

L'organizzazione dei Servizi Sanitari e Sociali Territoriali nella Regione Marche



L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI TERRITORIALI NELLA REGIONE MARCHE PRESENTAZIONE DEL RAPPORTO 2018

lunedì **21 maggio** 2018 ore 14,30 – 18,30
Palazzo **Li Madou** Regione Marche Ancona

Rapporto 2018

Accoglienza e registrazione ore 14,30

Luca Ceriscioli Presidente Regione Marche

Introducono

Lucia Di Furia Direttore ARS Marche

Giovanni Santarelli Dirigente Servizio Politiche Sociali e Sport

Intervengono

I Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali nelle Marche **Claudio Bocchini** ARS Marche

Accesso e partecipazione **Maria Elena Tartari** Servizio Politiche Sociali e Sport

Dibattito e conclusioni

Coordina Stefano Ricci Dirigente P.F. Integrazione Sociosanitaria ARS Marche



IL PROGETTO DI RICERCA

La ricerca “Indagine 2017 sui Distretti Sanitari e sugli Ambiti Territoriali Sociali della Regione Marche” si è posta l’obiettivo di acquisire elementi di analisi utili alla conoscenza e alla programmazione rispetto:

alla strutturazione e all’organizzazione dei DS e degli ATS;

alle modalità di relazione e integrazione tra loro e con gli altri attori della sfera socio-sanitaria;

agli strumenti e alle iniziative che hanno adottato per favorire la partecipazione della cittadinanza.

L’obiettivo del Progetto di ricerca è duplice:

fornire alla Regione Marche adeguati elementi conoscitivi per consolidare e qualificare l’esperienza dei DS e degli ATS;

restituire ai Distretti Sanitari e agli Ambiti Territoriali Sociali un’immagine d’insieme con l’intento di condividere una riflessione sulla loro organizzazione e funzione territoriale.

Il Gruppo di lavoro

Claudio Bocchini Osservatorio politiche sociali - ARS Marche - Coordinatore progetto

Patrizia Giulietti Osservatorio politiche sociali - ARS Marche

Maria Elena Tartari Sistema informativo statistico Regione Marche

Giorgia Mazzarini specializzanda in Igiene e Medicina preventiva, UNIVPM

Somministrazione del questionario

Il questionario è stato somministrato per email ed in parte tramite intervista.

Per il supporto alla compilazione del questionario il Gruppo di lavoro ha attivato un help desk.

Chiusura indagine e restituzione

Terminata la fase di compilazione i dati sono stati controllati, validati ed elaborati.

La prima bozza del Rapporto è stata presentata e discussa in un incontro con i Direttori di Distretto ed i Coordinatori d'Ambito per condividere gli elementi emersi e raccogliere contributi per la stesura della versione definitiva.

CAPITOLO 1

LE CARATTERISTICHE GEOGRAFICHE E DEMOGRAFICHE

I Distretti Sanitari e agli Ambiti Territoriali Sociali sono il luogo privilegiato dell'integrazione sociale e sanitaria.

I Distretti Sanitari nella Regione Marche hanno subito nel corso degli anni diverse modifiche territoriali **passando da 36 a 24**, nel periodo in cui erano un'articolazione delle Zone territoriali e coincidenti con gli ATS e **successivamente a 13**, in seguito alla definizione delle Aree Vaste dell'ASUR, con la L.R.17/10 (Modifiche alla Legge Regionale 20 giugno 2003 n.13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale") che ha comportato anche la riformulazione dei bacini territoriali distrettuali.

Di conseguenza nel 2012 con la DGR n. 1403 “Individuazione dei Distretti dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell’art. 30 comma 2 della Legge Regionale 01/08/2011 n. 17” sono stati **individuati e delimitati 13 Distretti Sanitari regionali** ed è stata definita la loro collocazione geografica nelle 5 Aree Vaste.

Per effetto di queste scelte il DS ha subito un **incremento delle attività**, con la necessità di **rivedere la propria organizzazione anche in funzione della armonizzazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali in territori più vasti rispetto al passato**, finalizzata ad assicurare il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla ampliata comunità di riferimento.

Nella regione Marche la **popolazione media residente in un DS** presenta un valore pari a 118.750 unità. Tale valore medio nasconde, tuttavia, un elevato grado di variabilità intradistrettuale, passando dalle 47.190 unità residenti nel Distretto di Camerino alle 254.609 unità residenti nel Distretto di Ancona.

Contestualmente la **densità di popolazione residente** registra il valore minimo nel **Distretto di Camerino** con 36,8 abitanti per kmq (Distretto la cui superficie territoriale è tra le più estese e pari a 1.280 Kmq, e seconda solo al Distretto di Urbino) ed il suo valore massimo nel **Distretto di Ancona** con 522,4 abitanti per Kmq (superficie territoriale relativamente contenuta pari a 487,4 kmq).

Il **Distretto di Urbino** si avvicina molto alla situazione del Distretto di Camerino per superficie territoriale (la più estesa pari a 1.544 kmq), popolazione residente (85.105 unità) e densità di popolazione (55.1 ab/Kmq) mentre il **Distretto di Pesaro** richiama le specificità del Distretto di Ancona con i suoi 304 Kmq, 138.999 persone residenti e una densità di 456 abitanti per Kmq.

Nell'anno 2007 l'ARS effettuò un'indagine analoga sui DS

L'estensione media della superficie di un **Distretto Sanitario** è, ovviamente, aumentata, passando da **404 kmq nel 2007 a 723 kmq nel 2017**;

la popolazione media presente in ogni Distretto Sanitario è quasi raddoppiata passando da **63.474 unità in media per DS nel 2007** (popolazione assistita) a **ben 118.750 unità in media nel 2017** (popolazione residente)

Distretti Sanitari Marche Caratteristiche geografiche e socio-demografiche	Valore medio	Min - Max
Anno 2007		
Superficie distretto kmq	404,3	85,23 (DS 1 ZT11) - 750 (DS Camerino)
Popolazione assistita n.	63.474	14.667 (DS Camerino) - 132.388 (DS Pesaro)
Densità popolazione ab/kmq	157,0	19,6 (DS Camerino) - 820,6 (DS Centro ZT7)
Anno 2017		
Superficie distretto kmq	723,2	304,6 (DS Pesaro) - 1.544,3 (DS Urbino)
Popolazione residente n.	118.750	47.190 (DS Camerino) - 254.609 (DS Ancona)
Densità popolazione ab/kmq	157,0	19,6 (DS Camerino) - 820,6 (DS Centro ZT7)

L'Ambito Territoriale Sociale, quale luogo privilegiato della pianificazione e della programmazione in forma associata delle politiche sociali, ha una estensione di superficie media pari a 408 Km², una popolazione residente media di 67.120 unità e una densità di popolazione media pari a 164 residenti per Km².

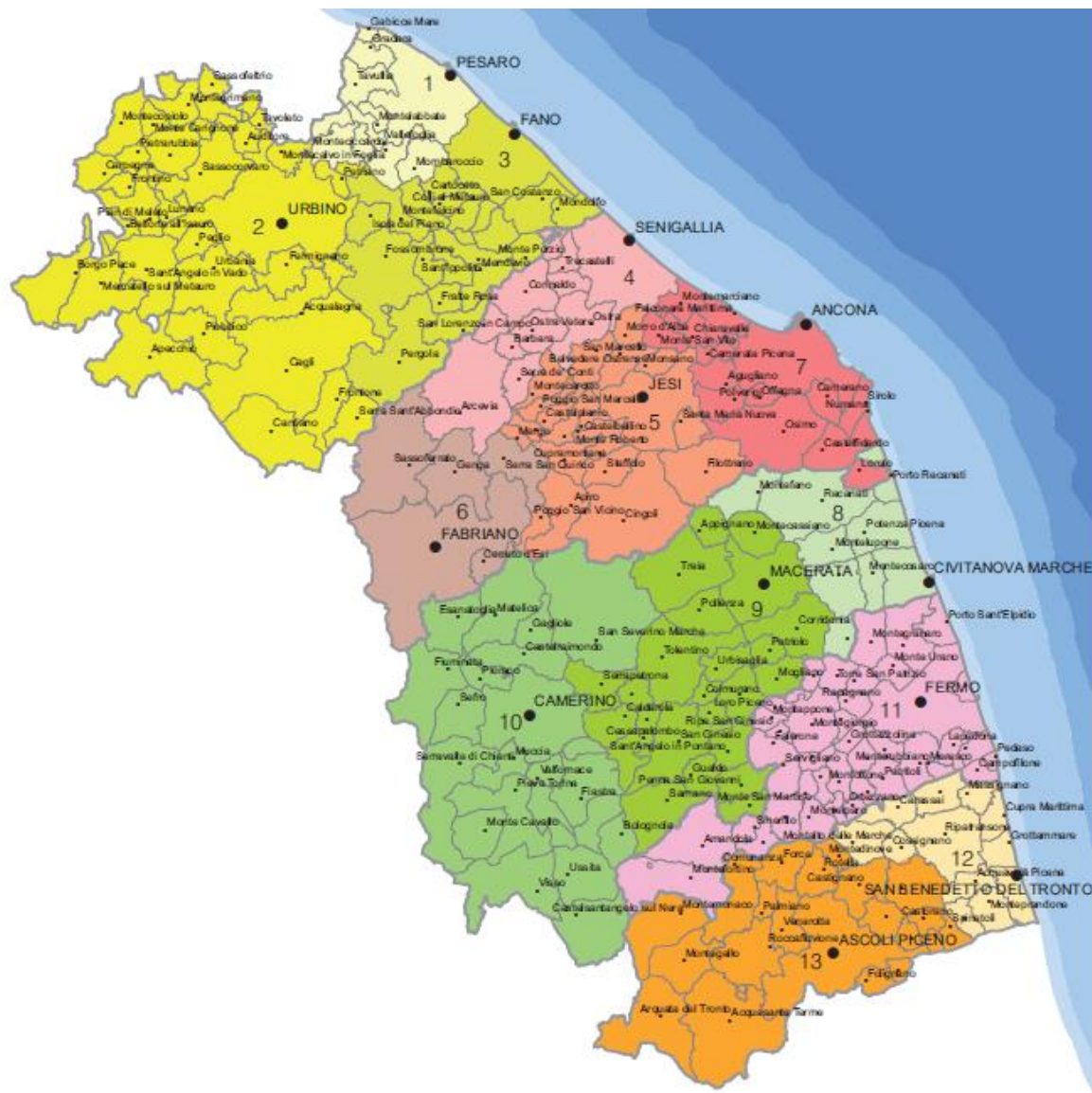
Ambiti Territoriali Sociali Marche Caratteristiche geografiche e socio-demografiche	Valore medio	Min - Max
Anno 2017		
Superficie ATS	408,8	85,4 (Porto Sant'Elpidio) - 750,4 (C.M. Camerino)
Popolazione residente	67.120	14.222 (C.M. Sibillini) - 138.999 (Pesaro)
Densità popolazione	164,2	19 (Camerino) - 807,9 (Ancona)

Questa asimmetria tra ATS e DS riguarda non soltanto la mera configurazione geografica, ma anche l'ambito della programmazione e organizzazione dei servizi sociosanitari territoriali.

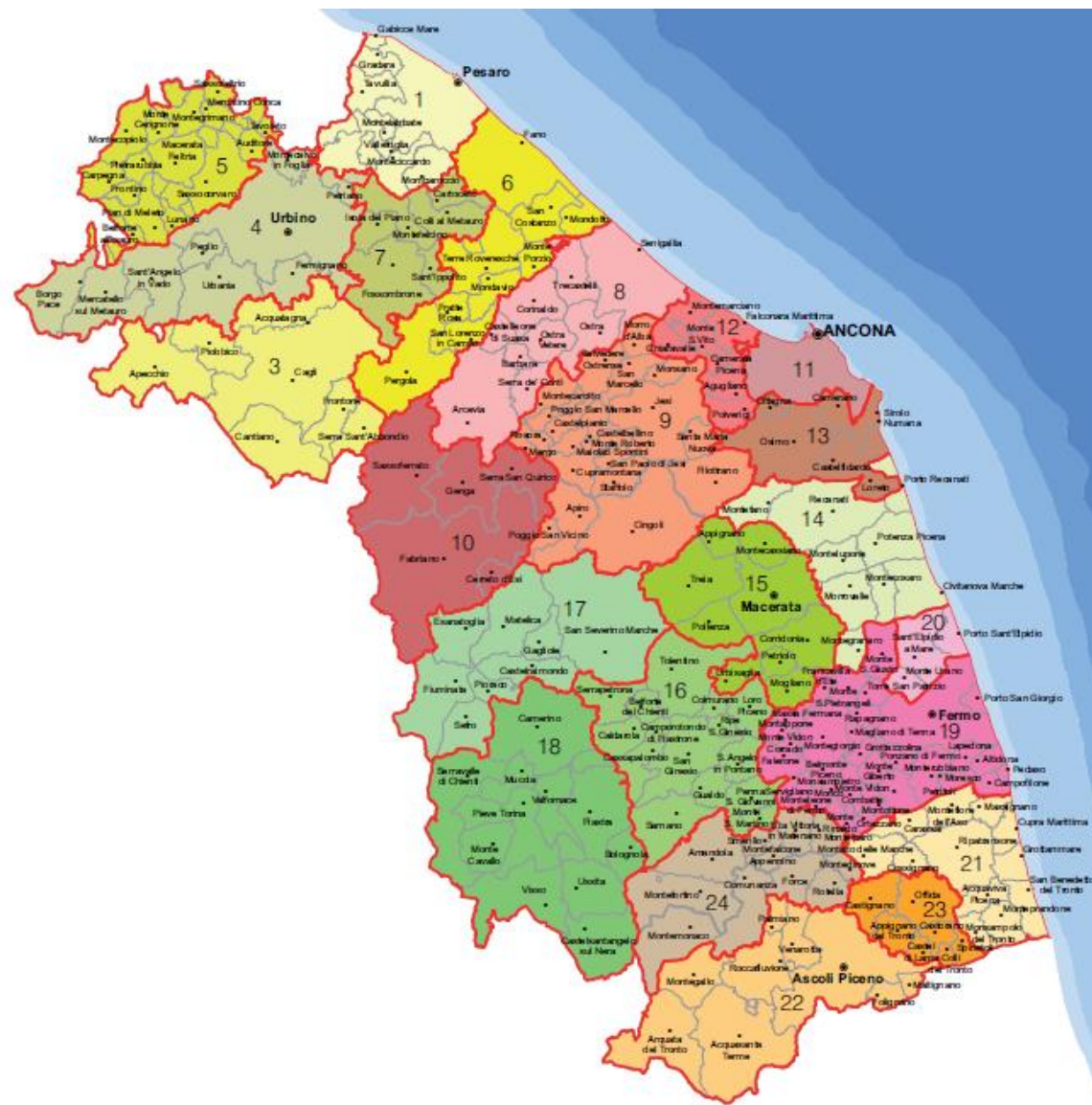
Le difficoltà di integrare le due sfere di intervento, sanitaria e sociale, scaturiscono, in parte, dalla non coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS), generando inevitabili difficoltà di comunicazione e raccordo.

Emerge dunque la necessità di ritrovare un assetto territoriale uniforme tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, **per superare gli squilibri tra “sotto” e “sopra” dimensionamento territoriale** e favorire la programmazione integrata dei due sistemi e la gestione dei servizi comuni.

I 13 Distretti Sanitari



I 23 Ambiti Territoriali Sociali



Da evidenziare, infine, l'anomala situazione dell'Ambito Territoriale Sociale 24
Comunità Montana dei Sibillini, l'unico caso di ATS che **si divide tra due Distretti**:

- il Distretto di Fermo, che accoglie anche gli ATS di Fermo e di Porto Sant'Elpidio,
- il Distretto di Ascoli Piceno, che incorpora anche gli Ambiti di Ascoli Piceno e Unione Comuni Vallata del Tronto.



L'indicazione sul riassetto territoriale viene rafforzata anche dalla recente indicazione normativa contenuta nel **D.Lgs 147/2017** (art. 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."

CAPITOLO 2

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

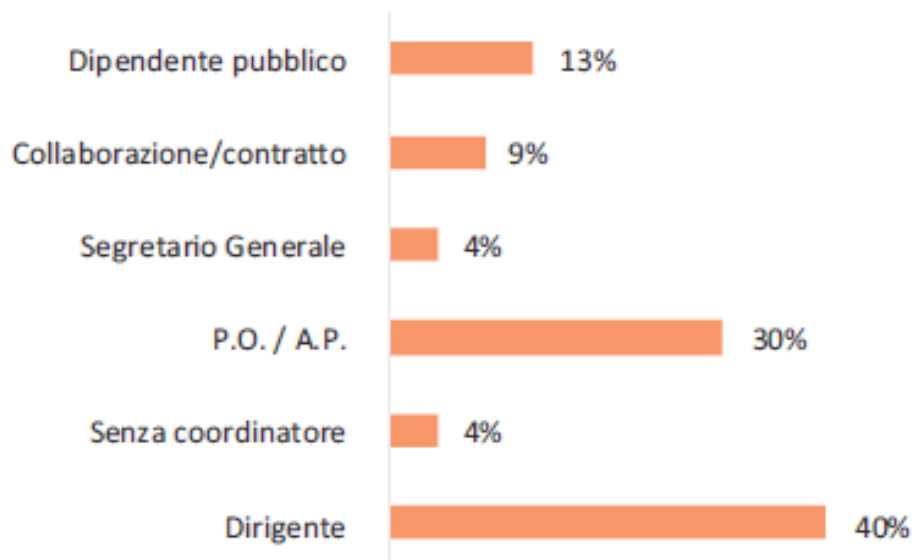
Gli Ambiti Territoriali Sociali furono istituiti nel 2001, con la deliberazione di Giunta Regionale n. 337/2001, successivamente modificata con delibera n.592/2002. L'istituzione degli ATS fu attivata in attuazione del **Piano regionale, per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali (DGR n.306/00)** approvato dalla Giunta regionale ai sensi della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328/2000.

Di Distretti Sanitari di base tratta già l'art. 10 della Legge n. 833 del 1978, individuati come "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento", anche se **bisogna arrivare al 1992, con la seconda Riforma Sanitaria** (D.Lgs. n.502), perché i Distretti possano essere individuati come autentiche "articolazioni delle Unità Sanitarie Locali" e, più in particolare, come **una delle tre colonne del Sistema Sanitario**: l'Ospedale, il Distretto ed il Dipartimento di Prevenzione.

Coordinatori e Direttori

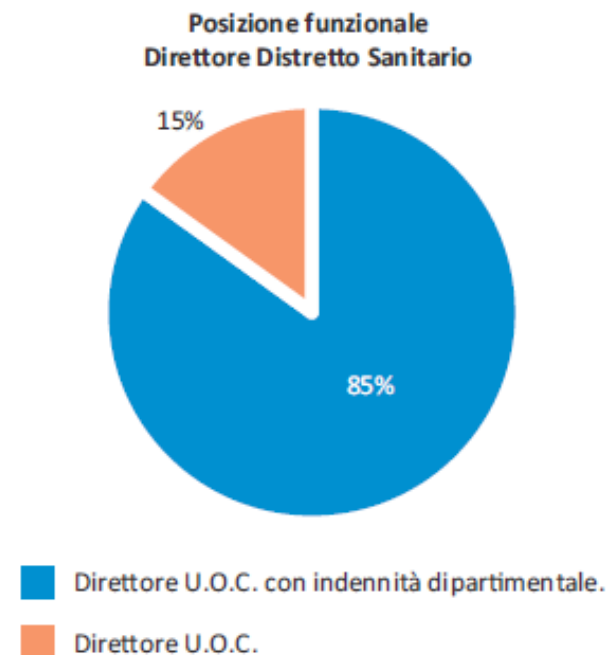
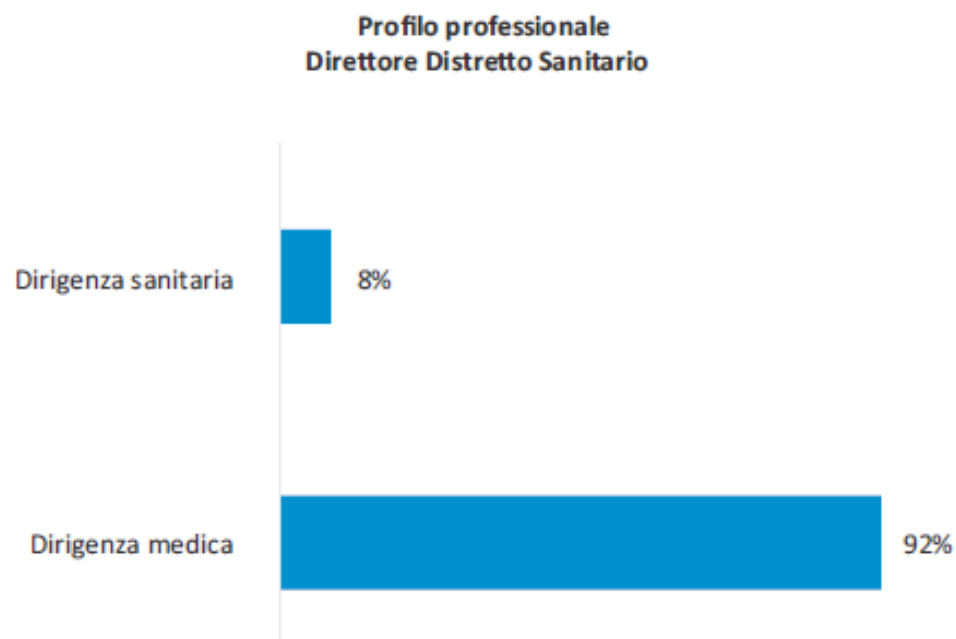
I Coordinatori dei 23 Ambiti Territoriali Sociali hanno profili professionali piuttosto eterogenei ed articolati, il 40% ha un ruolo dirigenziale, il 43% è dipendente pubblico di cui il 40% con incarico di Alta professionalità o di Posizione organizzativa, un Coordinatore è Segretario Generale del Comune e hanno contratti di collaborazione esterna.

Profilo professionale Coordinatore ATS



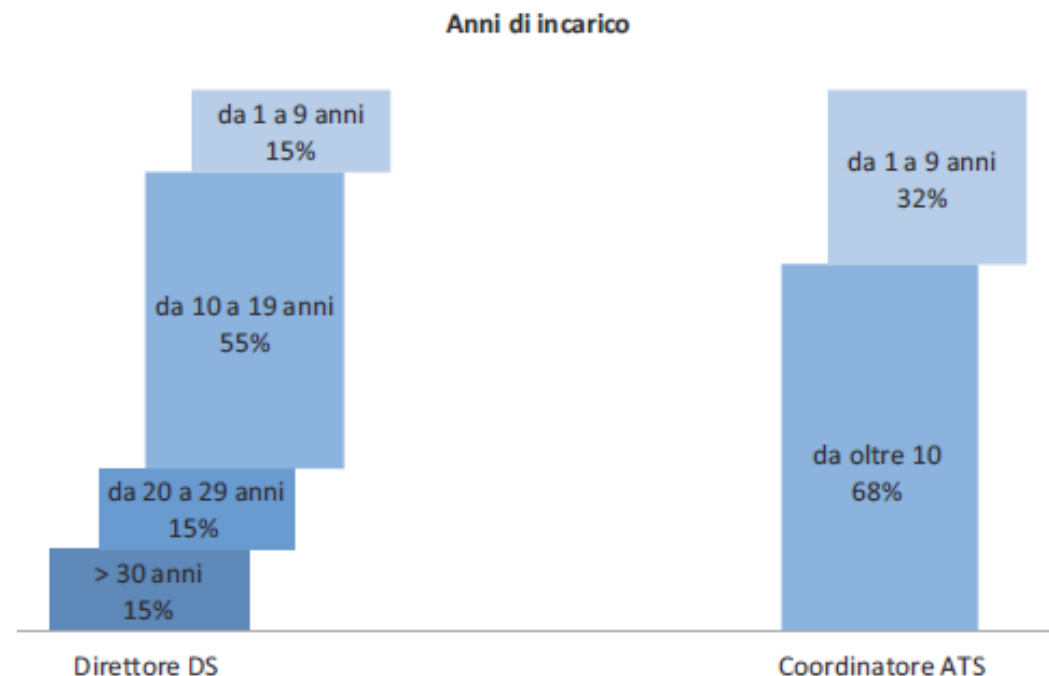
Diversa la situazione dei 13 Direttori dei Distretti Sanitari, tutti hanno un profilo dirigenziale, 12 sono dirigenti medici e 1 è dirigente sanitario. Il dato collima anche con quanto emergeva dalla **ricerca nazionale sui Distretti Sanitari AGENAS del 2010**, in cui si attestava che «In tutte le Regioni l'area di competenza professionale prevalente tra i dirigenti del SSN è quella medica, a cui appartiene l'89,2% dei Direttori di Distretto».

In riferimento alla posizione funzionale, dal questionario somministrato ai Direttori di Distretto, si evince che **tutti dirigono Unità Operative Complesse** e che l'85% percepisce l'indennità dipartimentale. Anche in questo caso il rapporto AGENAS evidenzia che **la situazione non era diversa nel 2010**.



Negli **incarichi di direzione**, sono più longevi i Direttori di DS rispetto ai «colleghi» Coordinatori di ATS, il 30% è in carica da oltre 20 anni, più della metà da 10 a 19 anni, mentre un 15% ricopre il ruolo per periodi che vanno da 1 a 9 anni.

La maggioranza dei Coordinatori di ATS ricopre l'incarico da oltre 10 anni e solo un terzo è Coordinatore da 1 a 9 anni.



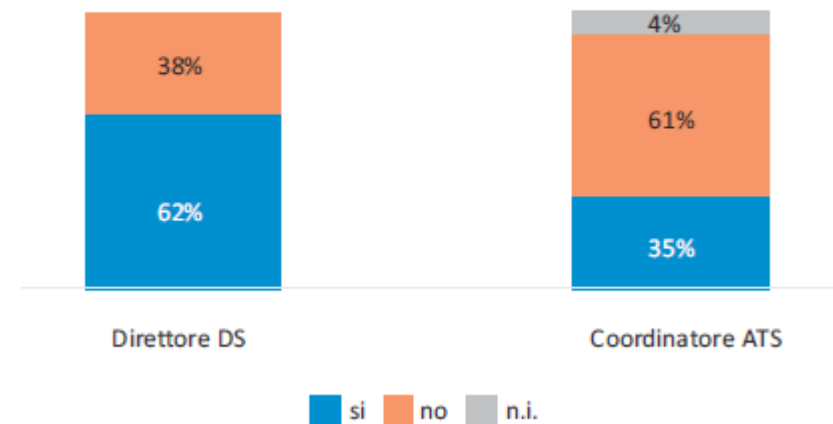
Ovviamente il **confronto tra la durata degli incarichi delle due figure va collocato all'interno della programmazione nazionale e regionale sulla attivazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali territoriali.**

Abbiamo, in precedenza, evidenziato che gli ATS sono stati istituiti nel 2002 mentre i DS risalgono almeno ad un decennio prima.

Di poco superiore a un terzo, il 35%, è la quota dei Coordinatori di ATS che afferma di **aver ricoperto, in precedenza, incarichi di direzione o coordinamento**, a fronte di quasi i due terzi dei Direttori di Distretto, il 62%.

Nell'indagine ARS 2007 «precedenti esperienze di direzione sono state riferite in 18 casi su 24», il 75%.

Precedenti esperienze di direzione/coordinamento



Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale si differenziano anche in base alla loro struttura organizzativa.

Il DS è parte di una organizzazione verticale qual è quella dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e, come tutto il comparto sanitario, è prioritariamente destinatario di indicazioni programmatiche da parte del Governo regionale, **mentre l'ATS è l'elemento centrale**, assieme ai servizi sociali comunali, delle politiche sociali territoriali ed **ha una organizzazione strutturata in modo orizzontale**, facente capo ai servizi sociali dei comuni e quindi ai Sindaci e alle Giunte comunali.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

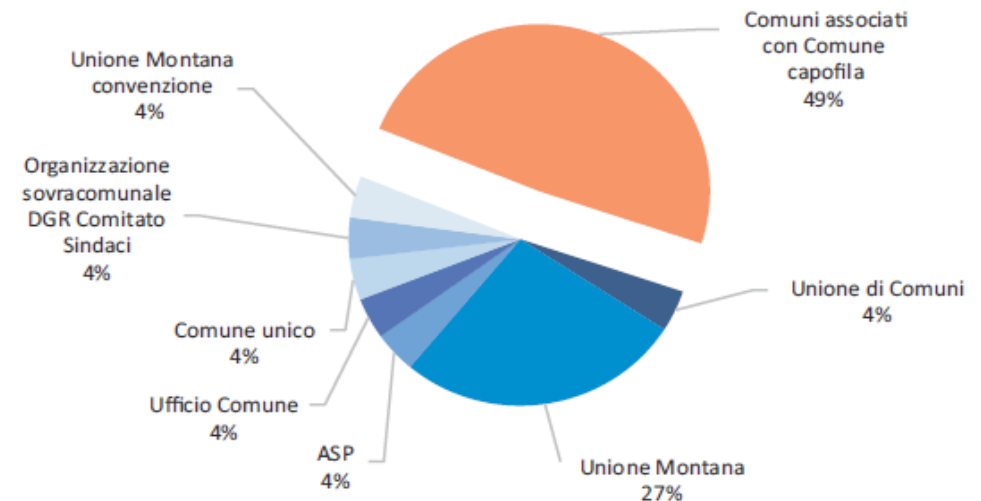
I DS, nella maggioranza dei casi, sono **Unità Operative Complesse (U.O.C.)**, come, d'altronde, risultava anche dalla precedente ricerca ARS del 2007. Nel 2017 l'accorpamento dei Distretti, oggi sono 13 rispetto ai 24 del 2007, ha elevato il livello organizzativo facendo scomparire l'Unità Operativa Semplice ed aumentando le realtà dipartimentali.

Gli ATS, dal loro canto, hanno una organizzazione molto meno omogenea: La metà circa sono organizzati nella **forma associativa tra comuni** con ente capofila, oltre un quarto fa riferimento **all'Unione Montana**, i restanti hanno adottato **forme che vanno dall'ASP (Azienda servizi alla persona) all'Ufficio comune, all'Unione dei Comuni, ecc.**

Come è strutturato il Distretto Sanitario



Come è strutturato l'ATS

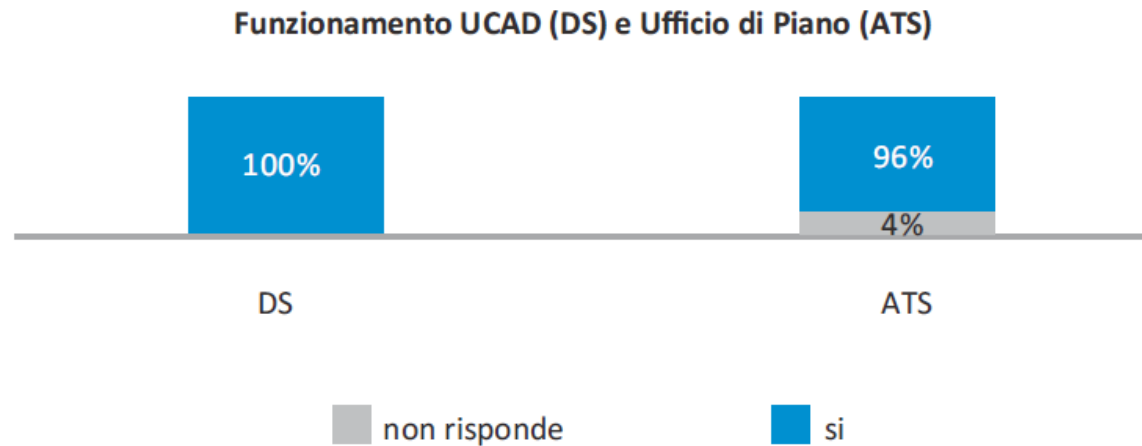


Ufficio delle Attività Distrettuali e Ufficio di Piano di ATS

L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) svolge **funzioni propositive e consultive** rispetto alle attività distrettuali, è presieduto dal Direttore ed è composto dai referenti di ciascuna area di attività del DS.

L'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale svolge funzioni simili all'UCAD, ma non sovrapponibili perché in genere **ha anche funzioni "esecutive"**, è presieduto dal Coordinatore di ATS e composto, generalmente, dai Responsabili dei Servizi comunali afferenti alle tematiche sociali, socio-educative e socio-sanitarie.

L'indagine nazionale sui Distretti Sanitari AGENAS 2010 riporta che l'UCAD era funzionante nel 59% dei Distretti Sanitari italiani e nel 72% di quelli delle regioni centrali.



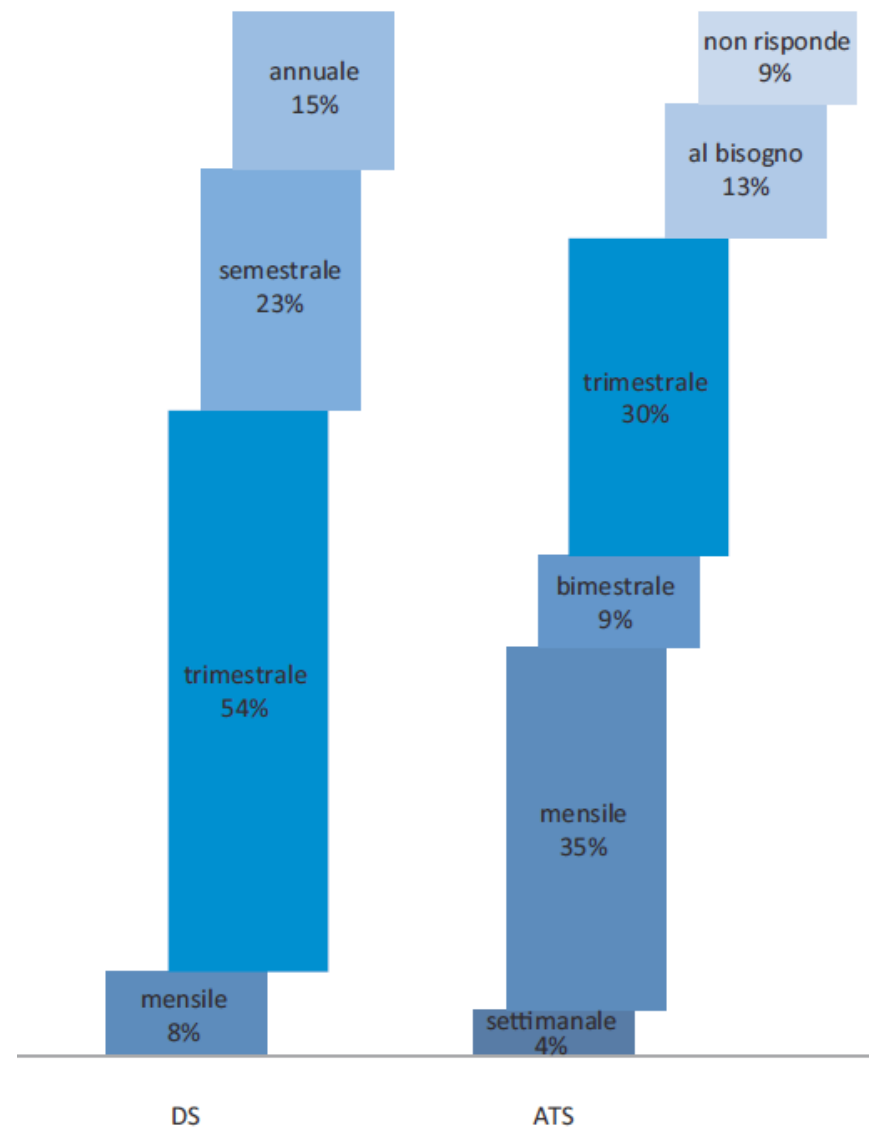
LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'UCAD è **attivo e funzionante in tutti i Distretti Sanitari** e si riunisce in prevalenza con **cadenza trimestrale**, in oltre la metà dei Distretti, semestralmente, nel 23% dei casi, e una sola volta all'anno nel 15% dei DS.

Anche l'Ufficio di Piano è **funzionante in tutti gli ATS tranne in uno** che non ha dato indicazioni in merito.

La periodicità delle riunioni dell'Ufficio di Piano dell'ATS è più elevata rispetto a quella dell'UCAD, **la frequenza maggiore, 35%, è mensile**, seguita dalla trimestrale, 30% e poi il 9% della bimestrale e **in un ATS la riunione è settimanale**.

Periodicità riunioni UCAD (DS) e Ufficio di Piano (ATS)



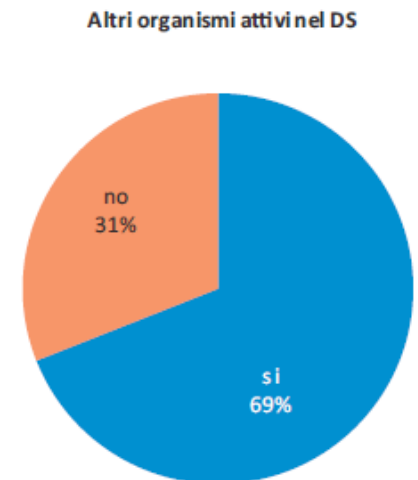
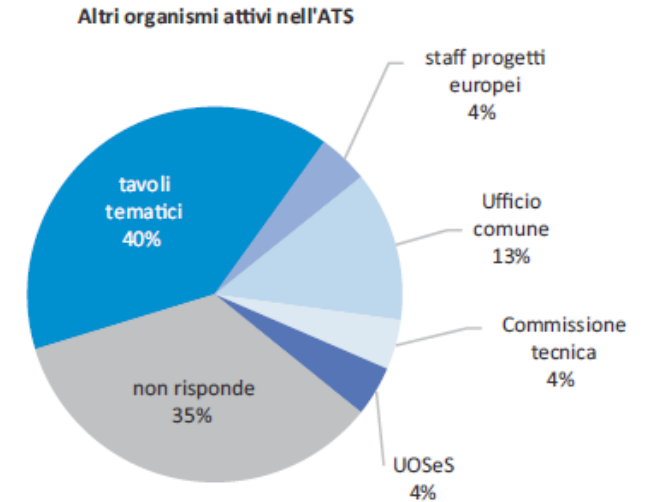
Altri organismi di DS o di ATS

Oltre a UCAD e Ufficio di Piano nell'ATS e nel DS sono **attivi altri organismi operativi**.

L'ATS predilige organizzare il proprio lavoro per **tavoli tematici**, come attestano 4 ATS su 10, il 13% ha attivato l'Ufficio Comune mentre solo un Ambito su 23 afferma di aver creato uno staff per la progettazione europea.

Oltre i **2/3 dei Distretti Sanitari** attesta di avere attivi, nella propria organizzazione, **altri organismi quali, l'U.O. SeS, Pool di monitoraggio, Equipe territoriali, organismi aggregativi di medici di medicina generale (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls)**.

Alcuni Direttori di DS hanno concordato sul fatto che occorrerebbe **rinnovare l'UCAD, rivedendone il funzionamento e collegandolo, maggiormente, alle equipe territoriali, ritenute molto importanti per l'ottimizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari territoriali**.



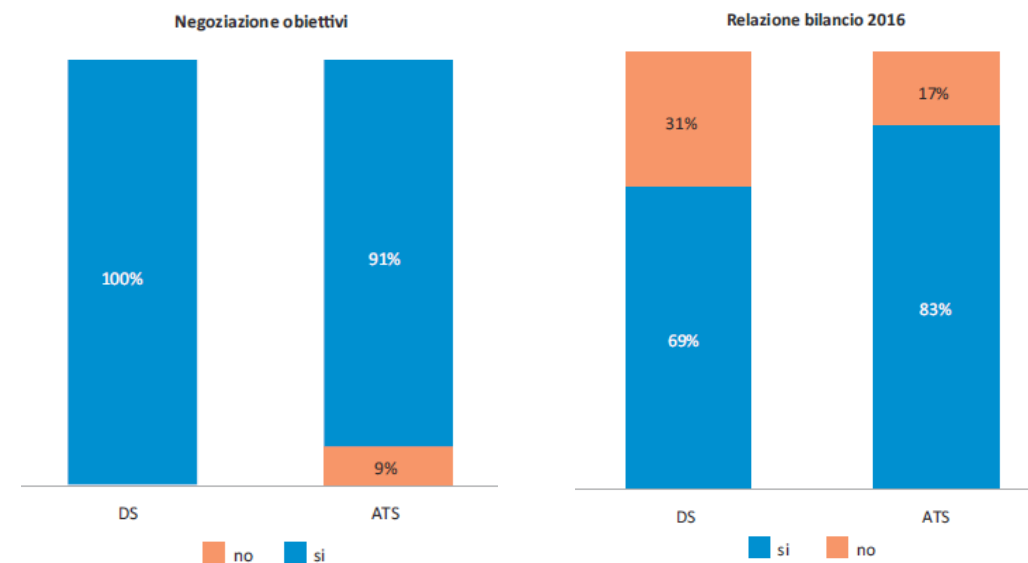
Aspetti economici e gestionali

Il Rapporto sui Distretti Sanitari marchigiani 2007 riportava, tra l'altro, che «La programmazione regionale pone tra gli obiettivi generali l'integrazione sociosanitaria, focalizzando l'attenzione su quelli che sono i luoghi dell'integrazione, ovvero l'Ambito Territoriale Sociale e il Distretto. In quest'ottica diventa fondamentale ... **sperimentare un vero e proprio budget di Distretto**, che responsabilizzi le direzioni sull'utilizzo dei fattori produttivi e sulla qualità della produzione».

Seguendo tali riflessioni, l'indagine 2017 ha cercato di mettere a confronto ATS e DS anche su questioni afferenti la definizione degli obiettivi e le questioni di budget e bilancio.

Tutti i Direttori di Distretto rispondono affermativamente alla domanda sulla presenza della **negoziato degli obiettivi** con la Direzione Generale, così come la quasi totalità dei Coordinatori di ATS, 22 su 23, rispondono in modo affermativo in merito alla negoziazione di obiettivi con il Comitato dei Sindaci.

Dei 23 ATS oltre l'80% attesta di avere una **relazione di bilancio** a fronte del 63% dei Distretti.



Formazione e «incontri di confronto» interni

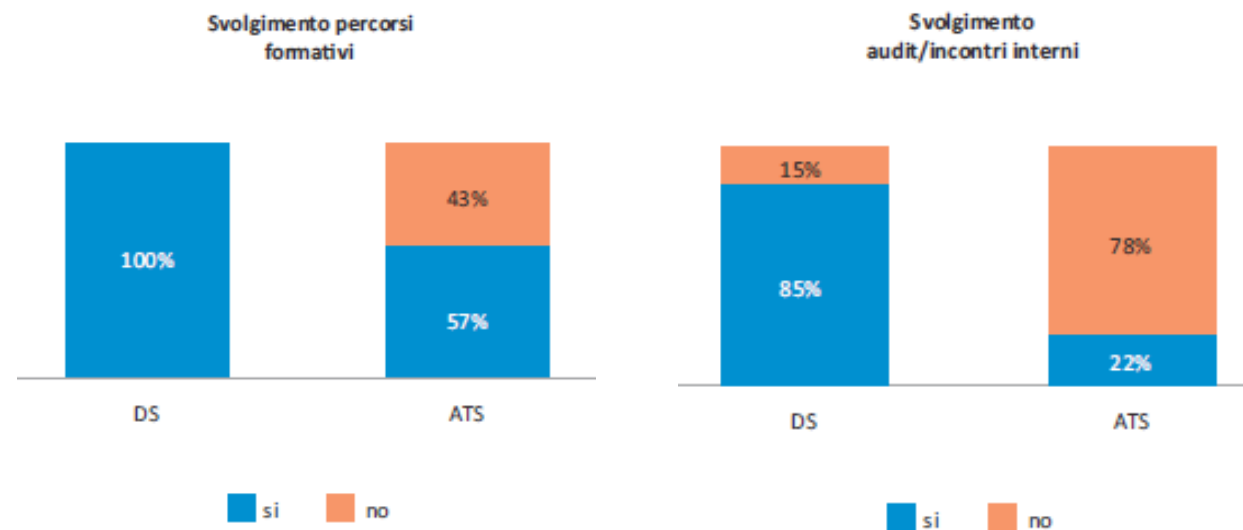
«Una delle leve più potenti del cambiamento è costituita dall'aggiornamento e dall'innovazione delle conoscenze» questo quanto riportato nel Rapporto sui Distretti AGENAS 2010.

Tutti i Distretti sanitari hanno dichiarato di organizzare periodicamente corsi di formazione o di aderire a corsi proposti da altri organismi.

Nel confronto con gli Ambiti Territoriali Sociali, questi ultimi risultano meno propositivi, **solo il 57%, dichiara di promuovere la formazione** del proprio personale.

Incontri interni si tengono nell'85% dei Distretti Sanitari facendo riscontrare una certa «attenzione» da parte delle direzioni nei confronti del personale della struttura.

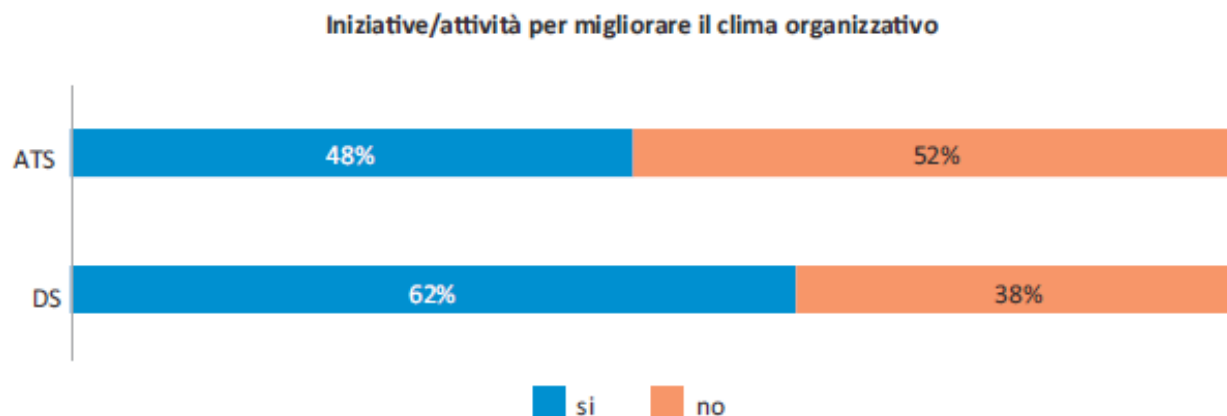
Anche in questo caso gli ATS dimostrano meno attenzione nella organizzazione di momenti interni di riflessione e approfondimento con il proprio personale, infatti **solo il 22%** degli Ambiti Territoriali Sociali dichiara di organizzarne.



Clima organizzativo e rapporti con altri attori dell'assistenza territoriale

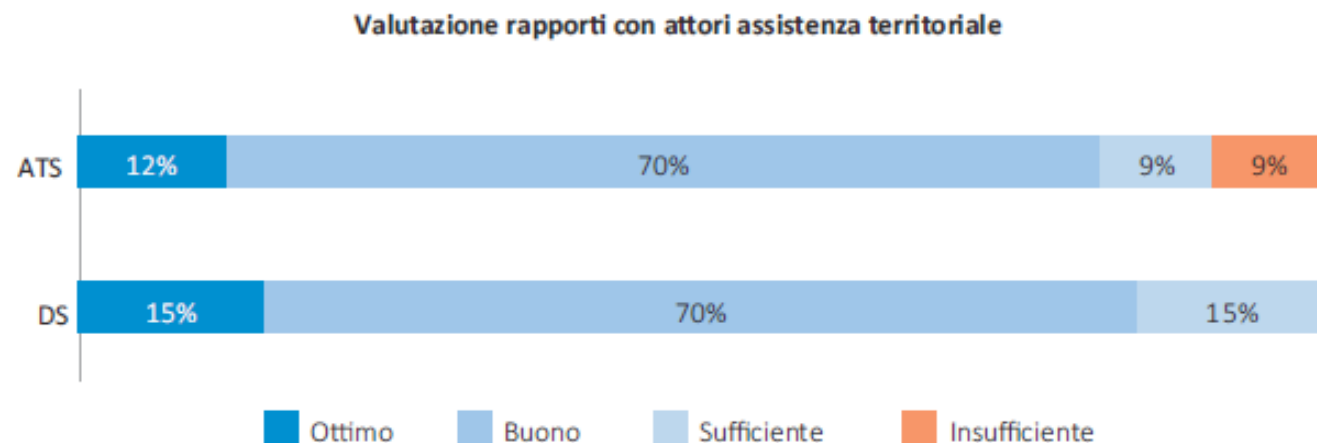
Gli ATS e i DS risultano essere **mediamente attenti al clima organizzativo**: il 48% dei Coordinatori di Ambito afferma di organizzare iniziative o attività volte al miglioramento della loro organizzazione.

Una attenzione maggiore verso tali questioni si ha nei Distretti che attestano di occuparsi del miglioramento del clima organizzativo nel 62% dei casi.



La riflessione che emerge dalla lettura dei dati riguarda **la necessità di potenziare l'attenzione rivolta ai rapporti interni delle due organizzazioni, con particolare attenzione a quella di ATS** che pare investire non sufficientemente sia sul personale, formazione e incontri, sia sulle dinamiche che caratterizzano i rapporti interni alla struttura.

Una valutazione positiva si evince sui livelli di collaborazione e fiducia reciproca, con i diversi attori dell'assistenza. ATS e DS attestano che **il livello di tali rapporti raggiunge il 70% sulla valutazione medio alta (buono), sopra il 10% si colloca il livello massimo (ottimo)**. Soltanto un Coordinatore di ATS esprime un giudizio negativo definendo insufficiente il livello di tali rapporti.



I giudizi espressi trovano riscontro nel Rapporto 2010 sui Distretti Sanitari in Italia dell'AGENAS che attesta, su media nazionale, un 72,2% al valore «buono» e un 9,7% a «ottimo».

Alcune riflessioni emerse dall'indagine

Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, per rispondere al meglio all'evolvere dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, **necessitano delle risorse necessarie sia regionali per la gestione ordinaria e sia europee per progetti e iniziative specifiche.**

In situazioni di carenza di personale e di finanziamenti sono, infatti, a rischio chiusura i servizi più decentrati e di difficile erogazione.

Altra situazione di crisi riguarda lo **«schiacciamento» sul versante burocratico-amministrativo** degli ATS, istituiti con finalità prevalentemente orientate al coordinamento della programmazione territoriale ed oggi chiamati a dover rispondere in modo eccessivo a tali adempimenti, non sempre adeguatamente supportati dall'area amministrativa. **Anche nei Distretti Sanitari si riscontra una separazione tra la componente sanitaria e amministrativa.**

L'operatività congiunta di DS e ATS, al di là della facilitazione determinata dai rapporti interpersonali, appare difficoltosa; UCAD e Ufficio di piano quando operano congiuntamente, rendono macchinosa e poco dinamica la funzionalità del sistema, se, invece, non si sovrappongono, costituiscono strumenti utili per promuovere risposte cogenti ai bisogni di salute dei cittadini.

Al contrario i **«tavoli tematici» appaiono più funzionali e «funzionanti» quando operano in modo integrato e coordinato.**

CAPITOLO 5

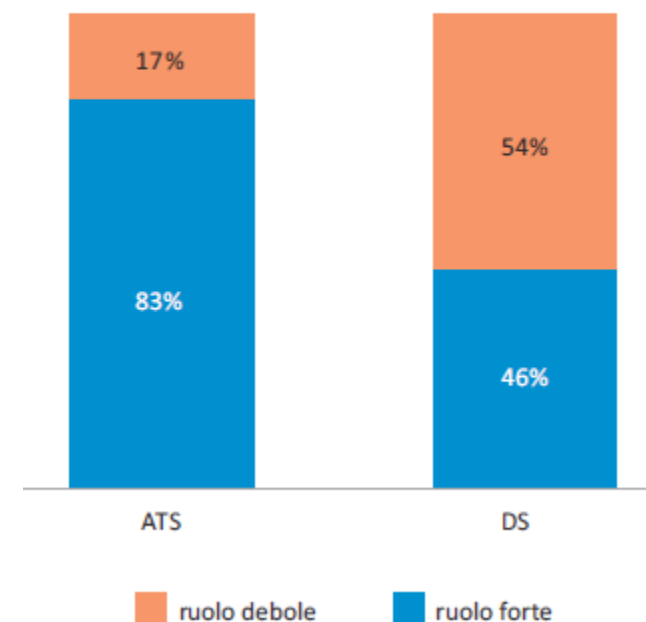
RAPPORTI CON IL COMITATO DEI SINDACI

Il Comitato dei Sindaci

Il ruolo svolto dal Comitato dei Sindaci nella definizione e valutazione delle policy sociali e socio-sanitarie implica una sorta di analisi dell'influenza della politica sulla programmazione dei servizi territoriali. Ambiti Territoriali Sociali e Distretti Sanitari danno valutazioni differenti: prevale con **l'82,6% il ruolo forte negli ATS** mentre nei **DS il valore prevalente, pari al 53,8%, è assegnato al ruolo debole della politica territoriale.**

AGENAS nel suo Rapporto 2010 sui Distretti Sanitari in Italia riporta che rispetto al ruolo dei Comitati dei Sindaci di Distretto, «**il risultato è quasi equivalente: 50,5% e 49,5%, rispettivamente per il ruolo forte e debole, e dimostra come sia ancora necessario investire sul rafforzamento dei meccanismi di integrazione sociosanitaria**».

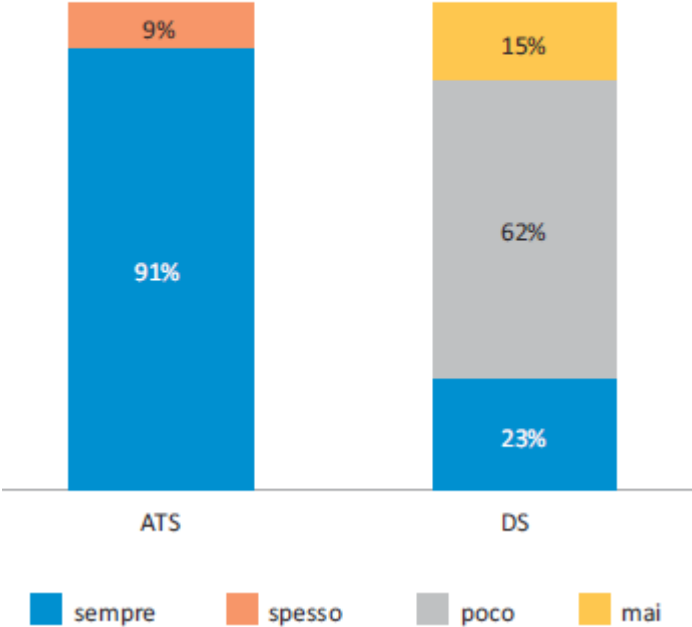
Che ruolo svolge il Comitato dei Sindaci nella definizione e attuazione delle policy sociali e socio-sanitarie?



RAPPORTI CON IL COMITATO DEI SINDACI

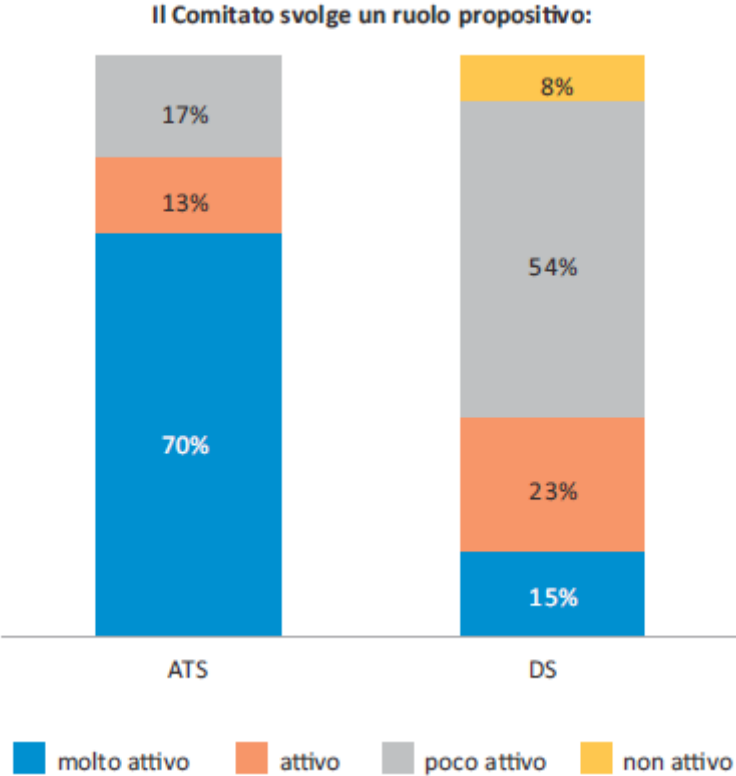
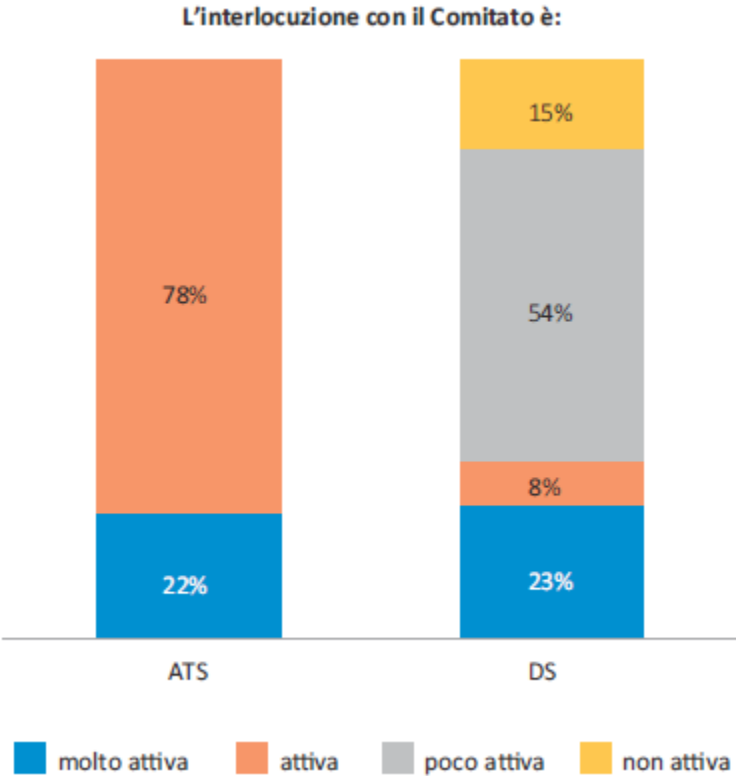
La diversità di «attenzione» da parte dei Comitati dei Sindaci nei confronti delle due organizzazioni è dimostrata anche dalle percentuali di **convocazione alle riunioni del Comitato dei Coordinatori di ATS, «sempre» nel 91%** dei casi e «spesso» nel restante 9% **rispetto al coinvolgimento dei Direttori di DS «poco» nel 62%, «mai» nel 15%** e «sempre» in meno di un quarto dei casi, il 23%.

Quanto frequentemente è convocato il Direttore di DS o il Coordinatore di ATS alle riunioni del Comitato?



RAPPORTI CON IL COMITATO DEI SINDACI

Il Comitato dei Sindaci interloquisce attivamente con l'ATS nella totalità dei casi ed ha un ruolo propositivo «molto attivo» in quasi l'80% degli Ambiti, mentre nei confronti dei Distretti Sanitari l'interlocuzione «attiva» o «molto attiva» avviene in meno di un terzo dei casi ed il ruolo propositivo della politica è «poco attivo» in oltre la metà e «non attivo» nel 8% dei Distretti.



RAPPORTI CON IL COMITATO DEI SINDACI

La programmazione politica locale risulta, in alcuni casi, poco incisiva sul versante sociosanitario.

Occorrerebbe rafforzare le relazioni ed i collegamenti tra il livello programmatico della politica regionale e quello territoriale dei Comitati dei Sindaci

Tra le cause della “difficoltà” che hanno i Comitati dei Sindaci ad “essere attenti” e “occuparsi” operativamente della sanità dei territori, va **collocata la differente “responsabilità costituzionale” tra sociale (che afferisce ai Sindaci) e sanità (che riguarda la Regione)** con conseguenze istituzionali, amministrative, programmatiche, organizzative, gestionali...

Al fine di migliorare e rafforzare i rapporti istituzionali tra ATS e DS occorrerebbe da un lato **fare maggiore chiarezza sui livelli di interazione e sugli attori che devono operare per la progettazione e programmazione dell’integrazione sociosanitaria sui territori e, dall’altro, seguire e accompagnare in modo continuativo il rapporto tra “politica” e “gestione” dell’integrazione sociale e sanitaria a livello locale.**

CAPITOLO 3

ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

Accesso ai servizi e orientamento della domanda

- Accesso unificato
- Presa in carico
- Valutazione dei bisogni

Partecipazione dei cittadini

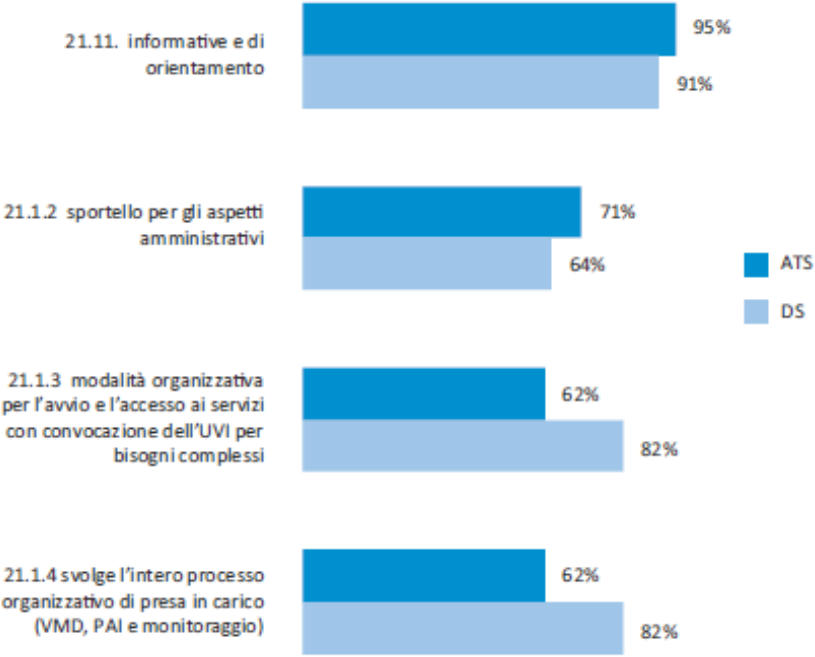
- Carta dei servizi
- Guida ai servizi
- Audit
- Altre forme di partecipazione

Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali hanno configurato in modalità unificata la funzione di accesso? Come?

Solo in 2 ATS su 23 e in 2 DS su 13 non esiste ancora una modalità organizzativa unificata per l'accesso dei cittadini ai servizi. Ove questa esiste, svolge funzioni informative e di orientamento nella quasi totalità di ATS e DS e funzioni di sportello per le attività amministrative con frequenza minore (più spiccata negli ATS rispetto ai DS). Essa rappresenta anche una modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'UVI nel caso di bisogni complessi, in particolare nei DS, ma ancora non in tutti quelli che l'hanno attivata, e svolge l'intero processo organizzativo di presa in carico (Valutazione multidimensionale - VMD, Piano Assistenziale Individualizzato - PAI e monitoraggio) prevalentemente presso i DS, e anche in questo caso non in tutti quelli che l'hanno attivata, piuttosto che presso gli ATS.

ATS		DS	
Esiste una modalità organizzativa unificata per l'accesso ai servizi ?			
No	Si	Si	No
2	21	11	2
Essa svolge funzioni....			
...informative e di orientamento	20	10	
...sportello per gli aspetti amministrativi	15	7	
...avvio e accesso ai servizi + convocazione UVI per bisogni complessi	13	9	
...intero processo di presa in carico (VMD, PAI e monitoraggio)	13	9	
TUTTE LE 4 FUNZIONI	10	7	

Se SI, quali sono le sue funzioni:



Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali hanno configurato in modalità unificata la funzione di accesso? Come?

In tutti i 21 ATS che l'hanno attivata essa è attiva su **sportelli territoriali** che coprono, per la maggior parte degli ATS tutti i Comuni dell'ATS stesso, mentre in 1 DS degli 11 non sono presenti sportelli territoriali, solo in 3 Distretti gli sportelli sono presenti in tutti i Comuni del DS e in 4 Distretti la copertura degli sportelli riguarda meno di un quarto dei Comuni del DS.

		ATS	DS		
Esiste una modalità organizzativa unificata per l'accesso ai servizi ?					
No		Si		Si	No
2		21		11	2
E' attiva su sportelli territoriali?					
No		Si		Si	No
0		21		10	1
In quanti Comuni sono presenti sportelli territoriali?					
meno del 25%		3		4	
tra il 25% e il 50%		2		2	
tra il 50% e il 75%		0		1	
tra il 75% e il 100%		0		0	
100%		16		3	

Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali hanno configurato in modalità unificata la funzione di accesso? Come?

Nell'85% degli ATS (18 su 21) tutti gli sportelli territoriali sono dotati di figure professionali sociali e solo in 1 ATS gli sportelli territoriali ne sono sprovvisti.

La dotazione di figure professionali sociali è meno frequente negli sportelli indicati dai DS, infatti solo in 4 DS su 10 tutti gli sportelli territoriali ne sono dotati; d'altra parte sono presenti figure professionali sanitarie nella totalità degli sportelli di 7 ATS su 10. La figura professionale amministrativa fa registrare una copertura degli sportelli analoga per gli ATS e i DS: è presente in tutti gli sportelli territoriali nel 50%-57% degli ATS e DS, solo in alcuni sportelli territoriali del 29%-30% di DS e ATS ed è assente negli sportelli territoriali di 3 ATS e 2 DS.

*...andrebbe garantito un livello minimo/essenziale unitario di front office in tutti i territori (anche con una indicazione di copertura minima dei Comuni presenti)
...il back office dovrebbe essere garantito al livello di DS/ATS con un supporto informatico progressivamente unificato a livello regionale.*

ATS		DS	
-----	--	----	--

Esiste una **modalità organizzativa unificata** per l'accesso ai servizi ?

No	Si	Si	No
2	21	11	2

E' attiva su **sportelli territoriali**?

No	Si	Si	No
0	21	10	1

Figure professionali presenti negli sportelli territoriali

sociali

	ATS	DS
In tutti	18	4
In alcuni	2	5
Assenti	1	1

amministrative

	ATS	DS
In tutti	12	5
In alcuni	6	3
Assenti	3	2

Sanitarie

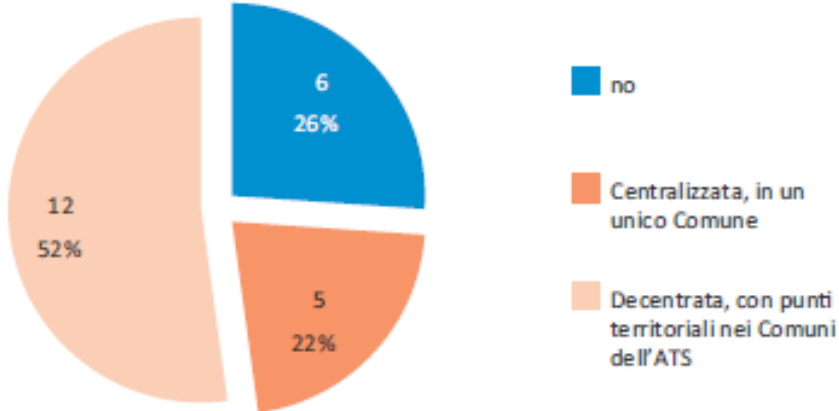
	ATS	DS
In tutti		7
In alcuni		3
Assenti		0

Presenza in carico

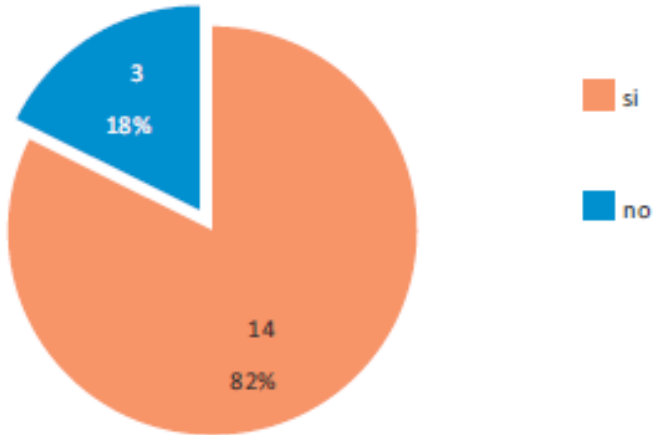
Un focus sulla **presa in carico degli utenti presso gli ATS** evidenzia che in oltre la metà degli ATS (12) essa è svolta in maniera decentrata, con punti territoriali nei Comuni dell'ATS, ma in modalità unificata dal punto di vista organizzativo; la forma organizzativa unificata è centralizzata in un unico Comune in 5 ATS, mentre non esiste una modalità organizzativa unificata per la presa in carico ancora in 6 ATS. Nella maggior parte degli ATS (in 14 dei 17) che hanno attivato una modalità organizzativa unificata di presa in carico è in uso anche una **cartella sociale informatizzata**.

...per soddisfare meglio le esigenze di cittadini e operatori, la valutazione e la presa in carico dovrebbero essere realmente integrate: oggi lo sono poco e su questo pesano molto le difficoltà organizzative e negli organici in alcuni DS e in alcuni ATS.

Nell'ATS esiste una modalità organizzativa unificata per la presa in carico dei cittadini...

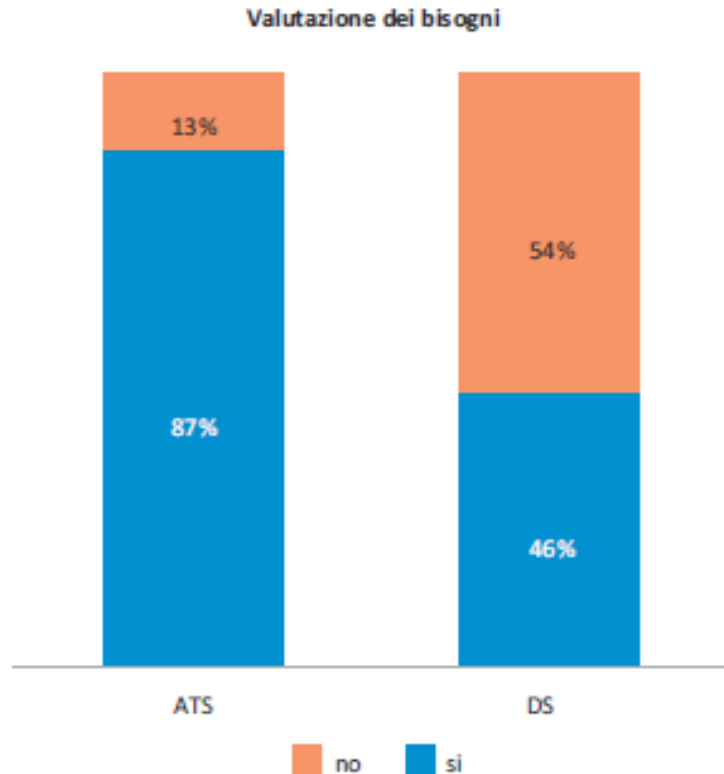


Per la presa in carico l'ATS utilizza una cartella sociale informatizzata



ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

La valutazione dei bisogni è processo assai diffuso presso gli ATS (87% di essi cioè 20 su 23) mentre è svolto, con riferimento chiaramente ai bisogni di salute, in meno della metà dei DS (6 su 13); in 4 dei 7 DS che non la effettuano essa è demandata ai Dipartimenti di Prevenzione.

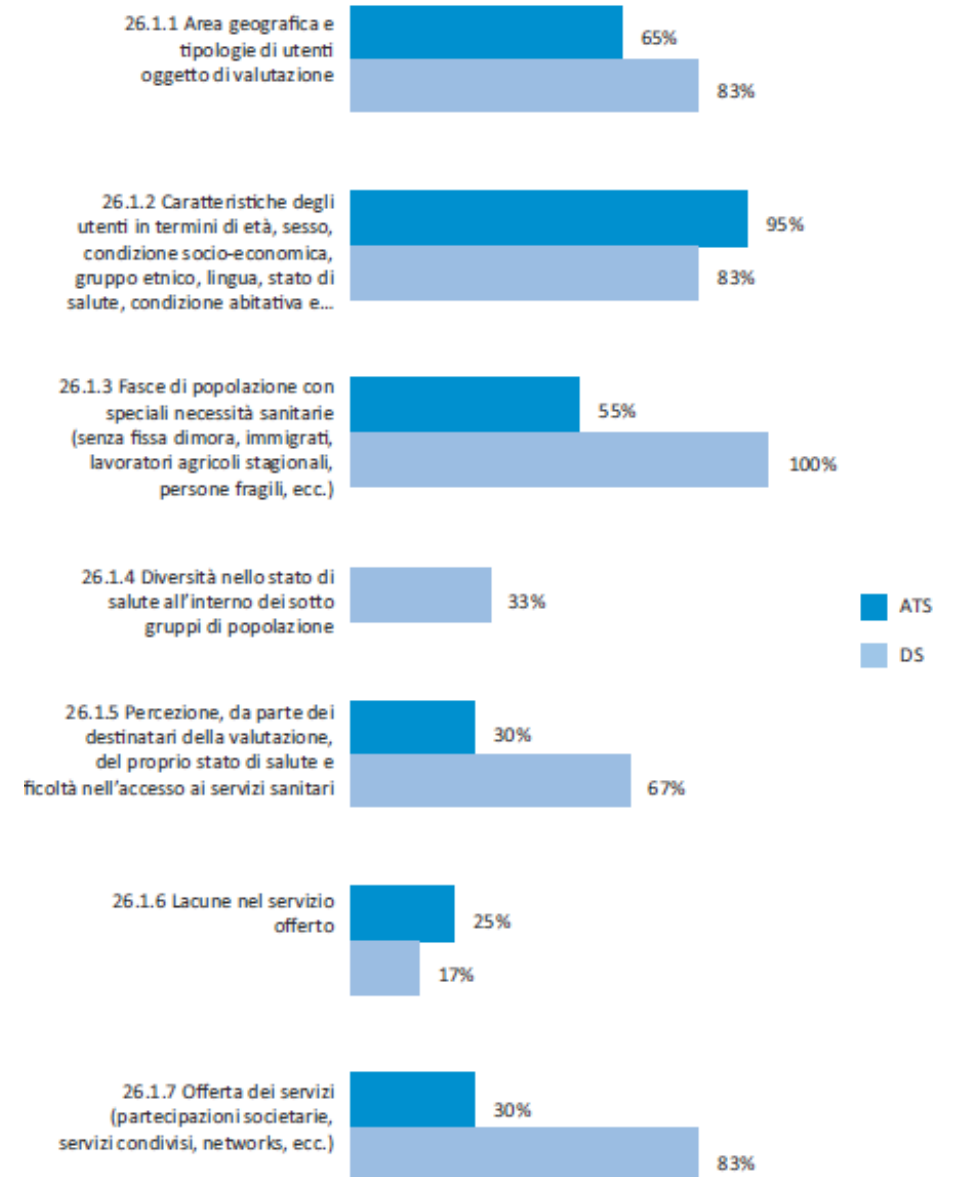


Valutazione dei bisogni

Contenuti:

- lacune nel servizio offerto solo in un ATS ogni quattro e in rarissimi casi (17%) nei DS,
- offerta dei servizi nell'83% dei DS e in meno di un terzo degli ATS,
- profilo di popolazione per la quasi totalità degli ATS (95%) e DS (83%),
- popolazione con speciali necessità sanitarie per la totalità dei DS, e nel 55% degli ATS.

La valutazione dei bisogni descrive:



Valutazione dei bisogni Fasce di popolazione con speciali necessità

Tali aspetti sono monitorati dagli ATS, anche attraverso **gruppi di lavoro permanenti con gli attori territoriali tematici: NON AUTOSUFFICIENZA, POVERTÀ, DISABILITÀ E SALUTE MENTALE** sono diffusi in almeno tre quarti degli ATS. Sugli stessi temi gli ATS partecipano alla **definizione e organizzazione di percorsi assistenziali integrati in collaborazione con DS**; ma non tutti i temi sono egualmente “presidiati”: quelli “classici” della non autosufficienza e della disabilità fanno registrare la loro presenza in oltre tre quarti degli ATS, mentre più rara è la presenza sui temi della povertà e dell’immigrazione.

L'ATS ha attivi dei gruppi di lavoro permanenti con gli attori territoriali su?	v.a.	v.%
26.1 minori fuori dalla famiglia di origine	11	48%
26.2 minori in difficoltà	14	61%
26.3 disabili	17	74%
26.4 salute mentale	17	74%
26.5 dipendenze patologiche	14	61%
26.6 migranti	9	39%
26.7 povertà	17	74%
26.8 non autosufficienza	18	78%
26.9 altro specificare (*)	6	26%

(*) violenza di genere, istituti scolastici (sia con Dirigenti, sia docenti e sia rappresentanti studenti), giovani, anziani come risorsa, volontariato, carcere e territorio, AIDS, CDC, tavolo emergenza sisma, rete territoriale antiviolenza, settore penitenziario e post-penitenziario
L'ATS ha attivi dei gruppi di lavoro permanenti con gli attori territoriali su?

L'ATS partecipa alla definizione e organizzazione di percorsi assistenziali integrati in collaborazione con il Distretto sanitario?	v.a.	v.%
26 bis.1 minori fuori dalla famiglia di origine	15	65%
26 bis.2 minori in difficoltà	16	70%
26 bis.3 disabili	18	78%
26 bis.4 salute mentale	16	70%
26 bis.5 dipendenze patologiche	14	61%
26 bis.6 migranti	7	30%
26 bis.7 povertà	8	35%
26 bis.8 non autosufficienza	18	78%
26 bis.9 altro specificare (*)	2	9%

(*) donne vittime di violenza, progetto nelle scuole, CDC

Emerge una buona capacità degli ATS di intercettazione della domanda e presa in carico sociale; i tavoli tematici contribuiscono positivamente ad una migliore conoscenza dei percorsi di accesso cura e trattamento a favore di una programmazione integrata rispetto ai diversi target di destinatari di interventi e servizi.

CAPITOLO 3

ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

Accesso ai servizi e orientamento della domanda

- Accesso unificato
- Presa in carico
- Valutazione dei bisogni

... il percorso verso una “Porta Unitaria di Accesso” ai servizi integrati sociali e sanitari è iniziato in quasi tutti i territori

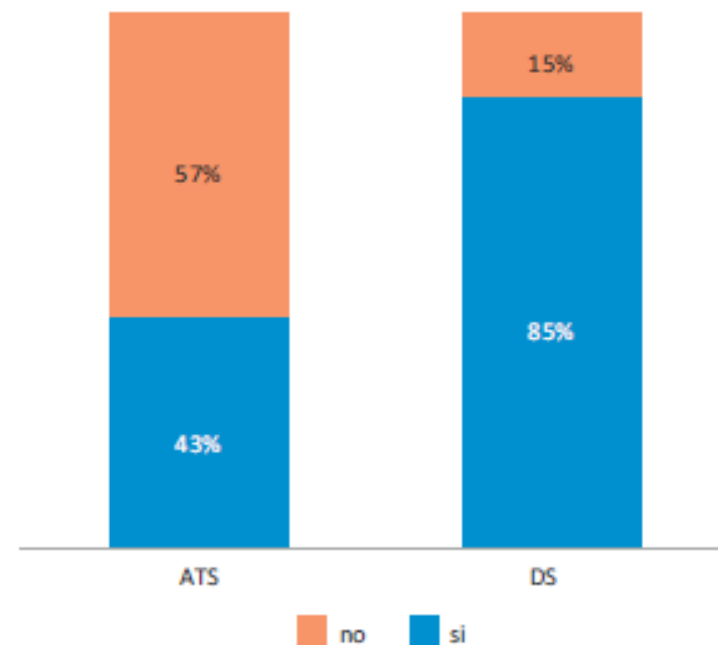
...l’eterogeneità delle situazioni potrebbe non essere direttamente una criticità e la variabilità delle modalità organizzative potrebbe corrispondere alla necessità di dare continuità a quanto era presente e ai contesti territoriali diversi

...il miglioramento della gestione dei percorsi di accesso e orientamento della domanda è un obiettivo necessario, che si può più facilmente raggiungere favorendo maggiori occasioni di confronto unitarie e integrate tra le due organizzazioni, coordinate dal livello regionale, pur confermando il ruolo delle UOESS

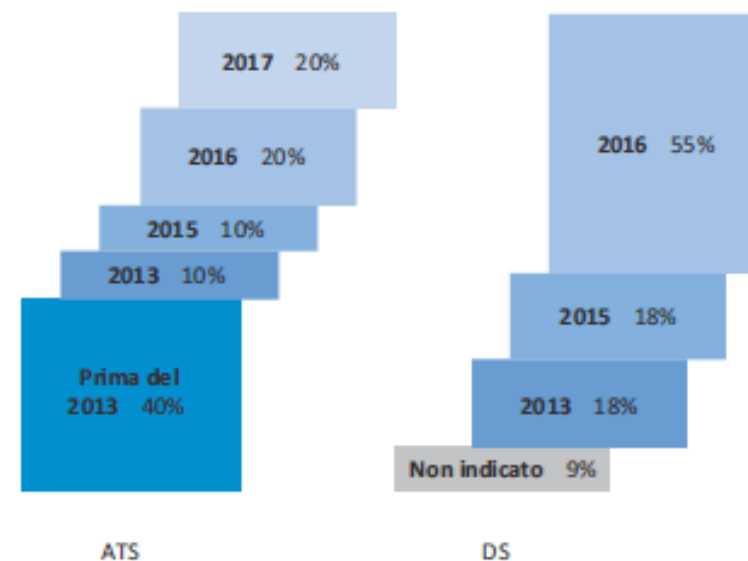
Uno degli strumenti centrali per la definizione di un rapporto di servizio chiaro e trasparente con la cittadinanza è la Carta dei Servizi, che rappresenta un “patto” tra i servizi dei Comuni e ATS / le strutture del SSN e l’utenza, favorendo un rapporto di fiducia tra il cittadino e l’istituzione che eroga il servizio, oltre che essere utile all’utente per avere informazioni veloci e preliminari sui servizi offerti. L’adozione della Carta dei Servizi del DS è piuttosto diffusa, 11 Distretti su 13 l’hanno adottata (l’85% dei casi), lo è meno tra gli ATS, essendo presente solo in 10 su 23.

Nessun DS dichiara un aggiornamento della Carta al 2017, sebbene il 55% sia fermo al 2016; il 20% degli ATS l’ha aggiornata all’anno attuale, anche se il 40% di essi ha un aggiornamento fermo a prima del 2013.

È stata adottata la Carta dei servizi?

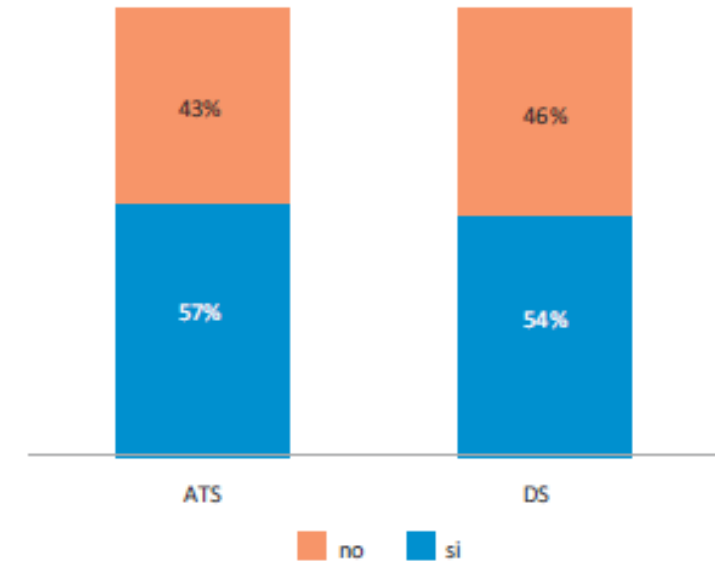


Ultimo anno di aggiornamento della Carta

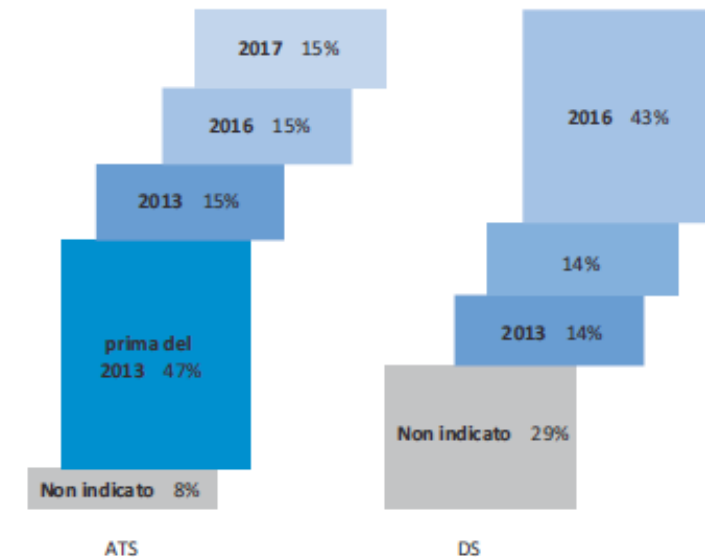


Altro strumento utile ad orientare la cittadinanza all'interno dei servizi sociosanitari territoriali è la Guida per l'orientamento dei cittadini ai servizi, che rappresenta una ulteriore esplicitazione informativa di quanto riportato nella Carta dei Servizi. La predisposizione di questa tra gli ATS è maggiormente diffusa rispetto alla Carta, essendo presente nel 57% degli ATS; tra i DS, invece, la Guida è presente nel 54% dei casi. Anche per la Guida nessun DS presenta un aggiornamento al 2017, mentre lo ha fatto il 15% degli ATS, però nel 47% degli ATS le Guide sono ferme ad aggiornamenti precedenti il 2013.

È predisposta la Guida di orientamenti ai servizi?

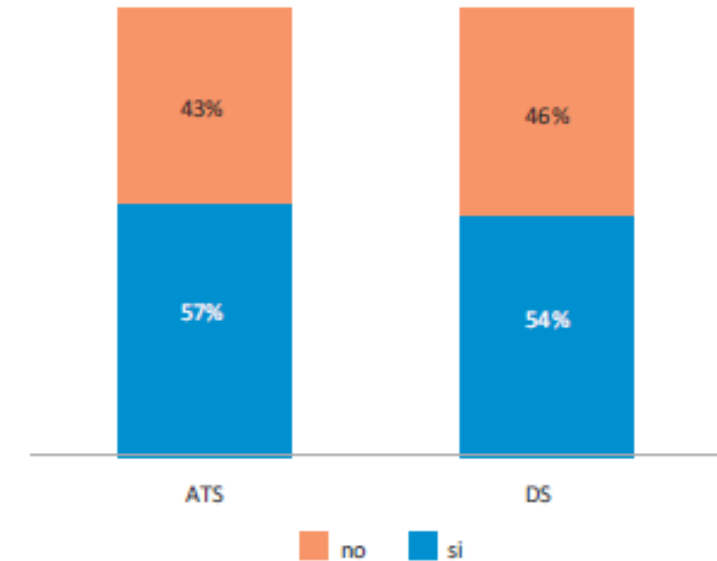


Ultimo anno di aggiornamento della Guida

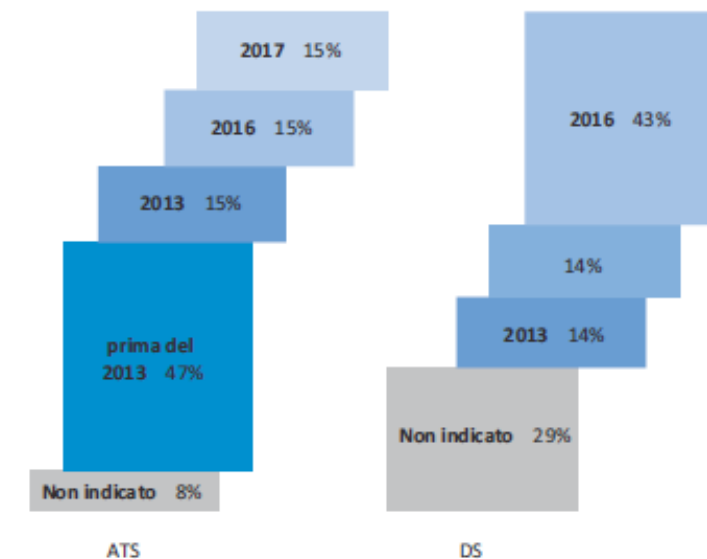


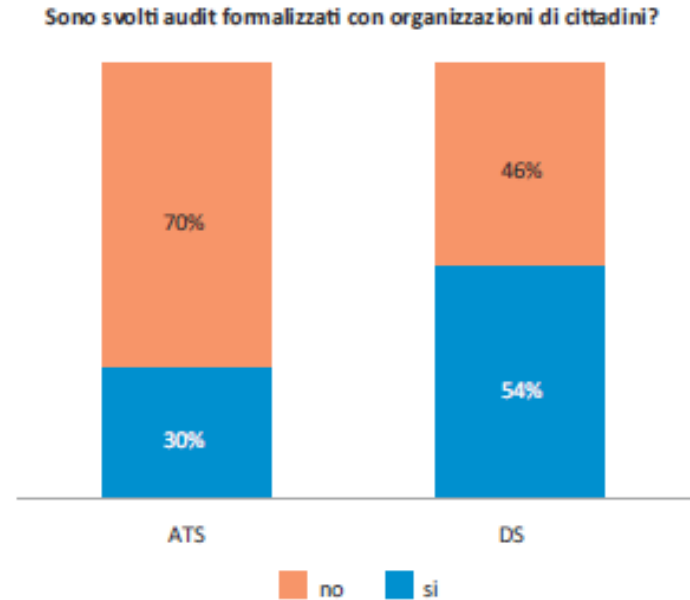
Altro strumento utile ad orientare la cittadinanza all'interno dei servizi sociosanitari territoriali è la Guida per l'orientamento dei cittadini ai servizi, che rappresenta una ulteriore esplicitazione informativa di quanto riportato nella Carta dei Servizi. La predisposizione di questa tra gli ATS è maggiormente diffusa rispetto alla Carta, essendo presente nel 57% degli ATS; tra i DS, invece, la Guida è presente nel 54% dei casi. Anche per la Guida nessun DS presenta un aggiornamento al 2017, mentre lo ha fatto il 15% degli ATS, però nel 47% degli ATS le Guide sono ferme ad aggiornamenti precedenti il 2013.

È predisposta la Guida di orientamenti ai servizi?

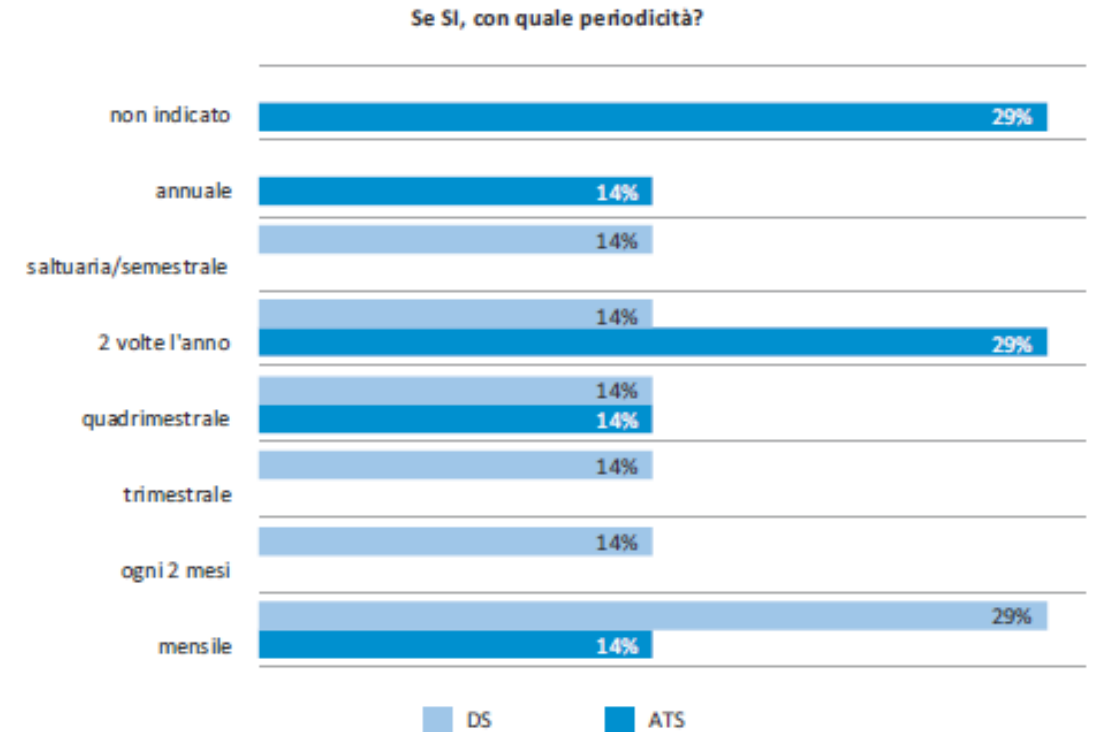


Ultimo anno di aggiornamento della Guida





Altra forma di partecipazione dei cittadini è rappresentata dagli audit, poco diffusi negli ATS, che solo nel 30% dei casi li prevedono in modalità formalizzata e, quando previsti, sono prevalentemente con cadenza mensile (29%) o semestrale (29%); gli audit sono un po' più frequenti nei DS, precisamente nel 54% di essi e in questi nel 29% dei casi hanno cadenza mensile.

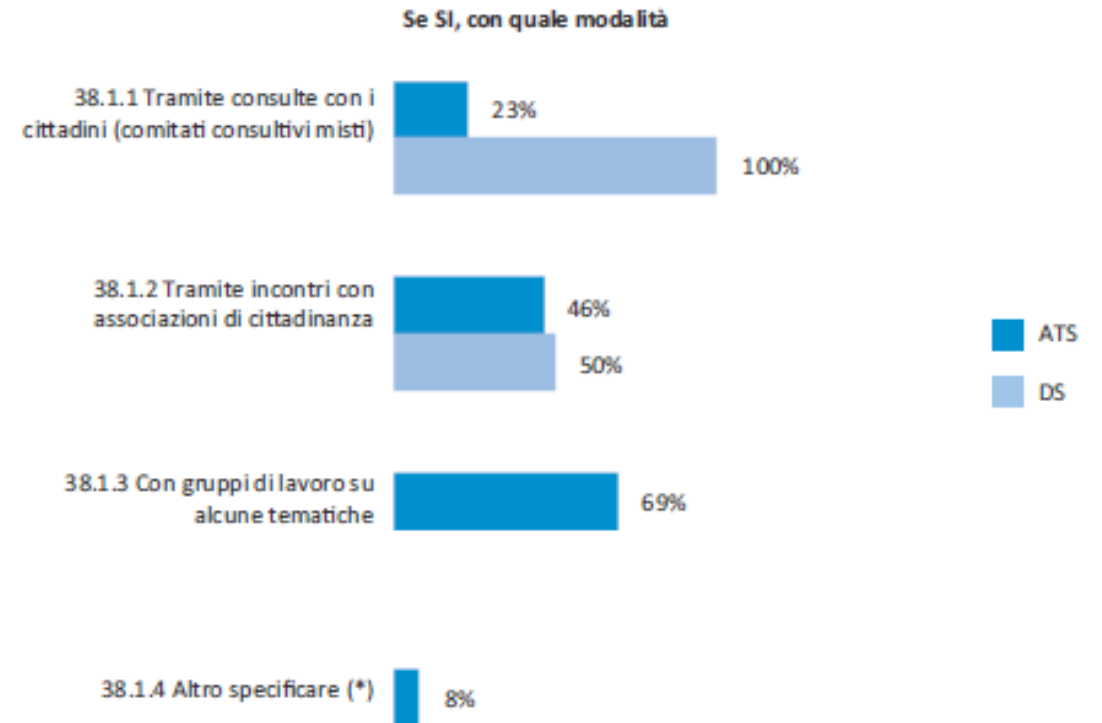
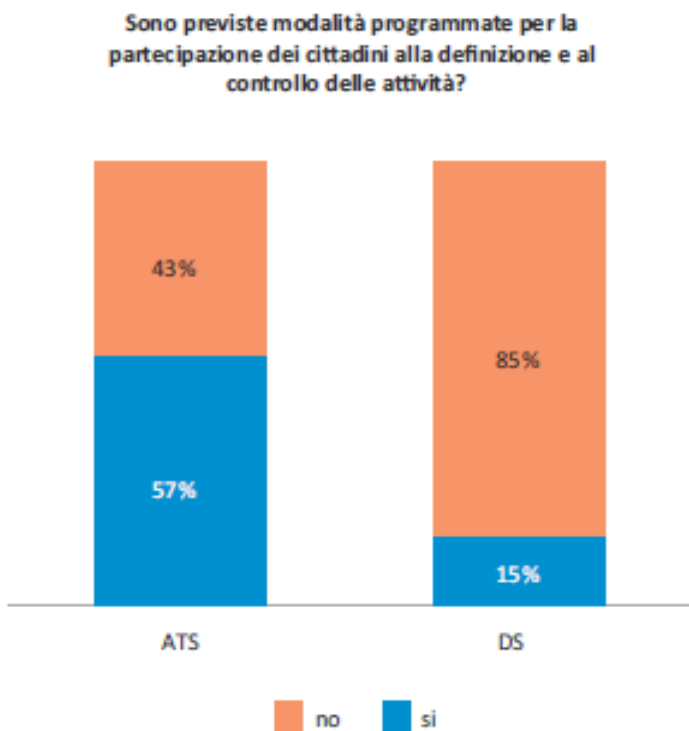


Le “forme” degli audit

- molto variabili negli ATS: sono svolti in forma di incontri, convegni, giornata trasparenza, o tramite incontro pubblico o identificati tramite la partecipazione dell'ATS al Comitato di partecipazione ASUR, o svolti verso organismi di partecipazione, comitati di quartiere, o ancora tramite tavoli o progetti specifici o, infine, mediante un tavolo con le organizzazioni sindacali.
- più specifiche e limitate presso i DS: Comitati di partecipazione nel 57% dei DS, su convocazione di incontri e riunioni nel 29%, tramite partecipazione collettiva nel 14%.

Modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività

Sono previste nel 57% degli ATS contro il 15% dei DS. Nei DS la modalità prevalente è quella delle consulte con i cittadini, ossia comitati consultivi misti, mentre negli ATS la modalità prevalente è quella dei gruppi di lavoro tematici. Con circa la stessa frequenza negli ATS e nel DS (46% e 50% rispettivamente) sono attivati incontri di partecipazione con associazioni di cittadinanza.



CAPITOLO 3

ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

Partecipazione dei cittadini

- Carta dei servizi
- Guida ai servizi
- Audit
- Altre forme di partecipazione

...i percorsi risultano efficaci se tutte le fasi sono programmate e realizzate insieme con una progettazione iniziale sul “cosa fare” in modo integrato e condiviso;

... appare necessario prevedere una direttiva forte sui “percorsi di salute” anche tramite Carte dei servizi “unitarie” tra ATS e DS per quel che riguarda le prestazioni integrate.