'inserimento nelle Case della Comunità dei servizi riportati nella Domanda 6 dividendo tra una percezione elevata (4 e 5) e una percezione medio-scarsa (da 1 a 3).



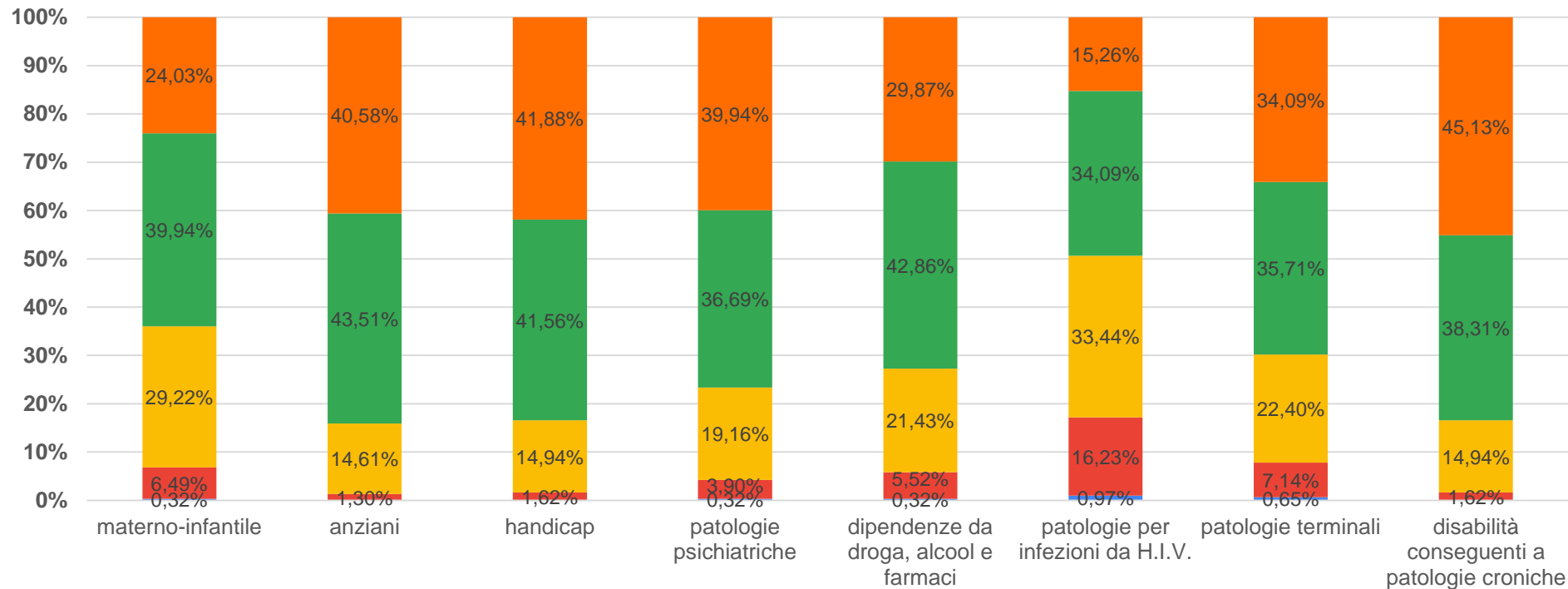
7. Per quanto riguarda le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, quali aree di intervento necessitano, a suo parere, di un'implementazione nel Distretto Sanitario, secondo una scala di priorità da 1 a 5? (in cui 1 è uguale a per niente, 2 a poco, 3 ad abbastanza, 4 a molto e 5 a moltissimo)

- Materno-infantile;
- Anziani;
- Handicap;
- Patologie psichiatriche;
- Dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- Patologie per infezioni da H.I.V.;
- Patologie terminali;
- Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative.



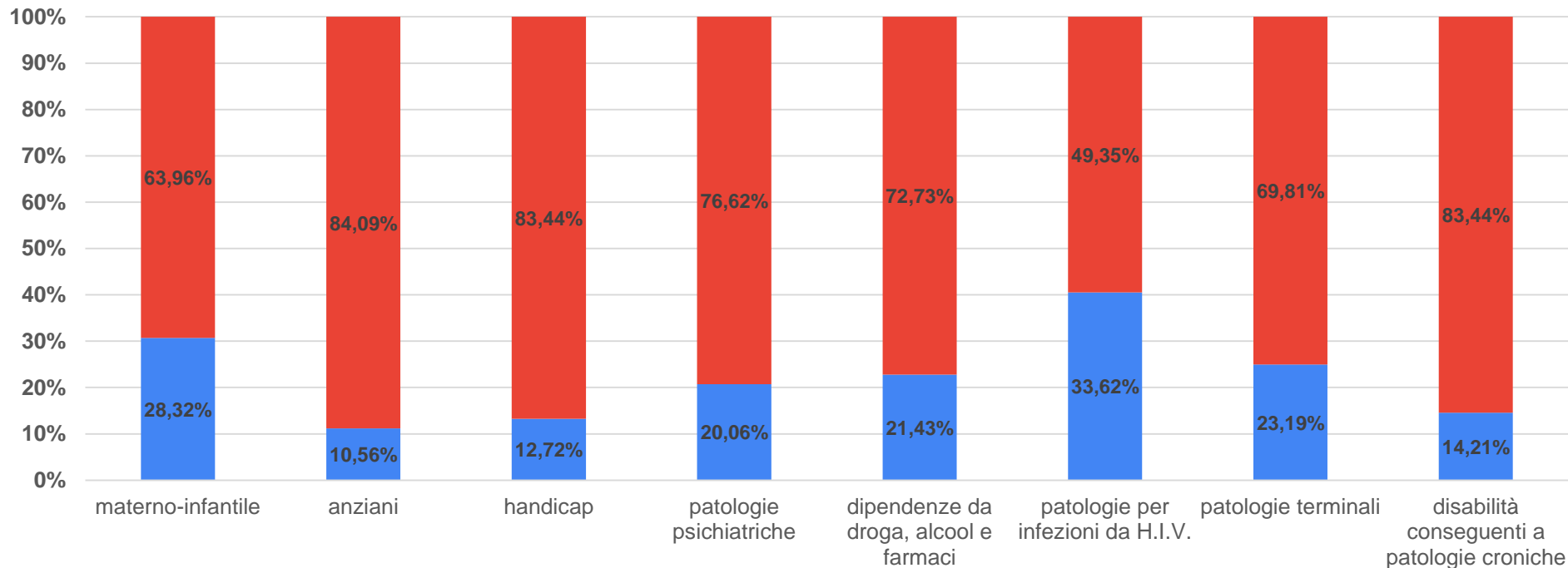
7. Per quanto riguarda le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, quali aree di intervento necessitano, a suo parere, di un'implementazione nel Distretto Sanitario, secondo una scala di priorità da 1 a 5?

■ 1 = per niente ■ 2 = poco ■ 3 = abbastanza ■ 4 = molto ■ 5 = moltissimo



Percezione dei partecipanti riguardanti le aree riportate nella Domanda 7 che necessitano di implementazione nel Distretto Sanitario, dividendo tra una percezione elevata (4 e 5) e una percezione medio-scarso (da 1 a 3).

■ Percezione Medio-Scarsa ■ Percezione Elevata



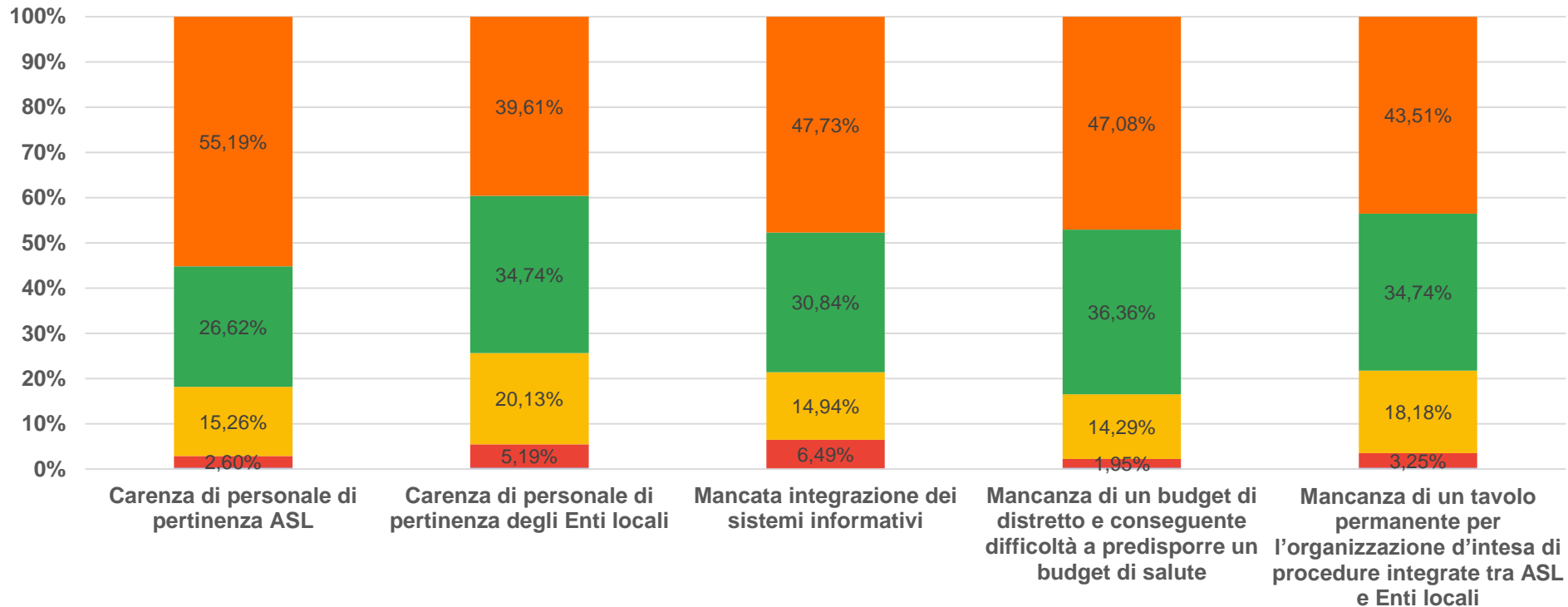
8. Nella sua esperienza, quanto i seguenti fattori possono ostacolare l'integrazione socio-sanitaria, secondo una scala da 1 a 5? (in cui 1 è uguale a per niente, 2 a poco, 3 ad abbastanza, 4 a molto e 5 a moltissimo)

- Carenza di personale di pertinenza ASL;
- Carenza di personale di pertinenza degli Enti locali;
- Mancata integrazione dei sistemi informativi;
- Mancanza di un budget di distretto e conseguente difficoltà a predisporre un budget di salute;
- Mancanza di un tavolo permanente per l'organizzazione d'intesa di procedure integrate tra ASL e Enti locali;



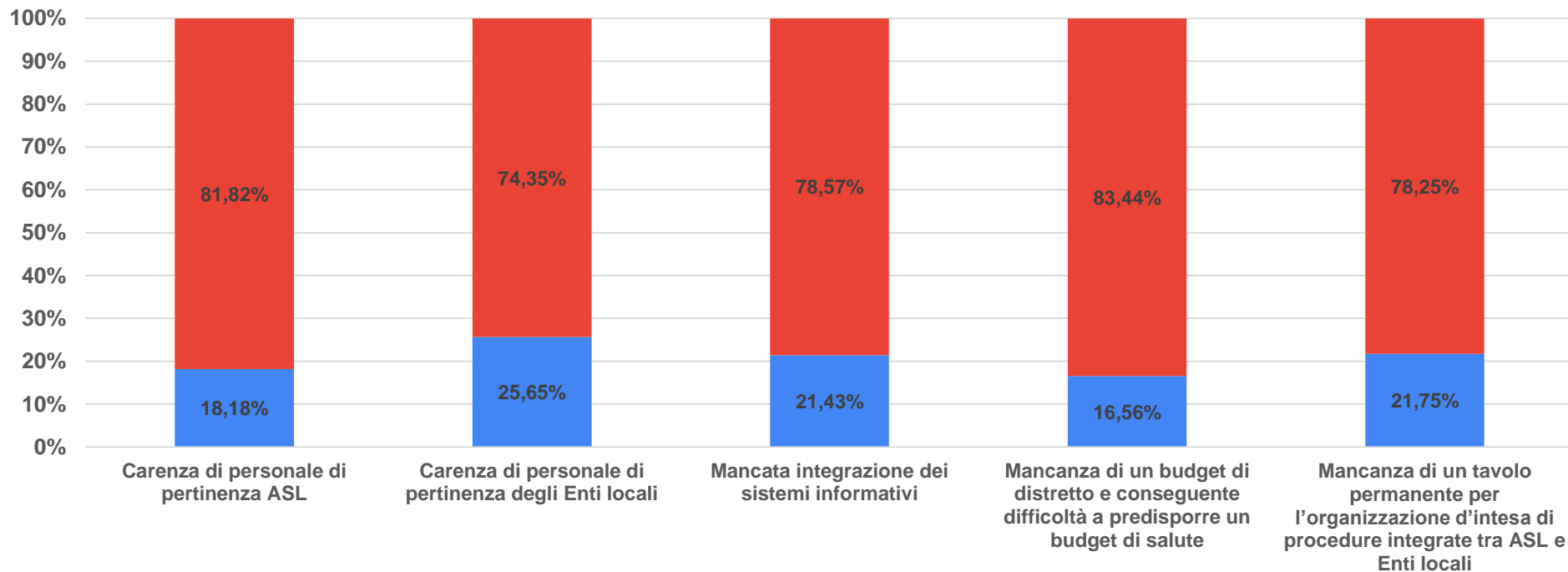
8. Nella sua esperienza, quanto i seguenti fattori possono ostacolare l'integrazione socio-sanitaria, secondo una scala da 1 a 5?

■ 1 = per niente ■ 2 = poco ■ 3 = abbastanza ■ 4 = molto ■ 5 = moltissimo



Percezione dei partecipanti riguardanti i fattori ostacolanti l'integrazione socio-sanitaria riportati nella Domanda 8, dividendo tra una percezione elevata (4 e 5) e una percezione medio-scarso (da 1 a 3).

■ Percezione Medio-Scarsa ■ Percezione Elevata



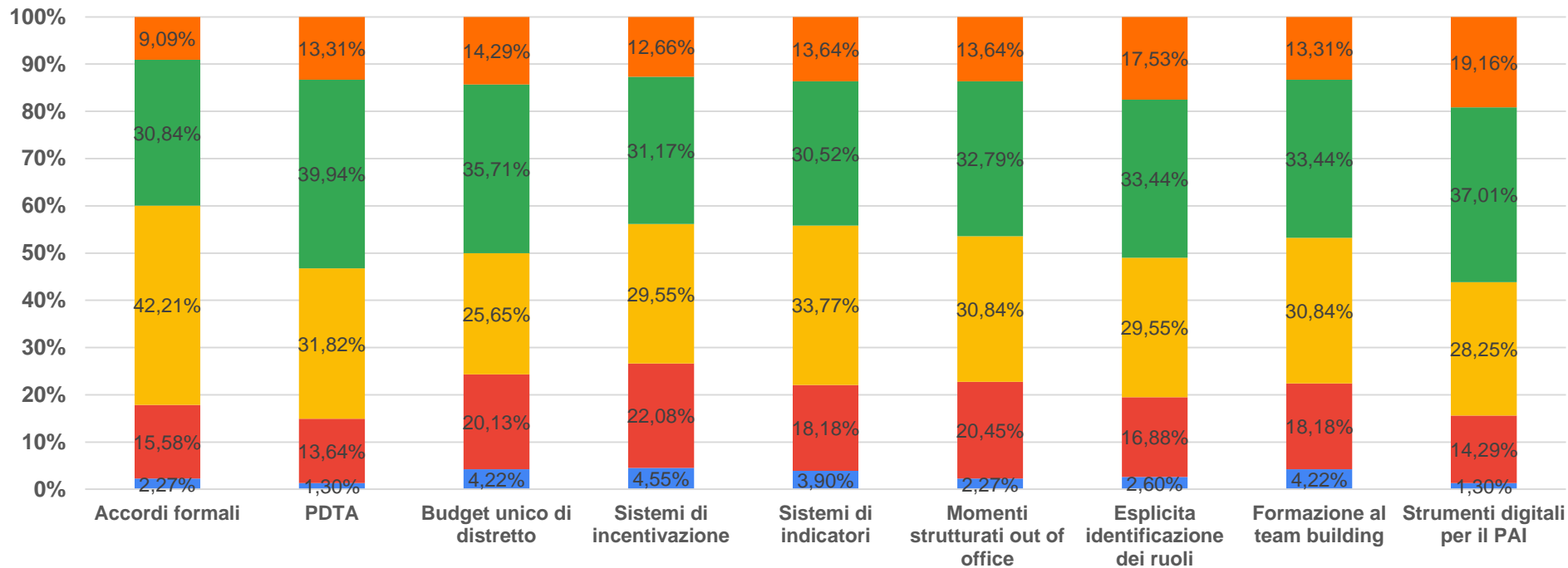
9. A suo parere, quanto verranno implementati i seguenti strumenti a seguito dell'inserimento del PUA e dell'UVM nelle Case della Comunità, secondo una scala da 1 a 5? (in cui 1 è uguale a per niente, 2 a poco, 3 ad abbastanza, 4 a molto e 5 a moltissimo)

- Accordi formali tra organizzazioni e/o gruppi professionali;
- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- Budget unico di distretto o budget di salute;
- Sistemi di incentivazione premianti il coordinamento dell'azione clinico-assistenziale;
- Sistemi di indicatori per l'attività svolta su gruppi di popolazione;
- Momenti strutturati out of office (audit, briefing per acquisire anticipatamente informazioni sugli assistiti);
- Esplicita identificazione dei ruoli (clinical manager, case manager, caregiver ingaggiato, consultant) in funzione delle condizioni clinico-assistenziali dell'assistito;
- Specifica formazione al team building e alla leadership;
- Strumenti digitali per la formulazione, attuazione, monitoraggio e rivalutazione del PAI.



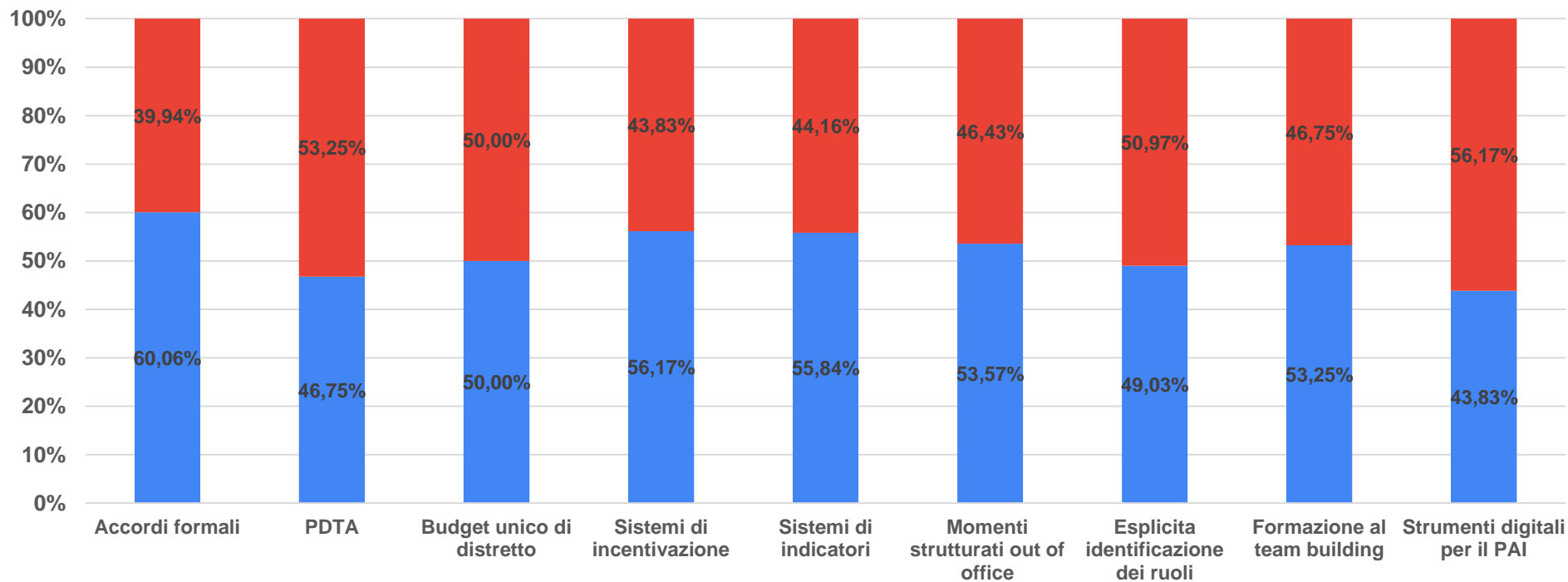
9. A suo parere, quanto verranno implementati i seguenti strumenti a seguito dell'inserimento del PUA, ed eventualmente dell'UVM, nelle Case della Comunità, secondo una scala da 1 a 5?

■ 1 = per niente ■ 2 = poco ■ 3 = abbastanza ■ 4 = molto ■ 5 = moltissimo



Percezione dei partecipanti riguardanti l'implementazione nelle CdC degli strumenti riportati nella Domanda 9 a seguito dell'inserimento del PAI e della VMD, dividendo tra una percezione elevata (4 e 5) e una percezione medio-scarso (da 1 a 3).

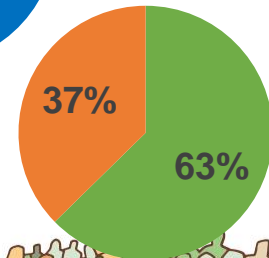
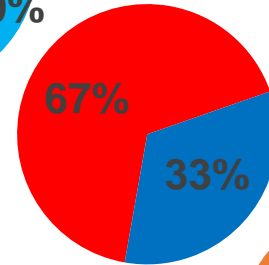
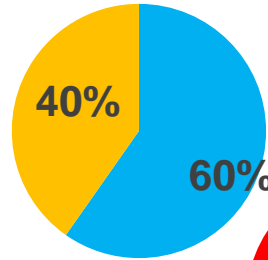
■ Percezione Medio-Scarsa ■ Percezione Elevata



STUDIO ANALITICO

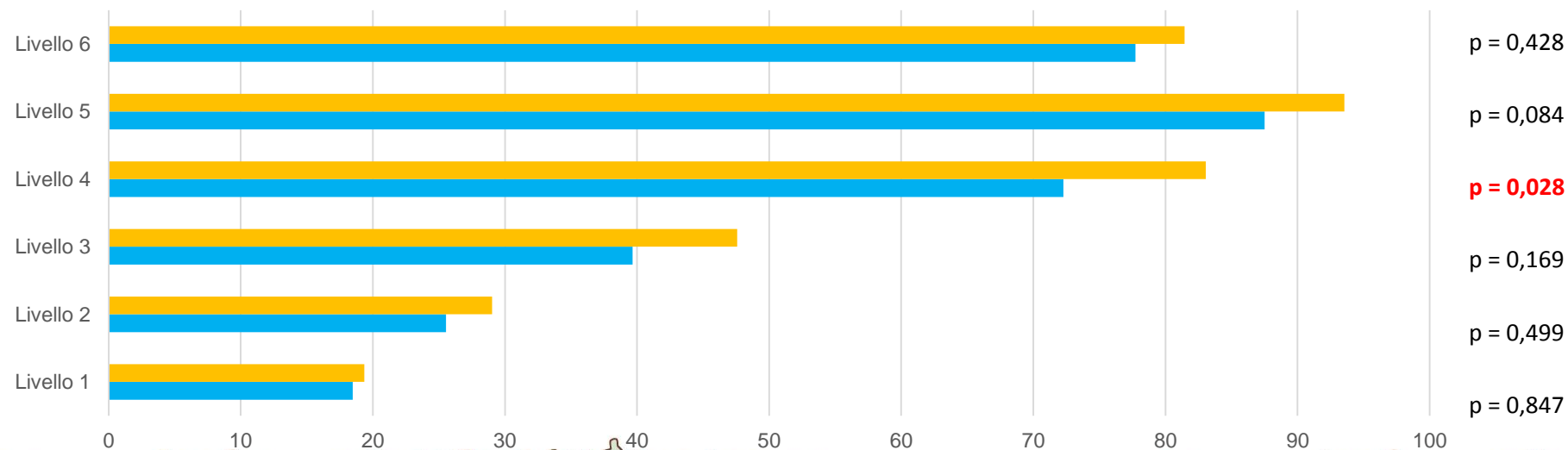
Statistica descrittiva, attraverso il test del X^2 , tra le risposte alle domande da 5 a 9 (dicotomizzate agli estremi) e la composizione del campione rappresentata dalle seguenti 3 variabili così dicotomizzate:

- Età divisa per ≤ 50 anni e > 50 anni;
- Divisione tra **professionisti sanitari** e **sociali**;
- Divisione territoriale tra **Metropolitano** e **non**.



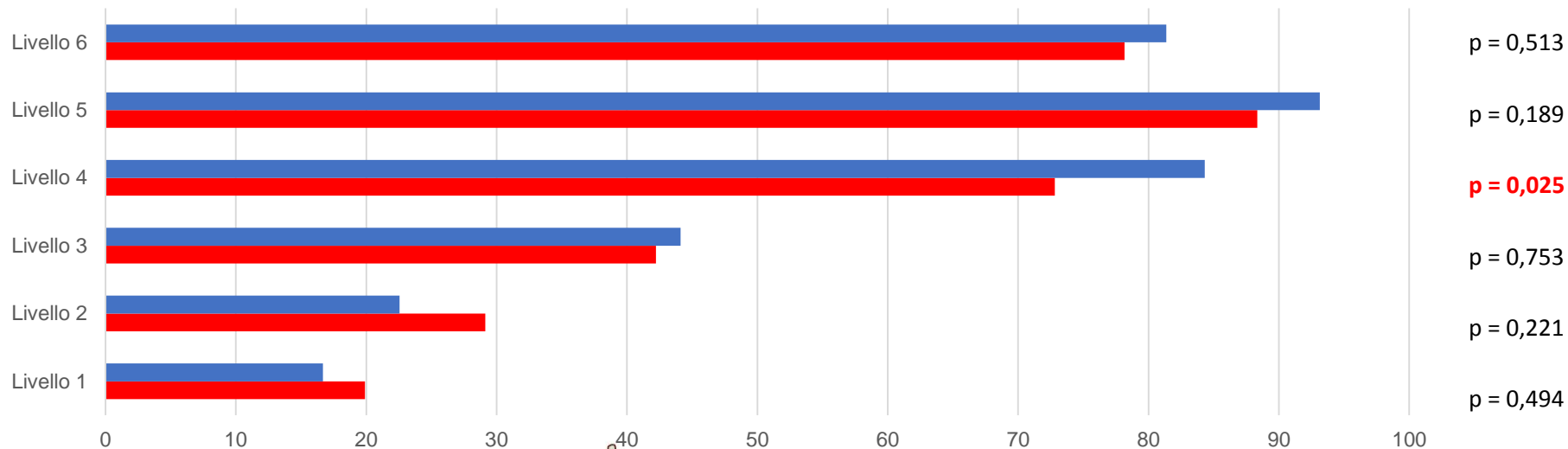
Distribuzione in base all'età dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti l'utilità nell'attivazione del PAI e della VMD in relazione ai Livelli di stratificazione del rischio riportati nella Domanda 5.

■ ≤ 50 anni ■ > 50 anni

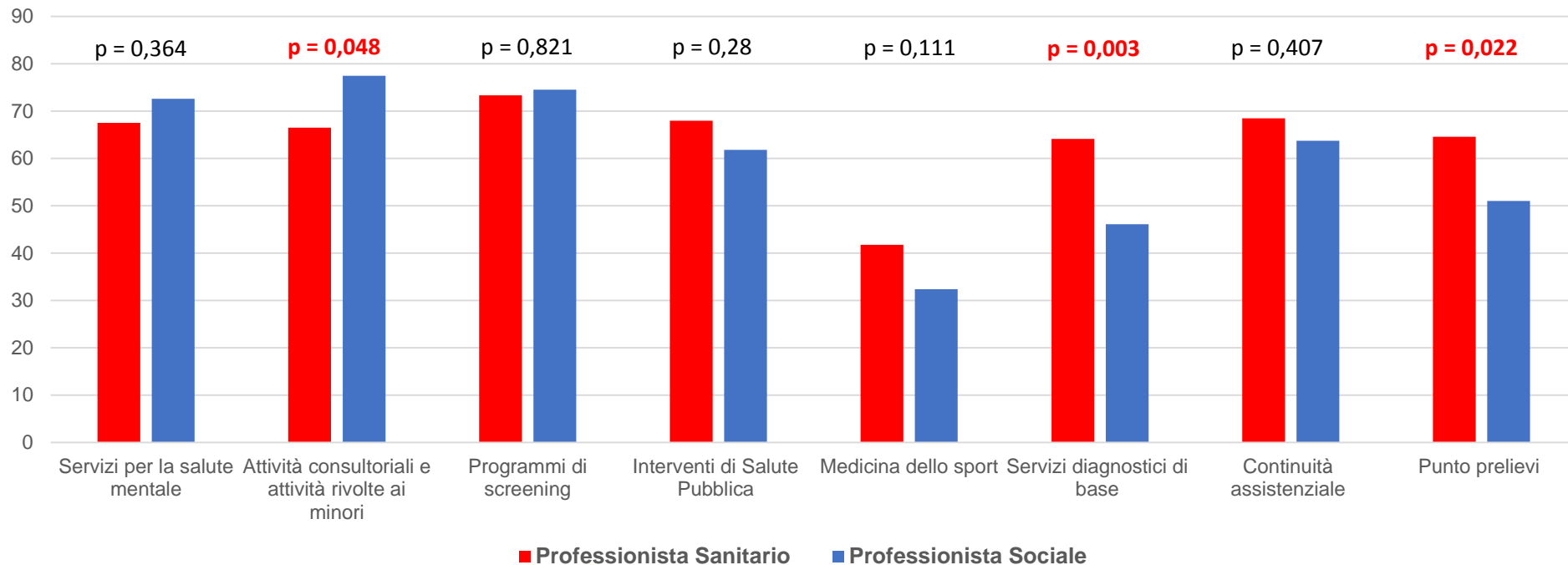


Distribuzione in base alla professione dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti l'utilità nell'attivazione del PAI e della VMD in relazione ai Livelli di stratificazione del rischio riportati nella Domanda 5

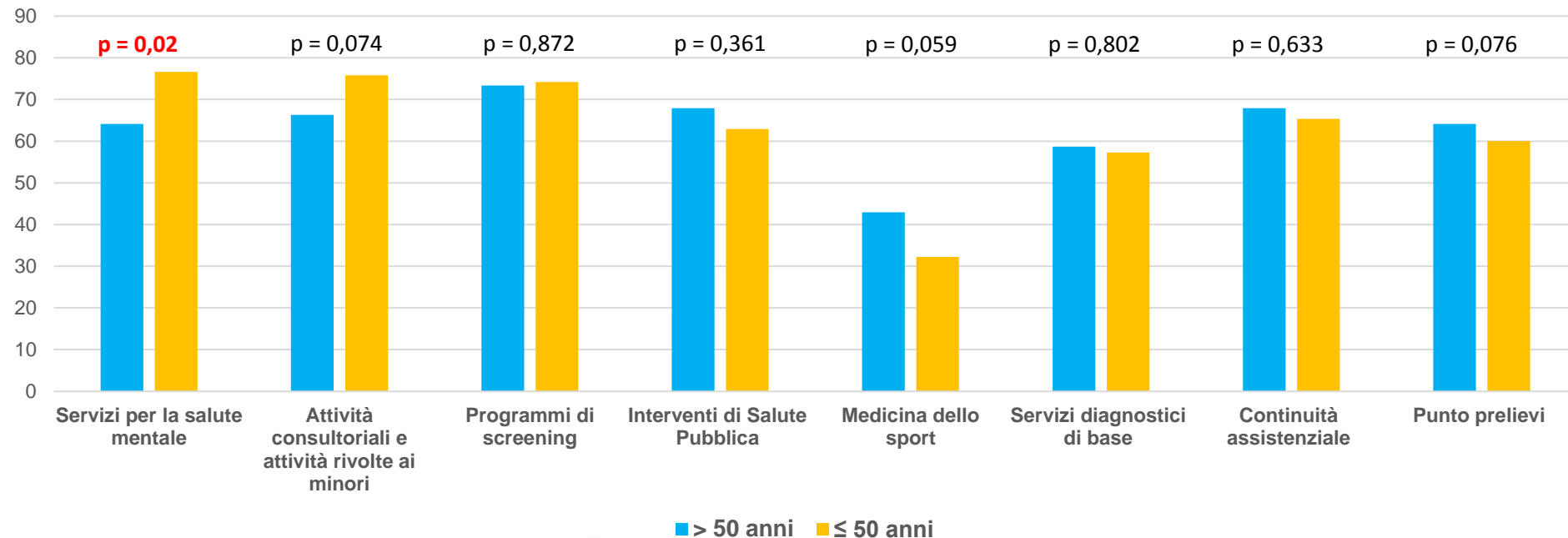
■ Professionista Sociale ■ Professionista Sanitario



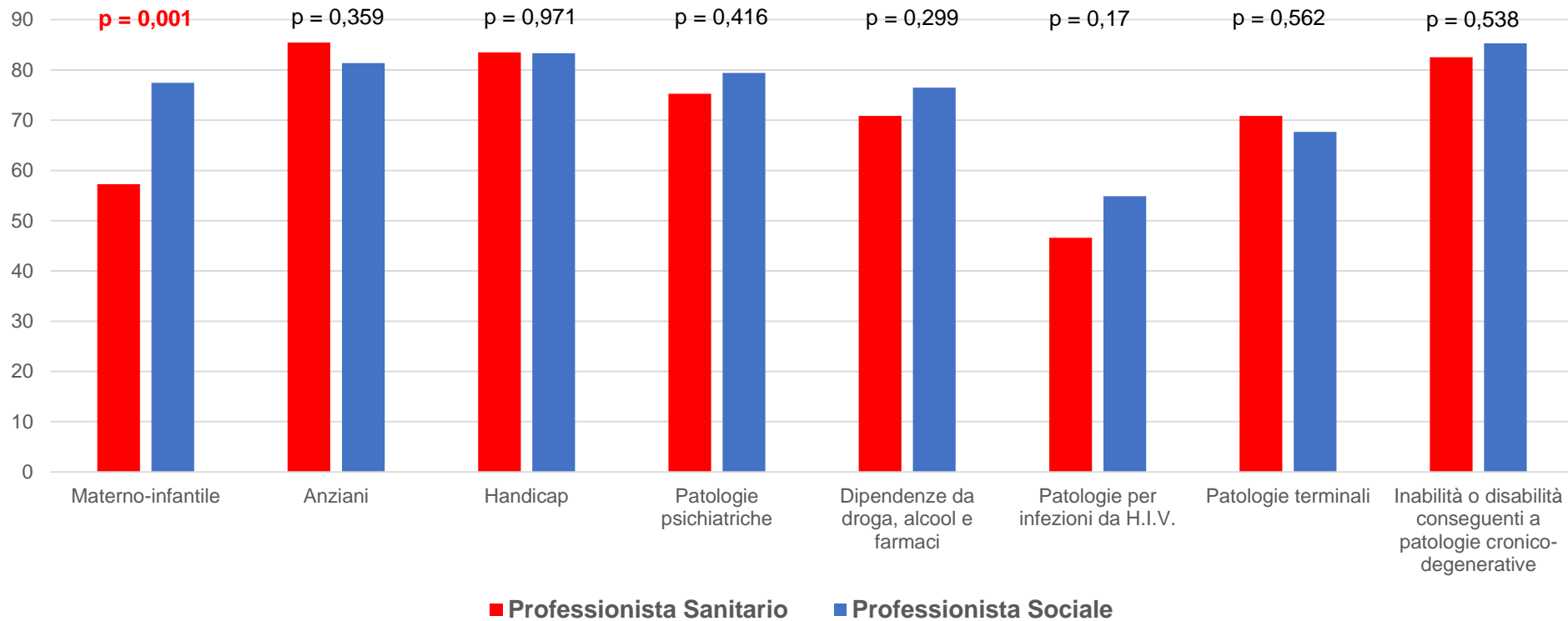
Distribuzione in base alla professione dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti l'utilità nell'inserimento nelle Case della Comunità dei servizi riportati nella Domanda 6.



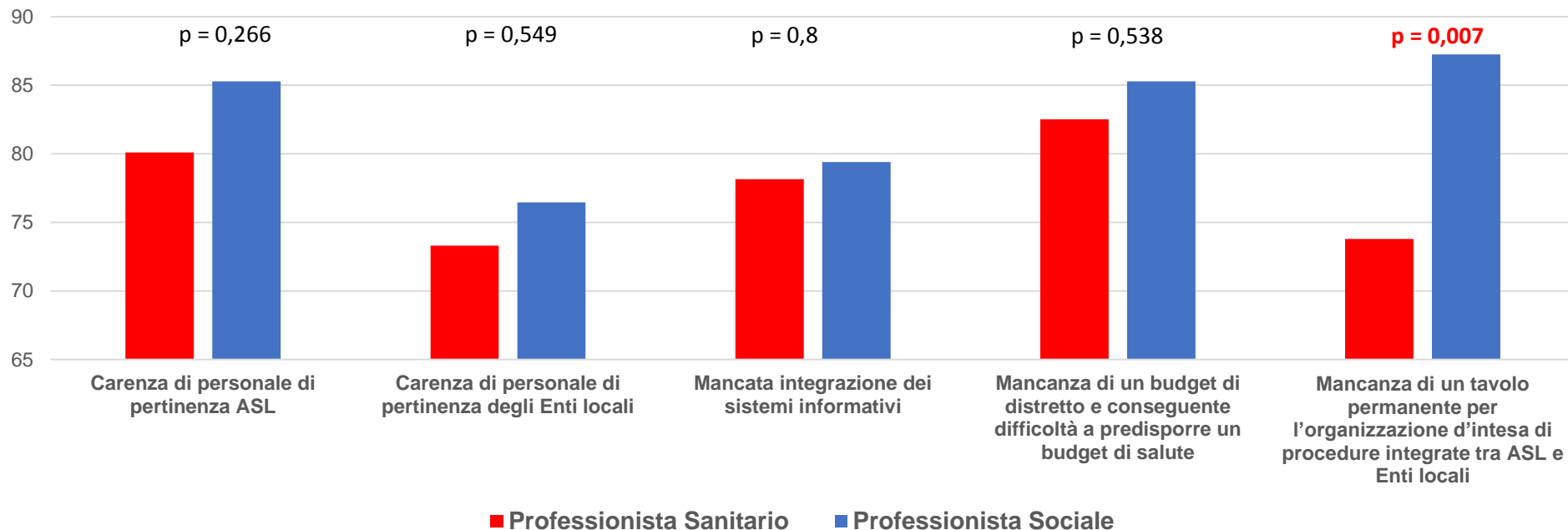
Distribuzione in base all'età dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti l'utilità nell'inserimento nelle Case della Comunità dei servizi riportati nella Domanda 6.



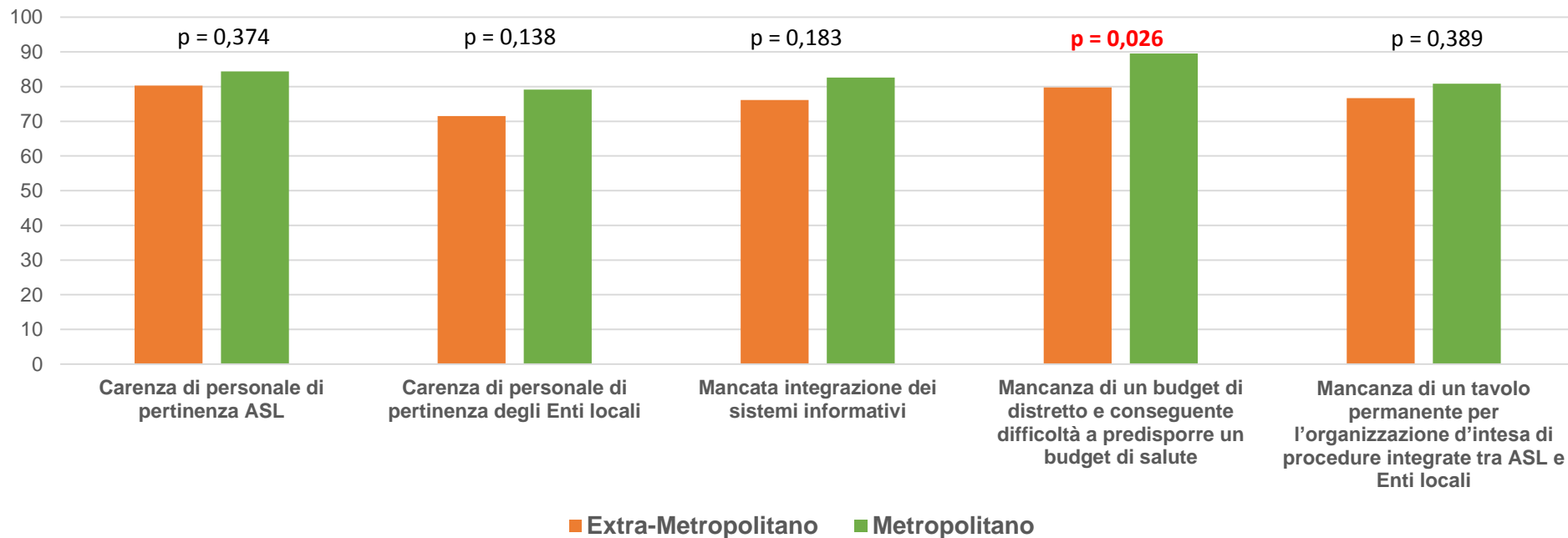
Distribuzione in base alla professione dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti le aree riportate nella Domanda 7 che necessitano di implementazione nel Distretto Sanitario.



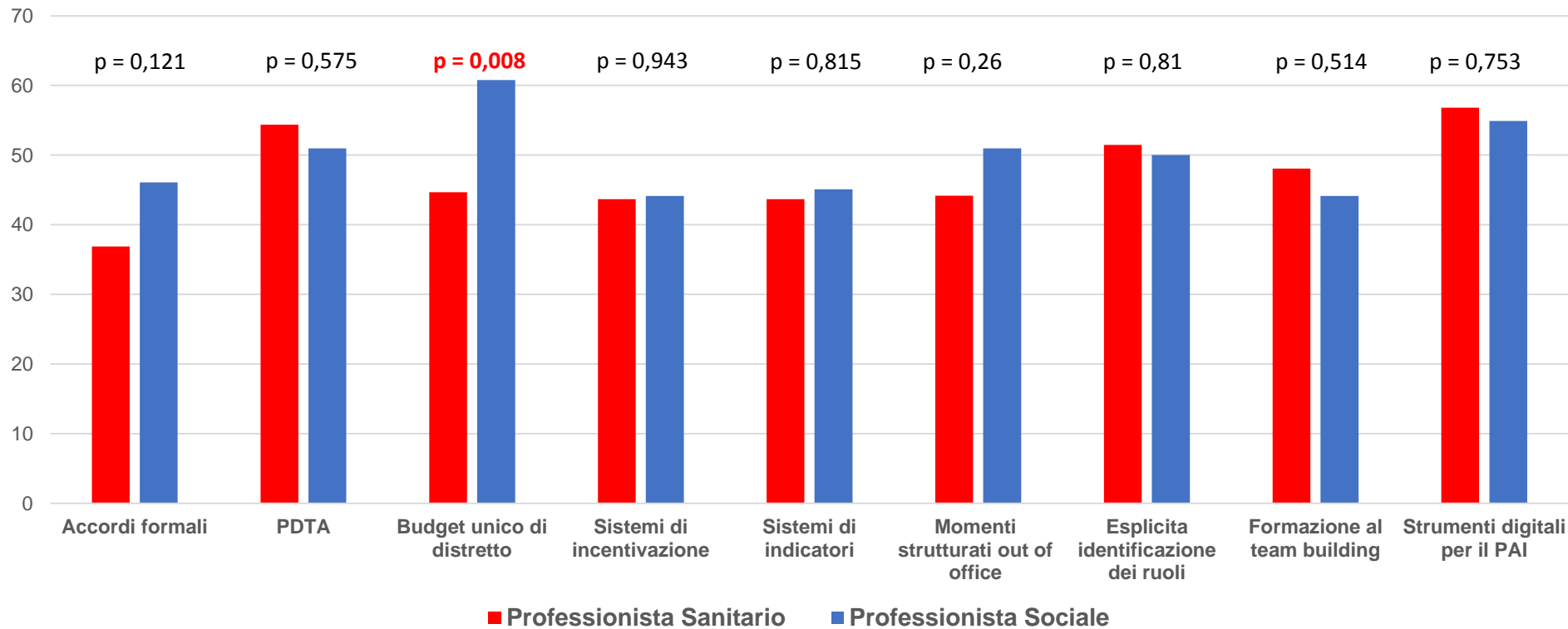
Distribuzione in base al territorio dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti i fattori ostacolanti l'integrazione socio-sanitaria riportati nella Domanda 8.



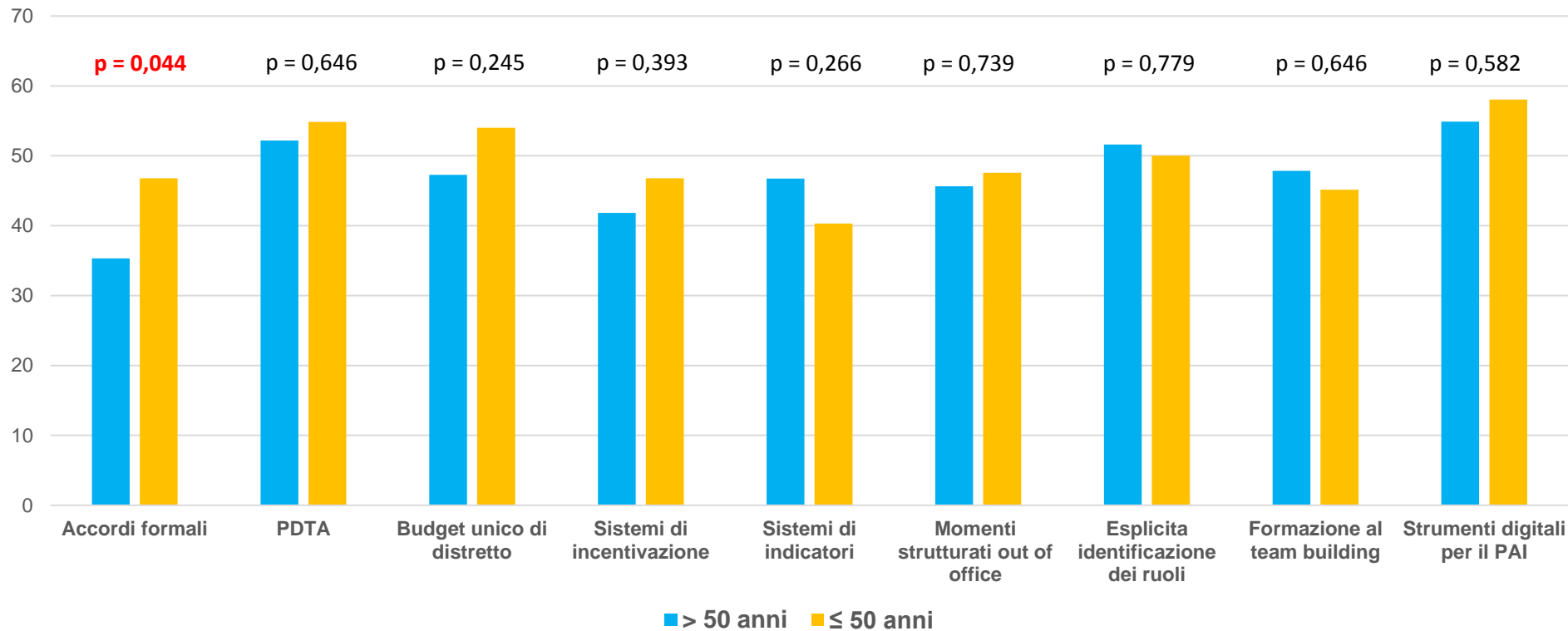
Distribuzione in base al territorio dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti i fattori ostacolanti l'integrazione socio-sanitaria riportati nella Domanda 8.



Distribuzione in base alla professione dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti l'implementazione nelle CdC degli strumenti riportati nella Domanda 9 a seguito dell'inserimento del PAI e della VMD.



Distribuzione in base all'età dei partecipanti nelle risposte ad elevata percezione (da 4 a 5 della scala) riguardanti l'implementazione nelle CdC degli strumenti riportati nella Domanda 9 a seguito dell'inserimento del PAI e della VMD.



PRINCIPAL FINDINGS DELLO STUDIO ANALITICO:

• Domanda 5:

- Sostanziale percepita **utilità progressiva all'attivazione del PAI e della VMD nei livelli di stratificazione del rischio** riportati nella domanda 5, con omogeneità tra le 3 variabili studiate, ad eccezione del livello 4, che ha avuto maggiore considerazione per i professionisti sociali e i partecipanti ≤ 50 anni.

• Domanda 6:

- Maggiore prevalenza dell'utilità ad inserire nelle CdC i **programmi di screening**;
- **Percezione** sostanzialmente **negativa** sull'utilità della **medicina dello sport** nelle CdC;
- Predilezione da parte dei professionisti **sanitari** per **i servizi diagnostici di base e il punto prelievi** nelle CdC rispetto ai professionisti sociali;
- Predilezione da parte dei professionisti **sociali** all'inserimento delle **attività consultoriali** rispetto ai sanitari nelle CdC;
- **Professionisti ≤ 50 anni** esprimono maggiore utilità all'inserimento nelle CdC dei **servizi per la salute mentale** rispetto ai professionisti > 50 anni (maggiore attenzione dei giovani alla salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza).



PRINCIPAL FINDINGS DELLO STUDIO ANALITICO:

• Domanda 7:

- **Maggiore necessità percepita di implementazione** nei Distretti Sanitari **dell'area di intervento degli handicap, degli anziani e delle disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative** senza eterogeneità territoriali;
- **Minore** necessità diffusa di implementazione per le patologie correlate ad infezione da **H.I.V.**;
- Maggiore necessità di implementazione percepita dai professionisti **sociali verso l'area materno-infantile.**

• Domanda 8:

- Sostanziale **percezione di una carenza generalizzata** in tutti i settori proposti come ostacolo all'integrazione socio-sanitaria;
- Maggiore percezione ostacolante della **manca di un budget di Distretto** nelle aree **Metropolitane** rispetto le aree Extra-metropolitane;
- Maggiore percezione ostacolante l'integrazione socio-sanitaria della **manca di un tavolo permanente di intesa tra ASL e Enti Locali da parte dei Professionisti sociali.**



PRINCIPAL FINDINGS DELLO STUDIO ANALITICO:

• Domanda 9:

- **Maggiore** percezione di una implementazione nelle Case della Comunità **dei PDTA e degli strumenti informatici per il PAI**;
- Maggiore percezione di una implementazione nelle Case della Comunità del **budget unico di distretto da parte dei professionisti sociali** rispetto ai sanitari;
- **Maggiore sfiducia** all'implementazione **degli accordi formali** tra organizzazioni e gruppi di professionisti **nei professionisti più anziani** rispetto ai più giovani nel campione analizzato.

POSSIBILI ULTERIORI ANALISI
tra la prima e la seconda fase dell'indagine IRISS



CONCLUSIONI

- Risulta evidente una omogeneità territoriale nella Regione Lazio della percezione dei professionisti nei bisogni e nelle carenze dei Distretti Sanitari;
- Evidente presenza di uno ostacolo percepito all'integrazione socio-sanitaria riguardante la mancanza di tavoli permanenti tra ASL e Enti Locali;
- Forte rilevanza data ai programmi di screening, alle attività consultoriali e per la salute mentale all'interno delle Case della Comunità.



Grazie per la Partecipazione di Tutti i Professionisti Socio- Sanitari coinvolti

