

5. La traccia dell'intervista

Premessa

L'identificazione dei domini è stata effettuata sulla base dei seguenti riferimenti:

1. Modello di valutazione della qualità secondo Donabediàn (2003)
2. Modello di analisi organizzativa di Tonelli (2004)
3. Tassonomia delle reti sanitarie integrate, secondo Bazzoli et al. (1999), modif.
4. Modello OMS (regional Office for Europe) e documento inglese *A practical guide to integrated working* (che a tale modello si ispira).
5. Bibliografia minima pertinente al tema della *Interorganizational collaboration (networks) in healthcare*.

Tali riferimenti sono stati scelti in quanto pertinenti ai principali aspetti, concettuali e operativi, emersi e discussi durante la fase esplorativa del Gruppo di Lavoro del progetto. Inoltre, tutti i documenti citati offrono strumenti per una lettura 'di sistema', che consente quindi di descrivere e analizzare:

- fattori generali, comuni a tutte le organizzazioni sanitarie (reti ospedaliere e sanitarie non sono che versioni particolari di organizzazioni sanitarie);
- fattori specifici, che caratterizzano le singole reti nel loro rispettivo mandato assistenziale.

Struttura e temi dell'intervista

Dominio 1 (comune a tutti i 'casi') – *La situazione di partenza.*

Tema guida: la strategia e la progettazione della rete: perché, dove, chi, come, in quanto tempo?

Dominio 2 (comune a tutti i 'casi') – *Macro-struttura della rete - Azioni per la costruzione della rete*

Temi guida: modello di rete, azioni per costruire la rete (rete come variabile dipendente).

Dominio 3 (specifico) – *L'organizzazione della rete, l'assistenza in rete*

Tema guida: i processi in rete (rete come variabile indipendente).

Dominio 4 (comune a tutti i 'casi') – *Valutazione di successo/insuccesso – Barriere e fattori facilitanti*

Temi guida: valutazione del grado di successo del progetto, ostacoli (superati, da superare), fattori di successo (e loro grado di trasferibilità ad altre esperienze)

Descrizione dei domini

Dominio 1 (comune a tutti i 'casi') – *La situazione di partenza*

Rispondono: il DG, il DS, altri soggetti coinvolti a livello strategico (es. assessore regionale o suo delegato, direttore dipartimento sanità regione, sindaco, preside di facoltà o rettore, ecc.)

Tema guida: la strategia e la progettazione della rete: perché, dove, chi, come, in quanto tempo?

Traccia

1. A quali **problemi** intende/va rispondere il progetto di rete?
2. Quali erano/sono dunque i principali **obiettivi**? I risultati attesi a (n) anni?
3. Può descrivere in sintesi il **contesto** in cui è nato il progetto di rete? (condizioni favorevoli o contrarie; documentare quanto più possibile)
 - a. *Es. contesto politico/economico:*

nell'area geografica in questione esiste (non esiste) una 'storia' di progetti collaborativi o di partnership, anche in settori diversi dalla sanità

b. Es. contesto socio/culturale:

la società civile è (non è) propensa a lavorare o organizzarsi in iniziative collaborative

4. Può indicare e rendere disponibili gli **atti principali e la normativa** che hanno sostenuto la formalizzazione del progetto di rete?
5. Quanto **tempo** è stato necessario per la progettazione e la formalizzazione? (tempo intercorso tra la prima proposta ufficiale e 'ristretta' e il 'lancio' definitivo del progetto)
6. Può descrivere in sintesi le modalità con cui è stato cercato e ottenuto il **consenso** necessario per lanciare il progetto? Quali sono stati i soggetti coinvolti?

Dominio 1 - Note per l'intervistatore

- Elencare i punti che si ritiene siano stati trattati in modo esauriente durante il colloquio
 - o
- Elencare qui di seguito eventuali temi sollevati e non previsti dalla traccia
 - o
 - o
 - o
- Altri commenti

Dominio 2 (comune a tutti i 'casi') – Macro-struttura della rete - Azioni per la costruzione della rete

Rispondono: il DG, il DS, il Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie / Direttore dell'Assistenza / Direttore del Servizio Infermieristico, altri soggetti coinvolti a livello strategico (es. assessore regionale o suo delegato, direttore dipartimento sanità regione, sindaco), preside di facoltà o rettore, direttori di dipartimenti..

Temi guida: modello di rete, azioni per costruire la rete (rete come variabile dipendente).

Nota. Dal dominio 2 – domande del gruppo 3 d, deve emergere una **lista di processi tecnico-professionali** e di **processi gestionali** maggiormente coinvolti nel progetto di rete. L'elenco dei processi suggerirà i soggetti (responsabili di area, coordinatori, direttori ecc..) a cui porre i quesiti del dominio 3.

Per l'identificazione dei processi gestionali si può fare riferimento all'elenco della tabella 3 (tratta da Tonelli, 2008).

I processi tecnico-professionali (semplici, complessi, mono o multidisciplinari) saranno identificati dai percorsi assistenziali di pazienti con determinate patologie (es. percorso del paziente con scompenso cardiaco, con stroke, infarto ecc.), dai trattamenti (es. bypass A-C) o dai sottogruppi di pazienti (es. pazienti anziani) a cui il progetto di rete si rivolge.

Traccia

1. Può definire il **modello e/o le dimensioni di rete** a cui il progetto si ispira maggiormente,

facendo riferimento al dizionario minimo che le proponiamo?¹ (*il modello da lei descritto può derivare dalla composizione di 2 o più dimensioni, tra quelle proposte*)

2. Quali **presidi / strutture** (es. ospedali, distretti, DSM, consultori, residenze ecc.) fanno parte della rete?
3. Può descrivere i principali **ambiti di intervento** interessati dal progetto, tra quelli di seguito elencati? (*per le risposte ai quesiti b, g, i: utilizzare anche le tabelle 1 e 2*).
 - a. *Strutture fisiche*
 - a. es. Sono stati realizzati interventi di costruzione, ristrutturazione, ampliamento di edifici ?
 - b. *Risorse finanziarie*
 - a. Sono stati definiti/modificati i criteri di allocazione delle risorse aziendali?
 - b. Sono stati fatti investimenti ad hoc?
 - c. Sono stati acquisiti fondi da fonti esterne (Regione, Ministero, Europa,..)?
 - c. *Tecnologia e informazione*
 - a. Sono stati attivati e/o migliorati i sistemi di *Information and communication technology* ?
 - d. *Processi gestionali e tecnico-professionali*
 - a. Quali processi sono stati revisionati/reingegnerizzati/riprogettati per favorire lo sviluppo della rete? (fare elenco: questa parte verrà poi trattata con maggior dettaglio nel dominio 3) – vedi anche tabella 3.
 - b. Quanto tempo è stato necessario per la messa a regime di tali processi? (es. pianificazione per n mesi, sperimentazione per n mesi, ecc.)?
 - c. Sono stati ridefiniti ruoli e responsabilità? Sono stati modificati i processi decisionali? Se sì, in che modo?
 - e. *Politica e informazione*
 - a. Qual è stato il ruolo giocato da autorità e *opinion leader*?
 - b. E' stato necessario affrontare/appianare conflitti per poter procedere? Quali?
 - c. Sono emerse incongruenze tra *leadership* formale e sostanziale del progetto?
 - d. Qual è stato il ruolo svolto dai media? È stato possibile utilizzarli per la diffusione di informazioni? Oppure hanno rappresentato un ostacolo?
 - f. *Cultura*
 - a. Sono stati realizzati interventi di natura culturale nei confronti di particolari gruppi di soggetti?
 - b. E' stato utilizzato/valorizzato il supporto offerto da soggetti/gruppi specifici, in virtù di proprie e pertinenti attitudini culturali, sociali o professionali (es. cultura scientifica, etica, gestionale, ecc.)?
 - g. *Formazione e ricerca*
 - a. Sono state sviluppate azioni nel campo della formazione e della ricerca, per la promozione e lo sviluppo della rete (singoli presidi, interpresidi intraziendale, interaziendale)?
 - b. La Direzione ha ricevuto a questo riguardo proposte o richieste dai *professional* o dagli uffici di staff?
 - h. *Aspetti emotivi individuali e collettivi*
 - a. Sono stati realizzati interventi finalizzati a migliorare l'adesione e la comprensione della rete, a rafforzare la motivazione dei soggetti o dei gruppi cruciali per il

¹ Vedi dizionario pg. 11

successo del progetto?

- i. *Aspetti normativi e regolatori*
 - a. Sono stati firmati contratti?
 - b. Sono stati creati nuovi assetti istituzionali? (es. dipartimenti, fondazioni, consorzi, ecc..)
 - c. Sono stati firmati nuovi accordi sindacali?
 - d. Sono stati definiti obiettivi di budget mirati a promuovere la rete?
 - e. E' stato messo in atto un sistema valutativo/premiante finalizzato a promuovere la rete?

Modelli e dimensioni di rete: un possibile dizionario essenziale (nota 1)

Le definizioni proposte qui di seguito non rispondono tutte a un unico set di criteri, ma a modi diversi, adottati da diversi documenti e progetti in ambito internazionale, di classificare o orientare servizi con l'intento di migliorare il loro livello di organizzazione e interconnessione. Per ciascuno dei termini presentati viene indicata una breve definizione e almeno una fonte bibliografica di riferimento.

Linkage

Un collegamento relativamente semplice, benché sistematico, tra diverse organizzazioni. A ciascun 'fornitore' viene richiesto di essere consapevole dell'esistenza e di comprendere gli altri 'fornitori' per quanto riguarda i bisogni di salute e di assistenza a cui rispondono, le responsabilità finanziarie e i criteri per la presa in carico dei pazienti. Questo modello implica l'identificazione di problemi nel collegamento e la loro soluzione, promuovendo lo scambio di informazioni e assicurando la reciproca chiarezza in termini di responsabilità, obiettivi e risorse. E' la forma di interconnessione tra organizzazioni che richiede il minor livello di cambiamento e lascia a ciascuna di esse la propria struttura, autonomia e gestione di risorse.

(Fonte: Integrated Healthcare for People with Chronic Conditions. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008)

Coordinamento

E' un approccio più strutturato, che implica l'esistenza di strutture e processi aggiuntivi ed espliciti, quali ad esempio: flussi informativi routinari e condivisi, gestione dedicata della transizione tra un setting assistenziale e l'altro, individuazione di una responsabilità specifica per il coordinamento.

E' un approccio intermedio e incrementale verso il cambiamento. Richiede una nuova organizzazione dell'offerta, del finanziamento e della governance.

(Fonte: Integrated Healthcare for People with Chronic Conditions. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008)

Esiste una visione condivisa dei bisogni dell'utilizzatore del servizio. Le azioni e le decisioni sono coordinate.

(Fonte: A practical guide to integrated working'. Care Services Improvement Partnership, 2008)

Differenziazione

Si riferisce al numero di differenti prodotti o servizi che l'organizzazione (o il sistema sanitario) offre e si riflette nello sviluppo di conoscenze, funzioni, dipartimenti e comunque punti di vista specializzati.

Si riferisce all'abilità di fornire un numero e una tipologia di servizi appropriati lungo l'intera catena di assistenza. Il grado di differenziazione può essere misurato attraverso la proporzione di (tiologie di) servizi che, per una determinata dimensione di assistenza (ad es. assistenza

pediatrica) viene erogato (programmato, gestito) in singoli ospedali o strutture.

(Fonte: Bazzoli G.J et al. 1999. *A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos*)

Centralizzazione

Il grado in cui i servizi sono centralizzati o decentrati rispetto ai processi decisionali e alla pianificazione delle attività. Il grado di decentramento ha implicazioni per la velocità con cui le decisioni vengono prese, l'abilità di sviluppare nuovi prodotti o servizi e la capacità di rendere conto a diversi portatori di interesse. Il grado di centralizzazione può essere misurato attraverso la proporzione di (tipologie di) servizi che, per una determinata dimensione di assistenza viene erogato (programmato, gestito) a livello di 'rete' piuttosto che a livello di singoli ospedali o strutture.

(Fonte: Bazzoli G.J et al. 1999. *A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos*)

Integrazione

Questo modello implica l'esistenza di un singolo sistema che assuma la responsabilità per tutti i servizi, la gestione delle risorse e dei finanziamenti attraverso un'unica struttura o attraverso accordi contrattuali tra diverse organizzazioni. Un esempio di questo tipo è la Kaiser Permanente, una HMO americana.

Un sistema integrato richiede cambiamenti radicali e strutturali e la creazione di nuovi programmi e unità nei quali le risorse provenienti da sistemi multipli siano accorpate.

(Fonte: *Integrated Healthcare for People with Chronic Conditions. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008*)

Un mezzo per migliorare i servizi in relazione a: accesso, qualità, efficienza, soddisfazione degli utilizzatori. L'integrazione orizzontale si basa su strategie appropriate per legare livelli di cura simili tra loro (ad esempio attraverso confini professionali o dipartimentali). L'integrazione verticale si basa su strategie appropriate per collegare diversi livelli di cura (ad esempio: cure primarie, secondarie ecc.). La continuità delle cure è un concetto semplice, espresso nella prospettiva dell'esperienza del paziente. L'integrazione delle cure è un concetto più ampio che comprende, ad esempio, aspetti tecnologici, di *management* ed economici.

(Fonte: WHO, *Regional Office for Europe*)

La capacità di 'mettere insieme i pezzi' allo scopo di migliorare la qualità dei servizi offerti. L'integrazione può essere ottenuta mediante gestione 'proprietaria' dei servizi e programmi di interesse o mediante relazioni contrattuali. Il grado di integrazione può essere misurato attraverso la proporzione di (tipologie di) servizi che, per una determinata dimensione di assistenza (ad es. assistenza pediatrica) viene erogato (programmato, gestito) mediante accordi contrattuali tra diverse organizzazioni.

(Fonte: Bazzoli G.J et al. 1999. *A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos*)

Tabella 1

		AZIONI		
	LEVE STRATEGICHE	RETI ASSISTENZIALI AZIENDALI	FORMAZIONE	RICERCA
DIREZIONE STRATEGICA	Rapporto contesto (altre Aziende, Regione, Stato)			
	Obiettivi aziendali			
	Allocazione risorse			
	Sistema valutativo			
	Sistema premiante			

Tabella 2

		Proposte alla Direzione Strategica (1)	Iniziative "autonome" (2)				
PROFESSIONISTI	Reti assistenziali						
	Formazione						
	Ricerca						
UFFICI DI STAFF	Reti assistenziali						
	Formazione						
	Ricerca						
(1) Proposte alla Direzione Strategica				(2) Iniziative "autonome"			
Quali	Elenco		Quali		Elenco		
Accettate	SI	Grado di sviluppo		Sviluppate	SI	Grado di sviluppo	
	NO	Perché			NO	Perché	
	PARZIALE	Perché e grado di sviluppo			PARZIALE	Perché e grado di sviluppo	

Tabella 3

Processi gestionali

1. **LEADERSHIP**
2. **DEFINIZIONE di POLITICHE e STRATEGIE**
3. **PIANIFICAZIONE, PROGETTAZIONE, GESTIONE RISULTATI**
4. **GESTIONE e SVILUPPO PERSONE** (Formazione e Sistema Premiante)
5. **GESTIONE INFORMAZIONI (SIC -ICT)**
6. **GESTIONE ORGANIZZATIVA dei PROCESSI TECNICO SPECIFICI**
7. **GESTIONE della QUALITÀ**
8. **GESTIONE dei RISCHI**
9. **GESTIONE AMMINISTRATIVA**
10. **GESTIONE DELLE RISORSE STRUTTURALI E TECNICHE**

Dominio 2 - Note per l'intervistatore

- Indicare i punti che si ritiene siano stati trattati in modo esauriente durante il colloquio
 -

- Indicare i **processi tecnico-professionali** maggiormente coinvolti dal processo di rete
 -
 -
 -
 -
 -
 -

- Indicare i **processi gestionali** maggiormente coinvolti dal processo di rete
 -
 -
 -
 -
 -
 -

- Elencare eventuali temi sollevati e non previsti dalla traccia
 -
 -
 -

- Altri commenti

Dominio 3 (specifico) – L’organizzazione della rete, l’assistenza in rete

Rispondono: Responsabili di staff o uffici aziendali (es. sistemi informativi, formazione, controllo di gestione), professional in posizione apicale (es. direttori di dipartimento, unità operative complesse, aree funzionali, ecc.).

Tema guida – I processi in rete (rete come variabile indipendente).

Nota. La scelta dei soggetti da intervistare sarà orientata dai contenuti dell’intervista del dominio 2 (elenco **processi tecnico-professionali e di processi gestionali** maggiormente coinvolti nel progetto di rete).

Traccia

1. **Sistema di regole** per il funzionamento dei processi tecnici e gestionali: procedure, protocolli, linee guida
 - a. Quali protocolli, procedure e LG assicurano il corretto svolgimento dei principali processi in rete?
 - b. Sono state definite o riviste altre procedure, trasversali e/o di supporto?^
2. **Sistema informativo**
 - a. Quale sistema informativo assicura il monitoraggio dei processi maggiormente coinvolti dal progetto di rete?
 - b. Come viene monitorata la qualità dei servizi?
 - c. Come viene monitorata l’equità dei servizi?
 - d. Sono stati definiti e condivisi indicatori ? se sì, di quale tipo (attività, processo, esito di salute, ecc.) ?
 - e. Vengono realizzati e diffusi report periodici di *performance* della rete?
3. **Processi comunicativi**
 - a. In quale modo vengono presidiati i processi comunicativi tra i professionisti coinvolti in tali processi?
 - b. O quelli tra professionisti e pazienti?
4. **Gestione della rete** (o del progetto di rete)
 - f. E’ stato identificato un *network manager*? O un coordinatore/amministratore del progetto di rete?
 - g. Se sì, con quali funzioni? Con quale profilo di competenze ed esperienza?
 - h. Quali altre strumenti assicurano la gestione dei processi in rete?

Dominio 3 - Note per l’intervistatore

- Indicare i punti che si ritiene siano stati trattati in modo esauriente durante il colloquio
 - o
- Elencare eventuali temi sollevati e non previsti dalla traccia
 - o
 - o
 - o
- Altri commenti

Dominio 4 (comune) – Valutazione di successo/insuccesso – Barriere e fattori facilitanti

Rispondono: il DG, il DS, altri soggetti coinvolti a livello strategico (es. assessore regionale o suo delegato, direttore dipartimento sanità regione, sindaco), preside di facoltà o rettore, direttori di dipartimenti; ma anche i professionals che hanno risposto ai quesiti del dominio 3.

Temi guida – Valutazione del grado di successo del progetto, ostacoli (superati, da superare), fattori di successo (e loro grado di trasferibilità ad altre esperienze)

Traccia

1. Qual è, a suo giudizio, il grado di **sostenibilità** nel tempo del progetto?
2. Ad oggi (n=x anni dall'avvio) qual è il **livello di integrazione** raggiunto, 'quanta rete c'è'?²
3. In relazione agli obiettivi del progetto, qual è la **qualità dei servizi** offerti?
 - a. E' migliorata? È rimasta invariata? È peggiorata?
 - b. Quali dimensioni della qualità sono state maggiormente interessate?³
 - c. Il sistema di monitoraggio della qualità è modificato rispetto al periodo pre-rete?
4. Qual è il livello di **equità** dei servizi offerti?⁴
 - a. E' migliorato? È rimasto invariato? È peggiorato?
 - b. Il sistema di monitoraggio dell'equità è modificato rispetto al periodo pre-rete?
5. Qual è a suo giudizio la **qualità delle relazioni** tra i soggetti coinvolti dal progetto (es. diverse categorie di professionisti, professionisti vs direzione aziendale o regionale, ecc.)? Inoltre:
 - a. Le relazioni si sono modificate in concomitanza o a causa della rete?
 - b. La qualità delle relazioni viene presidiata in qualche modo?
6. Qual è a suo giudizio il grado di **benessere organizzativo** all'interno della rete? (specificare, per diverse categorie di professionisti o per diverse aree interessate). Inoltre:
 - a. Il clima si è modificato in concomitanza o a causa della rete?
 - b. Il clima/benessere organizzativo viene presidiato in qualche modo?
7. Qual è a suo giudizio il grado di **consenso sociale** di cui gode il progetto ?
- 8. Barriere**
 - a. Quali sono (stati) gli ostacoli più forti da superare (generali, specifici)? – se possibile, indicarne almeno 3
 - b. Quali azioni (tra quelle considerate nel dominio 2) hanno avuto il minor grado di successo?
- 9. Fattori favorenti**
 - a. Quali sono stati i fattori favorenti più importanti (generali, specifici)? – se possibile, indicarne almeno 3
 - b. Quali azioni (tra quelle considerate nel dominio 2) hanno avuto maggior successo?
 - c. Qual è stato il ruolo del network manager? (se identificato)
 - d. Pensa che sarebbe necessario identificare un network manager (se non è stato identificato)? Con quale profilo di competenze ed esperienza?

² L'intervistato dovrebbe dare una propria valutazione (ad esempio rispetto a una scala da 1 a 10) del livello di integrazione raggiunto nell'ambito del progetto descritto, facendo riferimento alle definizioni proposte dal dizionario essenziale o, se preferito, ad altre definizioni, purché documentate e verificabili.

³ Vedi pg 21

⁴ Viene fornita una definizione e una trattazione minima per facilitare il giudizio (v. pg. 22)

Dimensioni della qualità (nota 3)

Si può fare riferimento al modello di Donabedian, che propone nel suo ultimo libro⁵ sei componenti della qualità dell'assistenza:

- efficacia
- efficienza
- 'ottimalizzazione' (*optimality*, intesa come 'equilibrio tra rilevanza dei miglioramenti e rispettivi costi')
- accettabilità
- legittimità (intesa come 'conformità a principi, valori e norme sociali')
- equità.

Oppure, con qualche differenza, può essere utilizzato il modello dell'Institute of Medicine, proposto nel suo ormai famosissimo report⁶, che si compone anch'esso di sei elementi chiave:

- efficienza (operativa)
- efficacia
- sicurezza
- tempestività
- centralità del paziente (o cittadino)
- equità

Ancora, è utile ricordare come efficacia, efficienza, etica ed equità siano considerate elementi fondamentali della qualità dei servizi da discipline diverse, quali ad esempio le scienze sociali, le scienze economiche, la promozione della salute;

Qualunque sia il modello concettuale prescelto, l'efficacia è una parte integrante della qualità dei servizi e non una dimensione particolare, separata, specialistica e tanto meno opzionale. Ogni discussione dedicata alla qualità non può ritenersi quindi solida e completa se non prende in considerazione la dimensione dell'efficacia; analogamente, ogni discussione dedicata alla valutazione e al miglioramento dell'efficacia dovrà essere prima o poi ricondotta a un progetto di sistema dedicato a valutazione e miglioramento della qualità, gestionale e professionale, delle organizzazioni socio-sanitarie.

⁵ Donabedian A, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.

⁶ Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm*. National Academy Press, Washington, D.C. 2001

Equità dei servizi offerti: una traccia possibile (nota 4)

L'incidenza di malattia, la disabilità e la mortalità per molte patologie aumentano con l'abbassarsi della posizione sociale delle persone. Questo è considerato frutto di una serie composita di fattori, fra cui le maggiori esposizioni ai fattori di rischio ed il diverso utilizzo delle opportunità preventive e di cura offerte nei Paesi sviluppati.

In particolare, l'articolazione dei percorsi di cura (sia in ambito ospedaliero sia nella continuità assistenziale sul territorio) e la loro durata nel tempo rendono i soggetti a basso livello culturale ed economico o appartenenti a minoranze etniche particolarmente a rischio di insufficiente o inappropriato accesso o utilizzo dei servizi sanitari disponibili.

Quali elementi dell'organizzazione del sistema, della percezione dei bisogni, della appropriatezza nell'utilizzo dei servizi, della continuità delle cure siano responsabili dei diversi esiti di salute fra le diverse posizioni sociali e quale ne sia l'importanza relativa è una questione ancora oggetto di ricerca, per la quale sono disponibili solo prove frammentarie, ma che merita di essere approfondita per identificare le azioni di contrasto più efficaci.

Molti studi, condotti in diversi Paesi, dimostrano che in alcuni percorsi assistenziali rilevanti per la salute qualcosa funziona meno bene per i soggetti socialmente più svantaggiati, ma è difficile stabilire, sulla base di questa letteratura, se la responsabilità sia ascrivibile al sistema sanitario stesso e non a caratteristiche dei pazienti (sottovalutazione dei sintomi, ricorso a pratiche terapeutiche alternative, *compliance* ai trattamenti e alle indagini di *follow up*) o ad una fragile rete di sostegno sociale (cui il sistema tende a supplire con ricoveri clinicamente inappropriati).

L'equità è un concetto etico, fondato sul principio della giustizia distributiva (*Whitehead M, 1990*). Tendere all'equità nella salute e nell'assistenza sanitaria o sociale significa lavorare per ridurre le disuguaglianze rispetto all'opportunità di essere sani e di essere curati correttamente, spesso legate all'appartenenza a gruppi sociali meno privilegiati (per condizioni economiche, etnie o gruppi religiosi emarginati, genere, area geografica di residenza o altre condizioni di svantaggio sociale).

In termini operativi, perseguire l'equità nella salute significa ridurre/eliminare le disuguaglianze nella salute e nell'utilizzo dei servizi sistematicamente associate a condizioni di svantaggio o marginalità sociale. Un modello concettuale basato sull'equità implica dunque un'attenzione sistematica ai soggetti socialmente svantaggiati, marginalizzati o non emancipati, che includono i poveri ma non sono limitati ad essi (*Braveman P, Gruskin S. Bulletin of the World Health Organization, 2003*).

Mentre il termine 'disuguaglianze di salute' descrive un fenomeno, il termine 'disequità' identifica quelle disuguaglianze considerate ingiuste, inaccettabili (e quindi prevenibili, modificabili) (*Kawachi, Subramanian, & Almeida-Filho, 2002*), come ad esempio:

- comportamenti dannosi per la salute laddove la possibilità di scelta dello stile di vita è pesantemente limitata o condizionata;
- esposizione a condizioni di vita e di lavoro malsane e stressanti
- accesso inadeguato a livelli essenziali di assistenza e ad altri servizi pubblici
- mobilità sociale condizionata da problemi di salute, inclusa la tendenza, per le persone malate,

a scendere lungo la scala sociale (*Whitehead, 1990*).

Un riferimento importante e più ampio nel considerare i problemi di (dis)equità collegati all'organizzazione dei servizi sanitari è la Direttiva comunitaria 2000/43/EC contro le discriminazioni, che identifica due tipi di discriminazione: diretta e indiretta. Si tratta di discriminazione diretta quando una persona è trattata meno favorevolmente di quanto un'altra è trattata, è stata o sarà trattata in una situazione analoga. La discriminazione indiretta si verifica quando in una disposizione, criterio o prassi, apparentemente neutrali, le persone con una particolare religione o credenza, una particolare disabilità, una particolare età o un particolare orientamento sessuale, vengono poste in situazione di svantaggio rispetto agli altri. Tale Direttiva, insieme al Protocollo n. 12 del Consiglio d'Europa, identifica anche le categorie di fattori e di persone generalmente prese in considerazione dalle normative antidiscriminatorie di singoli Paesi, in particolare e soprattutto:

- Immigrati
- Donne
- Anziani
- Malati mentali
- Disabili

Inoltre, la legislazione antidiscriminatoria europea considera anche aspetti correlati alla religione, alle credenze personali, allo status socio-economico e all'età di ogni persona (quindi, ad esempio, non solo gli anziani ma anche i bambini).