

UN KIT DI STRUMENTI PER LA PRESCRIZIONE SOCIALE



A TOOLKIT ON HOW TO IMPLEMENT SOCIAL PRESCRIBING - WHO, 2022

Traduzione in lingua italiana di Martina Caroleo, con il coordinamento di Annalisa Cicerchia e Catterina Seia, e curata da Ilaria Lega ISS - Istituto Superiore di Sanità, CCW - Cultural Welfare Center e Claudio Tortone DoRS - Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte.

In collaborazione con Fondazione Medicina Misura di Donna e il Centro BACH-Università di Chieti e Pescara, grazie all'alleanza strategica con Fondazione Compagnia di San Paolo, con il contributo di Fondazione Monte dei Paschi di Siena.

La veste grafica è curata da Francesca Taurino, area comunicazione CCW.



In collaborazione con



E con



Il lavoro è stato reso possibile dal percorso alleanza strategica di CCW con Fondazione Compagnia di S. Paolo, Obiettivo Cultura, Missione Favorire Partecipazione Attiva, nell'ambito del programma Well Impact



In collaborazione con Fondazione Monte dei Paschi di Siena che promuove C-HUB, percorso sperimentale per la creazione di ecosistemi territoriali di Welfare Culturale.



*A toolkit on how to implement social prescribing. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2022.
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*

Un kit di strumenti su come implementare la prescrizione sociale. Manila: Organizzazione Mondiale della Sanità Ufficio Regionale per il Pacifico Occidentale; 2022. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Questa traduzione non è stata creata dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS). L'OMS non è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale inglese è l'edizione vincolante e autentica.

VERSIONE ORIGINALE

<https://www.who.int/publications/i/item/9789290619765>

INTRODUZIONE ALLA VERSIONE ITALIANA

Il manuale *"A toolkit on how to implement social prescribing"* si presenta come una guida pratica per l'attuazione di un programma di prescrizione sociale. Messo a punto dall'Ufficio Regionale per il Pacifico Occidentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il testo è indirizzato alle organizzazioni, ai decisori e ai singoli professionisti sanitari che vogliono aggiungere questa opportunità - relativamente nuova in Italia, ma già diffusa in altri paesi europei ed extraeuropei - all'offerta rivolta agli utenti dei servizi sanitari.

La guida dell'OMS chiarisce in cosa consista e da dove origini l'utilizzo della prescrizione sociale: si tratta di un mezzo che, basandosi sulle prove scientifiche relative all'impatto dei fattori socioeconomici sulla salute e sull'ipotesi che affrontare i determinanti sociali sia cruciale per migliorare gli esiti di salute, permette ai professionisti sanitari di ricorrere a servizi e risorse non cliniche della comunità a vantaggio del benessere dei pazienti.

Un percorso classico di prescrizione sociale prevede che il professionista sanitario delle cure primarie, accertata la necessità del proprio paziente di avvalersi di questo approccio, lo indirizzi a un operatore di collegamento (*link worker* nel testo originale) fra il servizio sanitario e i servizi presenti nella comunità. L'operatore di collegamento - che può essere un professionista dei servizi sociali, del terzo settore o una figura coinvolta ad hoc - lavora con il paziente per sviluppare un piano di benessere personalizzato e appropriato ai suoi bisogni, rispondente alle sue necessità e aspirazioni. L'operatore di collegamento invia quindi il paziente a uno specifico servizio della comunità, dove egli partecipa ad attività individuali o di gruppo che possono andare dall'attività fisica, alle attività artistiche, occupazionali o di volontariato, al supporto abitativo, alla consulenza per l'accesso al credito. I progressi legati alla partecipazione all'attività vengono riportati periodicamente all'operatore di collegamento e al professionista sanitario. L'obiettivo e alcuni passaggi di questo percorso richiamano elementi distintivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, quali la necessità di alleanze intersetoriali per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute e il ruolo chiave di forme integrate di organizzazione dei professionisti delle cure primarie per offrire una risposta multidisciplinare e multifattoriale ai bisogni di salute e una efficace presa in carico dei pazienti che includa attività di partecipazione, *counseling* ed educazione sanitaria.

Il manuale dell'OMS sottolinea come la prescrizione sociale non sia quindi un intervento a sé stante, ma piuttosto un percorso che aiuta i clinici a rispondere ai bisogni del paziente, in particolare per quanti richiedono un livello maggiore di sostegno sociale ed emotivo per migliorare la loro salute rispetto a quello che è possibile garantire nella pratica clinica quotidiana. Uno dei punti di forza della prescrizione sociale risiede proprio nella capacità di collegare tra loro servizi già disponibili nelle comunità, rendendo così prontamente accessibile una modalità efficace per affrontare i determinanti sociali della salute, in grado potenzialmente di ridurre la domanda e i costi dell'assistenza sanitaria.

A chi è rivolta la prescrizione sociale? In linea teorica a tutti, chiarisce la guida dell'OMS, ma i pazienti che possono trarne i maggiori benefici sono quelli più vulnerabili: le persone con patologie croniche, sole o socialmente isolate, con difficoltà economiche, ad alto rischio di disturbi mentali, gli anziani fragili.

Il "Kit di strumenti per la prescrizione sociale" individua le sette fasi chiave per l'attuazione di un programma di prescrizione sociale, che, partendo dall'analisi del contesto e dalla costituzione di un gruppo di riferimento centrale, prevede lo sviluppo di un piano di attuazione, la mappatura delle risorse e il coinvolgimento di tutti gli attori della comunità, la formazione degli operatori di collegamento, il monitoraggio e la valutazione del programma realizzato.

Ogni fase descritta è corredata di esempi pratici e strumenti operativi tratti da esperienze già realizzate nel Regno Unito, Australia, Canada, Irlanda, Giappone, Nuova Zelanda, per citarne alcune, con l'obiettivo di ispirare e supportare operativamente chi desideri mettere in pratica questo approccio. Nel contesto del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è particolarmente interessante guardare al *National Health Service* (NHS) del Regno Unito, dove a livello locale la prescrizione sociale è una realtà ben consolidata, tanto che il NHS Long Term Plan ha previsto che quasi un milione di persone si qualificheranno per essere indirizzate dal medico di medicina generale a schemi di prescrizione sociale entro il 2023-24.

Nonostante il taglio pragmatico e la forma sintetica, il manuale va ben oltre l'aspetto operativo, riaffermando la centralità del modello biopsicosociale, dell'approccio olistico e dell'equità nella salute. La prescrizione sociale è infatti uno strumento che può supportare le organizzazioni, i servizi e i professionisti sanitari nel mettere la persona al centro del percorso di cura e nell'occuparsi dei determinanti sociali della salute, al pari dei sintomi di malattia. Non solo, la prescrizione sociale riannoda i preziosi legami con la comunità, promuove la demedicalizzazione, contrasta lo stigma.

Non sfugge il filo rosso che collega questa pubblicazione al report dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS *"What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review"*¹ pubblicato nel 2019, la più ampia ricerca mai effettuata sull'impatto delle arti sul benessere e la salute delle popolazioni, che ha identificato un ruolo importante delle arti nella promozione della salute, nella prevenzione e nel trattamento delle malattie sia nel caso di partecipazione spontanea, sia nel caso in cui le persone siano indirizzate alle attività artistiche nell'ambito programmi di prescrizione sociale. Recentemente, *Music and Motherhood*^{1,2}, uno studio multinazionale coordinato dall'OMS, ha valutato la fattibilità dell'attuazione in Danimarca, Italia e Romania di un intervento di canto di gruppo a sostegno di madri con sintomi di depressione post partum, già sperimentato con successo nel Regno Unito. L'esperienza italiana, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con i servizi consultorali territoriali della ASL Città di Torino, dell'AULSS 6 Euganea e della ASL Roma 2 e con l'associazione CCW-Cultural Welfare Center, può essere considerata un *case study* multicentrico di potenziale prescrizione sociale, in grado di offrire una concreta dimostrazione dell'interesse e della capacità dei servizi territoriali delle cure primarie - in questo caso i consultori familiari, fondati sull'approccio olistico e multidisciplinare - di lavorare in sinergia con i servizi e i professionisti della comunità - in questo caso del settore culturale e artistico, da anni impegnati nella promozione della salute nell'età evolutiva - a vantaggio della salute dei propri - in questo caso delle proprie - utenti.

Fra gli ambiti di applicazione della prescrizione sociale rientra l'attività fisica, sottolinea il Kit. Può esserne un esempio il progetto europeo *Icehearts Europe*, avviato nel 2023 con il coordinamento dell'*International Sport and Culture Association*, che punta sull'offerta di attività sportiva di squadra per migliorare salute e benessere di bambini e adolescenti vulnerabili tramite la figura non sanitaria del mentore per offrire una presa in carico globale di lunga durata, che include il supporto nello studio e il collegamento con i servizi del territorio.

Nel SSN la prescrizione sociale, che richiama i principi e le buone pratiche non solo dei consultori familiari ma anche dei dipartimenti di salute mentale, basati sull'approccio biopsicosociale e abituati alla collaborazione con le altre istituzioni, potrebbe favorire l'uso più sistematico e intersetoriale delle risorse presenti sul territorio a livello delle case di comunità previste dal Decreto del Ministero della Salute n.77 del 2022, ampliando la gamma dei bisogni di salute ai quali la medicina di prossimità si candida a dare risposta.

L'auspicio è che la disponibilità della traduzione italiana del manuale possa favorire la diffusione di questo tipo di esperienze nel nostro Paese. Ai decisori il compito di promuovere a livello locale, regionale e nazionale l'utilizzo della prescrizione sociale come strumento di promozione della salute degli utenti dei servizi sanitari, come risorsa a supporto dell'operato dei clinici chiamati a dare risposte che non si esauriscono nella cura del sintomo e come mezzo per perseguire l'equità nella salute, che non può prescindere dal contrasto alle disuguaglianze.

¹Traduzione italiana 2020 "Quali sono le evidenze sul ruolo delle arti nel miglioramento della salute e del benessere? Una scoping review" a cura di CCW-Cultural Welfare Center, DORS Regione Piemonte e Fondazione Medicina a Misura di Donna. https://www.dors.it/documentazione/testo/202108/report2019OM-Sartisalute_20210727.pdf

²Warran K, Smith C, Ugron H, et al. Scalability of a singing-based intervention for postpartum depression in Denmark and Romania: protocol for a single-arm feasibility study. *BMJ Open* 2022;12:e063420. doi: 10.1136/bmjopen-2022-063420

³WHO meeting on music and motherhood: health-care innovation through the arts. <https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2023/10/06/default-calendar/who-meeting-on-music-and-motherhood--health-care-innovation-through-the-arts>

COSTRUIRE BEN-ESSERE. L'OPPORTUNITÀ DI UN SALTO DI SCALA: DAI PROGETTI E LE PRATICHE AI PROGRAMMI DI PRESCRIZIONE SOCIALE

CCW-Cultural Welfare Center, nato il primo giorno del primo *lockdown* in risposta alle sfide di salute accentuate dalla pandemia, ha nella propria missione la cooperazione intersetoriale per lo sviluppo e la diffusione di studi, ricerche e modelli che possano dare un contributo alle decisioni politiche, alle strategie degli investitori sociali, delle imprese, volte alla promozione di condizioni abilitanti di ben-essere individuale e collettivo, attraverso la partecipazione culturale, in un quadro di uguaglianza ed equità.

Come suo primo atto, CCW ha tradotto e diffuso in Italia nel 2020, in collaborazione con DoRS Regione Piemonte e Fondazione Medicina a Misura di Donna, il rapporto 67/2019 dell'OMS sui benefici delle pratiche artistiche e culturali, una vera e propria pietra miliare sulla relazione tra cultura e salute, che ha generato nel nostro Paese una svolta su questa risorsa, in termini di consapevolezza e modelli di intervento.

Va nella stessa direzione e rafforza il cammino di costruzione di conoscenze e competenze, la traduzione in italiano del "Kit per la Prescrizione Sociale" prodotto dall'OMS, realizzata con l'ISS-Istituto Superiore di Sanità, DoRS-Centro di Documentazione per la Promozione della Salute – Regione Piemonte, in collaborazione con Fondazione Medicina a Misura di Donna e il Centro BACH-Università di Chieti e Pescara, grazie a partner come la Fondazione Compagnia di San Paolo e la Fondazione Monte dei Paschi di Siena.

QUALE VISIONE?

Il documento che condividiamo prende avvio dalla riflessione sull'impatto globale della pandemia di Covid 19 che ha messo in luce la fragilità dei sistemi sanitari e aumentato le disuguaglianze. Gli autori osservano come gli sforzi messi in campo da governi, società e persone hanno dato prova degli straordinari risultati che si possono ottenere quando cittadini, comunità e Stati si impegnano in sfide comuni. La prescrizione sociale è un processo che consente di allontanarsi da un modello "riparativo" per dirigersi verso un sistema salutogenico, che aiuta a costruire e promuovere la salute: non solo pazienti con bisogni, ma, prima di tutto, persone con risorse da condividere nella società. Il punto di forza della prescrizione sociale è mettere al centro la persona, concentrandosi su ciò che conta nelle loro esistenze, sui valori, sulle competenze e sulle potenzialità: un paradigma profondamente radicato nell'assistenza disegnata sulla persona e nei processi di co-progettazione e gestione che coinvolgono persone, servizi e comunità.

Il sistema di prescrizione sociale ha radici profonde nel mondo anglosassone. Nel Regno Unito è l'esito, secondo alcuni studiosi, di un percorso che ha preso avvio dal Peckham Experiment, condotto tra il 1926 e il 1950, nel Pioneer Health Center, nella parte sud di Londra, luogo di una innovativa sperimentazione sull'interazione sociale tra pazienti, famiglie, pratiche e spazi della cura. Grazie a questa pionieristica esperienza, si è giunti, attraverso una strada di studi e di investimenti, con l'introduzione dell'AOP-Art on Prescription nel 1994, all'istituzione della Rete Nazionale di Prescrizione Sociale nel 2016 e, tre anni dopo, alla nascita della Social Prescribing Academy. Nel 2022, la Social Prescribing Academy, la World Health Organisation (WHO), il World Health Innovation Summit (WHIS) e la UNGSII Foundation hanno pubblicato e diffuso il "Kit di prescrizione sociale" (Playbook Global Social Prescribing Alliance), una risorsa per diffondere buone pratiche nel sostenere servizi sanitari e creare nuove opportunità di lavoro, in un'ottica di sostenibilità sociale, economica e sanitaria.

Il Kit è molto più di un manuale di strumenti. Propone una visione. Illustra un modello organizzativo e fornisce strumenti operativi per supportare decisori politici nella creazione di contesti abilitanti e i diversi livelli dei servizi per sviluppare, di concerto con le comunità, a livello nazionale o locale, il sistema di prescrizione sociale come risposta efficace e sostenibile alle trasformazioni in corso, con un modello di assistenza sanitaria (territoriale ed ospedaliera) basata sulla promozione della salute, sulla prevenzione, sull'intervento precoce e sull'utilizzo di risorse culturali e sociali, di esperienza di sé, della relazione con l'altro da sé e con la comunità, attraverso più linguaggi e pratiche di espressione, artistiche e culturali, di sport e sociali.

Emerge un'idea di relazione di cura collettiva al servizio delle persone rivolta, in *primis*, agli operatori sanitari, ai cittadini e a coloro che si mettono al servizio della propria comunità nelle varie forme organizzate delle istituzioni e della società civile. Si tratta quindi di una prescrizione non intesa in senso medico, ma di sostegno e accompagnamento in una relazione accogliente, motivante e abilitante. Propone un investimento (non solo economico) sulla motivazione, le competenze e la disponibilità di prendersi cura di sé stessi e degli altri. Un investimento sulle persone e sul diritto alla salute, sulla dimensione umana, sul potere di "pratiche sociali" che sono in grado di far fiorire le persone, aiutarle a dare un senso, a stare meglio (e meno soli), a guarire nell'animo, prima ancora che sul piano fisico. Un investimento sul creare e curare connessioni per attivare reti di collaborazione, superando la separazione delle programmazioni a silos e riconoscendo le tante risorse (tropo isolate, a macchia di leopardo e talvolta autoreferenziali) presenti e disponibili nelle nostre comunità locali e organizzazioni, riconoscendole, valorizzandole e consigliandole. Rappresenta una concreta interpretazione delle *comunità locali* che *promuovono ben-essere sostenibile*, come indicato nell'ultimo aggiornamento della Carta della Promozione della Salute (OMS, Carta di Ginevra, 2021). Le comunità locali sono premessa e risultato di società attente alle ricadute sulla salute e all'equità. Il ben-essere è imprescindibile per l'autodeterminazione, per vivere con qualità, in buona salute e con-vivere bene e dignitosamente con la malattia.

QUALE MODELLO?

Il modello organizzativo presentato è adattabile ai diversi contesti in programmi strutturati: è un esempio di strategia di Salute/Sanità Pubblica, a basso costo economico e ad alto rendimento sociale che combina l'approccio individuale con quello di popolazione, che noi preferiamo chiamare di comunità, in quanto le persone si relazionano nei luoghi di vita e lavoro del proprio territorio. I programmi di Prescrizione Sociale guardano a un universalismo progressivo, a gradiente proporzionato per ciascuna persona e comunità per promuovere equità.

Il modello prevede un *continuum* tra i destinatari, i prescrittori e gli operatori di collegamento che va dall'invio, al colloquio di conoscenza, al supporto e al monitoraggio e alla valutazione dei benefici e delle inevitabili difficoltà. Perché questo percorso sia efficace, generando ben-essere e più competenze di autonomia, richiede un'organizzazione a rete tra professionisti e decisori, politici e tecnici, della sanità, dei servizi sociali, dei Comuni e del Terzo Settore. Richiede un coordinamento e una regia attenta, orientata al risultato di salute e ben-essere dei destinatari, responsabilizzata nei ruoli e nelle competenze, con una formazione e un monitoraggio continuo, una volontà politica e investimenti certi per una cura di prossimità guidata da processi di promozione della salute, di autonomia, a partire dai luoghi in cui abitano le persone.

È quindi ben più di una singola azione virtuosa, seppur importante e preziosa, dell'operatore sanitario o sociale che "crede" nel valore delle pratiche sociali e che consiglia al proprio "assistito", dopo aver ascoltato la sua storia, di partecipare, in compagnia di altri, a un gruppo di cammino o un'esperienza culturale. Questa singola attenzione e sensibilità dovrebbe essere intercettata e valorizzata.

Il kit indica i ruoli chiave per l'efficacia del sistema di prescrizione sociale, ponendo attenzione verso gli operatori di collegamento e si focalizza sugli impatti potenziali nella vita delle persone, nell'economia e all'interno del sistema sanitario fornendo elementi utili per l'autovalutazione, il monitoraggio e la misurazione dell'impatto.

L'OMS con il kit dà indicazioni molto puntuali ed efficaci in questa direzione, fornendo anche strumenti operativi.

QUALI IMPATTI?

Gli studi di efficacia sulla Salute e sul ben-essere dei programmi di Prescrizione Sociale presentati nel documento, come la letteratura di economia sanitaria, sono abbondanti: acclarano il risparmio dato dalla minor prescrizione di farmaci (es. ipoglicemizzanti, insulina, antidolorifici, psicofarmaci...), esami inappropriati (es. radiografie, tac...), prestazioni mediche e riabilitative. L'OMS indica che ogni sterlina investita nell'AOP- Art on Prescription ha un impatto positivo in 2,3 sterline. Introdurre l'approccio è quindi una questione di volontà politica e professionale nella cura di prossimità. Decongestionare gli ospedali e potenziare le cure primarie nel territorio sono le leve indicate dalle strategie di promozione della salute contenute nelle raccomandazioni per un ri-orientamento dei servizi sanitari (Standard 2020 della Rete OMS degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che Promuovono la Salute).

Gli impatti sociali del programma di prescrizione vengono valutati nelle dimensioni del senso di appartenenza, del supporto relazionale e sociale, nella riduzione della solitudine, nel miglioramento della salute mentale e fisica, nell'aumento dell'inclusione, dell'*empowerment* delle persone e della pro-attività all'interno delle comunità. Gli impatti sul servizio sanitario e sull'economia si registrano nella diminuzione dei ricoveri, delle presenze nei pronto soccorso e di richieste di visite mediche, con effetti economici sugli investimenti.

I risultati sono molto promettenti per tutti i soggetti (come leggiamo dai modelli della piramide di Kaiser e delle Condizioni Innovative per la Cura e la Cronicità proposti dal Piano Nazionale della Cronicità, 2016), ma sono soprattutto le persone più vulnerabili o che appartengono a fasce di svantaggio socio-economico, che ne traggono maggior beneficio. I programmi di Prescrizione Sociale hanno le carte in regola per dare un po' di più a chi ha meno, soprattutto in termini di competenze nel prendersi cura di sé, realizzare le proprie aspirazioni al meglio e rialzarsi dalle cadute nella vita.

Certamente, come lo stesso documento invita, occorrono maggiore ricerca sui modelli organizzativi (per esempio adattandoli ai diversi contesti nazionali e regionali) e sui risultati salutogenici delle pratiche sociali prescritte, investimenti dedicati alla formazione e organizzazione degli operatori di collegamento e dei coordinatori locali. A livello europeo, in un recente giornata di studio e visita tra Paesi organizzata da EuroHealthNet nel 2022, sono stati individuati i punti di forza e le criticità e le indicazioni in questa direzione.

CI SONO LE CONDIZIONI PER AVVIARE, IN ITALIA, PERCORSI PILOTA DI PROGRAMMI DI PRESCRIZIONE SOCIALE?

Piani di programmazione e progetti si stanno muovendo verso questa prospettiva.

Nell'ambito della Sanità, il Piano della Prevenzione 2020-2025 (nelle sue articolazioni: nazionale, regionale e locale, a livello del territorio delle singole ASL), il Piano della Cronicità, le Case della Comunità sono policy che - superando atteggiamenti interpretativi a silos, al loro interno e tra di loro – possono mettere in pratica programmi di Prescrizione Sociale. Questo permetterà di ri-orientare i servizi sanitari in un'ottica di cure primarie di prossimità, di alleanze-reti tra servizi (ospedale e territorio) e con i soggetti istituzionali e informali della comunità locale.

Il Piano della Prevenzione, per esempio, vede la realizzazione di azioni per l'attivazione e il monitoraggio di gruppi di cammino di cittadini, di gruppi di attività fisica/motoria adattata (A.F.A. o A.M.A), di gruppi di Esercizio Fisico Strutturato (E.F.S.), di luoghi di lavoro (aziende private e ASL/ASO) che promuovono pratiche salutari (Workplace Health Promotion) ...

Il Piano della Cronicità prevede i Percorsi di Salute Diagnostico-Assistenziali (PSTDA) per pazienti con patologie croniche (es: diabete, scompenso cardiaco...).

Le Casa delle Comunità, in dialogo con le Amministrazioni Comunali e il Terzo Settore, offrono il contesto socio-geografico coerente, in cui accompagnare i cittadini/pazienti in percorsi organizzati di Prescrizione Sociale, valorizzando le relazioni di prossimità del territorio in cui abitano e superando la logica a silos delle interpretazioni dei piani e della programmazione.

Progetti italiani apripista nel mondo culturale, riconosciuti a livello europeo, indicano una strada di possibilità.

Ne segnaliamo alcuni. La rete di *MTA- Musei Toscana per l'Alzheimer*, sviluppata nell'ultima decade a favore della qualità della vita di persone colpite dalla patologia e dei loro carer professionali e familiari, è oggi politica integrata di Sanità, Sociale e Cultura nella Regione Toscana.

Il programma *Nati per Leggere*, coordinato a livello nazionale dal CSB-Centro Salute del Bambino attraverso AIB-Associazione italiana biblioteche, volto a promuovere la *nurturing care* attraverso la lettura precoce in famiglia, è corredata da un corpus crescente di evidenze scientifiche sull'impatto cognitivo, relazionale e la genitorialità responsiva.

Dance Well, nato a Bassano del Grappa dieci anni fa, disegnato per le persone con *parkinson* è oggi esteso a livello nazionale e considerato un modello internazionale di danza inclusiva. Recentemente approdato a Hong Kong come programma nazionale.

Lo studio multinazionale coordinato dall'OMS, *Music and Motherhood*, di programmi di canto corale nel contrasto alla depressione *post partum* citato nella prefazione dell'ISS a questo lavoro, a seguito della positiva sperimentazione in Italia si presta alla prescrizione sociale.

Vi sono anche progetti apripista sviluppati dagli operatori sanitari con soggetti della comunità nell'ambito del Piano della Prevenzione. Tra questi, in Piemonte per esempio, *Ben Vivere*, progetto rivolto al ben-essere degli operatori sanitari e dei loro familiari e il progetto *Dedalo Vola* per l'invecchiamento attivo, con la prescrizione di pratiche salutari (alimentazione, attività fisica, gestione dello stress...), culturali (esperienze museali e di lettura, attività teatrali e musicali...) e naturali (parchi, giardini...) oltre alla trasformazione dei luoghi di cura in ambienti più accoglienti e rilassanti.

Tutti progetti che possono costituire terreno di introduzione sistematica della Prescrizione Sociale.

La fase pionieristica si può ritenere chiusa. Di fronte alle evidenze e alle grandi sfide sociali, alla faglia delle diseguaglianze sempre più ampia, il salto di scala nei progetti che promuovono ben-essere mettendo a sistema le risorse non è più un'opzione e richiede alleanze cross over, per percorsi sistematici, strutturali, tra settori, attori pubblici e privati, cittadini, come indicano i più avanzati documenti di policy europea, come l'Agenda Europea della Cultura 2018 tradotta nel Work Plan della Cultura 2023-2026, in un'ottica di Economia del Ben-Essere per l'equità e Salute in tutte le Politiche.

Siamo al Vostro fianco.

CCW-Cultural Welfare Center

Catterina Seia-*Presidente* e Annalisa Cicerchia-*Vice Presidente*

DoRS-Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte
Claudio Tortone-*Responsabile Area Assistenza a Piani e Progetti*

Fondazione Medicina a Misura di Donna
Chiara Benedetto-*Presidente*

Centro BACH-Biobehavioral Arts & Culture for Health, Sustainability and Social Cohesion
Università Chieti e Pescara
Pier Luigi Sacco-*Direttore scientifico*

UN KIT DI STRUMENTI PER LA PRESCRIZIONE SOCIALE

Il kit di strumenti per la prescrizione sociale è un insieme di strumenti e servizi che consentono ai professionisti della sanità e del sociale di prescrivere trattamenti e servizi ai pazienti. Istruzioni dettagliate sono disponibili su www.presto.it.

Il kit di strumenti per la prescrizione sociale è un insieme di strumenti e servizi che consentono ai professionisti della sanità e del sociale di prescrivere trattamenti e servizi ai pazienti. Istruzioni dettagliate sono disponibili su www.presto.it.

Il kit di strumenti per la prescrizione sociale è un insieme di strumenti e servizi che consentono ai professionisti della sanità e del sociale di prescrivere trattamenti e servizi ai pazienti. Istruzioni dettagliate sono disponibili su www.presto.it.

Il kit di strumenti per la prescrizione sociale è un insieme di strumenti e servizi che consentono ai professionisti della sanità e del sociale di prescrivere trattamenti e servizi ai pazienti. Istruzioni dettagliate sono disponibili su www.presto.it.

Il kit di strumenti per la prescrizione sociale è un insieme di strumenti e servizi che consentono ai professionisti della sanità e del sociale di prescrivere trattamenti e servizi ai pazienti. Istruzioni dettagliate sono disponibili su www.presto.it.

Il kit di strumenti per la prescrizione sociale è un insieme di strumenti e servizi che consentono ai professionisti della sanità e del sociale di prescrivere trattamenti e servizi ai pazienti. Istruzioni dettagliate sono disponibili su www.presto.it.

UN KIT DI STRUMENTI PER LA PRESCRIZIONE SOCIALE

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SALUTE
REGIONE PACIFICO OVEST

Alcuni diritti sono riservati. Questo lavoro è disponibile con licenza the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Secondo i termini di questa licenza, è possibile copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, a condizione che l'opera sia citata in modo appropriato, come indicato di seguito. Qualsiasi uso di quest'opera non implica che l'OMS sostenga organizzazioni, prodotti o servizi specifici. L'uso del logo dell'OMS non è consentito. Se si adatta l'opera, è necessario concedere la propria opera sotto la stessa licenza Creative Commons o una licenza equivalente. Se si traduce quest'opera, è necessario aggiungere il seguente disclaimer insieme alla citazione suggerita: "Questa traduzione non è stata curata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS non è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale inglese è l'edizione vincolante e autentica". Qualsiasi mediazione relativa a controversie derivanti dalla licenza sarà condotta in conformità alle regole di mediazione dell'Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)

Citazione suggerita. A toolkit on how to implement social prescribing. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
Informazioni sulla catalogazione e la pubblicazione (CIP). 1. Community support. 2. Healthy aging. 3. Social determinants of health. I. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. (NLM Classification: WT101).

Vendite, diritti e licenze. Per acquistare le pubblicazioni dell'OMS, visitare il sito <http://apps.who.int/bokorders>. Per inoltrare richieste di utilizzo commerciale e domande sui diritti e le licenze, consultare il sito <http://www.who.int/about/licensing>.

Per le pubblicazioni regionali dell'OMS per il Pacifico occidentale, la richiesta di autorizzazione alla riproduzione deve essere indirizzata all'Ufficio pubblicazioni, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio regionale per il Pacifico occidentale, P.O. Box 2932, 1000, Manila, Filippine, Fax. No. (632) 8521-1036, e-mail: wpropuballstaff@who.int

Materiale di terzi. Se si desidera riutilizzare materiale di quest'opera attribuito a terzi, come tabelle, figure o immagini, è responsabilità dell'utente determinare se è necessaria l'autorizzazione per tale riutilizzo e ottenere l'autorizzazione dal titolare del copyright. Il rischio di reclami derivanti dalla violazione di qualsiasi componente di proprietà di terzi presente nell'opera è esclusivamente a carico di chi utilizza il testo.

Avvertenze generali. Le denominazioni utilizzate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS riguardo allo status giuridico di qualsiasi Paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o riguardo alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Le linee tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un pieno accordo.

La citazione di specifiche aziende o di prodotti di determinati marchi non implica l'approvazione o la raccomandazione da parte dell'OMS di tali prodotti rispetto ad altri di natura simile non menzionati. Salvo errori e omissioni, i nomi dei prodotti brevettati sono contraddistinti da lettere maiuscole iniziali. L'OMS ha preso tutte le precauzioni ragionevoli per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcun tipo di garanzia, espressa o implicita. La responsabilità dell'interpretazione e dell'uso del materiale è del lettore. In nessun caso l'OMS sarà responsabile per danni derivanti dal suo utilizzo.

Photo credits: © WHO/Blink Media — Juliana Tan, pagine 8 e 32, © WHO/Yoshi Shimizu, pagine 11 e 37, © WHO /Blink Media - Neil Nuia, pagina 13, © WHO/Yikun Wang, pagina 17, © The Third People's Hospital of Shangrao, pagine 19 e 25, © SingHealth Community Hospitals, pagine 43, 44 e 45

Contenuti

Ringraziamenti

| | |
|----------------------|---|
| Il quadro di insieme | 1 |
|----------------------|---|

| | |
|-----------------------|---|
| Le fasi di attuazione | 6 |
|-----------------------|---|

| | |
|----------------------------------|---|
| Fase 1. Analizzare la situazione | 8 |
|----------------------------------|---|

| | |
|---|----|
| Fase 2. Costituire un gruppo di riferimento centrale per l'attuazione | 11 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Fase 3. Sviluppare un piano di lavoro per l'attuazione | 13 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Fase 4. Mappare le risorse della comunità locale | 17 |
|--|----|

| | |
|---------------------------|----|
| Fase 5. Coinvolgere tutti | 19 |
|---------------------------|----|

| | |
|---|----|
| Fase 6. Formare l'operatore di collegamento | 25 |
|---|----|

| | |
|-------------------------------|----|
| Fase 7. Monitorare e valutare | 32 |
|-------------------------------|----|

| | |
|---------------------------|----|
| Riferimenti bibliografici | 38 |
|---------------------------|----|

| | |
|----------|----|
| Allegato | 41 |
|----------|----|

Ringraziamenti

Questo insieme di strumenti è stato preparato dal gruppo Healthy Ageing del Gruppo Dati, Strategia e Innovazione dell'Ufficio Regionale per il Pacifico Occidentale dell'Organizzazione Mondiale della Salute. Desideriamo ringraziare i nostri partner esterni per il loro contributo, in particolare il Professor Kheng Hock Lee, la Signora Adeline Kwan Li Feng e la Signora Clara Poh Chui Yin (SingHealth Community Hospitals), il Professor Huali Wang (Peking University), il Professor Naoki Kondo (Kyoto University), il Professor Tan Maw Pin (University of Malaya), il Signor Tim Anfilogoff e la Dottoressa Marie-Anne Essam (NHS England), e la Signora Sonia Hsiung (Alliance for Healthier Communities, Canada).

Il quadro di insieme

Che cos'è questo kit di strumenti?

Questo kit è stato creato per aiutare a introdurre la prescrizione sociale a livello di comunità locale. Illustra le fasi necessarie per introdurre un programma di prescrizione sociale e fornisce materiali esemplificativi, che possono essere adattati al contesto locale.

A chi è rivolto questo kit di strumenti?

Questo kit può essere utilizzato da organizzazioni e professionisti coinvolti nell'attuazione della prescrizione sociale, come i servizi sanitari dell'assistenza primaria nella comunità locale, i servizi impegnati nella continuità delle cure rispetto alle malattie croniche-degenerative, i servizi della salute mentale e più in generale tutti gli operatori sanitari. Anche i decisori politici e le autorità sanitarie e sociali possono ritenerlo utile per una maggiore diffusione della prescrizione sociale.

Come utilizzare questo kit di strumenti?

Questo kit ha lo scopo di suggerire alcuni semplici passi per l'attivazione della prescrizione sociale, in modo da garantire che i manager e il personale delle strutture sanitarie della comunità locale si sentano sicuri e in grado di utilizzare la prescrizione sociale come percorso per migliorare la salute e il ben-essere. Va sottolineato che la prescrizione sociale può essere attuata in modi diversi e che non esiste un unico approccio che vale per tutti. Questo kit di strumenti si basa su esempi di pratica della prescrizione sociale in diversi Paesi.

Quando si utilizza questo kit di strumenti, si raccomanda di coinvolgere tutti i potenziali stakeholder durante il processo e di adattare il kit di strumenti al contesto locale.

Che cos'è la prescrizione sociale?

La prescrizione sociale è un mezzo con cui gli operatori sanitari mettono i destinatari in contatto con una serie di servizi non sanitari della comunità locale, per migliorare la salute e il ben-essere. La prescrizione sociale può aiutare ad affrontare le cause alla base dei problemi di salute e ben-essere dei destinatari, anziché limitarsi a trattarne i sintomi. Quindi, la prescrizione sociale è un approccio più olistico alla cura, che promuove una cura integrata basata sulla comunità locale e che aiuta a demedicalizzare l'offerta dei servizi sanitari. In questa sezione, più avanti, sono riassunte le prove scientifiche a sostegno dell'impatto della prescrizione sociale sulla salute e sul ben-essere.

La prescrizione sociale può essere utilizzata per indirizzare i destinatari a una molteplicità di attività e servizi. Ogni comunità locale e contesto assistenziale esprime proprie specifiche "prescrizioni sociali", ma esse in genere consistono in servizi di supporto alla salute mentale e all'inclusione sociale, consulenza finanziaria e abitativa, nonché attività che promuovono l'attività fisica e l'espressione creativa di sé.

La prescrizione sociale può essere declinata in varie forme e adattata a diverse comunità locali e contesti di cura. Nel modello più comune, i professionisti sanitari delle cure primarie possono indirizzare i destinatari a "operatori di collegamento" specializzati, che lavorano con i destinatari per individuare i loro bisogni sociali. Questi operatori, di norma, lavorano con i destinatari per co-progettare piani personalizzati volti a migliorare il loro ben-essere, li seguono regolarmente per monitorare i loro progressi e utilizzano alcune tecniche di cambiamento comportamentale (Fig. 1).

La prescrizione sociale non è un intervento a sé stante, ma piuttosto un percorso che aiuta a rispondere ai bisogni del destinatario.

Sebbene il modello con un operatore di collegamento dedicato sia il più diffuso, esistono diverse varianti. Per esempio, la consulenza e la valutazione dei determinanti sociali della salute del destinatario possono essere effettuate al momento dell'accesso presso una struttura sanitaria, senza che sia necessario un invio da parte dell'operatore sanitario. Il professionista sanitario, per esempio un medico o un altro operatore sanitario, può svolgere il ruolo di collegamento, anche se è preferibile che ci sia una persona ad hoc, che possa dedicare al destinatario il tempo necessario. È possibile anche che sia un'organizzazione, per esempio un'organizzazione del terzo settore, a svolgere la funzione di operatore di collegamento. Le responsabilità dell'operatore di collegamento potrebbero quindi estendersi a un'équipe, piuttosto che essere affidate a un singolo individuo.

Il modello dell'operatore di collegamento può essere adattato a ogni singolo contesto. Per esempio, le responsabilità dell'operatore di collegamento possono essere svolte da personale già disponibile, come operatori sociali, operatori di comunità locale e infermieri; da un'organizzazione (per esempio, una organizzazione del Terzo Settore attiva nella comunità locale) o da una di nuova creazione.

Fig. 1.

Esempio di un percorso di prescrizione sociale basato sul modello "olistico" delineato da Husk e colleghi.



Fonte: Huck et al. (1)

Perché ricorrere alla prescrizione sociale?

La prescrizione sociale si basa sull'evidenza che occuparsi dei determinanti sociali della salute, come lo stato socioeconomico, la rete sociale, l'abitazione e l'istruzione, è la chiave per migliorare i risultati di salute (Fig. 2) (2,3). La prescrizione sociale consente di fornire un'assistenza più olistica e incentrata sulla persona. Inoltre, mette i destinatari in condizione di prendersi cura della propria salute e del proprio ben-essere e, in ultima analisi, riduce la pressione sui sistemi sanitari.

Gli studi indicano che la prescrizione sociale può essere efficace nel migliorare la salute e il ben-essere, oltre ad essere vantaggiosa dal punto di vista economico, riducendo la domanda sul settore sanitario.

La prescrizione sociale è stata introdotta in diversi Paesi, tra cui Australia, Canada, Irlanda, Giappone, Nuova Zelanda, Portogallo, Singapore, Regno Unito e Irlanda del Nord, e le prime esperienze pilota si sono svolte in diverse parti della regione del Pacifico occidentale, come in Cina. La prescrizione sociale è un concetto relativamente nuovo nell'assistenza sanitaria, perché richiede l'inclusione di partner della comunità locale esterni al settore sanitario.

Fig. 2.

Modello Dahlgren-Whitehead dei determinanti sociali della salute



Fonte: Dahlgren and Whitehead (3)

Uno dei punti di forza della prescrizione sociale è che fornisce un collegamento a servizi che, nella maggior parte dei casi, sono già disponibili nelle comunità locali, quindi potenzialmente in grado di generare un impatto significativo a un costo relativamente basso. Numerosi studi hanno valutato il rapporto costo-efficacia della prescrizione sociale mostrando evidenze di risparmi a lungo termine (1,4). Tuttavia, è importante ricordare che queste valutazioni sono strettamente legate al contesto nel quale si sono svolte le esperienze.

Diversi studi hanno valutato l'impatto della prescrizione sociale sui risultati di salute dei destinatari e sulla riduzione dei costi nel settore sanitario. Tali studi hanno dimostrato che la prescrizione sociale può ridurre la richiesta di servizi erogati da parte dei professionisti delle cure primarie e del pronto soccorso (4), ridurre gli invii all'assistenza secondaria (es.: ospedali), migliorare il ben-essere psicologico, ridurre l'ansia e migliorare la qualità della vita percepita (5).

I destinatari hanno anche riferito di aver provato un minor senso di solitudine e isolamento sociale e un miglioramento della propria salute mentale e fisica (6).

Attualmente, i risultati quantitativi relativi all'efficacia e al costo-efficacia della prescrizione sociale sono contrastanti, in gran parte a causa dell'assenza di valutazioni rigorose (7). Tuttavia, è importante ricordare che la prescrizione sociale non ha un valore in quanto intervento in sé: il suo successo dipende dal buon funzionamento dei servizi a cui il destinatario viene indirizzato.

In qualsiasi programma di prescrizione sociale, si incoraggia l'utilizzo di un robusto sistema di monitoraggio e valutazione. Ciò consente ai valutatori di misurare l'impatto del programma e di contribuire alla conoscenza globale, rafforzando così le evidenze disponibili.

Le evidenze alla base degli interventi non farmacologici per gli anziani

Sono disponibili numerose prove scientifiche sull'impatto di vari interventi non farmacologici su diverse patologie negli anziani. Tra gli interventi non farmacologici ci sono le terapie standard - tra cui la terapia comportamentale, la terapia della reminiscenza e la psicoterapia-, ma anche, fra le altre, l'esercizio fisico, le arti e l'artigianato, le attività musicali o la pet therapy.

Alcune di queste terapie si sono dimostrate efficaci nel trattamento della depressione, dell'astenia, dell'incontinenza, dei disturbi del sonno, dell'apatia, della mobilità, delle prestazioni cognitive e nel migliorare la qualità della vita percepita.

È bene ricordare che l'efficacia di un intervento ha molteplici variabili. I servizi prescritti a un paziente devono essere valutati attentamente per massimizzare la loro effettiva capacità di affrontare i suoi problemi.

A chi è rivolta la prescrizione sociale?

Sebbene la prescrizione sociale possa giovare a chiunque, le persone che presentano alcuni specifici determinanti sociali della salute potrebbero trarne maggiori benefici. Tra queste, vi sono le persone che vivono in condizioni di povertà, che hanno vissuto situazioni stressanti nei primi anni di vita, che vivono la disoccupazione o l'esclusione sociale e che hanno maggiori probabilità di risultati negativi per la salute, come una peggiore salute mentale e malattie croniche. Queste persone presentano la più forte disuguaglianza e la maggiore vulnerabilità a risultati di salute peggiori.

Le evidenze dimostrano che le persone più svantaggiate in partenza, o che hanno determinanti sociali della salute che danno luogo a risultati sanitari comparativamente peggiori, tendono a beneficiare maggiormente della prescrizione sociale (8). La prescrizione sociale è quindi una pratica che può contribuire ad aumentare l'equità nella salute, riducendo le disuguaglianze di salute all'interno di una comunità locale. Le persone che hanno maggiori probabilità di trarne beneficio sono:

- persone con patologie croniche
- persone sole o socialmente isolate
- persone ad alto rischio di disturbi mentali
- persone vulnerabili, ad esempio a causa dell'età o della loro condizione economica

Pertanto, le persone anziane affette da patologie croniche, che soffrono di solitudine o che sono a rischio di isolamento sociale possono trarre sostanziali benefici dalla prescrizione sociale. Inoltre, il COVID-19 ha esacerbato le vulnerabilità esistenti, facendo sentire le persone, in particolare quelle anziane, ancora più isolate a causa del lockdown e delle misure di prevenzione.

Fasi di attuazione

L'attuazione della prescrizione sociale prevede diverse fasi, ma l'ordine in cui le fasi vengono realizzate può variare a seconda del contesto e delle circostanze specifiche. Si tratta di un processo non lineare e può comportare una ricorsività nelle fasi per migliorare il modello in base al riscontro ottenuto. Nel corso dell'attuazione, potrebbe essere necessario tornare a una fase precedente e apportare modifiche.

Fasi chiave della prescrizione sociale

1

Analizzare la situazione

2

Costituire un gruppo di riferimento centrale per l'attuazione

3

Sviluppare un piano di lavoro per l'attuazione

4

Mappare le risorse della comunità locale

5

Coinvolgere tutti

(settori sanitario, sociale e del volontariato, operatori di collegamento)

6

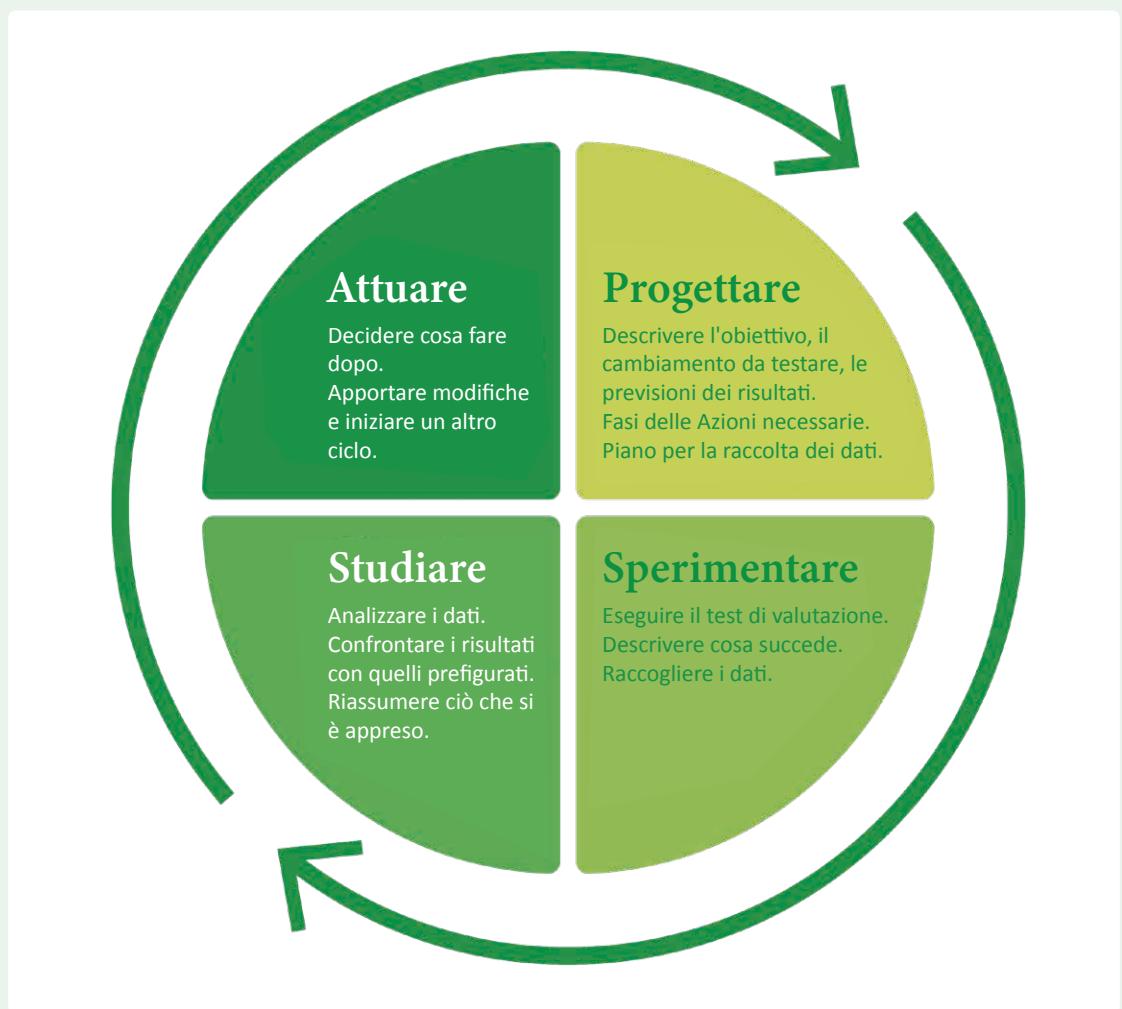
Formazione degli operatori di collegamento

7

Monitoraggio e valutazione

Caso studio: utilizzo del modello PSSA

Per gestire l'attuazione del progetto come processo ricorsivo, si può adottare un modello specifico, come il ciclo di Progettazione-Sperimentazione-Studio-Attuazione (PSSA) (Plan-Do-Study-Act PSDA cycle) (9). Il ciclo di PSSA consente miglioramenti graduali nel tempo. Ogni fase è ben distinta, ma non è necessariamente solo unidirezionale.



Un esempio di applicazione:

- Ciclo 1: Dimostrare la fattibilità
- Ciclo 2: Sperimentare il programma pilota
- Ciclo 3: Attuare il programma validato
- Ciclo 4: Miglioramento continuo del programma

Nell'allegato (pagina 41) è riportato un caso studio sull'applicazione di questo modello alla prescrizione sociale a Singapore.



© WHO / Blink Media — Juliana Tan

Fase 1.

Analizzare la situazione

È importante fare un'analisi della situazione per comprendere il contesto in cui si deve attuare la prescrizione sociale. Un'analisi della situazione faciliterà la comprensione del contesto socio-culturale locale e aiuterà a esaminare il divario tra i bisogni della popolazione target e l'offerta di servizi. Questo aiuterà a definire la popolazione target, a valutare la fattibilità dell'attuazione del programma e a stabilire i risultati attesi del progetto. Si raccomanda di condurre una breve analisi della situazione all'inizio del progetto, in collaborazione con un gruppo di progetto più ristretto. Una volta che il gruppo di attuazione è stato individuato e costituito, si può condurre un'analisi approfondita per promuovere la diffusione del programma.

L'analisi della situazione dovrebbe consistere principalmente in una consultazione con le principali parti interessate: operatori sanitari, destinatari, caregiver e stakeholder della comunità locale, compresi i rappresentanti dei settori sanitario, sociale e del volontariato. Tale consultazione può consistere in una serie di interviste. In alcuni casi, può essere utile condurre un'indagine sui bisogni dei destinatari o focus group, che possono aiutare a definire meglio i bisogni della popolazione e a valutare la fattibilità della prescrizione sociale nel contesto locale. La Tabella 1 fornisce una checklist che può aiutare a guidare l'analisi della situazione relativa alla prescrizione sociale.

Tabella 1. Considerazioni per l'analisi della situazione

Popolazione

- Individuare la fascia di popolazione che potrebbe beneficiare della prescrizione sociale.
- Individuare i criteri di inclusione e di esclusione per restringere il gruppo target, come fattori demografici e socioeconomici e stato di salute.
- Valutare i bisogni della popolazione target, come, ad esempio, i servizi di salute mentale, il supporto sociale, consulenza per stili di vita salutari, per la gestione del dolore; le condizioni di vita.
- Individuare le sfide e le opportunità all'interno della popolazione e delle comunità, ad esempio gli atteggiamenti culturali e le tendenze comportamentali locali.
- Considerare l'alfabetizzazione alla tecnologia digitale (se si prevede di fare uso di tecnologia mobile).

Fattibilità

- Individuare i fattori culturali e sociali che possono influire sull'attuazione.
- Considerare le dinamiche della comunità, come ad esempio lo stato della collaborazione tra i diversi settori.
- Esaminare l'utilità e la convenienza per la popolazione.
- Stimare il rapporto tra il costo per partecipante e i fondi disponibili.
- Assicurare il sostegno della leadership.
- Verificare la disponibilità dei servizi locali e la loro capacità.
- Controllare se in questa comunità o in altre parti della Regione sono stati attuati programmi simili.

Rete e stakeholder

- Individuare i membri più adatti per il gruppo di attuazione centrale.
- Mappare i punti di contatto tra la popolazione target e i servizi di assistenza sanitaria, come ospedali, centri di assistenza sanitaria primaria, centri di riferimento della comunità locale, centri di salute mentale, strutture per l'assistenza a lungo termine, centri di riabilitazione, servizi sociali, organizzazioni del Terzo Settore, gruppi della comunità e settore privato.
- Mappare le collaborazioni e i sistemi di collegamento esistenti, comprese le relazioni con le organizzazioni della comunità locale.
- Stabilire i ruoli esistenti degli enti amministrativi locali, delle organizzazioni del Terzo Settore, delle organizzazioni della comunità locali, delle associazioni dei pazienti e del settore privato.
- Individuare la disponibilità a livello locale di esperti tecnici con esperienza e competenza, per esempio in salute mentale e geriatria.
- Individuare coloro che potrebbero svolgere il ruolo di operatori di collegamento e considerare come potrebbero essere integrati nel sistema esistente.

Si rimanda alla Fase 3 per considerazioni più dettagliate sull'intervento vero e proprio.

Caso studio: indagine dei destinatari in Australia

Per conoscere la fattibilità della prescrizione sociale dal punto di vista dei destinatari, il Consumers Health Forum of Australia e il Royal Australian College of General Practitioners hanno condotto un'indagine su un campione di destinatari delle cure primarie (10).

Esempi di domande poste ai destinatari:

- **Dove ottiene informazioni sui programmi di intervento e sui servizi locali?**
- **Si sente bene informato sui servizi offerti?**
- **Frequenta qualche servizio? Quale? Se no, perché?**
- **Sarebbe interessato a partecipare a programmi proposti nella sua comunità locale?**
- **Sarebbe disposto a partecipare a un incontro con un operatore al servizio della sua comunità locale per parlare dei programmi offerti?**

L'indagine ha rivelato che la maggior parte delle persone non si sentivano bene informate sui servizi disponibili nella comunità locale, ma sarebbero state interessate a partecipare. I principali ostacoli alla partecipazione alle attività erano il costo, gli orari, le difficoltà di spostamento e altri impegni.



© WHO/Yoshi Shimizu

Fase 2.

Costituire un gruppo di riferimento centrale per l'attuazione

Il gruppo di riferimento centrale per la realizzazione pianificherà e supervisionerà l'attuazione del programma. La composizione del gruppo può variare a seconda del contesto locale. In genere, l'équipe è guidata dal servizio sanitario territoriale locale; tuttavia, questo ruolo può essere assunto anche da un'altra istituzione che disponga delle competenze tecniche necessarie e sia ben inserita nella comunità locale. L'équipe di attuazione può essere composta da un supervisore esperto, da un responsabile dell'attuazione, da un responsabile territoriale e da volontari.

In alcuni contesti, può essere presa in considerazione una struttura di leadership a tre livelli:

- **supervisore esperto** (con sede a livello regionale o nazionale), ad esempio uno specialista in malattie croniche-degenerative, salute mentale o geriatria, che può condividere le proprie competenze sui bisogni di salute della popolazione target;
- **responsabile dell'attuazione** (afferente a un centro sanitario o un ospedale che coordina programmi di promozione della salute nella comunità locale), che può supervisionare l'attuazione del progetto; e un
- **responsabile territoriale** (con sede in un centro amministrativo della comunità locale), che può coordinare le risorse amministrative e quelle presenti nel territorio.

Un gruppo di attuazione forte dovrebbe essere multidisciplinare e avere esperienza nel coinvolgimento di diverse categorie di stakeholder. Il gruppo dovrebbe avere esperienza nella realizzazione di programmi di salute pubblica, nonché nella ricerca e nella valutazione. È fortemente raccomandato garantire la varietà dei componenti del gruppo, sia in termini di rappresentanza dei gruppi esistenti che di età, etnia, sesso, appartenenza religiosa, capacità fisiche e mentali, competenze e così via. Si invita in particolare a includere i volontari più esperti nel gruppo di riferimento centrale per l'attuazione.

Può essere utile inserire almeno un componente con esperienza diretta di lavoro con i destinatari, ad esempio un professionista sanitario delle cure primarie, un assistente sociale, un fisioterapista o un'altra professione sanitaria competente (ad esempio: infermiere, educatore, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sanitario, terapista occupazionale...).

È importante individuare un adeguato responsabile del progetto. Il responsabile (o i responsabili) del progetto deve essere appassionato e creativo e avere una buona conoscenza dei processi organizzativi locali e delle dinamiche di gruppo. È preferibile avere esperienza nella gestione di progetti e con una formazione di base nella salute pubblica o nella promozione della salute. Il responsabile del progetto può essere affiancato da due a quattro altri collaboratori o volontari.

Sostegno della leadership di grado superiore

A seconda del contesto, può essere consigliabile assicurarsi il sostegno di una leadership di grado superiore, come ad esempio gli organi di governo della sanità a livello distrettuale, provinciale o nazionale, l'amministrazione locale o i decisori politici. Il supporto dei decisori può rafforzare il coordinamento multisettoriale e facilitare la collaborazione tra i diversi settori. Il gruppo di riferimento centrale per l'attuazione può coinvolgere i decisori politici locali, chiedendo loro di far parte di un comitato direttivo.



© WHO / Blink Media - Neil Nutra

Fase 3.

Sviluppare un piano di lavoro per l'attuazione

Una volta individuati e riuniti i membri del gruppo, il gruppo dovrà incontrarsi per concordare gli obiettivi e formulare un piano di lavoro. Nella Tabella 2 sono delineate le aree di cui occuparsi quando si progetta l'attuazione del programma. Si noti che queste aree non devono essere affrontate tutte in una volta, e che alcune di esse potrebbero continuare a essere riviste durante la fase di attuazione. Nello sviluppo del piano di lavoro, può essere utile prendere in considerazione anche alcuni dei punti menzionati nella fase sull'analisi della situazione.



Tabella 2. Considerazioni per lo sviluppo del piano di lavoro

Contesto

- Sviluppare una comprensione condivisa del concetto di prescrizione sociale.
- Concordare la popolazione target (aspetti demografici e geografici).
- Sviluppare una comprensione condivisa dei bisogni attesi della popolazione target.
- Concordare come la prescrizione sociale possa portare beneficio ai destinatari e alla comunità locale.

Gestione operativa

- Definire gli obiettivi del programma.
- Stabilire come il programma si collega alle strategie locali e regionali sull'invecchiamento in salute.
- Definire i ruoli e i compiti del gruppo di riferimento centrale per l'attuazione, compresa una visione di insieme della struttura di gestione e delle responsabilità.
- Definire i ruoli e i compiti degli altri stakeholder (sanitari, operatori di collegamento, organizzazioni territoriali).
- Discutere le opzioni per il coinvolgimento della leadership di livello superiore, come i dirigenti dell'organizzazione e i rappresentanti del governo locale.
- Concordare come tenere informati tutti gli stakeholder, in particolare gli operatori dei servizi.
- Analizzare le risorse economiche o il tempo di lavoro del personale (è possibile introdurre la prescrizione sociale senza un budget dedicato).
- Sviluppare un piano per la sostenibilità a lungo termine.

Percorsi di invio

- Come sarà indirizzato il destinatario alle prescrizioni sociali?
- Chi potrebbe assumere il ruolo di operatore di collegamento? Ci sono disponibili figure che sarebbero adatte a questo ruolo?
- Come sarà messo in contatto il destinatario con l'operatore di collegamento?
- In che modo gli operatori dei servizi e i destinatari rimarranno in contatto con il destinatario e lo seguiranno?
- I servizi della comunità saranno informati dei destinatari che vengono loro inviati (continuità delle cure)?

Servizi della comunità locale

- Concordare le modalità di mappatura dei servizi presenti nella comunità locale.
- Concordare le modalità di valutazione della qualità dei servizi presenti nella comunità locale.
- Concordare l'approccio più adatto per coinvolgere le organizzazioni della comunità locale (considerazioni politiche e pratiche).
- Verificare se i servizi di comunità locale hanno la capacità di accogliere nuovi fruitori dei servizi.

Monitoraggio e valutazione

- Quali sono i criteri di successo? Che cosa si potrebbe considerare un "successo" una volta introdotta la prescrizione sociale?
- Concordare gli indicatori di monitoraggio (avanzamento del programma, risultati di output, outcome; a breve e lungo termine).
- Considerare la fattibilità di condurre uno studio di valutazione (impatto sulla salute e rapporto costo-efficacia).
- Stabilire il cronoprogramma per l'attuazione e la valutazione.
- Stabilire come verranno misurati l'avanzamento e i risultati del programma.

Il quadro logico o la teoria del cambiamento

Il quadro logico, noto anche come la teoria del cambiamento, è una descrizione delle relazioni condivise tra input (risorse), attività, output, outcome e impatto del programma. Permette al gruppo di visualizzare le relazioni tra le attività del programma e gli effetti prefigurati.

Nel corso dello sviluppo del piano di lavoro, è consigliabile creare un quadro logico, in modo da facilitare la progettazione e successivamente il monitoraggio e la valutazione.

Il quadro logico sarà specifico per ogni programma di prescrizione sociale; tuttavia, il modello riportato di seguito può essere utilizzato come guida.

Input

Di cosa ho bisogno?

Può includere le risorse che saranno impegnate, come ad esempio i finanziamenti, le risorse umane e le risorse disponibili nella comunità locale.

Attività

Che cosa faccio?

Può includere processi quali lo la selezione del destinatario, l'invio e il follow-up, le interazioni tra gli stakeholder, la raccolta di dati e feedback, e la loro analisi.

I risultati

Quali sono i risultati?

Può includere i risultati di processo, come il numero di destinatari coinvolti nel programma e il cambiamento dell'utilizzo dei servizi presenti nella comunità territoriale, i risultati dell'assistenza (ad esempio, la riduzione dei ricoveri ospedalieri) e i dati (come, ad esempio, la condizione di salute mentale della popolazione).

Impatto

Perchè è importante?

Può includere un miglioramento della salute e del ben-essere dei destinatari, la riduzione dei tassi di prevalenza di alcuni disturbi mentali e maggiori risparmi per il sistema sanitario. Altri indicatori suggeriti si trovano nella Fase 7.

Individuare le risorse economiche disponibili

Sebbene la prescrizione sociale possa essere attuata senza risorse economiche aggiuntive (ad esempio, dedicando ad essa tempo di lavoro del personale), è importante individuare le risorse finanziarie disponibili per sostenerne l'attuazione. Se le risorse economiche fossero disponibili, potrebbero essere utilizzate per retribuire gli operatori di collegamento, sostenere i programmi disponibili nella comunità locale, organizzare incontri di coinvolgimento degli stakeholder e condurre valutazioni sistematiche. Tuttavia, è possibile costruire modelli di prescrizione sociale che non richiedono finanziamenti aggiuntivi e valorizzano in modo sostenibile le risorse disponibili. Possono basarsi sull'inserimento della prescrizione sociale all'interno di incarichi già esistenti nel servizio sanitario o sul reclutamento e il sostegno di volontari.

Esempi di modelli di finanziamento

Regno Unito e Irlanda del Nord

Nel Regno Unito non esiste attualmente uno sistema di finanziamento unificato per la prescrizione sociale. La maggior parte dei sistemi di finanziamento, chiamati "sistemi di raccordo per la prescrizione sociale", sono commissionati dalle autorità locali o dai gruppi di committenti sanitaria. Questi sistemi, che retribuiscono gli operatori di collegamento, variano a livello locale. Più raramente, gli operatori di collegamento sono retribuiti da associazioni per l'housing sociale, da federazioni di medici di medicina generale e da enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). I servizi offerti ai destinatari che vengono inviati sono spesso erogati da associazioni di volontariato e di imprese sociali già esistenti. In futuro, con l'integrazione della prescrizione sociale nel piano a lungo termine del SSN, potrebbe comparire un modello di finanziamento unificato. Questa trasformazione potrebbe cambiare l'attribuzione dei finanziamenti, e dare luogo a partnership tra il settore del volontariato, i gruppi presenti nella comunità e le varie agenzie pubbliche (11).

China, Shangrao

In Cina, le iniziative di prescrizione sociale sono spesso basate su fonti di finanziamento specifiche e su programmi circoscritti su piccola scala. Poiché attualmente non esistono gruppi organizzati di operatori di collegamento, questi programmi si appoggiano in genere agli operatori sanitari territoriali e ai volontari della comunità locale. Ad esempio, a Shangrao il ruolo dell'operatore di collegamento è svolto da un gruppo di operatori di salute mentale e da un gruppo di volontari giovani e esperti. Gli operatori territoriali non ricevono un compenso aggiuntivo, ma considerano le attività di prescrizione sociale come un supporto al loro lavoro di routine. Nonostante le difficoltà, le istituzioni e le comunità locali mostrano crescente interesse per la prescrizione sociale, il che incoraggia un ulteriore sviluppo delle iniziative di prescrizione sociale in Cina.

Singapore, SingHealth Community Hospitals

SingHealth Community Hospitals (SCH) è membro di SingHealth, il più grande gruppo di ospedali pubblici di Singapore. La prescrizione sociale è finanziata da fondi erogati dal SingHealth Office of Regional Health (SORH). Il SORH sostiene lo sviluppo di nuovi modelli innovativi di assistenza e servizi che migliorano la salute della popolazione. Questi programmi vengono monitorati e valutati attentamente per verificarne l'impatto e il potenziale di diffusione e di integrazione in programmi nazionali.

Assumere una prospettiva di sistema

È importante considerare gli effetti potenziali che l'introduzione di una pratica di prescrizione sociale può avere sul più ampio sistema di assistenza sanitaria. In particolare, alcuni meccanismi di finanziamento potrebbero avere un effetto a livello di sistema. Per esempio, gli incentivi finanziari che incoraggiano una maggiore pratica di prescrizione sociale nelle organizzazioni sanitarie potrebbero sottrarre risorse umane, come gli operatori di collegamento, ai loro compiti originari a livello di comunità locale. Poiché la prescrizione sociale mira a demedicalizzare l'offerta del servizio sanitario, un tale effetto collaterale sarebbe contrario al risultato desiderato. È quindi importante considerare attentamente il progetto, in particolare i sistemi di pagamento o di incentivo finanziario.



© WHO/Yikun Wang

Fase 4.

Mappare le risorse della comunità locale

Elencare i servizi disponibili nella comunità locale

Le risorse della comunità a cui i destinatari possono essere inviati sono molteplici. In genere, si tratta di servizi già esistenti nella comunità locale, come ad esempio:

- assistenza sociale, legale, finanziaria, abitativa e sulla sicurezza alimentare;
- servizi di assistenza sociale, compresi quelli di supporto per la salute mentale, le dipendenze e la disabilità;
- sostegno alle vittime di violenza domestica, abuso o abbandono, e di violenza di genere;
- attività sociali (incontri al chiuso e all'aperto);
- servizi per l'impiego, apprendimento professionale e sostegno all'imprenditoria sociale;
- apprendimento ed educazione permanente;
- servizi di assistenza sanitaria e promozione della salute, comprese l'attività fisica e l'alimentazione;
- opportunità nelle aree urbane, opportunità di trascorrere tempo nella natura, nei parchi locali e con attività all'aperto;
- attività musicali, artistiche e culturali;
- opportunità di volontariato.

Nel corso dell'attuazione della prescrizione sociale, potrebbero essere individuati alcuni servizi altamente richiesti, ma attualmente non disponibili a livello locale. In alcuni casi, potrebbe essere possibile coinvolgere organizzazioni di volontariato locali e associazioni della comunità locale per assolvere questo compito. Per raccogliere queste informazioni è necessario predisporre fin dall'inizio un solido sistema di monitoraggio del programma.

Valutare i servizi

Una volta individuati i servizi disponibili, è importante valutarne la qualità. In primo luogo, perché il successo della prescrizione sociale dipende dal buon funzionamento delle organizzazioni a cui i destinatari vengono inviati. In secondo luogo, è probabile che i destinatari inviati a questi servizi siano vulnerabili e quindi possano aver bisogno di un approccio più attento e di una maggiore attenzione.

La valutazione dei servizi garantirà il rispetto degli standard minimi. Gli standard devono essere definiti dal gruppo centrale per l'attuazione. Tra le aree da prendere in considerazione ci sono, fra le altre: politiche organizzative per la salute e la sicurezza, sicurezza alimentare, riservatezza, inclusività ed efficacia. Come guida di riferimento si possono utilizzare i modelli già esistenti (12).



Fase 5. Coinvolgere tutti

Una volta formulato il progetto, il passo successivo consiste nel mobilitare gli attori chiave. In genere, i destinatari vengono indirizzati al gruppo di operatori di collegamento dagli operatori sanitari. A seconda del servizio sanitario, potrebbero esistere più percorsi per l'accesso al servizio da parte del destinatario, nel qual caso potrebbe essere necessario coinvolgere anche altri stakeholder.

Nella maggior parte dei casi, è necessario coinvolgere e formare i seguenti tre gruppi fondamentali:

1. operatori sanitari
2. organizzazioni del settore sociale e del volontariato
3. operatori di collegamento.

La Fig. 3 mostra un esempio di relazione potenziale tra questi stakeholder principali. Queste relazioni sono specifiche del contesto e devono essere definite al momento della formulazione del piano di lavoro.

Fig. 3.

Un esempio di diagramma di definizione dei ruoli



Fonte: Adattato dal programma di prescrizione sociale per gli adulti anziani di Shangrao, Cina.

1. Operatori sanitari

Nella prescrizione sociale, il ruolo degli operatori sanitari è quello di individuare i destinatari adatti a questo tipo di intervento e di indirizzarli all'operatore di collegamento. In genere, si tratta di un medico o di un operatore sanitario che lavora nella comunità locale; tuttavia, questo ruolo può essere svolto anche da altri operatori sanitari. In teoria, qualsiasi istituzione che presta assistenza ai destinatari e goda di fiducia all'interno della comunità locale potrebbe assumere questo ruolo. Questi operatori devono essere individuati, inseriti nel programma e formati.

Tra le responsabilità principali di questi operatori ci sono:

- valutare se il destinatario può beneficiare della prescrizione sociale
- indirizzare il destinatario all'operatore di collegamento
- raccogliere e analizzare i dati.

Gli operatori sanitari coinvolti devono avere familiarità con il contesto della prescrizione sociale e conoscere i diversi determinanti sociali della salute. Devono essere informati sulla popolazione target della prescrizione sociale ed essere in grado di individuare coloro che possono beneficiare del servizio. Devono essere formati sugli aspetti pratici dell'invio all'operatore di collegamento, in particolare sulla raccolta dei dati necessari.

Dovrebbero spiegare al destinatario che cosa può aspettarsi dall'operatore di collegamento, per definire correttamente le sue aspettative. È importante chiarire che l'operatore di collegamento non è un esperto, ma qualcuno che progetterà un piano di invio insieme al destinatario. Ai fini del monitoraggio, potrebbe essere richiesto loro di raccogliere dati sui destinatari inviati a un operatore di collegamento.

2. Organizzazioni sociali e di volontariato

È fondamentale coinvolgere in modo appropriato i programmi, i servizi e le organizzazioni del settore sociale e del volontariato che operano nella comunità locale. Le organizzazioni devono avere una comprensione condivisa della prescrizione sociale e avere familiarità con il processo di invio. L'invio del paziente non deve essere passivo e unidirezionale. Per garantire che il destinatario abbia un'esperienza uniforme, è essenziale un buon coordinamento tra le diverse organizzazioni.

Per la sicurezza e il ben-essere dei destinatari che ricevono i servizi, è opportuno disporre di un meccanismo che garantisca la conformità dei partner del settore sociale e del volontariato ai requisiti necessari per operare nel progetto della prescrizione sociale. Il monitoraggio e la valutazione possono contribuire a garantire la qualità e il successo dell'intervento.

Inoltre, le organizzazioni devono sentirsi supportate e coinvolte nell'intero percorso del destinatario, anziché essere solo il punto di arrivo. Dovrebbero essere messe in condizione di segnalare se ritengono che l'invio del destinatario non sia appropriato e se si trovano nella situazione di non riuscire a soddisfare la domanda.

L'integrazione dei servizi

È necessario valutare il modo in cui le

risorse possono essere collegate tra loro. Per questo, sono necessarie la partecipazione attiva delle organizzazioni individuate e la garanzia che il processo di invio sia semplice per il destinatario. Spesso le risorse disponibili possono essere frammentate, soprattutto per quanto riguarda le infrastrutture, le fonti di finanziamento e le risorse umane. È essenziale garantire una buona comunicazione e un buon coordinamento tra tutti i partner. L'integrazione delle risorse mappate può essere facilitata da incontri multisettoriali con i partner. Il sostegno della leadership di livello superiore accelera notevolmente il processo di integrazione delle risorse.

Le iniziative della comunità locale

Nell'attuazione della prescrizione sociale, le comunità locali sono incoraggiate a valorizzare risorse già esistenti al loro interno. Tuttavia, se durante la realizzazione vengono individuate lacune e sono necessari servizi e interventi di supporto aggiuntivi, le comunità locali possono decidere di creare/sviluppare nuovi programmi che vengano utilizzati come prescrizioni sociali. Le comunità territoriali sono inoltre incoraggiate a lavorare con le popolazioni target nella co-creazione di nuovi servizi e programmi dei quali le stesse popolazioni possano beneficiare.

Caso di studio: eSocial Prescribing a Singapore

La signora K vive con il figlio e si diverte a cucinare per lui. Purtroppo è stata ricoverata in un ospedale del territorio per la riabilitazione dopo un intervento all'anca. Durante la degenza, il “WellBeing Coordinator”(altrimenti noto come operatore di collegamento) si è messo in contatto con lei e ha sondato il suo interesse a iscriversi al programma eSocial Prescribing per migliorare la sua alfabetizzazione digitale attraverso lezioni sull'uso dello smartphone.

La signora K ha accettato di partecipare al programma sull'uso dello smartphone. Inizialmente era molto preoccupata di poter disturbare le abitudini di suo figlio nel momento in cui avesse cercato di contattarlo. Tuttavia, grazie alle lezioni, ha scoperto che può lasciargli delle registrazioni vocali sull'applicazione di messaggistica del cellulare, WhatsApp, che lui può ascoltare quando vuole. Ha sentito di non essere più un peso e di avere più autonomia.

Per motivare la signora K a continuare a usare lo smartphone anche dopo la dimissione e per sostenere i suoi interessi culinari, l'operatore di collegamento e un funzionario dell'agenzia governativa locale hanno messo in contatto la signora K con il servizio “Essere Amici” della comunità locale. Alla signora K è stata assegnata un’"amica" con la quale può esercitarsi e migliorare le sue nuove abilità con lo smartphone.

3. Gli operatori di collegamento

Gli operatori di collegamento svolgono un ruolo cruciale in qualsiasi programma di prescrizione sociale. Hanno una buona conoscenza della comunità locale in cui operano e sono in grado di mettere in contatto in modo efficace e rispettoso i destinatari con le risorse della comunità locale che meglio possono soddisfare i loro bisogni (Fig. 4).

Il ruolo dell'operatore di collegamento è quello di rafforzare le persone nel prendersi cura della propria salute e del proprio ben-essere.

Gli operatori di collegamento devono mirare a costruire un rapporto di fiducia con i destinatari, ascoltando attivamente le loro preoccupazioni per capire cosa è più importante per loro. Lavorano insieme ai destinatari per sviluppare un piano personalizzato e metterli in contatto con i servizi disponibili a livello locale. Gli operatori di collegamento devono lavorare in équipe con i professionisti sanitari e le organizzazioni della comunità locale, e garantire il monitoraggio dei destinatari nel tempo.

Chi può svolgere il ruolo di operatore di collegamento?

Gli operatori di collegamento devono avere una buona conoscenza delle loro comunità locale e, idealmente, avere esperienza nel dare supporto ai destinatari. Reclutare operatori di collegamento può comportare l'assunzione di nuovo personale o il trasferimento/ampliamento del ruolo di professionisti esistenti, ad esempio infermieri e altri operatori delle professioni sanitarie, caregiver, assistenti sociali, operatori di prossimità, promotori della salute o volontari della comunità locale.

Un approccio alternativo alla individuazione di singoli operatori di collegamento è la creazione di un'équipe di operatori di collegamento che supporti collettivamente ogni destinatario, nella quale ciascun membro sia responsabile di un'area di competenza diversa. Può anche essere utile aggiungere al gruppo di operatori di collegamento un rappresentante della popolazione target. Ad esempio, se l'obiettivo della prescrizione sociale è quello di migliorare la salute degli anziani, è consigliabile includere nel gruppo una persona anziana.

Fig. 4.

Alcuni dei servizi che un operatore di collegamento può prescrivere



Fonte: WHO

Tra le principali responsabilità degli operatori di collegamento ci sono:

- **Incontrare i destinatari per individuare le loro esigenze, gli obiettivi e i percorsi per raggiungere i loro obiettivi.** Gli operatori di collegamento devono incontrare i destinatari per comprendere la loro situazione. In alcuni casi, possono incontrare i destinatari inizialmente a casa loro, perché questo può fornire una prospettiva personalizzata sulla loro vita quotidiana e sui determinanti sociali della salute che li riguardano. Tuttavia, ciò potrebbe non essere appropriato in tutti i contesti.
- **Comprendere come i determinanti sociali della salute influenzino il ben-essere dei destinatari.** Gli operatori di collegamento devono promuovere le conoscenze, le competenze e la fiducia dei pazienti nella gestione della propria salute. Grazie a questo processo, i destinatari dovrebbero sentirsi capaci di assumere un maggiore controllo e un senso di padronanza della propria salute e del proprio ben-essere.
- **Mettere in contatto i destinatari con i servizi della comunità locale e fornire un supporto continuo.** È importante sottolineare che gli operatori di collegamento non sono terapeuti o counsellor. Il loro ruolo principale è quello di mettere in contatto i destinatari con le risorse della comunità locale, tra le quali possono esserci servizi di terapia o counselling. Quando gli operatori di collegamento mettono in contatto i destinatari con i programmi della comunità locale, il sostegno ai destinatari può essere, alla fine, affidato ai responsabili dei programmi della comunità locale. È importante che gli operatori di collegamento identifichino chiaramente le fonti di supporto per i destinatari all'interno del programma della comunità locale e mantengano una comunicazione continua con queste fonti per garantire che i destinatari siano sempre supportati.
- **Creare continuamente nuove relazioni e rafforzare quelle esistenti con i settori del sociale e del volontariato.**
- **Lavorare in gruppo e fornire supporto tra pari agli altri operatori di collegamento, con l'obiettivo di sostenere congiuntamente i pazienti.**

Un operatore di collegamento ideale

- ascolta attivamente ed entra in empatia con il destinatario
- comunica in modo efficace
- è in grado di promuovere relazioni di fiducia
- sa costruire e far crescere le reti della comunità locale
- è capace di affrontare con competenza e professionalità i determinanti sociali della salute
- sarebbe preferibile che avesse una certa esperienza di lavoro con persone portatrici di patologia
- sa parlare le lingue locali ed è sensibile alla cultura locale



Fase 6. Formare l'operatore di collegamento

La formazione dell'operatore di collegamento può essere erogata online. Tuttavia, dovrebbe essere integrata da un tirocinio che dovrebbe essere supervisionato da operatori di collegamento esperti, professionisti della salute o organizzazioni della comunità locale.

Per garantire la sostenibilità dell'iniziativa di prescrizione sociale in tutto il sistema sanitario e sociale, il curriculum di una formazione basata sulle competenze dovrebbe coprire principalmente le seguenti aree:

Una visione di insieme sul sistema della prescrizione sociale

Gli operatori di collegamento devono conoscere la prescrizione sociale, il suo scopo e la sua importanza, chi può beneficiarne, i ruoli e le responsabilità dei diversi individui e istituzioni, il ruolo dell'operatore di collegamento e le disposizioni pratiche.

I determinanti sociali della salute

Gli operatori di collegamento devono avere una conoscenza di base dei determinanti sociali della salute (come ad esempio l'occupazione, l'abitazione, l'alimentazione, i trasporti e l'accesso agli spazi verdi), come possono influire sulla salute e sul ben-essere di una persona e come la prescrizione sociale può aiutare ad affrontare questi aspetti.

Le competenze comunicative

Poiché gli operatori di collegamento interagiscono spesso con destinatari con bisogni sanitari e sociali complessi, e possono anche essere vulnerabili, è necessario che possiedano i principi di etica e professionalità. Gli operatori di collegamento dovrebbero ricevere una formazione per rafforzare le loro capacità di comunicazione, che comprenda aree quali lo sviluppo della relazione, la costruzione della fiducia, l'ascolto attivo e l'uso di domande aperte e chiuse. Gli operatori di collegamento devono essere rispettosi, non giudicanti e empatici. Devono saper creare confini personali per evitare la dipendenza all'interno della relazione ed essere consapevoli di come garantire la privacy e la riservatezza.

L'utilizzo degli strumenti della prescrizione sociale

Gli operatori di collegamento devono essere in grado di utilizzare gli strumenti disponibili per sviluppare piani di assistenza e supporto personalizzati, valutare i bisogni dei destinatari e i progressi compiuti, e devono essere formati sul percorso di invio e adesione al programma. Dovrebbero inoltre ricevere una formazione sulla raccolta dei dati necessari, quali sia necessario rilevare, quando e come. I dati raccolti dovrebbero essere stratificati per sesso ed età.

Il colloquio e la valutazione del destinatario

Gli operatori di collegamento dovrebbero disporre di un modulo di valutazione che guida il colloquio: la valutazione però dovrebbe avere la forma di una conversazione tra l'operatore di collegamento e il destinatario, piuttosto che essere una serie di domande tratte da un modulo. Gli operatori di collegamento devono instaurare un rapporto di fiducia con i destinatari per identificare le cause latenti e i bisogni non sanitari non soddisfatti, alcuni dei quali possono essere soggetti alla riservatezza. Alcune informazioni possono dover essere acquisite attraverso domande indirette (13).

La valutazione del destinatario deve riguardare le seguenti aree:

- Domande su aspetti socio-demografici, come l'età, il supporto necessario per la vita quotidiana/le esigenze di accessibilità, la provenienza culturale/etnica, l'identità di genere, la religione, l'orientamento sessuale, lo stato relazionale, il livello di istruzione, l'occupazione e il reddito.
- Domande sui determinanti sociali della salute che i destinatari potrebbero voler affrontare, come la partecipazione sociale, l'attività fisica, l'alimentazione, l'istruzione, l'occupazione e le risorse economiche.
- Domande che valutano la salute e il ben-essere di base del destinatario, come la salute fisica, la salute mentale e la qualità della vita.
- Domande sui tipi di prescrizione sociale a cui il destinatario potrebbe essere interessato, come incontri sociali, corsi di sport e fitness e corsi per lo sviluppo di abilità, tra cui tecnologia, cucina, gestione del denaro e supporto sociale.

Per guidare il colloquio si può utilizzare una scheda di valutazione. Nelle Figure 5 e 6 sono riportati esempi di schede di valutazione. Le domande utilizzate nel modulo di valutazione dipenderanno dagli obiettivi più specifici del programma di prescrizione sociale, ad esempio se si tratta di ridurre la solitudine degli anziani o di migliorare il loro ben-essere. Si possono utilizzare anche scale di valutazione già validate in letteratura, come per esempio la Patient

Activation Measure (PAM; licenza commerciale), la scala di ben-essere personale dell'Office for National Statistics (ONS4), o il Measure Yourself Concerns and Wellbeing (MYCaW). Possono essere adattati anche strumenti utilizzati localmente dai professionisti della salute mentale o dai medici di medicina generale. Lo sviluppo di strumenti di valutazione deve essere sostenuto dal gruppo di riferimento centrale per l'attuazione.

I risultati della valutazione iniziale del destinatario, insieme ai risultati raccolti successivamente nel corso del programma, possono essere utilizzati anche per valutare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento. Per ulteriori informazioni, consultare la Fase 7 su monitoraggio e valutazione.

Fig. 5.

Esempio di scheda di valutazione del destinatario

| Esempi di domande di valutazione | |
|---|--|
| <p>Il West Elgin CHC ha sviluppato una scheda di promemoria sulla prescrizione sociale per aiutare gli operatori sanitari durante i colloqui. Le schede contengono le "motivazioni per la prescrizione sociale" (di seguito) che vengono inserite nella cartella clinica elettronica e trasmesse al case manager</p> <p> SOCIAL PRESCRIPTION</p> <p>NOME _____ DATA _____</p> <p>Per favore barrare una di queste opzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Si sente solo<input type="checkbox"/> Annoiato<input type="checkbox"/> Si sente a disagio<input type="checkbox"/> Ha difficoltà a sbarcare il lunario<input type="checkbox"/> Ha problemi abitativi<input type="checkbox"/> Non ha opportunità di lavoro<input type="checkbox"/> Si sente triste<input type="checkbox"/> Non ha nessuno su cui contare<input type="checkbox"/> Invecchia<input type="checkbox"/> Altro _____ <p> West Elgin Community Health Centre</p> <p> Alliance for Healthier Communities Alliance pour des communautés en santé</p> | <p>Il programma Carea CHC'S Client Navigation & Support contiene il seguente testo per guidare gli operatori sanitari (le domande devono essere scelte in modo appropriato, non devono essere poste tutte in un unico incontro):</p> <ul style="list-style-type: none">A. Si sente in grado di affrontare l'attuale situazione del COVID-19?B. Si sente solo o isolato?C. Sta avendo problemi con la sua salute mentale?D. Ha difficoltà ad accedere ai servizi?E. Ha bisogno di aiuto per uno dei seguenti aspetti:<ul style="list-style-type: none">▪ Sistemazione/alloggio▪ Sicurezza alimentare/Alimentazione▪ Sostegno sociale▪ Sostegno alla genitorialità▪ Smettere di fumare▪ Insicurezza lavorativa▪ Counselling individuale o familiare▪ Mantenimento di relazioni saneF. Vuole che la metta in contatto con uno staff di Promozione della Salute che la chiama per valutare se possiamo fornirle un supporto? |

Fonte bibliografica: National Health Service (14)

Fig. 6.

Un estratto esemplificativo di una scheda di valutazione del destinatario

| 4.6 Valutazione |
|--|
| Nome della persona: |
| Data: |
| Sappiamo che molti fattori influiscono sulla salute e sul ben-essere; quindi, cominciamo a scoprire che cosa succede nella sua vita e che cosa incide sulla sua salute e sul suo ben-essere. Per cominciare, le farò alcune domande. |
| Stile di vita (vedi Appendice 1 per le raccomandazioni sullo stile di vita) |
| <ul style="list-style-type: none">• [Se la persona è affetta da una patologia cronico-degenerativa] Che tipo di cambiamenti nello stile di vita sono raccomandati per la sua patologia?• Sa chi contattare se fosse preoccupato per la sua salute?• Com'è la sua dieta? Consuma alimenti salutari a sufficienza? Evita cibi e bevande che potrebbero essere dannosi per la sua patologia?• Quale attività fisica svolge? Se la persona è portatrice di una patologia cronico-degenerativa, quale attività fisica è consigliata per la sua condizione? Con quale frequenza riesce a praticarla e/o a adottare altri metodi per mantenere il suo corpo il più in forma possibile?• Fuma?• Beve alcolici? Se sì, quanto? (Vedere l'Appendice 2 - della Valutazione dell'alcolemia per informazioni sulle unità alcoliche). Se si bevono più di 14 unità di alcol a settimana, considerare l'uso dell'alcolemia (Appendice 2).• Mi parli delle sue abitudini relative al sonno (la raccomandazione è di 7-9 ore a notte).• Ritiene di poter trarre benefici da consigli/supporto sullo stile di vita? |
| NOTE: |

Fonte bibliografica: National Health Service (15)

Lo sviluppo di un piano di ben-essere personale

Dopo la valutazione, l'operatore di collegamento deve collaborare con il destinatario per sviluppare un piano di ben-essere. Un esempio di piano di ben-essere, sviluppato dal SSN inglese, è riportato nella Fig. 7 (16). Si raccomanda di fornire agli operatori di collegamento un modello o un piano, ma si dovrebbe avere una certa flessibilità nello sviluppo del piano. Se possibile, il piano dovrebbe essere compilato dal destinatario piuttosto che dall'operatore di collegamento.

Nello sviluppo del piano, gli operatori di collegamento devono tenere conto delle preoccupazioni del destinatario per la sua privacy e ottenere il suo pieno consenso. Devono assicurarsi che la scelta finale delle prescrizioni sociali assegnate siano consegnate al destinatario. Devono inoltre considerare i potenziali ostacoli che il destinatario potrebbe incontrare, come i costi, la distanza e le liste d'attesa.

Fig. 7.

Un esempio di piano di assistenza e supporto personalizzato – modello

| | |
|---|--|
| Nome e dati di contatto della persona: _____ | |
| Numero del SSN: _____ | |
| Parte uno – da compilare insieme | |
| Che cosa conta per me: | |
| Come supportarmi al meglio: ciò che le persone devono sapere su di me e sulla mia vita: | |
| Eventuali condizioni di salute che le organizzazioni devono conoscere: | |
| I miei obiettivi: | |
| Sintesi del supporto che mi si sta offrendo a cui sono interessato, e che cosa posso aspettarmi da questo supporto: | |
| Che cosa posso fare per sostenere me stesso nel raggiungere i miei obiettivi: | |
| Monitoraggio - quando verificheremo come sta andando? | |
| Parte due – da compilare dopo sei mesi | |
| Quali cambiamenti sono avvenuti? | |
| Sono felice di condividere la mia storia personale? | |
| Sono disposto a rispondere a un questionario di soddisfazione? | |
| Sono disposto a partecipare alla raccolta e valutazione dei dati attualmente in corso? | |

Fonte bibliografica: National Health Service (16)

L'invio dei destinatari ai servizi della comunità locale

In genere, il gruppo di riferimento centrale per l'attuazione dovrebbe fornire agli operatori di collegamento un elenco di servizi e programmi della comunità locale. Dovrebbe anche facilitare il collegamento tra gli operatori di collegamento e il settore sociale e del volontario, in modo che gli operatori di collegamento possano seguire i destinatari facilmente. Si dovrebbe contare su un sistema di invio ben strutturato, sia per sostenere i servizi della comunità locale, sia per garantire la continuità dell'assistenza al destinatario. In alcuni casi, potrebbe essere utile che l'operatore di collegamento si rechi insieme al destinatario all'attività prescritta, in quanto ciò potrebbe facilitare il coinvolgimento del destinatario nell'attività.

Il gruppo di attuazione e gli operatori di collegamento devono creare insieme una mappa delle risorse della comunità territoriale che possono supportare il paziente (vedi Fase 4). Questa mappa è dinamica e si evolve nel tempo. Alcuni programmi possono scegliere di formare gli operatori di collegamento per cercare e reclutare le risorse della comunità locale.

Migliorare la fruizione dei servizi

I destinatari sono più propensi a partecipare quando (1,17):

- ritengono che la prescrizione sociale sarà utile
- l'invio viene presentato in modo accettabile e corrispondente ai loro bisogni e alle loro aspettative
- le eventuali preoccupazioni vengono affrontate in modo appropriato dall'inviante.

I destinatari hanno maggiori probabilità di impegnarsi quando

- l'attività è facilmente accessibile
- lo svolgimento della prima sessione è supportato.

I destinatari hanno maggiori probabilità di proseguire l'impegno quando:

- il responsabile dell'attività è esperto e competente
- le loro condizioni o i loro sintomi cambiano.

Il re-invio del destinatario ai servizi sanitari

Gli operatori di collegamento devono avere contatti con le équipe sanitarie e imparare a collaborare con gli operatori dei servizi sanitari locali. Ove possibile, dovrebbero far parte di un'équipe multidisciplinare e conoscere l'assistenza integrata tra le diverse figure professionali. In alcune situazioni, potrebbe essere necessario re-inviare il destinatario al proprio operatore sanitario. Ciò può avvenire quando si sospetta la presenza di un problema di salute mentale o di una malattia fisica non curata. È importante specificare, nella formazione, che l'operatore di collegamento deve mantenere la riservatezza, a meno che non si verifichino circostanze eccezionali (ad esempio, abusi domestici) – e questa dovrebbe essere in accordo con la normativa locale.

Il monitoraggio del destinatario

Gli operatori di collegamento devono essere formati sul processo di follow-up e sull'invio dei destinatari a operatori dell'assistenza territoriale, e sensibilizzati sulla necessità di evitare la creazione di dipendenza nella relazione di aiuto e di costruire l'autoefficacia del destinatario. La frequenza degli incontri con i destinatari deve essere stabilita dall'operatore di collegamento e dal destinatario. Si suggerisce che all'inizio gli operatori di collegamento si riuniscano con i destinatari con maggiore frequenza per generare motivazione, ma di ridurre i contatti con il passare del tempo, a mano a mano che i destinatari si sentono più autonomi e si fanno carico di una maggiore responsabilità per la propria salute e il proprio ben-essere. Questo anche per impedire che i destinatari diventino troppo dipendenti dagli operatori di collegamento. Nella Fig. 8 sono illustrati esempi di domande da inserire nella valutazione di follow-up.

Fig. 8.

Esempio di modulo di monitoraggio del destinatario

4.11 Appuntamenti di controllo (circa 20 minuti) - di persona o per telefono

Il primo follow-up deve essere fissato circa due settimane dopo il primo appuntamento, ma dipende dalle disponibilità, dai problemi della persona, ecc. In seguito, si cercherà di fissare gli appuntamenti a intervalli di tempo sempre più lunghi.

Bilancio:

- Come stanno andando le cose?
- Che cosa è andato bene?
- Che cosa non è andato tanto bene?
- Di che cos'altro ha bisogno per raggiungere i suoi obiettivi?
- Fornire ulteriori informazioni e supporto, se necessario
- Fare riferimento alla Patient Activation Measure (PAM) come guida all'attivazione
- Ci sono modifiche al piano d'azione? Chiedere alla persona di scrivere nel Libretto personale eventuali modifiche / piani aggiuntivi

Data:

Note:

Fonte bibliografica: National Health Service (15)

Il confronto con il gruppo di riferimento centrale per l'attuazione

Gli operatori di collegamento devono relazionarsi periodicamente (una o due volte al mese) con il loro gruppo di supervisione per discutere dell'andamento delle cose e per riferire sulla valutazione dei destinatari e sulle informazioni di monitoraggio. Gli operatori di collegamento devono avere regolari opportunità di debriefing e di supporto nell'affrontare i casi di destinatari difficili. Dovrebbero anche avere l'opportunità di fornire un riscontro agli operatori sanitari delle cure primarie. Gli operatori di collegamento devono essere in grado di lavorare in équipe e di seguire le indicazioni e i regolamenti dell'organizzazione.

La cura di sé

Gli operatori di collegamento devono essere consapevoli dei principi di cura di sé, poiché la natura del lavoro che svolgono è soggetta a burnout. Se necessario, dovrebbero disporre di un sistema di supporto adeguato.

Obiettivi della formazione

Al termine della formazione, l'operatore di collegamento dovrebbe essere in grado di fare quanto segue:

- identificare e analizzare i bisogni dei destinatari nel contesto dei determinanti sociali della salute
- localizzare e abbinare le risorse della comunità locale
- svolgere compiti di prescrizione sociale per migliorare il ben-essere generale dei destinatari.



© WHO / Blink Media — Juliana Tan

Fase 7. Monitorare e valutare

Il monitoraggio e la valutazione dovrebbero essere integrati nel piano di lavoro di un programma o di un progetto pilota di prescrizione sociale, soprattutto se la prescrizione sociale è nuova nel contesto locale.

Monitoraggio: Valutazione di processo dell'intervento, che aiuta a accertare se gli obiettivi sono stati raggiunti nei tempi e nei limiti previsti dal budget. Un monitoraggio tempestivo può aiutare a individuare le barriere che ostacolano il successo dell'attuazione della prescrizione sociale.

Valutazione: Valutazione finale dell'intervento per determinare se gli obiettivi sono stati raggiunti in modo efficiente ed efficace. La valutazione genera le prove per dimostrare se la prescrizione sociale è efficace e costo-efficace in un determinato contesto.

Il monitoraggio può aiutare a determinare se l'intervento è in linea con gli obiettivi prefissati e a individuare i fattori che facilitano o creano ostacoli al successo dell'attuazione. Ciò può fornire informazioni preziose che consentono di ridefinire l'intervento per migliorarne l'impatto. Il monitoraggio prevede la raccolta di dati quantitativi e qualitativi e deve essere effettuato durante tutta la durata della realizzazione. Pertanto, è importante che il monitoraggio sia parte integrante del progetto di attuazione.

Tra gli obiettivi del monitoraggio ci sono:

- comprendere come viene utilizzata la prescrizione sociale (inclusi i motivi dell'invio, i tipi di prescrizione sociale ai quali si inviano i destinatari);
- monitorare l'utilizzo e l'aderenza (inclusa la percentuale di invii che vengono accolti, la percentuale di persone che aderiscono alle prescrizioni sociali, le ragioni dell'abbandono);
- monitorare l'impatto sulle organizzazioni della comunità locale (ad esempio, se riescono a far fronte all'aumento del numero di utenti e se gli assistiti vengono inviati correttamente);
- determinare le aree di miglioramento, come ad esempio i fattori che facilitano/ostacolano la partecipazione, i limiti del processo di prescrizione sociale e i limiti dei servizi/programmi disponibili nella comunità locale ;
- monitorare i cambiamenti negli risultati di salute della popolazione target.

Mentre il gruppo di riferimento centrale per l'attuazione dovrebbe essere responsabile della conduzione e del sostegno del monitoraggio e della valutazione, gli operatori sanitari e gli operatori di collegamento svolgono un ruolo importante nella raccolta dei dati. Le informazioni raccolte dagli operatori sanitari e dagli operatori di collegamento attraverso la valutazione iniziale e i questionari di follow-up possono essere utilizzate per il monitoraggio e la valutazione. Sarà importante creare un sistema sicuro per l'archiviazione dei dati e per consentire agli operatori sanitari e agli operatori di collegamento di condividere i dati con il gruppo centrale di attuazione. A seconda delle capacità dell'organizzazione e della comunità locale, si può utilizzare un sistema digitale o cartaceo.

Operatori sanitari, operatori di collegamento e organizzazioni

Si raccomanda di condurre regolari incontri informali di verifica tra gli operatori sanitari e gli operatori di collegamento. Un membro dello staff del gruppo di riferimento centrale per l'attuazione dovrebbe mettersi in contatto regolarmente con i fornitori di servizi per vedere come stanno andando le attività e apportare modifiche se necessario. A seconda delle risorse del gruppo di attuazione centrale, questo potrebbe avvenire su base quindicinale o mensile.

Inoltre, possono essere utilizzate interviste strutturate, focus group o indagini che coinvolgano operatori sanitari, operatori di collegamento e organizzazioni della comunità locale:

- per valutare i progressi;
- per individuare sfide/ostacoli e come affrontarli;
- per capire il loro livello di soddisfazione per la partecipazione;
- per comprendere i cambiamenti nelle conoscenze, competenze e capacità di supportare i destinatari nell'affrontare i determinanti sociali della salute;
- per comprendere la percezione dell'impatto della prescrizione sociale sulla salute e sul ben-essere dei destinatari.

Interviste agli operatori sanitari

Per valutare il programma di prescrizione sociale dal punto di vista degli operatori sanitari e degli operatori di collegamento possono essere utilizzate le seguenti domande:

- Quanti destinatari ha indirizzato al programma di prescrizione sociale la scorsa settimana (lo scorso mese/lo scorso anno)?
- Quanti di questi destinatari sono stati soddisfatti del programma?
- Ritiene che i suoi destinatari traggano beneficio dai servizi che lei prescrive loro?
- Quali sono le principali difficoltà che ha incontrato nell'inviare i suoi destinatari agli operatori di collegamento/servizi della comunità locale?
- Che cosa le piace del programma di prescrizione sociale?
- In che modo il programma di prescrizione sociale è positivo per la sua pratica professionale?
- Che cosa potrebbe essere migliorato nel servizio di prescrizione sociale?

Interviste alle organizzazioni della comunità locale

Per valutare l'impatto del programma di prescrizione sociale sulle organizzazioni della comunità locale, si possono utilizzare le seguenti domande:

- Quante persone sono state segnalate alla vostra organizzazione negli ultimi X mesi?
- In che modo la vostra organizzazione sta affrontando l'accoglienza di nuove persone attraverso il programma di prescrizione sociale?
- La vostra organizzazione potrebbe accogliere ulteriori invii?
- Quanto vi sentite competenti nel supportare i bisogni e le aspettative delle persone che vi vengono inviate?
- Sareste favorevoli a un ulteriore supporto esterno per la realizzazione delle attività di prescrizione sociale?
- Avete individuato lacune nella fornitura di servizi attraverso il programma di prescrizione sociale?

I destinatari

Per monitorare l'attuazione del programma si possono utilizzare indagini, interviste o focus group di discussione con i destinatari. L'ideale sarebbe condurli all'inizio e a intervalli regolari nel corso della realizzazione. Il successo del programma ha molteplici componenti, ma si basa principalmente sul successo della selezione, del coinvolgimento e dell'adesione dei destinatari (1,17). È quindi importante monitorare questi tre aspetti e individuare eventuali ostacoli e come affrontarli.

Esempi di strumenti di valutazione della salute e del ben-essere, che possono essere consultati gratuitamente online:

- Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)
- Measure Yourself Concerns and Wellbeing (MYCaW)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)
- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
- Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)
- Work and Social Adjustment Scale (WSAS)
- General Health Questionnaire (GHQ-12)
- COOP - WONCA
- Brief Inventory of Thriving
- Medical Outcomes Study Social Support (MSS-OSS)
- The Quality of Life Scale (QOLS)

Interviste ai destinatari

Per valutare la percezione del programma di prescrizione sociale da parte dei destinatari possono essere utilizzate le seguenti domande:

- Come è venuto a conoscenza del programma di prescrizione sociale?
- Qual è stata la sua reazione iniziale quando ne è venuto a conoscenza?
- Che cosa le è piaciuto/non piaciuto della prescrizione sociale?
- Quanto è soddisfatto del servizio?
- Quali benefici ha tratto dalla prescrizione sociale?
- Ha sperimentato qualche cambiamento nella sua vita?
- Ha avuto difficoltà a incontrare l'operatore di collegamento?
- Le è stato d'aiuto l'operatore di collegamento? Perché? /Perché no?
- Quanto è stato facile per lei partecipare ai servizi della comunità locale che le sono stati prescritti?
- Come potrebbe essere migliorata la sua esperienza di prescrizione sociale?

I dati del destinatario raccolti dall'operatore di collegamento durante la valutazione iniziale e il follow-up possono essere utilizzati anche a scopo di monitoraggio, previa acquisizione del consenso del destinatario. Tra questi dati possono esserci:

- informazioni sociodemografiche sul destinatario, come età, sesso, etnia e stato socio-economico;
- informazioni dettagliate sul motivo dell'invio;
- le prescrizioni sociali a cui il destinatario aderisce;
- il livello di soddisfazione nei confronti delle prescrizioni sociali e del processo di invio della prescrizione sociale;
- cambiamenti percepiti nella salute e nel ben-essere.

La valutazione

La valutazione può essere utilizzata per valutare l'impatto dell'intervento, ad esempio i cambiamenti percepiti nella salute e nel benessere, nelle reti sociali e nell'impegno della comunità. La valutazione può essere utilizzata per descrivere l'impatto a livello di sistema sanitario, anche con la misurazione del rapporto costo-efficacia. In teoria, la valutazione dovrebbe essere condotta in collaborazione con un istituto di ricerca che abbia la capacità di sostenere il disegno dello studio.

Interviste ai destinatari

L'impatto sul servizio sanitario

- In seguito all'invio alla prescrizione sociale, c'è un cambiamento nel numero di visite del medico di medicina generale?
- In seguito al ricorso alla prescrizione sociale, c'è un cambiamento nel numero di accessi al Pronto Soccorso?
- In seguito all'invio alla prescrizione sociale, c'è un cambiamento nel numero di giorni di ricovero in ospedale?
- In seguito all'invio alla prescrizione sociale, c'è un cambiamento nel volume delle prescrizioni di farmaci ?

L'impatto sull'individuo:

Misure di risultato riportate dal destinatario (PROM) e misura dell'esperienza riportata dal destinatario (PREM), ad esempio:

- La persona è in grado di gestire meglio problemi pratici, come i debiti, l'alloggio e la mobilità?
- La persona è più in contatto con gli altri e meno isolata o meno sola?
- La persona è più attiva fisicamente?



Condivisione di informazioni e conoscenze

La prescrizione sociale è un campo nuovo e in crescita. I risultati della valutazione possono contribuire ad accrescere le conoscenze sulla prescrizione sociale, sia nella realtà regionale, sia a livello globale. Le informazioni sui progetti pilota di prescrizione sociale possono essere condivise e diffuse in modi diversi, a seconda dei destinatari e degli scopi.

Di seguito sono riportati alcuni esempi di modalità per condividere le esperienze di prescrizione sociale:

- per la generazione di conoscenza: articoli di riviste scientifiche, rapporti;
- per il cambiamento delle politiche: brevi documenti sulle politiche;
- per la condivisione di buone pratiche e informazioni pubbliche: infografiche/brochure, siti web, webinar, social media.

Fattori chiave per il successo della realizzazione

- **Un forte gruppo di direzione**
- **Elevati livelli di motivazione, entusiasmo e creatività tra il personale addetto all'attuazione**
- **Flessibilità e capacità di adattamento**
- **Forte collaborazione tra i settori dell'assistenza sanitaria e sociale, il livello di governo, le organizzazioni del Terzo Settore, le organizzazioni del settore privato, comprese le compagnie di assicurazione.**
- **Sostegno da parte della leadership di livello superiore.**

Riferimenti bibliografici

1. Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Lang I, Byng R, Garside R. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community.* 2020 Mar;28(2):309–24. doi:10.1111/hsc.12839. Epub 2019 Sep 9. PMID: 31502314; PMCID: PMC7027770.
2. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19–31. doi:10.1177/00333549141291S206.
3. Dahlgren G, Whitehead M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies
4. Polley M, Bertotti M, Kimberlee R, Pilkington K, Refsum C. A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. London: University of Westminster; 2017.
5. Grant C, Goodenough T, Harvey I, Hine C. A randomized controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ* 2000;320:419–23.
6. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open.* 2017 Apr 7;7(4):e013384. doi:10.1136/bmjopen-2016-013384.
7. Pescheny JV, Randhawa G, Pappas Y. The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence. *Eur J Public Health.* 2020 Aug 1;30(4):664–73. doi:10.1093/eurpub/ckz078. PMID: 31199436.
8. Evaluation of the Rotherham Mental Health Social Prescribing Service 2015/16-2016/17. Sheffield: Centre for Regional Economic and Social Research (CRESR) at Sheffield Hallam University, on behalf of Voluntary Action Rotherham (VAR) and funded by NHS Rotherham Clinical Commissioning Group. <https://www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/eval-rotherham-health-social-prescribing-2015-2017.pdf>.
9. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety* 2014;23:290–8.

10. Social Prescribing Roundtable, November 2019: Report. East Melbourne, Victoria: The Royal Australian College of General Practitioners and Consumers Health Forum of Australia; 2020.
11. Social prescribing – frequently asked questions. National Health Service. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/faqs/#will-social-prescribing-link-workers-be-found-only-in-general-practice-and-primary-care-networks> (accessed 19 August 2021).
12. Social prescribing link workers: Reference guide for primary care networks – technical annex. NHS England; 2020. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/pcn-referenceguide-for-social-prescribing-technical-annex-june-20.pdf>.
13. Andermann A; CLEAR Collaboration. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ*. 2016;188(17-18):E474–E483. doi:10.1503/cmaj.160177.
14. Social prescribing guidebook: for group-based primary care providers in Ontario. Toronto: Alliance for Healthier Communities; 2020. https://cdn.ymaws.com/aohc.site-ym.com/resource/group/e0802d2e-298a-4d86-8af5-1156f9c057f/social_prescribing_guidebook.pdf (accessed 30 November 2020).
15. Social prescribing toolkit. National Health Service; 2020. <https://cptraininghub.nhs.uk/social-prescribing-link-workers/> .
16. Welcome! An induction guide for social prescribing link workers in primary care networks. National Health Service; 2019. <https://www.england.nhs.uk/publication/social-prescribing-link-worker-welcome-pack/> .
17. Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Bloomfield D, Warber S, Pearson M, Lang I, Byng R, Garside R. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A protocol for a realist review. *Syst Rev*. 2016 Jun 3;5:93. doi:10.1186/s13643-016-0269-6.

Altre lettura consigliate

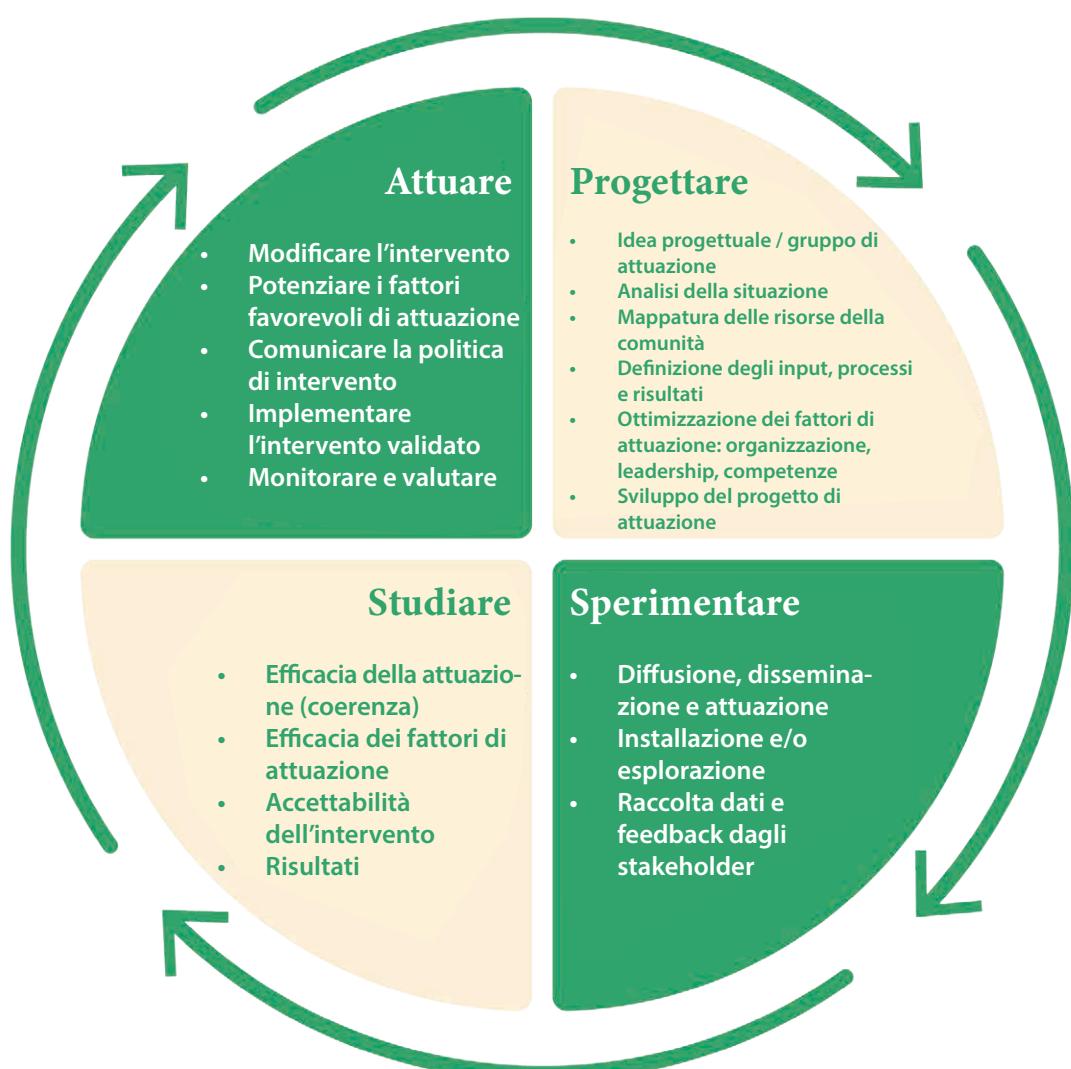
- Social prescribing engagement [questionnaire]. Leeds: NHS Leeds Clinical Commissioning Group; 2018. <https://71633548c5390f9d8a76-11ea5efadf29c8f7b-dcc6a216b02560a.ssl.cf3.rackcdn.com/content/uploads/2018/05/Social-prescribing-questionnaire.pdf>.
- Social prescribing [webpage]. Toronto: Alliance for Healthier Communities. <https://www.allianceon.org/Social-Prescrib>
- Evaluation in health and wellbeing: a guide to evaluation of health and wellbeing projects and programmes [online guidance]. London: Public Health England; 2018. <https://www.gov.uk/government/collections/evaluation-in-health-and-wellbeing> .
- Dayson C, Bashir N. The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot. Sheffield: Sheffield Hallam University; 2014. <https://www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites-shu.ac.uk/files/social-economic-impact-rotherham.pdf> .
- Douglas S, James IA, Ballard C. Non-pharmacological interventions in dementia. *Adv Psychiatr Treat.* 2004;10(3):171–7. doi:10.1192/apt.10.3.171
- Chen YJ, Li XX, Pan B, Wang B, Jing GZ, Liu QQ, Li YF, Bing ZT, Yang KH, Han XM, Ge L. Nonpharmacological interventions for older adults with depressive symptoms: a network metaanalysis of 35 randomized controlled trials. *Aging Ment Health.* 2019 Dec 27:1–14. doi:10.1080/13607863.2019.1704219. Epub ahead of print. PMID: 31880174.
- Kilpatrick KA, Paton P, Subbarayan S, Stewart C, Abraha I, Cruz-Jentoft AJ, O'Mahony D, Cherubini A, Soiza RL. Non-pharmacological, non-surgical interventions for urinary incontinence in older persons: A systematic review of systematic reviews. The SENATOR project ONTOP series. *Maturitas.* 2020 Mar;133:42–8. doi:10.1016/j.maturitas.2019.12.010.

Allegato

Utilizzare la scienza dell'attuazione nella prescrizione sociale: il caso studio degli ospedali di comunità SingHealth

L'attuazione della prescrizione sociale è un processo complesso e dipendente dal contesto. Data la necessità di diverse iterazioni e sperimentazioni prima di arrivare a un modello di prescrizione sociale adeguato, il ciclo di Progettazione-Sperimentazione-Studio-Attuazione (PSSA) (Plan-Do-Study-Act PSDA cycle) di Deming può essere utilizzato come guida per questo processo:

Il ciclo PSSA di Deming e il suo ruolo nella scienza dell'attuazione



Fonte bibliografica: WHO

Il ciclo PSSA di Deming (vedi figura sopra) è un modello sistematico in cui si adotta la lente della scienza dell'attuazione per il miglioramento continuo di un processo o di un servizio. Utilizzando questo modello, si prevedono più iterazioni di un programma. Ad esempio, il ciclo 1 per dimostrarne la fattibilità, il ciclo 2 per sperimentare il programma pilota, il ciclo 3 per attuare il programma validato e il ciclo 4 per il miglioramento continuo del programma. Questo caso di studio utilizza il modello PSSA per spiegare l'attuazione della prescrizione sociale in un ospedale di comunità presso i SingHealth Community Hospitals (SCH) di Singapore. È importante tenere presente che nella pratica il modello non è completamente unidirezionale, ma ricorsivo.

FASE 1: PROGETTARE

La prima fase del ciclo PSSA è "Progettare", in cui un gruppo di progetto appena formato elabora gli obiettivi e le strategie del progetto. Nei SCH è stato formato un gruppo di progetto composto da: l'amministratore delegato dei SCH come sponsor del progetto; un medico di medicina generale con esperienza nell'attuazione di modelli di assistenza come leader del progetto; e altri professionisti sanitari, infermieri e amministratori che collaborano come parte del Gruppo Multidisciplinare. Per la fase pre-pilota, questa équipe ha reclutato colleghi che dedicassero del tempo valutare con test le proposte iniziali per la prescrizione sociale in qualità di Wellbeing Coordinator (termine locale, che i SCH hanno concepito per gli operatori di collegamento). Dopo aver acquisito preziose conoscenze su come la prescrizione sociale poteva essere implementata nel contesto locale, il gruppo ha effettuato un viaggio di studio nel Regno Unito e in Irlanda del Nord e ha visitato vari centri, tra mondo accademico, enti decisionali, associazioni professionali, fornitori di servizi, per imparare le migliori pratiche di prescrizione sociale. In seguito, il gruppo ha rivisto il modello del programma pre-pilota, adattando quanto appreso dal viaggio di studio al contesto culturale di Singapore e al contesto di cura di un centro di assistenza sanitaria secondaria di un ospedale di comunità locale.

Le componenti chiave del pre-pilota sono state valutate e messe a punto. In primo luogo, sono stati chiariti gli input per il programma, tra cui risorse, finanziamenti e risorse umane. In secondo luogo, i processi di prescrizione sociale sono stati definiti più chiaramente e includono il processo interno del programma e il processo esterno di interfaccia con i partner della comunità locale. In terzo luogo, i risultati del programma sono stati individuati in modo dettagliato.

Il Patient Activation Measure (PAM13), una misura che è stata adattata dal Regno Unito, è stato scelto come strumento per misurare i risultati dei destinatari che hanno partecipato al programma di prescrizione sociale SCH.

Una volta definite le componenti chiave del progetto, il gruppo ha esaminato i fattori abilitanti il progetto, noti anche come fattori di attuazione. Per il programma è stata ottenuta una combinazione di finanziamenti attraverso la richiesta di sovvenzioni alla sede centrale di SingHealth e di fondi interni al SCH. All'interno della direzione dell'organizzazione sono stati individuati i leader e i responsabili del programma, che hanno svolto un ruolo chiave nell'integrazione del programma di prescrizione sociale nelle attività dell'ospedale. Il Gruppo di Prescrizione Sociale si è interfacciato con gli stakeholder interni, cioè il personale ospedaliero, coinvolgendoli in riunioni periodiche e incontri anche con la cittadinanza. Sono state individuate persone con caratteristiche adatte a svolgere il ruolo di operatori della prescrizione sociale che sono state aggiunte al Gruppo di Prescrizione Sociale come Wellbeing Coordinator. La formazione dei Wellbeing Coordinator è avvenuta attraverso un programma di formazione ad hoc sul posto di lavoro. Contemporaneamente, il gruppo ha creato un programma di formazione basato sulle competenze per i Wellbeing Coordinator attraverso l'analisi dei bisogni formativi con numerosi stakeholder, la definizione delle competenze, la progettazione del curriculum, la progettazione didattica, la pianificazione della valutazione e della verifica dei risultati. Un programma di formazione basato sulle competenze è stato sviluppato in conformità con il quadro nazionale di formazione con l'obiettivo a lungo termine di formare e sviluppare sistematicamente nuovi Wellbeing Coordinator.

FASE 2: Sperimentare



© SingHealth Community Hospitals

La seconda fase del ciclo PSSA è quella dello "Sperimentare", in cui i piani creati nella prima fase vengono realizzati con la raccolta programmata di feedback da parte delle parti interessate. È stato deciso di implementare attivamente il programma pre-pilota rielaborato in uno dei tre centri SCH come progetto pilota di prescrizione sociale.

Esistono due approcci per la fase "Sperimentare". L'approccio "installazione" consiste nell'attuazione della strategia pre-pianificata, mentre quello di "esplorazione" consiste nel monitorare la strategia mentre viene adottata, apportando i cambiamenti necessari. Poiché la prescrizione sociale è un intervento relativamente nuovo nell'integrazione delle cure, l'équipe prevedeva che il programma venisse contestualizzato e riadattato in fase di attuazione. Per questo ha adottato l'approccio esplorativo.

Durante questa fase, il gruppo ha testato sul campo lo strumento di misurazione dei risultati, ampiamente utilizzato nelle pratiche di prescrizione sociale esistenti. Ha inoltre stabilito rapporti con le risorse e i partner della comunità locale per testare i processi di invio della prescrizione sociale. Oltre ai dati raccolti sui processi di lavoro, il gruppo ha raccolto feedback sul programma attraverso indagini e interviste con i destinatari e con gli stakeholder interni ed esterni. Per garantire una corretta gestione finanziaria, è stato monitorato l'utilizzo delle risorse. È stato sviluppato un programma di formazione basato su quattro moduli. Uno dei quattro moduli sulla prescrizione sociale è stato somministrato agli operatori sanitari e ne è stato valutato il riscontro.

FASE 3: STUDIARE



La fase "Studiare" è un processo in cui si valuta l'efficacia dei fattori di attuazione, nonché della ricettività, dei risultati e della coerenza dell'attuazione dell'intervento. Nel corso dell'attuazione della prescrizione sociale in SCH, la pandemia COVID-19 ha colpito le coste di Singapore. Il progetto pilota di prescrizione sociale è stato interrotto perché il sito di sperimentazione è stato convertito in una struttura di isolamento per i destinatari affetti da COVID-19. Le attività all'interno dell'ospedale e della comunità locale sono state limitate. La fase "Sperimentare" si è conclusa prematuramente e il gruppo ha deciso di utilizzare il periodo di interruzione per rivedere e migliorare il programma. Le interruzioni inaspettate da fattori interni o esterni non sono infrequenti nella vita reale. Pertanto, è fondamentale che i gruppi di progetto siano capaci di essere resilienti e di adattarsi.

Come è prevedibile in una fase esplorativa di implementazione, la valutazione della coerenza dell'attuazione del programma non è stata possibile. Per questo motivo, sono stati raccolti dati e feedback per chiarire le componenti del programma e sviluppare misure di coerenza dell'attuazione in vista di una seconda realizzazione del programma pilota.

La valutazione del programma pilota ha permesso di raccogliere numerosi insegnamenti. Per quanto riguarda le componenti chiave (input, processo, output), è emersa l'utilità per il gruppo di una chiara definizione degli input del programma. Dopo l'attuazione dei processi con i partner della comunità locale, è emerso che i processi necessitavano di modifiche. La valutazione dei risultati adottata dall'équipe si è rivelata inadeguata per il contesto locale. Per quanto riguarda i fattori di attuazione, il consistente coinvolgimento dei leader delle organizzazioni e dei partner esterni ha assicurato un forte sostegno alla leadership del programma. Tuttavia, l'impegno interno degli operatori della prescrizione sociale è risultato inadeguato. I Wellbeing Coordinator hanno segnalato di avere avvertito tensioni e difficoltà dovute alla natura incerta e dinamica del programma pilota. Per quanto riguarda il programma di formazione, il gruppo ha adattato il contenuto delle lezioni con i contributi dei partecipanti, ottenendo un contenuto più completo.

FASE 4: ATTUARE



La fase finale, "Attuare", è quella in cui vengono adottati nel progetto gli elementi tratti dalle fasi precedenti. È stato durante il lungo periodo di COVID-19 che l'esclusione digitale è stata individuata come nuovo determinante sociale della salute per i destinatari. Di conseguenza, è stata sviluppata, testata e incorporata nel programma una nuova componente della prescrizione sociale, volta a migliorare l'alfabetizzazione e l'accesso digitale dei destinatari. Grazie agli insegnamenti tratti dalla fase "Studiare", le attività di coinvolgimento sono state ulteriormente potenziate per migliorare i processi di lavoro tra i Wellbeing Coordinator e gli altri colleghi del gruppo di assistenza ai destinatari. Il gruppo di gestione del progetto ha fornito ulteriore supporto ai Wellbeing Coordinator attraverso la riorganizzazione del gruppo. La formazione sul lavoro è stata migliorata e impartita ai Wellbeing Coordinator appena assunti. Anche il curriculum formativo basato sulle competenze è stato completato con il feedback dei Wellbeing Coordinator e gli insegnamenti delle fasi precedenti. Infine, sono state selezionate e testate nuove misure di risultato per l'applicabilità, la validità e l'accettabilità.

Il gruppo del progetto ha quindi pianificato di ridisegnare il programma di prescrizione sociale sulla base degli insegnamenti tratti dalle fasi precedenti e di introdurlo in un secondo sito SCH con misure COVID-19 meno restrittive. È in corso anche una valutazione generale, che prevede anche uno studio di controllo randomizzato del programma di prescrizione sociale e il pieno accreditamento da parte della struttura nazionale di formazione di Singapore del programma basato sulle competenze in materia di prescrizione sociale. Mentre un ciclo del PSSA è stato completato, il Gruppo della prescrizione sociale di SCH continua ad adottare questo schema per sviluppare continui miglioramenti nel tempo.

