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

AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Rapporto 2018

REGIONE MARCHE

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI TERRITORIALI NELLA REGIONE MARCHE

Rapporto 2018

A cura di:
Claudio Bocchini, Patrizia Giulietti, Stefano Ricci e Maria Elena Tartari

I dati del Rapporto sono relativi all'*Indagine 2017 sui Distretti Sanitari e sugli Ambiti Territoriali Sociali della Regione Marche*

Un ringraziamento doveroso va ai Direttori dei Distretti Sanitari e ai Coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali delle Marche per il prezioso contributo dato al Progetto di ricerca.

Indice

Presentazione - *Presidente Regione Marche Luca Ceriscioli*
Introduzione - *Direttore ARS Marche Lucia Di Furia*
Il progetto di ricerca
Capitolo 1. Caratteristiche geografiche e demografiche
Capitolo 2. Struttura organizzativa
Capitolo 3. Orientamento della domanda e partecipazione dei cittadini
Capitolo 4. U.O. SeS, governo della domanda, integrazione socio-sanitaria
Capitolo 5. Rapporti con il Comitato dei Sindaci
Conclusioni
Appendice A - Questionario per i Direttori DS
Appendice B - Questionario per i Coordinatori ATS

Presentazione

I Direttori dei Distretti Sanitari e i Coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali rappresentano rispettivamente, sul versante sanitario e su quello sociale, importanti riferimenti per la guida dei presìdi territoriali di welfare della regione Marche. La conoscenza dei bisogni dei cittadini marchigiani e l'organizzazione delle risposte alle esigenze di bambini e adolescenti, giovani e adulti, anziani e famiglie... sono alla base dell'operato loro e dei loro collaboratori.
L'organizzazione di un processo di rete, integrato, teso a coinvolgere le comunità locali, che sia in grado di prendersi carico delle persone, anche attraverso progetti individualizzati e integrati, e di mettere il cittadino al centro del sistema passa, inevitabilmente, attraverso il lavoro dei servizi territoriali di Distretto e di Ambito.
L'aver coinvolto i Direttori e i Coordinatori in questo progetto di ricerca finalizzato ad approfondire le conoscenze sulla organizzazione dei servizi sanitari e sociali territoriali nella regione Marche risulta, quindi, di fondamentale importanza per restituire uno strumento di lettura, comprensione e riflessione sulle complesse dinamiche che caratterizzano i nostri territori e dare, nel contempo, una visione di insieme della realtà regionale.
Conoscere il nostro territorio è fondamentale sia nell'ottica di coniugare sempre di più le esigenze di crescita economica con quelle della tutela della qualità della vita delle persone e della riduzione delle disuguaglianze sociali, sia nell'assunzione di un ruolo di regia e governance della rete dei soggetti impegnati nella realizzazione del sistema del welfare.
Un ringraziamento sentito va dunque rivolto a tutte le professionalità sanitarie e sociali che hanno garantito, in questi anni, un'elevata qualità dei servizi. Professionalità che costituiscono un capitale sociale da valorizzare, perché i servizi funzionano soprattutto se sono animati da persone capaci di costruire relazioni significative all'interno e con la cittadinanza.

Luca Ceriscioli
Presidente della Regione Marche

Introduzione

Nel proprio Statuto la Regione Marche "si impegna a rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute", individuando prioritariamente alcune tipologie di destinatari che rappresentano le persone in situazioni di "fragilità", riferimenti privilegiati dell'integrazione sociale e sanitaria: la maternità, l'infanzia, gli anziani e le persone disabili.
Il sempre più necessario approccio globale alla salute implica un'attenzione forte al coordinamento degli interventi e dei servizi sanitari e sociali e il "luogo" più favorevole per garantirla è il "territorio".
La conoscenza di come le indicazioni regionali sulla programmazione, organizzazione e gestione di interventi e servizi sanitari e sociali vengono applicate nei diversi territori è un elemento indispensabile che deve poter utilizzare diverse "fonti" di informazioni: dai dati di attività ai flussi informativi previsti dalla normativa vigente, dagli *audit* alla "misurazione" della *citizen satisfaction*...
Va in questa direzione anche l'indagine presentata nelle pagine seguenti, che analizza "l'organizzazione dei Servizi Sanitari e Sociali territoriali nella Regione Marche".
Un orientamento di base della ricerca è stato l'attuale "modello marchigiano di integrazione socio sanitaria" che:
- mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione associata dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS); non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;
- conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Aree Vaste/Distretti Sanitari, rafforzando l'area socio-sanitaria;
- rafforza la dimensione unitaria del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale della rete di servizi integrati sociali e sanitari[1].

1. DACR n. 38 del 16/12/2011: Piano socio-sanitario regionale 2012/2014: "Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo"

In questa prospettiva "oggetto" dell'indagine sono stati i Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali e, di conseguenza, i "soggetti" dell'indagine, interlocutori preziosi per una lettura competente delle situazioni, sono stati i Direttori dei Distretti ed i Coordinatori degli Ambiti.
Il quadro che emerge dalla ricerca è, comprensibilmente, in chiaroscuro, ma tratteggia con nitidezza una serie di questioni importanti, scandite dai diversi capitoli: le diverse caratteristiche geografiche e demografiche dei territori, la struttura organizzativa di Distretti Sanitari e Ambiti Sociali, le dimensioni dell'orientamento della domanda di salute e di partecipazione dei cittadini, lo stato delle Unità Operative Sociali e Sanitarie per il governo della domanda e integrazione socio-sanitaria, i rapporti sul territorio tra i ruoli tecnici e politici.
I dati presentati e le analisi espresse consentono di avere una base di partenza che contribuirà ad orientare lo sviluppo della programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale nei prossimi anni, a cominciare dalla necessità di aggiornare il Piano socio-sanitario regionale sulla base delle recenti modifiche del quadro normativo nazionale determinate dal DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Dr.ssa Lucia Di Furia
Direttore Agenzia Regionale Sanitaria - Regione Marche

Il progetto di ricerca

I Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali della Regione Marche

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), è stata istituita con LR n. 13/03 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale", modificata con LR n. 17/2010 e LR n. 17/2011.

L'ASUR, nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale, esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e delle 5 Aree Vaste.

L'Area Vasta (di seguito AV) costituisce l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e coordina, per il territorio di sua competenza, i Distretti Sanitari.

I 13 Distretti Sanitari marchigiani (di seguito anche DS) in riferimento all'organizzazione dei servizi territoriali si relazionano, per il comparto sociale, con i 23 Ambiti Territoriali Sociali (ATS).

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

In 6 casi i Distretti coincidono con gli ATS di riferimento, in 2 casi ciascun DS accorpa 3 ATS. In tre casi il territorio del DS è suddiviso su due ATS. Infine due Distretti comprendono due ATS e una parte dell'ATS n.24 che, quindi, è "a cavallo" di due Distretti, tra l'altro di Aree Vaste differenti.

Obiettivi del Progetto di ricerca

La ricerca "Indagine 2017 sui Distretti Sanitari e sugli Ambiti Territoriali Sociali della Regione Marche" si è posta l'obiettivo di acquisire elementi di analisi utili alla conoscenza e alla programmazione rispetto: alla strutturazione e al-

l'organizzazione dei DS e degli ATS, come rispondono ai bisogni di salute dei cittadini e delle comunità locali; alle modalità di relazione e integrazione tra loro e con gli altri attori della sfera sanitaria, socio-sanitaria e sociale del territorio di loro competenza; agli strumenti e alle iniziative che hanno adottato per favorire la partecipazione della cittadinanza.
L'obiettivo del Progetto di ricerca è duplice:

- fornire alla Regione Marche adeguati elementi conoscitivi per consolidare e qualificare l'esperienza dei DS e degli ATS quali luoghi privilegiati per garantire adeguata assistenza territoriale ai cittadini marchigiani;
- restituire ai Distretti Sanitari e agli Ambiti Territoriali Sociali un'immagine capace di favorire la riflessione interna e comune per una maggiore consapevolezza della propria organizzazione e della propria funzione sul territorio, anche nella prospettiva della integrazione sociale e sanitaria.

Fasi logiche ed operative del Progetto di ricerca

Il Gruppo di lavoro

- Claudio Bocchini *Osservatorio politiche sociali - ARS Marche - Coordinatore progetto*
- Patrizia Giulietti *Osservatorio politiche sociali - ARS Marche*
- Maria Elena Tartari *Sistema informativo statistico Regione Marche*
- Giorgia Mazzarini *specializzanda in Igiene e Medicina preventiva, UNIVPM*

Gli strumenti e i metodi di ricerca

Con riferimento agli obiettivi del Progetto di ricerca il Gruppo di lavoro, previa analisi preliminare della letteratura esistente e delle normative nazionali e regionali vigenti:

- ha individuato le specifiche ipotesi della ricerca,
- ha predisposto un Piano di lavoro, con relativo diagramma di Gantt,
- ha definito gli strumenti di rilevazione con i referenti istituzionali del progetto (Direttore ARS, Dirigenti P.F.), consistenti in due questionari da somministrare rispettivamente ai Direttori di DS e ai Coordinatori di ATS.

I questionari sono stati, successivamente, condivisi e testati rispettivamente, con i Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali marchigiani; in questa fase sono state apportate le modifiche secondo le indicazioni emerse ed è stato validato il diagramma di Gantt.

Somministrazione del questionario

Per il supporto alla compilazione del questionario il Gruppo di lavoro ha attivato un help desk metodologico e tecnico con figure di riferimento contattabili telefonicamente e per email.
Una parte del questionario è stata somministrata direttamente, tramite intervista.

Chiusura indagine e restituzione

Terminata la fase di compilazione i dati sono stati controllati, validati ed elaborati.
Il Gruppo di lavoro ha successivamente provveduto alla stesura di una prima bozza del Rapporto 2018 sui Distretti sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali marchigiani.
La prima bozza del Rapporto, a chiusura del Progetto di ricerca, è stata presentata in un seminario di confronto a cui sono stati invitati i Direttori di Distretto ed i Coordinatori d'Ambito per condividere i primi elementi emersi e raccogliere contributi per la stesura della versione definitiva.

CAPITOLO 1

CARATTERISTICHE GEOGRAFICHE E DEMOGRAFICHE

Caratteristiche geografiche e demografiche

I Distretti Sanitari insieme agli Ambiti Territoriali Sociali sono il luogo privilegiato dell'integrazione sociale e sanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale ed organizzativo/gestionale, sia come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.
I Distretti Sanitari nella Regione Marche hanno subìto nel corso degli anni diverse modifiche territoriali passando da 36 a 24, nel periodo in cui erano un'articolazione delle Zone territoriali e coincidenti con gli ATS. Quando sono state definite e strutturate le Aree Vaste dell'ASUR, con la L.R.17/10 (Modifiche alla Legge Regionale 20 giugno 2003 n.13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale") è stato ritenuto opportuno che la riformulazione dei bacini territoriali distrettuali fosse coincidente con quella delle ex Zone Territoriali.
Di conseguenza nel 2012 con la DGR n. 1403 "Individuazione dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell'art. 30 comma 2 della Legge Regionale 01/08/2011 n. 17" sono stati individuati e delimitati 13 Distretti Sanitari regionali coincidenti con le ex Zone Territoriali ed è stata specificata la loro collocazione geografica nelle 5 Aree Vaste.
La stessa Delibera di Giunta ha specificato che l'ampliamento dei bacini territoriali necessitava di una revisione del modello funzionale che avrebbe dovuto essere diversificato in rapporto alla eterogenea configurazione dei DS sia sotto il profilo della popolazione assistista\residente (come ad esempio la maggiore quantità e densità abitativa delle aree costiere) sia sotto il profilo geomorfologico (come ad esempio la maggiore dispersione territoriale delle aree montane).
Per effetto di queste scelte il DS ha subìto un incremento della mole gestionale di attività, con la necessità di qualificare la propria organizzazione anche in funzione della armonizzazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali in territori più vasti rispetto al passato, finalizzata ad assicurare in

modo unitario il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità di riferimento.
Nella regione Marche la popolazione media residente in un DS al 01/01/2016 presenta un valore pari a 118.750 unità. Tale valore medio nasconde, tuttavia, un elevato grado di variabilità intradistrettuale, passando dalle 47.190 unità residenti nel Distretto di Camerino alle 254.609 unità residenti nel Distretto di Ancona. Contestualmente la densità di popolazione residente registra il valore minimo nel Distretto di Camerino con 36,8 abitanti per kmq (Distretto la cui superficie territoriale è tra le più estese e pari a 1.280 Kmq, e seconda solo al Distretto di Urbino) ed il suo valore massimo nel Distretto di Ancona con 522,4 abitanti per Kmq e una estensione di superficie relativamente contenuta pari a 487,4 kmq. Il Distretto di Urbino si avvicina molto alla situazione del Distretto di Camerino per superficie territoriale (la più estesa pari a 1.544 kmq), popolazione residente (85.105 unità) e densità di popolazione (55.1) mentre il Distretto di Pesaro richiama le specificità del Distretto di Ancona con i suoi 304 Kmq, 138.999 persone residenti e una densità di 456 abitanti per Kmq.
Nell'anno 2007 è stata condotta un'indagine, analoga a quella presentata in queste pagine, per raccogliere prime significative informazioni sull'organizzazione dei Distretti Sanitari marchigiani. Il confronto tra i dati delle due indagini è però difficile in quanto non coincidente il numero dei DS in cui era ed è articolata la Regione Marche (ridotti da 24 a 13) e il tipo di popolazione considerata (popolazione assistita invece di popolazione residente). Si evince tuttavia che erano già presenti e marcate alcune criticità territoriali dei DS descritte nella precedente rilevazione. L'estensione media della superficie di un Distretto Sanitario è, ovviamente, aumentata, passando da 404 kmq nel 2007 a 723 kmq nel 2017; la popolazione media presente in ogni Distretto Sanitario è quasi raddoppiata passando da 63.474 unità in media per DS nel 2007 (popolazione assistita) a ben 118.750 unità in media nel 2017 (popolazione residente), anche se la densità di popolazione è rimasta pressoché stabile, oscillando tra 157 abitanti per Kmq del 2007 e 164 abitanti per Kmq nel 2017.

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

La popolazione residente nella Regione Marche, pari a 1.543.752 unità al 01/01/2016, è composta per il 16% da minorenni (0-17 anni), per il 60% da popolazione adulta (18-64 anni) e per il consistente restante 24% da anziani (>64 anni). Nonostante le differenze territoriali tra i Distretti Sanitari, il dato di popolazione registra una sostanziale omogeneità con la media regionale e non si discosta dalle percentuali indicate; spicca solo il Distretto di Camerino in cui la percentuale della popolazione anziana raggiunge il 27% della popolazione totale. Nel 2012, in attuazione della DGR n. 1403/12, sono stati ridisegnati i confini distrettuali facendoli corrispondere a quelli delle ex Zone e incorporando al loro interno uno o più ATS e, di conseguenza, è venuta meno la coincidenza tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale.

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

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

Dall'analisi delle specificità di ogni singolo ATS si conferma un alto grado di variabilità tra i diversi territori con un *range* molto ampio rispetto alla media regionale. L'ATS di Porto Sant'Elpidio spicca per la minore estensione della superficie, pari a 85,4 Kmq, ed una elevata densità di popolazione, pari a 604,7 residenti per Kmq (seconda solo a quella dell'ATS di Ancona con 807,9 abitanti per Kmq). La situazione diametralmente opposta si registra nell'Ambito Comunità Montana di Camerino con il territorio più esteso, pari a 750 Kmq, e la densità di popolazione più bassa, inferiore a 20 abitanti per Kmq.
Gli Ambiti Territoriali Sociali che si collocano al di sotto della media regionale per estensione di superficie e al disopra della media regionale per popolazione residente sono tre: l'ATS di Chiaravalle (146 Kmq per 70.141 abitanti residenti), l'ATS di Osimo (216 Kmq per 83.607 residenti) e l'ATS di Ancona (124 Kmq per 100.861 residenti con una densità di popolazione doppia di quella regionale). Al contrario gli Ambiti che si collocano al di sopra della media regionale per estensione di superficie territoriale e al di sotto della media regionale per popolazione residente sono sette: ATS di C. M. Catria e Nerone (580 kmq e 21.607 residenti), ATS di Urbino (590 Kmq e 43.074 abitanti), ATS di Fabriano (584 Kmq e 47.229 residenti), ATS C. M. Monti Azzurri

(505 Kmq e 41.221 residenti), ATS C. M. Alte Valli Potenza Esino (530 Kmq e 32.906 abitanti). ATS C. M. Camerino (750 Kmq e solo 14.284 residenti) e ATS Comunità Montana dei Sibillini (419 kmq e 14.222 residenti).
In conclusione si può affermare che solo i Distretti Sanitari di Pesaro, Senigallia, Jesi, Fabriano, Civitanova Marche e San Benedetto del Tronto continuano a coincidere con i relativi Ambiti Territoriali Sociali, gli altri DS incorporano due o più Ambiti, e precisamente: il Distretto di Urbino incorpora gli ATS di C.M. Catria e Nerone, Urbino e C.M. Montefeltro; il Distretto di Fano contiene gli ATS di Fano e Fossombrone; il distretto di Ancona racchiude gli Ambiti di Ancona, Chiaravalle e Osimo; Il Distretto di Macerata incorpora gli Ambiti di Macerata e C. M. Monti Azzurri e il Distretto di Camerino comprende gli ATS C.M. Alte Valli del Potenza-Esino e C.M. Camerino. L'Ambito Territoriale Sociale 24 Comunità Montana dei Sibillini è l'unico caso di ATS che si divide tra due Distretti: il Distretto di Fermo, che accoglie anche gli ATS di Fermo e di Porto Sant'Elpidio e il Distretto di Ascoli Piceno, che incorpora anche gli Ambiti di Ascoli Piceno e Unione Comuni Vallata del Tronto.
Questa situazione riguarda non soltanto la mera configurazione geografica, ma anche, di conseguenza, l'ambito della programmazione e organizzazione dei servizi sociosanitari territoriali. Le difficoltà di integrare le due sfere di intervento, sanitaria e sociale, scaturiscono, in parte, dalla non coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS), generando inevitabili difficoltà di comunicazione e raccordo. Più che un auspicio, anche in fase di prima restituzione ai Direttori di Distretto e ai Coordinatori di ATS della bozza di report dell'indagine, è una necessità ritrovare un assetto territoriale uniforme tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, al fine di superare le asimmetrie dei confini territoriali e gli squilibri tra "sotto" e "sovra" dimensionamento territoriale.
L'indicazione che emerge dai dati, da sottoporre ai decisori politici, è quella della necessità di effettuare una riflessione congiunta tra sanità e sociale per promuovere una ridefinizione dell'assetto territoriale di Ambiti e Distretti nel senso della coincidenza, che favorirebbe anche la programmazione integrata dei due sistemi e la gestione dei servizi comuni.

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

Distretti Sanitari
ATS e Comuni compresi, superficie, popolazione per classi d'età e densità demografica all'01/01/2016

DS	AV	ATS	n. comuni	superficie Kmq	0-17 anni	18-64 anni	>64 anni	Totale popolazione	Densità popolazione
01 - Pesaro	1 PU	1	8	304,7	23.069	84.272	31.658	138.999	456,2
02 - Urbino	1 PU	3 - 4- 5	31	1.544,0	13.558	50.930	20.617	85.105	55,1
03 - Fano	1 PU	6 - 7	20	719,1	22.170	82.923	32.364	137.457	191,2
04 -Senigallia	2 AN	8	9	463,5	12.111	47.153	19.974	79.238	171,0
05 - Jesi	2 AN	9	21	678,6	17.191	64.639	26.164	107.994	159,1
06 - Fabriano	2 AN	10	5	548,7	7.493	28.025	11.711	47.229	86,1
07 - Ancona	2 AN	11 - 12- 13	15	487,4	40.987	153.094	60.528	254.609	522
08 - Civitanova Marche	3 MC	14	9	366,4	20.826	76.443	27.166	124.435	339,6
09 - Macerata	3 MC	15 - 16	24	917,1	20.703	80.731	34.371	135.805	148,1
10 - Camerino	3 MC	17 - 18	21	1.280,8	6.592	27.813	12.785	47.190	37
11 - Fermo	4 FM	19 - 20 - 24	40	862,8	27.069	106.067	42.489	175.625	203,6
12 - San Benedetto	5 AP	21	12	313,5	15.798	61.983	24.293	102.074	325,6
13 - Ascoli Piceno	5 AP	22 - 23- 24	21	914,7	15.838	65.323	26.831	107.992	118,1
Totale Regione			**236**	**9.401**	**243.405**	**929.396**	**370.951**	**1.543.752**	**164**

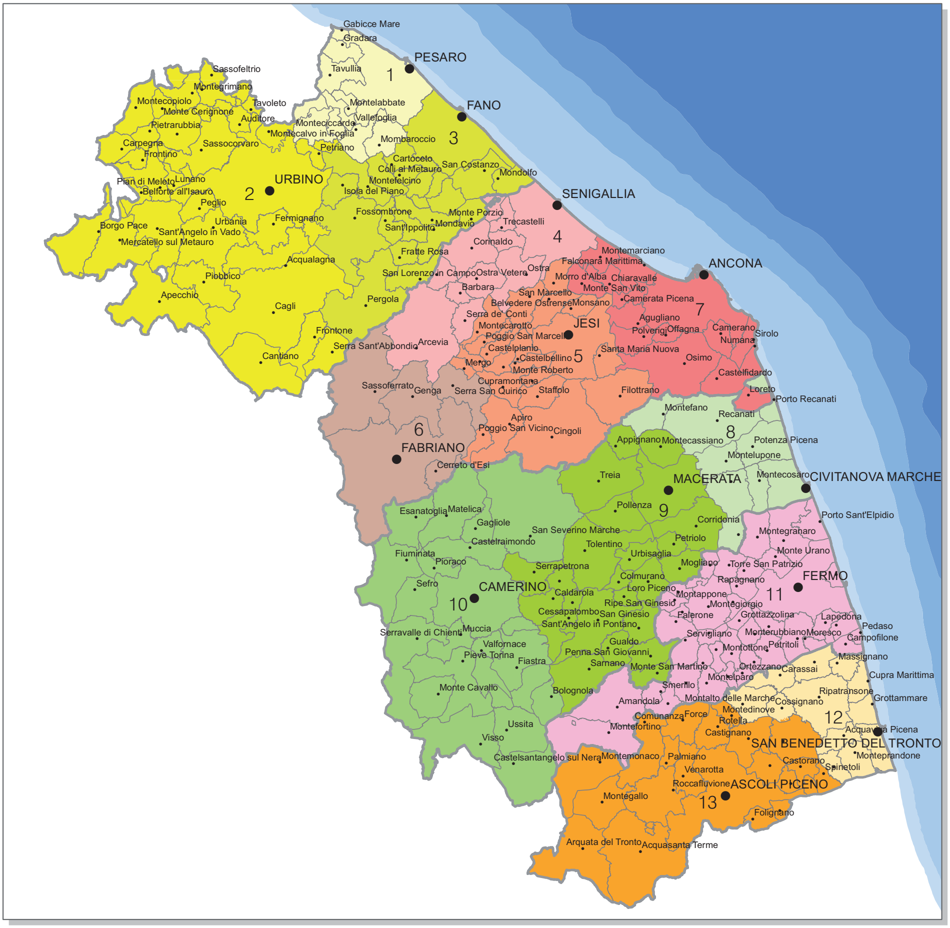
Ambiti Territoriali Sociali
DS e AV di riferimento, Comuni compresi, superficie, popolazione per classi d'età e densità demografica all'01/01/2016

ATS	AV	DS	n. comuni	superficie Kmq	0-17 anni	18-64 anni	>64 anni	Totale popolazione	Densità popolazione
ATS 01 - Pesaro	1 PU	1	8	304,7	23.069	84.272	31.658	138.999	456,2
ATS 03 - C. M. Catria e Nerone	1 PU	2	7	580,6	3.065	12.692	5.850	21.607	37,2
ATS 04 - Urbino	1 PU	2	9	590,5	7.138	26.106	9.830	43.074	72,9
ATS 05 - C. M. Montefeltro	1 PU	2	15	372,9	3.355	12.132	4.937	20.424	54,8
ATS 06 - Fano	1 PU	3	12	460,7	15.976	61.768	24.971	102.715	223,0
ATS 07 - Fossombrone	1 PU	3	8	258,4	6.194	21.155	7.393	34.742	134,4
ATS 08 - Senigallia	2 AN	4	9	463,5	12.111	47.153	19.974	79.238	171,0
ATS 09 - Jesi	2 AN	5	21	678,6	17.191	64.639	26.164	107.994	159,1
ATS 10 - Fabriano	2 AN	6	5	548,7	7.493	28.025	11.711	47.229	86,1
ATS 11 - Ancona	2 AN	7	1	124,8	15.229	59.943	25.689	100.861	807,9
ATS 12 - Chiaravalle	2 AN	7	7	146,3	11.286	42.156	16.699	70.141	479,4
ATS 13 - Osimo	2 AN	7	7	216,3	14.472	50.995	18.140	83.607	386,6
ATS 14 - Civitanova Marche	3 MC	8	9	366,4	20.826	76.443	27.166	124.435	339,6
ATS 15 - Macerata	3 MC	9	9	411,4	14.403	56.590	23.591	94.584	229,9
ATS 16 - C.M. Monti Azzurri	3 MC	9	15	505,7	6.300	24.141	10.780	41.221	81,5
ATS 17 - C.M. Alte Valli Potenza-Esino	3 MC	10	8	530,4	4.747	19.420	8.739	32.906	62,0
ATS 18 - C.M. Camerino	3 MC	10	13	750,4	1.845	8.393	4.046	14.284	19,0
ATS 19 - Fermo	4 FM	11	31	554,2	17.683	69.681	28.942	116.306	209,9
ATS 20 - Porto S.Elpidio	4 FM	11	3	85,4	8.449	31.725	11.441	51.615	604,7
ATS 21 - San Benedetto del Tronto	5 AP	12	12	313,5	15.798	61.983	24.293	102.074	325,6
ATS 22 - Ascoli Piceno	5 AP	13	9	563,7	9.848	42.016	18.074	69.938	124,1
ATS 23 - Unione Comuni Vallata del Tronto	5 AP	13	7	155,2	5.081	19.378	7.077	31.536	203,2
ATS 24 - Comunità Montana dei Sibillini	4FM - 5 AP	11-13	11	419,1	1.846	8.590	3.786	14.222	33,9
Totale Regione			**236**	**9.401**	**243.405**	**929.396**	**370.951**	**1.543.752**	**164,2**

DISTRETTI SANITARI DELLE MARCHE

DGR 01/10/2012 n. 1403
"Individuazione dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell'art. 30, comma 2, della Legge Regionale 01/08/2011 n. 17"

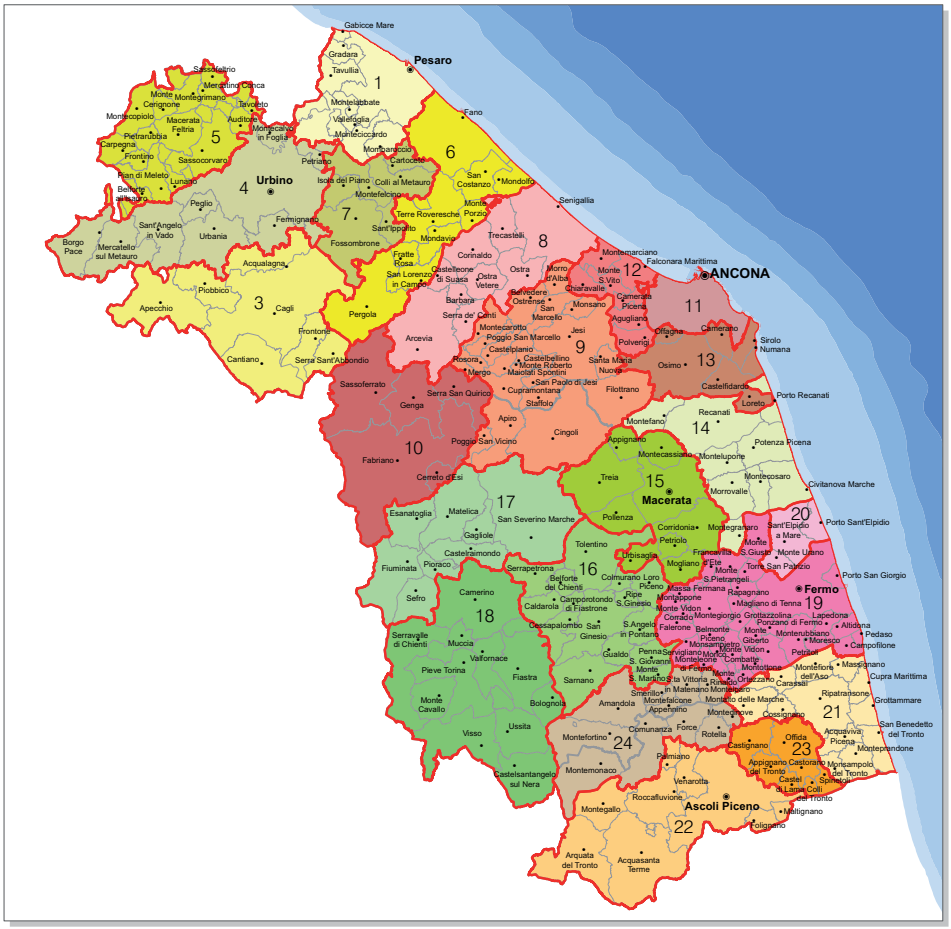
Elaborazioni a cura della PF Urbanistica, Paesaggio ed informazioni Territoriali - febbraio 2018


Gabicce Mare
Gradara
PESARO
Tavullia
1
Sassofeltrio
Montegrimano
Montecopiolo
Monte Cerignone
Tavoleto
Auditore
Montelabbate
Vallefoglia
Monteciccardo
Montecalvo in Foglia
Pietrarubbia
Carpegna
Sassocorvaro
Frontino
Petriano
FANO
Mombaroccio
3
Cartoceto
Colli al Metauro
San Costanzo
Mondolfo
Montefelcino
Isola del Piano
URBINO
2
Piandimeleto
Lunano
Belforte all'Isauro
Peglio
Urbania
Fermignano
Borgo Pace
Sant'Angelo in Vado
Mercatello sul Metauro
Fossombrone
Monte Porzio
Mondavio
Sant'Ippolito
Trecastelli
SENIGALLIA
4
Corinaldo
Fratte Rosa
Acqualagna
Piobbico
Apecchio
Cagli
Pergola
San Lorenzo in Campo
Ostra Vetere
Ostra
Barbara
Montemarciano
Falconara Marittima
ANCONA
Morro d'Alba
Chiaravalle
Monte San Vito
San Marcello
Belvedere Ostrense
Monsano
Camerata Picena
7
Serra de' Conti
Montecarotto
JESI
Agugliano
Polverigi
Offagna
Camerano
Sirolo
Numana
Poggio San Marcello
Castelplanio
Castelbellino
5
Santa Maria Nuova
Osimo
Frontone
Serra Sant'Abbondio
Arcevia
Cantiano
Mergo
Monte Roberto
Castelfidardo
Cupramontana
Sassoferrato
Genga
Serra San Quirico
Staffolo
Filottrano
Loreto
Porto Recanati
Montefano
Recanati
6
FABRIANO
Apiro
Poggio San Vicino
Cingoli
Appignano
Montecassiano
8
Potenza Picena
Montelupone
Cerreto d'Esi
Treia
MACERATA
Montecosaro
CIVITANOVA MARCHE
Esanatoglia
Matelica
Pollenza
9
Corridonia
Porto Sant'Elpidio
Gagliole
San Severino Marche
Montegranaro
Castelraimondo
Tolentino
Petriolo
Monte Urano
Fiuminata
Pioraco
Urbisaglia
Mogliano
Torre San Patrizio
Serrapetrona
Sefro
Colmurano
Rapagnano
FERMO
CAMERINO
Caldarola
Loro Piceno
Montappone
11
10
Ripe San Ginesio
Montegiorgio
Cessapalombo
San Ginesio
Falerone
Grottazzolina
Lapedona
Sant'Angelo in Pontano
Serravalle di Chienti
Muccia
Servigliano
Monterubbiano
Moresco
Pedaso
Campofilone
Valfornace
Gualdo
Montottone
Petritoli
Pieve Torina
Penna San Giovanni
Massignano
Fiastra
Sarnano
Monte San Martino
Ortezzano
Carassai
Montelparo
Cupra Marittima
Monte Cavallo
Bolognola
Smerillo
Ripatransone
Amandola
Montalto delle Marche
Cossignano
Grottammare
Montedinove
12
Comunanza
Force
Rotella
Acquaviva Picena
Ussita
Montefortino
Castignano
SAN BENEDETTO DEL TRONTO
Visso
Castelsantangelo sul Nera
Montemonaco
Palmiano
Castorano
Monteprandone
Spinetoli
Venarotta
Roccafluvione
ASCOLI PICENO
Montegallo
13
Folignano
Arquata del Tronto
Acquasanta Terme

AMBITI TERRITORIALI SOCIALI DELLE MARCHE

DGR n. 592 del 19/03/2002
"Modifica alla DGR n. 337 del 13.02.2001- Istituzione degli Ambiti Territoriali"

Elaborazioni a cura della PF Urbanistica, Paesaggio ed informazioni Territoriali - Anno 2018

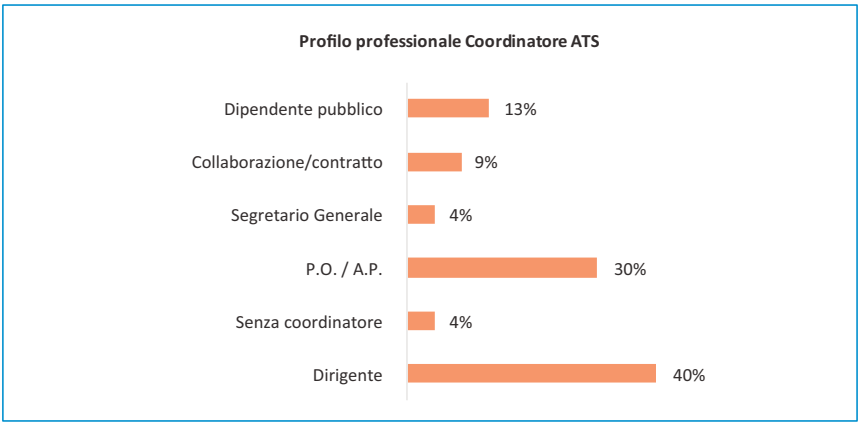

Pesaro
ANCONA
Urbino
Macerata
Fermo
Ascoli Piceno
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

CAPITOLO 2

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

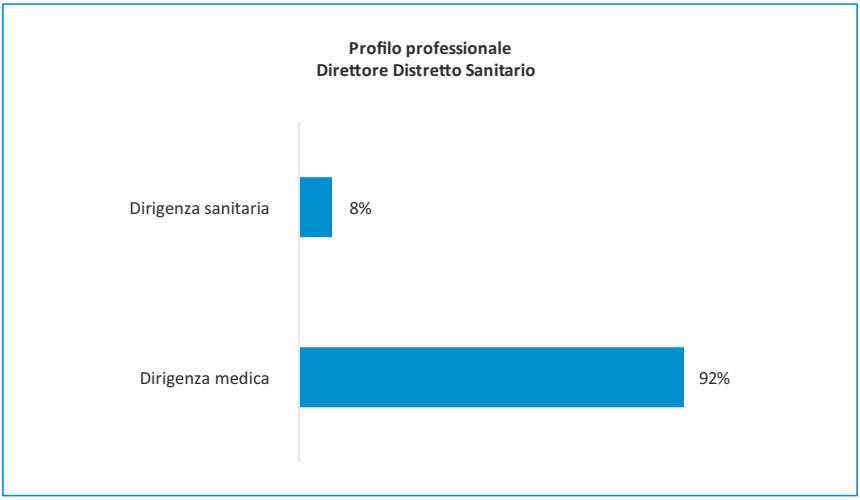
Struttura Organizzativa

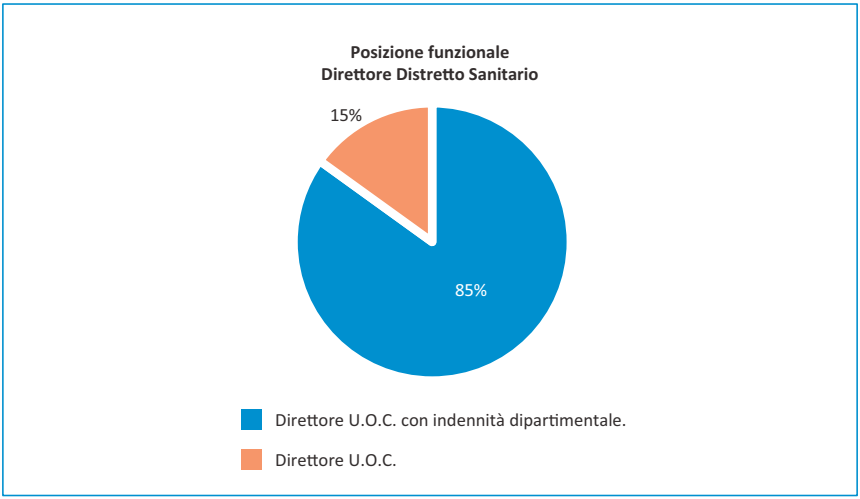
A capo della struttura organizzativa degli Ambiti Territoriali Sociali ci sono i Coordinatori, mentre a capo dei Distretti Sanitari ci sono i Direttori.
I Coordinatori dei 23 Ambiti Territoriali Sociali hanno profili professionali piuttosto eterogenei ed articolati, il 40% ha un ruolo dirigenziale, il 43% è dipendente pubblico di cui il 40% con incarico di Alta professionalità o di Posizione organizzativa, un Coordinatore è Segretario Generale del Comune, mentre il 9% ha contratti di collaborazione esterna.



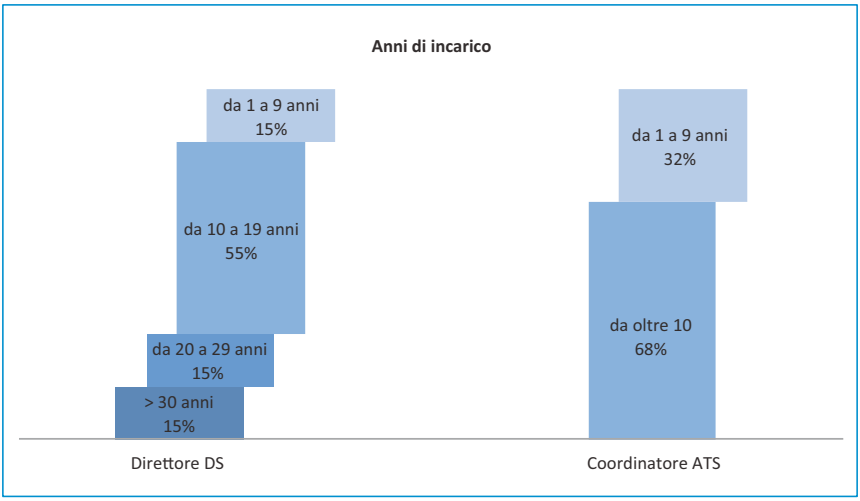
Diversa la situazione dei 13 Direttori dei Distretti Sanitari, tutti hanno un profilo dirigenziale, 12 sono dirigenti medici e 1 è dirigente sanitario. Il dato collima anche con quanto emergeva dalla ricerca nazionale sui Distretti Sanitari AGENAS del 2010, in cui si attestava che «*In tutte le Regioni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

che l'85% percepisce l'indennità dipartimentale. Anche in questo caso il rapporto AGENAS evidenzia che la situazione non era diversa nel 2010 *«Altro elemento emergente dall'indagine riguarda il ruolo del Distretto come macrostruttura aziendale, configurata prevalentemente come struttura complessa, o per lo meno con un Direttore avente un incarico di Dirigente di struttura complessa».*

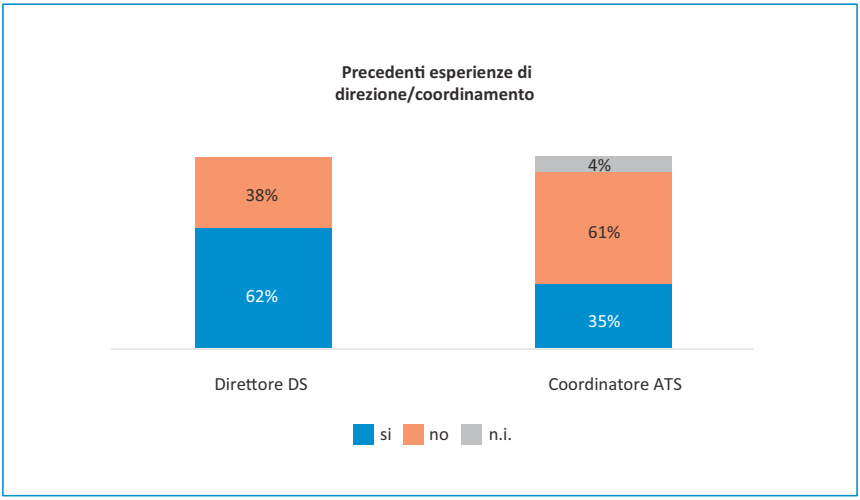




Negli incarichi di direzione, sono più longevi i Direttori di DS rispetto ai «colleghi» Coordinatori di ATS, il 30% è in carica da oltre 20 anni e più della metà da 10 a 19 anni, mentre un 15% ricopre il ruolo per periodi che vanno da 1 a 9 anni. Dall'indagine sui Distretti Marchigiani del 2007 emergeva che: *«I Direttori rivestono questo incarico in media da 80 mesi, ovvero da oltre 6 anni e mezzo. I valori minimi e massimi in questo caso sono rispettivamente 18 e 144 mesi.»*
La maggioranza dei Coordinatori di ATS ricopre, invece, l'incarico da oltre 10 anni e solo un terzo è Coordinatore da 1 a 9 anni.
Ovviamente il confronto tra la durata degli incarichi delle due figure va collocato all'interno della programmazione nazionale e regionale sulla organizzazione dei servizi sanitari e sociali territoriali.
Gli Ambiti Territoriali Sociali furono istituiti nel 2001, con la deliberazione di Giunta Regionale n. 337/2001, successivamente modificata con delibera n.592/2002. L'istituzione degli ATS fu attivata in attuazione del *Piano regionale, per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali* (DGR n.306/00) approvato dalla Giunta regionale ai sensi della *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* n. 328/2000.
Di Distretti Sanitari di base tratta già l'art. 10 della Legge n. 833 del 1978, individuati come "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento", anche se bisogna arrivare al 1992, con la seconda Riforma Sanitaria (D.Lgs. n.502), perché i Distretti possano essere individuati come autentiche "articolazioni delle Unità Sanitarie Locali" e, più in particolare, come una delle tre colonne del Sistema Sanitario: l'Ospedale, il Distretto ed il Dipartimento di Prevenzione.



Di poco superiore a un terzo, il 35%, è la quota dei Coordinatori di ATS che afferma di aver ricoperto, in precedenza, incarichi di direzione o coordinamento, a fronte di quasi i due terzi dei Direttori di Distretto, il 62%, *nell'indagine 2007 «precedenti esperienze di direzione sono state riferite in 18 casi su 24», il 75%.*



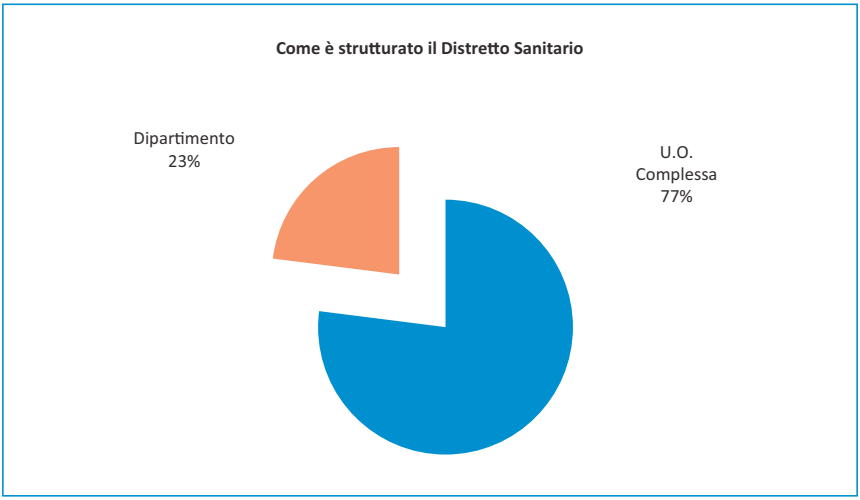
Strutturazione dei DS e degli ATS

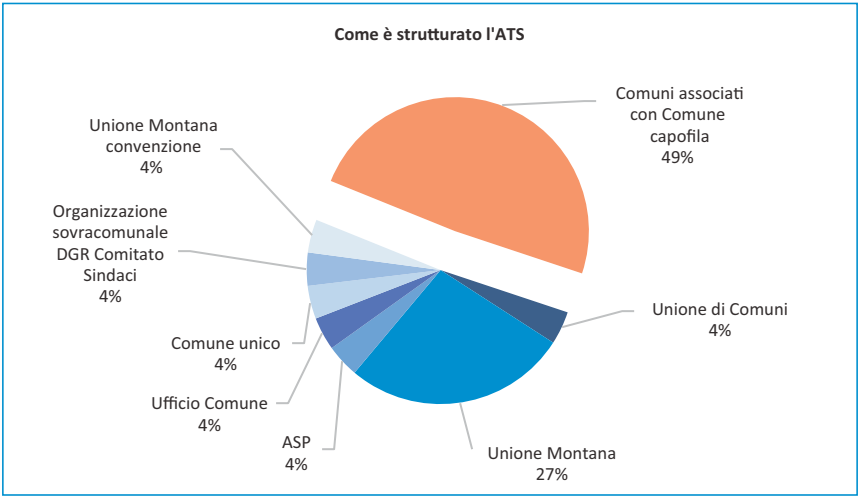
Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale si differenziano anche in base alla loro struttura organizzativa. Il DS è parte di una organizzazione verticale qual è quella dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e, come tutto il comparto sanitario, è prioritariamente destinatario di indicazioni programmatorie da parte del Governo regionale piuttosto che dagli organi di governo politico comunali, mentre l'ATS è l'elemento centrale, assieme ai servizi sociali comunali, delle politiche sociali territoriali ed ha una organizzazione strutturata in modo orizzontale, facente capo ai servizi sociali dei comuni e quindi ai Sindaci e alle giunte comunali.

I primi, nella maggioranza dei casi, sono Unità Operative Complesse (U.O.C.), come, d'altronde, era anche nel 2007: *«Nella maggior parte dei casi, 16 su 24, il Distretto è strutturato come Unità Operativa Complessa. In un unico caso si configura quale Dipartimento territoriale, nei restanti casi il Distretto è costituito in Unità Operativa Semplice.»*

Nel 2017 l'accorpamento dei Distretti, oggi sono 13 rispetto ai 24 del 2007, ha elevato, in parte, il livello organizzativo facendo scomparire l'Unità Operativa Semplice ed aumentando, seppur di poco, le realtà dipartimentali che diventano 3.

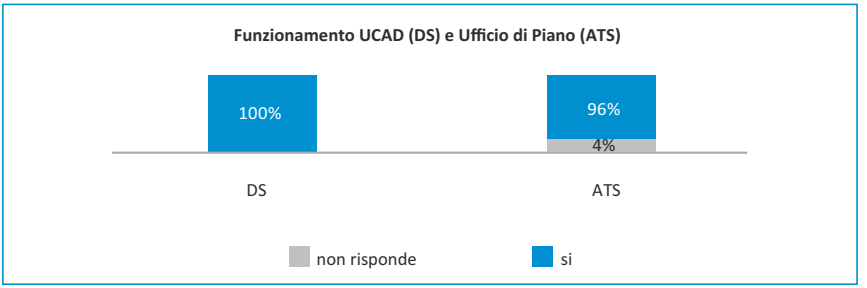
Gli ATS, dal loro canto, hanno una organizzazione molto meno omogenea: la metà circa sono organizzati nella forma associativa tra comuni con ente capofila, oltre un quarto ha utilizzato il riferimento all'Unione Montana, e i restanti hanno adottato forme che vanno dall'ASP all'Ufficio comune, all'Unione dei Comuni, ecc.

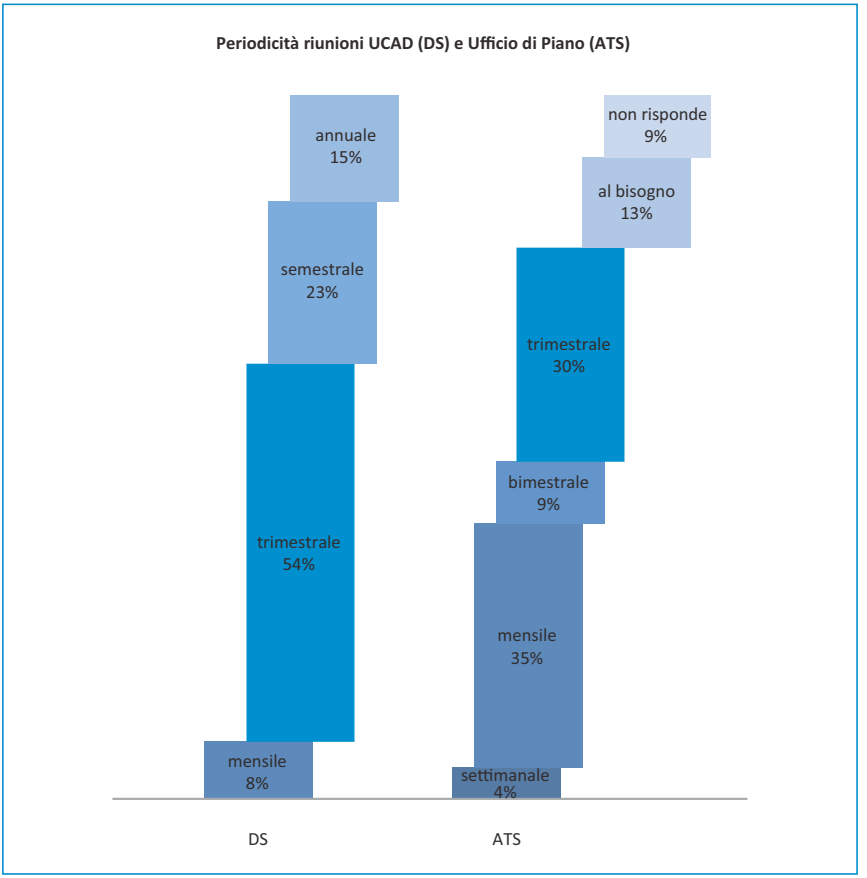

Come è strutturato il Distretto Sanitario
Dipartimento
23%
U.O.
Complessa
77%


Come è strutturato l'ATS
Comuni associati
con Comune
capofila
49%
Unione Montana
convenzione
4%
Organizzazione
sovracomunale
DGR Comitato
Sindaci
4%
Unione di Comuni
4%
Comune unico
4%
Ufficio Comune
4%
ASP
4%
Unione Montana
27%

Ufficio delle Attività Distrettuali e Ufficio di Piano di ATS

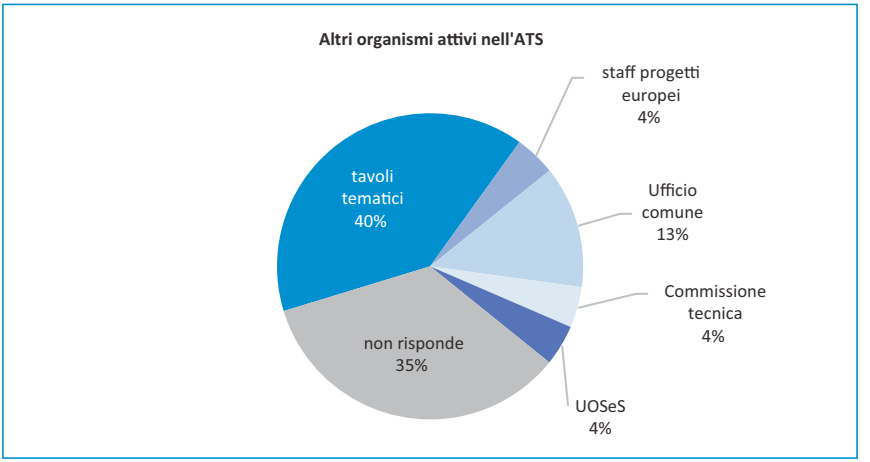
L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) svolge funzioni propositive e consultive rispetto alle attività distrettuali, è presieduto dal Direttore ed è composto dai referenti di ciascuna area di attività del DS.
L'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale svolge funzioni simili all'UCAD, ma non sovrapponibili perché in genere ha anche funzioni "esecutive", è presieduto dal Coordinatore di ATS e composto, generalmente, dai Responsabili dei Servizi comunali afferenti alle tematiche sociali, socio-educative e socio-sanitarie.
L'UCAD è attivo e funzionante in tutti i Distretti Sanitari e si riunisce in prevalenza con cadenza trimestrale, in oltre la metà dei Distretti, semestralmente, nel 23% dei casi, e una sola volta all'anno nel 15% dei DS.
Anche l'Ufficio di Piano è funzionante in tutti gli ATS tranne in uno che non ha dato indicazioni in merito. La periodicità delle riunioni dell'Ufficio di Piano dell'ATS è più elevata rispetto a quella dell'UCAD, la frequenza maggiore, 35%, è mensile, seguita dalla trimestrale, 30% e poi il 9% della bimestrale e in un ATS la riunione è settimanale.
Sia L'UCAD sia l'Ufficio di Piano possono avvalersi della collaborazione anche di altre figure come, ad esempio, i Direttori di Dipartimento per il primo e rappresentanti del non profit per il secondo.
L'indagine nazionale AGENAS riporta che l'UCAD era funzionante nel 59% dei Distretti Sanitari italiani e nel 72% di quelli delle regioni centrali.

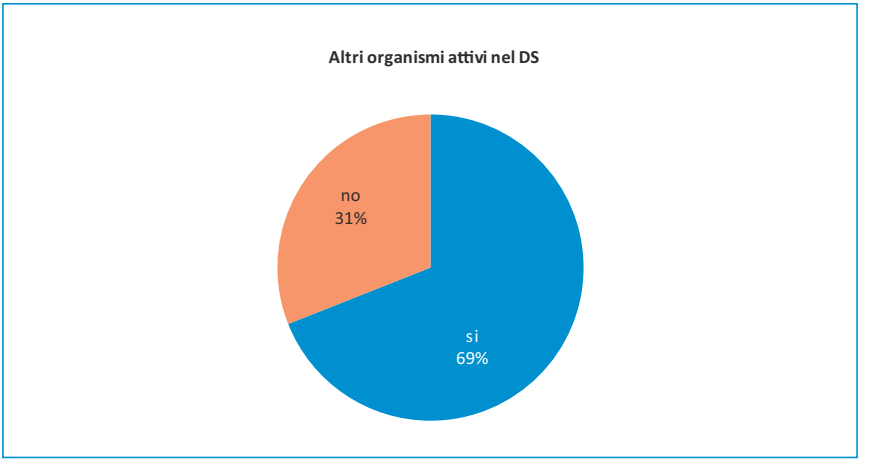

Funzionamento UCAD (DS) e Ufficio di Piano (ATS)
100%
96%
4%
DS
ATS
non risponde
si


Periodicità riunioni UCAD (DS) e Ufficio di Piano (ATS)
annuale 15%
semestrale 23%
trimestrale 54%
mensile 8%
non risponde 9%
al bisogno 13%
trimestrale 30%
bimestrale 9%
mensile 35%
settimanale 4%
DS
ATS

Altri organismi di DS o di ATS

Oltre a UCAD e Ufficio di Piano nell'ATS e nel DS sono attivi altri organismi operativi.
L'ATS predilige organizzare il proprio lavoro per tavoli tematici, come attestano 4 ATS su 10, il 13% ha attivato l'Ufficio Comune mentre solo un Ambito su 23 afferma di aver creato uno staff per la progettazione europea. Questo dato apre l'attenzione su una questione mai completamente risolta nel nostro Paese, legata alla scarsa attenzione ai fondi comunitari, oggi divenuta una delle fonti prioritarie di finanziamento delle politiche territoriali.
Il 69% dei Direttori dei Distretti Sanitari afferma di avere attivi, nella propria organizzazione, altri organismi quali, l'U.O. SeS, di cui si tratterà più avanti in una sezione specifica del rapporto dedicata all'integrazione socio sanitaria, Pool di monitoraggio, Equipe territoriali, organismi aggregativi di medici di medicina generale (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls). A tal proposito alcuni Direttori di DS hanno concordato sul fatto che occorrerebbe rinnovare l'UCAD, in quanto, a loro avviso, ha perso un po' della significanza originaria, rivedendone il funzionamento e collegandolo, maggiormente alle equipe territoriali, ritenute molto importanti per l'ottimizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari territoriali.





Se SI, quali
U.O. SeS
Pool di monitoraggio
Équipe territoriali, molto importanti (Mmg, Pls, CA)
Segreteria organizzativa distrettuale,
Comitato per la specialistica ambulatoriale; Comitato per la medicina generale; Comitato per la pediatria di libera scelta
Commissione appropriatezza

Aspetti economici e gestionali

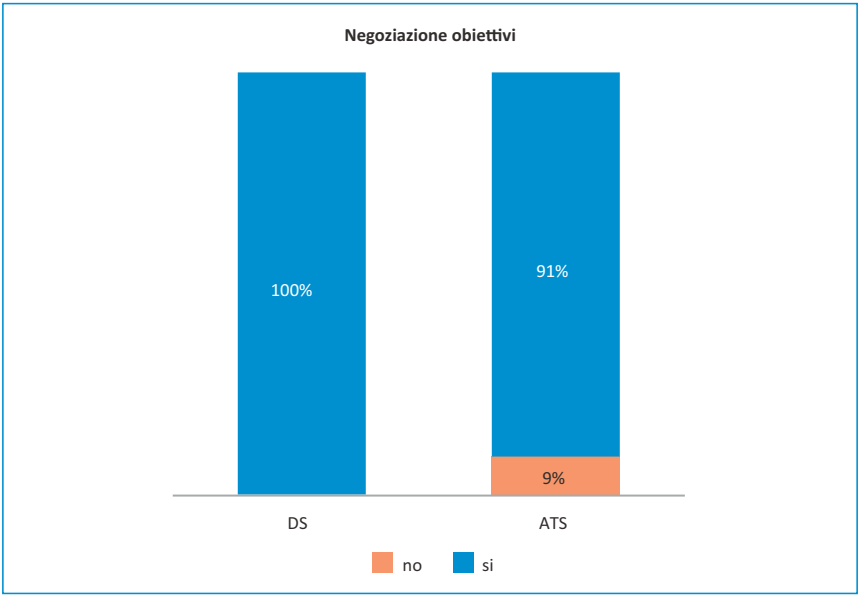
Il Rapporto sui Distretti Sanitari marchigiani 2007 riportava, tra l'altro, che *«La programmazione regionale pone tra gli obiettivi generali l'integrazione socio-sanitaria, focalizzando l'attenzione su quelli che sono i luoghi dell'integrazione, ovvero l'Ambito Territoriale Sociale e il Distretto. In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

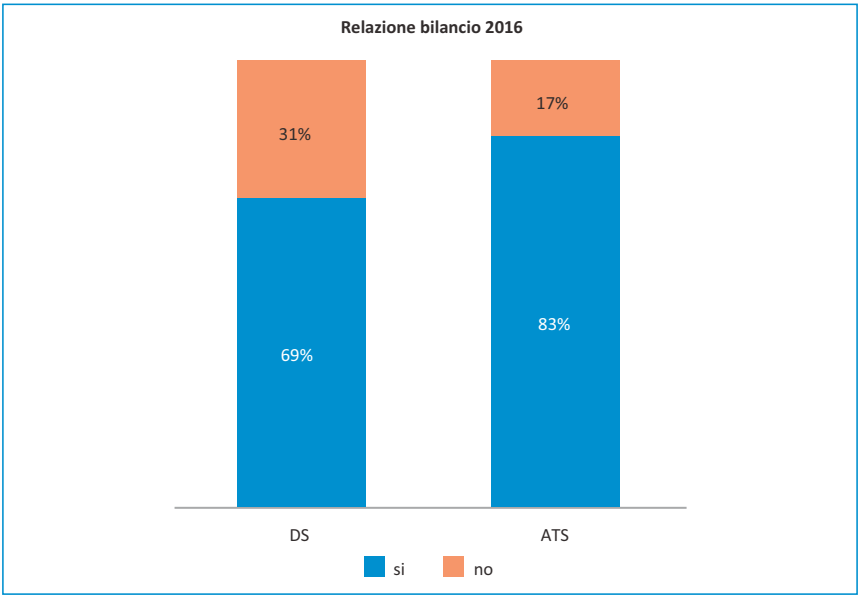
Seguendo tali riflessioni, l'indagine 2017 ha cercato di mettere a confronto ATS e DS anche su questioni afferenti la definizione degli obiettivi e le questioni di budget e bilancio.

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

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

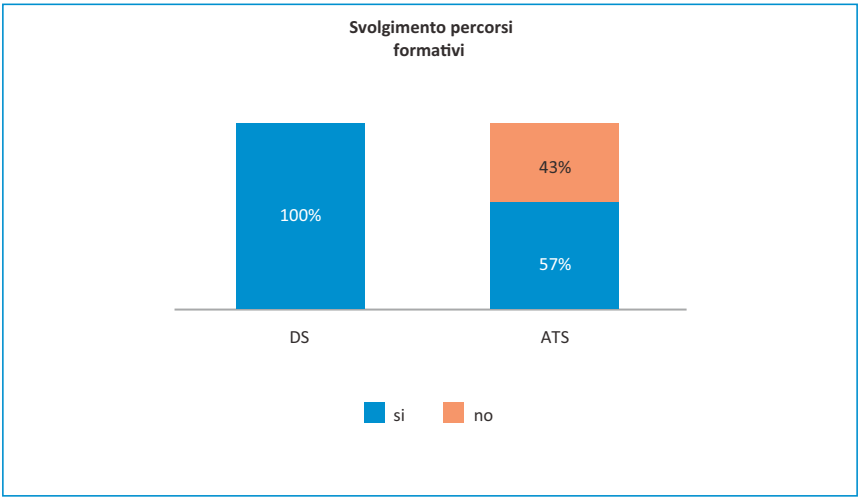
Nell'indagine regionale sui Distretti del 2007 è riportato che *«il 79,17% dei Direttori di Distretto negozia annualmente con la direzione generale gli obiettivi da conseguire e le relative risorse».*

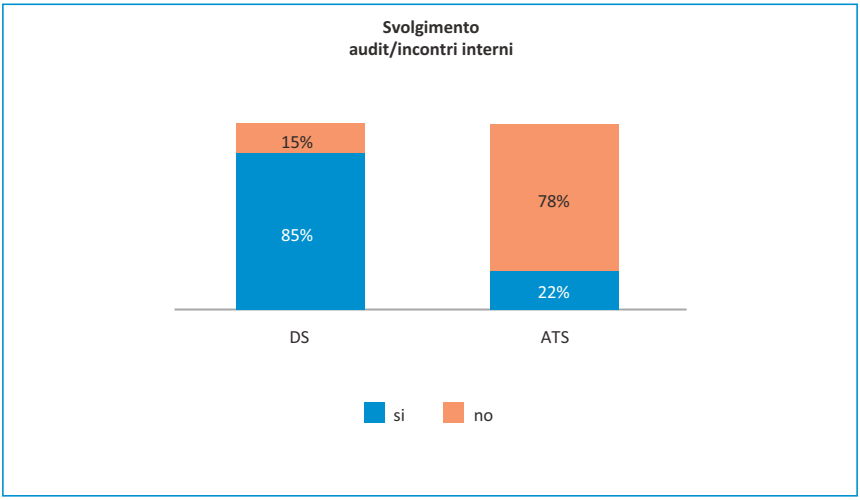

Negoziazione obiettivi
100%
91%
9%
DS
ATS
no
si


Relazione bilancio 2016
31%
69%
17%
83%
DS
ATS
si
no

Formazione e «incontri di confronto» interni

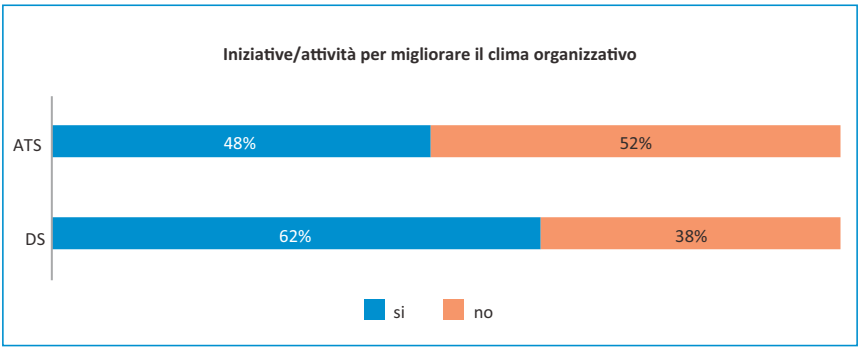
Nel Rapporto AGENAS si legge che *«una delle leve più potenti del cambiamento è costituita dall'aggiornamento e dall'innovazione delle conoscenze»* e anche che *«all'interno dei percorsi formativi si possono collocare anche gli audit, in cui è coinvolto un ragguardevole numero di Distretti».* In riferimento a ciò, risulta senza dubbio interessante l'analisi comparativa su formazione e audit dal punto di vista temporale, al fine di capire se e cosa è mutato rispetto a tali tematiche nei Distretti Sanitari; sulla stessa questione, nella prospettiva dell'integrazione sociale e sanitaria, risulta rilevante anche il confronto tra le due organizzazioni oggetto dell'indagine, i DS e gli ATS marchigiani.
Il rapporto AGENAS che precisa: *«I percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale sono svolti "spesso" nel 61% dei Distretti, raramente nel 32,6% e mai 6,4%.»* Nella regione Marche, oggi, tutti i Direttori dei Distretti sanitari hanno dichiarato di organizzare periodicamente corsi di formazione o di aderire a corsi proposti da altri organismi.
Nel confronto con gli Ambiti Territoriali Sociali, questi ultimi risultano meno propositivi poiché poco più della metà degli ATS, il 57%, dichiara di promuovere la formazione del proprio personale.
Sempre AGENAS riporta che «*Il numero di incontri informali organizzati dal Direttore di Distretto con i responsabili delle attività di assistenza primaria è apprezzabile (il 57,2% dei Direttori ne organizza più di 5 nel corso dell'anno)*». Nella regione Marche incontri interni si tengono nell'85% dei Distretti Sanitari facendo riscontrare un notevole incremento delle «attenzioni» da parte delle direzioni nei confronti del personale della struttura. La periodicità non risulta ancora formalizzata, 8 Direttori di DS attestano di organizzarli occasionalmente, alcuni hanno affermato di effettuare incontri informali in base alle esigenze del momento.
Anche in questo caso gli ATS dimostrano ancor meno attenzione nella organizzazione di momenti interni di riflessione e approfondimento con il proprio personale, infatti solo il 22% degli Ambiti Territoriali Sociali dichiara di organizzarne.


Svolgimento percorsi formativi
100%
43%
57%
DS
ATS
si
no


Svolgimento audit/incontri interni
15%
85%
78%
22%
DS
ATS
si
no

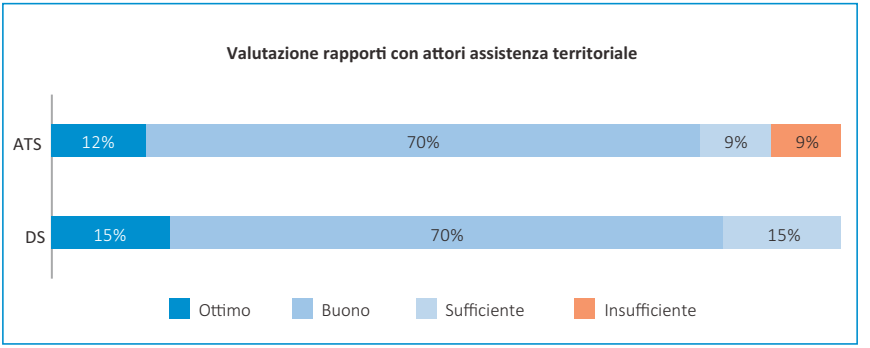
Clima organizzativo e rapporti con altri attori dell'assistenza territoriale

Gli ATS e i DS, sulla base delle risposte fornite, risultano essere mediamente attenti al clima organizzativo: il 48% dei Coordinatori di Ambito affermano di organizzare iniziative o attività volte al miglioramento della loro organizzazione, tese ad affrontare le problematiche e le criticità; una attenzione maggiore verso tali questioni si ha nei Distretti che attestano di occuparsi del miglioramento del clima organizzativo nel 62% dei casi. La riflessione che emerge dalla lettura dei dati riguarda la necessità di potenziare l'attenzione rivolta ai rapporti interni delle due organizzazioni, con particolare attenzione a quella di ATS che pare investa non sufficientemente sia sul personale, come evidenziato dai grafici su formazione e incontri interni, sia sulle dinamiche che caratterizzano i rapporti interni alla struttura.



Direttori di Distretto Sanitario e Coordinatori di Ambito Territoriale Sociale valutano comunque positivamente i livelli di collaborazione e fiducia reciproca, con i diversi attori dell'assistenza territoriale.
Entrambi affermano, infatti, che il livello di tali rapporti si attesta per il 70% sulla valutazione medio alta (buono), poco sopra il 10% si colloca il livello massimo (ottimo) e soltanto un Coordinatore di ATS esprime un giudizio negativo definendo insufficiente il livello di tali rapporti.

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



Si può concludere asserendo che Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, per rispondere al meglio all'evolvere dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, necessitano delle risorse necessarie sia regionali per la gestione ordinaria e sia europee per progetti e iniziative specifiche. In situazioni di carenza di personale e di finanziamenti sono, infatti, a rischio chiusura i servizi più decentrati e di difficoltosa erogazione.
Altra situazione di crisi riguarda lo «schiacciamento» sul versante burocratico-amministrativo degli ATS, istituiti ad inizio 2000 con finalità prevalentemente orientate al coordinamento della programmazione territoriale; oggi gli Ambiti sembrano dover rispondere in modo eccessivo a tali adempimenti, non supportati da una organizzazione adeguata dell'area amministrativa. Anche nei Distretti Sanitari si riscontra una separazione tra la componente sanitaria e amministrativa.
L'operatività congiunta di DS e ATS, al di là della facilitazione determinata dai rapporti interpersonali, appare difficoltosa; UCAD e Ufficio di piano quando operano congiuntamente, rendono macchinosa e poco dinamica la funzionalità del sistema, se, invece, non si sovrappongono costituiscono strumenti utili per promuovere risposte cogenti ai bisogni di salute dei cittadini.
Al contrario i «tavoli tematici» appaiono più funzionali e «funzionanti» quando operano in modo integrato e coordinato.

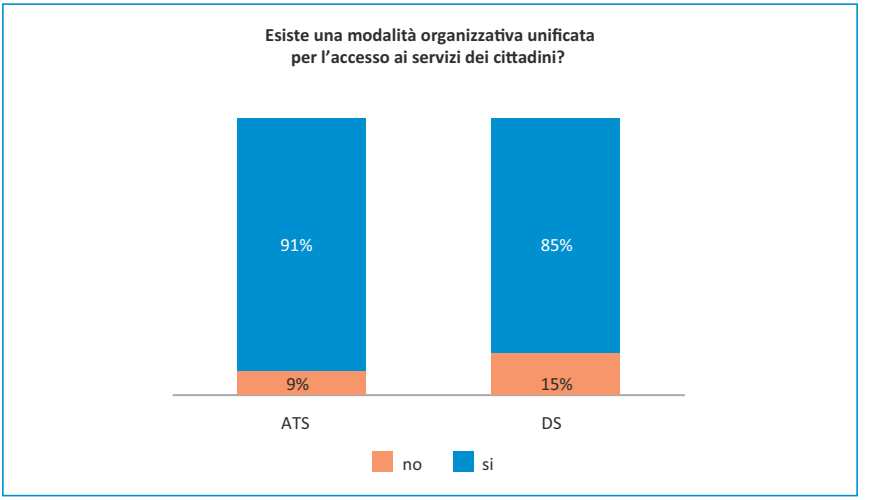
CAPITOLO 3

ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

Accesso ai servizi

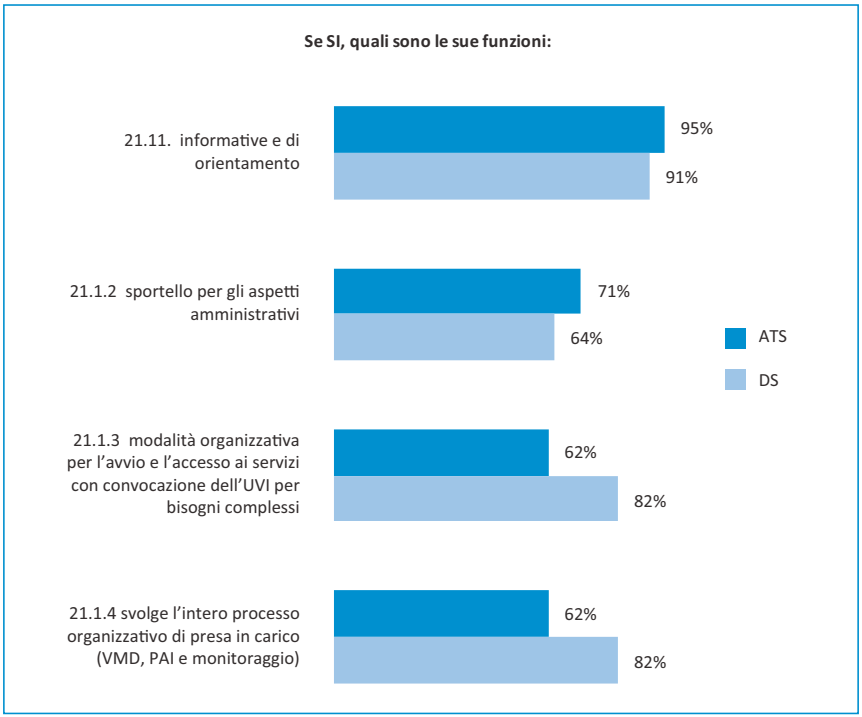
Come già riportato nel Rapporto di ricerca "Indagine conoscitiva sui Distretti Sanitari marchigiani" del 2007, l'accesso al sistema, la porta di ingresso ai servizi territoriali, è uno degli elementi fondamentali su cui da tempo la Regione Marche sta investendo attraverso linee programmatiche rivolte al territorio.
Le prime indicazioni di orientamento per il "governo della domanda" rivolte ai Comuni risalgono al primo Piano Sociale Regionale, dell'anno 2000, e alle successive "Linee guida regionali per la realizzazione degli uffici di promozione sociale", che prefiguravano l'organizzazione di un unico punto di accesso per gli interventi sociali e di integrazione socio-sanitaria attraverso la costituzione di luoghi, ben individuabili dai cittadini, capaci di offrire informazioni e risposte ai bisogni complete e orientate alla domanda specifica.
Successivamente, il terzo Piano Sanitario Regionale 2005-2007 aveva riaffermato il modello dello Sportello della Salute (SdS) in integrazione con gli Uffici di Promozione Sociale (UPS), attestando che l'integrazione degli SdS/UPS deve configurare l'attivazione di accettazioni territoriali intese come una vera e propria "porta" attraverso la quale il cittadino accede non solo ai servizi sanitari, ma anche a tutta la rete sociale e socio-sanitaria.
Un'ulteriore tappa dell'evoluzione normativa e progettuale si ritrova nel Piano Sanitario Regionale 2007-2009 che individua nel Punto Unico di Accesso (PUA) l'organizzazione di un unico punto di accesso per gli interventi sanitari, sociali e di integrazione socio-sanitaria attraverso la costituzione di luoghi, ben individuabili dai cittadini, capaci di offrire informazioni e risposte ai bisogni complete e orientate alla domanda specifica.
Sulla stessa linea si prefigurano le indicazioni del secondo Piano Sociale Regionale, che indirizzano verso il PUA: "Il Punto Unico di Accesso costituisce il primo servizio a disposizione dei cittadini, finalizzato a favorire pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi da parte di quanti ne hanno bisogno/diritto, a ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati che lo

stesso cittadino effettua presso servizi ed enti diversi, a favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi, a semplificare le procedure burocratiche a carico del cittadino".
L'attivazione del PUA è elemento importante per l'incremento e la misurazione dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'intero sistema dei servizi territoriali e prima di tutto per le cure domiciliari.
Dunque anche in questa ricerca si è cercato di capire se e come Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali hanno configurato in modalità unificata la funzione di accesso.
Dalle risposte risulta che solo in 2 ATS su 23 e in 2 DS su 13 non esiste ancora una modalità organizzativa unificata per l'accesso dei cittadini ai servizi.

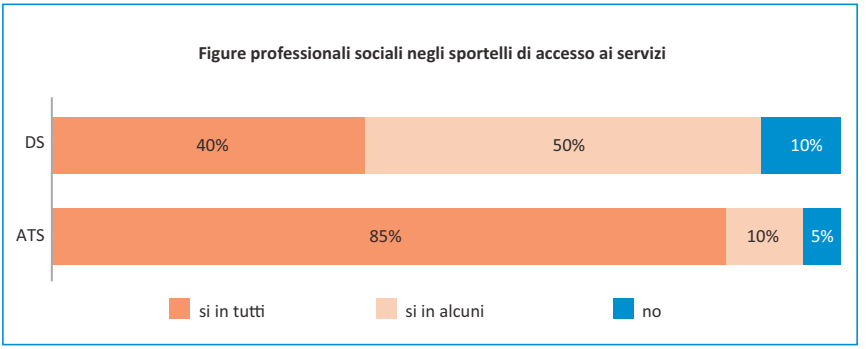


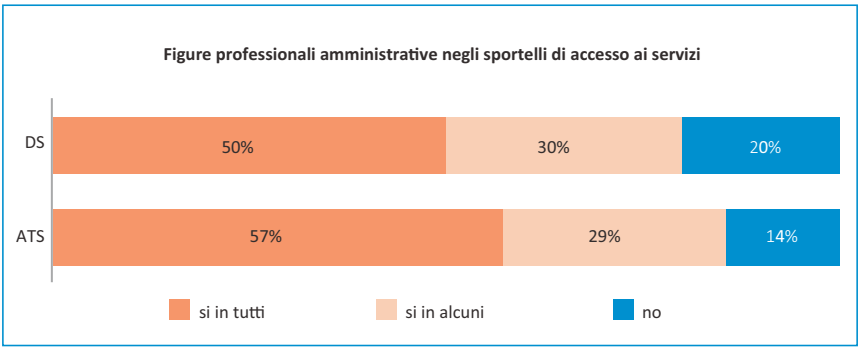
Ove questa esiste, svolge funzioni informative e di orientamento nella quasi totalità di ATS e DS e funzioni di sportello per le attività amministrative con frequenza minore (più spiccata negli ATS rispetto ai DS). Essa rappresenta anche una modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'UVI nel caso di bisogni complessi, in particolare nei DS, ma an-

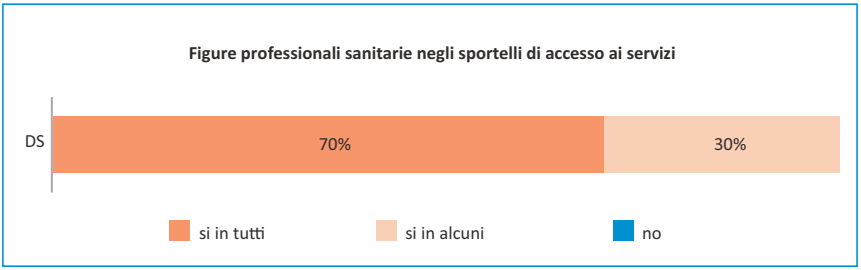
cora non in tutti quelli che l'hanno attivata, e svolge l'intero processo organizzativo di presa in carico (Valutazione multidimensionale - VMD, Piano Assistenziale Individualizzato - PAI e monitoraggio) prevalentemente presso i DS, e anche in questo caso non in tutti quelli che l'hanno attivata, piuttosto che presso gli ATS.
In tutti i 21 ATS che l'hanno attivata essa è attiva su sportelli territoriali che coprono, per la maggior parte degli ATS tutti i Comuni dell'ATS stesso, mentre in 1 DS degli 11 non sono presenti sportelli territoriali, solo in 3 Distretti gli sportelli sono presenti in tutti i Comuni del DS e in 4 Distretti la copertura degli sportelli riguarda meno di un quarto dei Comuni del DS.



Nell'85% degli ATS (18 su 21) tutti gli sportelli territoriali sono dotati di figure professionali sociali e solo in 1 ATS gli sportelli territoriali ne sono sprovvisti. La dotazione di figure professionali sociali è meno frequente negli sportelli indicati dai DS, infatti solo in 4 DS su 10 tutti gli sportelli territoriali ne sono dotati; d'altra parte sono presenti figure professionali sanitarie nella totalità degli sportelli di 7 ATS su 10. La figura professionale amministrativa fa registrare una copertura degli sportelli analoga per gli ATS e i DS: è presente in tutti gli sportelli territoriali nel 50%-57% degli ATS e DS, solo in alcuni sportelli territoriali del 29%-30% di DS e ATS ed è assente negli sportelli territoriali di 3 ATS e 2 DS.

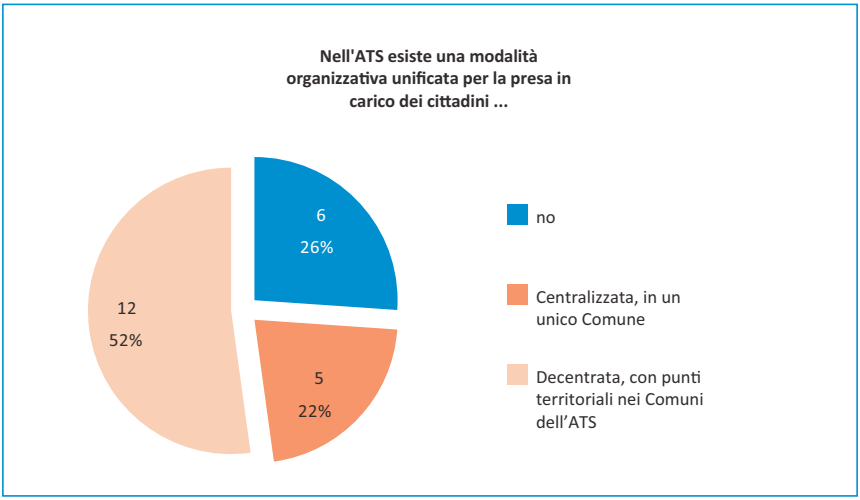


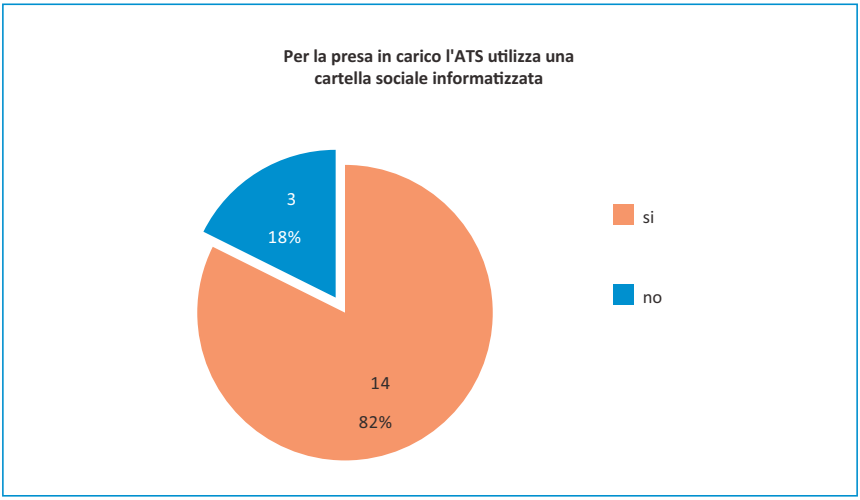




La contraddizione che sembra emergere da qualche "intreccio" di questi dati è solo apparente, perché i Direttori di Distretto ed i Coordinatori d'Ambito di uno stesso territorio possono aver risposto con riferimento a criteri di interpretazione diversi e la stessa eterogeneità delle situazioni potrebbe non essere direttamente una criticità. Il dato significativo è che il percorso verso una "Porta Unitaria di Accesso" ai servizi integrati sociali e sanitari è iniziato in quasi tutti i territori e un altro è che la variabilità delle modalità organizzative potrebbe corrispondere alla necessità di dare continuità a quanto era presente e ai contesti territoriali diversi. D'altra parte è anche vero che andrebbe garantito un livello minimo/essenziale unitario di front office in tutti i territori (anche con una indicazione di copertura minima dei Comuni presenti) e che il back office sia garantito al livello di DS/ATS con un supporto informatico progressivamente unificato a livello regionale. Questa indicazione è emersa anche dal confronto con Direttori di Distretto e Coordinatori di ATS sull'analisi della prima bozza del presente rapporto.

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

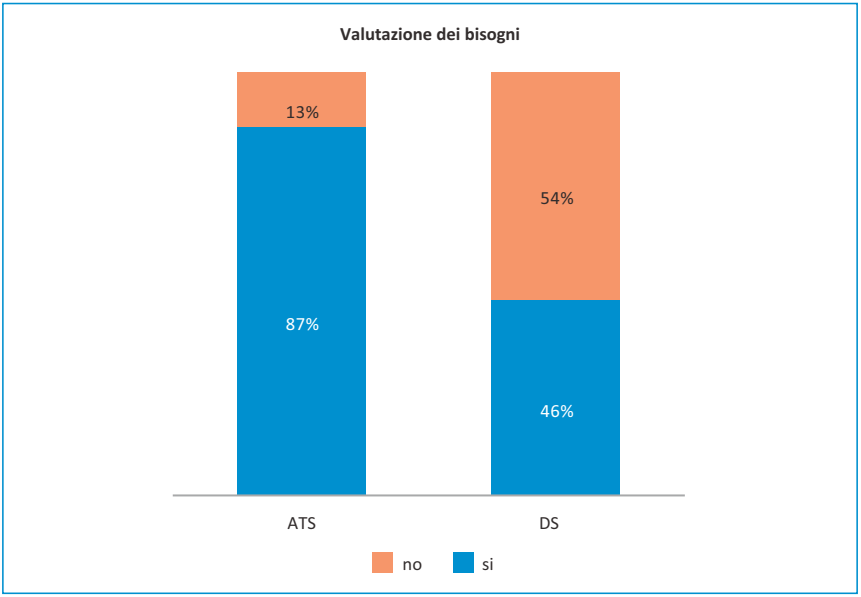




Un focus sulle cure domiciliari e sull'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali presso i DS ha fatto emergere che:
- l'erogazione delle cure domiciliari a seguito di VMD avviene prevalentemente in forma diretta, con personale dipendente, in 12 DS e in un Distretto in

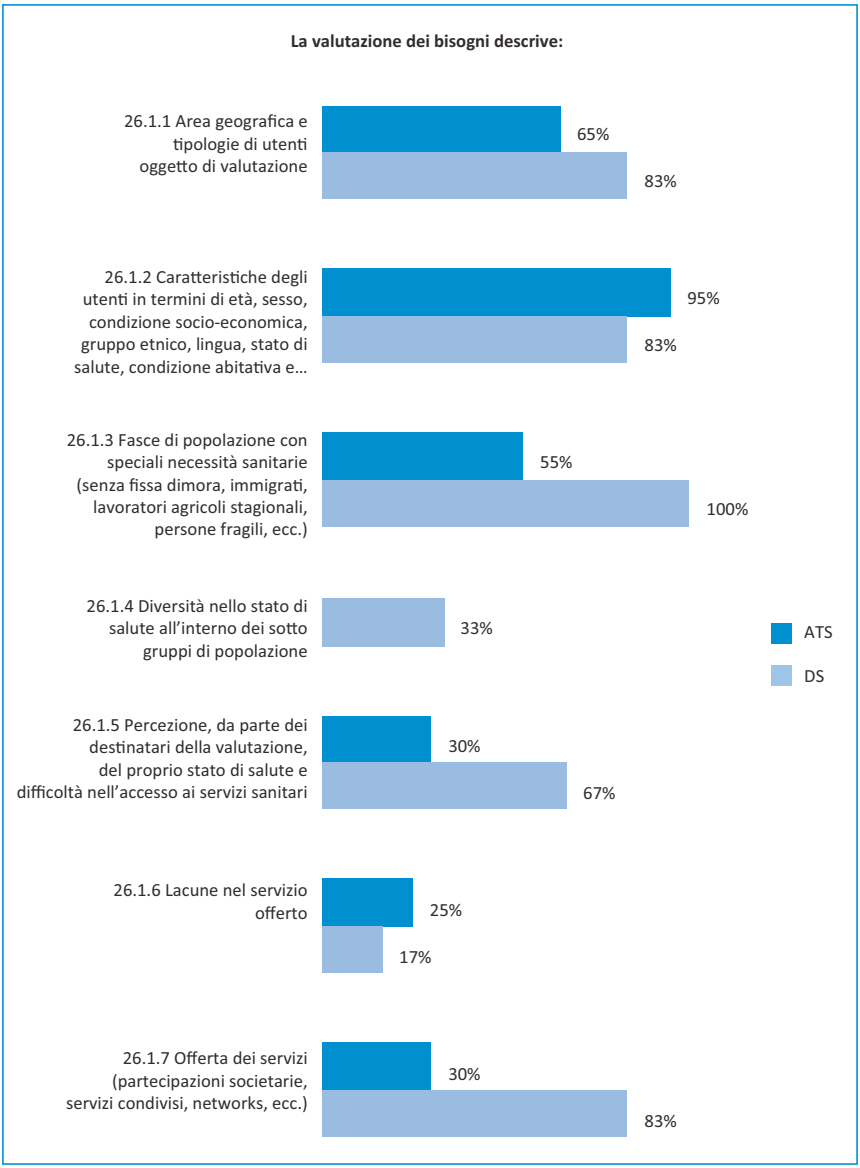
forma indiretta, esternalizzata; in nessuno è attivata tramite voucher socio-sanitario o modalità analoga. Tutti i DS tranne uno effettuano verifiche sulle cure domiciliari a seguito di Valutazione Multidimensionale, riscontrando: la congruenza degli accessi, nel 62% dei DS, il raggiungimento degli obiettivi formalizzati dal Piano Assistenziale Individualizzato, nel 92% dei DS, le modifiche nella casistica attraverso parametri di monitoraggio, nel 46% dei DS.
- in tutti i DS esiste un governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali insistenti sul territorio con liste di attesa distrettuali e in tutti è attivo il percorso di dimissione protetta.

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



A supporto di questa attività gli ATS hanno a disposizione dati informatizzati sui temi dell'accesso ai servizi (nel 65% dei casi), dell'assistenza domiciliare (nel 52%) e dei ricoveri in strutture residenziali (nel 22% dei casi). Più ampia, tematicamente e a livello di diffusione (data anche la presenza storicamente più antica, rispetto al sociale, di un sistema informativo sanitario a livello regionale e nazionale), è la disponibilità di informazioni per i DS, i quali dispongono di dati informatizzati sui consumi farmaceutici (nel 100% di casi), su Assistenza domiciliare e Ricoveri in strutture residenziali (nel 92% dei casi), sulla specialistica ambulatoriale e assistenza riabilitativa (nell'85%), su esenzione ticket e invalidità civili (nel 77%), su 1 Ricoveri ospedalieri e dati epidemiologici e statistici (nel 69%).
È interessante notare come la valutazione dei bisogni, rispetto al contenuto, presenti la descrizione:

- di lacune nel servizio offerto solo in un ATS ogni quattro e in rarissimi casi (17%) nei DS,
- dell'offerta dei servizi nell'83% dei DS e in meno di un terzo degli ATS,
- del profilo di popolazione (caratteristiche degli utenti in termini di età, sesso, condizione socio-economica, gruppo etnico, lingua, stato di salute, condizione abitativa e tipologie di prestazioni erogate) per la quasi totalità degli ATS (95%) e DS (83%),
- delle fasce di popolazione con speciali necessità sanitarie (senza fissa dimora, immigrati, lavoratori agricoli stagionali, persone fragili, ecc.) per la totalità dei distretti, ma l'analoga descrizione per gli ATS, ossia attinente sotto-popolazioni con speciali necessità (senza fissa dimora, immigrati, lavoratori agricoli stagionali, persone fragili, ecc.) sia diffusa solo nel 55% degli stessi.


La valutazione dei bisogni descrive:
26.1.1 Area geografica e tipologie di utenti oggetto di valutazione
65%
83%
26.1.2 Caratteristiche degli utenti in termini di età, sesso, condizione socio-economica, gruppo etnico, lingua, stato di salute, condizione abitativa e...
95%
83%
26.1.3 Fasce di popolazione con speciali necessità sanitarie (senza fissa dimora, immigrati, lavoratori agricoli stagionali, persone fragili, ecc.)
55%
100%
26.1.4 Diversità nello stato di salute all'interno dei sotto gruppi di popolazione
33%
26.1.5 Percezione, da parte dei destinatari della valutazione, del proprio stato di salute e difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari
30%
67%
26.1.6 Lacune nel servizio offerto
25%
17%
26.1.7 Offerta dei servizi (partecipazioni societarie, servizi condivisi, networks, ecc.)
30%
83%
ATS
DS

In merito occorre però sottolineare che tali aspetti sono comunque monitorati dagli ATS, anche attraverso gruppi di lavoro permanenti con gli attori territoriali, come riportato nella tabella seguente, dalla quale emergono le tematiche affrontate dai gruppi di lavoro.
Sugli stessi temi gli ATS partecipano alla definizione e organizzazione di percorsi assistenziali integrati in collaborazione con DS; ma non tutti i temi sono egualmente "presidiati": quelli "classici" della non autosufficienza e della disabilità fanno registrare la loro presenza in oltre tre quarti degli ATS, mentre più rara è la presenza sui temi della povertà e dell'immigrazione.

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

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

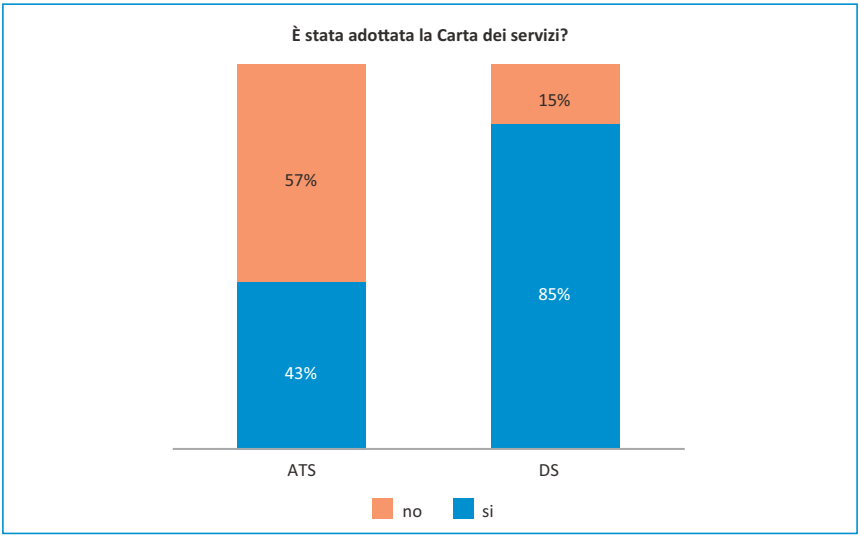
L'ATS partecipa alla definizione e organizzazione di percorsi assistenziali integrati in collaborazione con il Distretto sanitario?	v.a.	v.%
26bis.1 minori fuori dalla famiglia di origine	15	65%
26bis.2 minori in difficoltà	16	70%
26bis.3 disabili	18	78%
26bis.4 salute mentale	16	70%
26bis.5 dipendenze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

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

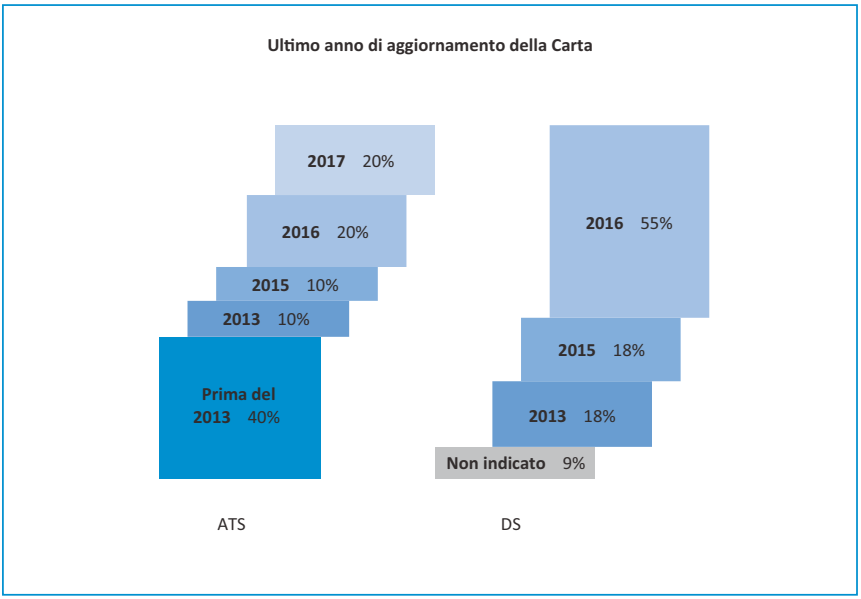
È stato analizzato anche il tema della funzione di "facilitazione", sia da parte degli ATS che da parte dei DS, rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza. Tra gli ATS è emerso che 16 su 23 svolgono tale funzione in relazione ai percorsi di valutazione e presa in carico; 5 ATS la svolgono in relazione ai sistemi di regolamentazione dei tempi di attesa e altri 2 la svolgono su altri aspetti. Tra i DS 12 svolgono tale funzione con riferimento ai sistemi di regolamentazione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; 12 sui sistemi di regolamentazione dei tempi di attesa dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale; 11 sui percorsi diagnostico-terapeutici e 9 sulla distribuzione dei farmaci.

Orientamento della domanda. Forme di partecipazione dei cittadini alla programmazione.

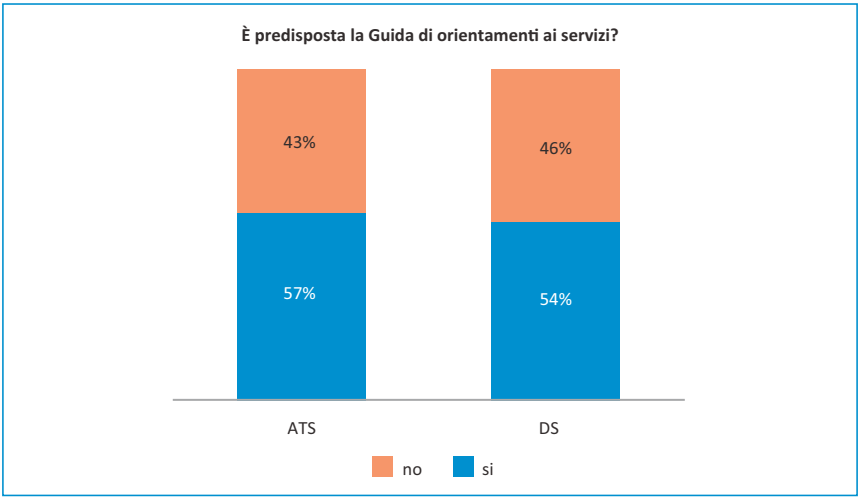
La ricerca prevedeva una serie di quesiti relativi alla funzione di orientamento della domanda e alle modalità attivate da ATS e DS per favorire la partecipazione dei cittadini. Uno degli strumenti centrali per la definizione di un rapporto di servizio chiaro e trasparente con la cittadinanza è la Carta dei Servizi, che rappresenta un "patto" tra i servizi dei Comuni e ATS / le strutture del SSN e l'utenza, favorendo un rapporto di fiducia tra il cittadino e l'istituzione che eroga il servizio, oltre che essere utile all'utente per avere informazioni veloci e preliminari sui servizi offerti. L'adozione della Carta dei Servizi del DS è piuttosto diffusa, 11 Distretti su 13 l'hanno adottata (l'85% dei casi), lo è meno tra gli ATS, essendo presente solo in 10 su 23.



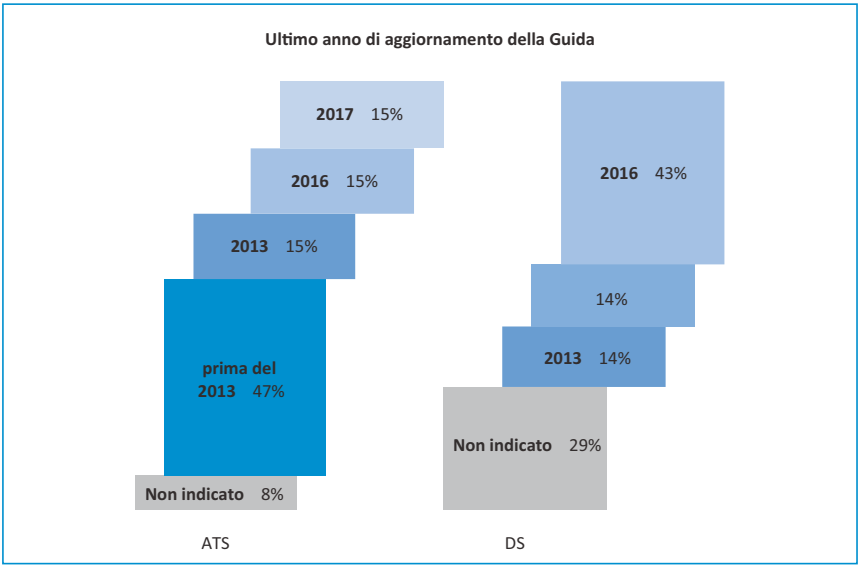
Nessun DS dichiara un aggiornamento della Carta al 2017, sebbene il 55% sia fermo al 2016; il 20% degli ATS l'ha aggiornata all'anno attuale, anche se il 40% di essi ha un aggiornamento fermo a prima del 2013.



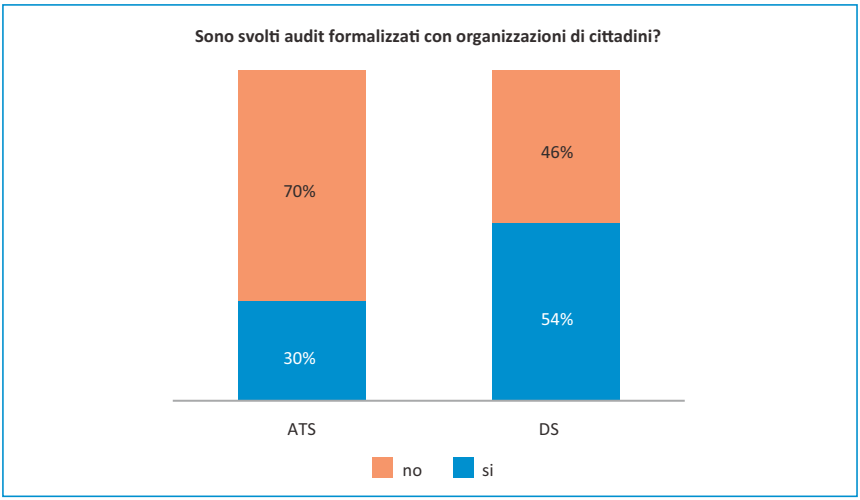
Altro strumento utile ad orientare la cittadinanza all'interno dei servizi socio-sanitari territoriali è la Guida per l'orientamento dei cittadini ai servizi, che rappresenta una ulteriore esplicitazione informativa di quanto riportato nella Carta dei Servizi. La predisposizione di questa tra gli ATS è maggiormente diffusa rispetto alla Carta, essendo presente nel 57% degli ATS; tra i DS, invece, la Guida è presente nel 54% dei casi.

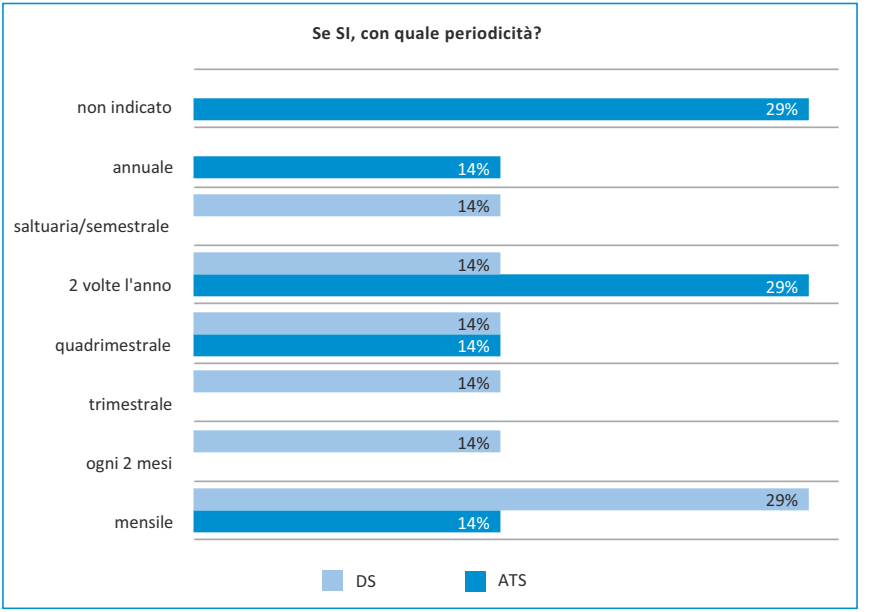


Anche per la Guida nessun DS presenta un aggiornamento al 2017, mentre lo ha fatto il 15% degli ATS, però nel 47% degli ATS le Guide sono ferme ad aggiornamenti precedenti il 2013.



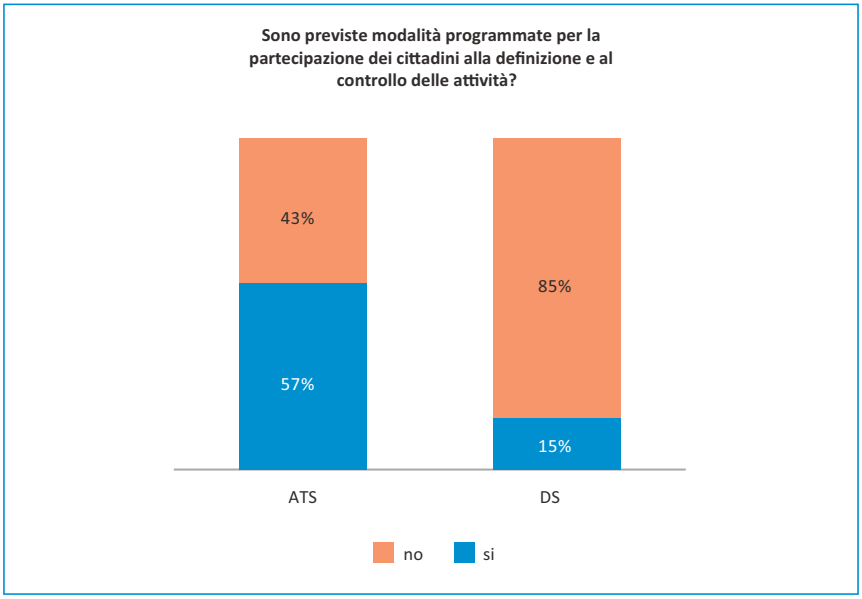
Altra forma di partecipazione dei cittadini è rappresentata dagli audit, poco diffusi negli ATS, che solo nel 30% dei casi li prevedono in modalità formalizzata e, quando previsti, sono prevalentemente con cadenza mensile (29%) o semestrale (29%); gli audit sono un po' più frequenti nei DS, precisamente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

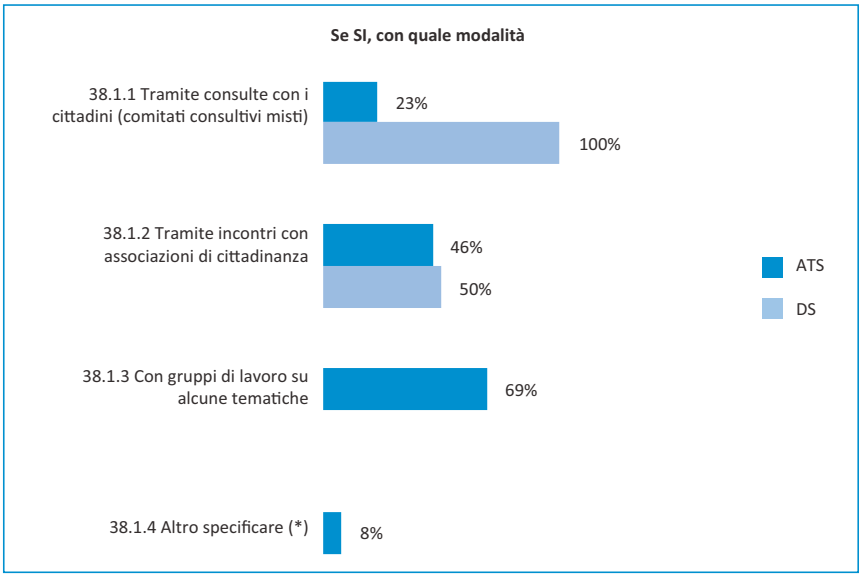




Le "tipologie" degli *audit* sono molto variabili negli ATS: sono svolti in forma di incontri, convegni, giornata trasparenza, o tramite incontro pubblico o identificati tramite la partecipazione dell'ATS al Comitato di partecipazione ASUR, o svolti verso organismi di partecipazione, comitati di quartiere,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

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


Sono previste modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività?
43%
57%
85%
15%
ATS
DS
no
si


Se SI, con quale modalità
38.1.1 Tramite consulte con i cittadini (comitati consultivi misti)
23%
100%
38.1.2 Tramite incontri con associazioni di cittadinanza
46%
50%
38.1.3 Con gruppi di lavoro su alcune tematiche
69%
38.1.4 Altro specificare (*)
8%
ATS
DS

In conclusione si può affermare che il miglioramento della gestione dei percorsi di accesso e orientamento della domanda è un obietto necessario, che si può più facilmente raggiungere favorendo maggiori occasioni di confronto unitarie e integrate tra le due organizzazioni, coordinate dal livello regionale.
I percorsi risultano efficaci se tutte le fasi sono programmate e realizzate insieme con una progettazione inziale sul "cosa fare" in modo integrato e condiviso; pertanto appare necessario, da un lato, confermare il ruolo e la centralità del "nuovo" soggetto (l'Unità Operativa Sociale e Sanitaria - U.O. SeS) dedicato all'integrazione tra DS e ATS anche rispetto a questa dimensione e, dall'altro, prevedere una direttiva forte sui "percorsi di salute" anche tramite Carte dei servizi "unitarie" tra ATS e DS per quel che riguarda le prestazioni integrate.
Dai dati sembra emergere una buona capacità degli ATS di intercettazione della domanda e presa in carico sociale; i tavoli tematici contribuiscono positivamente ad una migliore conoscenza dei percorsi di accesso cura e trattamento a favore di una programmazione integrata rispetto ai diversi target di destinatari di interventi e servizi.
Per soddisfare meglio le esigenze di cittadini e operatori, la valutazione e la presa in carico dovrebbero essere realmente integrate: oggi lo sono poco e su questo pesano molto le difficoltà organizzative e negli organici in alcuni DS e in alcuni ATS. Il rischio maggiore, segnalato nel confronto con Direttori dei Distretti e Coordinatori degli Ambiti, sembra possa essere la rottura di equilibri a tutt'oggi esistenti senza la possibilità di alternative sperimentate e praticabili.

CAPITOLO 4

U.O. SeS, GOVERNO DELLA DOMANDA, INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Unità Operativa Sociale e Sanitaria - U.O. SeS

Nella Regione Marche il PSSR 2012-2014 ha indicato precise piste di sviluppo per i livelli di programmazione, organizzazione e gestione dell'integrazione sociale e sanitaria che, negli anni scorsi hanno trovato un punto qualificante di declinazione dei processi previsti nell'approvazione delle due Delibere di Giunta Regionale n. 110 e n.111 del 23 febbraio 2015, che hanno disposto un cambiamento "istituzionale/operativo" forte nell'assetto regionale dell'integrazione sociale e sanitaria.
L'"U.O. SeS", istituita dalla D.G.R. 110/15, è una Unità Operativa di tipo funzionale, con pochi riferimenti regionali ed extraregionali, volta a rispondere alla necessità di strutturare in modo organico le modalità di gestione dell'integrazione socio-sanitaria nel territorio regionale. Costituendo un'innovazione nel sistema si è avuta la necessità di definirne le modalità operative attraverso percorsi formativi, di livello regionale e locale, con finalità di:

- governare il processo di attivazione delle UU.OO. SeS in modo unitario a livello di Distretto/Ambito territoriale, tramite il coinvolgimento trasversale degli operatori sanitari e sociali dei territori,
- favorire in modo condiviso il relativo processo di implementazione, anche grazie allo strumento "accordo di programma", nei diversi livelli operativi territoriali. Il "governo della domanda" di salute implica l'unitarietà dell'integrazione di interventi e servizi dell'area socio-sanitaria, che può essere perseguita definendo processi, percorsi e procedure per le principali funzioni comuni agli ambiti di intervento sanitari e sociali, volti a contestualizzare, nonostante le necessarie specificità, un quadro coerente ed organico. La D.G.R. 111/15 focalizza il tema centrale del "governo della domanda" declinandolo nelle tre aree logiche della:
- accoglienza ed accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (Punto Unico di Accesso - PUA);
- valutazione integrata a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (Unità Valutativa Integrata - UVI);

- presa in carico e continuità dell'assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Una riorganizzazione così radicale sul territorio ha richiesto anche l'attivazione di un Gruppo di lavoro regionale che, anche a partire dalle esperienze esistenti nei territori, rappresentasse un punto di riferimento per mettere in condizione l'amministrazione regionale di governare il processo di innovazione e consolidamento, raccordando le esperienze locali ad una cornice comune di riferimento.

Questa prospettiva di sistema ha implicato inoltre l'avvio di un'attività di monitoraggio finalizzata, da un lato ad accompagnare i territori (Distretto/Ambito/i Territoriale/i Sociale/i) nell'implementazione di questo "modello", governando il processo di attivazione delle Unità Operative Sociali e Sanitarie, tramite il coinvolgimento trasversale degli operatori di settore, dall'altro a verificare i livelli di attuazione delle due delibere che, successivamente, potranno essere accompagnate da Linee guida regionali di applicazione del sistema.

A due anni e mezzo dall'approvazione delle due deliberazioni di Giunta si deve riscontrare che, il processo risulta ancora in fase di avvio (e in qualche caso non sembra neanche realmente partito) con una diffusione a "macchia di leopardo" sul territorio regionale per motivi diversi, riconducibili: alle differenze territoriali (orografiche, demografiche, socio-economiche...), alle diverse esperienze pregresse di collaborazione tra sanità e sociale, alla eterogeneità delle organizzazioni locali dei servizi sociali e sanitari, alle "asimmetrie" descritte nel PSSR 2012-2014 e, probabilmente, anche ad altre cause da individuare e analizzare.

Anche se gli eventi sismici del 2016 hanno rappresentato un'indubbia, grande, criticità rispetto al processo di integrazione tra sociale e sanità, si può dire che da un lato, ad un anno di distanza, non può costituire ancora un "alibi" per non dare seguito ad una norma regionale e, dall'altro, che se fosse stata completata in tempi brevi la realizzazione della integrazione prevista dalle due DD.GG.RR. probabilmente si sarebbe potuto affrontare meglio anche l'emergenza del terremoto.

Il monitoraggio periodico predisposto nell'ambito delle attività del Gruppo regionale per l'integrazione sociale e sanitaria evidenzia, rispetto ad alcune dimensioni specifiche, lo stato dell'arte, che può essere così sintetizzato, anche in riferimento alle risultanze della presente indagine su Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali.

L'"accordo" per la costituzione dell'U.O. SeS al 30/6/2017, non era stato ancora stipulato in tutti e 13 i territori delle UU.OO. SeS (coincidenti con i Distretti), e anche le forme di costituzione sono diverse. Gli ostacoli maggiori sembrano trovarsi in quei territori dove ci sono più Ambiti Territoriali Sociali, mentre un elemento di oggettiva difficoltà è rappresentato dalla permanenza di un ATS "a scavalco" non solo di due Distretti Sanitari, ma anche di due Aree Vaste dell'ASUR. Come elemento di debolezza, anche in quei territori con gli accordi firmati, va individuato il fatto che "il Collegio di vigilanza [pur formalmente previsto] continua a non essere operativo in nessun caso", come ha evidenziato il secondo monitoraggio.

La "Segreteria operativa", quando presente, ha una dotazione organica minima e variegata nella composizione, con una sede prevalentemente istituita presso locali messi a disposizione dall'ASUR. Le attività sembrano essere in diversi casi ancora limitate e non definite.

I "Tavoli permanenti" previsti dalla DGR si distinguono in due tipologie: Tavolo di concertazione (Tavolo per l'integrazione Socio-Sanitaria) e Tavoli tematici. Risultano essere formalmente attivati e, probabilmente, quelli più presidiati (per esempio Infanzia e Adolescenza, Anziani, Disabilità) trovano riscontro nelle risposte date ad una domanda della presente rilevazione, commentata più avanti.

In merito al tema delle attività svolte dalle varie componenti l'U.O. SeS: va rilevata un'operatività discontinua del "Coordinamento territoriale istituzionale" con l'orientamento verso l'"Organizzazione e gestione del Governo della domanda" e l'"Organizzazione e raccordo dell'offerta dei servizi sociali e sanitari" della Segreteria operativa.

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è stato istituito formalmente da diverse UU.OO. SeS, anche se la strutturazione, l'organizzazione e l'operatività, ri-

sultano essere molto diverse e difficilmente riconducibili alla cornice unitaria definita dalla D.G.R. 111/15. Certamente potrebbe aiutare, nella necessaria opera di raccordo e coordinamento, la presenza di una piattaforma informatica e telematica che potesse gestire *front office* e *back office* del Punto Unico di Accesso.

La costituzione dell'*Unità Valutativa Integrata* (UVI) risulta essere ancora più variabile tra le UU.OO. SeS istituite e anche quando c'è una funzione valutativa gestita in modo integrato tra sanità e sociale, non può essere sottovalutata la criticità costituita dalla eterogeneità dei molteplici strumenti di valutazione adottati dall'UVI. Probabilmente solo una adesione reale e una stretta collaborazione dell'ASUR e degli Ambiti Territoriali Sociali, sostenuta in modo forte dalla Regione, può ovviare a questa disfunzione, individuando precisi e unitari strumenti di valutazione da adottare sull'interro territorio regionale.

In circa un terzo delle UU.OO. SeS sono stati sperimentati percorsi di presa in carico finalizzati alla stesura del *Piano Assistenziale Individualizzato* (PAI), ma con una operatività difficilmente paragonabile per cui, anche in questo caso, sembra auspicabile un ruolo regionale e la collaborazione di ASUR e "territori sociali" per la definizione di percorsi assistenziali integrati, tra sanità e sociale.

Dalle domande del questionario dell'indagine su Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali che riguardano le collaborazioni trasversali tra il Direttore di Distretto e il Coordinatore dell'ATS è possibile cogliere alcune dimensioni "indirette" dell'integrazione sociale e sanitaria, utili a completare i monitoraggi specifici.

Esistono collaborazioni trasversali tra il Direttore di Distretto e il Coordinatore dell'ATS che si caratterizzano per:		
	v.a.	v.%
Partecipazione al Comitato dei Sindaci	12	92
Collegamento costante e sistematico	10	77
Incontri tra UCAD e Ufficio di Piano	5	38
Modalità di lavoro comune tra UCAD e Ufficio di Piano	4	31
Tavoli unitari di confronto tra operatori sanitari e sociali	11	85
Formalizzazione delle modalità di integrazione degli interventi sanitari e sociali inerenti:	11	85
- prevenzione territoriale	3	23
- cure domiciliari	9	69
- residenzialità	10	77
- riabilitazione	4	31
- altro	4	31
Gestione comune di progettualità	13	100
Sperimentazione di un budget sociosanitario	1	8
Altro	1	8
Totale Distretti	**13**	

Tutti i Direttori di Distretto ed i Coordinatori di ATS rispondono alla domanda sulle collaborazioni trasversali che è presente una "Gestione comune di progettualità" e questo è sicuramente un dato confortante, anche se non dappertutto è formalizzata la "modalità di integrazione degli interventi sanitari e sociali" (11 su 13).
In particolare è l'area della "residenzialità" (10 su 11) quella più strutturata, seguita dall'area delle "cure domiciliari" (9 su 11). Forse non casualmente sono ancora 11 i territori in cui sono stati istituiti "Tavoli unitari di confronto tra operatori sanitari e sociali" ed è dimostrato che "ufficializzare" e rendere stabili occasioni di incontro: favorisce l'abitudine alla frequentazione, diminuisce la diffidenza, migliora la conoscenza reciproca e sviluppa la capacità di progettare insieme (cfr. a questo proposito anche il corrispondente dato del Monitoraggio sulla funzionalità dei Tavoli tematici citato precedentemente).

Un altro item dove i valori di risposta risultano essere alti è la "Partecipazione al Comitato dei Sindaci" (12 su 13), anche se ci si sarebbe aspettati la totalità di risposte positive, perché risulta essere indispensabile la relazione tra un livello tecnico "alto", come quello garantito dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore di ATS, ed il livello politico, garantito dal Comitato dei Sindaci.

Ad una importante e diffusa affermazione della presenza di un "Collegamento costante e sistematico" tra Direttore di Distretto e Coordinatore di Ambito Territoriale Sociale (10 su 13), non sembra corrispondere una effettiva realtà, visto che gli spazi istituzionali ed operativi che dovrebbero caratterizzare questo "collegamento" non sono altrettanto diffusi: "Incontri tra UCAD e Ufficio di Piano" (5 su 10) e "Modalità di lavoro comune tra UCAD e Ufficio di Piano" (4 su 10).

Esistono collaborazioni tra DS e ATS che si caratterizzano per	Settore Materno-Infantile		Settore Adolescenti e giovani		Settore Disabili		Settore Salute Mentale		Settore Anziani/ Demenze		Settore Dipendenze, Disagi e Altre Fragilità	
	v.a.	v.%	v.a.	v.%	v.a.	v.%	v.a.	v.%	v.a.	v.%	v.a.	v.%
Accordi di programma	3	23%	2	15%	5	38%	1	8%	4	31%	2	15%
Protocolli di Intesa	10	77%	4	31%	3	23%	3	23%	6	46%	6	46%
Convenzioni	4	31%	2	15%	5	38%	2	15%	6	46%	4	31%
Altro	0	0%	2	15%	4	31%	3	23%	5	38%	1	8%
Non esistono collaborazioni stabili	1	8%	2	15%	2	15%	5	38%	1	8%	4	31%

La conferma di una discreta operatività dei "Tavoli tematici" di cui al monitoraggio sembra essere confermata dalle risposte alla domanda "a matrice" che chiede di caratterizzare le collaborazioni tra ATS e Distretto rispetto ai settori dei destinatari e alle tipologie di collaborazione istaurate.
Dalla tabella precedente si coglie chiaramente sia l'estrema eterogeneità (probabilmente dovuta alla cristallizzazione di precedenti forme di collaborazione settoriali tra sanità e sociale) che la non sistematicità delle forme di collaborazione (in uno stesso territorio, rispetto a tipologie diverse di destinatari si adot-

tano modalità diverse di strutturazione della collaborazione tra sanità e sociale). D'altra parte il discreto numero di risposte date rappresenta un quadro di collaborazione, ancorché frastagliata, presente e, probabilmente, operativa; infatti sono relativamente poche le risposte che indicano la non presenza di collaborazioni stabili (da 1 su 13 a 5 su 13 per l'area della Salute mentale).
È interessante, e probabilmente da approfondire, la "distribuzione" media dell'impegno complessivo per destinatari delle forme di collaborazione tra Ambiti Territoriali Sociali e Distretti Sanitari. Fatta uguale a 100 la totalità della collaborazione, ben il 40% è assorbito dal Settore Anziani/Demenze, seguito, con il 20% dal Settore Disabili e dal Settore Materno-Infantile (con un 15% a cui si può aggiungere, per contiguità, il 10% del Settore Adolescenti e giovani). I destinatari principali, anche da un punto di vista "quantitativo", dell'integrazione sociale e sanitaria sono presenti e rappresentano la preoccupazione prevalente per la collaborazione tra i Coordinatori ATS e i Direttori di Distretto.

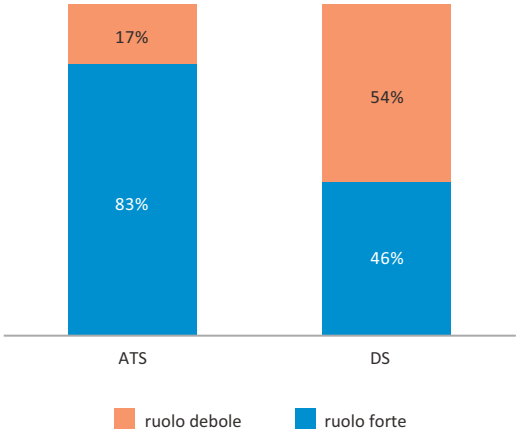
CAPITOLO 5

RAPPORTI CON IL COMITATO DEI SINDACI

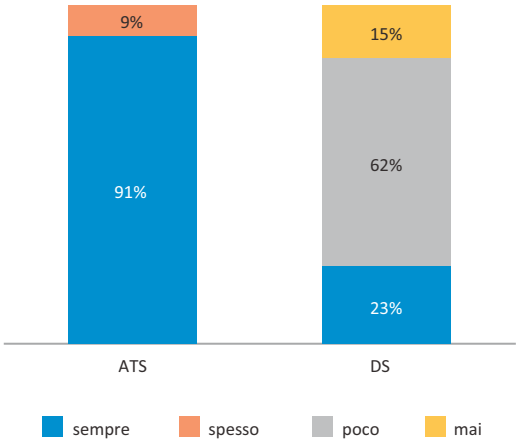
Il Comitato dei Sindaci

Il ruolo svolto dal Comitato dei Sindaci nella definizione e valutazione delle *policy* sociali e socio-sanitarie implica una sorta di analisi dell'influenza della politica sulla programmazione dei servizi territoriali. Ambiti Territoriali Sociali e Distretti Sanitari danno valutazioni differenti: prevale con l'82,6% il ruolo forte negli ATS mentre nei DS il valore prevalente, pari al 53,8%, è assegnato al ruolo debole della politica.
AGENAS nel suo Rapporto 2010 sui Distretti Sanitari in Italia riporta che rispetto al ruolo dei Comitati dei Sindaci di Distretto, *«il risultato è quasi equivalente: 50,5% e 49,5%, rispettivamente per il ruolo forte e debole, e dimostra come sia ancora necessario investire sul rafforzamento dei meccanismi di integrazione sociosanitaria».*
La diversità di «attenzione» da parte dei Comitati dei Sindaci nei confronti delle due organizzazioni è dimostrata anche dalle percentuali di convocazione dei Coordinatori di ATS, «sempre» nel 91,3% dei casi e «spesso» nel restante 8,7% rispetto al coinvolgimento dei Direttori di DS «poco» nel 61,3%, «mai» nel 15,4% e «sempre» in meno di un quarto dei casi, il 23,1%.
Nell'indagine regionale del 2007 la questione era stata posta diversamente; il quesito sulla partecipazione al Comitato dei Sindaci riguardava la compresenza, la partecipazione comune, di Direttore e Coordinatore e ciò avveniva nell'83,3% dei casi, *«In 20 Distretti, inoltre, il Direttore partecipa assieme al Coordinatore d'Ambito al Comitato dei Sindaci».*

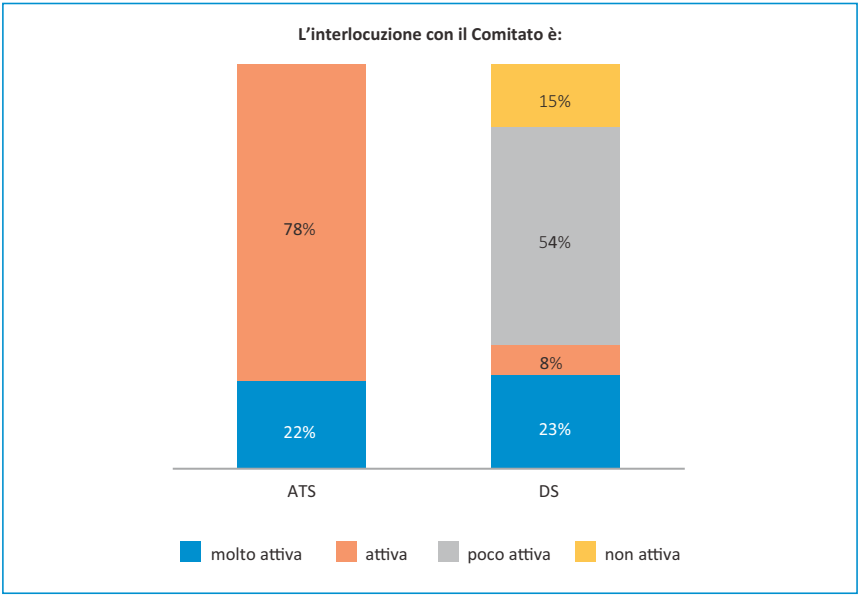
Che ruolo svolge il Comitato dei Sindaci nella definizione e attuazione delle policy sociali e socio-sanitarie?

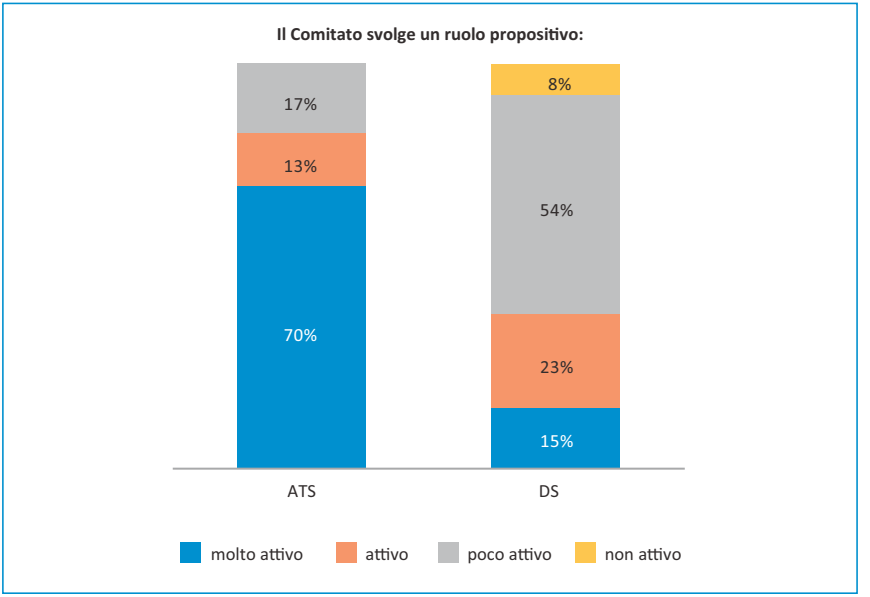


Quanto frequentemente è convocato il Direttore di DS o il Coordinatore di ATS alle riunioni del Comitato?



Il livello politico territoriale, rappresentato dal Comitato dei Sindaci, è maggiormente partecipe nei confronti della programmazione sociale rispetto a quella dei servizi sanitari; si può affermare che questi ultimi afferiscano ad un livello territoriale più ampio, prevalentemente regionale, ricevendo linee di indirizzo programmatorie dal Governo della Regione Marche e budget ed indicazioni operative dall'ASUR.
Il Comitato dei Sindaci interloquisce attivamente con l'ATS nella totalità dei casi ed ha un ruolo propositivo «molto attivo» in quasi il 70% degli Ambiti, mentre nei confronti dei Distretti Sanitari l'interlocuzione «attiva» o «molto attiva» avviene in meno di un terzo dei casi ed il ruolo propositivo della politica è «poco attivo» in oltre la metà e «non attivo» nel 7,7% dei DS.





Si potrebbe sintetizzare i dati raccolti asserendo che la programmazione politica locale appare in alcuni casi poco incisiva sul versante sociosanitario se non è pensata ed elaborata in modo collegiale e collaborativo. Occorrerebbe rafforzare le relazioni ed i collegamenti tra il livello programmatorio della politica regionale, assessorati, e quello territoriale del Comitato dei Sindaci.
Un altro spunto di riflessione emerge considerando la poca «attenzione» del Comitato dei Sindaci nei confronti della Sanità territoriale e quindi la inadeguatezza di rappresentatività dei soggetti afferenti gli ATS all'interno dei rapporti con la sanità, come avviene in alcuni casi nei Dipartimenti.
Spesso i rapporti tra Distretti Sanitari, Ambiti Territoriali Sociali e soggetti istituzionali e formazioni sociali del territorio, come nel caso dei Dipartimenti, funzionano grazie alla buona volontà delle persone.
Tra le cause della "difficoltà" che hanno i Comitati dei Sindaci ad "essere attenti" e "occuparsi" operativamente della sanità dei territori, va collocata la differente "responsabilità costituzionale" tra sociale (che afferisce ai Sindaci) e

sanità (che riguarda la Regione) con conseguenze istituzionali, amministrative, programmatorie, organizzative, gestionali...
Al fine di migliorare e rafforzare i rapporti istituzionali tra ATS e DS occorrerebbe da un lato fare maggiore chiarezza sui livelli di interazione e sugli attori che devono operare per la progettazione e programmazione dell'integrazione sociosanitaria sui territori e, dall'altro, seguire e accompagnare in modo continuativo il rapporto tra "politica" e "gestione" dell'integrazione sociale e sanitaria a livello locale.

Conclusioni

Nella canzone "I reduci" di Giorgio Gaber c'è la frase: "come se capire la crisi voglia dire che la crisi è risolta".
La "divisione" tra sociale e sanitario non c'è, ovviamente, nella persona e nei suoi bisogni, ma la "frattura" tra interventi, servizi e competenze del "sociale" e della "sanità" nel nostro Paese è stata formalmente sancita dal DPCM dell'8 agosto 1985 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833".
La scelta di assegnare ai Comuni la competenza delle attività socio-assistenziali e di attribuire alle Aziende Sanitarie Locali quella delle attività sanitarie e di "rilievo sanitario" ha determinato la progressiva divaricazione del sistema di interventi e servizi sanitari dal sistema di interventi e servizi sociali. Questo ha determinato non solo disfunzioni e asimmetrie, con sprechi e sovrapposizioni, oltre a mancate risposte, per il fatto che il "mondo" della sanità, più strutturato e sostenuto finanziariamente, ha dialogato sempre meno con il "mondo" del sociale, poco articolato e più precario, ma soprattutto ha influito negativamente sulle risposte che sono state date ai soggetti fragili (minorenni, persone con disabilità, persone con problemi di salute mentale, persone con problemi di dipendenza, persone anziane, soprattutto se non autosufficienti...), destinatari di quell'integrazione tra sociale e sanità che già dal D.Lgs 229/99 è oggetto di un'attenzione specifica della normativa nazionale.
Certamente c'è "crisi" anche nel modo in cui la Regione Marche sta cercando di garantire una integrazione tra sociale e sanitario di qualità e sempre più adeguata ai bisogni "unitari" di salute dei cittadini. Una crisi che viene da lontano, che sconta il fatto che sono i settori deboli che prima di altri vengono colpiti dai tagli economico/finanziari e più difficilmente di altri si riprendono, che in sanità l'assistenza territoriale "paga pegno" rispetto a quella ospedaliera e, paradossalmente, anche all'area della prevenzione, che paga le differenti evoluzioni dei sistemi dei servizi sanitari e dei servizi sociali...

I risultati dell'indagine presentata in queste pagine non hanno certamente la pretesa di "risolvere" la "crisi" che riguarda i rapporti tra assistenza sociale e assistenza sanitaria nella Regione Marche, ma si muove nel solco di chi vuole conoscere e capire la situazione effettiva, i fattori che possono averla determinata e le variabili che entrano in gioco nel determinare le possibili evoluzioni... che sono le basi indispensabili per trovare una soluzione alla "crisi".
Si ha la consapevolezza di Gaber che un conto è capire e un conto è risolvere. D'altra parte "crisi" viene sì da "krino", distinguere, ma anche da "krisis", scelta; la crisi, anche in questo ambito, già rappresenta il pericolo della "separazione" e l'opportunità della "ricongiunzione". La crisi è la scelta che, volenti o nolenti, si è chiamati a fare. Il percorso intrapreso dalla Regione Marche si muove nel senso indicato dalla recente ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (DPCM 12 gennaio 2017), che non solo dedica un intero "Capo" all'Assistenza sociosanitaria, ma definisce anche la "linea" dei "percorsi assistenziali integrati" (domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali), per i quali si prevede "l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali", indicando chiaramente che "il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza", sottolineando più volte, nei diversi articoli, che le prestazioni indicate "sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale".

Stefano Ricci
dirigente P.F. Integrazione Socio-sanitaria e Servizio Civile

APPENDICE A

QUESTIONARIO DIRETTORI DS

Questionario indagine Distretti 2017

DATI DISTRETTO

1. Area Vasta n. ___ Distretto n. __ ATS n. ___ n. _ n.___

2. Superficie di competenza del Distretto (Km2): _____

3. Popolazione residente nel Distretto* _____ (totale popolazione) di cui:
   Maschi totale < 14 ____ 15 – 64 _____ > 65 _____
   Femmine totale < 14 ____ 15 – 64 _____ > 65 _____

** I dati della popolazione sono quelli relativi all'ultima fonte di riferimento del 1/1/2016*

DIRETTORE DISTRETTO

4. Quale è il profilo professionale del Direttore di Distretto o l'Area professionale di competenza? *(barrare una sola casella)*

- ❑ Dirigente del SSN
- ❑ Medico di medicina generale
- ❑ Altro medico convenzionato

4.1 Se Dirigente del SSN:

- ❑ Dirigenza medica
- ❑ Dirigenza medica veterinaria
- ❑ Dirigenza amministrativa
- ❑ Dirigenza sanitaria
- ❑ Altro (specificare) _____

4.1.1 Se Dirigente sanitario:

- ❑ Biologo
- ❑ Chimico
- ❑ Farmacista
- ❑ Fisico
- ❑ Psicologo
- ❑ Professione sanitaria (professione infermieristiche, tecnica, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica del ruolo sanitario)
- ❑ Sociologo

5. Qual è la posizione funzionale del Direttore di Distretto? *(barrare una sola casella)*

- ❑ Responsabile di unità operativa semplice
- ❑ Direttore di unità operativa semplice a valenza dipartimentale
- ❑ Direttore di unità operativa complessa
- ❑ Direttore di unità operativa complessa con riconoscimento dell'indennità di Direttore di Dipartimento

6. Da quanti anni l'attuale Direttore di Distretto è in carica in questo Distretto (con riferimento al DGR 1403 di individuazione dei Distretti e alla Determina di Area Vasta di nomina dei Direttori di Distretto)?

7. L'attuale Direttore di Distretto ha avuto precedenti esperienze di direzione in altri Distretti?

❑ SI ❑ NO

7.1 Se SI specificare in quali territori?

❑ Ex Distretto n. ____ per anni n. ____ (indicare numero Distretto con riferimento all'assetto precedente)

❑ Ex Distretto n. ____ per anni n. ____ (indicare numero Distretto con riferimento all'assetto precedente)

STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DISTRETTO

8. Il Distretto sanitario com'è strutturato?

❑ U.O. semplice

❑ U.O. complessa

❑ Dipartimento

9. Il Distretto com'è articolato organizzativamente?

Area di attività	*Strutturazione*	*Denominazione*
Accettazione/Accoglienza	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Specialistica/Ambulatoriale	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Domiciliare	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Cure intermedie/Ospedali di comunità	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Residenziale/Tutela anziani	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Consultorio	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
UMEE/UMEA/Disabilità	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Tutela minori	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Tutela adulti	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Medicina Legale	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Amministrativa	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Altro (specif. _____)	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____
Altro (specif. _____)	❑ U.O.C. ❑ U.O.S. ❑ Area funzionale	_____

(N.B. Correggere le denominazioni aree di attività ed eventualmente aggiungerne altre)

10. Il Distretto negozia annualmente con la Direzione gli obiettivi specifici da conseguire?

❑ SI ❑ NO

10.1 Se NO, per quale motivo? *(barrare una sola casella)*

❑ La Direzione non ha esplicitato gli obiettivi

❑ Non è stato formalizzato un processo di budgeting

❑ La Direzione negozia gli obiettivi con altri soggetti

11. Il Distretto negozia con la Direzione le risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi?

❑ SI ❑ NO

12. Qual è l'entità del budget 2016? EURO _____

13. Il Distretto ha contribuito alla stesura del bilancio ASUR 2016?

❑ SI ❑ NO

13.1 Se SI, con quali modalità: _____

13.2 Il Distretto ha una propria relazione di bilancio 2016, o documento analogo?

❑ SI ❑ NO

14. È funzionante l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD)?

❑ SI ❑ NO

14.1 Se SI, le funzioni principali dell'UCAD sono: *(barrare una o più caselle)*

❑ Contribuire alla elaborazione dei programmi delle attività nel Distretto con le relative modalità di verifica e valutazione

❑ Sviluppare azioni idonee all'integrazione tra le diverse figure professionali all'interno del Distretto e collaborare a definire modalità organizzative che favoriscono l'integrazione tra servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali

14.2 Quali attività svolge effettivamente l'UCAD:

❑ Progettuali
❑ Raccordo
❑ Consultive
❑ Operative
❑ Decisionali
❑ Altro specificare _____

14.3 Da quanti componenti è formato l'UCAD? N. ___

14.4 Nell'UCAD sono presenti rappresentanti di altri Dipartimenti:

❑ SI ❑ NO

14.4.1 Se si, di quali Dipartimenti?

_____
_____

14.5 Con quale frequenza si riunisce l'UCAD _____

15. Nel Distretto sono attivi altri organismi direzionali oltre all'UCAD?

❑ SI ❑ NO

15.1 Se SI, quali?

_____
_____

NOTE

ATTORI TERRITORIALI

16. Che ruolo svolge il "Comitato dei Sindaci di Distretto" nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie?

- ❑ Ruolo forte
- ❑ Ruolo debole

16.1 Quanto frequentemente è convocato il Direttore di Distretto alle riunioni del Comitato?

- ❑ Sempre
- ❑ Spesso
- ❑ Poco
- ❑ Mai

16.2 L'interlocuzione del Direttore di Distretto con il Comitato:

- ❑ Molto attiva
- ❑ Attiva
- ❑ Poco attiva
- ❑ Non attiva

16.3 Il Comitato svolge un ruolo propositivo:

- ❑ Molto attivo
- ❑ Attivo
- ❑ Poco attivo
- ❑ Non attivo

17. Esiste il coordinamento dei Distretti nell'Area Vasta?

❑ SI ❑ NO

17.1 Se SI: (barrare una sola casella)

- ❑ È strutturale
- ❑ È funzionale

18. Il Direttore di Distretto ha partecipato alla fase di implementazione dell'ultimo accordo aziendale sulla medicina generale?

❑ SI ❑ NO ❑ NO, non è presente l'accordo

18.1 Se SI: *(barrare una o più caselle)*

- ❑ Ha organizzato iniziative per l'attuazione dell'accordo aziendale in merito a: percorsi e protocolli diagnostico-terapeutici, appropriato utilizzo dei farmaci, ecc.
- ❑ Ha fornito formalmente alla Direzione indicazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi dell'accordo aziendale

19. Il Distretto ha concertato con gli ospedali presenti nel territorio: (barrare una o più caselle)

- ❑ Protocolli su dimissioni protette
- ❑ Accordi formalizzati con MMG/PLS
- ❑ Presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi distrettuali
- ❑ Presenza di operatori distrettuali dedicati a funzione specifica nei servizi ospedalieri
- ❑ Protocolli su ospedalizzazione al domicilio
- ❑ Interscambio, anche a fini formativi e di aggiornamento, tra medici specialisti territoriali ed ospedalieri
- ❑ Altro specificare _____

20. Nel periodo 2013-2016, il Distretto ha negoziato tipologie di prestazioni con gli erogatori pubblici e/o privati?
(barrare una o più caselle)

- ❑ SI, su mandato della Direzione Generale
- ❑ SI, su mandato della Direzione di Area Vasta
- ❑ SI, partecipando alla negoziazione aziendale
- ❑ SI, partecipando alla negoziazione di Area Vasta
- ❑ NO

20.1 Se SI, con quali erogatori, specificare

_____

NOTE

FUNZIONAMENTO

21. Nel Distretto esiste una modalità organizzativa unificata per l'accesso dei cittadini ai servizi?

❑ SI ❑ NO

21.1 Se SI, quali sono le sue funzioni: (barrare una o più caselle)

- ❑ Informative e di orientamento
- ❑ Sportello per gli aspetti amministrativi (esenzione dal ticket, cambio MMG, informazioni sull'invalidità civile, ecc.)
- ❑ Modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per bisogni complessi
- ❑ Svolge l'intero processo organizzativo di presa in carico (Valutazione Multidimensionale VMD, Piano di Assistenza Individuale PAI e monitoraggio)

21.2 Sono previsti sportelli territoriali?

❑ SI ❑ NO

21.2.1 Se SI, in quanti Comuni del Distretto sono attivi sportelli territoriali: n. ____ su n. ____ Comuni

21.3 Negli sportelli di accesso ai servizi sanitari ci sono figure professionali dedicate:

a. Figure professionali sanitarie
- ❑ Si in tutti
- ❑ Si in alcuni
- ❑ No

b. Figure professionali sociali
- ❑ Si in tutti
- ❑ Si in alcuni
- ❑ No

c. Figure professionali amministrative
- ❑ Si in tutti
- ❑ Si in alcuni
- ❑ No

22. L'erogazione delle cure domiciliari a seguito di VMD avviene prevalentemente: *(barrare una sola casella)*

- ❑ In forma diretta (con personale dipendente)
- ❑ In forma indiretta (esternalizzata)
- ❑ Tramite voucher socio-sanitario o modalità analoga

23. Il Distretto effettua verifiche sulle cure domiciliari a seguito di Valutazione multidimensionale?

❑ SI ❑ NO

23.1 Se SI:

- ❑ Verifica la congruenza degli accessi
- ❑ Verifica il raggiungimento degli obiettivi formalizzati dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- ❑ Verifica le modifiche nella casistica attraverso parametri di monitoraggio

24. Il Distretto governa l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali insistenti sul territorio con liste di attesa distrettuali?

❑ SI ❑ NO

25 Nel Distretto è attivo il percorso di dimissione protetta?

❑ SI ❑ NO

26. Il Distretto effettua la valutazione dei bisogni di salute?

❑ SI ❑ NO

26.1 Se SI, la valutazione dei bisogni descrive: (barrare una o più caselle)

- ❑ Area geografica e tipologie di utenti oggetto di valutazione
- ❑ Caratteristiche degli utenti in termini di età, sesso, condizione socio-economica, gruppo etnico, lingua, stato di salute, condizione abitativa e tipologie di prestazioni sanitarie erogate
- ❑ Fasce di popolazione con speciali necessità sanitarie (senza fissa dimora, immigrati, lavoratori agricoli stagionali, persone fragili, ecc.)
- ❑ Diversità nello stato di salute all'interno dei sotto-gruppi di popolazione
- ❑ Percezione, da parte dei destinatari della valutazione, del proprio stato di salute e difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari
- ❑ Lacune nel servizio offerto
- ❑ Offerta dei servizi (partecipazioni societarie, servizi condivisi, networks, ecc.)

27. Il Distretto partecipa alla definizione e organizzazione dei seguenti percorsi assistenziali integrati dei pazienti? *(barrare una o più caselle)*

- ❑ Malati oncologici
- ❑ Malati terminali
- ❑ Malati con scompenso cardiaco
- ❑ Malati con BPCO
- ❑ Malati con diabete mellito
- ❑ Malati post ictus
- ❑ Malati post frattura di femore
- ❑ Altro specificare _____

28. Il Distretto svolge una funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria in riferimento a:

- ❑ Sistemi di regolamentazione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
- ❑ Sistemi di regolamentazione dei tempi di attesa dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale
- ❑ Percorsi diagnostico-terapeutici
- ❑ Distribuzione farmaci
- ❑ Altro specificare _____

9. Nel Distretto sono svolti correntemente percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute?

- ❑ SI, proposti all'interno del piano formativo aziendale/di Area Vasta
- ❑ SI, proposti dal Distretto
- ❑ NO

29.1 Se SI, indicare l'ultima attività svolta

_____

30. Nel Distretto sono svolti audit interni?

❑ SI ❑ NO

30.1 Se SI, con quale periodicità? _____

30.2 Se SI, con quali modalità? _____

31. Come valuta il livello dei rapporti (collaborazione, fiducia reciproca) tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria (MMG, PDL, specialisti, altri operatori territoriali) sia: *(barrare una sola casella)*

- ❑ Insufficiente
- ❑ Sufficiente
- ❑ Buono
- ❑ Ottimo

32. Il Distretto organizza iniziative/attività volte al miglioramento del clima organizzativo?

❑ SI ❑ NO

32.1 Se SI, con quale periodicità? _____

32.2 Se SI, con quali modalità? _____

33. Il Distretto ha a sua disposizione dati informatizzati in merito a:

- ❑ Ricoveri ospedalieri
- ❑ Specialistica ambulatoriale
- ❑ Dati epidemiologici e statistici
- ❑ Consumi farmaceutici
- ❑ Assistenza domiciliare
- ❑ Assistenza riabilitativa
- ❑ Esenzione ticket
- ❑ Invalidità civili
- ❑ Ricoveri in strutture residenziali
- ❑ Altro specificare _____

34. Distretto sanitario e Dipartimenti:

34.1 I rapporti tra il Distretto e l'Ospedale si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

34.2 I rapporti tra il Distretto e il Dipartimento Prevenzione si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

34.3 I rapporti tra il Distretto e il Dipartimento Salute Mentale si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

34.4 I rapporti tra il Distretto e il Dipartimento Dipendenze Patologiche si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

34.5 I rapporti tra il Distretto e il Dipartimento Materno infantile si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

34.6 I rapporti tra il Distretto e il Dipartimento Riabilitazione si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

TRASPARENZA E PARTECIPAZIONE

35. È stata adottata la Carta dei servizi distrettuale?

❑ SI ❑ NO

35.1 Se SI, qual è l'ultimo anno di aggiornamento? ____

36. È stata predisposta una Guida per l'orientamento dei cittadini alle attività distrettuali?

❑ SI ❑ NO

36.1 Se SI, qual è l'ultimo anno di aggiornamento? ____

36.2 Se SI, quali attività riguarda? _____

37. Nel Distretto sono svolti audit formalizzati con cittadini/organizzazioni di cittadini?

❑ SI ❑ NO

37.1 Se SI, con quale periodicità? _____

37.2 Se SI, con quali modalità? _____

38. Sono previste modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle

❑ SI ❑ NO

38.1 Se SI, con quale modalità *(barrare una o più caselle)*:

- ❑ Tramite consulte con i cittadini (comitati consultivi misti)
- ❑ Tramite incontri con associazioni di cittadinanza
- ❑ Con gruppi di lavoro su alcune tematiche
- ❑ Altro specificare _____

NOTE

PROFESSIONISTI E PERSONALE

39. Quanti sono i Medici di medicina generale attivi nel Distretto? n. ____

39.1 Quanti sono organizzati in forme associate evolute (gruppi, equipe)? n. ___

39.2 Indicare numero di forme associative? n. ___

40. Quanti sono i Pediatri di libera scelta attivi nel Distretto? n. ____

40.1 Quanti sono organizzati in forme associate evolute (gruppi, equipe)? n. ___

40.2 Indicare numero di forme associative? n. ___

41. Quanti sono gli Psicologi dipendenti, operativi nel Distretto? n. ____

42. Quanti sono gli Assistenti sociali dipendenti, operativi nel Distretto? n. ____

43. Quanti sono gli Infermieri dipendenti, operativi nel Distretto? n. ____

43.1 Di cui impiegati in servizi semiresidenziali? n. ____

43.2 Di cui impiegati in altri servizi territoriali (esclusi i residenziali)? n. ___

44. Quanti sono gli Operatori Socio-Sanitari, operativi nel Distretto? n. ____

44.1 Di cui impiegati in servizi semiresidenziali? n. ____

44.2 Di cui impiegati in altri servizi territoriali (esclusi i residenziali)? n. ___

NOTE

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

45. Esistono collaborazioni trasversali tra il Direttore di Distretto e il Coordinatore dell'ATS che si caratterizzano per:

- ❑ Partecipazione al Comitato dei Sindaci
- ❑ Collegamento costante e sistematico
- ❑ Incontri tra UCAD e Ufficio di Piano
- ❑ Modalità di lavoro comune tra UCAD e Ufficio di Piano
- ❑ Tavoli unitari di confronto tra operatori sanitari e sociali
- ❑ Formalizzazione delle modalità di integrazione degli interventi sanitari e sociali inerenti:
  - ❑ *prevenzione territoriale*
  - ❑ *cure domiciliari*
  - ❑ *residenzialità*
  - ❑ *riabilitazione*
  - ❑ *altro specificare:* _____
- ❑ Gestione comune di progettualità
- ❑ Sperimentazione di un budget sociosanitario
- ❑ Altro specificare: _____

46. Nei settori indicati esistono collaborazioni stabili tra il Distretto e l'ATS: *(specificare la modalità prevalente)*

46.1 Materno-infantile

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____
- ❑ Non esistono collaborazioni stabili

46.2 Adolescenti e giovani

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____
- ❑ Non esistono collaborazioni stabili

46.3 Disabilità

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____
- ❑ Non esistono collaborazioni stabili

46.4 Salute mentale

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____
- ❑ Non esistono collaborazioni stabili

46.5 Anziani/demenze

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____
- ❑ Non esistono collaborazioni stabili

46.7 Dipendenze, disagi e altre fragilità

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____
- ❑ Non esistono collaborazioni stabili

47. Qual è, in una scala da 1 a 100, l'impegno richiesto da ciascuno dei seguenti settori:

47.1 Materno-infantile _____

47.2 Adolescenti e giovani _____

47.3 Disabilità _____

47.4 Salute mentale _____

47.5 Anziani/demenze _____

47.6 Dipendenze, disagi e altre fragilità _____

NOTE

Compilatore _____
Telefono _____
Email _____

Data _____ / _____ /2017

APPENDICE B

QUESTIONARIO COORDINATORI ATS

Questionario ATS 2017

DATI ATS *sezione precompilata*

1.ATS n. __ Area Vasta n. ___ Distretto sanitario n. ___

2. Superficie di competenza dell'ATS (Km2): _____

3. Popolazione residente nell'ATS* _____ (totale popolazione) di cui:
Maschi totale < 14 ____ 15 – 64 _____ > 65 _____
Femmine totale < 14 ____ 15 – 64 _____ > 65 _____

I dati della popolazione sono quelli relativi all'ultima fonte di riferimento del 01/01/2016

COORDINATORE ATS

4. Quale è il profilo professionale del Coordinatore ATS o l'Area professionale di competenza? *(barrare una sola casella)*
- ❑ Dirigente
- ❑ Altre tipologia di incarico specificare _____

5. Da quanti anni è in carica il Coordinatore ATS? n. ___

6. L'attuale Coordinatore ATS ha avuto precedenti esperienze di direzione in altri ATS?
❑ SI ❑ NO

se SI specificare in quali ATS n. _____Per quanti anni n. _____

NOTE

STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE ATS

7. L'ATS com'è strutturato?

❑ Comuni associati con Comune capofila, specificare atto_____
❑ Unione di Comuni, specificare atto_____
❑ Unione Montana, specificare atto_____
❑ ASP, specificare atto_____
❑ Altro specificare _____, specificare atto_____

8. L'ATS com'è articolato organizzativamente?

❑ Staff Coordinatore ATS n. __ specificare:

8.1 ruolo _____
❑ titolo studio _____
❑ tipologie contrattuali _____

8.2 ruolo _____
❑ titolo studio _____
❑ tipologie contrattuali _____

8.3 ruolo _____
❑ titolo studio _____
❑ tipologie contrattuali _____

9. Il Coordinatore ATS negozia annualmente con il Comitato dei Sindaci gli obiettivi da conseguire?

❑ SI ❑ NO

9.1. Se SI, specificare tipologia di documento adottato: _____

10. Il Coordinatore ATS negozia le risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi?

❑ SI ❑ NO

12. Qual è l'entità del budget ATS 2016? EURO _____

13 L'ATS ha una propria relazione di bilancio 2016?

❑ SI ❑ NO

14. È funzionante l'Ufficio di Piano?

❑ SI ❑ NO

14.1 Se SI, le funzioni principali sono: *(barrare una o più caselle)*
❑ contribuire alla elaborazione dei programmi delle attività nel ATS con le relative modalità di verifica e valutazione
❑ sviluppare azioni idonee all'integrazione tra le diverse figure professionali all'interno del ATS e collaborare a definire modalità organizzative che favoriscono l'integrazione tra i servizi socio-assistenziali e i servizi sanitari

14.2 Quali attività svolge effettivamente l'Ufficio di Piano:
❑ Progettuali
❑ Raccordo
❑ Consultive

- ❑ Operative
- ❑ Decisionali
- ❑ Altro specificare _____

14.3 Chi fa parte dell'Ufficio di Piano? _____

14.4 Nell'Ufficio di Piano sono presenti rappresentanti di altri Enti (pubblici e/o privati) oltre ai rappresentanti dei Comuni dell'ATS:

❑ SI ❑ NO

Se SI, quali? _____

14.5 Con quale frequenza si riunisce l'Ufficio di Piano _____

15. Nell'ATS sono attivi altri organismi oltre l'Ufficio di Piano?

Se SI, quali? _____

NOTE

ATTORI TERRITORIALI

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

❑ ruolo forte ❑ ruolo debole

16.1 Quando è convocato il Coordinatore ATS alle riunioni del Comitato?

❑ Sempre ❑ Spesso ❑ Poco ❑ Mai

16.2 Com'è l'interazione tra Coordinatore ATS e Comitato dei Sindaci?

❑ Molto attiva ❑ Attiva ❑ Poco attiva ❑ Non attiva

16.3 Com'è il ruolo propositivo del livello politico del Comitato?

❑ Molto attivo ❑ Attivo ❑ Poco attivo ❑ Non attivo

17. Esiste il coordinamento degli ATS a livello Provinciale/Area Vasta?

❑ SI ❑ NO

17.1 Se SI: *(barrare una sola casella)*

❑ strutturale
❑ funzionale

18. Nel 2016, l'ATS ha gestito in forma associata, tipologie di interventi o servizi?

❑ SI, su mandato/delega di tutti i Comuni
❑ SI, su mandato/delega di n°____Comuni
❑ NO

18.1 Se SI la gestione associata riguarda:

❑ Funzioni amministrative (specificare)

_____
_____

❑ Gestione dei servizi (specificare i servizi/interventi)

_____
_____

18.2 Se SI, quali sono le forme di gestione associata adottate:

❑ Unione Comuni
❑ Unione Montana
❑ Azienda consortile tra comuni
❑ ASP
❑ Convenzione tra Comuni
❑ Altro specificare _____

NOTE

FUNZIONAMENTO

21. Nell'ATS esiste una modalità organizzativa unificata per l'accesso ai servizi dei cittadini?

❑ SI ❑ NO

21.1 Se SI, quali sono le sue funzioni: *(barrare una o più caselle)*

- ❑ informative e di orientamento
- ❑ sportello per gli aspetti amministrativi
- ❑ modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per bisogni complessi svolge l'intero processo organizzativo di presa in carico (Valutazione Multidimensionale VMD, Piano di Assistenza Individuale PAI e monitoraggio)

21.2 Sono sportelli territoriali?

❑ SI ❑ NO

21.3 Se SI in quanti Comuni n. __

21.4 Negli sportelli di accesso ai servizi ci sono figure professionali dedicate:

a. Figure professionali sociali?
- ❑ Si in tutti
- ❑ Si in alcuni
- ❑ No

b. Figure professionali amministrative?
- ❑ Si in tutti
- ❑ Si in alcuni
- ❑ No

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

❑ SI ❑ NO

22.1 Se SI tale modalità è organizzata in maniera:

- ❑ Centralizzata, in un unico Comune
- ❑ Decentrata, con punti territoriali nei Comuni dell'ATS

23 L'ATS, per la presa in carico dei cittadini, utilizza una Cartella sociale informatizzata?

❑ SI ❑ NO

25. L'ATS effettua la valutazione dei bisogni?

❑ SI ❑ NO

25.1 Se si, la valutazione dei bisogni descrive: *(barrare una o più caselle)*

- ❑ area geografica e tipologie di utenti oggetto di valutazione
- ❑ caratteristiche degli utenti in termini di età, sesso, condizione socio-economica, gruppo etnico, lingua, stato di salute, condizione abitativa e tipologie di prestazioni erogate
- ❑ sotto-popolazioni con speciali necessità (senza fissa dimora, immigrati, lavoratori agricoli stagionali, persone fragili, ecc.)
- ❑ percezione, da parte dei destinatari della valutazione, del proprio stato e difficoltà nell'accesso ai servizi
- ❑ lacune nel servizio offerto
- ❑ offerta dei servizi (partecipazioni societarie, servizi condivisi, networks, ecc.)

26. L'ATS ha attivi dei gruppi di lavoro permanenti con gli attori territoriali su?

- ❑ minori fuori dalla famiglia di origine
- ❑ minori in difficoltà
- ❑ disabili
- ❑ salute mentale
- ❑ dipendenze patologiche
- ❑ migranti
- ❑ povertà
- ❑ non autosufficienza
- ❑ altro specificare _____

26bis. L'ATS partecipa alla definizione e organizzazione di percorsi assistenziali integrati in collaborazione con il Distretto sanitario?

- ❑ minori fuori dalla famiglia di origine
- ❑ minori in difficoltà
- ❑ disabili
- ❑ salute mentale
- ❑ dipendenze patologiche
- ❑ migranti
- ❑ povertà
- ❑ non autosufficienza
- ❑ altro specificare _____

27. L'ATS svolge una funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza in riferimento a:

- ❑ percorsi di valutazione e presa in carico
- ❑ sistemi di regolamentazione dei tempi di attesa
- ❑ altro specificare_____

28. Nell'ATS sono svolti correntemente percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale?

- ❑ SI, indicare l'ultima attività svolta _____
- ❑ NO

29. Nell'ATS sono svolti audit interni formalizzati?

❑ SI ❑ NO

29.1 Se SI con quale periodicità? _____

29.2 Se SI con quale modalità? _____

30. Ritiene che il livello dei rapporti (collaborazione, fiducia reciproca) tra l'ATS e i diversi attori dell'assistenza sia:

❑ insufficiente ❑ sufficiente ❑ buono ❑ ottimo

31. L'ATS organizza iniziative/attività volte al miglioramento del clima organizzativo?

❑ SI ❑ NO

31.1 Se SI con quale periodicità? _____

31.2 Se SI con quale modalità? _____

32. L'ATS ha a sua disposizione dati informatizzati in merito a:

- ❑ Accesso ai servizi
- ❑ Assistenza domiciliare
- ❑ Ricoveri in strutture residenziali
- ❑ Altro specificare _____

NOTE

ATS E DIPARTIMENTI

33. ATS e Dipartimenti:

33.1 I rapporti tra l'ATS e il Dipartimento Prevenzione si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

33.2. I rapporti tra l'ATS e il Dipartimento Salute Mentale si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

33.3 I rapporti tra l'ATS e il Dipartimento Dipendenze Patologiche si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

33.4 I rapporti tra l'ATS e il Dipartimento Materno infantile si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

33.5 I rapporti tra l'ATS e il Dipartimento Riabilitazione si caratterizzano per:

- ❑ Saltuarie collaborazioni informali
- ❑ Costanti collaborazioni informali
- ❑ Partecipazione comune ad organismi
- ❑ Progettazione integrata di attività e interventi
- ❑ Gestione comune di progetti, attività e interventi
- ❑ Delega di attività
- ❑ Altro specificare _____

NOTE

TRASPARENZA E PARTECIPAZIONE

34. È stata adottata la Carta dei servizi di ATS?

❑ SI ❑ NO

Se SI qual è l'ultimo anno di aggiornamento? ____

35. È stata predisposta una Guida per l'orientamento ai servizi territoriali dei cittadini?

❑ SI ❑ NO

35.1 Se SI qual è l'ultimo anno di aggiornamento? ____

35.2 Se Si quali attività riguarda? _____

36. Nell'ATS sono svolti audit formalizzati con organizzazioni di cittadini?

❑ SI ❑ NO

36.1 Se SI con quale periodicità? _____

36.2 Se SI con quale modalità? _____

37. Sono previste modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività?
❑ SI ❑ NO

38.1 Se SI, con quale modalità: *(barrare una o più caselle)*
❑ tramite consulte con i cittadini (comitati consultivi misti)
❑ tramite incontri con associazioni di cittadinanza
❑ con gruppi di lavoro su alcune tematiche
❑ altro specificare _____

NOTE

PROFESSIONISTI E PERSONALE

39. Quanti sono gli Assistenti sociali dipendenti, operativi? n. ____

40. Quanti sono gli educatori dipendenti, operativi? n. ____

41. Altro personale specificare? ruolo _____ n. ____

NOTE

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

42. Esistono collaborazioni trasversali tra il Coordinatore dell'ATS e il Direttore di Distretto e che si caratterizzano per:

- ❑ Partecipazione al Comitato dei Sindaci
- ❑ Collegamento costante e sistematico
- ❑ Incontri tra Ufficio di Piano e UCAD
- ❑ Modalità di lavoro comune tra Ufficio di Piano e UCAD
- ❑ Tavoli unitari di confronto tra operatori sociali e sanitari
- ❑ Formalizzazione delle modalità di integrazione degli interventi sociali e sanitari inerenti:
  - ❑ *prevenzione territoriale*
  - ❑ *cure domiciliari*
  - ❑ *residenzialità*
  - ❑ *riabilitazione*
  - ❑ *altro specificare:* _____
- ❑ Gestione comune di progettualità
- ❑ Sperimentazione di un budget sociosanitario
- ❑ Altro specificare: _____

43. Nei settori indicati esistono collaborazioni tra l'ATS e il Distretto che si caratterizzano per:

43.1 Materno-infantile

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____

43.2 Adolescenti e giovani

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____

43.3 Disabilità

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____

43.4 Salute mentale

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____

43.5 Anziani/demenze

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____

43.6 Dipendenze, disagi e altre fragilità

- ❑ Accordi di programma
- ❑ Protocolli di intesa
- ❑ Convenzioni
- ❑ Altro specificare _____

NOTE

Compilatore _____
Telefono _____
Email _____

Data _____ / _____ /2017

Finito di stampare
nel mese di marzo 2018
presso ELPIS_centro stampa
Porto San Giorgio (FM)
centrostampaelpis@gmail.com