



Allegato 8. Esperienze regionali in materia di integrazione sociosanitaria per aree prioritarie

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria
Abruzzo	<p>DCR n. 57/2006 "Piano Sociale Regionale 2007-2009", prevede:</p> <ul style="list-style-type: none">- articolazione in distretti delle UsI da far coincidere, di norma, con gli ambiti territoriali sociali;- il Punto unico di accesso;- definizione dei contenuti del Programma delle attività territoriali;- contenuti del Piano aziendale delle aziende UsI;- istituzione e funzionamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria, della Conferenza dei Sindaci e del Comitato dei Sindaci del distretto;- Unitarietà del processo programmatore sociale e sanitario;- Regolazione del sistema di finanziamento dei servizi di integrazione sociosanitaria. <p>Osservatorio sulle disuguaglianze sociali – L.R. n. 5/2008 Piano sanitario regionale 2008 - 2010</p>	<p>Le principali azioni di Piano per l'integrazione sociosanitaria sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- promuovere il territorio quale luogo primario di governo e gestione dei percorsi sociosanitari;- sviluppo dei Piani locali per la non autosufficienza;- tutela della salute mentale;- coordinamento attività di monitoraggio delle disuguaglianze nella salute e costituzione dell'Osservatorio sulle disuguaglianze nella salute;- sperimentazioni. <p>L.R. n. 5/2008 "Piano sanitario regionale 2008 – 2010".</p> <p>Un sistema di garanzie per la salute:</p> <ul style="list-style-type: none">- riallineare il Piano sociale e il Piano sanitario, attualmente sfasati di un anno con un Piano regionale sull'Integrazione socio-sanitaria, da varare nel periodo fine 2008-metà 2009, una volta stabilizzato il processo di riarticolazione territoriale dei distretti e degli ambiti sociali;- la stesura alla scadenza del presente Piano, di concerto tra l'Assessorato alle Politiche sociali e l'Assessorato alla sanità, di un unico Piano regionale socio-sanitario che riallinei il Piano sociale regionale ed il Piano sanitario regionale.	<p>DGR n. 866/2006 Piano locale per la non autosufficienza.</p> <p>DGR n. 1281/2007 Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza. Interventi a sostegno della domiciliarità, caratterizzati da un elevato grado di integrazione sociosanitaria.</p> <p>La Regione, nel 2007, ha messo a disposizione 28,7 milioni di euro.</p>	<p>L.R. n. 62/1998 Recepimento Atto di Indirizzo e Coordinamento contenuto nel D.P.R. 14 gennaio 1997 avente per oggetto "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano, in materia dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".</p> <p>L.R. n. 32/2007 "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".</p> <p>L'art. 2 prevede che sono soggette ad autorizzazione da parte della Regione:</p> <ul style="list-style-type: none">- le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano assistenza specialistica in regime ambulatoriale;- i presidi di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti e postacuti;- le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano attività assistenziali, che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute, in regime residenziale o semiresidenziale. <p>L.R. n. 5/2008 "Un sistema di garanzie per la salute - Piano sanitario regionale 2008-2010"</p> <p>Il PSR contiene indicazioni sul sistema delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale e sul fabbisogno di ogni tipologia di struttura per Azienda sanitaria, nonché i requisiti dei servizi, anche in attuazione della legge finanziaria 2007.</p> <p>All'interno del Piano sono, altresì, riportate le linee guida per la redazione dei manuali di autorizzazione e di accreditamento, nonché gli organismi regionali di supporto e monitoraggio del sistema: ORA (Organismo</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

				Regionale per l'Accreditamento) e GERA (Gruppo Esperti Regionali dell'Accreditamento).
--	--	--	--	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria
Basilicata	<p>L.R. n. 4/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale" prevede:</p> <ul style="list-style-type: none">- l'Ambito socio-territoriale rappresenta un'area omogenea del territorio regionale, coincidente con il distretto socio-sanitario e, a seguito del riordino delle comunità montane, con l'ente istituzionale intermedio sovra comunale;- i soggetti pubblici della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale adottano gli atti di programmazione di rispettiva competenza nell'ottica di realizzare un'offerta unitaria, coordinata e multidimensionale di interventi e servizi di assistenza sanitaria e di protezione sociale. <p>La L.R. n. 4/2007 è stata modificata e integrata dalla L.R. n. 14/2007.</p> <p>L.R. n. 12/2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale":</p> <p>L'Asl di Potenza e l'Asl di Matera si articolano in distretti territoriali, denominati Distretti della Salute, ed in Unità per i Servizi Integrati di Base.</p>	<p>I comuni associati negli Ambiti socio-territoriali e le Asl di riferimento esercitano le rispettive funzioni di programmazione, definendo di concerto e adottando il Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari.</p> <p>Al fine di supportare l'organizzazione integrata degli interventi le Asl attivano Centri operativi distrettuali e, in raccordo con i comuni associati, dispongono una allocazione unitaria degli Uffici del Piano sociale e delle direzioni dei distretti socio-sanitari, assicurano l'attivazione decentrata di Sportelli unici di accesso ai servizi sociali e sanitari, provvedono alla costituzione di una Unità di valutazione integrata.</p> <p>Lo strumento di attuazione a livello locale delle strategie della rete regionale integrata è il Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari, che è adottato per ciascun Ambito socio-territoriale dai comuni associati mediante accordo di programma.</p>	<p>L.R. n. 4/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale" - Art. 4 Fondo speciale per la non autosufficienza collocato all'interno del Fondo regionale dei servizi di cittadinanza sociale.</p>	<p>L.R. n. 4/2007, l'art. 10 prevede che la Regione definisce le tipologie, le procedure, le condizioni, i requisiti e i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei soggetti erogatori dei servizi sociali e socio-sanitari e predispone gli schemi-tipo degli accordi contrattuali con essi.</p> <p>L.R. n. 1/2007 "Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione Annuale e Pluriennale della Regione Basilicata – Legge Finanziaria 2007".</p> <p>La legge all'art. 13 ha previsto l'istituzione dell'Osservatorio permanente regionale per l'accreditamento al fine di assicurare la più efficace implementazione delle procedure di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie ai sensi dell'art. 8 quater del d.lgs. n. 502/1992 nonché di quelle socio-sanitarie della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, e di promuovere e salvaguardare la qualità delle prestazioni fornite dai soggetti accreditati.</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria
Calabria	<p>L.R. n. 23/2003 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria".</p> <p>La Regione programma, coordina e indirizza gli interventi sociali, ne verifica l'attuazione e disciplina l'integrazione degli interventi con particolare riferimento all'attività socio-sanitaria sulla base dei Piani di zona prodotti dagli ambiti territoriali che coincidono con i distretti sanitari.</p> <p>La Regione programma gli interventi sociali ricorrendo a strumenti e procedure di programmazione in raccordo con gli enti locali, attraverso la Conferenza regionale permanente di programmazione sociosanitaria e socio assistenziale.</p> <p>Il Piano regionale per la salute 2004-2006 prevede che l'integrazione sociosanitaria, per rispondere appieno ai bisogni sociali e di salute, si realizza a diversi livelli:</p> <ul style="list-style-type: none">- istituzionale, quando il servizio discende da specifici indirizzi di politica sociosanitaria emanati dalla istituzione che la gestisce;- inter-istituzionale, quando una struttura fa riferimento a livelli istituzionali diversi che operano in sinergia fra loro;- inter-organizzativa, con l'utilizzo all'interno di una stessa unità operativa di professionalità dipendenti dal punto di vista amministrativo da strutture diverse, come nel caso di operatori del Servizio sanitario regionale, dei comuni e del privato sociale;- inter-professionale quando le diverse figure professionali operanti all'interno della struttura convergono in maniera complementare su bisogni e problematiche aventi caratteristiche unitarie.	<p>La Regione favorisce l'integrazione tra il sistema sanitario e quello sociale, nel rispetto delle indicazioni contenute nel d.lgs. n. 229/1999, e più specificatamente contenuti nel Piano sanitario regionale e nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.</p> <p>Tale integrazione viene garantita attraverso l'applicazione dei livelli di assistenza sociosanitari più precisamente definiti nelle prestazioni, nelle fonti normative e nei relativi oneri finanziari.</p> <p>L.R. n. 11/2004 "Piano regionale per la salute 2004-2006".</p>	Non istituito	<p>L.R. n. 24/2008 "Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private".</p> <p>L'art. 3 prevede che sono soggette ad autorizzazione da parte della Regione anche:</p> <ul style="list-style-type: none">le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale;le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni di assistenza domiciliare;le strutture residenziali sanitarie assistenziali;le strutture che erogano prestazioni di cure palliative, ovvero "hospice"; le case della salute.



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Campania	<p>La Regione <i>ha due distinti Assessorati</i>, Sanità e Politiche sociali, che stanno dialogando per l'integrazione socio-sanitaria, attraverso la condivisione di atti deliberativi e procedure comuni</p> <p>La L.R. 32/94 sul riordino del SSR, prevede la presenza di un <i>Coordinatore dei servizi sociali</i> in ogni AUSL, qualora ci sia la delega delle funzioni sociali da parte degli enti locali; il Distretto diventa, in tal caso, sociosanitario.</p> <p>L'art. 20, L.R. 10/2002 "Norme per il Piano regionale sanitario per il triennio 2002-2004" introduce la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, con le <i>funzioni previste dal D.Lgs. 229/99</i>.</p> <p>La Regione ha recentemente <i>accorpato i Distretti</i> (da 113 a 103); attraverso i singoli atti aziendali</p>	<p>PSR 2002-2004 L.R. n. 24/2006 "Piano regionale ospedaliero per il triennio 2007-2009".</p> <p>L'integrazione sociosanitaria è un obiettivo prioritario che la Regione sta perseguendo dal 2002 con il "Progetto per il Monitoraggio e l'Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29/11/2001", avviato dalla L.R. 8/2003, e dalle successive delibere di attuazione (tra cui DGR 38/2006 e 964/06), che prevede il coinvolgimento degli operatori delle ASL e dei Comuni si è dato avvio alla fase di "sistema"</p> <p>Il progetto si è concentrato, nella prima fase (fino al 2006), sul monitoraggio dei costi, con condivisione di un set di indicatori, di uno strumento informativo, e della relativa formazione.</p> <p>La seconda fase, avviata nel 2007, è rappresentata dai "Livelli essenziali di assistenza sociosanitaria, progetti personalizzati di assistenza" ed avrà i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none">trasformazione dei risultati della sperimentazione in gestione corrente del "sistema di classificazione e monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria"messa a punto di un modello di presa in carico basato su progetti personalizzati di assistenza verificabili in termini di quantificazione delle risposte e in termini di verifica di efficacia delle stessesperimentazione con monitoraggio analitico delle	Non istituito	<p>La Regione ha definito nel 2001-2003 le procedure, i termini e i requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private (con <i>DGR n. 3958/2001</i>, modificata ed integrata con le <i>deliberazioni n. 7301/2001 e 518/2003</i>).</p> <p>Ha definito recentemente le procedure e i requisiti ulteriori per l'accreditamento, con due Regolamenti: il Reg. reg. n. 3 del 2006 per:</p> <ul style="list-style-type: none">l'ass. specialistica di emodialisila riabilitazione ambulatoriale. <p>il Reg. reg. n. 1 del 2007 per le strutture:</p> <ul style="list-style-type: none">ricovero ospedaliero;	<p>Il citato "Progetto per il Monitoraggio e l'Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29/11/2001" ha definito anche: i criteri di individuazione, in via preliminare, dell'offerta e della spesa sociosanitaria, in modo coerente con la normativa.</p> <p>Ha utilizzato come parametri fondamentali, l'analisi dei bisogni espressi dal territorio e le misure di finanziamento (input), di erogazione (output) e di risultato (outcome).</p> <p>Lo stesso progetto ha fornito indicazioni sulle prestazioni da garantire ai cittadini, con riferimento prioritario a quelle indicate nel DPCM 29.11. 2001 allegato 1/C (LEA sociosanitari), con relativo riparto delle competenze sia in termini economici (compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini o, in caso di indigenza, dei Comuni) sia in termini di riqualificazione del sistema di servizi.</p> <p>Obiettivi prioritari della riqualificazione della spesa:</p> <ul style="list-style-type: none">applicare gradualmente il sistema di compartecipazione <p>a) elaborare proposte per ridefinire le modalità per il cofinanziamento delle spese a carico dei Comuni e per la disciplina della compartecipazione dei</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>Spesso non c'è una piena <i>coincidenza</i> tra Distretti e Ambiti sociali; anche se le norme prevedono una coincidenza, piena o con multipli di ambiti sociali, purché afferenti alla stessa ASL</p> <p>Sull'integrazione sociosanitaria, la Regione ha in atto un ampio percorso, con i seguenti principali riferimenti:</p> <ul style="list-style-type: none">- Recepimento della normativa nazionale:• DGR n. 3767 del 31/07/2001: integrazione sociosanitaria: recepimento del DPCM 14 febbraio 2001 e costituzione della commissione regionale di studio;• DGR. n.1082 del 15/03/2002: disposizioni attuative del DPCM 29/11/2001 di definizione dei LEA;• DGR. n. 3890 del 02/08/2002: DPCM 29/11/2001 sui LEA: compartecipazione alla spesa sociosanitaria	<p>risposte erogate nei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria e dei relativi costi</p> <ul style="list-style-type: none">▪ predisposizione del sistema di classificazione degli interventi sociosanitari, loro posizionamento nella struttura sintattica, basata sui LEA delineati dal D.lgs. 229/99 e provvedimenti attuativi e dal comma 4 dell'art. 22 della legge n. 328/00;▪ sviluppo di un sistema di riconoscimento dei diversi gradi di complessità degli interventi considerati;▪ disponibilità di misure di input e di output coerenti con l'obiettivo di valutazione dei livelli di assistenza;▪ possibilità di rappresentare su base comparativa i risultati dei servizi, con variabili relative all'ambito territoriale, alla tipologia di destinatari, alle modalità di accesso ecc... <p>Questo progetto – Il fase, ha come riferimenti, per il sistema integrato dei macro-obiettivi, i seguenti atti: D.G.R. n. 964 del 14 luglio 2006 e D.G.R. n. 838 del 23 giugno 2006.</p> <p>Le priorità del percorso operativo riguardano la coprogrammazione dell'eventuale riqualificazione del Sistema, parametrato su livelli prioritari di assistenza (con particolare attenzione all'area della “Non Autosufficienza”).</p> <p>Altro elemento importante è costituito dalla redazione, in sede distrettuale, del Programma delle attività Territoriali e dei Piani di Zona, come occasioni per:</p> <ul style="list-style-type: none">– definire il sistema dell'offerta in tema di assistenza sanitaria primaria e di integrazione sociosanitaria;– analizzare i bisogni per confrontarli con la mappa dell'offerta;– individuare gli obiettivi di salute e identificare le		<ul style="list-style-type: none">▪ ricovero territoriale in regime residenziale e semiresidenziale;▪ specialistica ambulatoriale. <p>Gli stessi Regolamenti disciplinano il fabbisogno regionale di servizi e prestazioni. La DGR 22.11.2005 n. 1646 “Istituzione nuclei di valutazione per la verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie ai sensi della D.G.R. n. 1526 del 29.07.2004”, ha istituito i Nuclei di Valutazione per la verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento ai sensi del Regolamento n. 3/2006, e ha istituito, presso l'Assessorato regionale alla Sanità, il Registro Regionale dei Valutatori per l'accreditamento.</p>	<p>cittadini;</p> <p>b) dare piena attuazione agli indirizzi contenuti nella normativa statale e regionale, al fine di rendere pienamente operativa l'effettiva compartecipazione alla spesa per le otto tipologie di prestazioni sociosanitarie indicate dal DPCM 29.11.2001 nell'allegato 1C.</p> <p>La DGR n 38 del 18/01/2006 definisce le modalità per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie e i relativi adempimenti richiesti:</p> <p>a) Le Aziende USL devono dare evidenza contabile a tutte le spese sostenute per le prestazioni di competenza sociale, inserendole nei rispettivi bilanci sotto la voce “crediti da altri enti locali per la garanzia dei LEA di assistenza sociosanitaria”;</p> <p>b) La Regione deve inserire, nel bilancio di previsione per l'esercizio 2007, un capitolo denominato “rimborso alle aziende USL delle anticipazioni effettuate nel 2005 per le attività socio sanitarie di competenza dei comuni”.</p> <p>LE RISORSE FINANZIARIE: Si prevede un FONDO UNICO e si sta lavorando per definire la “Composizione ottimale del fondo unico”, che si avvale di:</p> <p>a) risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali</p>
--	---	--	--	---	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>- Formulazione di atti di indirizzo regionali:</p> <ul style="list-style-type: none">• DGR n. 6467 del 30/12/2002: DPCM. 29/11/2001 – indirizzi regionali di programmazione a comuni e ASL per un sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari per l'anno 2003;• DGR n. 38 del 18/01/2006: ricognizione dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dall'Accordo Stato – Regioni del 16.12.2004 e indirizzi programmatici per l'integrazione socio sanitaria;• DGR n. 964 del 14/07/2006: linee di indirizzo e schede per la presentazione dei piani delle attività territoriali (PAT).• Delibera 1813/2007 linee di indirizzo e schede per la presentazione dei piani delle attività territoriali (PAT)• DGRC 1811/2007 adozione strumento di	<p>risorse occorrenti.</p> <p>Va sottolineato, inoltre, che il Piano di rientro dal deficit in sanità siglato il 13 marzo 2007 prevede diversi interventi per il riequilibrio ospedale/territorio, tra cui la riorganizzazione della rete distrettuale ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none">– la stipula di accordi con i Comuni per l'integrazione sociosanitaria;– l'adozione di provvedimenti per potenziare le cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali per gli anziani non autosufficienti;– il potenziamento dell'assistenza oncologica domiciliare;– la definizione di un unico strumento di valutazione multidimensionale. <p>DGR n. 2105/2008 - Monitoraggio ed Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del DPCM 29 novembre 2001. Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEA SOCIO SAN. e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEA SOCIO SAN.</p> <p>- 1° gennaio 2009 data la cui decorre la messa a regime del Sistema di monitoraggio.</p>			<p>b) risorse del Fondo Sanitario Regionale c) risorse dei Comuni d) risorse delle ASL e) risorse degli utenti (compartecipazione, con parametro ISEE) f) altro (fondi CIPE, fondi Europei, ecc...).</p> <p>La Circolare n. 3648/SP del 26/09/2006, a firma congiunta degli Assessori regionali alla Sanità e alle Politiche Sociali, fornisce indicazioni applicative.</p>
--	--	---	--	--	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	valutazione multidimensionale				
--	----------------------------------	--	--	--	--



Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Emilia Romagna	<p>La Regione <i>ha due distinti Assessorati</i>, Sanità e Politiche sociali, ma una Direzione centrale comune per l'integrazione sociosanitaria</p> <p>Il Piano socio-sanitario reg. 2008-2010 delinea un sistema articolato di <i>governance</i>, con luoghi e modalità di concertazione di obiettivi, azioni e risorse tra i diversi interlocutori, che comprende diversi livelli:</p> <ul style="list-style-type: none">• il livello politico regionale, che si esprime tramite gli organismi generali (Assemblea legislativa, Consiglio delle autonomie) ed anche tramite un apposito organismo creato per promuovere l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali (Cabina di regia), con relativi organismi tecnici di supporto.• il livello provinciale, che assume un ruolo innovativo come sede di programmazione unitaria attuativa del PSSR, anche per le Aziende sanitarie. L'organismo di raccordo è la Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS), con rappresentanti delle Amministrazioni provinciali e comunali, che sostituisce la Conferenza dei sindaci prevista dal D.lgs. 502/92 e ne amplia le competenze (ad esempio la CTSS può	<p>Il Piano socio-sanitario regionale 2008-2010 costituisce il nuovo <i>strumento di programmazione integrata</i> tra ambito sanitario ed ambito socio-assistenziale, ed il quarto piano sanitario della Regione Emilia Romagna.</p> <p>Il Piano prosegue un più ampio disegno di sviluppo del sistema sanitario e del welfare locale che trova come prioritari riferimenti, a livello regionale: il precedente PSR 1999-2001 e i successivi provvedimenti attuativi; la L.R. 29/2004 che avvia la cosiddetta "<i>terza fase di aziendalizzazione del SSR</i>"; la L.R. 2/2003 sul sistema dei servizi sociali e di cittadinanza.</p> <p>Tenendo conto di questo ampio processo, la Regione fissa nuovi obiettivi di salute e di sistema dei servizi, orientati ad un nuovo passaggio, fortemente sostenuto a livello nazionale dal PSN 2006-2008 e dal Patto della salute, che riguarda <i>l'integrazione sociosanitaria e la prevenzione, cura e riabilitazione delle</i></p>	<p>Il Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) è stato istituito con L.R. 27/2004 (legge finanziaria reg.) all'art. 51.</p> <p>Nel 2006 si è definito il livello di risorse del Fondo sanitario regionale da destinare e vincolare al finanziamento del FRNA, al fine di sperimentarne le condizioni di fattibilità (DGR n. 1051/2006)</p> <p>In seguito, la DGR 509/07 ha aumentato le risorse (311 milioni di euro) e ha ampliato i servizi che il Fondo garantisce.</p> <p>I servizi ed interventi sono:</p> <ul style="list-style-type: none">– Assegno di cura per anziani, disabilità gravissime e gravi;– Assistenza domiciliare per anziani e disabili;	<p>La normativa quadro è dettata dalla L.R. 34/1998 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14.1.1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitarie e socio-assistenziale".</p> <p>La normativa è stata avviata negli anni '90 ed è stata revisionata nel 2000, principalmente con la DGR 327/2004 che ha ridefinito procedure e requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie.</p> <p>Sono stati emanati anche diversi provvedimenti per ambito di attività (es. DGR 1716/2000 per gli hospice; DGR 564/2000 per le strutture residenziali e diurne per minori, portatori di handicap, anziani e malati di Aids; DGR 26/2005 per SERT etc.) .</p> <p>Con Determinazione DG Sanità e Politiche sociali 30.5.2007, n. 6952, la Regione ha attivato un programma generale di verifiche</p>	<ul style="list-style-type: none">• Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale• Programma annuale per la non autosufficienza<ul style="list-style-type: none">– indicano obiettivi annuali vincolanti– indicano regole e procedure– indicano risultati attesi ripartiscono le risorse <p>Gestione contabile e rendicontazione</p> <ul style="list-style-type: none">• L'atto di indirizzo regionale definisce:<ul style="list-style-type: none">– modalità della contabilità separate e rendicontazione;– rapporti Ufficio di Piano/AUSL• PIENA RESPONSABILITA' dei Comuni (COMITATO DI DISTRETTO) + DIRETTORE DISTRETTO nell'accesso e utilizzo del FRNA



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>anche provvedere all'eventuale ridefinizione dell'ambito territoriale dei Distretti).</p> <ul style="list-style-type: none">il livello distrettuale, che coincide con gli ambiti sociali di programmazione e che assume un ruolo decisivo nel sistema di governo e gestione degli interventi sociosanitari. <p>Nelle Aziende USL, la gestione delle attività sanitarie e sociosanitarie è affidata al Comitato di Distretto e al Direttore del Distretto, che si avvalgono, per gli aspetti programmatori, di una struttura tecnica gestionale integrata Comuni-AUSL: “L'Ufficio di piano”.</p> <p><i>Il nuovo Piano 2008-2010 individua diversi livelli di sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none">Istituzionale: identifica responsabilità coordinate dei vari soggetti del territorio (comuni, provincia, ASL).Comunitaria: per attivare l'intera comunità locale (soggetti istituzionali, economici e sociali, a partire dal terzo settore) sulle politiche sociali, con responsabilità più puntuali e distinte nelle diverse fasi (programmazione, organizzazione e produzione di servizi).Gestionale: per realizzare l'unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse. Richiede 3 condizioni essenziali di funzionamento: 1) criteri e modalità accesso a diverse	<p><i>patologie croniche.</i></p> <p>Obiettivi prioritari:</p> <ul style="list-style-type: none">sperimentazione della gestione del Fondo regionale per la non autosufficienza;sistema di accreditamento delle strutture sociali e sociosanitarie; regolamentazione omogenea del sistema di compartecipazione alla spesa, attraverso lo strumento ISEE;integrazione nel sistema delle Aziende pubbliche per i servizi alla persona (ASP). <p>Il nuovo Piano semplifica gli strumenti di programmazione, ricondotti a due atti principali:</p> <ul style="list-style-type: none">a livello provinciale è adottato l'atto di indirizzo e coordinamento triennale sulla salute e il benessere, che dovrà “comprendere” al suo interno sia il Piano per la salute, sia il Piano attuativo locale dell'Azienda sanitaria e dovrà raccordare gli altri atti di progr. provinciali e locali (Piani territoriali di	<ul style="list-style-type: none">Strutture diurne: centri assistenziali per anziani e centri socio-riabilitativi per disabili;Strutture residenziali: case protette/RSA per anziani, centri socio-riabilitativi residenziali per disabili, soluzioni residenziali per le gravissime disabilità acquisite. <p>Con DGR 509/2007 si aggiungono anche altre opportunità assistenziali, per il supporto alle famiglie:</p> <ul style="list-style-type: none">ricoveri temporanei e di sollievo;iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari;servizi di E-CARE (Telesoccorso e Teleassistenza), anche per facilitare l'accesso alla rete dei servizi per il CARE-GIVER;iniziative di sostegno delle reti	<p>dei requisiti di accredit. per le strutture sanitarie e socio-san. (con priorità per le strutture residenziali psichiatriche e SERT), che intende completare entro dicembre 2007.</p> <p>L'accreditamento dei servizi socio-sanitari e sociali logiche e presupposti</p> <ul style="list-style-type: none">lo statuto pubblico dei servizi sociali e sanitari:<ul style="list-style-type: none">allargamento della responsabilità della funzione sociale pubblica,partecipazione del non profit alla programmazione, progettazione, realizzazione e valutazione dei servizi;la natura peculiare dei servizi alla persona:<ul style="list-style-type: none">natura relazionale,utente caratterizzato come sistema complesso,organizzazione del lavoro centrata su progetti. <p>Il programma di lavoro per il 2007: L'accreditamento verrà introdotto a partire dai servizi sociosanitari ricompresi nell'ambito del FRNA:</p> <ul style="list-style-type: none">Assistenza domiciliare integrata,Centri diurni per anziani,Case protette e RSA e, poi, i servizi per gli adulti handicappati:	<p>Il FRNA riguarda:</p> <p>a) Gli <u>oneri</u> x prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (garantite dai comuni con contribuzione utenti), ma NON gli oneri esclusivamente sanitari</p> <p>Contiene:</p> <ul style="list-style-type: none">gli obiettivi strategicila regolazione del sistemaIndicazioni per la valutazione
--	---	---	--	---	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>tipologie servizi;</p> <p>2) processo di “continuità assistenziale”;</p> <p>3) sistema informativo di rilevazione.</p> <p>- Professionale: équipe multiprofessionali (figure sanitarie e sociali) ed erogazione congiunta attività assistenziali. Riguarda 3 fasi:</p> <p>1) presa in carico;</p> <p>2) progettazione individualizzata, con piano attività condiviso e “case manager”;</p> <p>3) valutazione dei risultati.</p> <p>Si prevede, inoltre, un’ampia partecipazione delle formazioni sociali per costruire la rete locale.</p> <p>La Regione ha ridefinito anche il ruolo delle Agenzie per i servizi alle persone (A.S.P), che derivano dalla trasformazione delle IPAB, nel sistema del Welfare locale: nel Comitato di Distretto, nei Piani di Zona e come produttore di servizi.</p> <p>Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale – Art. 10 bis, L.R. n. 19/1994 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale”</p> <p>Punto unico di accesso - Ar. 15, L.R. n. 5/1994 “Tutela e valorizzazione delle persone anziane - Interventi a favore di anziani non autosufficienti”.</p>	<p>coordinamento provinciale; Piani di zona; Agenda 21).</p> <p>- a livello distrettuale, è previsto:</p> <ul style="list-style-type: none">○ il “Piano di zona triennale per la salute e per il benessere”, che dovrà sostituire il Piano di zona sociale e anche il Programma delle attività territoriali del Distretto,○ il “Programma attuativo annuale degli interventi sociali e sociosanitari, che costituisce la declinazione annuale degli impegni assunti nel Piano di zona salute e benessere.	<p>informali di solidarietà sociale (dal “portierato” al “custode” sociale, “alloggi con servizi”, ecc.) qualificabili come servizi di prossimità;</p> <p>consulenza e sostegno economico per l’adattamento delle abitazioni, con ausili tecnologici e soluzioni strutturali per le persone non autosufficienti.</p> <p>DGR n. 1206/2007 indirizzi attuativi della DGR n. 509/2007.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Assistenza domiciliare,• Centri socioriabilitativi diurni,• Centri socioriabilitativi residenziali,• Gruppi appartamento <p>Si instruirà anche il percorso per i servizi psichiatrici a bassa soglia (LEA)</p> <p>EFFETTI DELL’ACCREDITAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none">• accettazione di tariffe predeterminate,• debito informativo verso le Amministrazioni competenti,• accettazione dei principi e criteri che regolano il sistema locale dei servizi a rete,• accettazione di modalità e percorsi di verifica in ordine al possesso dei requisiti.	
--	--	--	--	---	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Friuli Venezia Giulia	<p>L.R. n. 49/1996 “Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria”, all'art. 41 definisce l'organizzazione delle attività ad alta integrazione sociosanitaria.</p> <p>L'art. 21 della L.R. 12/1994, è la sede dell'integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali nella quale, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale e di modelli organizzativi da definirsi con leggi di settore ed appositi indirizzi, si elaborano in forma integrata le risposte rivolte al soddisfacimento dei bisogni, comunque segnalati, riferiti alle aree ad alta integrazione sociosanitaria.</p> <p>Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale – Art. 1, L.R. n. 8/2001 “... disposizioni in materia di sanità e politiche sociali”.</p>	<p>Le conseguenti attività di competenza, rispettivamente, nel settore socio-assistenziale e di quello sanitario sono definite, sul piano istituzionale, mediante le intese di programma, ovvero la delega di cui all'art. 4 della L.R. n. 12/ 1994.</p> <p>L.R. n. 23/2004. I Capi III (art. 7) fa riferimento alla programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria (il Piano sanitario e sociosanitario regionale; il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali; il Piano attuativo locale e il Piano attuativo ospedaliero; il Programma delle attività territoriali ed il Piano di zona.</p> <p>DGR n. 3236/2004 “Legge regionale n. 23/2004, <i>articolo 7, comma 2: linee-guida per la predisposizione del Programma delle attività territoriali e del Piano di zona.</i></p> <p>Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008</p> <p>Il Piano affronta le modalità operative dell'integrazione sociosanitaria prevedendo i seguenti strumenti di integrazione: punto unico di accesso; sistema di valutazione multidimensionale integrato; elaborazione di un progetto personalizzato; individuazione di un coordinatore del caso.</p>	<p>L.R. n. 6/2006 “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” - Art. 41 Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine;</p> <p>DGR n. 2111/2006 - Approvazione, in via definitiva, dei criteri di ripartizione per l'anno 2006 del Fap;</p> <p>DPR n. 35/2007 - Regolamento di attuazione del Fap;</p> <p>DPR n. 251/2007 - Regolamento per la</p>	<p>DGR n. 1292/2002 “L.R. n. 8/2001, art. 4. Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie private e delle relative attività, procedure e requisiti”.</p> <p>Questa delibera è stata, successivamente, modificata dalle DGR n. 1098/2004 (a sua volta modificata ed integrata dalla DGR n. 1246/2004) e DGR n. 3586/2004.</p> <p>DGR n. 2843/2006 - Piano sanitario e sociosanitario 2006 – 2008. Ha previsto la realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari di cui fanno parte anche i soggetti erogatori privati già temporaneamente accreditati, organizzata per funzione e per area vasta.</p>	<p>Il Fondo è formato con risorse regionali e nazionali, nonché con risorse provenienti dalla fiscalità generale ed eventuali risorse di altri soggetti pubblici e privati.</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

			determinazione dei criteri di riparto e delle modalità di utilizzo del Fap”. .		
--	--	--	---	--	--



Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Lazio	<p>La Regione ha due distinti Assessorati, Sanità e Politiche sociali.</p> <p>La L.R. n. 18/1994, di riordino del SSR è stata più volte modificata, da ultimo con</p> <p>DGR n. 433/2007 "Indicazioni ed interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio".</p> <p>Prevede:</p> <ul style="list-style-type: none">• Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria di cui all'art. 2 comma 2-bis del D.Lgs. 229/99 (da costituire entro dicembre 2007);• Cabina di regia (Regione Lazio – ANCI Lazio – Comune di Roma) e Gruppo tecnico di supporto. <p>Protocollo intesa Regione Lazio – ANCI Lazio, siglato il 31.7.2006, al fine di garantire la</p>	<p>Il PSR 2002-04, delinea 5 "sfide prioritarie", tra cui il potenziamento e la riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari (le altre sfide riguardano: emergenza, liste di attesa, programmi di prevenzione, evoluzione dell'ospedale per acuti.).</p> <p>La recente DGR n. 433/2007, emanata anche in relazione agli obiettivi del Piano di rientro dal deficit sanitario, riguarda modalità per migliorare l'integrazione sociosanitaria.</p> <p>La delibera ha consentito l'avvio delle seguenti iniziative, in corso di realizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none">• Redazione del rapporto sullo "stato di avanzamento dei processi di integrazione";• Monitoraggio dei progetti integrati socio-sanitari realizzati attraverso la programmazione annuale prevista nei piani di zona;• Analisi delle iniziative di alto spessore innovativo delle Aziende USL che hanno visto la partecipazione attiva degli enti locali;• Avvio, in collaborazione con L'Istituto Superiore di Sanità ed il Comune di Roma, di una "Banca dati sulla fragilità", quale sistema prototipale per l'avvio del sistema informativo socio-sanitario. <p>La stessa DGR 433/2007, come già indicato nelle DGR n. 860/2001 e n. 1042/2001, conferma che l'integrazione socio sanitaria costituisce l'obiettivo prioritario della programmazione regionale, da realizzare attraverso l'attivazione, ai vari livelli istituzionali (Regione, A.S.L. e EE.LL.), di strategie, programmi e modelli organizzativi coerenti e funzionali.</p> <p>I servizi integrati da realizzare prioritariamente, in</p>	<p>La L.R. n. 20/2006 istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza.</p> <p>Con DGR n. 601/2007, la Regione ha destinato, per l'anno 2007, quasi 13 milioni di euro (per l'esattezza 12.925.268,16) per interventi a favore di anziani, disabili e minori non autosufficienti bisognosi di assistenza, nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza. La Giunta Regionale ha stabilito modalità e criteri di erogazione. Si considera non autosufficiente la persona che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona né mantenere una vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri soggetti.</p> <p>In base a rilevazioni</p>	<p>Ha una disciplina molto recente, in quanto ha definito:</p> <ul style="list-style-type: none">• i requisiti minimi per l'autorizzazione, adottati con DGR n. 424/2006; le procedure autorizzative con Regolamento regionale n. 2/2007.• il manuale dell'accreditamento, approvato con DGR n. 636/2007. <p>Con DGR n. 419/2007 è stato approvato il documento sulla "stima dei bisogni di salute e dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio"</p> <p>Con DGR n. 98/2007 la Regione ha ridefinito le tariffe previste per gli ospiti delle residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), che ospitano per lo più soggetti anziani e non autosufficienti.</p> <p>La "rimodulazione" della diaria giornaliera corrisposta per le residenze viene effettuata in riferimento al</p>	<p>I riferimenti principali sono:</p> <p>L.r. n. 4/2003 ; (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali).</p> <p>Regolamento Lazio n. 13/2007 "Disposizioni relative alle procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento istituzionale, in attuazione dell'art. 13, comma 3, della L.R. 3.3.2003, n. 4".</p> <p>Obiettivi regionali:</p> <ul style="list-style-type: none">- individuazione di specifici indicatori per la valutazione annuale dei Direttori Generali delle ASL relativamente al raggiungimento degli obiettivi riferiti all'integrazione sociosanitaria;- individuazione di indicatori di controllo



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>massima collaborazione nei percorsi di integrazione sociosanitaria</p> <p>Obiettivi prioritari della Regione:</p> <ul style="list-style-type: none">• predisporre linee di indirizzo operative per supportare le esperienze di integrazione sociosan.;• definire le prestazioni integrate erogabili, gli ambiti assistenziali coinvolti e le relative competenze economiche;• definire e rilevare un set minimo di informazioni presso ASL e Comuni sulle esperienze di integrazione socio sanitaria e aggiornamento periodico;• coordinare i soggetti preposti all'attuazione dell'integrazione socio sanitaria;• promuovere la partecipazione del volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione sociale.• individuare specifici indicatori di processo e di esito, cui legare la piena remunerazione prevista dall'Accordo integrativo regionale per la medicina generale;	<p>ambito distrettuale sono:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ADI per soggetti anziani, disabili e minori;▪ Centri diurni socio – riabilitativi per disabili;▪ Assistenza 24 ore su 24 per i disabili;▪ RSA disabili e anziani non curabili a domicilio;▪ Cure domiciliari san. per persone parzialmente non autosufficienti in Case di Riposo;▪ Affidi minori, affidamento familiare, adozioni;▪ Interventi per disagiati psichici;▪ Servizi attuati in base ai progetti ex L. 285/97. <p>La Regione intende attivare o implementare:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ i criteri per la presa in carico degli utenti;▪ le prestazioni integrate erogabili in ADI;▪ la valutazione multidimensionale;▪ la mobilità del personale nel riequilibrio ospedale/territorio ex Piano di rientro;▪ ADI che coinvolga realmente gli specialisti ospedalieri e specialisti ambulatoriali;▪ l'uso della telemedicina;▪ il coordinamento tra i Centri di assistenza domiciliare (CAD) e i servizi sanitari e sociali;▪ il sistema informativo dedicato. <p>Le ASL sono tenute ad attivare/sviluppare:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ sistemi per valutare l'appropriatezza prescrittiva▪ percorsi formativi per facilitare la presenza dei PLS presso i centri ospedalieri con unità pediatriche;▪ protocolli di ricerca in pediatria territoriale;▪ partecipazione alle UVM;▪ programmi per migliorare la qualità dei servizi socio sanitari;▪ forme associative (in rete, in associazione, in gruppo) o integrative dei MMG, PLS, altri.▪ continuità assistenziale e dimissioni protette <p>Nel 2008-10 il Piano Attuativo Locale (PAL) delle ASL</p>	<p>Istat si stima che nel Lazio, le persone non autosufficienti ammonterebbero a poco meno di 250mila (4,6% della popolazione regionale). Secondo la normativa reg., poi, le persone non autosufficienti devono essere in possesso di un indicatore della situazione economica equivalente del nucleo familiare (ISEE) non superiore a 14.000 euro, fatte salve le disposizioni assunte dagli enti locali in materia di accesso alle prestazioni ed ai servizi sociali.</p> <p>I fondi saranno assegnati ai Comuni - o altri enti capofila - che avranno presentato all'assessorato alle Politiche Sociali piani distrettuali per la non autosufficienza entro il 1° ottobre 2007, dopo aver coinvolto nella loro redazione le organizzazioni sindacali e gli organismi del</p>	<p>c.d. “Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.)” e pertanto commisurato al reddito complessivo del nucleo familiare, fatta salva l'esenzione dalla retta per i soggetti titolari della sola pensione sociale.</p> <p>La Regione avvierà la rimodulazione “in maniera graduale” al termine di un periodo di sperimentazione di 12 mesi.</p> <p>Ecco le quote previste:</p> <ul style="list-style-type: none">- per gli utenti in possesso di reddito annuale I.S.E.E. non superiore ad € 13.000,00: 40% a carico dell'assistito con concorso del Comune e 60% a carico del Fondo sanitario;- per gli utenti in possesso di reddito annuale ISEE compreso tra € 13.000,00 ed € 25.000,00: 40% a carico dell'assistito senza concorso del Comune e 60% a carico del Fondo sanitario;- per gli utenti in possesso di reddito annuale I.S.E.E. superiore ad € 25.000,00: 50% a carico dell'assistito e 50% a carico del Fondo sanitario.	<p>delle attività distrettuali;</p> <ul style="list-style-type: none">- sviluppo verso forme integrate dei sistemi informativi territoriali esistenti o in fase di attivazione/progettazione. <p>Budget unico per le attività sociosanitarie a copertura dell'insieme dei costi sostenuti, indipendentemente dal soggetto che effettivamente eroga la prestazione:</p> <p>Specifiche risorse economiche quali quelle provenienti dal fondo per la non autosufficienza e dal fondo sociale attualmente destinate alla realizzazione dei piani di zona.</p>
--	---	---	---	---	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

<ul style="list-style-type: none">• valutare le diverse forme di associazionismo medico;• realizzare il sistema informativo per le cure primarie.• predisporre attività di formazione e affiancamento per sostenere la rete delle funzioni di coordinamento sociosan. (ASL, Comuni/Municipi) a partire dal 15 ottobre 2007;• istituire un gruppo di lavoro per la standardizzazione delle buone pratiche, per facilitare la diffusione di percorsi assistenziali omogenei nell'intero territorio regionale.• sviluppare un apposito sistema informativo per garantire il funzionamento dell'intero processo e valutare i risultati conseguiti. <p>Punto unico di accesso - DGR n. 433/2007 “Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di deospedalizzazione nella Regione Lazio”.</p> <p>Decreto n. 87 del 2009 Piano sanitario regionale 2010-2012</p>	<p>deve attivare/sviluppare:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ il Punto Unico di Accesso integrato in ciascun distretto sociosanitario;▪ strumenti standardizzati di Valutazione Multidimensionale.▪ Percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio per garantire la continuità assistenziale▪ la partecipazione delle comunità locali.▪ modalità per integrare le attività delle diverse figure professionali nel distretto;▪ sperimentare la figura dell'Infermiere di comunità nella funzione di case management;▪ sperimentare un modello socio-sanitario per soggetti affetti da patologie croniche;▪ istituire la funzione di coordinamento sociosanitario a livello aziendale e di distretto (coordinatore sociosanitario di distretto); <p>Gli stessi obiettivi dovranno essere implementati nell'ambito dei PAT del Distretto e dei PDZ sociali.</p> <p>Il PSR 2010-2012 prevede che l'intesa programmatica tra il sistema sociale e quello sanitario, relativamente a livelli di erogazione, prestazioni e risorse, costituisce l'elemento sostanziale per l'effettiva attuazione dell'integrazione. Altrettanto importante appare la condivisione, tra i due sistemi, di un modello organizzativo-gestionale che preveda, trasversalmente ad ambiti assistenziali e destinatari, la valutazione multidimensionale della persona e la gestione del caso sulla base di un piano di assistenza. L'ambito territoriale di riferimento per l'integrazione sociosanitaria è individuato nel Distretto, ed è soprattutto nella sfera della cronicità e della non autosufficienza, aree in progressiva crescita, che si richiede una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.</p>	<p>terzo settore.</p>		
--	--	-----------------------	--	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>Punto 3b. Integrazione sociosanitaria</p>	<p>La Regione Lazio già con la L.R. n. 38/1996, e con il primo Piano socio-assistenziale regionale 1999-2001, ha anticipato per alcuni aspetti la L. n. 328/2000, e ha recepito, in seguito, la legge di riforma nell'ambito del Piano socio-assistenziale regionale 2002-2004 e nelle linee di indirizzo per i Piani di zona. Successivamente la D.G.R. 433/2007 e il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 18 di settembre 2008 hanno indicato le priorità degli interventi e le modalità per la definizione delle risorse.</p> <p>Il PSR 2010-2012 ritiene necessario sostenere i processi di integrazione tra istituzioni attraverso la costituzione della Conferenza regionale per la programmazione sanitaria e sociosanitaria (L. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni). Tale Conferenza sarà dotata di un regolamento funzionale, condiviso con gli Enti locali.</p> <p>Le indicazioni relative alle strategie di integrazione emerse dalla Conferenza regionale saranno riprese e attuate dalla Conferenza locale (ASL, Comuni/Municipi) attraverso gli strumenti programmatori del PAL, del Piano attuativo territoriale (PAT) e del Piano di zona (PdZ). A questo scopo si individua la necessità di definire un Piano per Roma, al fine di integrare e coordinare le azioni dei PAL territoriali (ASL/Municipi), da collegare a quelli della Provincia di Roma in vista dell'attuazione della città metropolitana.</p> <p>Le sedi di integrazione istituzionale per il governo comune sono il luogo privilegiato di confronto tra le istituzioni e per l'avvio del percorso per la definizione di un budget unico da destinare alle attività sociosanitarie a copertura dell'insieme dei costi sostenuti, indipendentemente dal soggetto che effettivamente eroga la prestazione.</p> <p>Il PSR 2010-2012 descrive, inoltre, i principali problemi e le risposte individuate, che costituiscono le linee di azione volte a raggiungere l'obiettivo di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria.</p>			
--	---	---	--	--	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

--	--	--	--	--	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell’area sociosanitaria	Competenze economiche
Liguria	<p>La Regione ha due distinti Assessorati, alla salute e alle Politiche sociali.</p> <p>L.R. n. 41/2006 Riordino del servizio sanitario regionale</p> <p>L.R. n. 12/2006 Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari.</p> <p>Per servizi sociosanitari si intendono le prestazioni definite dal DPCM 14.2.2001, dall'Allegato 1.C del DPCM 29.11.2001 di definizione dei LEA e dall'art. 3-septies del D.Lgs. 502/92 e modificazioni.</p> <p>Le prestazioni sociosanitarie si articolano in: prestazioni sociali a rilevanza sanitaria finalizzate a supportare le condizioni economico-</p>	<p>La Regione, in attuazione dei principi e delle finalità di cui alla L.R. 12/2006, ha approvato il Piano Sociale Integrato Regionale (Psir), con DCR n. 35/2007 dopo ampio confronto con i comuni, le province, gli attori sociali.</p> <p>Il Piano stabilisce al 30 aprile di ogni anno il termine utile entro cui Enti pubblici, Enti del Terzo Settore e Org. sociali possono presentare progetti sperimentali o di particolare rilevanza regionale relativi alle aree di intervento individuate dal Psir</p> <p>Il Piano ha acquisito il parere di: Comitati dei Sindaci di Distretto Sociosanitario, Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria Regionale Consulta del Terzo Settore.</p> <p>Il Piano definisce: gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, con riferimento alle politiche sociosanitarie integrate ed i fattori di rischio sociale da contrastare; le modalità di attuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale ed il collegamento con i livelli essenziali di assistenza sociosanitari, le aree di priorità assistenziale, le modalità di accesso ai servizi, le forme di integrazione con la scuola, la formazione, le politiche per il lavoro e per la casa; le priorità regionali di intervento, nonché le</p>	<p>La L.R. 12/2006 “<i>Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari</i>” – Art. 47 istituisce il Fondo Regione a favore della Non Autosufficienza, destinato agli anziani ultrasessantacinquenni (invalide al 100% con indennità di accompagnamento) e alla disabilità grave e permanente, che comporta l’incapacità della persona a svolgere le funzioni essenziali della vita quotidiana.</p> <p>Il contributo potrà raggiungere al massimo i 350 € mensili o meno, in base al reddito ISEE.</p> <p>Condizione indispensabile per l’erogazione del contributo sarà la sottoscrizione del</p>	<p>Per le strutture sanitarie e sociosanitarie:</p> <p>Il Manuale dell’accreditamento è stato approvato con la DGR n. 395/2002 e modificato con DGR n. 1575/2003.</p> <p>La DGR n. 784/2007 ha approvato la ricognizione delle strutture accreditate e sono state dettate ulteriori disposizioni per la riorganizzazione del sistema di accreditamento (L. 296/2006 e Accordo 6/3/2007 – Piano di rientro dal disavanzo SSR)</p> <p>La DGR n. 529/2007 ha approvato la ricognizione delle strutture dell’area</p>	<p>La L.R. 12/2006 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”, definisce: art. 51 - <i>concorso alla spesa e tariffe delle prestazioni sociali</i> :</p> <p>Il concorso alla spesa per le prestazioni sociali è disciplinato dal Piano Sociale Integrato Regionale, tenendo in considerazione:</p> <p>a) i livelli essenziali delle prestazioni sui diritti civili e sociali, come individuati dallo Stato ai sensi dell'art. 117 della Costituzione;</p> <p>b) le agevolazioni per i nuclei familiari con componenti di minore età, componenti disabili, componenti ultrasessantacinquenni;</p> <p>c) le condizioni di reddito dei richiedenti le prestazioni, secondo il D.Lgs. n. 109/1998;</p> <p>d) i criteri per il concorso alla spesa di cui all'art. 24, comma 1, lettera g), della l. n. 328/2000;</p> <p>e) le esenzioni al concorso alla spesa per le persone e nuclei familiari di cui all'art. 2, comma 3, della l. n. 328/2000, utilizzando lo strumento dell'I.S.E.E. per valutare l'equivalenza del reddito in base al numero dei componenti il nucleo familiare.</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>sociali della persona, con problemi di disabilità, non autosufficienza o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;</p> <p>prestazioni sanitarie a rilevanza sociale finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.</p> <p>La legge trasforma i Distretti in “Distretti Sociosanitari”, che costituiscono “la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse o di secondo livello e le funzioni sociosanitarie”. Sono coincidenti con le zone sociali.</p> <p>Nel Distretto Sociosanitario sono assicurate:</p> <p>- l'organizzazione dello Sportello Integrato Sociosanitario, in collegamento con gli</p>	<p>sperimentazioni e i servizi innovativi;</p> <p>gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo della rete di promozione e protezione sociale e la definizione dei rapporti con le politiche di sviluppo locale, che concorrono al miglioramento della qualità di vita dei cittadini (piani regolatori sociali);</p> <p>gli indirizzi e le procedure per la predisposizione dei Piani dei Distretti Sociosanitari e di Ambito Territoriale Sociale;</p> <p>i parametri organizzativi e l'aggiornamento del personale;</p> <p>le modalità di verifica e valutazione dei Piani di Distretto Sociosanitario;</p> <p>gli indirizzi generali per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni sociali;</p> <p>gli indirizzi per favorire l'adozione di criteri omogenei per l'accesso alle prestazioni sociali;</p> <p>i criteri generali per l'accreditamento delle strutture e dei servizi sociali.</p> <p>Il Piano Sociale Integrato Regionale definisce, altresì, i criteri per la ripartizione ai Distretti Sociosanitari e agli Ambiti Territoriali Sociali delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento della rete locale dei servizi</p> <p>Il Piano Sociosanitario del Distretto è approvato d'intesa dal Direttore generale della ASL e dal Comitato dei sindaci.</p> <p>Per la materia sociale all'interno di ogni Distretto Sociosanitario, il Comitato dei Sindaci del Distretto approva il Programma delle Attività Sociali, quale componente della pianificazione del Distretto Sociosanitario.</p> <p>Il Piano di Ambito Territoriale Sociale è lo strumento della programmazione locale della rete dei servizi</p>	<p>patto con la famiglia o la persona che ha in carico l'anziano o il disabile per assisterlo a domicilio e non accedere contemporaneamente a forme di residenzialità permanenti.</p> <p>Il Fondo finanzia prioritariamente le prestazioni sanitarie e sociosanitarie inserite nei LEA (allegato 1.C del DPCM 29.11.2001).</p> <p>E' gestito dai Comuni capofila di Distretto sociosanitario.</p> <p>E' alimentato da:</p> <p>le risorse del Fondo Sanitario già destinate alle attività sociosan. di tipo domiciliare e residenziale</p> <p>le risorse derivate dagli obiettivi del PSN per la non autosuff.;</p> <p>una quota delle risorse del Fondo Regionale per le Politiche Sociali,</p>	<p>sociosanitaria: anziani, disabili, Aids, dipendenze, patologie psichiatriche, con modifica del manuale di accreditamento di cui alla DGR n. 1575.</p> <p>Per le strutture sociali:</p> <p>La Commissione tecnica di cui all'art. 13 della L.R. 20/1999, valuta, ai fini dell'accreditamento, i requisiti dei servizi e dpi presidi sociali.</p> <p>Gli artt. 19 e 53 della L.R. 12/2006 riguardano il ruolo dei soggetti privati profit e no profit, indicando:</p> <p>i soggetti della cooperazione sociale, del volontariato, le associazioni di promozione sociale e le imprese sociali, concorrono all'erogazione di prestazioni sociali, sociosan. e</p>	<p>Il Piano Sociale Integrato Regionale definisce i criteri e le modalità per la partecipazione ai costi da parte dell'utenza dei servizi finanziati dal Fondo per la Non Autosufficienza.</p> <p>Nel rispetto dei punti a) – e) , il Piano Sociale Integrato Regionale fornisce ai Comuni indirizzi per la definizione delle tariffe relative alle prestazioni sociali.</p> <p>Art. 55 (Sistema di finanziamento dei servizi sociali)</p> <p>Alla realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali concorrono i finanziamenti dei Comuni, Regione, Stato e le compartecipazioni dei cittadini.</p> <p>Sono a carico dei Comuni, singoli o associati, le spese per l'attivazione delle prestazioni relative ai livelli essenziali di assistenza sociale.</p> <p>La Regione, attraverso il Fondo Regionale per le Politiche Sociali ed i trasferimenti del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, concorre in termini sussidiari e solidaristici a cofinanziare le attività sociali per garantire equilibrio e sostenibilità della rete assistenziale su tutto il territorio regionale.</p> <p>Ai sensi dell'art. 20, comma 9 della L. 328/2000, confluiscono nel Fondo regionale anche le risorse finanziarie nazionali destinate agli emolumenti</p>
--	--	---	---	--	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

<p>Sportelli di Cittadinanza istituiti dagli Ambiti Territoriali Sociali;</p> <p>- l'assistenza domiciliare integrata;</p> <p>- la semiresidenzialita e residenzialita extraospedaliera;</p> <p>- gli interventi a favore della non autosufficienza</p> <p>L'esercizio di tali funzioni e subordinato alla specifica attribuzione del Comitato dei Sindaci che, allo scopo, individua al suo interno un comune capofila delegato alla gestione.</p> <p>Direttore Sociale è responsabile dell'attuazione e della gestione delle funzioni sociali. Si avvale di una segreteria tecnica di cui fanno parte i coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali e personale di supporto.</p> <p>Il Direttore del Distretto risponde della gestione delle funzioni sanitarie.</p> <p>Per garantire l'operatività dell'integrazione</p>	<p>sociale di base. Il Piano è predisposto dalle Unità Operative Multiprofessionali dello Sportello di cittadinanza.</p> <p>Il Distretto Sociosanitario organizza l'accesso unificato alle prestazioni integrate, attraverso lo Sportello Integrato Sociosanitario.</p> <p>Lo Sportello ha i suoi punti di accesso presso gli Sportelli di Cittadinanza collocati negli Ambiti Territoriali Sociali e può anche essere collegato alla rete degli Sportelli Sociali attivati da enti pubblici, da soggetti del Terzo Settore, da patronati e dal privato sociale.</p> <p>Gli Sportelli Sociali forniscono informazioni a supporto dei cittadini circa i diritti e le opportunità sociali, i servizi e gli interventi del sistema locale.</p> <p>Presso la Regione è istituito il Sistema Informativo dei Servizi Sociali e Sociosanitari (SISSS) per l'organizzazione dei flussi informativi dei Comuni, delle Province, delle ASL e degli altri soggetti del sistema integrato.</p> <p>Presso la Regione è istituito anche l'Osservatorio delle Politiche Sociali che svolge funzioni di monitoraggio, valutazione, diffusione delle conoscenze sui fenomeni sociali.</p> <p>Nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale, è individuato il Fondo per le Politiche Sociosanitarie costituito dalle risorse finanziarie collegate ai livelli essenziali di assistenza sociosanitari di cui all'Allegato 1.C del d.P.C.M. 29 novembre 2001, con particolare riferimento alla domiciliarità, alla residenzialità e</p>	<p>trasferito dallo Stato ai sensi della l.328/2000;</p> <p>entrate regionali anche provenienti dalla fiscalità;</p> <p>altre risorse provenienti da Fondazioni o donazioni.</p> <p>Il Fondo è ripartito annualmente alle ASL e ai Comitati dei Sindaci di Distretto Sociosan. per le attività individuate dai Piani di Distretto sociosan.</p> <p>DGR n. 1106/ 2006 – Programma della non autosufficienza</p> <p>Misure a favore della non autosufficienza:</p> <ul style="list-style-type: none">- Accertamento della non autosufficienza;- Procedura e tempi di valutazione;- Erogazione della misura economica.	<p>socioeducative, secondo le proprie specificità, purché iscritti negli appositi registri regionali (Registri del volontariato, delle cooperative sociali, dei soggetti privati che svolgono attività nel settore sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle organizzazioni reg. per il servizio civile nazionale)</p> <p>I soggetti privati a scopo di lucro, purché accreditati, concorrono all'offerta di servizi sociali e sociosanitari conformandosi a quanto stabilito dalla normativa vigente, dal Piano Sociale Integrato Regionale e dai Piani di Distretto Sociosanitario.</p> <p>Le rappresentanze dei soggetti privati sono chiamate dalla Regione e dai Distretti Sociosanitari alle consultazioni in materia di</p>	<p>economici per l'invalidità civile, cecità e sordomutismo, erogati a cittadini della Liguria; tali risorse conservano specifica finalizzazione.</p> <p>Il Fondo regionale per le politiche sociali è costituito da: risorse finanziarie proprie della Regione; trasferimenti del fondo nazionale per le politiche sociali; risorse provenienti da altri soggetti pubblici e privati.</p> <p>Il Fondo cofinanzia i Piani di Distretto Sociosanitario, con particolare riferimento a:</p> <ol style="list-style-type: none">a) sostegno agli Ambiti Territoriali Sociali;b) interventi sussidiari per garantire in maniera omogenea i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 26, comma 4;c) sostegno alle politiche individuate al Titolo IV della presente legge;d) investimenti in conto capitale. <p>3. Il Fondo Regionale per le Politiche Sociali di parte corrente e ripartito dalla Giunta regionale tra gli Ambiti Territoriali Sociali e i Distretti Sociosanitari e assegnato ai relativi Comuni capofila.</p> <p>4. Nell'ambito della pianificazione regionale le risorse finanziarie disponibili vengono finalizzate anche a particolari obiettivi, quali:</p> <ol style="list-style-type: none">a) azioni di solidarietà per le comunità locali più deboli;b) particolari situazioni di emergenza
--	--	--	---	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>sociosan. le ASL e i Comuni stipulano una convenzione</p> <p>secondo uno schema tipo predisposto dalla Giunta regionale.</p> <p>L'Ambito Territoriale Sociale rappresenta la sede di accesso alla rete locale di interventi e servizi sociali.</p> <p>A tal fine l'Ambito Territoriale Sociale istituisce lo Sportello di Cittadinanza, anche come punto decentrato delle attività sociosanitarie di competenza dello Sportello Integrato del Distretto Sociosanitario.</p> <p>La rappresentanza dell'Ambito Territoriale Sociale è affidata alla Conferenza di ambito, ossia la Conferenza dei Sindaci</p> <p>dell'Associazione Intercomunale dell'Ambito, che elegge a maggioranza assoluta un Presidente che coordina la stessa Conferenza.</p>	<p>semiresidenzialita per minori, anziani, disabili, malati di mente, dipendenze, malati terminali.</p>	<p>DGR n. 219/2008 - indicazioni per l'avvio della prima fase di messa a regime del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza:</p> <ul style="list-style-type: none">- elaborazione del profilo della non autosufficienza;- determinazione della possibilità di accedere ai contributi per coloro che presentano un valore Isee fino ad un massimo di 20.000 mila euro.	<p>programmazione sociale e sociosanitaria.</p>	<p>sociale;</p> <p>c) interventi di valenza regionale;</p> <p>d) azioni innovative e sperimentali.</p> <p>5. Le risorse finanziarie destinate agli investimenti in conto capitale vengono ripartite dalla Giunta regionale tenendo conto dei Piani di Distretto Sociosanitario, relativi alle strutture sociali residenziali e semiresidenziali, con prioritá ai territori meno dotati, in rapporto agli indicatori del Piano regionale. La pianificazione regionale presta particolare attenzione all'adeguamento delle strutture esistenti ai requisiti stabiliti dalle norme regionali e nazionali.</p> <p>6. Sono finanziabili gli investimenti per la realizzazione di opere a cui è stato apposto vincolo decennale di destinazione d'uso. La Giunta regionale, per motivi di interesse pubblico della comunità locale, può autorizzare la rimozione del vincolo di destinazione.</p> <p>8. Con appositi piani di intervento, la Regione e i Comuni utilizzano anche finanziamenti promossi dall'Unione Europea per la realizzazione di progetti in materia di politiche sociali e di sviluppo locale.</p>
--	---	---	--	---	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale – Art. 15, L.R. n. 12/2006</p> <p>Punto unico di accesso -L.R. n. 12/2006.</p>				
--	---	--	--	--	--



Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Lombardia	<p>L..R. n. 31/1997 - Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali</p> <p>Principi della riforma:</p> <ul style="list-style-type: none">Il cittadino è libero di scegliere l'erogatore di prestazioni;Separazione tra acquirenti (garanti del cittadino: ASL) ed erogatori di prestazioni sanitarie (Ospedali, servizi ambulatoriali);Uguali diritti e doveri tra erogatori pubblici e privati del SSR, sulla base del sistema di Accreditamento;Aziendalizzazione delle strutture pubbliche per guadagnare efficienza;Reale pagamento a prestazione. <p>Presenza del Dipartimento ASSI (Attività sociosanitaria integrata) in ogni ASL, finalizzato ad assicurare l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle sociali e sociali di rilievo sanitario; raccoglie in tutto o in parte le attività su indicate.</p> <p>I distretti sono socio-sanitari (ai sensi del PSR 2002-04, confermato dal successivo Piano) grazie alla presenza simultanea dei tre momenti specifici di intervento, sanitario, socio sanitario e sociale. Hanno una dimensione di norma di 100.000</p>	<p>Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2007-2009 (DCR n. 257/2006)</p> <p>Linee di sviluppo delle diverse aree di intervento:</p> <p>Famiglia:</p> <ul style="list-style-type: none">Politiche di sostegno alla tensione reddituale ed alla maternità (riduzioni fiscali, voucher, Fondo educativo). <p>Anziani:</p> <ul style="list-style-type: none">Politiche che consentano la permanenza a domicilio, l'accesso facilitato ai servizi tramite l'integrazione di interventi e servizi. <p>Disabili:</p> <ul style="list-style-type: none">Politiche di inclusione nella vita sociale e lavorativa; sostegno all'autonomia; permanenza nel nucleo familiare. <p>Minori:</p> <ul style="list-style-type: none">Politiche d'integrazione tra famiglia e ambienti formativi ed educativi per ridurre il disagio del minore;Povertà ed esclusione sociale;Politiche di prevenzione del rischio e iniziative di reinserimento e reintegrazione sociale;Contrasto all'esclusione sociale: sostenibilità delle condizioni di vita e di sicurezza. <p>Dipendenze:</p> <ul style="list-style-type: none">Contrasto alle forme di dipendenza, interventi di prevenzione alle famiglie con particolare attenzione ai soggetti giovani e fragili <p>Costituzione Osservatorio Regionale</p>	<p>Governo della Spesa</p> <ul style="list-style-type: none">Assegnazione alle ASL della quota capitariaSistema di pagamento a prestazione (ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali, altro), con alcuni correttivi (funzioni complesse, incentivi qualità, ...)Tetto alle prestazioni (di ricovero, ambulatoriali, farmaceutica) per singola ASL; decurtazioni differenziate in caso di superamento del tettoNegoziazione	<p>Attuazione L.R. n. 31/1997 (gli articoli 4 e 12 riguardano l'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private)</p> <p>Si accreditano tutte le strutture sociosanitarie con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none">riabilitazioneanziani <p>La normativa di riferimento è la D.G.R. VI/38133 del 6/08/1998 (di approvazione dei requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private), il sistema è già pienamente attivato.</p> <p>La Regione ha adottato una serie di provvedimenti sui requisiti ulteriori di accREDITAMENTO per singoli settori sanitari e sociosanitari (hospice, RSA per anziani, centri diurni)</p>	<p>Governo della Spesa</p> <ul style="list-style-type: none">Assegnazione alle ASL della quota capitariaSistema di pagamento a prestazione (ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali, altro), con alcuni correttivi (funzioni complesse, incentivi qualità, ...)Tetto alle prestazioni (di ricovero, ambulatoriali, farmaceutica) per singola ASL; decurtazioni differenziate in caso di superamento del tettoNegoziazione del budget, con assegnazione al



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>abitanti; partecipano alla funzione di committenza della ASL (produzione, acquisto, controllo).</p> <p>La realizzazione di un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria si attua attraverso la gestione unitaria dei servizi in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'azienda sanitaria locale o, in alternativa, la stipula di accordi di programma tra gli enti interessati. L'ambito territoriale per la gestione unitaria di tali servizi è coincidente, di norma, con i distretti.</p> <p>Obiettivi rispetto al sistema di GOVERNANCE:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sostenere il progressivo passaggio dei Comuni dal ruolo di produzione diretta dei servizi al ruolo di governance del sistema locale in ambito sociale:▪ Ridefinizione ruolo delle ASL▪ Valorizzazione del ruolo degli Enti Locali▪ Governo del sistema sociosanitario attraverso:▪ Regole e processi di autorizzazione, accreditamento e vigilanza▪ Evoluzione del sistema di remunerazione da tariffazione a negoziazione del budget▪ Sostegno al Terzo Settore, nel duplice	<p>Riabilitazione:</p> <p>- Regolazione del sistema attraverso: meccanismi di autorizzazione e accreditamento, definizione dei budget e contrattazione con le ASL</p> <p>I Processi di riforma del prossimo triennio:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sostegno alla famiglia▪ Rete sociosanitaria▪ Sviluppo del Terzo Settore▪ Coesione Sociale <p>Il Sostegno e lo sviluppo delle reti, tramite diversi progetti innovativi e sperimentazioni, nella prospettiva della community care, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Custode sociosanitario▪ Case management a favore dell'anziano▪ Fondazioni di erogazione (grant making)▪ Telefonia sociale▪ Sportello disabili▪ Innovazione tecnologica (domotica)▪ Iniziative di cooperazione anche in ambito europeo ed extraeuropeo.	<p>del budget, con assegnazione al DG dell'obiettivo economico</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Monitoraggio costi RSA <p>L.R. n. 3/2008 – prevede un apposito fondo a favore delle persone non autosufficienti che ha il fine di favorirne l'autonomia e la vita indipendente;</p> <p>DGR n. 8/9152 del 2009 - Ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2008, del Fondo Sociale Regionale 2009 e del Fondo nazionale per le non Autosufficienze 2008.</p>	<p>integrati, consultori familiari, SERT, riabilitazione etc.).</p>	<p>DG dell'obiettivo economico</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Monitoraggio costi RSA
--	--	--	---	---	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>ruolo di produttore di servizi e di promotore sociale</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Individuazione di forme di partenariato pubblico/privato: Fondazioni di erogazione e profit for non profit▪ Promozione di un nuovo soggetto giuridico: Impresa Sociale <p>Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale – Art. 6, L.R. n. 31/1997</p>		<p>Progetti di legge n. 0363 del 15 gennaio 2009 e n. 0407 del 17 luglio 2009 di istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza; attualmente in discussione (assegnati alla Commissione referente III).</p>		
--	--	--	--	--	--

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Marche	<p>DGR n. 306/2000 "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000-2002". Vengono istituiti e attivati gli ambiti territoriali, considerati luoghi privilegiati dell'integrazione in quanto in grado di attivare, attraverso la partecipazione, la costruzione di una rete sociale e porre in essere un programmazione dei servizi coordinata e coerente con quella del distretto sanitario.</p> <p>L.R. n. 13/2003 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale". La l.r. n. 13/2003 ha riformato e riordinato</p>	<p>DCR n. 62/2007 Piano sanitario regionale 2007/2009:</p> <ul style="list-style-type: none">- la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di ambito territoriale sociale e il raccordo dei servizi sanitari territoriali a livello di distretto sanitario;- la programmazione dell'integrazione sociosanitaria a livello regionale, con un ruolo centrale dell'Agenzia regionale sanitaria, raccordata a livello locale con i "network socio-sanitari" previsti nell'intervento organizzativo del presente Piano sanitario. <p>Le figure professionali di riferimento che</p>	<p>Protocollo regionale sulla non autosufficienza (4 giugno 2008)</p> <ul style="list-style-type: none">- istituisce il Fondo unico regionale che verrà attivato con l'asestamento di bilancio 2008.	<p>DGR n. 2200/2000-ME-SAN "L.R. 20/2000, art.6. Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie".</p> <p>DGR n. 1579/2001 -ME-SAN "L.R. n.20/2000, art.6 - Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie - Modifica della DGR n.</p>	<p>Costituiscono fonti di finanziamento ordinarie del fondo le risorse del fondo sanitario regionale, del fondo sociale regionale e del fondo nazionale per le non autosufficienze, nonché eventuali ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale.</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>il sistema sanitario, esprimendo una scelta decisa in merito all'integrazione sociosanitaria, a cominciare dall'introduzione del Responsabile dei Servizi di integrazione sociosanitaria, equiparato al direttore amministrativo e al direttore sanitario nel supporto al direttore generale dell'Azienda sanitaria unica regionale (Asur). L'integrazione sociosanitaria è realizzata da:</p> <ul style="list-style-type: none">- zone territoriali, con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari, dotate di autonomia gestionale e operativa;- direttore di zona, responsabile delle funzioni di programmazione e coordinamento;- Conferenza dei sindaci, che promuove l'integrazione tra i servizi di zona e i servizi socio assistenziali, proponendo e partecipando alla definizione di intese tra comuni, Asur e zona territoriale interessata per l'integrazione sociosanitaria;- distretti che sono il livello territoriale di base, in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali. <p>Punto unico di accesso - DCR n. 62/2007 Piano sanitario regionale 2007/2009.</p>	<p>promuovono e garantiscono il percorso di integrazione sono: il Coordinatore dell'ambito territoriale sociale e il Direttore di distretto.</p> <p>Gli strumenti di supporto alla programmazione sociale e sanitaria sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- i Piani comunitari per la salute;- il Piano delle attività zonali;- il Piano d'ambito territoriale;- il Piano delle attività distrettuali. <p>DGR n. 720/2007 "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria della Regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali". Gli indirizzi definiti nella delibera riguardano l'assetto organizzativo e le relazioni tra le strutture regionali e territoriali con la descrizione del modello marchigiano di governo delle politiche sociali e sanitarie (schema di riferimento per l'articolazione tra i diversi soggetti dell'integrazione sociosanitaria a livello di distretto/ambito territoriale sociale e la composizione e le attività della cabina di regia regionale con il compito di coordinare e raccordare tutte le attività e le priorità in tema di integrazione sociosanitaria).</p>	<p>L.R. n. 25/2008 (Assestamento del bilancio 2008) – Art. 37 Fondo regionale per la non autosufficienza.</p>	<p>2200/2000".</p> <p>DGR n. 1889/2001-ME-SAN "L.R. n.20/2000, art.15 - determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie".</p> <p>DGR 1887/2001 "Costituzione e funzionamento del Gruppo di Accreditamento Regionale (GAR)".</p> <p>DGR n. 310/2002 -ME-SAN "L.R. n. 20/2000 concernente: "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" art. 24 - Autorizzazioni provvisorie – determinazioni".</p> <p>L.R. n. 20/2002 "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale". La presente legge da una valenza strumentale ai processi di integrazione in quanto consente un ampliamento della rete sociale coinvolgendo più soggetti in grado di erogare servizi e prestazioni nel rispetto di <i>standard</i> qualitativi conformi ai requisiti di legge.</p>	<p>Al fondo possono afferire eventuali risorse messe a disposizione da altri soggetti. Alla realizzazione degli obiettivi concorrono altresì risorse proprie dei Comuni dagli stessi appositamente destinate nei propri strumenti di bilancio.</p>
--	---	---	---	---	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria
Molise	<p>L.R. n. 11/2007 “Disciplina del Servizio Sanitario nella Regione Molise”.</p> <p>L'integrazione delle attività socio-assistenziali e sanitarie si realizza nell'ambito del distretto con la compresenza dei tre momenti specifici di intervento: sanitario, socio-sanitario integrato, assistenziale.</p> <p>L.R. n. 34/2008 “Modifiche alla legge regionale 1° aprile 2005, n. 9, ad oggetto: Riordino del Servizio sanitario regionale”. La Regione assicura i livelli di assistenza attraverso l'Azienda sanitaria regionale del Molise (A.S.Re.M.), corrispondente all'intero territorio regionale. La A.S.Re.M., provvede all'integrazione, sia a livello programmatico che di attuazione, dei servizi sanitari con i servizi sociali nel rispetto di quanto previsto dall'art. 3 septies del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.</p>	<p>DCR n. 190/2008 Piano sanitario regionale per il triennio 2008-2010. In merito agli strumenti di programmazione regionale prevede:</p> <ul style="list-style-type: none">- di riallineare il Piano Sociale e il Piano Sanitario con la stesura di un unico Piano Sociosanitario Regionale, da adottare di concerto tra l'Assessorato alle Politiche Sociali e l'Assessorato alla Sanità;- di definire modalità per l'adozione tempestiva ed unitaria degli strumenti di programmazione locale: Programma delle attività territoriali del Distretto e Piano di zona degli Ambiti sociali comunali, una volta stabilizzato il processo di ridefinizione territoriale dei distretti e degli ambiti sociali e di valutare la possibilità di adottare uno strumento unico di programmazione sociosanitaria, per le aree ad alta integrazione. <p>Il Piano prevede anche la possibilità di costituire un fondo dedicato per il finanziamento degli interventi sociosanitari, costituito da quota parte del fondo sanitario per i servizi sanitari distrettuali e da quota parte delle risorse comunali e di ambito destinate al finanziamento dei servizi sociali, come previsto anche dal d.lgs. n. 229/1999.</p>	Non istituito	<p>Piano sanitario regionale per il triennio 2008-2010.</p> <p>Nel triennio deve essere garantita anche l'attuazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento, secondo le procedure e il manuale dei requisiti approvati con la DGR 25 giugno 2007, n. 717 e la DGR 30 luglio 2007, n. 905 e, per le strutture sociosanitarie, con la DGR 16 ottobre 2006, n. 1722 “Linee-guida per l'autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio delle attività e per l'accreditamento delle Strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali”.</p>

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area
---------	-----------------------	-----------------------------	-----------------	-------------------------------------



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

		sociosanitaria		sociosanitaria
Piemonte	<p>In Piemonte la L.r. n. 62/1995 "Norme per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali" ha dato la possibilità ai territori di separare i sistemi di produzione degli interventi sociali da quelli sanitari. Su quasi tutto il territorio regionale i comuni hanno costituito gli enti gestori (consorzi dei servizi socio-assistenziali) in gran parte dei casi con ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari.</p> <p>Con la L.r. n. 1/2004 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento" si sono recepiti i principi generali della l. n. 328/2000 e demandato ai territori la costruzione del "Sistema integrato degli interventi e dei servizi" fondamentalmente attraverso gli atti di programmazione locale (Piani di zona), in fase di definizione finale su quasi tutto il territorio regionale.</p> <p>I comuni singoli od associati provvedono a definire il piano di zona ai sensi dell'art. 19 della l. n. 328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza. L'accordo di programma regola le attività socio-sanitarie integrate, realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale.</p> <p>La L.R. n. 18/2007, l'art. 19 prevede che i distretti costituiscono l'articolazione territoriale delle ASL e l'ambito ottimale per l'integrazione delle attività socio-sanitarie.</p>	<p>L.R. n. 18/2007 "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale".</p> <p>Gli strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello regionale sono il piano socio-sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione; invece, gli strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello locale sono: i profili e piani di salute; i piani attuativi delle aziende sanitarie locali; i piani attuativi delle aziende ospedaliere; i piani di zona.</p> <p>Gli strumenti triennali di valutazione e di monitoraggio della programmazione socio-sanitaria regionale sono: la relazione socio-sanitaria regionale e la relazione socio-sanitaria aziendale.</p> <p>DCR n. 137-40212/2007 "Piano socio-sanitario regionale 2007-2010":</p> <ul style="list-style-type: none">- programmazione nel sistema integrato dei servizi;- integrazione socio-sanitaria: salute e benessere sociale;- quadro istituzionale e governo del sistema integrato dei servizi e degli interventi.	<p>Non istituito, ma prevede:</p> <p>L.R. n. 1/2004 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento" - politiche per le persone anziane e disabili Capi III e IV.</p> <p>DGR n. 50-4292/2006- accantonamento di 2 milioni di euro da destinare fra gli enti gestori delle funzioni socioassistenziali.</p> <p>DGR n. 43-5493/2007 - attivazione delle procedure per la realizzazione del Piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali e accantonamento ed assegnazione alla Direzione Politiche Sociali della somma di 180 mila euro.</p> <p>DGR n. 37-6500/2007 - criteri di compartecipazione degli utenti anziani non autosufficienti al costo della retta.</p> <p>DGR n. 37-10232/2008 - indirizzi e criteri per l'ammissione al contributo per la realizzazione di strutture</p>	<p>DCR n. 616-3149/2000 "Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione". In particolare: Allegato 1 – Parte II - Requisiti minimi organizzativi generali; Allegato 2/A – Parte I - Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private; Allegato 2/B – Parte I - Schede conoscitive ai fini della costruzione di un sistema". La DCR n. 616-3149/2000 è stata modificata ed integrata dalla DGR n. 81-14428/2004.</p> <p>DGR n. 58-14492/2004 "Approvazione linee-guida per la vigilanza da parte delle Commissioni ASL sui requisiti strutturali, impiantistici ed organizzativi delle Case di Cura private. Approvazione bozze di Intesa con le Ass. di Categoria delle Case di Cura private per l'Organizzazione interna e la regolamentazione dell'attività medica e per la Sanatoria dei Medici assistenti in servizio presso le Case di Cura private. Istituzione Elenco. In particolare: Allegato 1 – Requisiti strutturali, impiantistici ed organizzativi delle case di cura private: criteri e modalità di vigilanza".</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

socio-sanitarie.

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Puglia	<p>La Regione <i>ha due distinti Assessorati</i>, Politiche della Salute e Solidarietà – Politiche sociali e Flussi migratori.</p> <p>Il sistema è in fase di riorganizzazione sulla base di:</p> <ul style="list-style-type: none">- L.R. 10 luglio 2006, n. 19 Disciplina del Sistema integrato dei servizi sociali (e Regolamento attuativo n. 4 del 18.01.2007) e Regolamento Regionale 18 gennaio 2007, n.4 di attuazione- L.R. 3 agosto 2006 n. 25 Principi e organizzazione del SSR- L.R. 9 agosto 2006, n. 26 Interventi in materia sanitaria <p>Si prevede un percorso di progr. sociosanitaria integrata attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Commissione regionale per l'integrazione sociosanitaria</i>, per elaborare indirizzi, favorirne la diffusione, monitorare i processi di integrazione e i risultati, con parere anche su ambiti territoriali dei distretti. Presenta un a relazione semestrale ai Comitati consultivi misti delle AUSL e alla comunità, al fine di promuovere un confronto permanente con tutti i soggetti interessati e la	<p>Piano regionale delle Politiche Sociali 2004-06</p> <p>Il PSR 2002-2004 e Piano regionale di salute 2002-07, <i>Piano della salute e sistema integrato di interventi e servizi sociali</i>” costituisce il primo Piano approvato dalla Regione Puglia (DGR 27.12.2001, n. 2087). La sua vigenza è stata prorogata fino al 2006.</p> <p>Il Piano fornisce indicazioni programmatiche organiche per la riorganizzazione dei distretti, che diventano sociosanitari, con ambiti territoriali da rideterminare, di norma di 60.00 abitanti, anche perché si prevede l'accorpamento delle ASL da 12 a 6 (previsto anche dall'art. 14 LR. 25/2006) e della rete dei servizi territoriali.</p> <p>Il Distretto sociosanitario pugliese viene considerata la struttura di elezione, a livello aziendale, in grado di consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio – sanitari della popolazione.</p> <p>Nel Distretto sociosanitario operano:</p> <ul style="list-style-type: none">- Il Coordinatore dei servizi socio-sanitari- L'Ufficio di coordinamento distrettuale (UCAD)- La “Direzione cure primarie”, U.O. complessa, con compiti di coordinamento delle attività sociosanitarie e delle U.V.M. (L.R. n. 25/2006). il direttore medico responsabile della struttura complessa è in posizione di staff rispetto al Direttore del Distretto; Ha al proprio interno un	<p>Ad ottobre 2007 la Regione ha siglato, con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, un Protocollo d'Intesa sullo sviluppo dei servizi sociali e sociosanitari destinati ai cittadini non-autosufficienti.</p> <p>Il Protocollo, della durata di 3 anni, ha tra gli obiettivi quello di costituire un Fondo Regionale per la non-autosufficienza, creare una mappa sociale aggiornata sulla distribuzione territoriale dei cittadini non autosufficienti, stabilire nuovi criteri di</p>	<p>Il sistema di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie si basa su:</p> <ul style="list-style-type: none">- L.R. 28.5.2004, n. 8 Legge quadro sul sistema di autorizzazione ed accreditamento- Regolamento reg. 13.1.2005, n. 3: manuale dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio ed ulteriori per l'accREDITAMENTO- Regolamento reg. 6.4.2005, n. 16 sul fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accREDITAMENTO istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie- Regolamento reg. 2.3.2006, n. 3: fabbisogno di posti in strutture san. e sociosanitarie (strutture psichiatriche, Comunità terapeutiche per tossicodipendenti, Hospice, RSA, strutture specialistiche, consultori etc.)- L.R. 16.4.2007, n. 10, art. 36 – termine del 31.12.2007 per la	<p>Il Fondo globale socio-assistenziale regionale (FGSA) e il fondo nazionale politiche sociali (FNPS) finanziano i servizi sociali e per quota parte i servizi a rilievo sociosanitario.</p> <p>Il FSR assegnato al budget delle ASL, nella componente destinata alla sanità territoriale concorre alla spesa per la realizzazione delle prestazioni domiciliari e per la realizzazione di interventi mirati a carattere residenziale e semiresidenziale. La Regione provvede a rimborsare direttamente la spesa per la quota parte delle rette di RSA e RSSA.</p> <p>Le Aziende sanitarie Sociali definiscono i rapporti convenzionali per la compartecipazione al costo delle prestazioni (per la componente sanitaria)</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>concertazione sulle priorità socio – sanitarie (L.R. 19, art.11)</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Conferenza dei sindaci nelle ASL, con parere obbligatorio sul PAL (silenzio-assenso nei 30 gg.) e parere su nomina, proposta di revoca del Direttore Generale</i>• <i>Comitato dei sindaci di distretto, con parere obbligatorio sul PAT (silenzio-assenso nei 30 gg.)</i>• <i>Coordinamento Istituzionale di ciascun ambito territoriale sociale, che coincide con il distretto, per l'attuazione del Piano Sociale di Zona.</i> <p>Si mettono a sistema strumenti e percorsi già proposti con il Piano Regionale delle Politiche Sociali, quali:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>la Unità di Valutazione Multidimensionale</i>• <i>la Porta unica di Accesso</i> <p>A livello <i>politico Istituzionale</i> l'integrazione è garantita da un “Coordinamento istituzionale”, come luogo del governo politico-istituzionale del sistema territoriale dei servizi sociali e socio-sanitari, che trovano la loro definizione nel Piano delle Attività Territoriali e nei Piani di Zona.</p> <p>Il Coordinamento istituzionale deve:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>definire gli indirizzi politici</i>	<p>MMG designato dai componenti di medicina generale membri di diritto dell'UCAD.</p> <p>- La Direzione amministrativa, U.O. semplice.</p> <p>E' in fase di approvazione il nuovo Piano regionale della salute 2006-08 (bozza proposta con DGR 553/2007).</p> <p>Il documento ha raccolto le osservazioni di professionisti e cittadini (con DGR 11.7.2007, n. 1165 – “Il nuovo piano della salute con il contributo dei cittadini”).</p> <p>La proposta di Piano è stata elaborata sulla base del Documento strategico della Regione Puglia 2007-2013, gruppo Inclusione sociale, che rileva un contesto di gravi carenze rispetto a:</p> <ul style="list-style-type: none">• strutture sociosanitarie e sociali;• accessibilità alle cure per le fasce deboli• azioni di contrasto delle povertà• politiche di inclusione sociale e salute immigrati• programmazioni integrate e raccordo con il quadro finanziario <p>Il Piano Regionale delle Politiche Sociali (2004-2006) in scadenza il 31.12.2007 definisce, tra l'altro per ciascuna area prioritaria di intervento le tipologie di servizi e prestazioni che, in quanto a forte integrazione sociosanitaria, e a forte connessione con l'All. 1C del DPCM 29.11.2001. Prevede inoltre, nelle linee guida allegate che il PdZ concorra entro il primo triennio alla attivazione in tutti gli ambiti territoriali della ADI e della Porta Unica di Accesso con connessa Unità di Valutazione Multidimensionale.</p> <p>Il Piano di Zona</p> <p>Il Sindaco del Comune Capofila (il Presidente del</p>	<p>valutazione per l'assegnazione dei finanziamenti alle famiglie interessate e monitorare i Piani di Zona comunali. Il Fondo per l'Assegno di cura è finanziato per la l annualità sperimentale con i 15 milioni euro di fondi regionali destinati all'assegno di cura, che con i circa 6 milioni di euro del Fondo Nazionale per i non autosufficienti, ai quali va aggiunta l'assistenza domiciliare pagata con fondi dei Piani di Zona e della programmazione delle ASL.</p> <p>L.R. n. 2/ 2010 - Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari</p>	<p>conclusione del transitorio accreditamento e l'avvio dell'accred. definitivo</p> <ul style="list-style-type: none">- DGR 3.8.2007, n. 1398: Piano straordinario di verifica delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private <p>L.R. 26/2006 - stabilisce anche, per l'ass. domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none">- I Direttori Generali stipulano con i Presidi di riabilitazione funzionale contratti per prestazioni domiciliari, per disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, in ragione del fabbisogno di ciascuna Azienda USL.- Se occorre, i Direttori Generali stipulano contratti con i presidi insistenti in altri ambiti territoriali, purché nel territorio regionale, in ragione dell'abbattimento delle liste di attesa. <p>L'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sociali, di cui alla L.R. 19/2006, è subordinata a verifica di compatibilità (L.R. 8/2000) limitatamente alle strutture che chiedono di erogare anche prestazioni sanitarie riabilitative</p> <p>L'autorizzazione al</p>	<p>Assegnazione delle quote di spesa per assistenza a rilievo sanitario.</p> <p>Normativa di riferimento: I.r. 20/95; Regolamento regionale 1/97; Regolamento regionale 25/05</p> <ul style="list-style-type: none">- L.R. 9 agosto 2006, n. 26 Interventi in materia sanitaria Regolamenti regionali n. 1/97 – n. 25/05- L. R. 31 dicembre, 07 n. 40, art. 3, comma 39 (Disposizioni per la formazione del bilancio 2008 - Integrazioni all'art. 8 della L. R. n. 26/06) a
--	---	---	--	--	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

<ul style="list-style-type: none">• <i>coordinare le attività di progr.ne</i>• <i>gestire i processi di integrazione.</i> <p>Al Coordinamento istituzionale partecipa anche il Direttore generale dell'Ausl per:</p> <ul style="list-style-type: none">- definire l'Accordo di programma per l'adozione del Piano Sociale di Zona- concorrere alla sua attuazione con specifico riferimento alla organizzazione e al finanziamento dei servizi e degli interventi ad elevata integrazione sociosan. <p>Il Coordinamento istituzionale è titolare della funzione d'indirizzo generale dell'attività dell'Ufficio di Piano e ha il compito di dare attuazione alle forme di collaborazione e di integrazione fra Ambito sociale e l'Azienda Sanitaria di riferimento, per i servizi e le prestazioni dell'area sociosanitaria</p> <p>La Regione individua gli Ambiti territoriali sociali, prevedendo una coincidenza tra gli stessi e l'ambito del distretto sociosanitario. Il Comune capofila è sede del distretto sociosanitario.</p> <p>I Comuni definiscono il proprio assetto istituzionale tramite convenzione oppure consorzio, per promuovere l'esercizio in forma associata della funzione sociale.</p>	<p>consorzio) e Ufficio di Piano di Zona per il coordinamento dei Servizi Sociali dell'ambito territoriale danno avvio al percorso per la stesura del Piano Sociale di Zona</p> <p>Per l'attuazione dei servizi a rilievo socio-sanitario l'adozione del Piano è accompagnata dalla definizione di un accordo di programma con la provincia e le ASL. Per tutti gli ambiti territoriali sono stati sottoscritti gli Accordi di Programma. Le UVM e l'ADI sono attivate ancora a macchia di leopardo sul territorio, ma in modo sempre più diffuso.</p> <p>Il Piano Sociale di Zona è adottato dal Coordinamento Istituzionale ovvero dall'Assemblea Consortile dell'Ambito territoriale ed è approvato mediante Conferenza di Servizi, cui partecipano l'Ambito, la Asl, la Provincia, la Regione</p> <p>La Regione Puglia ha attivato l'Assegno di Cura per il sostegno economico ai nuclei familiari che hanno in carico persone non autosufficienti, e a cui siano già assicurate prestazioni domiciliari da un caregiver individuato (familiare, "badante", figure professionali ASL-Comune) senza il ricovero in strutture residenziali.</p> <p>Con il concorso delle risorse del Bilancio Regionale e delle risorse del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze, sarà costituito nel 2008 il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, a valle delle attività di concertazione del Tavolo Regione – OOSS per la Non Autosufficienza, istituito per effetto di apposito protocollo di intesa sottoscritto il 19 ottobre 2007.</p>	<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none">- miglioramento della qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone N.A. e delle loro famiglie;- realizzazione e potenziamento di un sistema di prevenzione della N.A. e della fragilità in coerenza con quanto previsto dal piano regionale di salute e dal piano regionale delle politiche sociali;- promozione di percorsi assistenziali che favoriscano la vita indipendente e la permanenza a domicilio delle persone N.A., (art. 2, l.r. n. 2/2010).	<p>funzionamento per le strutture sociali (L.R. 19/06) è rilasciata dagli ambiti territoriali competenti, previo parere della Asl sulla classificazione in fascia A o B delle stesse strutture. L'assessorato alle Politiche della Salute classifica la fascia e autorizza la stipula del contratto/convenzione. Su rendicontazione trimestrale si assegnano i contributi giornalieri.</p> <p>L'autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie è rilasciata dalla regione, sulla base dei requisiti minimi definiti dal Regolamento reg. 3/2005. L'ambito territoriale verifica il possesso dei requisiti minimi, avvalendosi degli uffici tecnici dei comuni, dei servizi sociali e -per gli aspetti di natura sanitaria - dell'Asl competente per territorio.</p> <p>Le strutture e i servizi sociali autorizzati (per minori, disabili, anziani, persone con disagio psichico) sono iscritti in appositi registri regionali (art. 53 L.R. 19/06 e Reg. 4/2007); l'iscrizione nei registri determina la legittimità all'esercizio delle attività.</p>	
--	---	---	---	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>L'ambito territoriale (gestione associata dei Comuni appartenenti allo stesso distretto socio-sanitario) partecipa al sistema di gestione dei servizi sociali e sociosanitari, nonché al loro percorso di autorizzazione e accreditamento.</p>	<p><i>Inoltre, la L.R. 26 /2006 “Interventi in materia sanitaria”, prevede l'istituzione di un Ufficio di Coordinamento aziendale delle cure primarie che fa parte della Direzione generale dell'AUSL. L'Ufficio ha il compito di coordinare e monitorare le attività svolte dagli Uffici per la programmazione ed il monitoraggio delle attività in medicina generale della Direzione del Distretto. L'ufficio è diretto da un medico di medicina generale indicato dal Comitato permanente Aziendale e fa parte del Collegio di direzione.</i></p> <p>Non si comprende bene come tale apparato si vada poi ad integrare con la struttura complessa cure primarie all'interno del Distretto.</p>		<p>L'accreditamento delle strutture sociali si basa sui requisiti ulteriori (organizzativi e procedurali tali da garantire un processo di miglioramento continuo della qualità) indicati dal Reg. 4/2007 ed è rilasciato dall'ambito territoriale competente.</p> <p>Il Reg. reg. 4/2007 elenca le tipologie di strutture sociali e sociosan. Che sono oggetto di accreditamento, tra cui:</p> <p>Residenza sociosanitaria assistenziale (RSSA) per diversamente abili (art. 58)</p> <p>E' una struttura per disabili gravi adulti, a bassa intensità sanitaria e ad alto grado di assistenza sociale. E' collegata con i servizi sanitari dell'ambito territoriale e si accede tramite l'UVM. Si distinguono RSSA di alta, media fascia in base ai requisiti di accoglienza alberghiera.</p> <p>Residenza sociosanitaria assistenziale (RSSA) per anziani (residenza protetta) etc.</p>	
--	---	---	--	---	--

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Sardegna	DCR 19 gennaio 2007 “Piano	L.R. n. 23/2005	L.R. n. 2/2007 (Legge finanziaria	L.R. n. 10/2006	Il Fondo è



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>regionale dei servizi sanitari”.</p> <p>L'assistenza sanitaria distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.</p> <p>Il Distretto garantisce l'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle aree materno-infantile, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale, delle persone con HIV, con patologie cronico-degenerative e con patologie oncologiche.</p> <p>Punto unico di accesso - DGR n. 7/5 del 2006 “Linee di indirizzo sulle attività sanitarie e socio-sanitarie di riabilitazione. Requisiti organizzativi e strutturali per l'accredimento dei soggetti erogatori”.</p>	<p>“Sistema integrato dei servizi alla persona”. I comuni associati e le Asl garantiscono l'integrazione socio-sanitaria attraverso la programmazione integrata degli interventi e servizi socio-sanitari di rispettiva competenza all'interno del Piano unitario locale dei servizi (PLUS).</p> <p>L.R. n. 10/2006 “Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna”. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali in ambito regionale, attraverso l'adozione del piano dei servizi sanitari e del piano dei servizi sociali e, in ambito locale, mediante il PLUS.</p>	<p>2007) – Art. 34 Fondo regionale per la non autosufficienza;</p> <p>DGR n. 27/41 del 2007- prima attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007: finanziamento dei piani personalizzati riferiti agli interventi per l'anno 2007 – 6 milioni di euro.</p> <p>DGR n. 30/34 del 2007 - attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. a) della l.r. n. 2/2007: finanziamento di un programma sperimentale di interventi a favore di persone che si trovino nelle condizioni di grave disabilità e non autosufficienza – 8 milioni di euro.</p> <p>DGR n. 44/13 del 2007 – attuazione dell'art. 34, co. 4, lett. b) ed f) della l.r. n. 2/2007: programma sperimentale a sostegno dei nuclei familiari che si avvalgono dell'aiuto di un assistente familiare – 6 milioni e 700 mila euro.</p> <p>DGR n. 51/37 del 2007- finanziamento dei piani personalizzati a favore di persone con grave disabilità – 41 milioni e 111 mila euro.</p>	<p>“Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5”. Gli artt. 5-8 prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none">- Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie;- Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie;- Accredimento istituzionale;- Accordi e contratti. <p>DCR 19 gennaio 2007 Piano regionale dei servizi sanitari. La Parte terza: “Il sistema delle regole” disciplina l'autorizzazione e l'accredimento.</p> <p>Piano regionale dei servizi sanitari 2006 - 2008 Il Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008, nella Parte Terza, riservata agli “Strumenti per il funzionamento del sistema”, dedica una sezione alle “Autorizzazioni e accreditamento”, in cui espone, sinteticamente, le caratteristiche del sistema ed individua i seguenti obiettivi in materia di accreditamento:</p> <ul style="list-style-type: none">– definizione di ulteriori requisiti, diversi da quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio, sulla base della esperienza internazionale e delle società scientifiche in materia di accreditamento di qualità;– attuazione delle nuove procedure previste dalla legge regionale n. 10 del 2006 per il rilascio dell'accredimento e delle modalità di revisione periodica degli accreditamenti per la loro eventuale conferma o revoca, e della effettiva costituzione del Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti (articolo 6, comma 3, della legge regionale n. 10 del 2006);– realizzazione di attività di formazione alle procedure di accreditamento per operatori delle aziende sanitarie, delle associazioni rappresentative delle strutture private, degli Ordini dei medici, dei rappresentanti degli organi di tutela dei cittadini.	<p>alimentato con risorse statali, regionali e comunitarie.</p>
--	---	---	---	---	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria
Sicilia	<p>DECRETO 3 maggio 2007 "Approvazione della direttiva per l'attivazione in via sperimentale del dipartimento funzionale per l'integrazione socio-sanitaria". Il dipartimento funzionale per l'integrazione socio-sanitaria garantisce che le attività sanitarie di base, specialistiche territoriali siano armonizzate con l'attività degli ospedali di comunità e delle aziende ospedaliere per garantire il processo non solo della continuità terapeutica, ma anche dell'integrazione con i servizi sociali, attività, quest'ultima, che resta a carico degli enti locali e del terzo settore. Deve sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area integrazione socio-sanitaria tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale attraverso la collaborazione coordinata ai fini sanitari di tutte le unità operative del pubblico e del privato sociale accreditato, che operano in detto settore.</p> <p>L.R. n. 10/2008 Istituzione, presso l'Assessorato regionale della sanità, della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale quale organismo rappresentativo delle autonomie locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria, con funzioni di indirizzo e programmazione in materia sanitaria e sociale.</p>	<p>L.R. n. 10/2003 "Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia". Interventi di carattere innovativo e sperimentale in ambito socio-sanitario da realizzare attraverso l'attribuzione, in base a livelli di reddito predeterminati, di erogazioni finanziarie denominate buoni socio-sanitari, da corrispondere con carattere periodico, in alternativa alle prestazioni di natura residenziale eventualmente dovute a nuclei familiari i quali comprendano nel loro ambito anziani non autosufficienti o disabili gravi (art. 10).</p> <p>DPR 7 luglio 2005 - definizione dei criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10, l.r. n. 10/2003: - anziani di età non inferiore ai 69 anni e 1 giorno; - nuclei familiari con reddito Isee non superiore a 7 mila euro; - misura massima di 450,78 euro mensili; - per un periodo non superiore a 6 mesi.</p> <p>DPR 7 ottobre 2005 - modifiche ed integrazioni al DPR 7 luglio 2005, concernente definizione dei criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10, l.r. n. 10/2003.</p> <p>DPR 6 marzo 2008 - nuovi criteri e modalità per l'erogazione del buono socio-sanitario a favore dei nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi: - anziani di età non inferiore ai 65 anni e 1 giorno; - nuclei familiari con un reddito Isee non superiore a 9 mila euro; - il quantum del beneficio da erogare viene stabilito rispettivamente in 350,00 ed in 450,00 mensili, in base alla gravità del bisogno assistenziale (medio-lieve o medio-grave); - per un periodo non superiore a 3 mesi.</p>	Non istituito	<p>Decreto Assessore Sanità n. 890/2002 "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana". Con tale decreto si approva il "Manuale per l'accreditamento della Regione Sicilia" (modificato poi con il Decreto 17 aprile 2003 "Integrazioni e modifiche al D.A. 17 giugno 2002, n. 890 concernente direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana e attuazione dell'art. 17 dello stesso decreto"). Il Decreto è stato ulteriormente modificato ed integrato dal Decreto Assessore Sanità n. 3928/2004.</p> <p>Decreto Assessore Sanità 25 giugno 2004 "Proroga dei termini per l'adeguamento ai requisiti organizzativi di cui all'art. 12, del D.A. 17 giugno 2002, n. 890.</p> <p>Decreto Assessore Sanità 01 luglio 2005 "Adozione della modulistica per richiedere l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana, ai sensi dell'art. 18 del decreto 17 giugno 2002, n. 890".</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Toscana	<p>La Regione ha due distinti Assessorati, al diritto alla salute e alle politiche sociali e allo sport.</p> <p>L.R. n. 40/2005 “Disciplina del Servizio sanitario regionale”, che sostituisce la L.R. 22/2000 e le norme precedenti sul riordino del SSR;</p> <p>Conferenza regionale delle società della salute – Art. 11, L.R. n. 40/2005</p> <p>L.R. n. 41/2005 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.</p> <p>Fino al 1992 c'era una delega obbligatoria dal Comune alle UsI delle funzioni sociali;</p> <p>dal 1992 al 1997, la delega non era obbligatoria e la Regione istituisce il Fondo sociale regionale.</p> <p>In seguito il Comune, titolare delle funzioni sociali, partecipa con le AusI alla programmazione nella zona-distretto.</p> <p>I PSR 2002-04 e PSR 2005-07 hanno previsto l'unificazione delle 34 zone (in pratica coincidenti con le 40 ex USL, con l'accorpamento delle USL di Firenze) con i 56 Distretti.</p> <p>La zona-distretto (ciascuna dotata di</p>	<p>DCR n. 113/2007 Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010.</p> <p>Risulta vigente il PSR 2005-2007. Si prevede la diffusione del modello della Società della Salute e una revisione degli strumenti programmatori, che diverranno:</p> <ul style="list-style-type: none">- Piano socio-sanitario regionale (con modifica delle leggi reg. n. 40/05 e 41/05)- Piani Integrati di Salute approvati in sede locale dalle Società della Salute, che sostituiranno gradualmente i due strumenti separati (Programma delle attività territoriali del Distretto e Piano di zona dei Comuni). Con essi ciascun soggetto assume impegni fissando obiettivi di crescita, e si concordano strumenti di verifica e di monitoraggio dei servizi.- Il Piano Attuativo Locale, adottato dalle ASL, dovrà attuarsi attraverso programmi annuali di attività di zona-distretto, che recepiscono, per la parte sociosanitaria, le indicazioni del PIS. <p>Dopo una prima fase sperimentale (avviata nel 2002, con il PSR 2002-04) la Regione prevede ora di estendere il modello delle Società della Salute (SdS) in tutte le zone-distretto. L'obiettivo è rilanciare l'integrazione tra sanità e sociale, riunendo in un unico soggetto il governo di tutti i servizi territoriali, di tipo sanitario, sociosanitario e sociale. Le SdS sono organismi societari misti (nella veste di “consorzi pubblici”, senza scopo di lucro, con budget e obbligo di pareggio di bilancio), cui partecipano le AusI e i Comuni (almeno l'80%) ed</p>	<p>Il “Progetto per la non autosufficienza” è parte integrante del “Piano integrato sociale regionale (Pisr)”. E' avviato dal 2007 con un primo stanziamento di 50 milioni di euro, in parte reperiti con gli stanziamenti previsti nella legge finanziaria nazionale, in parte finanziati con risorse proprie della Regione.</p> <p>Lo stesso Piano prevede l'istituzione di un Fondo unico per la non autosufficienza (FUNA).</p> <ul style="list-style-type: none">- viene definito, sulla base della diversa tipologia di utenti e di risposte assistenziali, un budget di riferimento- Il budget include risposte differenziate (servizi e/o buoni servizio per residenzialità, domiciliarità, sostegno alle attività di cura) da utilizzarsi con forme di flessibilità nella erogazione	<p>Il PSR 2005--2007 conferma, per il sistema dell'accreditamento, gli indirizzi organizzativi ed operativi approvati con il PSR 2002 – 2004.</p> <p>Tra gli obiettivi figurano:</p> <ul style="list-style-type: none">- revisione ed aggiornamento dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento (attualmente stabiliti con DCR 221/99 e DCR 30/2000).- Sviluppo dei criteri di verifica delle attività e dei risultati raggiunti:- garanzia della continuità e sicurezza del percorso di cura- garanzia del governo clinico delle attività- appropriatezza e controllo Qualità delle prestazioni <p>Il PSR prevede che le ASL definiscano il fabbisogno complessivo, ed</p>	<p>Il Fondo è costituito: da risorse provenienti dal fondo sanitario regionale destinate al sostegno dei servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, secondo le indicazioni del piano sanitario e sociale integrato regionale; da risorse provenienti dal fondo sociale regionale; da risorse provenienti dal fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti, nonché da eventuali ulteriori risorse nazionali</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>una propria struttura e un proprio budget) rappresenta l'articolazione territoriale delle aziende Usl al cui livello:</p> <ul style="list-style-type: none">- sono assunte le decisioni organizzative ed operative per la gestione dei servizi sanitari di zona e si adotta il piano attuativo locale (PAL) mediante specifici programmi operativi di zona, in raccordo con il piano sociale;- sono adottati i provvedimenti necessari per assicurare che i servizi sanitari di zona operino in forma integrata con i servizi di assistenza sociale;- è data attuazione alle determinazioni aziendali per garantire che i servizi sanitari di zona si sviluppino in forma coordinata con i servizi ospedalieri di rete. <p>Nella zona i servizi territoriali sono organizzati in aree funzionali territoriali (assistenza sanitaria di comunità, salute mentale, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza sociale). Si conferma, così la scelta toscana dell'assetto “dipartimentale” dei servizi rispetto all'assetto “divisionale” adottato da altre regioni.</p> <p>Dal 2002 si sta sperimentando la gestione delle zone –distretto tramite la Società della salute.</p> <p>Le 3 aree vaste hanno funzioni di:</p> <ul style="list-style-type: none">- integrare i Piani aziendali (PAL e	<p>eventuali altri enti no-profit.</p> <p>In questa nuova fase le SdS non svolgeranno solo compiti di governo e <i>programmazione</i> di tutti i servizi distrettuali, ma anche di <i>gestione comune</i> dei servizi sanitari e sociali.</p> <p>Nella SdS l'AUSL e i Comuni esercitano anche il ruolo di committenti, negoziando e finanziando volumi e mix di attività.</p> <p>Ciascuna Società della salute gestisce unitariamente le attività sociali, di competenza dei comuni, e le attività di integrazione socio-sanitaria, esplicitamente individuate dalla programmazione regionale.</p> <p>Per il coordinamento delle SdS la Regione ha costituito una <i>Conferenza permanente delle SdS</i>, composta da Assessori regionali e Presidenti delle SdS (Presidente articolazione zonale). Assume le competenze della Conferenza di programmazione socio-sanitaria di cui all'art. 2-bis del D.lgs.229/99; promuove il riassetto delle SdS costituite (compiti gestionali) e la costituzione delle nuove SdS; propone la determinazione annuale delle risorse, sanitarie e sociali, di livello regionale e locale, di riferimento per le funzioni di programmazione e di governo attribuite alle SdS.</p> <p>E' governata da un'apposita <i>Giunta della SdS</i>, dove tutti i soggetti sono rappresentati.</p> <p>E' diretta da un <i>direttore-manager</i> nominato dalla Giunta.</p> <p>Per garantire i Lea sociosanitari, dopo una prima sperimentazione (DGR 402/2004), la Regione intende estendere a tutto il territorio regionale un insieme di “tipologie di offerta” da garantire in ogni zona-distretto, con tendenziale omogeneità del territorio. Si prevede un <i>percorso assistenziale personalizzato (PAP)</i>, ai sensi di linee guida regionali che definiscono le “prestazioni assistenziali di base”</p>	<p>Il FUNA è alimentato da:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fondo sanitario- Fondo sociale regionale e nazionale trasferito- Bilancio regionale (maggiori entrate regionali) <p>Al fondo contribuiscono (tramite specifici patti o accordi) risorse derivanti da:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bilanci dei comuni- Quote di erogazioni da leggi nazionali (accompagnamento)- Compartecipazione derivata da ISEE (accompagnata da procedure di garanzia) <p>La Regione sta orientando le politiche assistenziali verso la persona anziana non autosufficiente nella direzione della domiciliarità, semplificando le procedure di accesso, garantendone la presa in carico tempestiva e favorendo risposte integrate al domicilio della persona”.</p> <p>L.R. n. 66/2008 – Istituzione del Fondo regionale per la non</p>	<p>individuino la quota del fabbisogno che soddisfano con le proprie strutture e quella che rimandano alla contrattazione con i privati. La Regione riconosce il fabbisogno determinato dalle AUSL.</p> <p>DCR 4.10.2006 n. 109: Requisiti di accreditamento: rischio clinico. Integrazioni e modifiche alla DCR 1.2.2000, n. 30. Approva i seguenti allegati:</p> <ul style="list-style-type: none">A. Integrazione ai requisiti di accreditamentoB. Requisiti integratiC. Integrazione alle liste di autovalutazione del privatoD. Integrazione alle liste di autovalutazione del pubblico	<p>trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della presente legge; da risorse provenienti da lasciti o donazioni, compatibili con questa finalità sociosanitaria.</p>
--	--	--	--	---	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>PAO)</p> <ul style="list-style-type: none">- attivare il bilancio consolidato di Area Vasta- concertare le scelte aziendali di sviluppo organizzativo, di avvio di nuove attività e di predisposizione dei programmi d'investimento.- Concertare la programmazione delle alte specialità e definire forme centralizzate per acquisti di beni e servizi. <p>Le Province</p> <ul style="list-style-type: none">• Non sono soggetti costituenti le SdS.• Partecipano, per le materie di competenza, alla definizione dei contenuti del PIS.• Assumono specifici accordi di collaborazione strategica con le SdS relativi alla attività degli Osservatori sociali provinciali per:<ul style="list-style-type: none">• supporto alla programmazione locale e regionale;• definizione strumenti di monitoraggio;• lettura integrata di fenomeni ed esiti delle attività;• redazione della relazione sociale.	<p>per ogni tipologia di intervento. Queste le priorità:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>standard di qualità:</i>- <i>punto unico di accesso</i> nelle SdS- <i>unità di valutazione multi-professionale, con strumento unitario</i> (schema polare, rivisitato, soprattutto per la scheda di valutazione sociale)- <i>progetto assistenziale personalizzato (PAI)</i>, che crea un diritto soggettivo alle prestazioni socio sanitarie individuate;- <i>risposte assistenziali “flessibili”</i> e modificabili per l'aderenza ai bisogni della persona.- <i>sistema tariffario unico per le residenze;</i>- <i>prevenzione non autosufficienza per anziani fragili</i> <p>A tal fine, sarà potenziato il sistema dei servizi afferenti alla SdS (domiciliari, residenziali e semires.), saranno definiti i criteri per l'accesso nei percorsi (PAP) e sarà formato il personale. L'attuazione sarà graduale; si stima, per il 2010, di avere circa 40.000 soggetti con PAI (nucleo dei non autosufficienti di maggiore gravità per condizioni san. e socio-relazionali-familiari)</p>	<p>autosufficienza.</p>		
--	---	--	--------------------------------	--	--

Regione Trentino Alto Adige	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione socio-sanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area socio-sanitaria	Competenze economiche
--	------------------------------	--	------------------------	--	----------------------------------



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

<p>P.A. Bolzano</p>	<p>DGP n. 3028/1999 Piano sanitario provinciale 2000-2002. Gli organi che concorrono alla predisposizione delle decisioni programmatiche e di coordinamento generale delle risorse nel territorio dell'azienda sono la Direzione della azienda sanitaria e la Conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali.</p> <p>L.P. n. 9/2006 "Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale". La legge istituisce un'unica "Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano" e scioglie le precedenti 4 ASL. L'Azienda unica è articolata in 4 Comprensori Sanitari (Bolzano; Merano; Bressanone; Brunico), responsabili dei servizi sanitari territoriali e dotati di ampia autonomia gestionale. Gli ambiti territoriali dei Comprensori saranno definiti dalla Giunta provinciale.</p>	<p>Il Piano generale triennale, strumento decisionale chiave dell'azienda sanitaria, nel quale devono essere anche esplicitate le iniziative da assumere per favorire il processo di crescita dell'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Il Piano intercomprensoriale dei servizi sociali, elaborato dalla Conferenza dei presidenti delle Comunità comprensoriali sulla base e in forma coerente con le prescrizioni dei piani sociali dei comprensori afferenti, rappresenta lo strumento di programmazione fondamentale dal lato dei servizi socio-assistenziali.</p> <p>A livello operativo l'integrazione tra interventi sanitari e socio-assistenziali avviene attraverso l'elaborazione dei piani e programmi operativi a livello di servizi e di distretti, nonché attraverso il lavoro integrato e coordinato sui casi assistiti nel territorio.</p>	<p>L.P. n. 9/2007 "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti" – Art. 4 Fondo per l'assistenza ai non autosufficienti a partire dal 1° luglio 2008.</p> <p>Il Fondo è suddiviso: nel Fondo prestazioni destinato alla copertura delle spese derivanti dall'erogazione dell'assegno di cura e delle altre spese correnti e nel Fondo integrativo a capitalizzazione che dopo una fase di alimentazione e capitalizzazione è destinato all'integrazione del Fondo prestazioni.</p> <p>DGP n. 2231/2008 - Modalità di erogazione delle prestazioni del fondo.</p> <p>DGP n. 2452/2008 - Definizione delle prestazioni di cura e assistenza rilevanti ai fini della legge di assistenza ai non autosufficienti (prestazioni di cura alla persona: alimentazione, igiene personale, aiuto alla mobilità, aiuto alla socialità, trasporto, ecc.).</p>	<p>L.P. n. 7/2001 "Riordinamento del Servizio Sanitario Provinciale", modificata con le L.P. n. 14/2002 e n. 9/2006.</p> <p>L'art. 2 - attribuisce alla Giunta provinciale la competenza ad adottare i provvedimenti necessari per l'accreditamento e il controllo sugli accordi contrattuali stipulati dall'azienda sanitaria con i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie; l'art. 37 (erogazione delle prestazioni sanitarie); l'art. 39 (soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie).</p> <p>DGP n. 406/2003 "Disciplina dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti sanitari. Definizione degli organismi tecnici per l'accreditamento e l'autorizzazione e istituzione dei registri delle strutture autorizzate e accreditate". La deliberazione disciplina le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie nonché la definizione degli organismi tecnici per l'accreditamento e l'istituzione dei registri delle strutture autorizzate ed accreditate.</p> <p>DGP n. 763/2003 "Approvazione dei requisiti minimi e ulteriori per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie ospedaliere e assimilabili". La DGP definisce l'insieme dei requisiti delle strutture sanitarie ospedaliere e ambulatoriali minimi per l'autorizzazione, ulteriori per l'accreditamento e requisiti di eccellenza.</p> <p>DGP n. 1622/2003 "Approvazione dei requisiti minimi per l'autorizzazione ed ulteriori per l'accreditamento dei professionisti sanitari".</p> <p>DGP n. 4689/2007 "Approvazione del programma di autorizzazione ed accreditamento degli erogatori sanitari privati provvisoriamente accreditati".</p>	<p>Nel Fondo confluiscono le seguenti risorse finanziarie: l'assegnazione annua a carico del bilancio provinciale; le assegnazioni regionali per gli interventi in favore delle persone non autosufficienti; le eventuali assegnazioni statali destinate all'assistenza delle persone non autosufficienti; gli interessi attivi ed altri proventi derivanti dalla gestione patrimoniale del Fondo; entrate previste dalla legge, con destinazione vincolata all'assistenza di persone non autosufficienti; altre somme liberamente assegnate (art. 5, l.r. n. 9/2007).</p>
---------------------	---	--	---	--	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione Trentino Alto Adige	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione socio-sanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area socio-sanitaria	Competenze economiche
P.A. Trento	<p>L.P. n. 13/2007 “Politiche sociali nella provincia di Trento”.</p> <p>L'art. 41 prevede che, ai fini dell'integrazione tra le politiche sociali e sanitarie, la Provincia promuove l'adozione degli strumenti di coordinamento organizzativo, all'interno di ambiti territoriali omogenei, allo scopo di dare risposte unitarie a bisogni complessi.</p> <p>La Giunta provinciale individua criteri, modalità e strumenti per assicurare l'integrazione dell'azione dei servizi sociali e di quelli sanitari, qualora lo stato di bisogno da affrontare sia connotato da condizioni che richiedono l'intervento congiunto dei servizi.</p> <p>Le deliberazioni della Giunta possono individuare, tra l'altro: specifici criteri e modalità per l'accertamento e la valutazione dello stato di bisogno e del</p>	<p>L.P. n. 12/2005 “Partecipazione delle istituzioni locali e delle professioni sanitarie per la realizzazione delle politiche per la salute e modificazioni della legge provinciale 1° aprile 1993, n. 10 (Nuova disciplina del servizio sanitario provinciale)” – Art. 4 Piano provinciale per la salute dei cittadini.</p> <p>DGP n. 2737/2007: progetto di "Piano provinciale per la salute dei cittadini".</p>	Non istituito Disegno di legge n. 209/2002 previsione del Fondo provinciale per la non autosufficienza.	<p>L.P. n. 3/1998 “Misure collegate con la manovra di bilancio di previsione per l'anno 1998” Art. 43 - Disposizioni in materia di requisiti minimi ed accreditamento delle strutture sanitarie, come modificato dalla L.P. n. 13/2004 e dall'articolo 56 della L.P. n. 20/2005.</p> <p>Decreto PGP n. 30-48/Leg./2000 “Regolamento concernente Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della L.P. 3 febbraio 1998, n. 3” come modificato dal decreto del Presidente della Provincia 13 agosto 2003, n. 22-143/Leg. e successive modifiche.</p> <p>DGP n. 694/2005 “Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie e socio-sanitarie - Articolo 43 della L.P. n. 3/98 così come modificato con l'art. 10 della L.P. n. 13/04 - Revoca deliberazione n. 1221 di data 4 giugno 2004 e definizione procedura specifica per interventi di adeguamento delle strutture</p>	



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>grado di non autosufficienza, nonché per la definizione del profilo funzionale della persona interessata e del progetto individualizzato d'intervento; composizione e modalità di funzionamento di specifiche unità valutative multidisciplinari da costituire sul territorio; caratteristiche, contenuti e modalità di erogazione degli interventi integrati, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata (ADI).</p> <p>Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza sanitaria da erogare nell'ambito dei servizi sociali sono effettuate: direttamente dai servizi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari oppure, in alternativa, da professionisti esterni all'azienda dipendenti dei soggetti erogatori dei servizi sociali o convenzionati con essi; in tal caso gli oneri relativi alle prestazioni sono comunque posti a carico del fondo sanitario provinciale, previa intesa con l'azienda.</p>			<p>aziendali”.</p> <p>DGP n. 2306/2006 “D.P.G.P. 27.11.2000 n. 30-48/Leg. in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private: modifica e integrazione alle direttive di cui all'allegato B) alla DGP n. 986 del 28 aprile 2003”.</p> <p>DGP n. 426/2007 “D.P.G.P. 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg. in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private - approvazione dei requisiti ulteriori di qualità e dei criteri per la verifica del loro possesso per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie che erogano assistenza ambulatoriale, residenziale e ospedaliera”. Con questo provvedimento, la Giunta Provinciale determina i requisiti ulteriori di qualità e i criteri per la verifica del loro possesso su proposta della Commissione provinciale per l'accreditamento. Vengono definiti i parametri relativi ai fabbisogni riferiti alle esigenze sanitarie e sociosanitarie individuate nella programmazione provinciale per la verifica della funzionalità delle strutture agli indirizzi stabiliti dalla stessa programmazione.</p>	
--	---	--	--	---	--

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Umbria	DCR n. 314/2003 “Piano sanitario regionale 2003-2005”. L'integrazione sociosanitaria è caratterizzata da due macro settori, la sanità ed i servizi	A livello regionale l'unitarietà del processo programmatico è assicurata dalle scelte previste dagli atti della programmazione: Piano sanitario regionale, Piano sociale regionale , nonché dall'atto di indirizzo che recepisce il DPCM del 14 febbraio	L.R. n. 9/2008- Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni.	Regolamento regionale n. 2/2000 “Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture	Il Fondo regionale per la non autosufficienza è alimentato da:



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>sociali che rappresentano la nuova articolazione del welfare, caratterizzati da autonomia sotto il profilo organizzativo, funzionale, professionale e finanziario.</p> <p>La Regione nel ridefinire gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie, le modalità e i criteri dei progetti assistenziali personalizzati si avvale del metodo della concertazione:</p> <p>- a livello istituzionale tramite la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, che ha anche compiti di vigilanza e coordinamento sul rispetto delle indicazioni del DPCM da parte di ASL e comuni al fine di garantire uniformità di comportamento a livello territoriale;</p> <p>- a livello istituzionale territoriale la concertazione si realizza attraverso il coinvolgimento degli organi consultivi previsti dalla normativa e dagli atti di indirizzo regionali. I soggetti protagonisti di tale concertazione sono i sindaci dei comuni di riferimento di Ambito e di sovra ambito territoriale che hanno come sede l'assemblea dei Sindaci di distretto/distretti coinvolti (art. 18 L.R. 3/1998);</p>	<p>2001.</p> <p>A livello locale la convergenza delle scelte programmatiche si ottiene con la programmazione coordinata tra i diversi soggetti titolari delle funzioni: Aziende sanitarie locali e Comuni, attraverso i Piani attuativi locali, i Programmi delle attività territoriali e i Piani di zona che nelle aree di intervento socio sanitario debbono delineare strategie di organizzazione delle risorse su obiettivi condivisi.</p> <p>A livello di organizzazione aziendale di USL l'integrazione è garantita:</p> <p>a) dal punto di vista gestionale dal distretto quale ambito territoriale per la gestione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, delle prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni, prevedendo l'articolazione del servizio di assistenza sociale a livello territoriale;</p> <p>b) dal punto di vista funzionale dal Servizio di Assistenza sociale quale articolazione organizzativa dell'Azienda USL deputata al coordinamento tecnico per le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, per le attività sanitarie a rilevanza sociale, nonché per le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.</p> <p>Al Servizio di Assistenza sociale è preposto un responsabile con la funzione di Coordinatore dei Servizi sociali in conformità a quanto previsto dall'art. 40, co. 1 e 4 della L.R. n. 3/1997.</p> <p>La Giunta regionale dell'Umbria ha adottato la proposta del nuovo Piano sanitario regionale 2009-2011, trasmessa al Consiglio regionale per l'esame e la definitiva approvazione. Il documento ha valenza</p>		<p>sanitarie e socio-sanitarie”.</p> <p>Il Regolamento indica le competenze e le procedure per il rilascio delle autorizzazioni e i requisiti minimi sono quelli stabiliti dal DPR 14 gennaio 1997. E' specificato che i requisiti minimi trovano applicazione immediata nel caso di realizzazione di nuove strutture o di ampliamento e trasformazione di quelle già esistenti mentre, per l'adeguamento delle strutture già autorizzate ed in esercizio, è concesso un termine di 2 anni dall'entrata in vigore della legge n. 3/98, termine questo successivamente prorogato.</p> <p>Con il Regolamento regionale n. 3/2002 “Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie” vengono determinate le competenze, le procedure e le modalità di verifica.</p> <p>DGR n. 570/2003 “Approvazione del modello operativo per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-</p>	<p>risorse provenienti dal riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza; risorse provenienti dal finanziamento di parte corrente del Servizio sanitario regionale specificatamente destinate alle finalità della presente legge; risorse proprie del bilancio regionale afferenti anche al Fondo sociale regionale; eventuali altre risorse di natura privata (art. 13, l.r. n. 9/2008).</p>
--	---	---	--	--	--



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>- a livello tecnico professionale la concertazione è affidata alle Strutture tecniche dei due sistemi deputate alla programmazione territoriale (distretto/ufficio di piano sociale di zona) nonché ai tavoli di «coprogettazione», previsti dalla l. n. 328/2000, art. 1 co. 5 e dall'Atto di indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa di cui alla DGR n. 248/2002.</p>	<p>triennale ed è suddiviso in tre parti. La terza parte del documento contiene le linee strategiche del Piano sanitario regionale per il periodo 2009-2011 tra cui l'integrazione dei servizi sociosanitari. La proposta di Piano sanitario ha ottenuto il parere positivo del Ministero della Salute e delle politiche sociali, in quanto <i>“coerente con le scelte e gli obiettivi definiti dal livello nazionale, dal Piano sanitario nazionale 2006-2008 fino al Patto di salute siglato da Ministero e Regioni”</i> (27 novembre 2008).</p>		<p>sanitarie”.</p> <p>DGR n. 1293/2005 “Requisiti minimi strutturali, organizzativi e di personale necessari per l'iscrizione nell'elenco regionale delle aziende fornitrici di protesi, ortesi e ausili di cui al D. M. 332 del 27 agosto 1999”.</p> <p>DGR n. 1839/2007 “Provvedimento ricognizione strutture sanitarie e socio sanitarie riconosciute provvisoriamente accreditate ai sensi art. 8 D. Lgs. 502/92 e art. 1 comma 796 lettere S), T), U), Legge 296/2006”.</p>	
--	---	---	--	--	--

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria
Valle d'Aosta	L.R. n. 5/2000 “Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-	L.R. n. 5/2000 L'art. 2 prevede che la programmazione sanitaria regionale si attua attraverso il piano socio-sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione, in coordinamento con la programmazione socio-assistenziale regionale. Il piano socio-sanitario regionale è l'atto con il quale la Regione, in armonia con il piano sanitario nazionale, definisce, per il triennio di	Non istituito	L.R. n. 5/2000 “Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione”.</p> <p>La Regione assicura i livelli essenziali ed appropriati di assistenza attraverso una Usl coincidente con l'ambito territoriale della Regione.</p>	<p>riferimento, gli interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi in relazione ai bisogni assistenziali e di salute della popolazione, rilevati attraverso l'attività e gli strumenti dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali.</p> <p>L.R. n. 13/2006 “Piano Regionale per la Salute ed il Benessere Sociale 2006/2008”.</p> <p>Il Piano tra gli obiettivi per il soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere sociale prevede il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale alternative al ricovero, mediante processi di integrazione fra servizi sanitari e sociali.</p> <p>L'obiettivo si pone nell'ottica di estendere e consolidare la razionalizzazione dei percorsi assistenziali sulla base del bisogno differenziale di salute e di assistenza, assegnando all'ospedale la funzione di cura delle acuzie e decentrando opportunamente al territorio le attività di assistenza sanitaria e socio-assistenziale da svolgersi, se possibile, al domicilio dell'utente, ovvero in strutture semiresidenziali (assistenza diurna) o residenziali, garantendo una sempre maggiore integrazione fra le professionalità dell'area sanitaria e quelle dell'area socio assistenziale.</p> <p>Per quanto riguarda il processo di definizione delle prestazioni erogabili e del modello organizzativo il Piano fa riferimento all'esperienza maturata nella gestione del servizio di assistenza domiciliare integrata e delle strutture semiresidenziali e residenziali per anziani.</p>		<p>Regione”.</p> <p>Gli artt. 38-40 fanno riferimento alle strutture ed accreditamento.</p> <p>Con DGR n. 1232/2004, è stato approvato il manuale contenente le modalità e i termini per l'accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte da soggetti pubblici e privati regionali.</p> <p>DGR n. 2103/2004</p> <p>“Approvazione delle modalità e dei termini per il rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni. Revoca della Delib.G.R. 21 ottobre 2002, n. 3893”.</p>
--	--	---	--	---



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

Regione	Assetti istituzionali	Strumenti di programmazione sociosanitaria	Fondo reg. N.A.	Rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria	Competenze economiche
Veneto	<p>L.R. n. 11/2001 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112".</p> <p>I comuni e le province svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali anche in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio dalle ULSS.</p> <p>La dimensione territoriale ottimale di esercizio dei servizi, nonché l'integrazione sociosanitaria, è individuata nel territorio di competenza di ciascuna ULSS.</p> <p>Allo scopo di perseguire pienamente l'integrazione sociosanitaria, la Giunta regionale promuove la delega da parte dei comuni alle ULSS anche mediante l'utilizzo delle risorse nel fondo sociale regionale, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui al co. 2, lett. b), dell'art. 3-septies del d.lgs. n.</p>	<p>Il piano di zona è lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.</p> <p>L.R. n. 5/2007 "Programma regionale di sviluppo (PRS)".</p> <p>Per quanto riguarda il modello di <i>governance</i> della rete dei servizi sociali (1.1.1) la Regione Veneto ha perseguito per molto tempo un progetto di riforma complessiva del proprio sistema dei servizi sociali (si dispone di un organico quadro di riferimento solo dalla fine degli anni 90, con il Piano Socio-Sanitario Regionale 1996-1998).</p> <p>Il progetto di riforma è stato sviluppato negli anni successivi con ulteriori interventi. Fra questi assume particolare importanza la l.r. n. 11/2001, che detta i principi della programmazione dei servizi sociali, individuando nel territorio di ciascuna ULSS la dimensione territoriale ottimale per l'esercizio dei servizi ed il "piano di zona" come strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria. Quest'ultimo in particolare, costituisce un importante</p>	<p>L.R. n. 1/2008 (Legge finanziaria regionale 2008) – Art. 3 istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza a decorrere dal 1° luglio 2008, suddiviso in due grandi comparti: residenzialità e domiciliarità.</p> <p>L.R. n. 30/2009 - Disposizioni per la istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e per la sua disciplina.</p> <p>Finalità: - potenziare la rete dei servizi e garantire le prestazioni assistenziali; - erogare contributi economici</p>	<p>L.R. n. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".</p> <p>DGR n. 2501/2004 Attuazione della L.R. 16 agosto 2002, n. 22 in materia di "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle Procedure".</p> <p>L.R. n. 2/2007 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007". L'art. 48, della L.R. sostituisce una disposizione precedente (art. 36, co. 1, della L.R. 30 gennaio 2004, n. 1), e così dispone: <i>"1. Al fine di garantire gli standard di cui all'art. 10 della L.R. 16 agosto 2002, n. 22, la Giunta regionale è autorizzata a concedere contributi in conto capitale una tantum fino all'ottanta per cento della spesa riconosciuta, nonché contributi in conto capitale a rimborso in quote annuali costanti senza oneri per interessi per la durata di quindici anni, per l'intero ammontare della spesa riconosciuta, per l'adeguamento e la realizzazione delle strutture, degli impianti tecnologici e degli arredi del settore socio-sanitario, dei disabili e dei minori, con esclusione degli asili nido"</i>.</p> <p>DGR n. 84/2007 "L.R. 16 agosto 2002, n. 22 (Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali) – Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accredimento e della</p>	<p>Il Fondo è alimentato prima di tutto dalla Regione, utilizzando i capitoli di bilancio sociosanitari destinati a residenzialità e domiciliarità.</p> <p>La Regione prevede anche un ampio sistema di partecipazione pubblico/privato coinvolgendo diverse tipologie di soggetti (pubblici e privati) e strumenti: contributo amministrazioni locali, eventuale contributo annuo delle fondazioni bancarie su accordo sottoscritto con la Regione,</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012

“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

	<p>502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché della gestione dei servizi sociali.</p> <p>La direzione ed il coordinamento delle attività sociosanitarie, i cui servizi sono assicurati in ambito distrettuale, sono attuati dal direttore generale, ai fini della individuazione della figura di riferimento per le attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Per la programmazione e valutazione delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, il direttore generale si avvale altresì del Collegio di direzione.</p> <p>Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria – Art. 113, L.R. n. 11/2001 e DGR n. 3237/2001.</p> <p>Punto unico di accesso -DGR n. 39/2006 “Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative”.</p>	<p>e dinamico strumento di programmazione che mira a conseguire la regolamentazione concertata tra il soggetto pubblico e privato, di servizi e di iniziative all'interno di una medesima zona, in modo da garantire una maggiore offerta e qualità di assistenza e di servizi sociali.</p> <p>In questo contesto gli obiettivi generali della politica regionale per i servizi sociali appaiono già ben delineati, e riconducibili a promuovere, valorizzare, formare, ed educare alla socialità tutti i cittadini, sia come singoli sia nelle diverse aggregazioni sociali; prevenire i fattori del disagio sociale; reinserire nel nucleo familiare, e nel normale ambiente di vita, quelle persone che, per qualsiasi causa, fossero state escluse od emarginate; soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona.</p>	<p>commisurati alla gravità del bisogno;</p> <ul style="list-style-type: none">- assicurare l'accesso ai centri di servizio di tipo residenziale o semiresidenziale;- sviluppare iniziative di solidarietà, anche con l'intervento di soggetti pubblici e privati che erogano servizi a carattere sociale e socio-sanitario, finalizzate ad agevolare il mantenimento presso il domicilio della persona N.A..	<p>tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali”.</p> <p>La Giunta regionale ha definito i nuovi standard di cui deve essere in possesso l'intero sistema dei servizi sociosanitari e sociali della Regione Veneto, dopo 2 anni di sperimentazione ed il coinvolgimento di 200 strutture. E' un atto che coinvolge da oggi le oltre 3.000 realtà attive sul territorio regionale: dai centri di servizio per anziani non autosufficienti agli asili nido, dalle comunità terapeutiche per le dipendenze ai centri educativi ed occupazionali per disabili, dai centri famiglia per i minori con disagio ai consultori, ad alcune specifiche strutture sociosanitarie.</p> <p>DGR n. 2067/2007 “L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - Approvazione delle procedure per l'applicazione della DGR. n. 84/2007”. La Delibera approva le procedure per l'applicazione della DGR n. 84/2007 in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture socio-sanitarie e sociali della Regione Veneto, al fine di dare avvio al percorso per migliorare - con i nuovi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che vengono richiesti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accredimento - l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza, l'accessibilità, l'umanizzazione, l'aggiornamento dell'intero sistema regionale di servizi alla persona, a tutela e garanzia dei cittadini.</p>	<p>risorse e contributi provenienti da altri soggetti, lasciti e donazioni derivanti da privati, enti, o associazioni, organizzazioni nazionali e internazionali.</p>
--	--	---	--	---	---