

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali e l'integrazione sociosanitaria nelle Marche.

Lo stato dell'arte dei presidi sociosanitari residenziali e semiresidenziali e dell'integrazione sociosanitaria nella Regione Marche.

La situazione a giugno 2020

A cura di:

Claudio Bocchini, Romina Simonetti e Marco Falcetelli
Osservatorio Regionale Politiche Sociali
P.F. Integrazione Sociosanitaria ARS Marche.

Hanno collaborato:

Maria Elena Tartari
P.F. Contrasto alla violenza di genere e Terzo settore

Giovanna Sani, Patrizia Giulietti e Albarosa Talevi
P.F. Integrazione Sociosanitaria ARS Marche.

La prima parte del Report è dedicata all'analisi dei dati sui posti letto autorizzati e accreditati dei presidi sociosanitari residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio regionale.

I dati sono relativi all'esportazione effettuata in data giugno 2020.

La principale normativa che regola il settore, riportata, sinteticamente, di seguito fa riferimento alla L.R. n. 21/16 «Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati», al Regolamento regionale n. 1/18 «Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 (Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati)» ai due piani regionali, il Piano Sociosanitario 2020-2022 e il Piano Sociale 2020-2022 oltre al DPCM 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» il cui Capo IV è dedicato specificatamente all'Assistenza sociosanitaria.

Successivamente, nel mese di luglio 2020, sono stati approvati i cosiddetti manuali che regolamentano rispettivamente l'autorizzazione delle strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, DGR n. 937/2020 e DGR n. 938/2020 e i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e disciplina dei procedimenti relativi alle "Strutture Sociali" DGR n. 940/2020 di cui il presente Report non tiene conto in quanto approvati e divenuti operativi successivamente all'esportazione dati di riferimento. Di sicuro interesse potrebbe risultare effettuare un confronto tra l'analisi attuale e la successiva relativa ai dati dell'esportazione di giugno 2021 per presentare una visione dinamica dell'assetto dei presidi territoriali regionali.

La seconda sezione del Report è dedicata al monitoraggio periodico effettuato dall'Osservatorio Regionale Politiche Sociali dell'ARS Marche sullo stato dell'arte delle Unità Operative Sociali e Sanitarie (U.O.SeS) attivate in ottemperanza delle DGR n. 110/2015 «Istituzione e modalità operative dell'Unità Operativa Funzionale Sociale e Sanitaria» e della DGR n. 111/2015 «Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e sociali».

L'attività di monitoraggio, avviata nel 2016, è giunta alla quinta edizione, ed ha la finalità di verificare lo stato dell'arte dell'integrazione sociale e sanitaria nei territori, evidenziando criticità e buone prassi al fine di promuovere il miglioramento dell'assetto sociosanitario regionale.

La DGR 110/2015 specifica che «l'integrazione va intesa come la realizzazione di una rete integrata di servizi socio-sanitari, di attività, prestazioni e processi, alla quale concorrono soggetti pubblici, del privato sociale e del volontariato, offrendo al territorio risposte adeguate al bisogno di salute [...] L'Unità Operativa Sociale e Sanitaria rappresenta il nodo centrale di tale sistema di rete, garantendo l'integrazione socio-sanitaria, [...] coordinando l'organizzazione e la gestione delle reti integrate del *Governo della domanda* e l'attuazione di *Percorsi delle reti integrate*, secondo un'impostazione regionale.»

E ancora la DGR precisa che l'U.O.SeS «è una unità operativa di tipo funzionale, cioè la struttura che, a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, si occupa del coordinamento, della progettazione operativa, della organizzazione e della gestione dell'integrazione sociale e sanitaria a livello locale.»

Il Report

Il Report ha l'obiettivo di presentare una fotografia del territorio regionale cogliendo due aspetti che non possono non essere correlati tra loro, la situazione dei presidi residenziali e semiresidenziali socio-sanitari e lo stato dell'arte della organizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali.

La principale normativa di riferimento

Nelle seguenti pagine si propone una sintetica illustrazione della normativa a cui il presente Report fa riferimento.

I LEA previsti dal DPCM 12 gennaio 2017

Integrazione sociosanitaria

(il Capo IV è dedicato specificatamente all'Assistenza sociosanitaria)

Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e **socio-sanitari diffusi sul territorio**, così articolati

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- **assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;**
- **assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.**

Per i servizi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale dedicati alle diverse tipologie di utenti, sono elencate le diverse aree di attività (accoglienza, diagnosi, prestazioni sanitarie specialistiche, supporto psicologico, interventi riabilitativi, rapporti con altri servizi, ecc.)

- **Le cure domiciliari** sono differenziate in 4 livelli di intensità assistenziale crescente (dalle cure domiciliari “di livello base” alle cure domiciliari a elevata intensità)
- **L’assistenza residenziale è differenziata in tre livelli di intensità:**
 - **intensiva** (per accogliere le persone dimesse dall’ospedale)
 - **estensiva** (per persone che richiedono una continuità assistenziale)
 - **di lungo-assistenza e mantenimento** (per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate a domicilio per difficoltà familiari/sociali)
- Vengono descritte le cure palliative (domiciliari e in hospice) e l’assistenza a minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.
- È stata ampliata la platea delle dipendenze patologiche, includendo il gioco d’azzardo.
- Nel DPCM vengono mantenute le attuali quote di compartecipazione a carico del Comune o dell’assistito.

Art. 21 dPCM 12 gennaio 2017) - Percorsi assistenziali integrati

1. **I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.** Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, **sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione,** anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

2. **Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio** nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

3. **Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.** Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

4. **Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.**

Art.21 dPCM 12 gennaio 2017

Il Servizio sanitario nazionale garantisce percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi (minori, donne, coppie e famiglie, persone non autosufficienti con patologie croniche, disabili, minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, persone con disturbi mentali, persone con dipendenza patologica), ovvero a quelle persone che necessitano di prestazioni sia sanitarie sia sociali, per migliorare o mantenere il proprio stato di salute.

Il percorso assistenziale integrato prevede la **presa in carico del paziente da parte di una equipe multidisciplinare** composta di vari professionisti:

- il medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS) in qualità di coordinatore dell'attività clinica
- la rete degli operatori della ASL (medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, altre figure sanitarie e sociosanitarie professionali)
- gli operatori del Comune (assistente sociale, operatore socioassistenziale, assistente familiare).

Il **percorso assistenziale integrato** si articola nelle seguenti fasi:

- **l'accesso unitario ai servizi sanitari (ASL) e sociali (Comuni), con sportelli o servizi dedicati detti PUA**, punto unitario di accesso, ai quali rivolgersi per presentare la propria richiesta di assistenza e avere le specifiche informazioni sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali;
- **la valutazione multidimensionale della persona**, vale a dire l'individuazione dei suoi bisogni, sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici) è **effettuata dalla unità di valutazione multidimensionale**, con l'applicazione di strumenti e scale standardizzate e uniformi;
- **la presa in carico**, con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari (MMG, PLS, ecc.) e sociali;
- **a seguito della valutazione, viene definito il Progetto di assistenza individuale (PAI)** nel quale sono indicati i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona, gli obiettivi di cura e il trattamento sanitario più indicato, tenendo in considerazione anche il supporto alla famiglia;
- l'esecuzione dei **trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali al domicilio, in strutture residenziali o in strutture semiresidenziali**, con diversi livelli di intensità di cura e di assistenza, sulla base dello stadio della patologia e degli specifici bisogni del paziente.

L'integrazione tra gli interventi sanitari e gli interventi sociali deve essere garantita per tutte le tipologie di pazienti e in tutte le forme di assistenza indicati negli articoli del dPCM relativi all'assistenza sociosanitaria.

Piano Socio-sanitario Regionale 2020/2022.

«Il Cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la Sostenibilità»

Deliberazione N. 107 Approvata dall'Assemblea Legislativa Regionale nella seduta del 4 febbraio 2020, N. 153

6.2. ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

I Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono il luogo privilegiato dell'integrazione sociale e sanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale ed organizzativo/gestionale, sia come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

Una recente indagine, **“L'organizzazione dei Servizi Sanitari e Sociali territoriali nella regione Marche - Rapporto 2017”**, che analizza e confronta l'organizzazione e l'attività di Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali, anche per verificare il “modello marchigiano” di integrazione socio sanitaria, **testimonia molte dissonanze tra i territori e in particolare tra le forme di collaborazione ed integrazione dei Distretti Sanitari con gli Ambiti Territoriali Sociali.**

Le difficoltà di integrare le due sfere di intervento, sanitaria e sociale, **scaturiscono, in parte, dalla mancanza di coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS)**, generando inevitabili difficoltà di comunicazione e raccordo. Diviene una necessità ritrovare un assetto territoriale uniforme tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, al fine di **superare le asimmetrie dei confini territoriali e gli squilibri tra “sotto” e “sopra” dimensionamento territoriale.**

L'indicazione sul riassetto territoriale viene rafforzata anche dalla recente indicazione normativa contenuta nel d.lgs. 147/2017 (articolo 23 – Coordinamento dei servizi territoriali e gestione associata dei servizi sociali) in base alla quale le Regioni *“...adottano, in particolare, ove non già previsto, ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego”*.

Piano Sociale Regionale 2020/2022

«Indirizzi prioritari e strategie per lo sviluppo e l'innovazione del welfare marchigiano e per il rafforzamento degli interventi in materia di servizi sociali. Centralità del cittadino ed equità sociale nell'ambito del processo di integrazione tra sistemi di welfare»

Deliberazione n. 109 Approvata dall'assemblea Legislativa Regionale nella seduta del 12 maggio 2020, N. 162

1.2. Rafforzamento del livello di integrazione degli interventi

La ricerca di un livello adeguato di integrazione socio-sanitaria è un tema ed una criticità che ormai da oltre un ventennio ricorre regolarmente nei dibattiti e nelle scelte strategiche delle Regioni italiane, senza che si sia trovata una soluzione ottimale.

Integrazione socio-sanitaria: al di là delle difficoltà, che connotano tutte le Regioni italiane, nel trovare un bilanciamento efficace fra compiti comunali e del sistema sanitario, quello che emerge dall'esperienza di questi anni è quanto un sistema socio-sanitario impoverito di risorse umane, quale quello attuale, sia in grado di applicare protocolli di intervento. In altri termini, dopo quasi un decennio di austerità, il problema non sembra essere troppo quello di trovare nuovi strumenti di integrazione socio-sanitaria istituzionale (accordi fra ASL/Distretti Sanitari e Comuni/ATS) quanto quello di **rendere effettiva la collaborazione a livello organizzativo fra professionisti del sociale e del sanitario, in un contesto in cui la scarsità quantitativa di risorse umane da entrambi i lati rende operativamente complesso il lavoro di coordinamento ed integrazione;** accanto, quindi, alla necessità di recepire ed adattare al contesto marchigiano quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 in tema di definizione di nuovi LEA, e relativa organizzazione dell'assistenza socio-sanitaria, occorre sviluppare, compatibilmente con le risorse disponibili, un piano di investimenti in personale sia sul versante sociale che sanitario;

SCHEDA PSSR 2020 - 2022**16. Miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali: PUA, UVI, PAI****Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità****Obiettivo specifico:**

Consolidamento dei servizi territoriali con la stabilizzazione organizzativa e gestionale e dei "cardini" dell'integrazione sociale e sanitaria della Regione Marche rappresentati dalle Unità Operative Sociali e Sanitarie (UU.OO. SeS di Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali - DGR 110/2015) e dai percorsi del "governo della domanda di salute": Punto Unico Accesso (PUA), Unità Valutativa Integrata (UVI), Piano di Assistenza Individualizzata (PAI) - DGR 111/2015

Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):

- ✓ Area istituzionale - Predisposizione, approvazione e implementazione di **atti che favoriscano la coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS)** (consolidamento dell'assetto istituzionale);
- ✓ Area organizzativa - **Predisposizione, approvazione e implementazione di Linee guida regionali condivise sulla U.O. SeS e sul "governo della domanda di salute" (integrazione organizzativa)**;
- ✓ Area organizzativa - **Predisposizione, approvazione e implementazione delle modalità di programmazione integrata sociale e sanitaria da parte delle UU.OO. SeS** anche in riferimento a: utilizzo di personale competente e dedicato; riequilibrio territoriale delle reti di assistenza residenziale, semiresidenziale, domiciliare; sperimentazione di budget territoriale sociale e sanitario integrato... (integrazione organizzativa);
- ✓ Area gestionale - **Predisposizione e sperimentazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) integrati tra sociale e sanitario** individuando i temi ed i destinatari prioritari con riferimento al Capo IV del DPCM 12/01/2017 (partecipazione, responsabilità, trasparenza);
- ✓ Area professionale - **Percorsi formativi, di livello centrale e territoriale, sulle diverse tematiche collegate a DGR 110/15 e della DGR 111/15** (partecipazione, responsabilità, trasparenza).

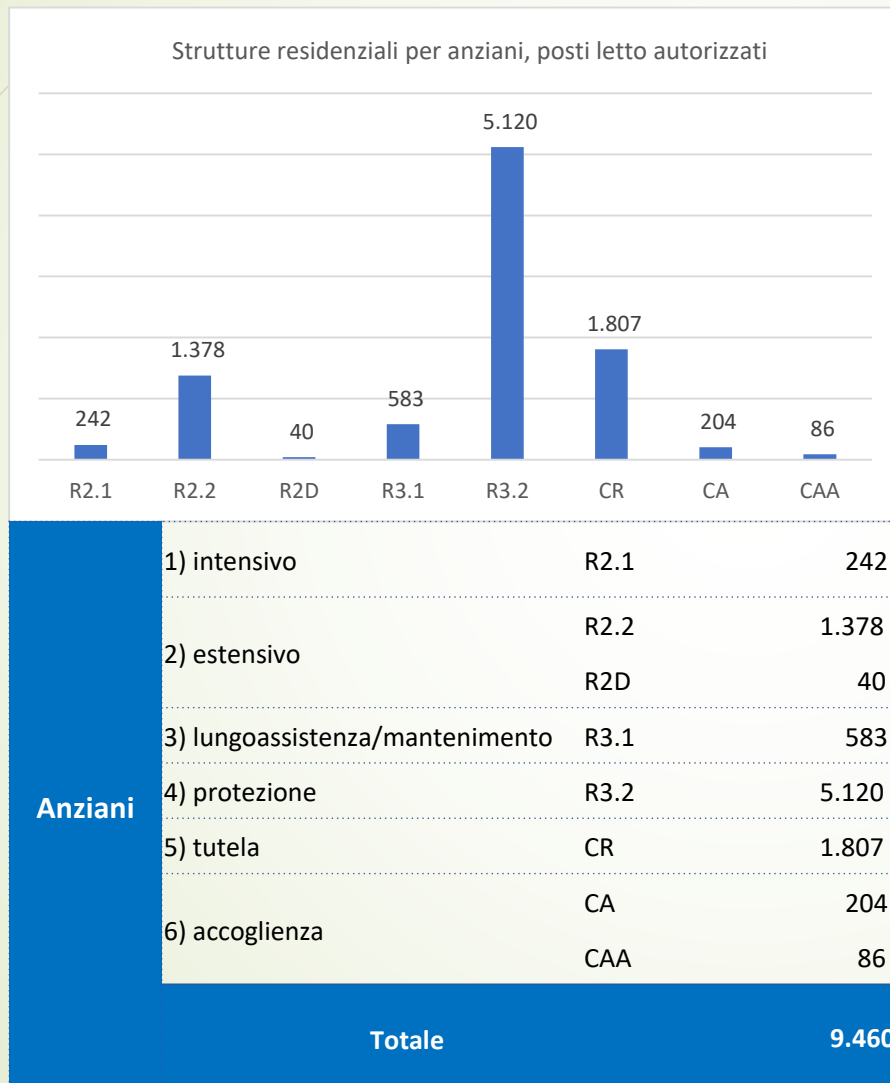
Target (risultato atteso) da raggiungere:

- ✓ Miglioramento degli indicatori di: assetti istituzionali, modalità organizzative, funzioni gestionali, integrazioni professionali nell'ambito delle UU.OO. SeS e del "governo della domanda di salute".
- ✓ Entro il periodo di vigenza del piano tutti i PUA distrettuali dovranno essere coerenti con le indicazioni regionali per il personale.

Misurazione dei risultati (indicatori)

- ✓ Continuazione, con definizione di una cadenza fissa, dei monitoraggi periodici sull'applicazione della DGR 110/15 e della DGR 111/15, curati dalla P.F. Integrazione sociosanitaria, già avviati dal gennaio 2016 e confronto sistematico dei risultati/indicatori nei report di analisi.
- ✓ Numero dei PUA distrettuali coerenti con le indicazioni regionali

Autorizzazione ospitalità-posti letto strutture residenziali per Anziani



Le strutture residenziali per anziani, la situazione a giugno 2020.

Appartengono al livello intensivo i presidi preposti ad accogliere le persone dimesse dall'ospedale come le strutture per le Cure intermedie (R2.1, riclassificate R1 dal Regolamento Regionale n.1 del 2018) che hanno 242 posti autorizzati e 40 accreditati (slide successiva).

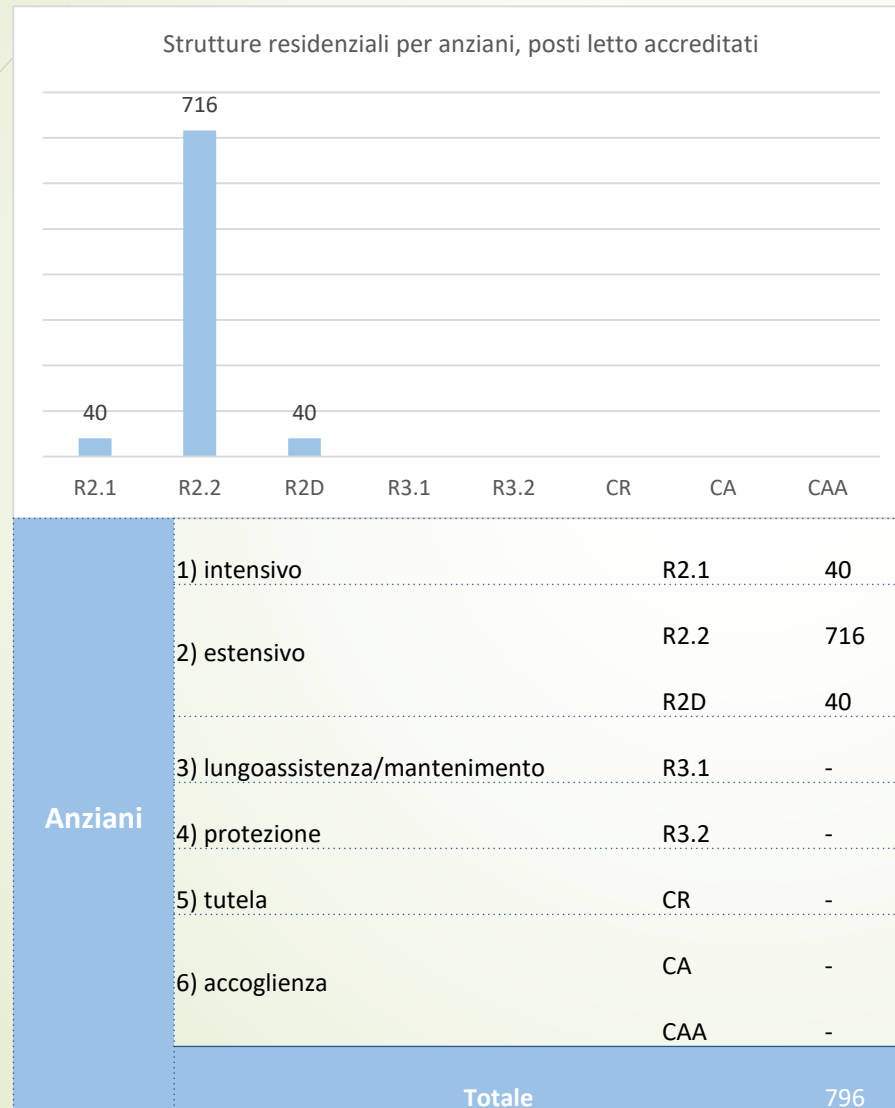
Al livello estensivo, rivolto a persone che richiedono una continuità assistenziale, appartengono le Residenze Sanitarie Assistenziali per persone non autosufficienti (R2.2, R2 nella nuova codifica) che hanno 1378 posti letto autorizzati e 716 accreditati e le Residenze Sanitarie Assistenziali per persone con demenze, R2D, con 40 posti autorizzati tutti accreditati.

Al livello lungo-assistenza e mantenimento, per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate a domicilio per difficoltà familiari/sociali, le Residenze protette per persone con demenze, R3.1 ora R3D, 583 posti autorizzati.

Alla sfera più propriamente socioassistenziale afferente ai livelli protezione, tutela e accoglienza appartengono:
 Le Residenze protette per anziani, R3.2 ora R3, con 5120 posti autorizzati.
 Le Case di Riposo per Anziani autosufficienti (CR) con 1807 posti.
 Le Comunità Alloggio per Anziani autosufficienti (CA) con 204.
 Le Case Albergo per Anziani autosufficienti (CAA) con 86.

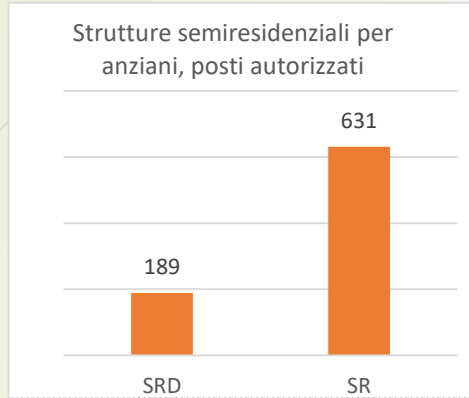
Accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Anziani

12

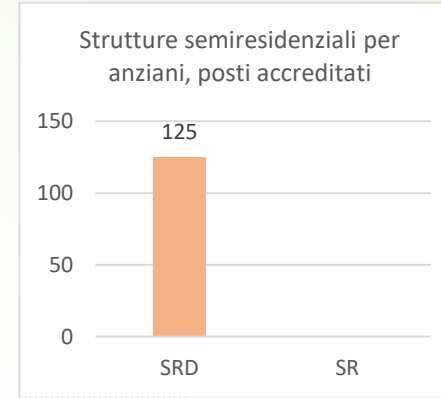


Le strutture residenziali per anziani afferenti alla sfera sociale non hanno posti accreditati in attesa dell'atto regionale che ne regolamerà il funzionamento.

Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti strutture semiresidenziali per Anziani



Anziani	2) estensivo	SRD	189
	3) lungoassistenza/mantenimento	SR	631
	Totale		820



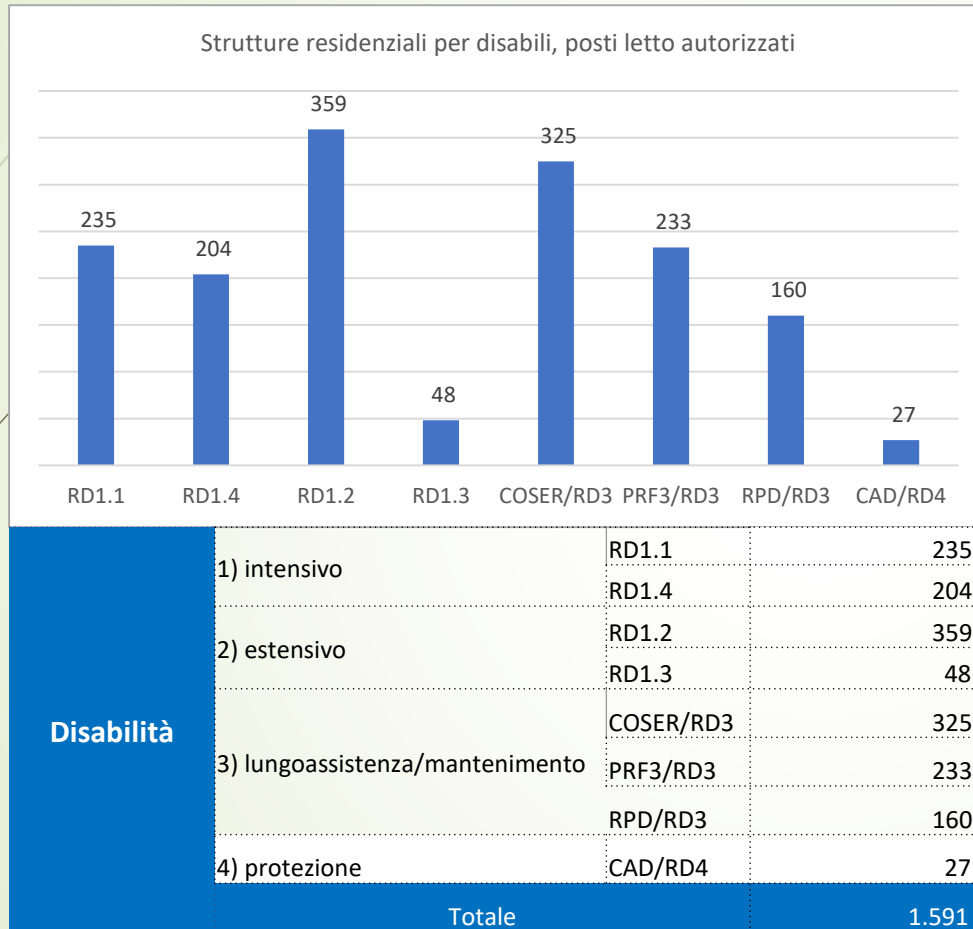
Anziani	2) estensivo	SRD	125
	3) lungoassistenza/mantenimento	SR	-
	Totale		125

Le strutture semiresidenziali per anziani

I posti autorizzati inerenti i Centri diurni per persone con demenza afferenti l'area anziani (SRD) ammontano a 189 di cui 125 accreditati, i posti autorizzati relativi al Centri diurni per anziani non autosufficienti (SR) risultano 631 nessuno dei quali accreditato.

- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione anziana, a giugno 2020, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 9460 posti letto autorizzati (2,1 posti letto per ogni 1000 anziani residenti) dei quali 796 sono anche accreditati, per il semiresidenziale 820 posti autorizzati di cui 125 accreditati, per un totale di 10280 posti complessivi.

Autorizzazione ospitalità-posti letto strutture residenziali per Disabili



Le strutture residenziali per disabili:

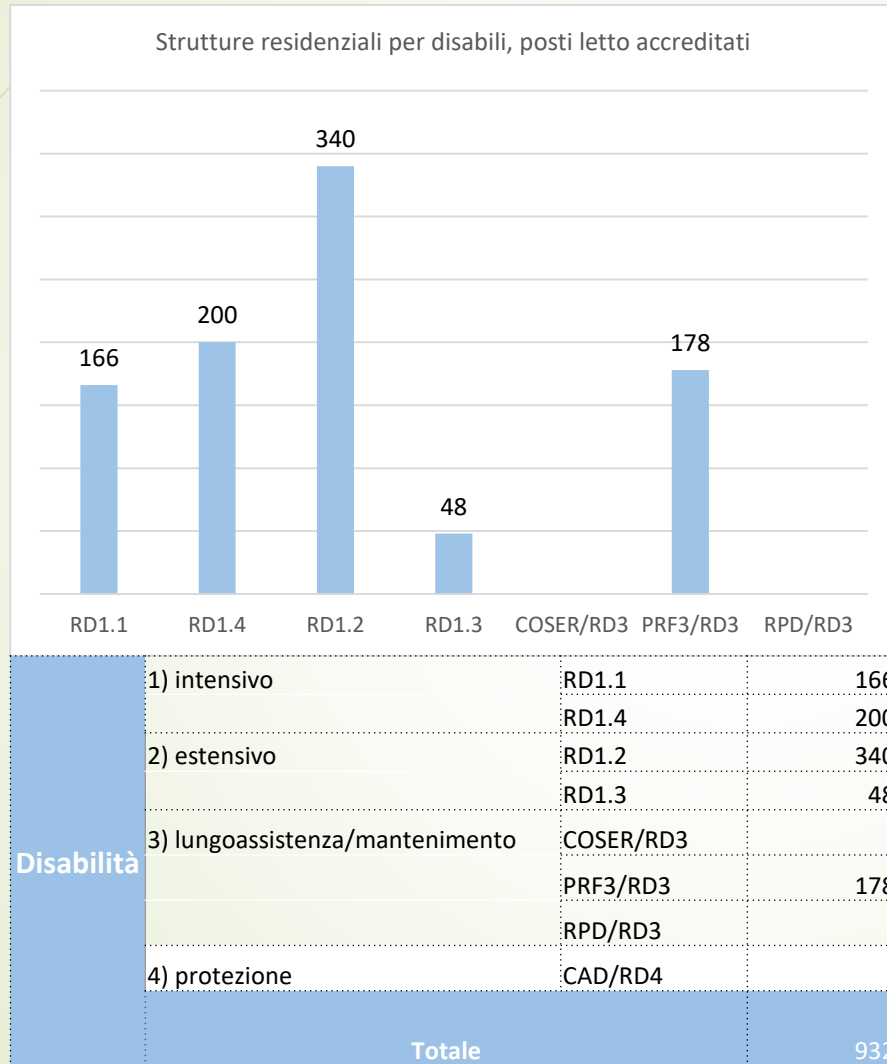
Le Residenze sanitarie riabilitative intensive (RD1.1, ora RD1 ai sensi del Regolamento regionale n.1/18) hanno complessivamente 235 posti letto autorizzati di cui 166 accreditati come evidenziato nella slide successiva. Le Unità speciali residenziali (RD1.4, ora RD1-USR) 204 dei quali 200 accreditati.

Le Residenze sanitarie riabilitative estensive (RD1.2 e RD1.3, aggiornate e accorpate in RD2) dispongono complessivamente di 407 posti letto autorizzati (359 + 48) di cui 388 accreditati (340 + 48).

Nella nuova codifica RD3, Residenza socio-sanitaria assistenziale, sono accorpate le tipologie COSER/RD3, PRF3/RD3 e RPD/RD3, per un totale di 718 posti autorizzati dei quali 178 sono anche accreditati.

I Gruppi appartamento RD4 ex CAD/RD4 hanno 27 posti autorizzati.

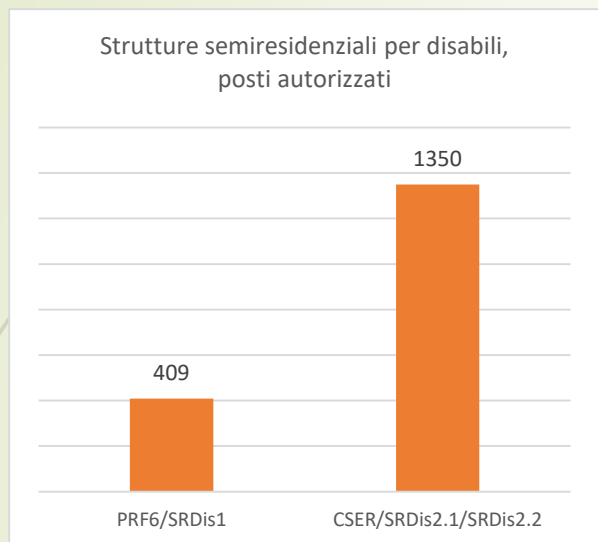
Accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Disabili



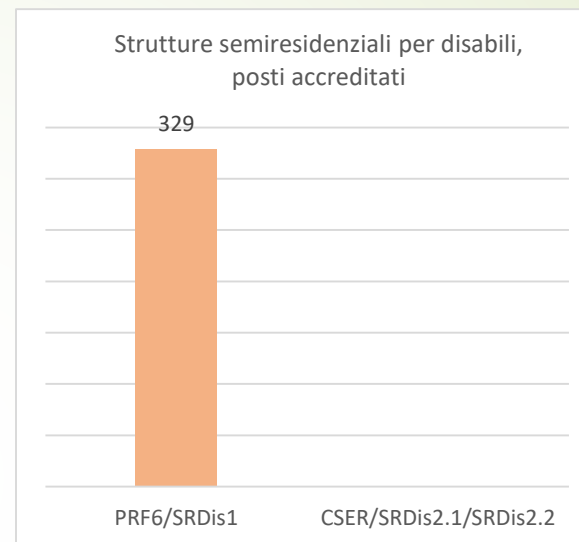
Le strutture per disabili con posti letto accreditati.

Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti strutture semiresidenziali per Disabili

17



Disabilità	2) estensivo	PRF6/SRDis1	409
	3) lungoassistenza/mantenimento	CSER/SRDis2.1/SRDis2.2	1.350
	Totale		1.759



Disabilità	2) estensivo	PRF6/SRDis1	329
	3) lungoassistenza/mantenimento	CSER/SRDis2.1/SRDis2.2	-
	Totale		329

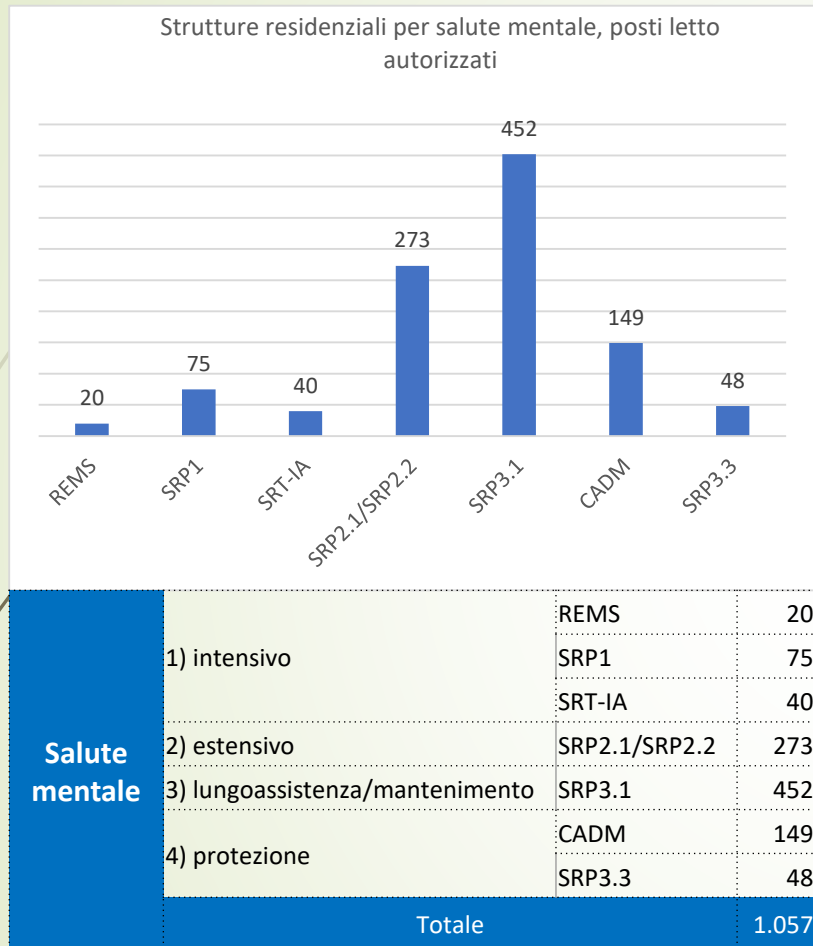
Le strutture semiresidenziali per disabili:

I Centri diurni riabilitativi SRDis1 (PRF6/SRDis1) hanno 409 posti autorizzati di cui 329 accreditati.

I Centri diurni socio educativi riabilitativi a valenza socio sanitaria SRDis2 (CSER/SRDis2.1/SRDis2.2) fanno riscontrare 1350 posti autorizzati.

- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione disabile, a giugno 2020, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 1591 posti letto autorizzati (1,8 posti letto ogni 1000 adulti residenti) dei quali 932 sono anche accreditati, per il semiresidenziale 1759 posti autorizzati di cui 329 accreditati, per un ammontare complessivo di 3350 posti.

Autorizzazione ospitalità-posti letto strutture residenziali per Salute mentale



Le strutture residenziali per la salute mentale per l'Area sanitaria extraospedaliera:

Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, REMS, hanno 20 posti letto autorizzati, tutti accreditati.

Le Strutture residenziali terapeutiche, SRP1, dispongono di 75 posti autorizzati, anche in questo caso tutti accreditati.

Le strutture residenziali per la Salute mentale –infanzia e adolescenza 40 posti autorizzati, tutti accreditati.

Le Strutture riabilitative Residenziali, SRP2 (SRP2.1/SRP2.2) 273 posti autorizzati di cui 119 accreditati

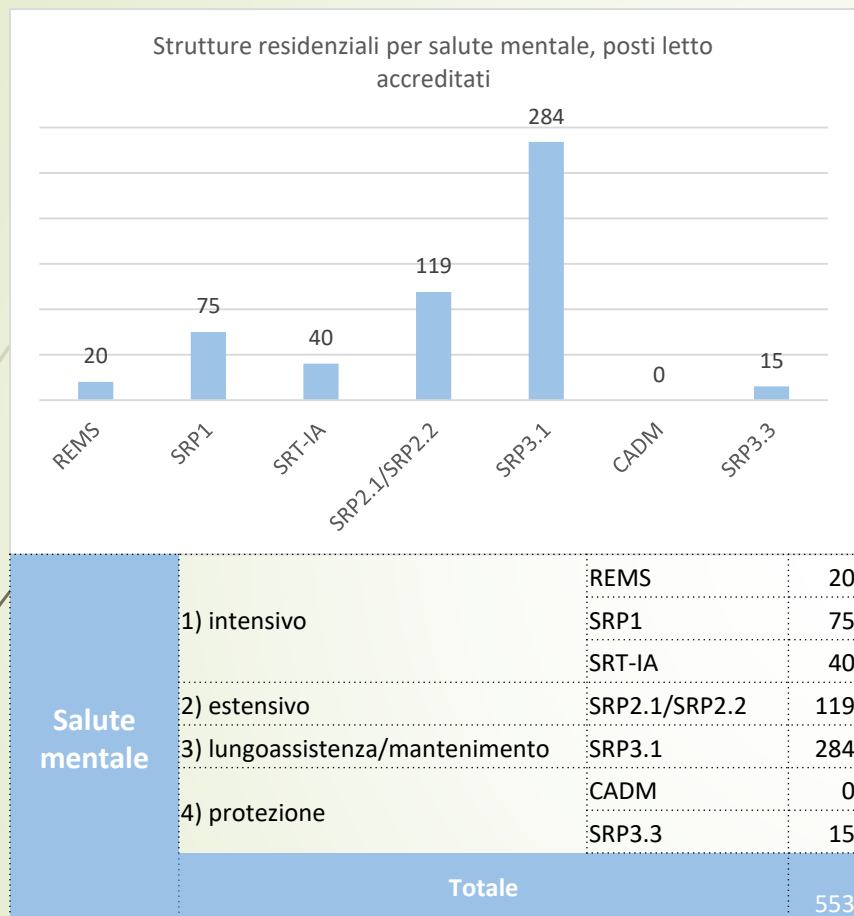
Le strutture residenziali per la salute mentale per l'Area sociosanitaria:

Le Comunità protette, SRP3 (SRP3.1), dispongono di 452 posti letto autorizzati dei quali 284 sono anche accreditati e sempre nell'ambito di tali Comunità, nella codifica SRP3 rientra anche la vecchia tipologia CADM, 149 posti autorizzati, nessuno dei quali accreditato per un totale di 601 posti autorizzati complessivi.

I Gruppi appartamento, SRP4, ex SRP3.3, hanno 48 posti autorizzati di cui 15 anche accreditati.

Accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Salute mentale

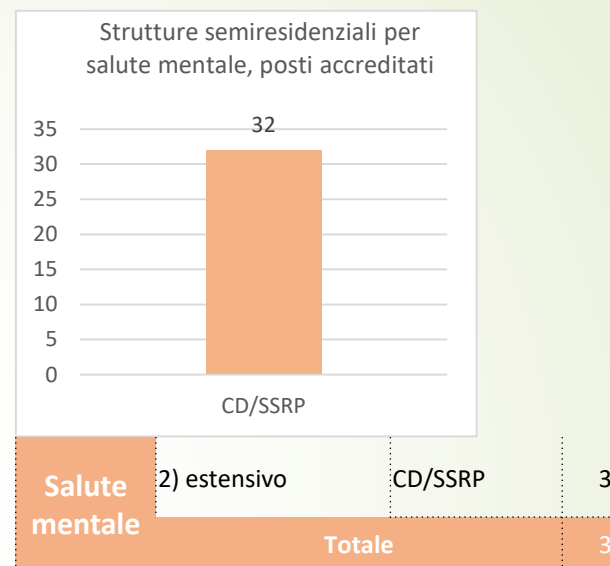
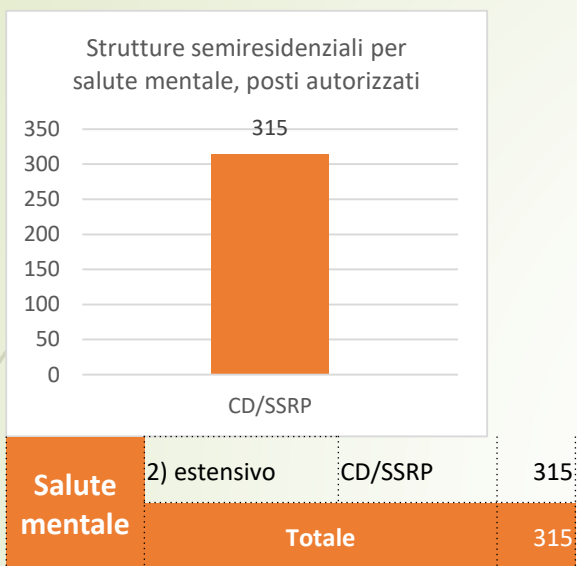
20



Le strutture residenziali per la salute mentale, posti letto accreditati

Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti strutture semiresidenziali per Salute mentale

21



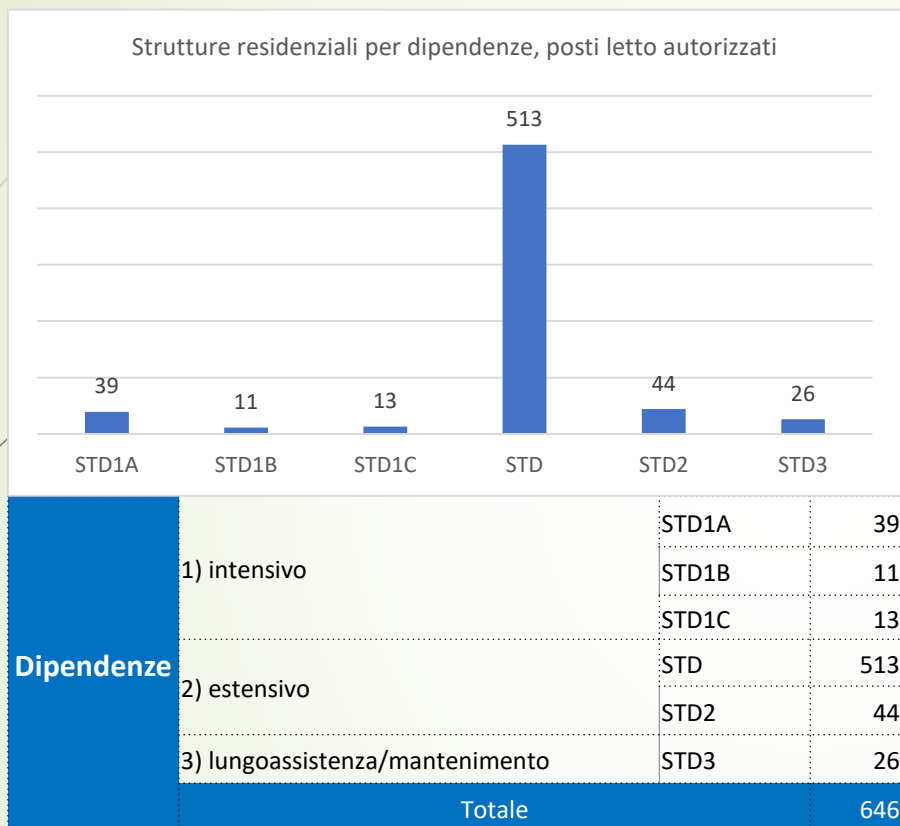
Le strutture semiresidenziali per la salute mentale:

Le strutture semiresidenziali SSRP, già CD/SSRP, hanno 315 posti autorizzati di cui 32 accreditati.

- ▶ In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione con problematiche inerenti la salute mentale, a giugno 2020, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 1057 posti letto autorizzati (1,2 posti letto ogni 1000 adulti residenti) dei quali 553 sono anche accreditati, per il semiresidenziale 315 posti autorizzati di cui 32 accreditati, per un ammontare complessivo di 1372 posti.

Autorizzazione ospitalità-posti letto strutture residenziali per Dipendenze patologiche

23



Le strutture residenziali per le dipendenze patologiche:
 Le Strutture terapeutiche specialistiche per dipendenze patologiche - Cormobilità psichiatrica, STD1A, hanno, nella Regione Marche, 39 posti letto autorizzati, tutti accreditati.
 Le Strutture terapeutiche specialistiche per dipendenze patologiche - Genitore bambino, STD1B, dispongono di 11 posti autorizzati e accreditati.

Le Strutture terapeutiche specialistiche per dipendenze patologiche – Minorenni dispongono di 13 posti autorizzati, tutti accreditati.

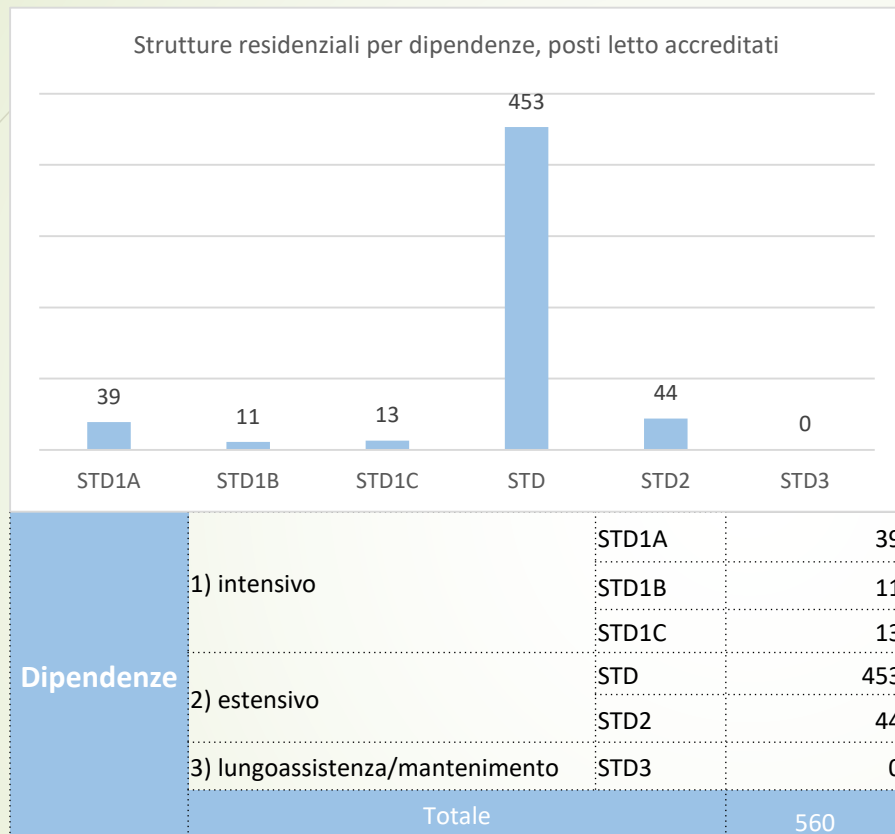
Le Strutture di riabilitazione per tossicodipendenti, STD, hanno 513 posti letto autorizzati, dei quali 453 sono accreditati.

Le Strutture terapeutico riabilitative, STD2, 44 posti autorizzati e accreditati.

Le Strutture pedagogico riabilitative, STD3, 26 posti autorizzati.

Accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Dipendenze patologiche

24



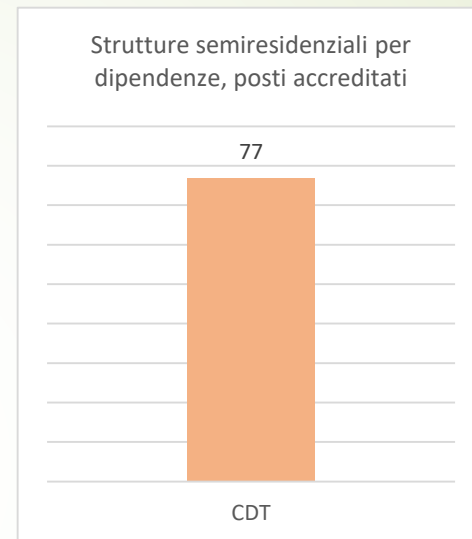
Le strutture per le dipendenze patologiche posti letto accreditati

Accreditamento ospitalità-posti strutture residenziali per Dipendenze patologiche

25



Dipendenze	2) estensivo	CDT	121
	Totale		121



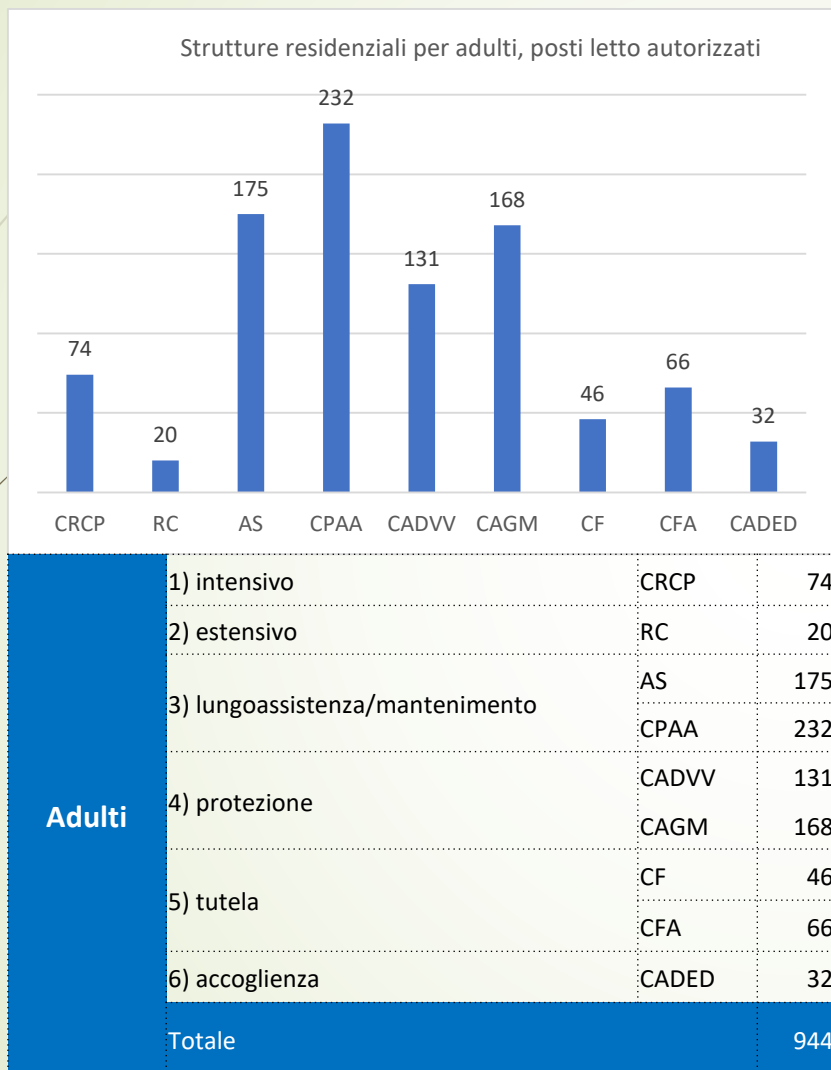
Dipendenze	2) estensivo	CDT	77
	Totale		77

Le strutture semiresidenziali per le dipendenze patologiche vedono la presenza, sul territorio regionale, di 121 posti autorizzati di cui 77 accreditati nei Centri diurni per tossicodipendenti, CDT, tipologia di struttura attualmente suddivisa in due tipologie ai sensi del Reg. Reg. n.1/18, i Centri diurni terapeutici, CDT1, e i Centri diurni riabilitativi, CDT2.

- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione con problematiche inerenti le dipendenze patologiche, a giugno 2020, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 646 posti letto autorizzati (0,7 posti letto ogni 1000 residenti in età 15-64) dei quali 560 sono anche accreditati, per il semiresidenziale 121 posti autorizzati di cui 77 accreditati, per un ammontare complessivo di 767 posti.

Autorizzazione ospitalità-posti letto strutture residenziali per Adulti

27



Le strutture residenziali per adulti:

Gli Hospice (CRCP ora SRCP) contano 74 posti letto autorizzati sul territorio regionale di cui 28 accreditati.

Le Residenze collettive per malati di AIDS (RC, suddivise in RC e CA-HIV dalla regolamentazione del 2018) hanno 20 posti autorizzati tutti accreditati.

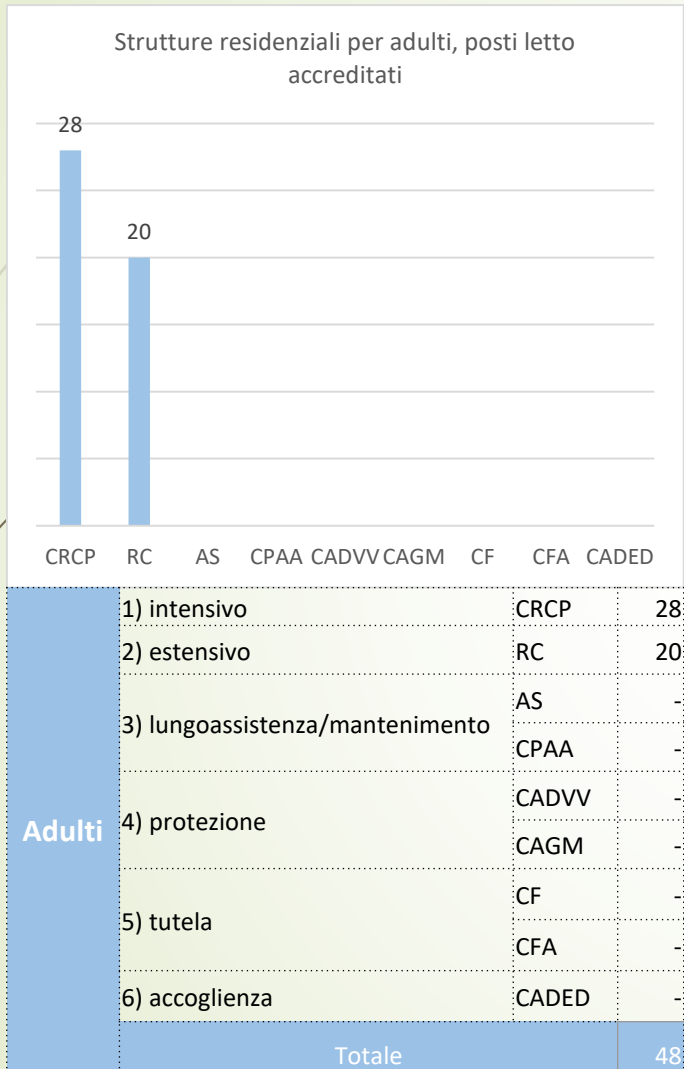
Le case alloggio per adulti in difficoltà (AS) 175 e le Comunità di pronta accoglienza (CPAA) 232.

I CADVV 131 posti e i CAGM 168.

Le Comunità familiari (CF) hanno 46 posti autorizzati e i CFA 66.

Le Comunità di accoglienza per detenuti e ex-detenuti (CADED) 32.

Accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Adulti

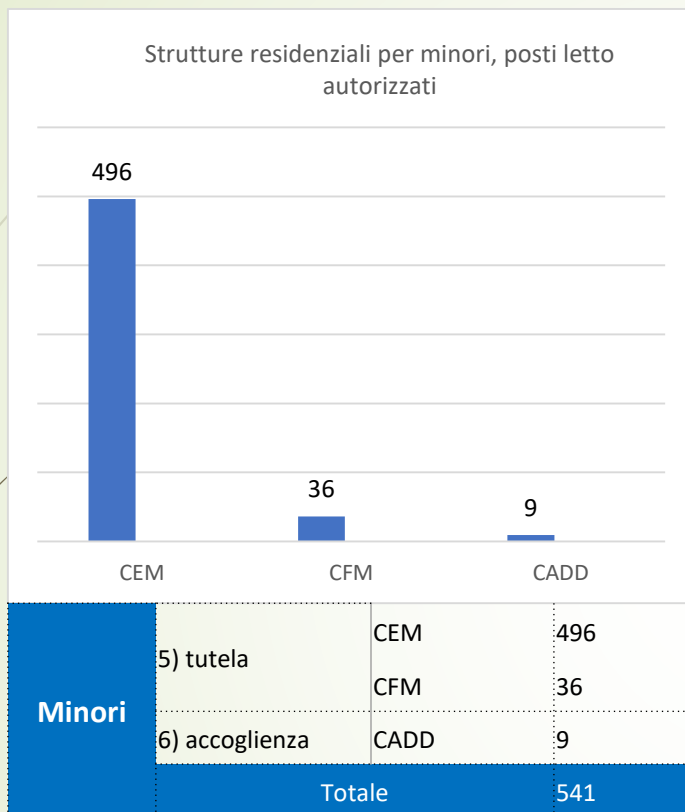


Le strutture residenziali per adulti posti accreditati

- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione con problematiche inerenti gli adulti, a giugno 2020, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 944 posti letto autorizzati (1 posti letto ogni 1000 adulti residenti) dei quali 48 sono anche accreditati.

Autorizzazione ospitalità-posti letto strutture residenziali per Minorenni

30



Le strutture residenziali per minorenni:

Le Comunità socioeducative per minorenni (CEM) hanno 496 posti autorizzati.

Le Comunità familiari (CFM) 36.

I CADD 9

- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali rivolti ai bisogni della popolazione minorenni, a giugno 2020, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 541 posti letto autorizzati (2,4 posti letto ogni 1000 minorenni residenti)

tabella di transcodifica				nuova tipologia		vecchia tipologia	
Regime	Utenza	Area	Livello assistenziale	Codifica Reg. n.1/18	Intervento Reg. Reg. n.1/18	Codifica DGR. 289/15	Intervento DGR. 289/15
Anziani	Sanitaria Extraospedaliera		intensivo	R1	Cure intermedie	R2.1	CI - Cure Intermedie
			estensivo	R2	Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti	R2.2	RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti
				R2D	Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze	R2D	RS3 - RSA demenze
	SocioSanitaria	lungoassistenza /mantenimento	R3D	Residenza Protetta per persone con demenze	R3.1	RPDEM - Residenza Protetta Demenze	
		protezione	R3	Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti	R3.2	RPA - Residenza Protetta per Anziani	
	Disabilità	Sanitaria Extraospedaliera		intensivo	RD1	Residenza Sanitaria Riabilitativa intensiva per Disabili	RD1.1
RD1-USR				Unità Speciale Residenziale	RD1.4	PRF4 - Unità speciali residenziali	
		estensivo	RD2	Residenza Sanitaria Riabilitativa estensiva per Disabili	RD1.2	PRF2 - Residenza Sanitarie Riabilitazione (RSR) estensiva -RD1.2	
					RD1.3	PRF2 - Residenza Sanitarie Riabilitazione (RSR) estensiva -RD1.3	
SocioSanitaria		lungoassistenza /mantenimento	RD3	Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili	PRF3/RD3	PRF3 - Residenza Sanitarie Assistenziali (RSA) disabili	
					COSER/RD3	COSER - Comunità Socio Educativo Riabilitativa	
	protezione	RD4	Gruppo appartamento per la Disabilità	RPD/RD3	RPD - Residenza Protetta per Disabili		
Salute mentale	Sanitaria Extraospedaliera		intensivo	REMS	Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza	REMS	REMS - Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza
			estensivo	SRP1	Struttura Residenziale Terapeutica per la Salute mentale	SRP1	SRP1 - Strutture residenziali terapeutiche (SRT)
				SRT-IA	Struttura Residenziale per la Salute mentale -Infanzia e Adolescenza	SRT-IA	SRP5 - Modulo sperimentale residenziale per pazienti adolescenti
	SocioSanitaria	lungoassistenza /mantenimento	SRP2	Struttura Riabilitativa Residenziale per la Salute mentale	SRP2.1/ SRP2.2	SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)	
					CADM	CADM - Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali	
					SRP3.1.1 SRP3.1.2 SRP3.2	SRP3 - Comunità Protetta (CP)	
Dipendenze	Sanitaria Extraospedaliera		intensivo	SRP3	Comunità Protetta per la Salute mentale	SRP3.3	SRP4 - Gruppo Appartamento
			estensivo	STD	riclassificare in una delle specifiche tipologie	STD	STD - Strutture di riabilitazione per tossicodipendenti
				STD1A	Struttura Terapeutica Specialistica per Dipendenze patologiche Comorbilità psichiatrica	STD1A	STD1A - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti
	SocioSanitaria	lungoassistenza /mantenimento	STD1B	Struttura Terapeutica Specialistica per Dipendenze patologiche Genitore bambino	STD1B	STD1B - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti	
			STD1C	Struttura Terapeutica Specialistica per Dipendenze patologiche Minorenni	STD1C	STD1C - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti	
		estensivo	STD2	Struttura Terapeutico Riabilitativa per Dipendenze patologiche	STD2	STD2 - Strutture di Riabilitazione per Tossicodipendenti	
Adulti	SocioSanitaria	lungoassistenza /mantenimento	STD3	Struttura Pedagogico Riabilitativa per Dipendenze patologiche	STD3	CAT - Comunità Alloggio per ex Tossicodipendenti	
		protezione	STD4	Gruppo appartamento per le Dipendenze patologiche	nuova codifica	Nuova tipologia	
Minori	SocioSanitaria	protezione	SRCP	Hospice	CRCP	CRCP - Hospice	
			RC	Residenza Collettiva per malati AIDS	RC	RC - Residenze collettive o case alloggio per malati AIDS	
			CA-HIV	Casa alloggio per malati AIDS	nuova codifica	Nuova tipologia	
			CPEM	Comunità socio-psico-educative integrate per Minorenni	nuova codifica	Nuova tipologia	

tabella di transcodifica				nuova tipologia		vecchia tipologia	
Regime	Utenza	Area	Livello assistenziale	Codifica Reg. n.1/18	Intervento Reg. Reg. n.1/18	Codifica DGR. 289/15	Intervento DGR. 289/15
Anziani	Sanitaria Extraospedaliera		estensivo	SRD	Centro Diurno per persone con demenze	SRD	CDD - Centro diurno demenze
	SocioSanitaria		lungoassistenza /mantenimento	SR	Centro Diurno per Anziani non autosufficienti	SR	CDA - Centro Diurno per Anziani
Disabilità	Sanitaria Extraospedaliera		estensivo	SRDis1	Centro Diurno Riabilitativo per Disabili	PRF6/ SRDis1	PRF6 - Centro diurno per Disabili psico-fisico-sensoriali
	SocioSanitaria		lungoassistenza /mantenimento	SRDis2	Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo per Disabili a valenza socio-sanitaria	CSESR SRDis2.1 SRDis2.2	CSESR - Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo
Salute mentale	Sanitaria Extraospedaliera		intensivo	SSRP	Struttura Semiresidenziale per la Salute mentale	CD/SSRP	CD - Centro Diurno psichiatrico
			estensivo	SSRT-IA	Struttura Semiresidenziale per la Salute mentale-Infanzia e Adolescenza	nuova codifica	Nuova tipologia
Dipendenze	Sanitaria Extraospedaliera		estensivo	CDT1	Centro Diurno Terapeutico per le Dipendenze patologiche	CDT	CDT - Centro diurno per Tossicodipendenti
	SocioSanitaria		lungoassistenza /mantenimento	CDT2	Centro Diurno Riabilitativo per le Dipendenze patologiche		
Adulti	Sanitaria Extraospedaliera		estensivo	SRC	Centro Diurno per malati AIDS	nuova codifica	Nuova tipologia
Minori	SocioSanitaria		protezione	SPEM	Comunità semiresidenziale socio-psico-educativa integrata per Minorenni	nuova codifica	Nuova tipologia

Le disposizioni di cui alla DGR 940/2020 si applicano alle “Strutture Sociali” di cui alla Legge regionale 21/2016, elencate nel Regolamento regionale n. 1/2018, come di seguito specificate:

Strutture sociali per anziani:

- - CR (Casa di Riposo per Anziani autosufficienti);
- - CA (Comunità Alloggio per Anziani autosufficienti);
- - CAA (Casa Albergo per Anziani autosufficienti).

Strutture sociali per donne vittime di violenza:

- - CREVV (Casa Rifugio di emergenza per donne vittime di violenza);
- - CRVV (Casa Rifugio per donne vittime di violenza);
- - CAAVV (Casa di accoglienza per la semiautonomia di donne vittime di violenza).

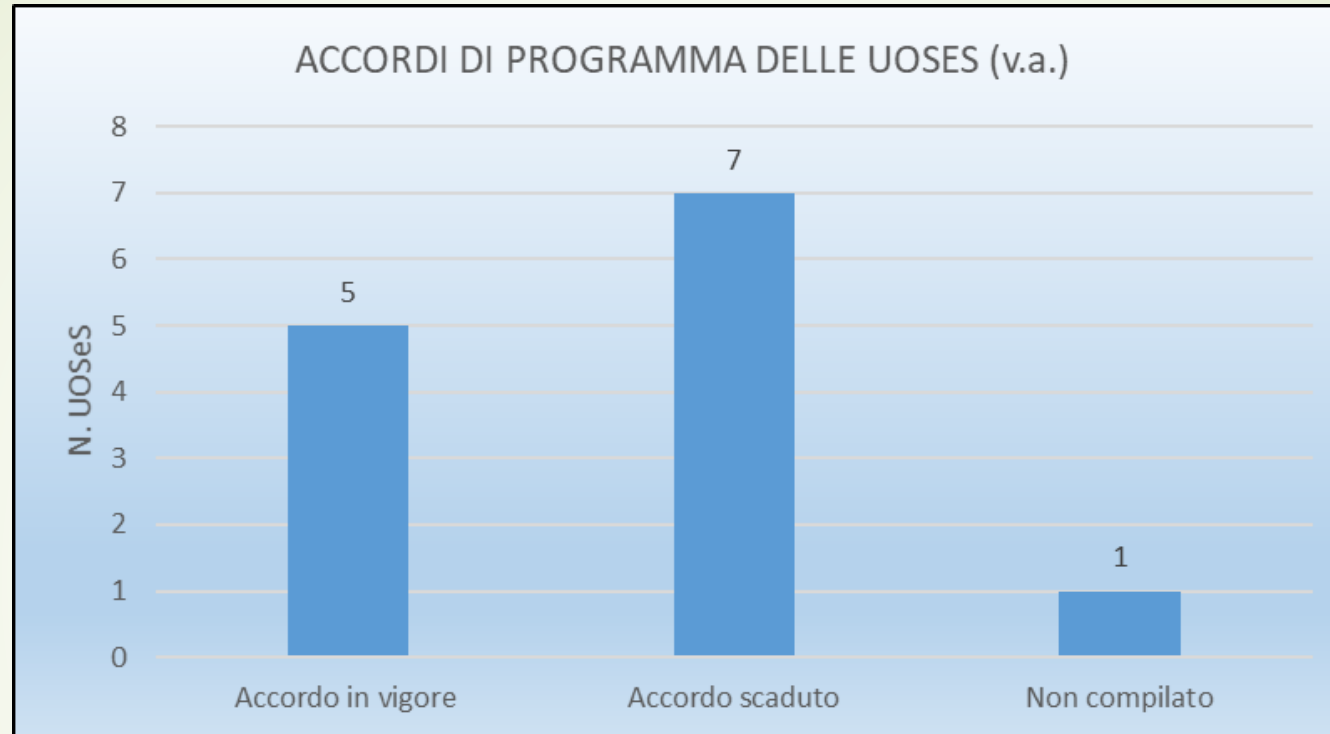
Strutture sociali per adulti:

- - CF (Comunità Familiare);
- - CAD (Comunità Alloggio per Persone con Lievi Disabilità);
- - CALDM (Comunità Alloggio per Persone con Lievi Disturbi Mentali);
- - CAT (Comunità Alloggio per ex tossicodipendenti);
- - CADED (Comunità di Accoglienza per detenuti ed ex-detenuti);
- - CRVTS (Casa Rifugio per le vittime della tratta e dello sfruttamento);
- - AS (Casa Alloggio per Adulti In Difficoltà);
- - CPAA (Comunità di Pronta Accoglienza per Adulti).

Strutture sociali per minorenni:

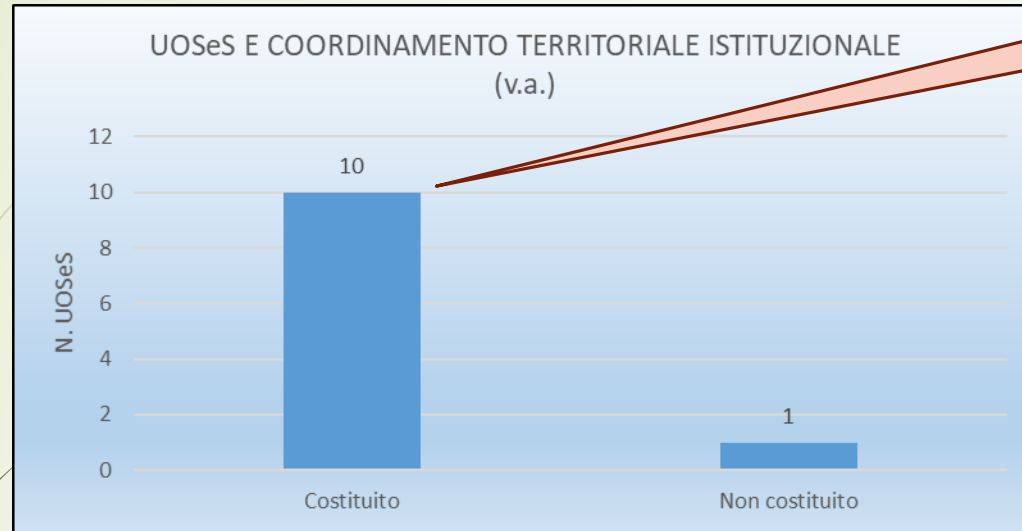
- - CPAM (Comunità di Pronta Accoglienza per Minorenni);
- - CFM (Comunità Familiare per Minorenni);
- - CEM (Comunità Socioeducativa per Minorenni);
- - SEM (Comunità semiresidenziale socioeducativa per Minorenni);
- - CABG (Comunità di Accoglienza per Bambino-Genitore);
- - CAM (Comunità per l'autonomia);
- - CMSNA1 (Centro governativo di prima accoglienza per minorenni stranieri non accompagnanti);
- - CMSNA2 (Centro governativo di seconda accoglienza per minorenni stranieri non accompagnanti).

**MONITORAGGIO PERIODICO SULL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA NEI TERRITORI
(ATTUAZIONE DGR 110/15 E DGR 111/15)
UOSeS E GOVERNO DELLA DOMANDA
V RILEVAZIONE luglio 2019-giugno 2020**



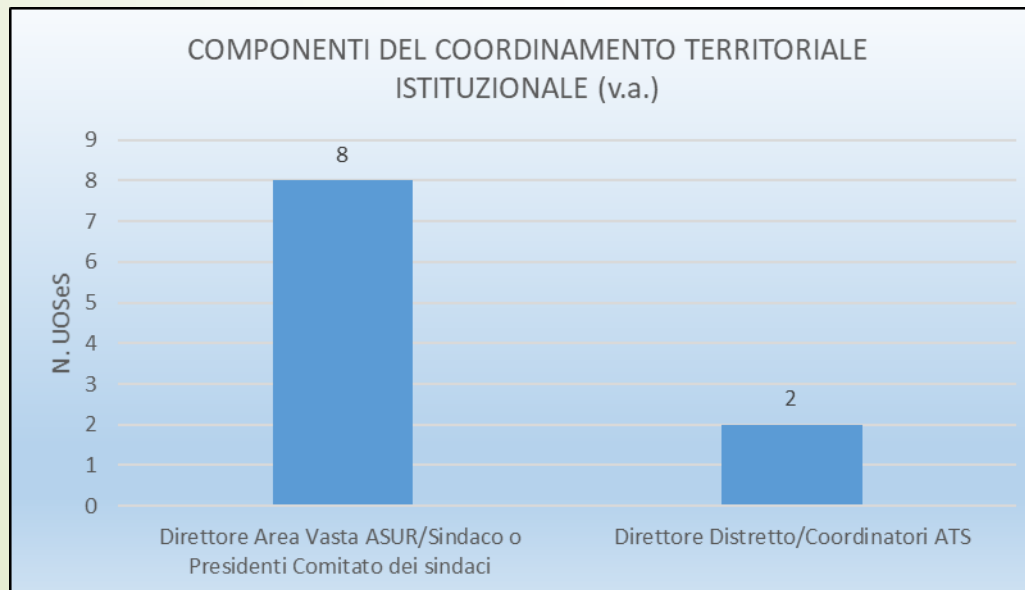
A partire dall'anno di approvazione delle DGR 110/15 e 111/15 gli Accordi di programma per la costituzione delle 13 U.O.SeS sono stati firmati in tutti i territori di Ambito Territoriale Sociale e Distretto Sanitario delle Marche, tuttavia gli Accordi hanno durata triennale e quindi alcuni sono in fase di rinnovo.

Osservando i dati della quinta rilevazione si registra che 5 U.O.SeS hanno un accordo di programma in vigore, 7 U.O.SeS hanno un accordo scaduto che deve essere rinnovato, ed infine una U.O.SeS non ha compilato. Pertanto la situazione appare eterogenea in quanto solo in meno della metà dei casi si riscontrano situazioni di vigenza dell'accordo di programma.

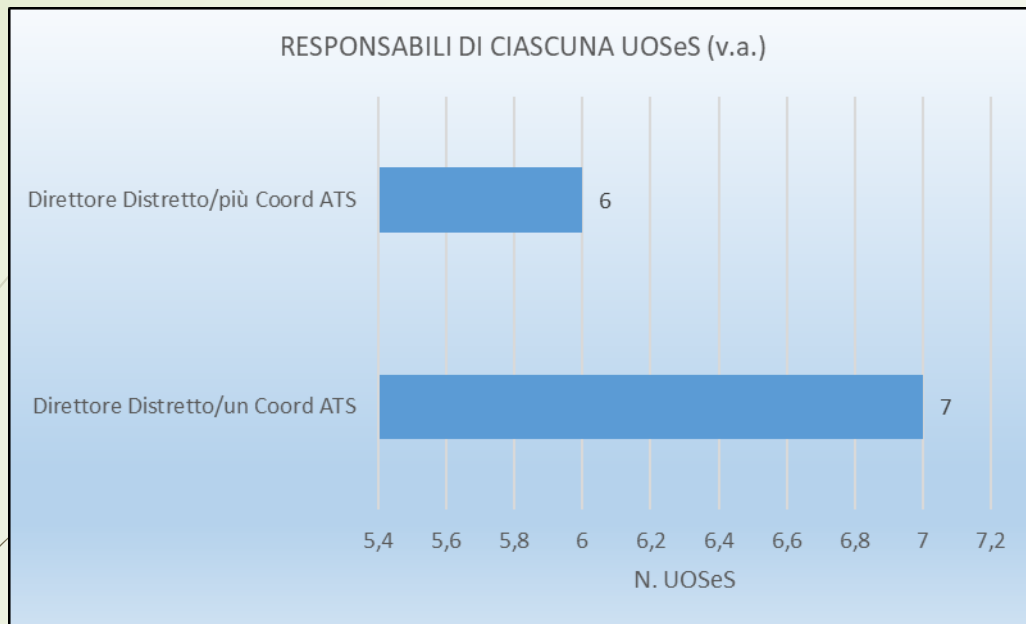


Nella quarta rilevazione: 9 U.O.SeS su 13

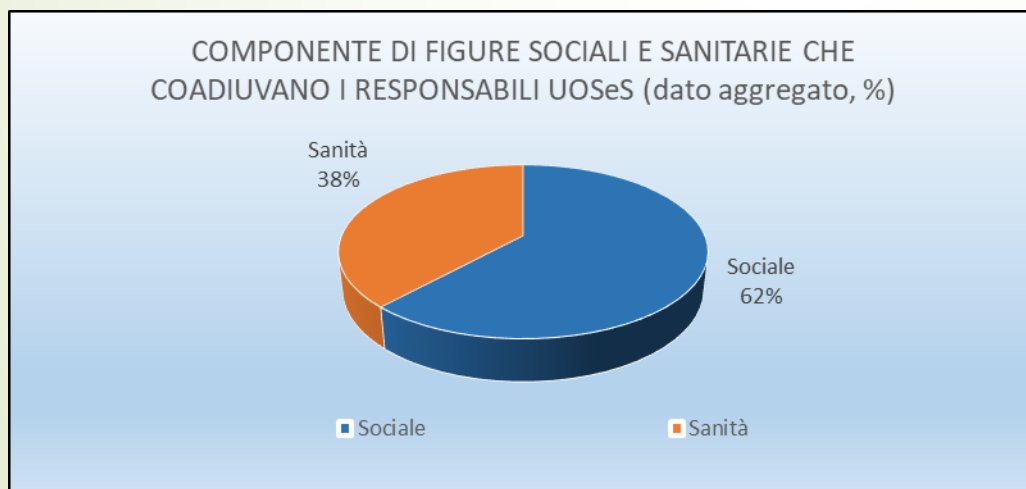
Il Coordinamento Territoriale Istituzionale è l'organismo cui afferisce la responsabilità istituzionale dell'area territoriale di competenza. Esso è previsto all'interno della maggioranza delle UOSes, ossia in 10 su 11 al netto dei casi non compilati.



I componenti del Coordinamento territoriale istituzionale in 8 U.O.SeS è composto per la parte sanitaria dal Direttore di Area vasta ASUR e per la parte sociale dal Sindaco o dal Presidente del Comitato dei sindaci, mentre in 2 U.O.SeS è costituito dal Direttore di Distretto e dai rispettivi Coordinatori di Ambito.



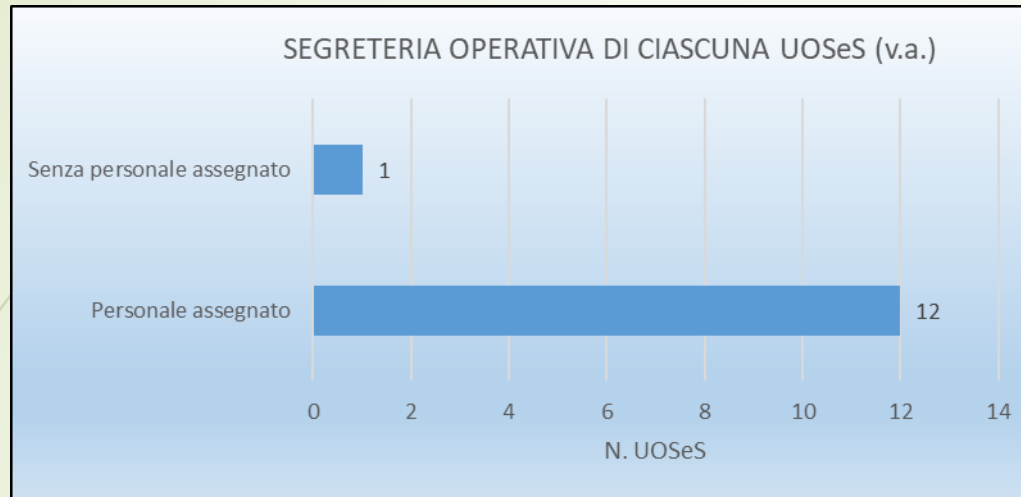
Nella quarta rilevazione: il Coordinatore "responsabile" ATS ha un ruolo di "responsabile" in 8 casi in modalità univoca, mentre in 5 casi è stato assegnato contemporaneamente a più di un Coordinatore ATS afferente il medesimo Distretto



I Responsabili dell'U.O. SeS sono il Direttore di Distretto e il Coordinatore "responsabile" ATS. Il Coordinatore ha il ruolo di "responsabile" in 7 casi in modo univoco (da ricordare che la coincidenza DS/ATS riguarda 6 territori), mentre in 6 casi tale ruolo è stato assegnato contemporaneamente a più di un Coordinatore ATS afferente il medesimo Distretto.

La scelta di individuare più Coordinatori "responsabili" all'interno del medesimo Distretto si ipotizza che possa derivare dalla volontà di rispettare equilibri politico-istituzionali e nell'intenzione di favorire una maggiore collaborazione all'interno del territorio.

I componenti dell'U.O. SeS che coadiuvano i responsabili si riferiscono al settore sociale (62%) e sanitario (38%) con una percentuale di presenza maggiore per le figure sociali rispetto al sanitario. In tre U.O. SeS non sono state identificate figure coadiuvanti.

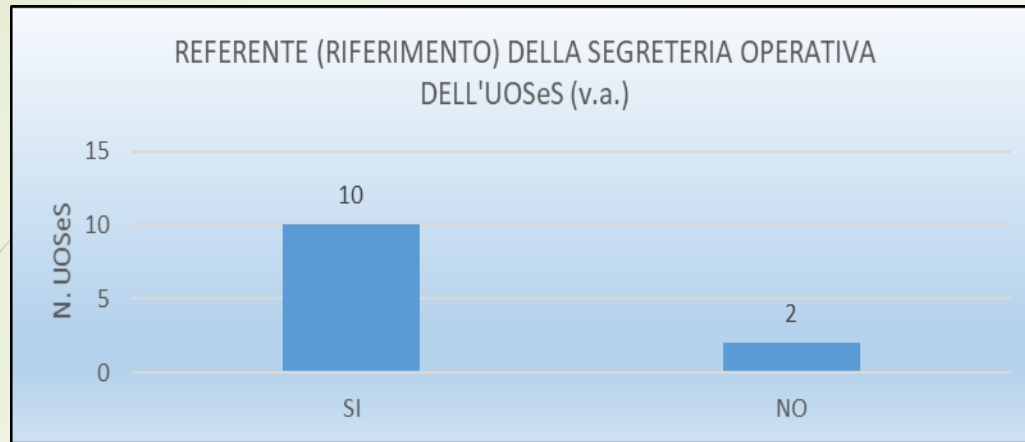


Nella quarta rilevazione: due UOSeS non avevano personale assegnato



La Segreteria operativa ha una dotazione organica che prevede figure sociali, sanitarie e amministrative riferite a strutture sia sanitarie che sociali. Solamente una U.O. SeS non ha personale assegnato.

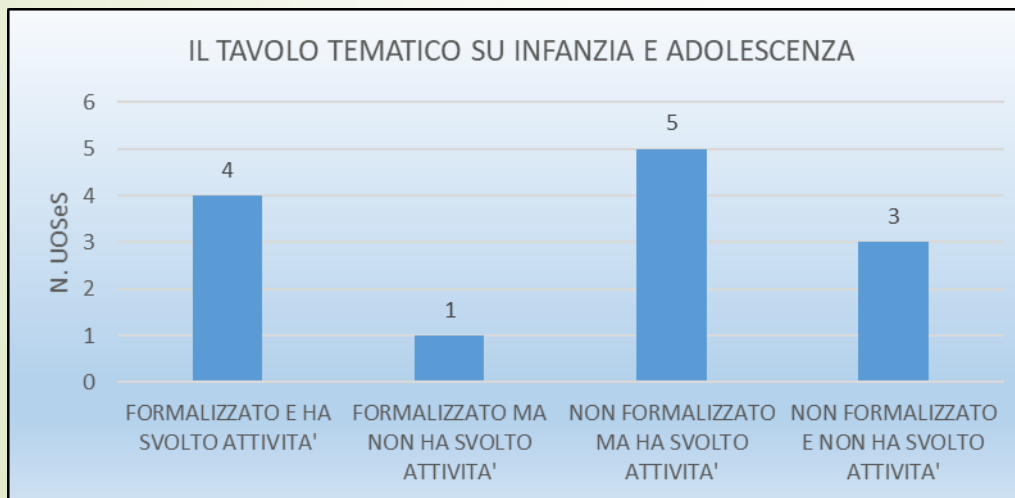
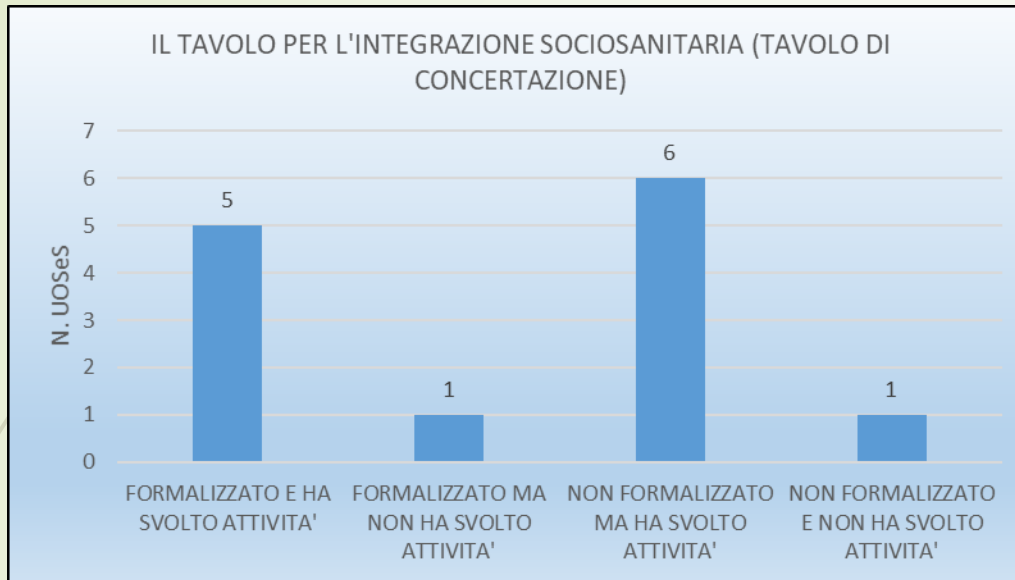
In 12 U.O.SeS la dotazione organica mostra in ordine decrescente la presenza di Operatori sociali (31%) Operatori amministrativi del sociale (29%), Operatori sanitari (27%) e Operatori amministrativi della sanità (13%). Questi dati aggregati consentono di mostrare una certa variabilità nella composizione delle figure.



La segreteria operativa ha un preciso referente a cui rivolgersi in 10 U.O.SeS su 12, al netto dei casi non compilati. Ed inoltre in 11 U.O.SeS è stata prevista per la segreteria operativa una sede di riferimento.



Queste informazioni consentono di constatare che la segreteria nella maggioranza dei casi è stata individuata in termini di referente e sede operativa e può fungere da riferimento.

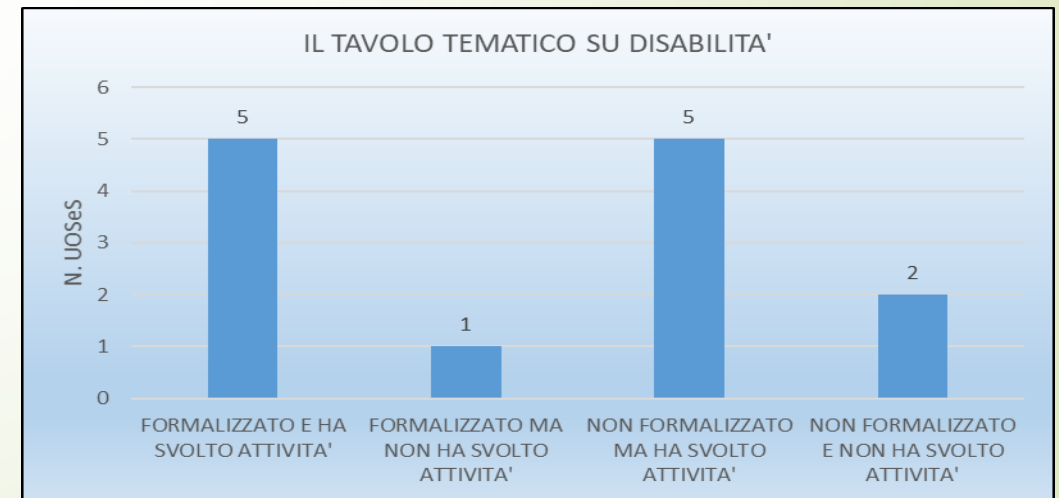


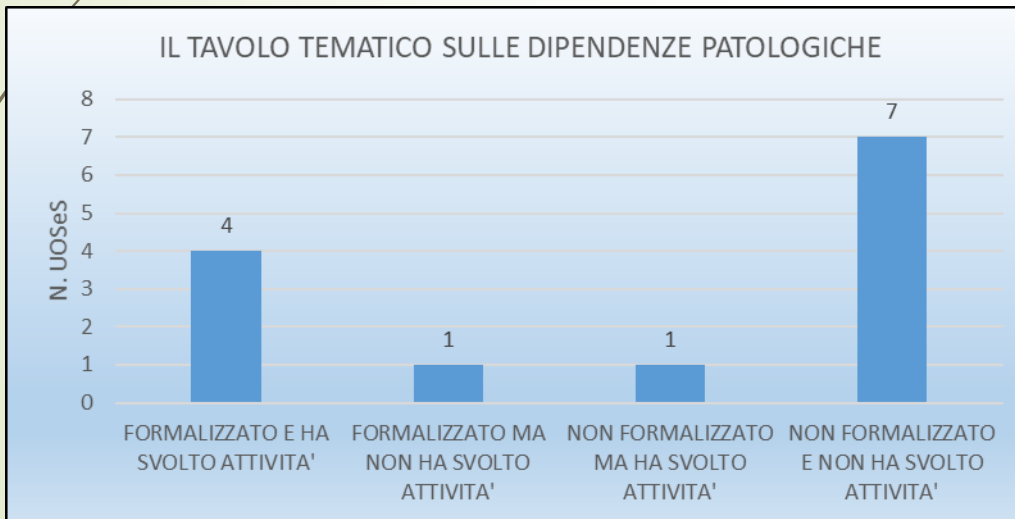
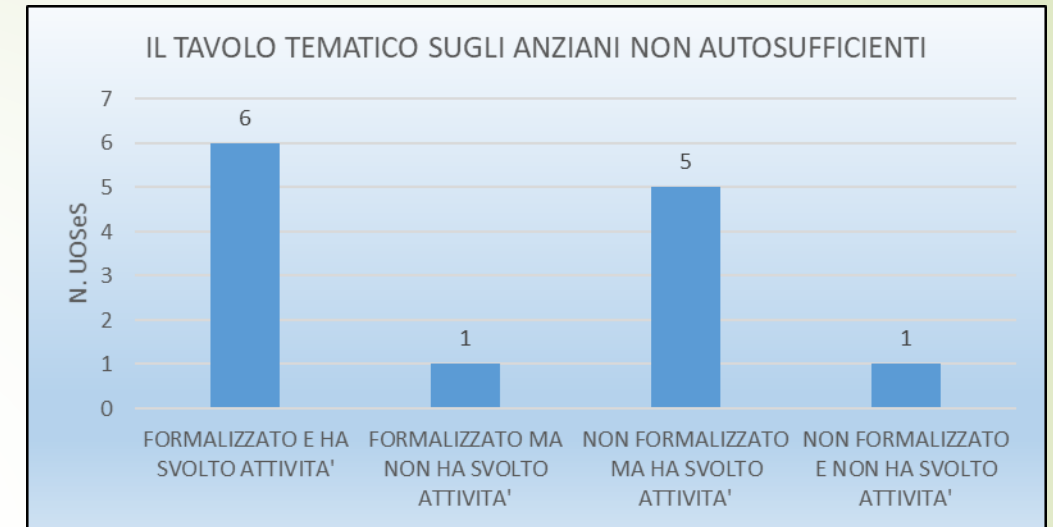
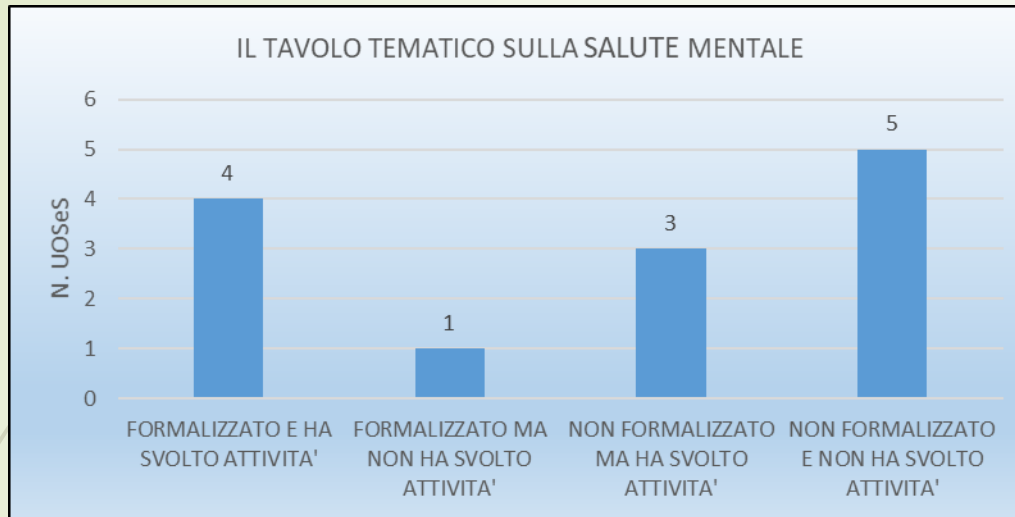
I tavoli permanenti previsti dalla DGR 110 del 2015 si distinguono in:

- **Tavolo per l'integrazione socio-sanitaria**, con funzioni di concertazione tra ASUR, AV, DS e ATS; esso nella maggioranza dei casi nei vari territori DS/ATS risulta operativo nel periodo della rilevazione in modo formalizzato o non formalizzato (11 UOSeS);
- **"Tavoli tematici"** per aree di intervento, con funzioni di proposta e consultazione rispetto alla programmazione integrata socio-sanitaria, e all'organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi territoriali (cfr. tavoli su infanzia adolescenza, disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche e anziani non autosufficienti).

Il funzionamento effettivo dei tavoli tematici appare ancora diversificato nei territori Ambito/Distretto.

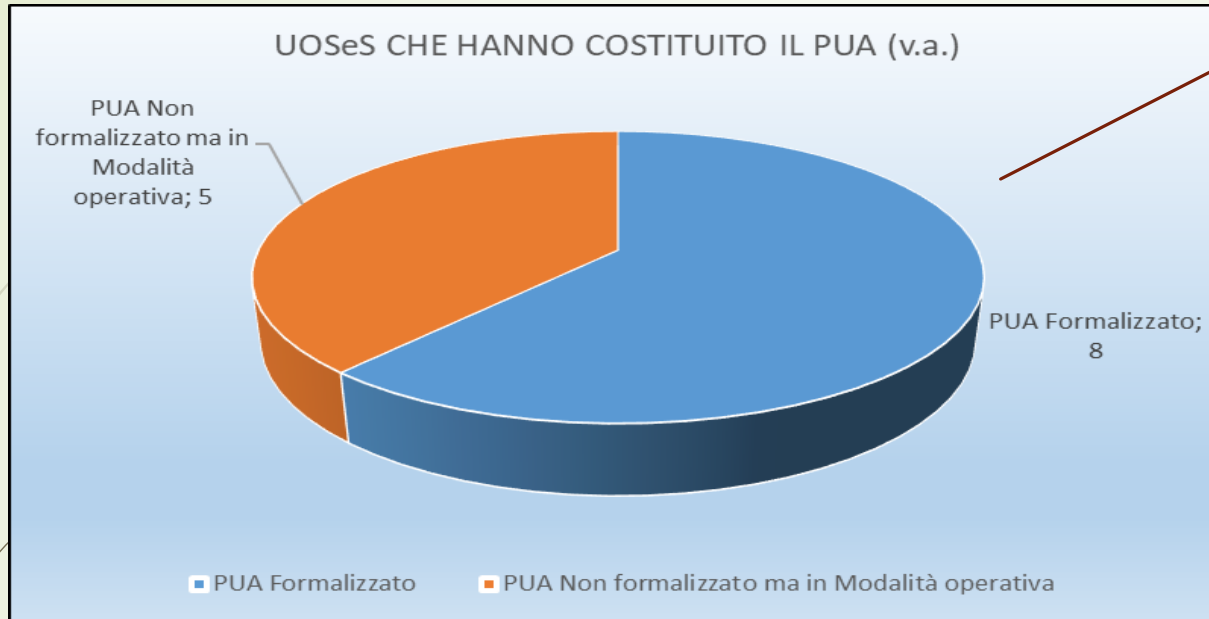
Il tavolo sull'infanzia adolescenza è principalmente attivo, ossia in 9 casi su 13 ha svolto attività, in modalità formalizzata o non formalizzata; ed anche il tavolo sulla disabilità è nella maggioranza dei casi attivo in quanto in 10 casi su 13 ha svolto attività in modalità formalizzata o non formalizzata.





Il tavolo sulla salute mentale ha una situazione variegata tra le diverse UOSeS ma in 7 casi ha svolto attività in modalità formalizzata o non formalizzata. Il tavolo sulle dipendenze patologiche è previsto in 4 casi in modo formalizzato e operativo mentre in 7 casi il tavolo non è previsto. Infine il tavolo sugli anziani non autosufficienti in 11 casi su 13 è operativo in modalità formalizzata o non formalizzata.

Ulteriori tavoli di approfondimento specifico che hanno variamente riguardato alcune U.O.SeS riguardano temi sulla violenza di genere, percorsi assistenziali integrati sulla demenza e povertà.

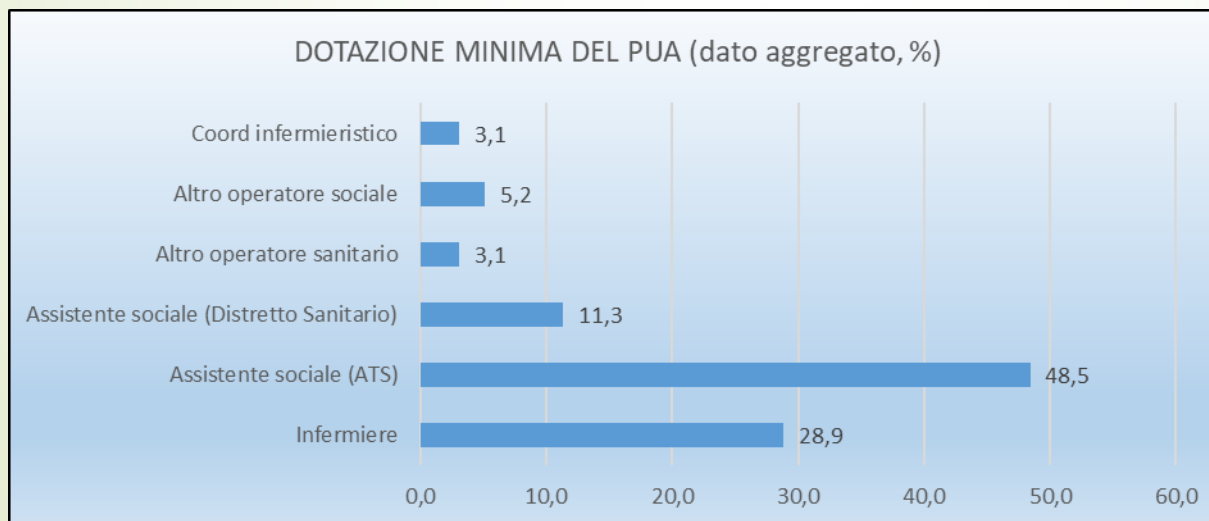


Nella quarta rilevazione: PUA formalizzato in 6 U.O.SeS , PUA in modalità operativa in 7 U.O.SeS

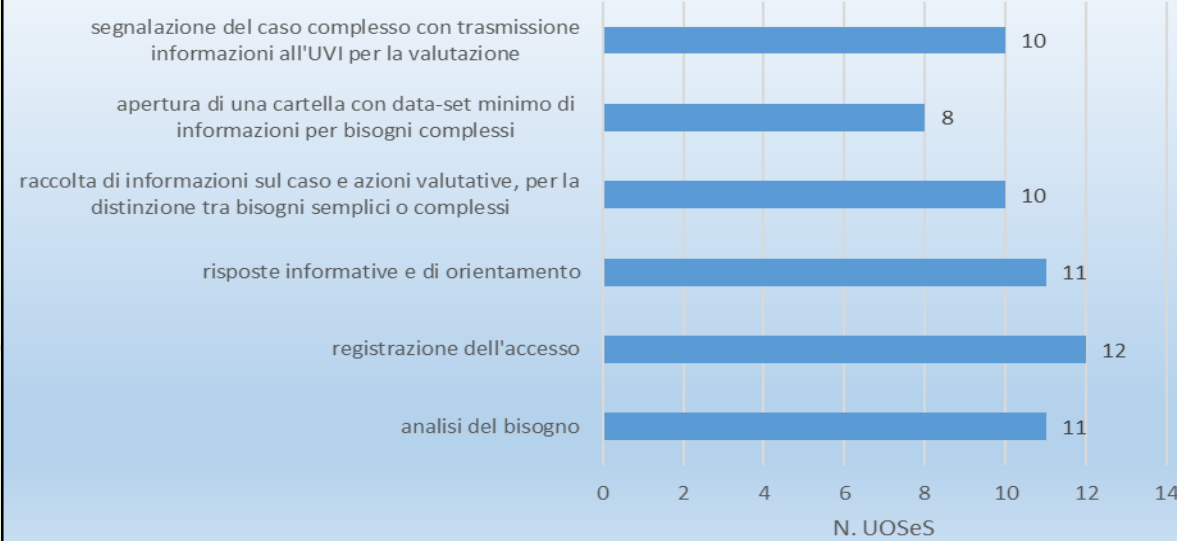
Il Punto Unico di Accesso (PUA) è stato formalizzato in 8 U.O.SeS su 13. Invece negli altri 5 casi sussiste una modalità operativa non formalizzata di questa attività in collaborazione tra sanità e Sociale.

La dotazione minima di personale del PUA rileva principalmente Assistenti sociali del settore sociale (48,5%) e Infermieri (28,9%); poi, in misura nettamente inferiore e in senso decrescente si osservano Assistenti sociali del settore sanitario (11,3%), altro operatore sociale (5,2%), Coord. Infermieristici (3,1%) e altro operatore sanitario (3,1%).

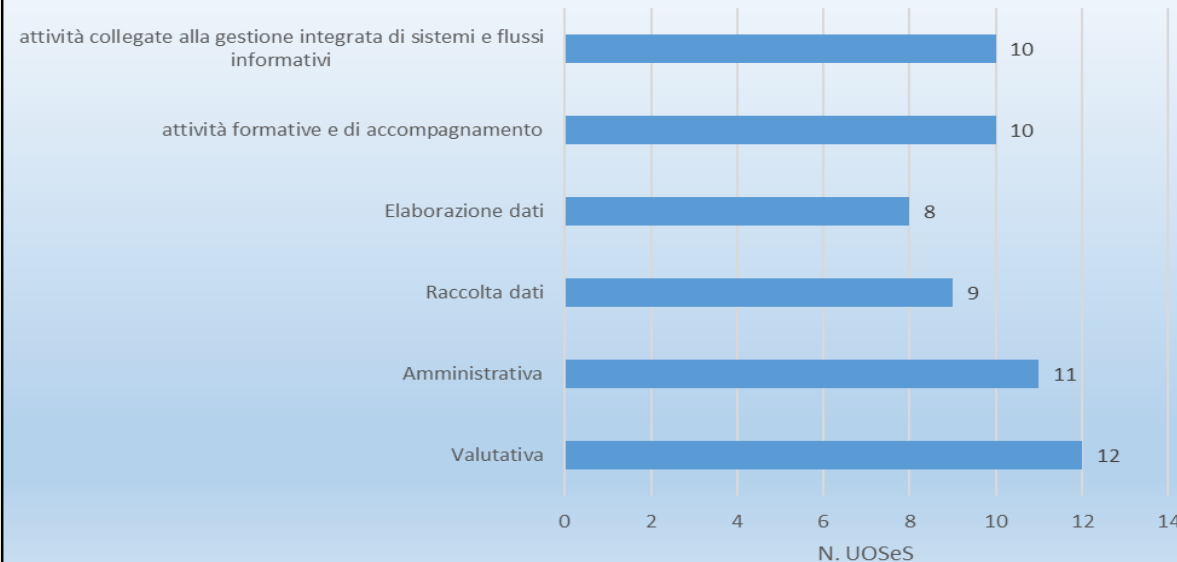
Le aree sociale e sanitario sembrano compresenti per la dotazione PUA. Tuttavia dall'osservazione dei dati emerge una riflessione sulla opportunità di approfondire con ulteriori indagini ad hoc la reale ed effettiva collaborazione tra operatori dei settori sanità e sociale verso una reale integrazione professionale.



ATTIVITA' SVOLTE DAL FRONT OFFICE



ATTIVITA' SVOLTA DAL BACK OFFICE



Le attività del front office del Punto Unico di Accesso (PUA) sono tutte ben rappresentate dalla maggioranza delle U.O.SeS.

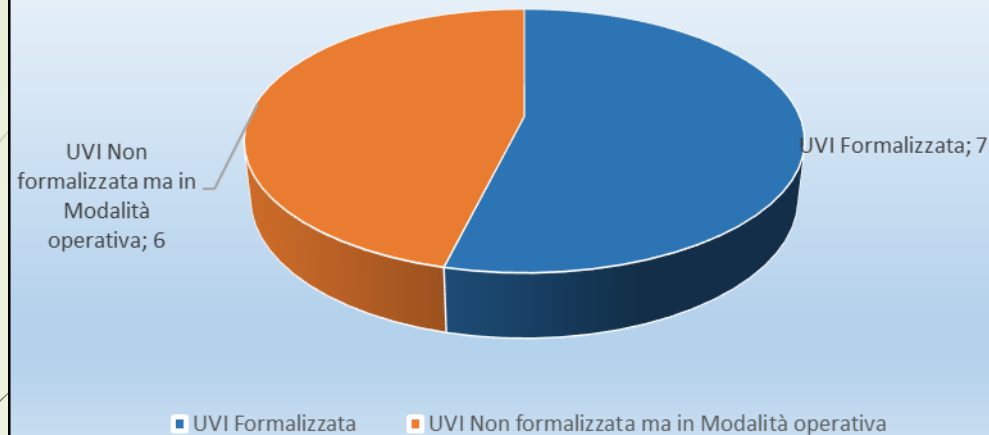
Quasi tutte le U.O.SeS hanno PUA che si occupano di 'Registrazione dell'accesso', 'Analisi del bisogno' e 'Risposte informative e di orientamento' per fornire informazioni aggiornate relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio.

In minor misura le altre due attività, comunque sempre ben rappresentate, sono la 'Raccolta di informazioni sul caso e azioni valutative, per la distinzione tra bisogni semplici (la cui risposta assistenziale risulta di natura per lo più monospecialistica) complessi (la cui risposta assistenziale richiede l'intervento sociale e/o sanitario di due o più operatori)' e infine la 'Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione informazioni all'UVI per la valutazione'. La voce rappresentata in misura inferiore è l' 'Apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni, per bisogni complessi', prevista in 8 U.O.SeS.

Le attività del back office del Punto Unico di Accesso sono anch'esse ben rappresentate dalla maggioranza delle U.O.SeS.

In ordine decrescente si evidenzia l'attività Valutativa, Amministrativa, Attività collegate alla gestione integrata di sistemi e flussi informativi, Attività formative e di accompagnamento, Raccolta dati e infine Elaborazione dati.

UOSEs CHE HANNO COSTITUITO L' UVI (v.a.)



Nella quarta rilevazione: UVI formalizzata in 6 U.O.SeS
UVI in modalità operativa in 7 U.O.SeS.

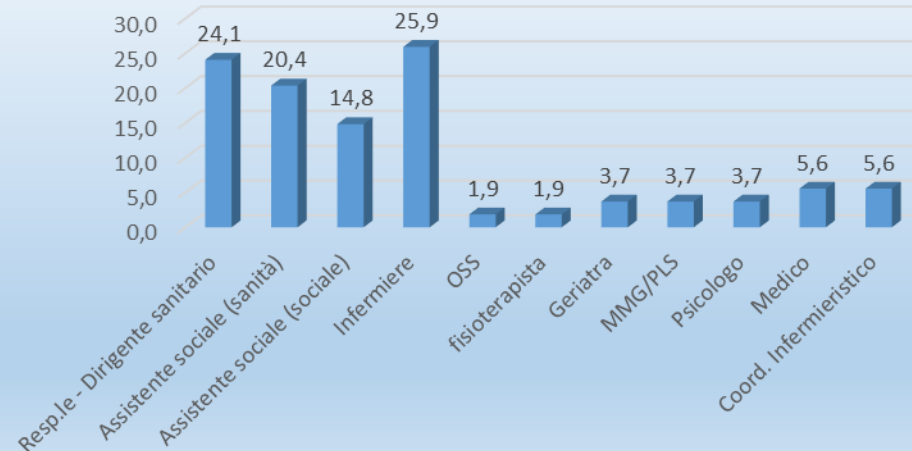
L'Unità Valutativa Integrata (UVI) è stata formalizzata in 7 U.O. SeS. Oltre queste sono presenti 6 modalità operative in collaborazione tra sanità e sociale che non sono formalizzate.

Pertanto anche l'UVI è prevista in tutti i territori U.O.SeS, con livelli di strutturazione diversi, formalizzati e non.

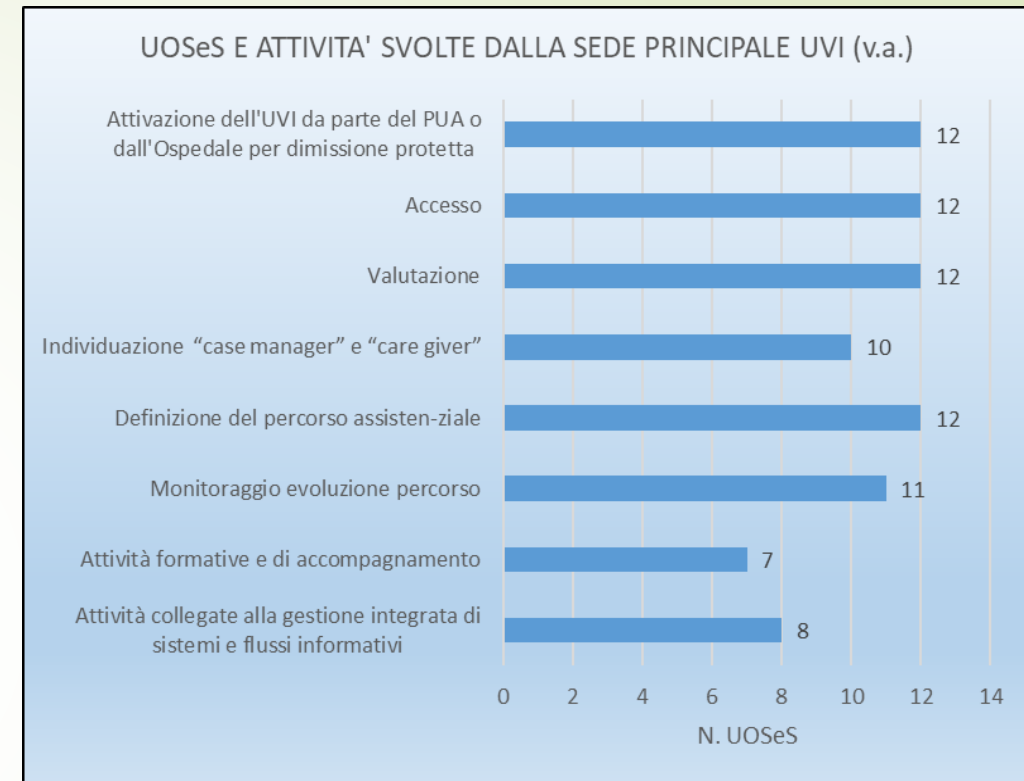
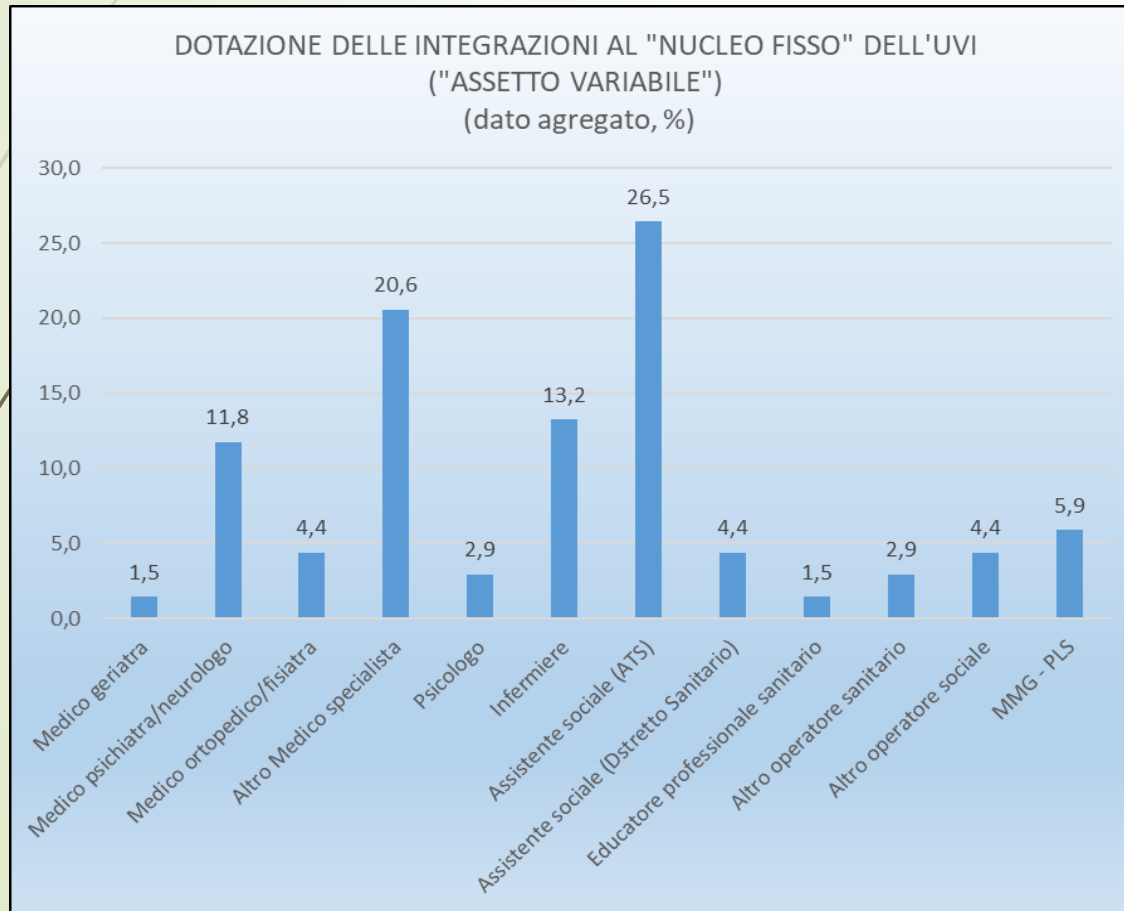
Sussiste una certa eterogeneità sia nel percorso PUA UVI più o meno formalizzati sia sull'adozione di strumenti di valutazione dell'Unità valutativa non uniformi sul territorio e questo si riflette negativamente sulla garanzia di analoghe opportunità di risposta alla domanda assistenziale nei diversi territori.

Il personale dell'UVI si articola in un "nucleo fisso" e in un "assetto variabile".

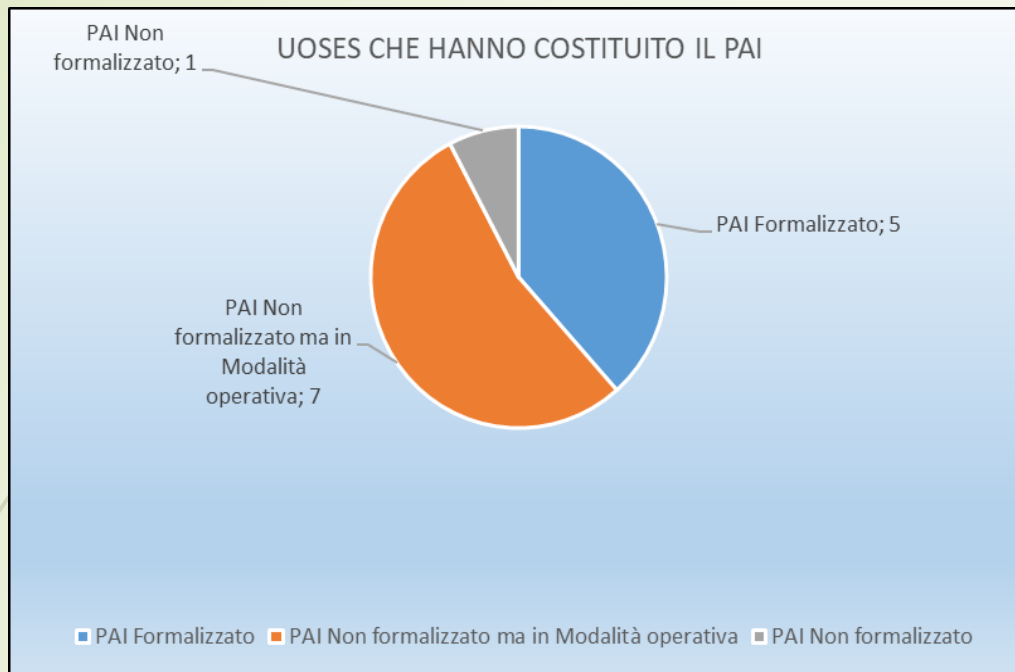
Il "nucleo fisso", ossia la dotazione minima UVI, è costituito principalmente, in ordine decrescente, da Infermieri (25,9%), Resp.li Dirigenti sanitari (24,1%), Assistenti sociali del settore sanitario (20,4%), Assistenti sociali del settore sociale (14,8%), in minor misura Medico (5,6%), Coord. Infermieristico (5,6%), Geriatra (3,7%) MMG/PLS (3,7%) Psicologo (3,7%), e, in rari casi, OSS (1,9%), Fisioterapista (1,9%).

DOTAZIONE MINIMA DELL'UVI ("NUCLEO FISSO")
(dato aggregato, %)

Mentre l'“assetto variabile”, integra sulla base delle esigenze del caso assistenziale le figure del nucleo fisso, e prevede diverse professionalità nella maggioranza dei casi individuabili in Assistente sociale della struttura sociale (26,5%), Altro medico specialista (20,6%) e Medico psichiatra/neurologo (11,8%).



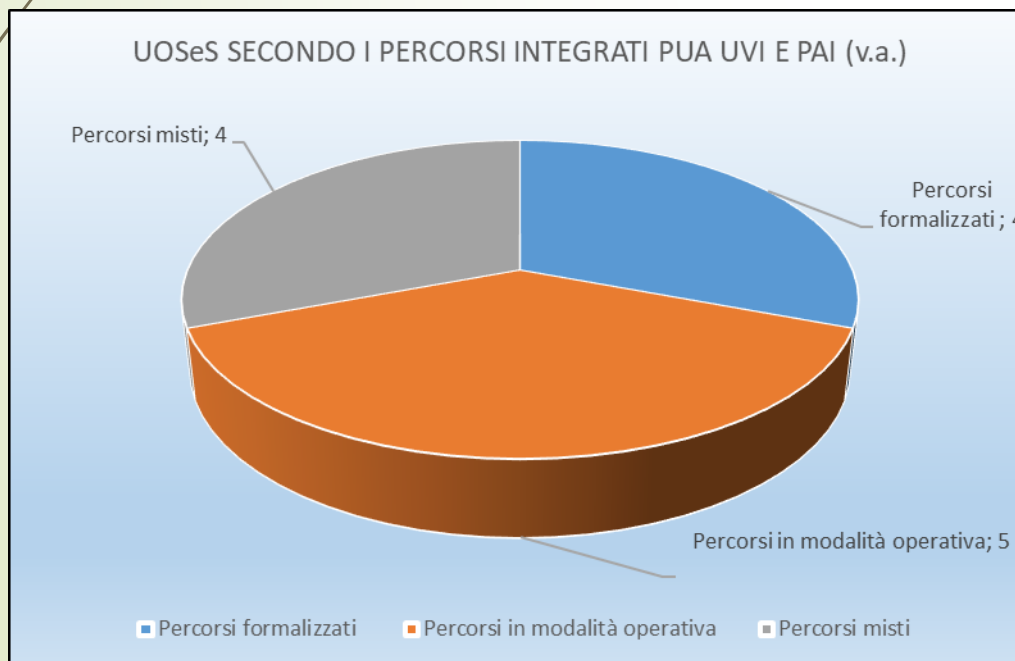
Le attività svolte dalla sede principale UVI sono nella maggioranza dei casi tutte ben rappresentate. Quasi la totalità delle U.O.SeS svolgono le seguenti attività: Attivazione dell'UVI da parte del PUA o dall'Ospedale per dimissione protetta, Accesso, Valutazione e Definizione del percorso assistenziale.



Il Piano Assistenziale Individualizzato è stato adottato da 5 U.O. SeS; in 7 U.O.SeS è attiva una modalità operativa non formalizzata di collaborazione tra sanità e sociale, mentre 1 U.O.SeS non ha ancora formalizzato il PAI.

Nella quarta rilevazione: PAI formalizzato in 4 U.O.SeS, PAI in modalità operativa in 6 U.O.SeS.

Nella quarta rilevazione: in nessun caso si ha il percorso PUA-UVI-PAI completamente formalizzato, al netto dei casi non compilati, in quattro casi il percorso è costituito solo da modalità operative non formalizzate, negli altri casi si registrano situazioni ibride variamente formalizzate e non.



Facendo per ciascuna U.O.SeS, una lettura parallela delle tre aree logiche del governo della domanda (PUA,UVI,PAI), si evidenzia che in 4 U.O.SeS si hanno percorsi di accesso/valutazione/ presa in carico completamente formalizzati, in 5 U.O.SeS si rilevano percorsi in modalità operativa, ossia senza una operatività formalizzata, in 4 U.O.SeS si osservano situazioni miste che prevedono percorsi in parte formalizzati e in parte in modalità operativa.

Pertanto questa configurazione organizzativa del governo della domanda, ancora in progressivo sviluppo, evidenzia nel periodo di rilevazione in esame percorsi di accesso valutazione e presa in carico variamente formalizzati e non, per tutte le U.O. SeS.

Da un lato tale assetto organizzativo così variabile sottolinea la volontà dei servizi di puntare a favorire continuità del percorso assistenziale integrato del paziente all'interno del sistema in rete dei servizi sanitari e sociali, ma dall'altro evidenzia ancora una importante disomogeneità con possibili risvolti negativi sull'analoga opportunità di offerta dei servizi e sulla continuità assistenziale dei percorsi.