

Allegato 3 - Un “modello” di classificazione dell’integrazione sociale e sanitaria nelle Regioni

0. Un “modello” di classificazione dell’integrazione sociale e sanitaria nelle Regioni. Perché?

Evidentemente non si tratta di individuare univocamente la “buona” o la “cattiva” integrazione tra sanità e sociale, in quanto opportunità e rischi esistono per ognuna delle possibili “tipologie” delle modalità regionali che possono essere delineate. Lo schema concettuale, il “modello” che si è individuato può essere utile per:

- individuare gli elementi caratterizzanti l’integrazione tra sanità e sociale;
- definire i fattori di successo da riproporre ed i pericoli da evitare per consolidare il processo di integrazione tra sanità e sociale;
- favorire il dialogo ed il confronto sull’integrazione tra sanità e sociale;
- comprendere i diversi orientamenti regionali e le operatività effettive sull’integrazione tra sanità e sociale;
- orientare scelte per migliorare l’integrazione tra sanità e sociale.

1. Fonti di riferimento per l’individuazione dei criteri di classificazione

In questa sezione vengono riportati stralci e sintesi delle fonti di riferimento utilizzate per l’individuazione delle variabili e dei criteri di classificazione utilizzati per costruire una classificazione dei “modelli” regionali di integrazione sociale e sanitaria.

1.A

Formez - Quaderno 57 - I sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali

A cura di Silvia Boni - Ricerca realizzata da Vittorio Mapelli, Università di Milano

- Con la separazione dei maggiori ospedali si sono creati tre diversi modelli di Aziende territoriali: le Asl integrate, le Asl separate e le Asl miste; un possibile quarto modello (in effetti sotto-tipo del modello integrato) è l’Asl unica provinciale/regionale.
- Considerate queste caratteristiche dei sistemi regionali, sono state individuate quattro tipologie di modelli istituzionali di ASL:
 - i. **integrato**: la percentuale di posti-letto a gestione diretta delle Asl (Po) è >66%;
 - ii. **misto-quasi integrato**: la percentuale di posti-letto dei Po è compresa tra 40-66%;
 - iii. **misto-quasi separato**: la percentuale di posti-letto dei Po è compresa tra 20-40%;
 - iv. **separato**: la percentuale di posti-letto dei Po è <1%.

Modelli di governance

		Strumenti di governo	
		<i>pochi</i>	<i>molto</i>
Contratti con AO	<i>con</i>	---	3. Contrattuale Visione: Regione perno e arbitro Relazioni: concertazione
	<i>senza</i>	1. Burocratico Visione: Regione ente superiore Relazioni: comunicazione	2. Accentrato Visione: Regione holding Relazioni: comunicazione/ascolto



1.B

Fosco Foglietta, L'integrazione socio-sanitaria: ordinamenti e modelli regionali, Edizioni Panorama della Sanità, 2010

Integrazioni in sanità:

- Integrazione organizzativa orizzontale (tra le strutture di vertice delle tre macro aree)
- Integrazione organizzativa verticale (coesione tra vertice strategico, management intermedio, strutture della linea operativa)

Scheda di confronto delle normative regionali:

A. Provvedimenti legislativi e amministrativi che trattano esplicitamente della integrazione socio sanitaria

A1. Programmazione regionale sanitaria, socio sanitaria e sociale

A2. Ordinamento sanitario e sociale regionali

B. Provvedimenti normativi e amministrativi che trattano l'integrazione sociosanitaria in modo indiretto e tangenziale

B1. Orientamenti programmatori – Soluzioni sperimentali – Modalità di gestione – Condizioni operative

B2. Modalità di concessione dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento dei servizi sociali e

sanitari

B3. Modalità di costituzione e gestione dei fondi regionali per la non autosufficienza

B4. Finanziamenti in conto capitale

Le forme dell'integrazione socio sanitaria:

- Integrazione istituzionale
- Integrazione gestionale
- Integrazione professionale

1.C

Cepiku D., Marino A. "I modelli regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica" in Rapporto CEIS - Sanità 2007

I modelli regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica


Basata su ricerca promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, affidata a Formez e Università "Tor Vergata" di Roma su: "Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto".

Variabili considerate per la classificazione dei percorsi regionali:

- livello di integrazione delle politiche sanitarie e sociali
- rapporto politica/amministrazione
- innovazioni gestionali
- rapporti di sussidiarietà (orizzontali e verticali)
- rapporto con i cittadini

L'integrazione si manifesta, ove presente, in diverse forme:

- Strutturali
 - come integrazione strutturale a livello di assessorati
 - come integrazione a livello di strutture tecnico-amministrative
 - come integrazione a livello territoriale (ATS coincidente con DS)
- Altre forme di coordinamento:
 - forme di programmazione e pianificazione integrata
 - tavoli di concertazione, gruppi di lavoro interassessorili e interdirezionali, ecc.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p>Bozza Rev. 0 del 16.03.2012</p>
---	--	---

Modelli regionali di integrazione delle politiche

	<i>Assenza di altre forme di coordinamento</i>	<i>Presenza di altre forme di coordinamento</i>
<i>Strutture organizzative frammentate</i>	A) Politiche non integrate	B) Politiche coordinate
<i>Strutture organizzative integrate</i>	C) Politiche integrate strutturalmente	D) Massima integrazione delle politiche

1.D

Emmanuele Pavolini - Università degli Studi di Macerata - Ancona 8 aprile 2011 - Seminario Progetto PRIN 2007 “Nuovi bisogni di salute e servizi alla persona: governance, organizzazioni, professioni e cittadini nell’integrazione socio-sanitaria”

Le caratteristiche dell’integrazione socio-sanitaria in sette SSR:

- Attori coinvolti nella programmazione
- Ruolo associazioni utenti nella programmazione
- Continuità assistenziale
- Fondo per la non autosufficienza
- Caratteristiche complessive e punti di debolezza

1.E

AGENAS – Allegati normativi sull’integrazione socio-sanitaria per la costruzione della Raccomandazione SIQuAS: La qualità della integrazione tra sanità e sociale

Allegato Normativo su integrazione tra sanità e sociale

- Provvedimenti normativi
- Contenuti
- Indirizzi applicativi
- Responsabilità di spesa

Allegato normativo regionale su integrazione

- Assetti istituzionali
- Strumenti di programmazione sociosanitaria
- Fondo regionale non autosufficienza
- Rapporto pubblico-privato nell’area sociosanitaria

1.F

AGENAS – Indagine Distretti Sanitari 2010 e integrazione socio-sanitaria

- Caratteristiche generali del distretto
 - > Contesto territoriale
 - > Caratteristiche organizzative
- Programmazione e integrazione sociosanitaria nel distretto
- Centralità del cittadino e della comunità nel distretto
- Funzioni del distretto nell’accesso dei cittadini ai servizi e attori fondamentali dell’assistenza primaria
- Formalizzazione delle attività e grado di internalizzazione dei valori e degli obiettivi



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

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

Bozza
Rev. 0
del 16.03.2012

Le interdipendenze nei sistemi sanitari (F.Longo):

- 1) Interdipendenze da risorse
- 2) Interdipendenze nei processi di cura
- 3) Interdipendenze nelle specializzazioni e nelle vocazioni
- 4) Interdipendenze nell'acquisizione di fattori produttivi
- 5) Interdipendenze cognitive
- 6) Interdipendenze informative

L'organizzazione delle interdipendenze può avvenire a tre distinti livelli di lavoro:

- (1) Il livello sistemico può essere costituito dalla Regione o dal SSN stesso, creando gli incentivi e le piattaforme istituzionali ed organizzative per organizzare le interdipendenze.
- (2) L'integrazione può nascere spontaneamente tra aziende che colgono il razionale e il vantaggio reciproco mutuabile dalla collaborazione.
- (3) La messa in rete può nascere tra i professionisti a livello infra-aziendale con scopi prevalentemente di allineamento e coordinamento dei servizi e di organizzazione dei momenti di passaggio dei pazienti da una unità all'altra, oppure a livello interaziendale con scopi prevalentemente di *knowledge management* e di definizione delle vocazioni delle aziende.

Strumenti di integrazione per costruire e gestire reti nei distretti socio-sanitari

- a. Integrazione delle strategie e politiche aziendali
- b. Integrazioni operative-organizzative
- c. Unitarietà diagnostico-assistenziale
- d. Unitarietà del percorso di fruizione

a. Strumenti per l'integrazione delle strategie e politiche aziendali

1. Accordi strategici interaziendali
2. Società interistituzionali

b. Integrazioni operative-organizzative

3. Acquisti socio-sanitari congiunti
4. Progettazione congiunta dei servizi
5. Equipe/servizi/sedi misti

c. Unitarietà diagnostico-assistenziale

6. Gate d'ingresso unici: unità di valutazione multidimensionali congiunte
7. Case manager interistituzionale

d. Unitarietà del percorso di fruizione

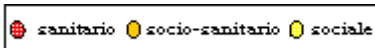
8. Reingegnerizzazione interaziendale dei processi assistenziali

1.G

Stefano Ricci - Una interpretazione di... "modelli" e scenari – Lezioni a Master in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie (MIAS) Università La Sapienza RM 2010-2011

Declinazione dell'integrazione:

Territoriale, Istituzionale, Programmatoria, Organizzativa, Gestionale, Professionale



Integrazione "inquadrata" - Prevalenza della integrazione per settori di intervento rispetto ad una dimensione unitaria; in genere si sviluppa in sistemi complessi, eterogenei (anche diversi nell'approccio teorico) e determina una integrazione "a scacchi".



Integrazione "delegata" - Le competenze socio-sanitarie (e in qualche caso anche alcune "sociali") sono delegate all'azienda sanitaria; in casi meno frequenti il sociale supplisce alle carenze di intervento della sanità (soprattutto per le fragilità di "confine").



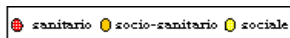
Integrazione "terza" - Le prestazioni socio-sanitarie sono organizzate, gestite ed erogate da un soggetto specifico, in qualche modo "terzo" rispetto a Azienda sanitaria e Comune, configurando una linea produttiva specifica socio-sanitaria.



Integrazione "pura" - Caratterizzata dal mantenimento delle competenze sociali ai comuni e di quelle sanitarie all'azienda sanitaria locale, per cui l'integrazione viene costruita e gestita insieme tra soggetti "diversi" e "distinti", con modalità di collaborazione e connessione più o meno strutturate.

"Modelli" a confronto:

Spunti rispetto a: "praticabilità" (+ -) e "adeguatezza" (+ -)



	Territoriale	Istituzionale	Programmat.	Organizzativa	Gestionale	Professionale
Integrazione "inquadrata"	++	-	-	+	-	++
	++	++	-	++	+	-
Integrazione "delegata"	-	++	+	++	++	--
	--	--	--	++	--	--
Integrazione "terza"	+	+	--	--	--	-
	-	-	+	--	-	+
Integrazione "pura"	--	--	++	-	+	+
	+	+	++	-	++	++



<p>Livelli integrazione</p> <p>Territoriale</p> <p>Istituzionale</p> <p>Programmatoria</p> <p>Organizzativa</p> <p>Gestionale</p> <p>Professionale</p>	<p><i>Sistema complesso, eterogeneo e integrazione “a spicchi”</i></p> <p><i>Difficile raccordare e conciliare la unitarietà dell’approccio socio-sanitario con le specificità dei settori di intervento</i></p> <p><i>Prevalenza delle programmazioni per settori di intervento rispetto ad una dimensione unitaria</i></p> <p><i>Difficili relazioni tra dirigenti di settore di intervento e dirigenti “di sistema” (ai vari livelli territoriali)</i></p> <p><i>Scarsa comunicabilità tra i vari settori di intervento</i></p> <p><i>Variabilità di collaborazione e sintonia tra le professionalità nei diversi settori di intervento</i></p>	<p>Integrazione “inquadrata”</p>
<p>Livelli integrazione</p> <p>Territoriale</p> <p>Istituzionale</p> <p>Programmatoria</p> <p>Organizzativa</p> <p>Gestionale</p> <p>Professionale</p>	<p><i>Buone prassi di integrazione determinate prevalentemente dalla disponibilità dei dirigenti dei servizi sanitari e sociali</i></p> <p><i>Squilibrio permanente tra sanitario e sociale</i></p> <p><i>Separazione rigida ai diversi livelli territoriali di programmazione</i></p> <p><i>Accentuazione delle disarmonie tra i diversi servizi sanitari e sociali</i></p> <p><i>Rischio di sanitarizzazione degli interventi sociali</i></p> <p><i>Collaborazione confinata ad attività “marginali”</i></p>	<p>Integrazione “delegata”</p>
<p>Livelli integrazione</p> <p>Territoriale</p> <p>Istituzionale</p> <p>Programmatoria</p> <p>Organizzativa</p> <p>Gestionale</p> <p>Professionale</p>	<p><i>“Modellizzazione” facilmente replicabile ai diversi livelli territoriali</i></p> <p><i>Rischi di moltiplicazione dei livelli/luoghi decisionali</i></p> <p><i>Difficoltà di definizione dei contenuti e delle competenze specifiche del settore socio-sanitario rispetto agli altri</i></p> <p><i>Sovrapposizione di servizi e responsabilità (conflitti)</i></p> <p><i>Maggiore attenzione alle specificità, minore prospettiva olistica</i></p> <p><i>Sintonie per “specializzazione”. Difficoltà nella comunicazione/collaborazione multidisciplinare</i></p>	<p>Integrazione “terza”</p>
<p>Livelli integrazione</p> <p>Territoriale</p> <p>Istituzionale</p> <p>Programmatoria</p> <p>Organizzativa</p> <p>Gestionale</p> <p>Professionale</p>	<p><i>Rischi di eterogeneità delle risposte (modi e contenuti)</i></p> <p><i>Necessarie corrispondenze tra i livelli centrale/regionale e decentrato/territoriale</i></p> <p><i>Omogeneità che facilita il governo ai diversi livelli di programmazione</i></p> <p><i>Difficile perseguire e mantenere un livello sufficientemente definito delle varie “organizzazioni” di intervento</i></p> <p><i>Possibile compensazione tra le organizzazioni grazie a modelli di relazione agili e flessibili</i></p> <p><i>Sintonie determinate dalla “obbligatorietà” della ricerca di processi operativi comuni</i></p>	<p>Integrazione “pura”</p>

2. Individuazione dei criteri per una classificazione dei “modelli” regionali di integrazione sociale e sanitaria

In questa sezione si descrive il percorso di individuazione dei criteri della costruzione di un “modello” di classificazione dell’integrazione sociale e sanitaria nelle Regioni italiane.

Sono state considerate come riferimento generale due dimensioni costitutive dell’Integrazione Socio-Sanitaria (ISS):

Contenuti e Modalità

Ogni dimensione dell’ISS varia lungo un asse con due polarità:

Contenuti di un’ISS **sistemica** vs **settoriale**

Modalità di un’ISS **strutturale** vs **funzionale**

Rispetto alle possibili declinazioni dell’ISS (Istituzionale, Programmatoria, Organizzativa, Gestionale, Professionale, Territoriale) si individuano 16 variabili (da A a R), 8 per ogni asse.

Per ogni variabile sono proposti quattro item tra i quali va individuato quello corrispondente alla situazione regionale (ad ogni item corrisponde un “valore” - da 1 a 4 - che contribuisce, combinato con gli altri, a definire la collocazione nel sistema di assi cartesiani; se quella variabile non è presente o non è esplicitabile per la Regione il valore di riferimento è 0).



Le fonti utilizzate per la determinazione degli item delle diverse variabili sono: Indagine Agenas sui Distretti (dati per macroaree), Allegato normativo regionale su integrazione sociosanitaria della SIQUAS, Ricerca: Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto), Testi: L'integrazione socio-sanitaria: ordinamenti e modelli regionali, Fosco Foglietta.

Sono state individuate 16 variabili, compatibilmente con la possibilità di avere le informazioni per ogni Regione. La tabella seguente le presenta distinte: tra asse delle ascisse e asse delle coordinate (X = Modalità dell'integrazione socio-sanitaria e Y = Contenuti dell'integrazione socio-sanitaria); per i livelli dell'integrazione sociale e sanitaria considerati; per fonte diretta di riferimento.

Purtroppo non tutte le declinazioni dell'ISS sono rappresentate equamente e questo dipende dalla disponibilità di informazioni (ma anche di indicatori) in diversi ambiti. Raffinare il modello di classificazione implica una maggiore attenzione ai flussi informativi che permettono di “misurare” l'ISS.

XY		Livello ISS	Descrizione	Fonte*
X	A	Territoriale	Coincidenza Ambiti/zone sociali (ex L. 328/00) e Distretti sanitari	Ag.12
X	B	Istituzionale	Integrazione strutture regionali	Nor./Fog.
X	C	Istituzionale	Ruolo Comitati dei Sindaci	Ag.14
X	D	Programmatorio	Integrazione dei Piani regionali di programmazione	Nor.
X	E	Organizzativo	Presenza/Attività dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD)	Ag.16
X	F	Istituzionale	Fondo regionale per la non autosufficienza	Nor.
X	G	Istituzionale	Assetti istituzionali – Presenza e livello deleghe sul territorio	Nor.
X	H	Programmatorio	Piani territoriali integrati – Livello di integrazione	Ag.13
Y	I	Programmatorio	Piani territoriali integrati – Definizione e monitoraggio	Ag. 8
Y	L	Programmatorio	Partecipazione cittadini	Ag.23
Y	M	Organizzativo	Centri di responsabilità Distretto	Ag. 4
Y	N	Organizzativo	Esistenza/Funzione Punto Unico di Accesso (PUA)	Ag.20
Y	O	Gestionale	Innovazioni gestionali	Perc.
Y	P	Organizzativo	Rapporto pubblico-privato nell'area dell'integrazione sociale e sanitaria	Nor.
Y	Q	Gestionale	Modalità di gestione – Condizioni operative	Fog.
Y	R	Professionale	Valutazione multidimensionale e predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) integrate	Nor.

° Assente o Non esplicitato

* Ag.+N (Num. Domanda ricerca Agenas sui Distretti) – Nor. (Allegato normativo regionale su integrazione) – Perc. (Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto) – Fog. (Fosco Foglietta, L'integrazione socio-sanitaria: ordinamenti e modelli regionali)

X - Modalità dell'integrazione socio-sanitaria - strutturale vs funzionale - 4 3 2 1 0

Y - Contenuti dell'integrazione socio-sanitaria - sistemica vs settoriale - 4 3 2 1 0

Nell'Allegato si riportano le concettualizzazioni sviluppate per ognuna delle 16 variabili individuate per la classificazione delle dimensioni costitutive dell'integrazione sociale e sanitaria che hanno portato alla definizione di quattro item per ogni variabile.

3. Metodologia della costruzione di un “modello” di classificazione dell'integrazione sociale e sanitaria e prima applicazione

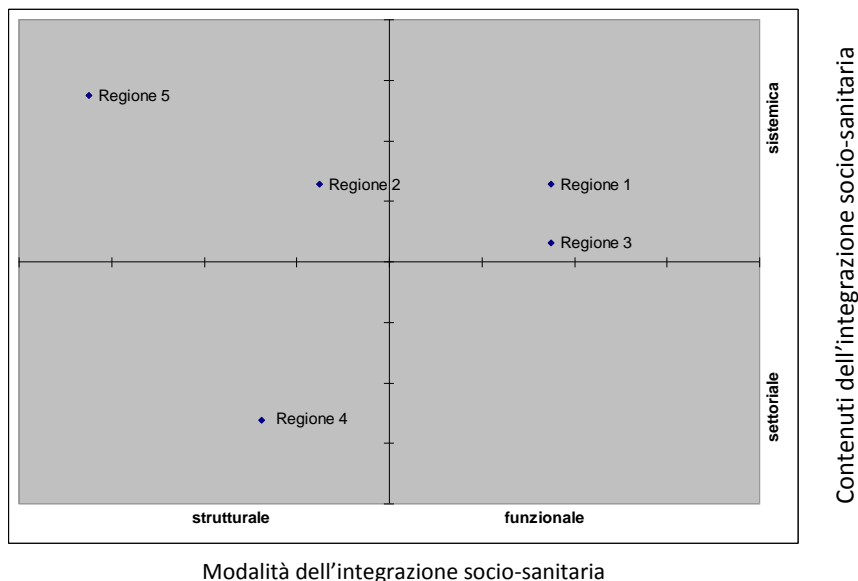
In questa sezione si descrive la metodologia utilizzata per costruire un “modello” di classificazione dell'integrazione sociale e sanitaria da applicare alle Regioni e alle Province autonome.

Sulla base dei due assi individuati (Modalità -X- e Contenuti Y-) e della polarizzazione definita (Y = sistemica vs settoriale e X = strutturale vs funzionale) si determina un sistema di assi cartesiani in cui i quadranti delineano quattro “tipologie/classificazioni” dei modelli regionali di integrazione sociale e sanitaria.

Le quattro denominazioni adottate riprendono la concettualizzazione fatta da Stefano Ricci, ma vanno ridefinite nei contenuti in base alla combinazione dei 16 item che le determinano.

		Modalità dell'integrazione socio-sanitaria				
		strutturale	funzionale			
Contenuti dell'integrazione socio-sanitaria	Sistemica	2° Quadrante “terza”	1° Quadrante “pura”	4 3		
	Settoriale	3° Quadrante “delegata”	4° Quadrante “inquadrata”	2 1 0		
		4	3	2	1	0

Ogni Regione italiana si caratterizza univocamente per ognuna delle 16 variabili considerate, anche quando l’elemento fosse mancante o non esplicitamente presente nella normativa e nella realtà operativa; attraverso una metodologia di assegnazione di punteggi e di elaborazione dei dati combinati è possibile collocare le diverse regioni nel sistema di assi cartesiani illustrato nel seguente esempio:

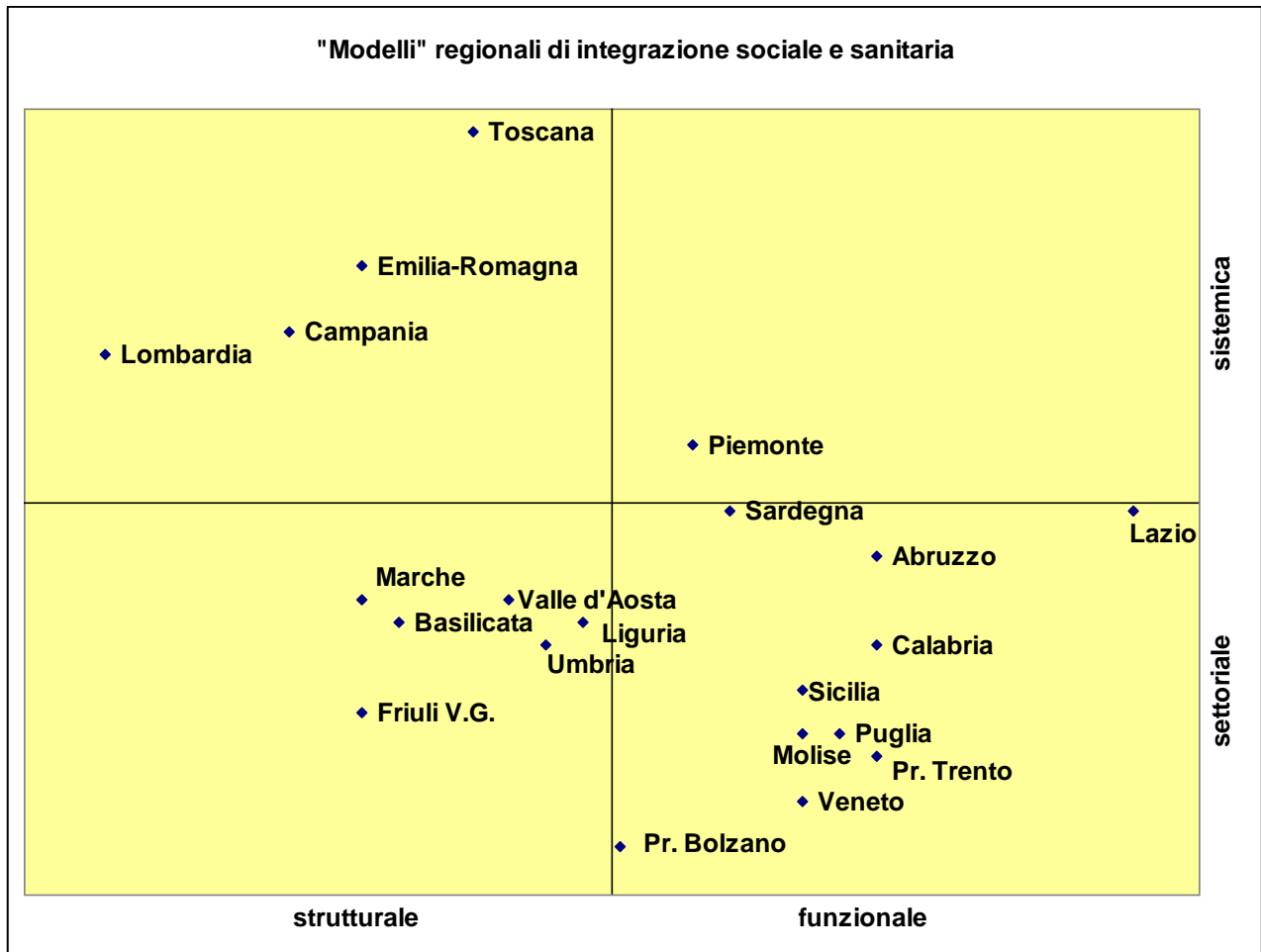



La collocazione delle Regioni nello schema di “modelli” regionali viene determinata dalla combinazione di due assegnazioni di valori e dai conteggi conseguenti:

- Corrispondenza delle diverse situazioni regionali ad uno degli items di ognuna delle 16 variabili considerate determinata dal riferimento alle fonti citate: nella modalità “analisi del contenuto” per le variabili che fanno riferimento alle rassegne normative considerate (valore pieno); nella modalità “macro area” di collocazione in relazione alle risposte alle domande prese a riferimento dall’indagine AGENAS sui Distretti sanitari (valore ridotto, in considerazione della mancanza dello specifico dato regionale).
- Risposte date dai Presidenti regionali della CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto) ad un questionario on line che ripropone il quadro complessivo di quattro items per ognuna delle 16 variabili considerate.



L'applicazione del "modello" costruito, sia rispetto alle "fonti" e alla "letteratura" ha determinato la "mappa" seguente, che si presenta, per ora, senza commento:



	<p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p>Bozza Rev. 0 del 16.03.2012</p>
--	--	--	---

Allegato - Variabili per la classificazione delle dimensioni costitutive dell’integrazione sociale e sanitaria:

	Livello ISS	Descrizione	4	3	2	1
A	Territoriale	Coincidenza Ambiti/zone sociali (ex L. 328/00) e Distretti sanitari	C'è coincidenza, per legge ed effettiva, di tutti i Distretti sanitari con gli Ambiti/zone sociali (ex L. 328/00)	C'è coincidenza della maggior parte dei Distretti sanitari con gli Ambiti/zone sociali (ex L. 328/00)	Il territorio del Distretto sanitario coincide con due o più Ambiti/zone sociali (ex L. 328/00)	Il territorio dell’Ambito/zona sociale (ex L. 328/00) coincide con due o più Distretti sanitari
B	Istituzionale	Integrazione strutture regionali	C'è un Assessorato regionale unico e uffici regionali unificati, con eventuale presenza di ufficio/direzione per l’integrazione sociale e sanitaria	C'è un Assessorato regionale unico e uffici regionali distinti, con eventuale presenza di ufficio/direzione per l’integrazione sociale e sanitaria	Ci sono Assessorati regionali distinti e uffici regionali unificati o, se distinti, con presenza di ufficio/direzione per l’integrazione sociale e sanitaria	Ci sono Assessorati regionali e uffici regionali distinti
C	Istituzionale	Ruolo Comitati dei Sindaci	Il “Comitato dei Sindaci”, o organismo analogo, svolge un ruolo determinante nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie	Il “Comitato dei Sindaci”, o organismo analogo, svolge un ruolo forte nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie	Il “Comitato dei Sindaci”, o organismo analogo, svolge un ruolo debole nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie	Il “Comitato dei Sindaci”, o organismo analogo, svolge un ruolo marginale nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie
D	Programmatico	Piani regionali integrati	C'è un atto regionale specifico di programmazione sociale e sanitaria	C'è un atto regionale unico di programmazione sanitaria e di programmazione sociale	Ci sono atti regionali distinti di programmazione sanitaria e di programmazione sociale, con capitoli specifici per l’integrazione sociale e sanitaria	Ci sono atti regionali distinti di programmazione sanitaria e di programmazione sociale, senza capitoli specifici per l’integrazione sociale e sanitaria
E	Organizzativo	Presenza/Attività dell’ Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD)	L’UCAD funziona in tutti i Distretti ed è impegnato nella programmazione, organizzazione, nella gestione e nella integrazione tra servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali	L’UCAD funziona in molti Distretti ed è abbastanza utilizzato anche per l’integrazione tra servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali	L’UCAD funziona in qualche Distretto ed è abbastanza utilizzato	L’UCAD è poco utilizzato
F	Istituzionale	Fondo regionale per la non autosufficienza	Il Fondo regionale per la non autosufficienza è attivato con norma regionale: destinatari diversificati e modalità di intervento specifiche e articolate	Il Fondo regionale per la non autosufficienza è attivato con norma regionale: destinatari gli anziani	Il Fondo regionale per la non autosufficienza non è previsto dalla normativa regionale, ma ci sono fondi vincolati per la non autosufficienza nel Fondo Sanitario Regionale e nel Fondo Unico delle Politiche Sociali	Il Fondo regionale per la non autosufficienza non è previsto dalla normativa regionale
G	Istituzionale	Assetti istituzionali – Presenza e livello deleghe sul territorio	La normativa definisce l’assetto istituzionale per l’integrazione sociale e sanitaria prevedendo deleghe specifiche tra soggetti istituzionali diversi a livello territoriale	La normativa definisce l’assetto istituzionale per l’integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale per i diversi settori di intervento	La normativa definisce l’assetto istituzionale per l’integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale relativamente a qualche settore di intervento	Non c’è una normativa specifica che definisce l’assetto istituzionale per l’integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale
H	Programmatico	Piani territoriali integrati – Livello di integrazione	Esiste un unico atto di programmazione distrettuale e di ambito/zona sociale	La programmazione degli aspetti socio-sanitari nei Distretti sanitari e negli Ambiti/zone sociali (ex L. 328/00) è identica nei due atti programmatici distrettuali e sociali	La programmazione degli aspetti socio-sanitari nei Distretti sanitari e negli Ambiti/zone sociali (ex L. 328/00) ha alcuni elementi di condivisione	La programmazione degli aspetti socio-sanitari nei Distretti sanitari e negli Ambiti/zone sociali (ex L. 328/00) è diversa e distinta
I	Programmatico	Piani territoriali integrati – Definizione e monitoraggio	Il Distretto sanitario partecipa nella definizione e nel monitoraggio del Piano di Zona (PdZ) in maniera attiva	Il Distretto sanitario partecipa nella definizione e nel monitoraggio del Piano di Zona (PdZ) in risposta ad	Il Distretto sanitario non viene coinvolto nella definizione e nel monitoraggio del Piano di Zona (PdZ)	Non viene redatto il Piano di Zona (PdZ) per cui il Distretto non può essere coinvolto



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

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

Bozza
Rev. 0
del 16.03.2012

				adempimento		
L	Programmatico	Partecipazione cittadini	Sono previste e utilizzate costantemente modalità di partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività sanitarie e sociali	Sono previste e utilizzate saltuariamente modalità di partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività sanitarie e sociali	Sono previste formalmente, ma poco utilizzate, modalità di partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività sanitarie e sociali	Sono previste formalmente, ma non utilizzate, modalità di partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività sanitarie e sociali
M	Organizzativo	Centri di responsabilità Distretto	La maggior parte dei Distretti sanitari hanno al proprio interno più di 6 centri di responsabilità	La maggior parte dei Distretti sanitari hanno al proprio interno da 4 a 6 centri di responsabilità	La maggior parte dei Distretti sanitari hanno al proprio interno da 1 a 3 centri di responsabilità	I Distretti sanitari non hanno al proprio interno centri di responsabilità
N	Organizzativo	Esistenza/Funzione Punto Unico di Accesso (PUA)	Esiste il PUA o una modalità organizzativa unificata per i cittadini che svolge l'intero processo organizzativo di presa in carico (VMD, Piano di Assistenza Individuale-PAI e monitoraggio)	Esiste il PUA o una modalità organizzativa unificata per i cittadini come accesso/accoglienza e avvio dei bisogni complessi all'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD)	Esiste il PUA o una modalità organizzativa unificata per i cittadini come sportello per gli aspetti amministrativi	Esiste il PUA o una modalità organizzativa unificata per i cittadini come punto informativo e di orientamento
O	Gestionale	Innovazioni gestionali	Sono operative innovazioni per: configurazioni organizzative, meccanismi di coordinamento, responsabilità e esercizio delle attività di integrazione sociale e sanitaria	Sono in sperimentazione innovazioni per: configurazioni organizzative, meccanismi di coordinamento, responsabilità e esercizio delle attività di integrazione sociale e sanitaria	Sono in sperimentazione innovazioni gestionali per le attività di integrazione sociale e sanitaria	Sono previste innovazioni gestionali per le attività di integrazione sociale e sanitaria
P	Organizzativo	Rapporto pubblico-privato nell'area dell'integrazione sociale e sanitaria	Le norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture pubbliche e private trattano in maniera specifica l'area dell'integrazione sociale e sanitaria	Le norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture pubbliche e private trattano in modo unitario e coerente l'area dell'integrazione sociale e sanitaria	Le norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture pubbliche e private trattano in modo distinto, ma coerente, l'area sanitaria e l'area sociale	Le norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture pubbliche e private trattano in modo distinto l'area sanitaria e l'area sociale
Q	Gestionale	Modalità di gestione – Condizioni operative	Ci sono riferimenti normativi espliciti e sistematici per la gestione operativa dell'integrazione sociale e sanitaria (es. modalità di: accettazione territoriale, governo dell'accesso alle strutture e ai servizi...)	Ci sono riferimenti normativi generali per la gestione operativa dell'integrazione sociale e sanitaria	Ci sono riferimenti normativi espliciti e sistematici per la gestione operativa dell'integrazione sociale e sanitaria in qualche settore di intervento (es. materno infantile, disabilità, non autosufficienza...)	Ci sono riferimenti normativi generali per la gestione operativa dell'integrazione sociale e sanitaria in qualche settore di intervento
R	Professionale	Valutazione multidimensionale e predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) integrate	In tutti i territori sono stati adottati strumenti integrati per la valutazione multidimensionale e la presa in carico da parte degli operatori sanitari e degli operatori sociali per tutti i settori dell'area sociosanitaria	In qualche territorio sono stati adottati strumenti integrati per la valutazione multidimensionale e la presa in carico da parte degli operatori sanitari e degli operatori sociali per tutti i settori dell'area sociosanitaria	In tutti i territori sono stati adottati strumenti integrati per la valutazione multidimensionale e la presa in carico da parte degli operatori sanitari e degli operatori sociali per qualche settore dell'area sociosanitaria	In qualche territorio sono stati adottati strumenti integrati per la valutazione multidimensionale e la presa in carico da parte degli operatori sanitari e degli operatori sociali per qualche settore dell'area sociosanitaria