

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

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

La situazione a giugno 2021

A cura di:

*Osservatorio Regionale Politiche Sociali*

*P.F. Integrazione Sociosanitaria ARS Marche.*

Claudio Bocchini - coordinatore Gruppo di lavoro,

Giovanna Sani, Patrizia Giulietti, Albarosa Talevi, Romina Simonetti e

Marco Falcetelli

*e P.F. Assistenza Farmaceutica*

Valentina Montesi

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

I dati sono relativi all'esportazione effettuata in data giugno 2021.

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

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

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

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

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

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

## Il Report

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

## La principale normativa di riferimento

Si precisa che:

L'aggiornamento dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie extra-ospedaliere sociosanitarie considera e si adegua ai nuovi contenuti di cui alla L.R.21/2016 e s.m.i., nonché i nuovi LEA di cui al DPCM del 12 gennaio 2017 ed alle normative di settore definite in ambito nazionale.

L'aggiornamento, oltre alla ridefinizione delle tipologie delle strutture, si rende necessario in considerazione del fatto che, per la determinazione dei nuovi requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione all'esercizio e all'accreditamento delle suddette strutture, si fa riferimento ai nuovi manuali di autorizzazione a accreditamento approvati con DGR n.937/2020 e DGR n. 938/2020 e pubblicati sul BUR n.69 del 31/07/2020.

Il percorso di ri-autorizzazione delle strutture è attualmente in fase iniziale.

In appendice si propone una sintetica illustrazione della normativa a cui il presente Report fa riferimento.

## Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Anziani

Le strutture residenziali per anziani, la situazione a giugno 2021.

Appartengono al livello intensivo i presidi preposti ad accogliere le persone dimesse dall'ospedale come le strutture per le Cure intermedie (R2.1, riclassificate R1 dal Regolamento Regionale n.1 del 2018) che hanno 250 posti autorizzati e 35 accreditati.

Al livello estensivo, rivolto a persone che richiedono una continuità assistenziale, appartengono le Residenze Sanitarie Assistenziali per persone non autosufficienti (R2.2, R2 nella nuova codifica) che hanno 1375 posti letto autorizzati e 741 accreditati e le Residenze Sanitarie Assistenziali per persone con demenze, R2D, con 40 posti autorizzati tutti accreditati.

Al livello lungo-assistenza e mantenimento, per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate a domicilio per difficoltà familiari/sociali, le Residenze protette per persone con demenze, R3.1 o R3D, 630 posti autorizzati.

Alla sfera più propriamente socioassistenziale afferente ai livelli protezione, tutela e accoglienza appartengono:

Le Residenze protette per anziani, R3.2 o R3, con 5308 posti autorizzati.

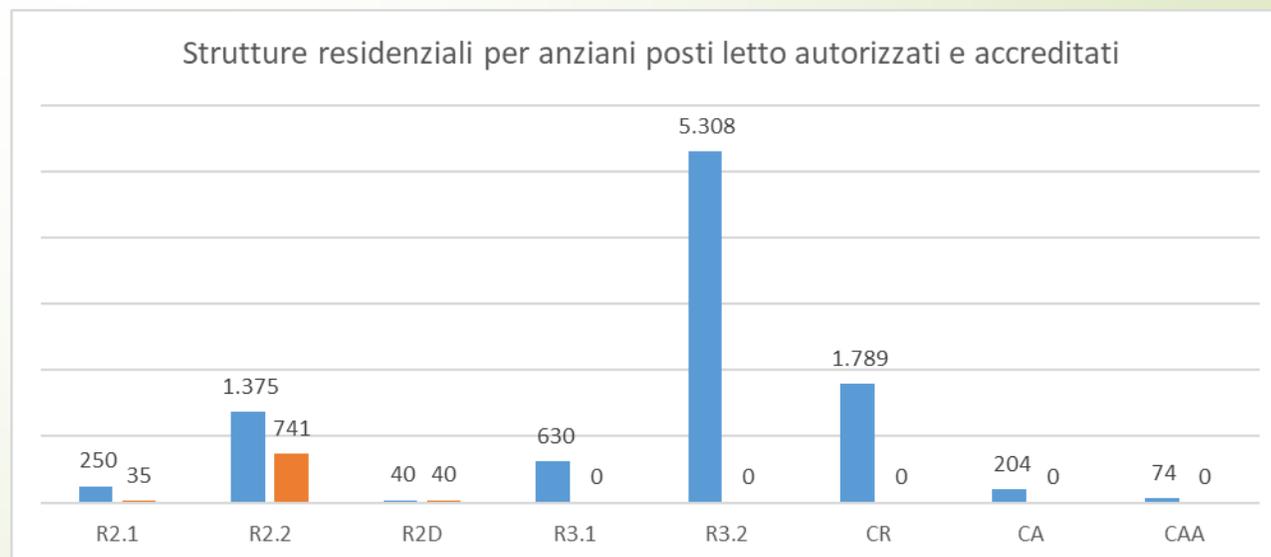
Le Case di Riposo per Anziani autosufficienti (CR) con 1789 posti.

Le Comunità Alloggio per Anziani autosufficienti (CA) con 204.

Le Case Albergo per Anziani autosufficienti (CAA) con 74.

5

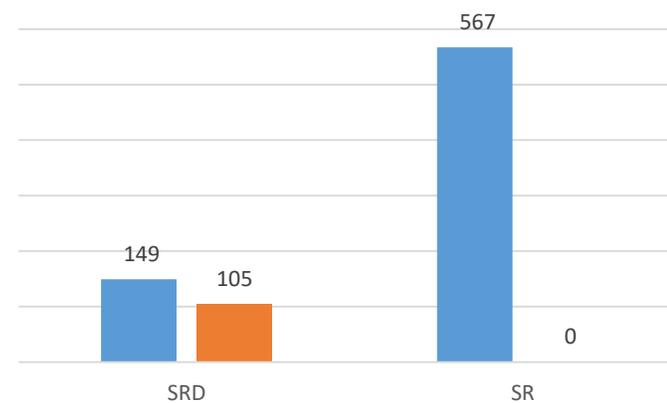
Le strutture residenziali per anziani afferenti alla sfera sociale non hanno posti accreditati in attesa dell'atto regionale che ne regolamerà il funzionamento.



## Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti strutture semiresidenziali per Anziani

Le strutture semiresidenziali per anziani  
I posti autorizzati inerenti i Centri diurni per persone con demenza afferenti l'area anziani (SRD) ammontano a 149 di cui 105 accreditati, i posti autorizzati relativi al Centri diurni per anziani non autosufficienti (SR) risultano 567 nessuno dei quali accreditato.

Strutture semiresidenziali per anziani posti letto autorizzati e accreditati



- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione anziana, a giugno 2021, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 9.670 posti letto autorizzati, dei quali 816 sono anche accreditati, per il semiresidenziale 716 posti autorizzati di cui 105 accreditati, per un totale di 11.307 posti complessivi.

## Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Disabili

Le strutture residenziali per disabili:

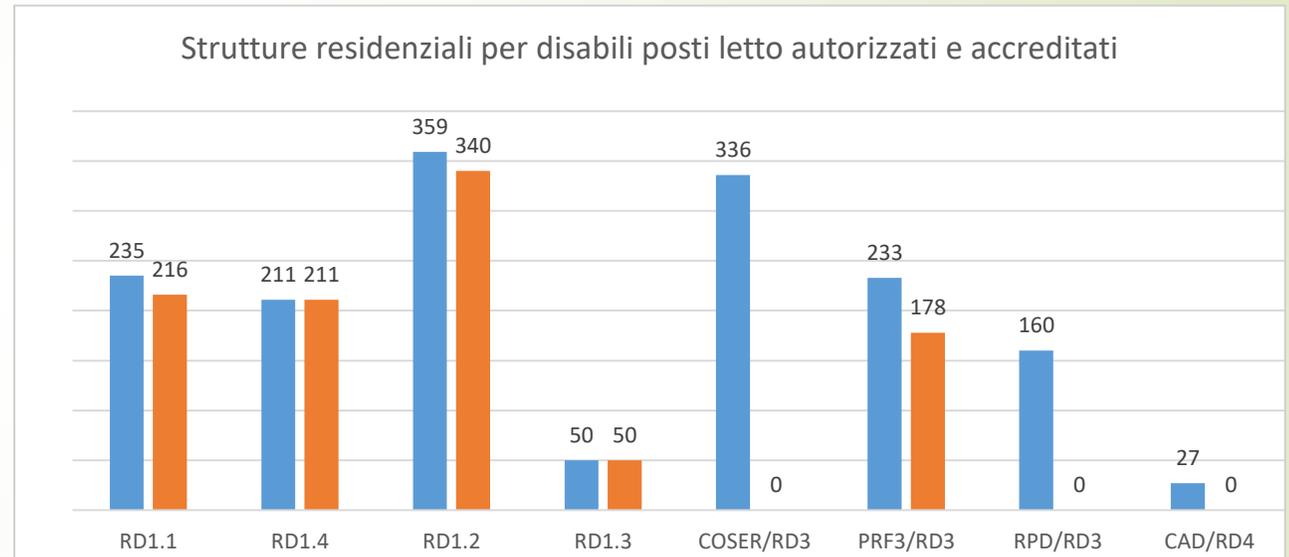
Le Residenze sanitarie riabilitative intensive (RD1.1, ora RD1 ai sensi del Regolamento regionale n.1/18) hanno complessivamente 235 posti letto autorizzati di cui 216 accreditati.

Le Unità speciali residenziali (RD1.4, ora RD1-USR) 211 autorizzati e accreditati.

Le Residenze sanitarie riabilitative estensive (RD1.2 e RD1.3, aggiornate e accorpate in RD2) dispongono complessivamente di 409 posti letto autorizzati (359 + 50) di cui 390 accreditati (340 + 50).

Nella nuova codifica RD3, Residenza socio-sanitaria assistenziale, sono accorpate le tipologie COSER/RD3, PRF3/RD3 e RPD/RD3, per un totale di 729 posti autorizzati dei quali 178 sono anche accreditati.

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



## Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti strutture semiresidenziali per Disabili

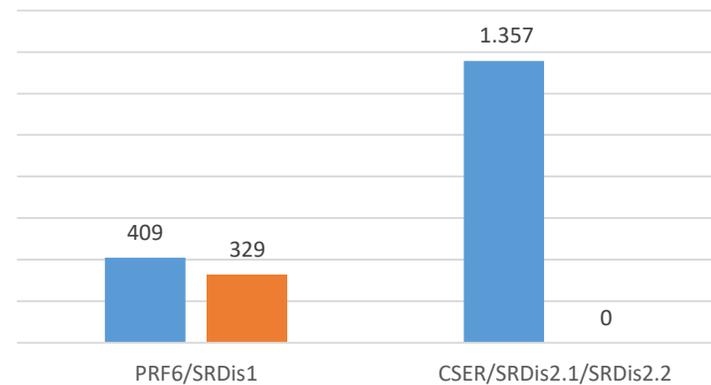
9

Le strutture semiresidenziali per disabili:

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

I Centri diurni socio educativi riabilitativi a valenza socio sanitaria SRDis2 (CSER/SRDis2.1/SRDis2.2) fanno riscontrare 1357 posti autorizzati.

Strutture semiresidenziali per disabili  
posti letto autorizzati e accreditati



- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione disabile, a giugno 2021, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 1.611 posti letto autorizzati, dei quali 995 sono anche accreditati, per il semiresidenziale 1.766 posti autorizzati di cui 329 accreditati, per un ammontare complessivo di 3.377 post

## Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Salute mentale

11

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

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

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

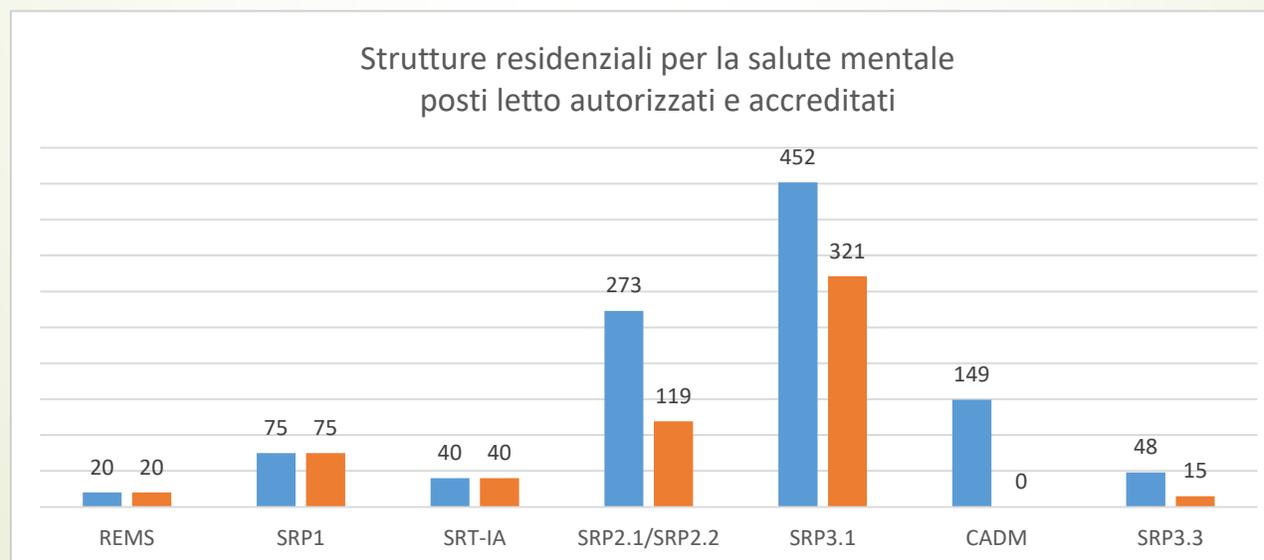
Le strutture residenziali per la Salute mentale-infanzia e adolescenza, SRT-IA 40 posti autorizzati, tutti accreditati.

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

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

Le Comunità protette, SRP3 (SRP3.1), dispongono di 452 posti letto autorizzati dei quali 321 sono anche accreditati e sempre nell'ambito di tali Comunità, nella codifica SRP3 rientra anche la vecchia tipologia CADM, 149 posti autorizzati, nessuno dei quali accreditato per un totale di 601 posti autorizzati complessivi.

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



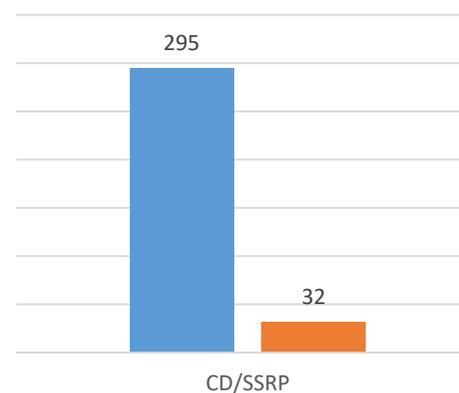
## Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti strutture semiresidenziali per Salute mentale

12

Le strutture semiresidenziali per la salute mentale.

Le strutture semiresidenziali SSRP, già CD/SSRP, hanno 295 posti autorizzati di cui 32 accreditati.

Strutture semiresidenziali per la salute mentale  
posti letto autorizzati e accreditati



- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione con problematiche inerenti la salute mentale, a giugno 2021, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 1.057 posti letto autorizzati, dei quali 590 sono anche accreditati, per il semiresidenziale 295 posti autorizzati di cui 32 accreditati, per un ammontare complessivo di 1.352 posti.

## Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti letto strutture residenziali per Dipendenze patologiche

14

Le strutture residenziali per le dipendenze patologiche:

Le Strutture terapeutiche specialistiche per dipendenze patologiche - Cormobilità psichiatrica, STD1A, hanno, nella Regione Marche, 39 posti letto autorizzati, tutti accreditati.

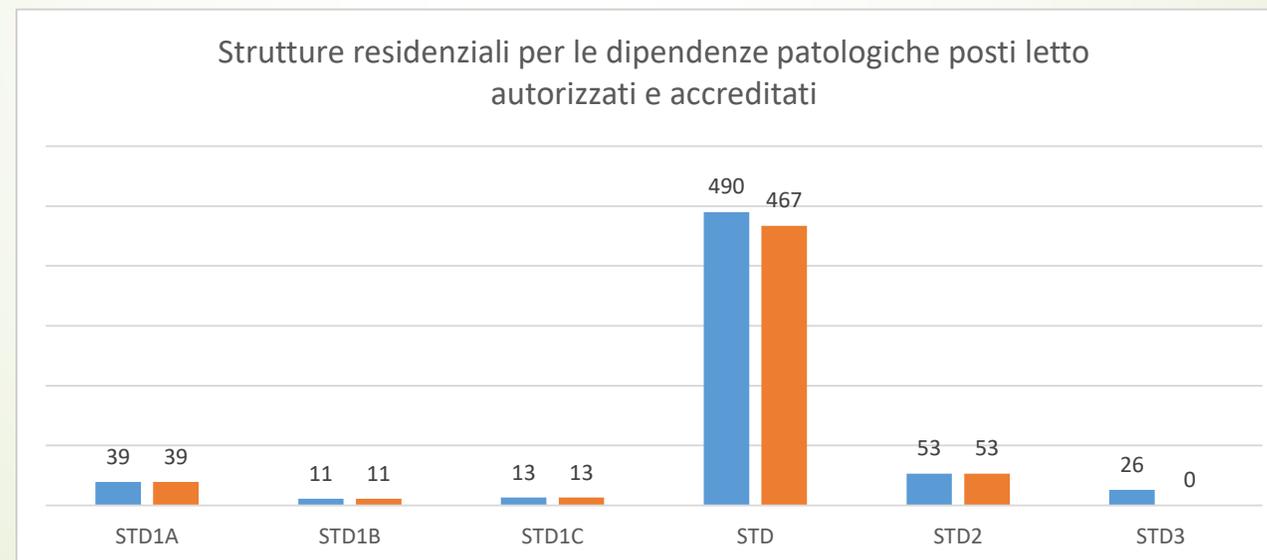
Le Strutture terapeutiche specialistiche per dipendenze patologiche - Genitore bambino, STD1B, dispongono di 11 posti autorizzati e accreditati.

Le Strutture terapeutiche specialistiche per dipendenze patologiche – Minorenni, STD1C, dispongono di 13 posti autorizzati, tutti accreditati.

Le Strutture di riabilitazione per tossicodipendenti, STD, hanno 490 posti letto autorizzati, dei quali 467 sono accreditati.

Le Strutture terapeutico riabilitative, STD2, 53 posti autorizzati e accreditati.

Le Strutture pedagogico riabilitative, STD3, 26 posti autorizzati.

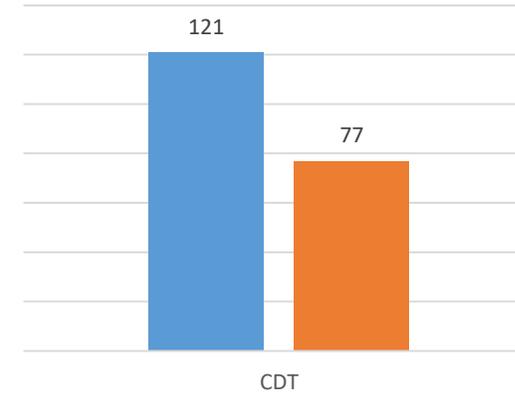


## Autorizzazione e accreditamento ospitalità-posti strutture semiresidenziali per Dipendenze patologiche

15

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

Strutture semiresidenziali per le dipendenze patologiche posti letto autorizzati e accreditati



- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione con problematiche inerenti le dipendenze patologiche, a giugno 2021, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 632 posti letto autorizzati, dei quali 583 sono anche accreditati, per il semiresidenziale 121 posti autorizzati di cui 77 accreditati, per un ammontare complessivo di 753 posti.

## Autorizzazione ospitalità-posti letto strutture residenziali per Adulti

17

Le strutture residenziali per adulti.

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

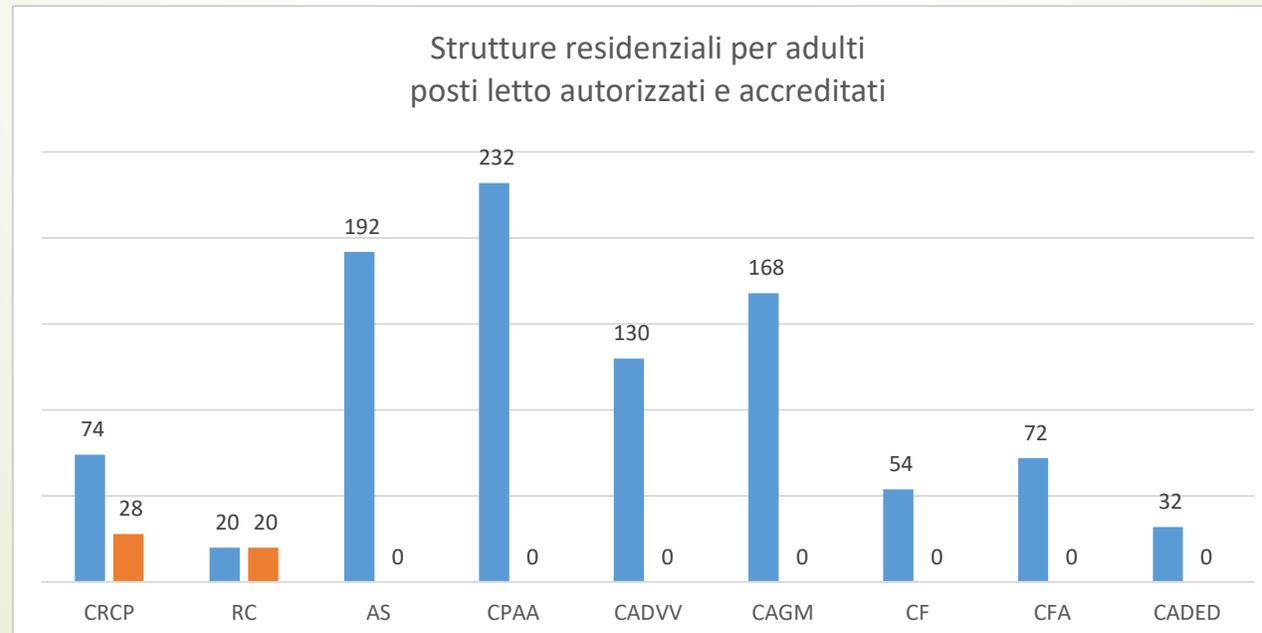
Le Residenze collettive per malati di AIDS (RC, suddivise in RC e CA-HIV dalla regolamentazione del 2018) hanno 20 posti autorizzati tutti accreditati.

Le case alloggio per adulti in difficoltà (AS) 192 e le Comunità di pronta accoglienza (CPAA) 232.

I CADVV 130 posti e i CAGM 168.

Le Comunità familiari (CF) hanno 54 posti autorizzati e i CFA 72.

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



- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali e semiresidenziali rivolti ai bisogni della popolazione con problematiche inerenti gli adulti, a giugno 2021, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 974 posti letto autorizzati, dei quali 48 sono anche accreditati.

## Autorizzazione ospitalità-posti letto strutture residenziali per Minorenni

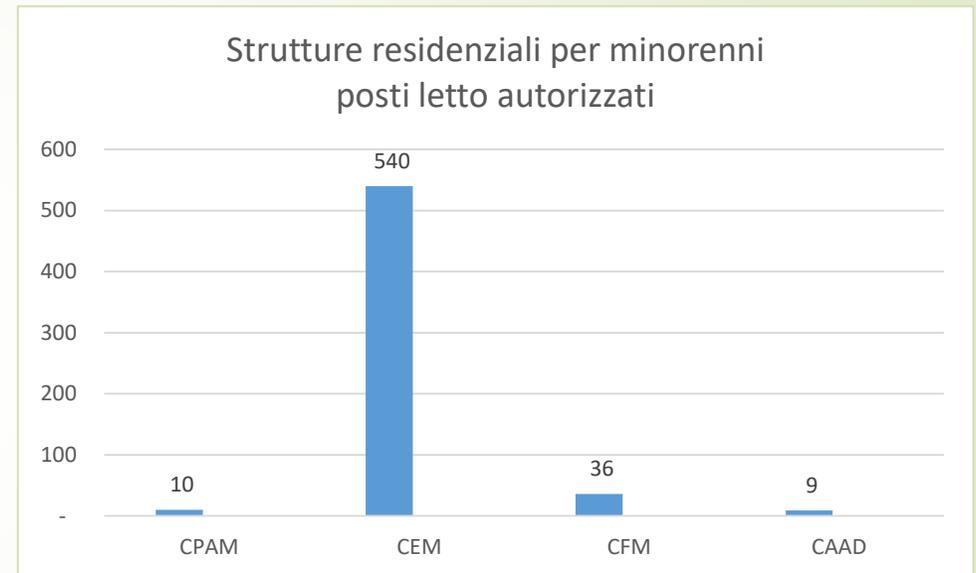
Le strutture residenziali per minorenni.

Le Comunità di pronta accoglienza per minorenni (CPAM) hanno 10 posti autorizzati.

Le Comunità socioeducative per minorenni (CEM) hanno 540 posti autorizzati.

Le Comunità familiari (CFM) 36.

Le Comunità alloggio per adolescenti (CAAD) 9.



- In conclusione, per l'area dei presidi residenziali rivolti ai bisogni della popolazione minorenni, a giugno 2021, sono complessivamente attivi, sul territorio regionale, per il residenziale 595 posti letto autorizzati.

Regime	Utenza	Area	tabella di trascodifica		nuova tipologia		vecchia tipologia	
			Livello assistenziale	Codifica Reg. n.1/18	Intervento Reg. Reg. n.1/18	Codifica DGR. 289/15	Intervento DGR. 289/15	
Anziani	Sanitaria Extraospedaliera	intensivo	R1	Cure intermedie	R2.1	CI - Cure Intermedie	CH	CH - Country Hospital
			R2	Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti	R2.2	RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti	RS3 - RSA demenze	
		estensivo	R2D	Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze	R3.1	RPDEM - Residenza Protetta Demenze		
	SocioSanitaria	lungoassistenza /mantenimento	R3D	Residenza Protetta per persone con demenze	R3.2	RPA - Residenza Protetta per Anziani		
		protezione	R3	Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti				
Disabilità	Sanitaria Extraospedaliera	intensivo	RD1	Residenza Sanitaria Riabilitativa intensiva per Disabili	RD1.1	PRF1 - Residenza Sanitarie Riabilitazione (RSR) intensiva		
			RD1-USR	Unità Speciale Residenziale	RD1.4	PRF4 - Unità speciali residenziali		
		estensivo	RD2	Residenza Sanitaria Riabilitativa estensiva per Disabili	RD1.2	PRF2 - Residenza Sanitarie Riabilitazione (RSR) estensiva -RD1.2		
	SocioSanitaria	lungoassistenza /mantenimento	RD3	Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili	RD1.3	PRF2 - Residenza Sanitarie Riabilitazione (RSR) estensiva -RD1.3		
					PRF3/RD3	PRF3 - Residenza Sanitarie Assistenziali (RSA) disabili		
		protezione	RD4	Gruppo appartamento per la Disabilità	COSEK/RD3	COSEK - Comunità Socio Educativo Riabilitativa		
Salute mentale	Sanitaria Extraospedaliera	intensivo	REMS	Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza	REMS	REMS - Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza		
			SRP1	Struttura Residenziale Terapeutica per la Salute mentale	SRP1	SRP1 - Strutture residenziali terapeutiche (SRT)		
			SRT-IA	Struttura Residenziale per la Salute mentale -Infanzia e Adolescenza	SRT-IA	SRP5 - Modulo sperimentale residenziale per pazienti adolescenti		
	SocioSanitaria	estensivo	SRP2	Struttura Riabilitativa Residenziale per la Salute mentale	SRP2.1/ SRP2.2	SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)		
		lungoassistenza /mantenimento	SRP3	Comunità Protetta per la Salute mentale	CADM	CADM - Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali		
			SRP4	Gruppo appartamento per la Salute mentale	SRP3.1.1 SRP3.1.2 SRP3.2	SRP3 - Comunità Protetta (CP)		
Dipendenze	Sanitaria Extraospedaliera	intensivo		riclassificare in una delle specifiche tipologie	STD	STD - Strutture di riabilitazione per tossicodipendenti		
			STD1A	Struttura Terapeutica Specialistica per Dipendenze patologiche Comorbilità psichiatrica	STD1A	STD1A - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti		
			STD1B	Struttura Terapeutica Specialistica per Dipendenze patologiche Genitore bambino	STD1B	STD1B - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti		
		STD1C	Struttura Terapeutica Specialistica per Dipendenze patologiche Minorenni	STD1C	STD1C - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti			
	estensivo	STD2	Struttura Terapeutico Riabilitativa per Dipendenze patologiche	STD2	STD2 - Strutture di Riabilitazione per Tossicodipendenti			
	SocioSanitaria	lungoassistenza /mantenimento	STD3	Struttura Pedagogico Riabilitativa per Dipendenze patologiche	STD3	CAT - Comunità Alloggio per ex Tossicodipendenti		
Adulti	Sanitaria Extraospedaliera	intensivo	SRCP	Hospice	CRCP	CRCP - Hospice		
		estensivo	RC	Residenza Collettiva per malati AIDS	RC	RC - Residenze collettive o case alloggio per malati AIDS		
	SocioSanitaria	lungoassistenza /mantenimento	CA-HIV	Casa alloggio per malati AIDS				
Minori	SocioSanitaria	protezione	CPEM	Comunità socio-psico-educative integrate per Minorenni	nuova codifica	Nuova tipologia		

## Glossario strutture residenziali e semiresidenziali

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

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

**Strutture sociali per anziani:**

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

**Strutture sociali per donne vittime di violenza:**

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

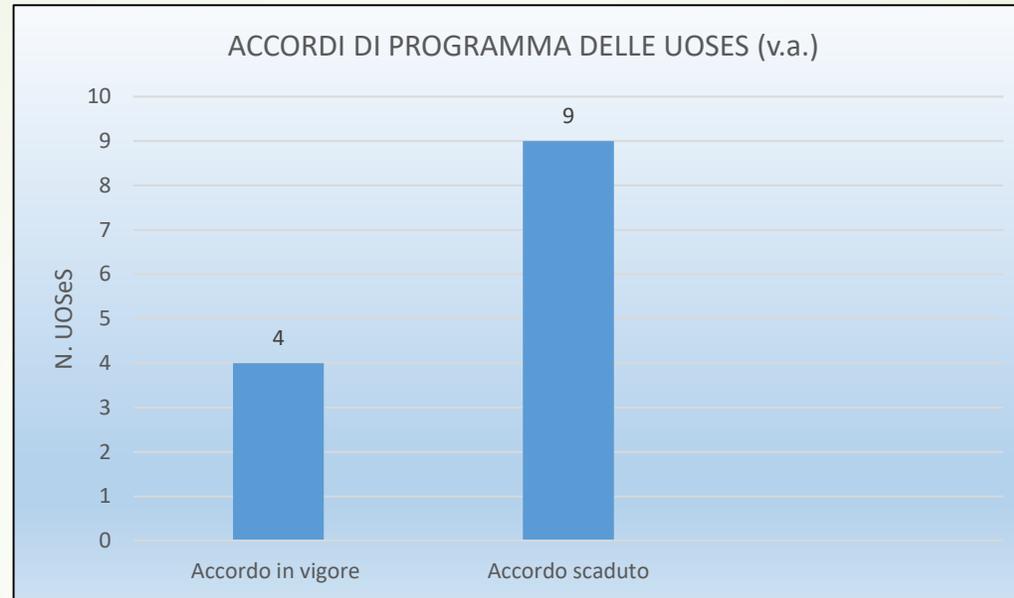
**Strutture sociali per adulti:**

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

**Strutture sociali per minorenni:**

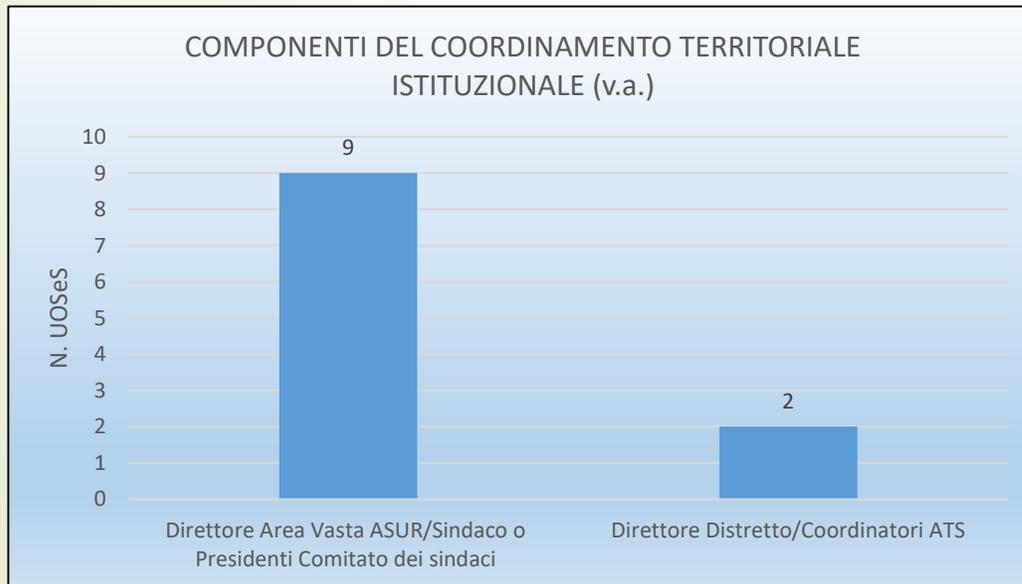
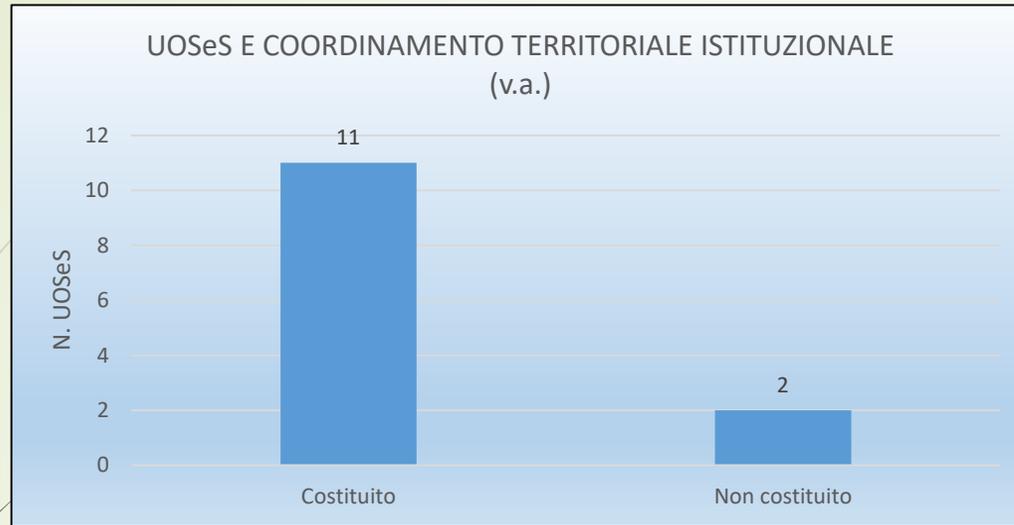
- - CPAM (Comunità di Pronta Accoglienza per Minorenni);
- - CFM (Comunità Familiare per Minorenni);
- - CEM (Comunità Socioeducativa per Minorenni);
- - SEM (Comunità semiresidenziale socioeducativa per Minorenni);
- - CABG (Comunità di Accoglienza per Bambino-Genitore);
- - CAM (Comunità per l'autonomia);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

**VI MONITORAGGIO PERIODICO SULL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA NEI TERRITORI  
(ATTUAZIONE DGR 110/15 E DGR 111/15)  
*UOSeS E GOVERNO DELLA DOMANDA*  
SESTA RILEVAZIONE luglio 2020-giugno 2021**



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

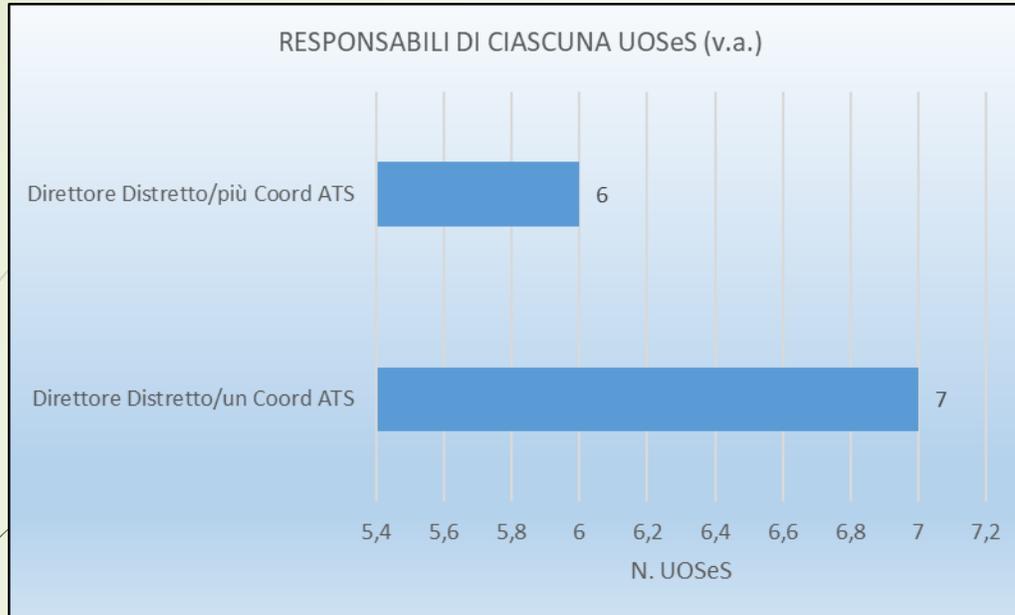
Osservando i dati della sesta rilevazione si registra che 4 U.O.SeS hanno un accordo di programma in vigore, 9 U.O.SeS hanno un accordo scaduto che deve essere rinnovato.



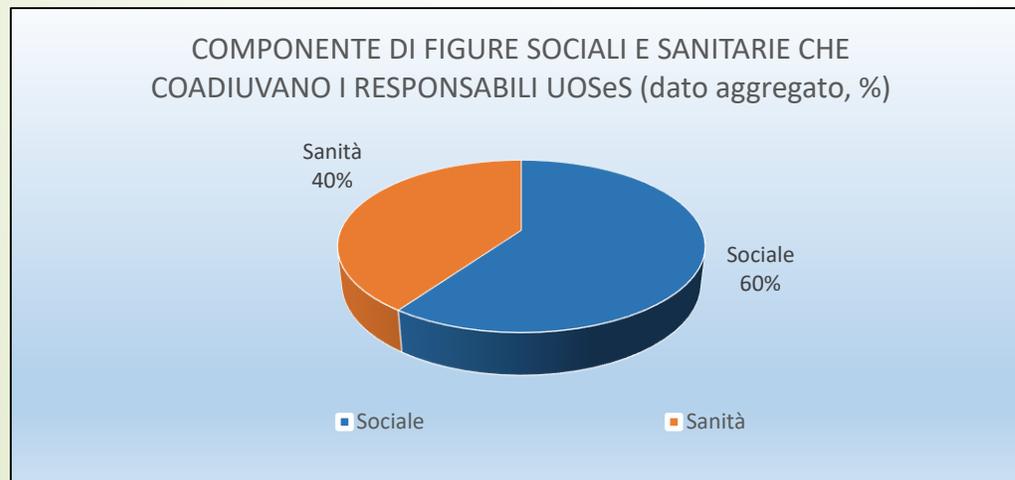
Nella quinta  
rilevazione: 10 U.O.SeS  
su 13

Il Coordinamento Territoriale Istituzionale è l'organismo cui afferisce la responsabilità istituzionale dell'area territoriale di competenza. Esso è previsto all'interno della maggioranza delle UOSeS, ossia in 11 su 13.

Il Coordinamento territoriale istituzionale in 9 U.O.SeS è composto per la parte sanitaria dal Direttore di Area vasta ASUR e per la parte sociale dal Sindaco o dal Presidente del Comitato dei sindaci, mentre in 2 U.O.SeS esso è costituito dal Direttore di Distretto e dai rispettivi Coordinatori di Ambito.

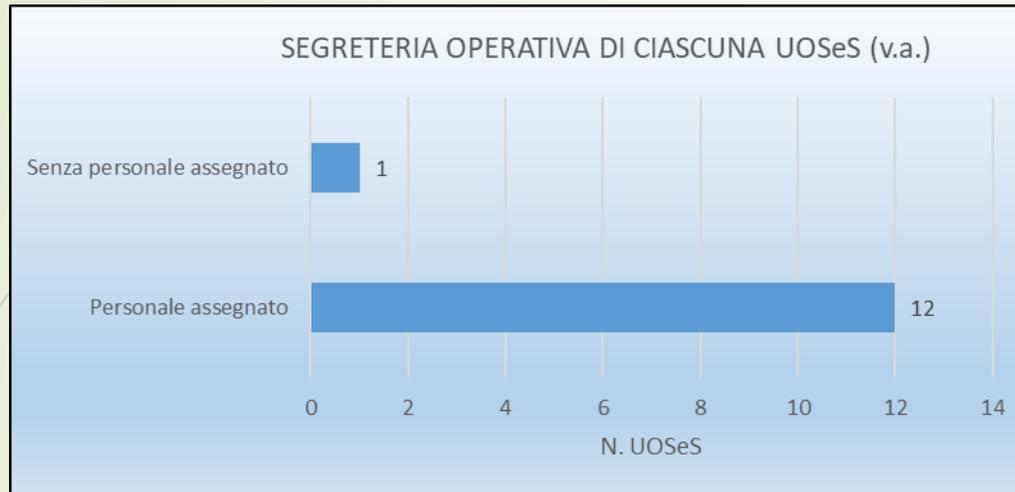


I Responsabili dell'U.O. SeS sono il Direttore di Distretto e il Coordinatore di ATS. Il Coordinatore ha il ruolo di "responsabile" in 7 casi in modo univoco (da ricordare che la coincidenza DS/ATS riguarda 6 territori), mentre in 6 casi tale ruolo è stato assegnato contemporaneamente a più di un Coordinatore ATS afferente il medesimo Distretto. La scelta di individuare più Coordinatori "responsabili" per U.O.SeS potrebbe derivare dalla volontà di favorire una maggiore collaborazione all'interno del territorio.



I componenti dell'U.O. SeS che coadiuvano i responsabili si riferiscono al settore sociale (60%) e sanitario (40%) con una percentuale di presenza maggiore per le figure sociali rispetto al sanitario.

Il dato conferma quanto rilevato nel precedente monitoraggio nel quale il personale sociale si attestava al 62% e il personale sanitario al 38%

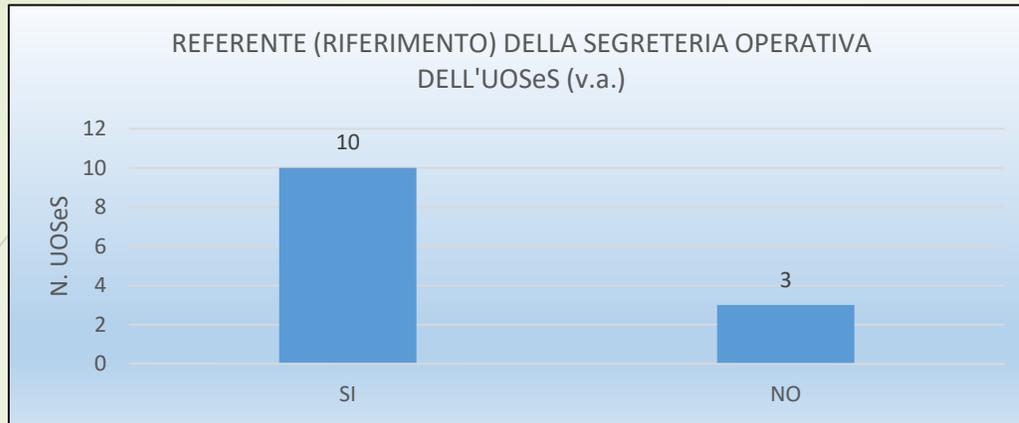


La Segreteria operativa ha una dotazione organica che prevede figure sociali, sanitarie e amministrative riferite a strutture sia sanitarie che sociali. Solamente una U.O. SeS non ha personale assegnato, come nella rilevazione 2020.

Nelle 12 U.O.SeS con dotazione organica le segreterie operative sono composte, in ordine decrescente, dalla presenza di:

- Operatori sociali 35% (erano il 31% nella precedente rilevazione),
- Operatori amministrativi del sociale 30% (29%),
- Operatori sanitari 22% (27%)
- Operatori amministrativi della sanità 13% (13%).

Questi dati aggregati consentono di mostrare una maggiore presenza di personale sociale in dotazione alle segreterie U.O.SeS.

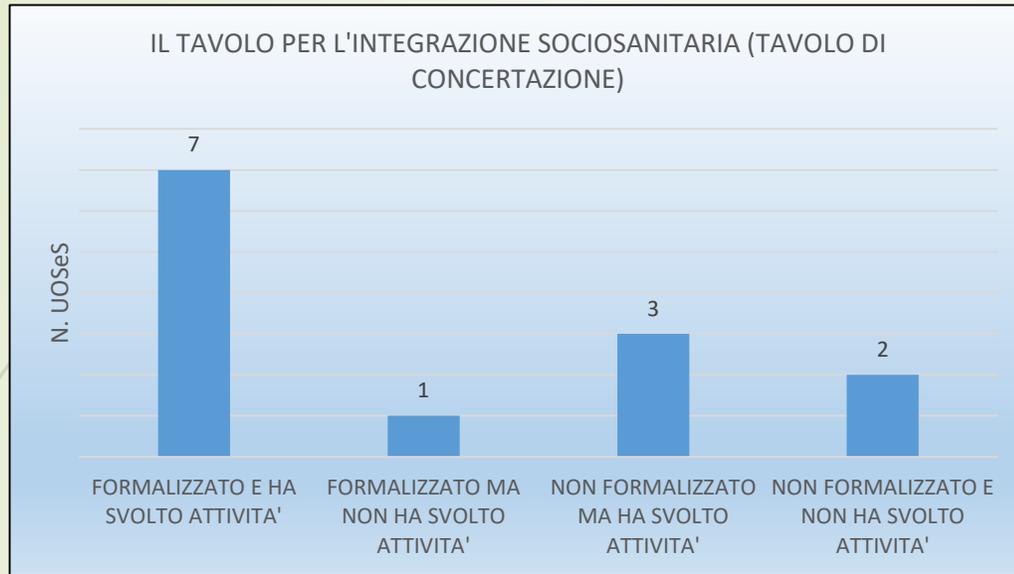


La segreteria operativa ha un preciso referente a cui rivolgersi in 10 U.O.SeS su 13. Ed inoltre in 11 U.O.SeS è stata prevista per la segreteria operativa una sede di riferimento.

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

# I Tavoli permanenti

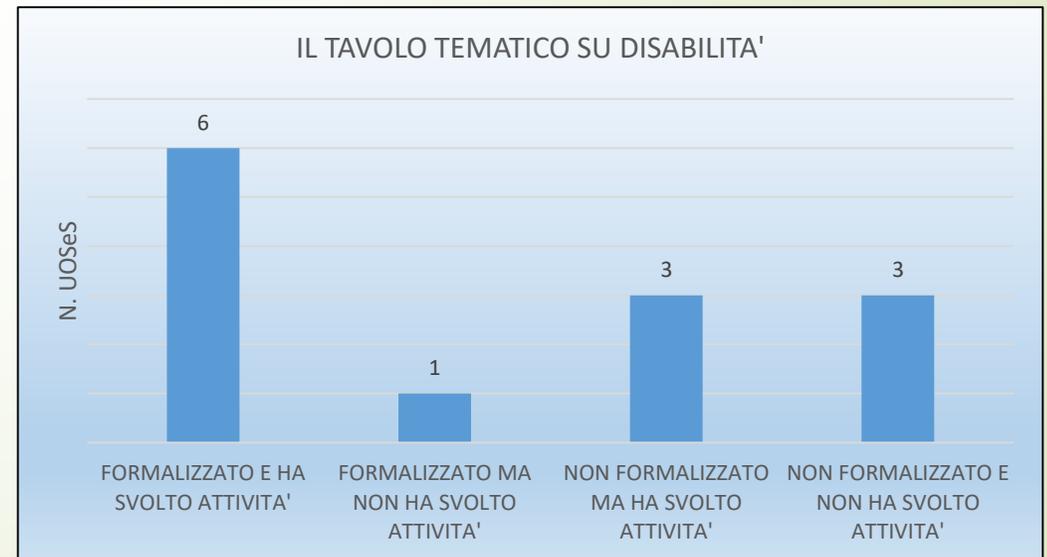
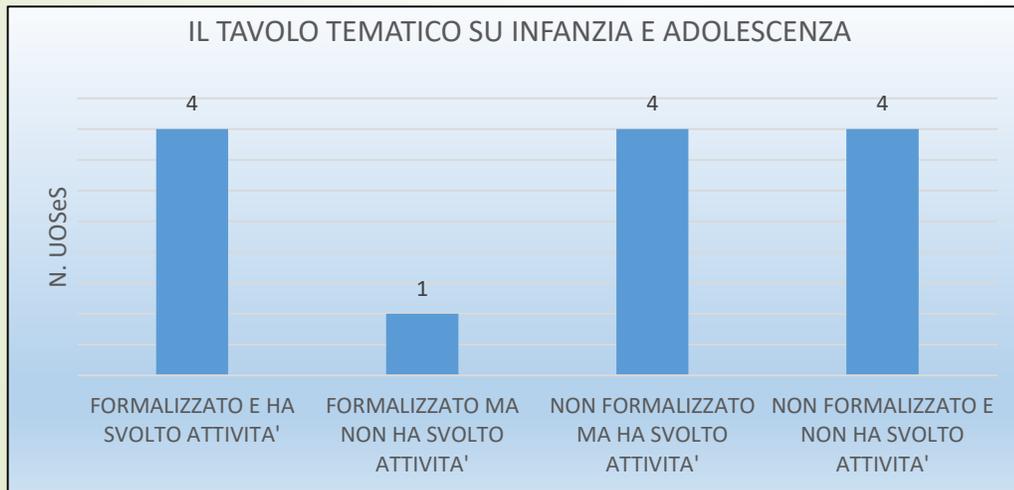
- ▶ I tavoli permanenti previsti dalla DGR 110 del 2015 si distinguono in:
  - **Tavolo per l'integrazione sociosanitaria**, con funzioni di concertazione tra ASUR, AV, DS e ATS;
  - **“Tavoli tematici”** per aree di intervento, con funzioni di proposta e consultazione rispetto alla programmazione integrata sociosanitaria, e all'organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi territoriali.
- ▶ Il funzionamento effettivo dei tavoli tematici appare ancora diversificato nei territori Ambito/Distretto.

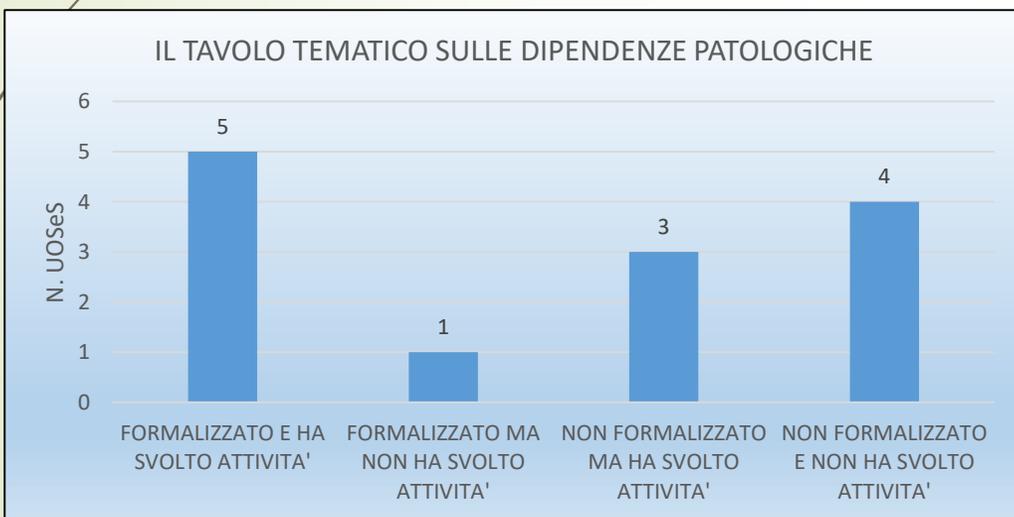
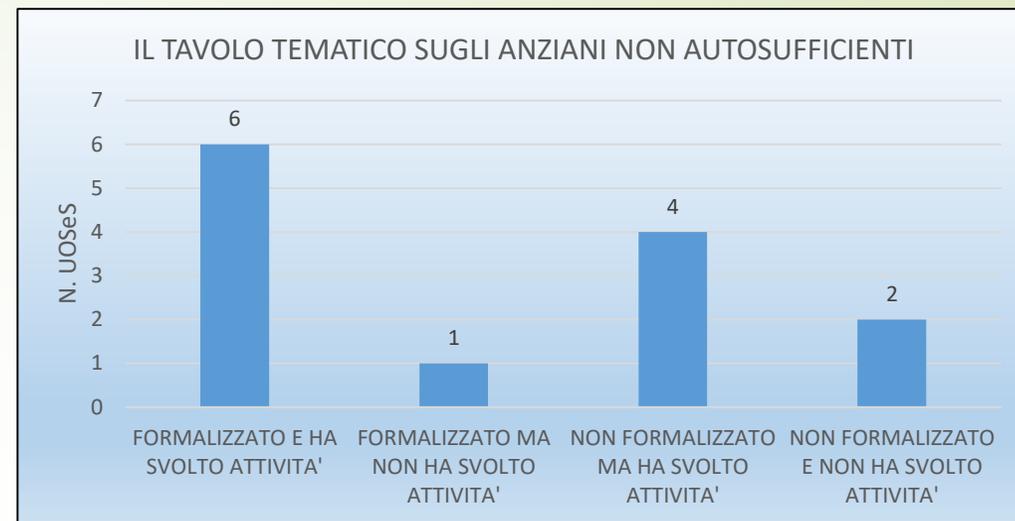
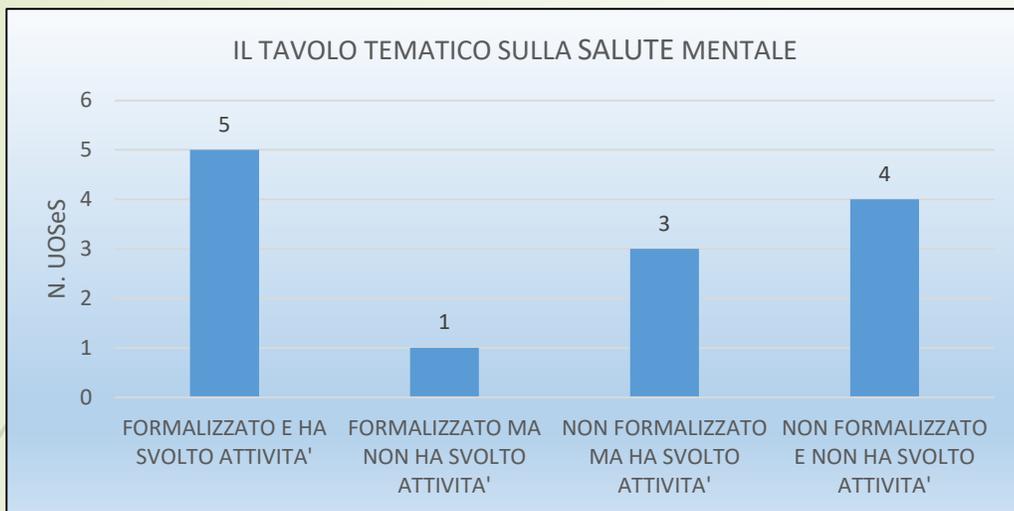


Il Tavolo per l'Integrazione Sociosanitaria nei vari territori DS/ATS risulta operativo nella maggioranza dei casi in modo formalizzato o non formalizzato (11 UOSeS), in 2 casi risulta non formalizzato e non operativo;

Il tavolo sull'infanzia adolescenza è attivo in 9 casi su 13 ha svolto attività, in modalità formalizzata o non formalizzata;

Il tavolo sulla disabilità è attivo in 10 U.O.SeS su 13 avendo svolto attività in modalità formalizzata o non formalizzata.





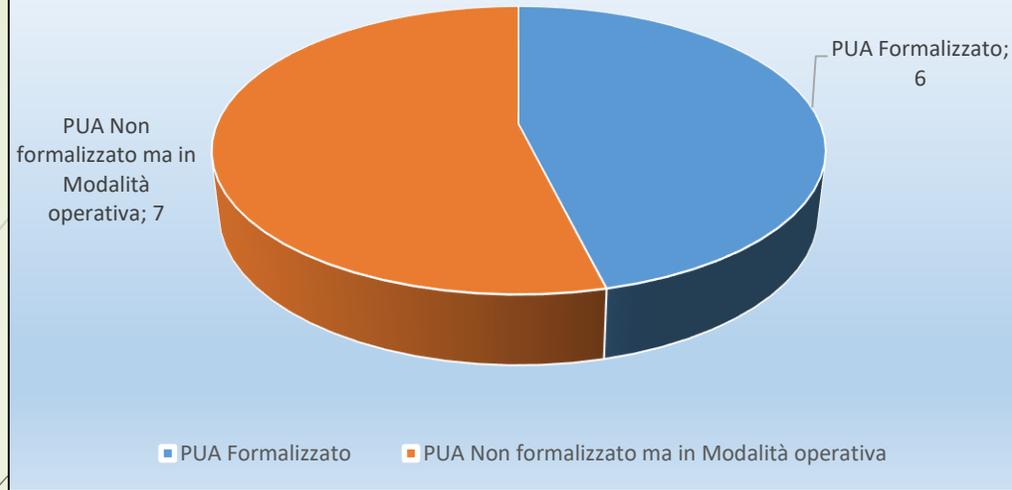
Il tavolo sulla salute mentale ha una situazione variegata tra le diverse UOSeS ma in 9 casi ha svolto attività in modalità formalizzata o non formalizzata.

Il tavolo sulle dipendenze patologiche è previsto in 5 casi in modo formalizzato e operativo e complessivamente attivo in 9, in 4 casi il tavolo non è previsto.

Infine il tavolo sugli anziani non autosufficienti in 11 casi su 13 è operativo in modalità formalizzata o non formalizzata.

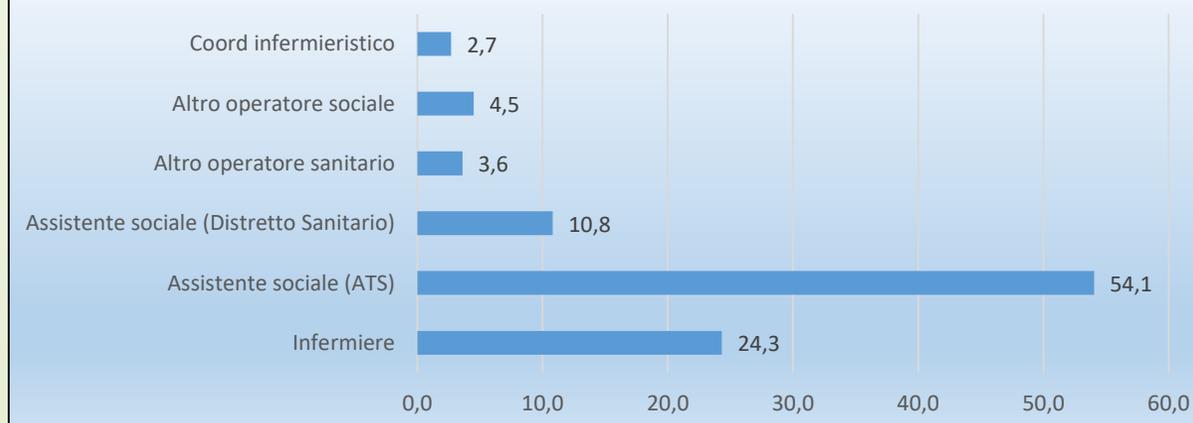
Ulteriori tavoli di approfondimento specifico che hanno variamente riguardato alcune U.O.SeS riguardano temi sulla violenza di genere (1), UMEA (1) e gestione emergenza epidemiologica (1).

## UOSeS CHE HANNO COSTITUITO IL PUA (v.a.)



Il Punto Unico di Accesso (PUA) è stato formalizzato in 6 U.O.SeS su 13. Invece negli altri 7 casi sussiste una modalità operativa non formalizzata di questa attività in collaborazione tra sanità e Sociale.

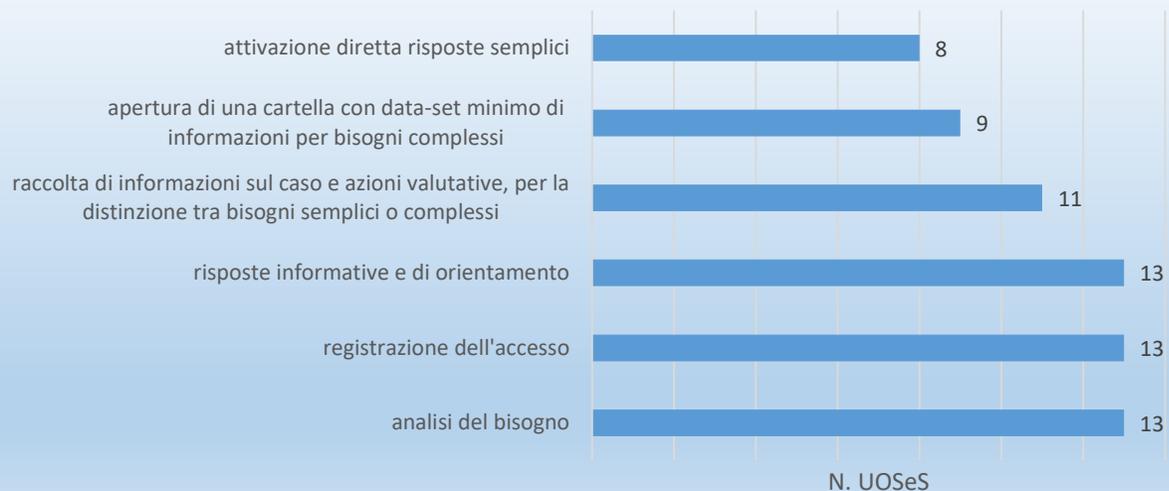
## DOTAZIONE MINIMA DEL PUA (dato aggregato, %)



La dotazione minima di personale del PUA rileva principalmente Assistenti sociali del settore sociale 54,1% (48,5% nel 2020) e Infermieri 24,3% (28,9%); poi, in misura nettamente inferiore e in senso decrescente si osservano Assistenti sociali del settore sanitario 10,8% (11,3%), altro operatore sociale 4,5% (5,2%), altro operatore sanitario 3,6% (3,1%) e Coordinatori Infermieristici 2,7% (3,1%) .

Le aree sociale e sanitario sembrano compresenti per la dotazione PUA seppure, anche in questo caso, prevalga la componente sociale (58,6%) rispetto a quella sanitaria (41,4%)

## ATTIVITA' SVOLTE DAL FRONT OFFICE



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

Tutte le 13 U.O.SeS hanno PUA che si occupano di **'Registrazione dell'accesso', 'Analisi del bisogno' e 'Risposte informative e di orientamento'** attività atte a fornire informazioni aggiornate relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni e agevolazioni sui servizi del sistema sociosanitario territoriale.

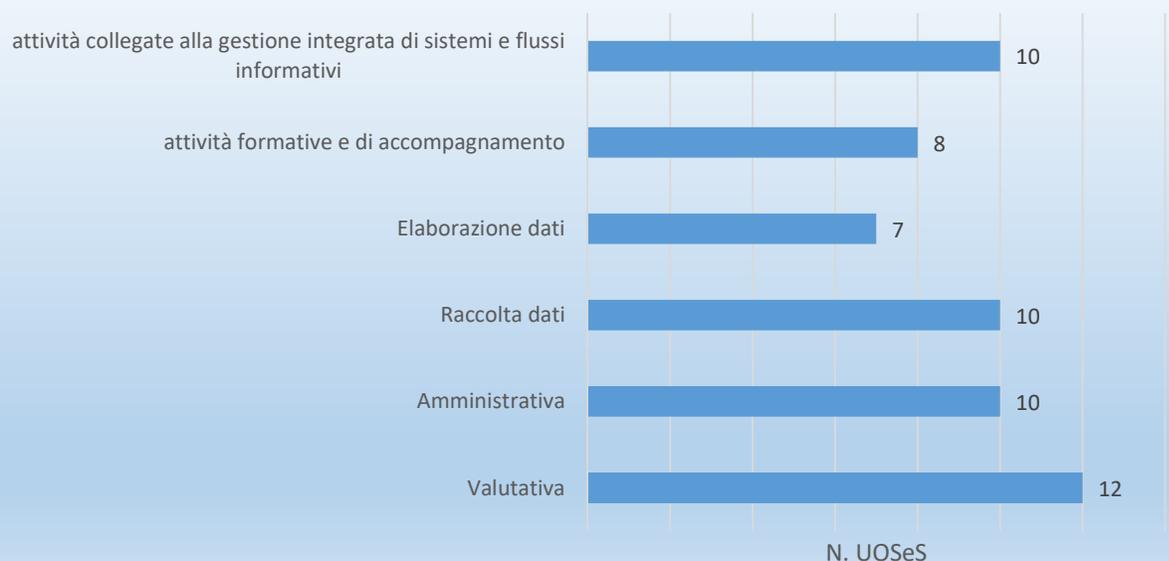
In minor misura le altre attività, comunque sempre ben rappresentate, sono la **'Raccolta di informazioni sul caso e azioni valutative, per la distinzione tra bisogni semplici (la cui risposta assistenziale risulta di natura per lo più monospecialistica) o complessi (la cui risposta assistenziale richiede l'intervento sociale e/o sanitario di due o più operatori)'** presente in 11 U.O.SeS e la **'Apertura di una cartella con data-set minimo di informazione sui bisogni complessi (bisogno sociosanitario)'** in 9.

Infine l' **'Attivazione diretta di risposte semplici'**, prevista in 8 U.O.SeS.

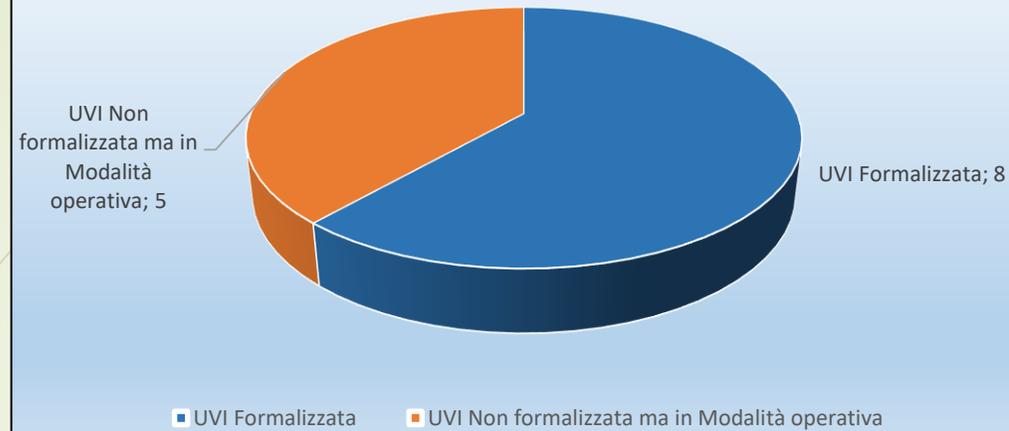
Le attività del back office del Punto Unico di Accesso sono anch'esse ben rappresentate dalla maggioranza delle U.O.SeS.

In ordine decrescente si evidenzia l'attività **Valutativa, Amministrativa, Attività collegate alla gestione integrata di sistemi e flussi informativi, e Raccolta dati** presenti in quasi tutte le U.O.SeS. Chiudono le **Attività formative e di accompagnamento, e l'Elaborazione dati.**

## ATTIVITA' SVOLTA DAL BACK OFFICE



## UOSes CHE HANNO COSTITUITO L' UVI (v.a.)



L'Unità Valutativa Integrata (UVI) è stata formalizzata in 8 U.O.SeS in 5 si hanno modalità operative in collaborazione tra sanità e sociale che non sono formalizzate.

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

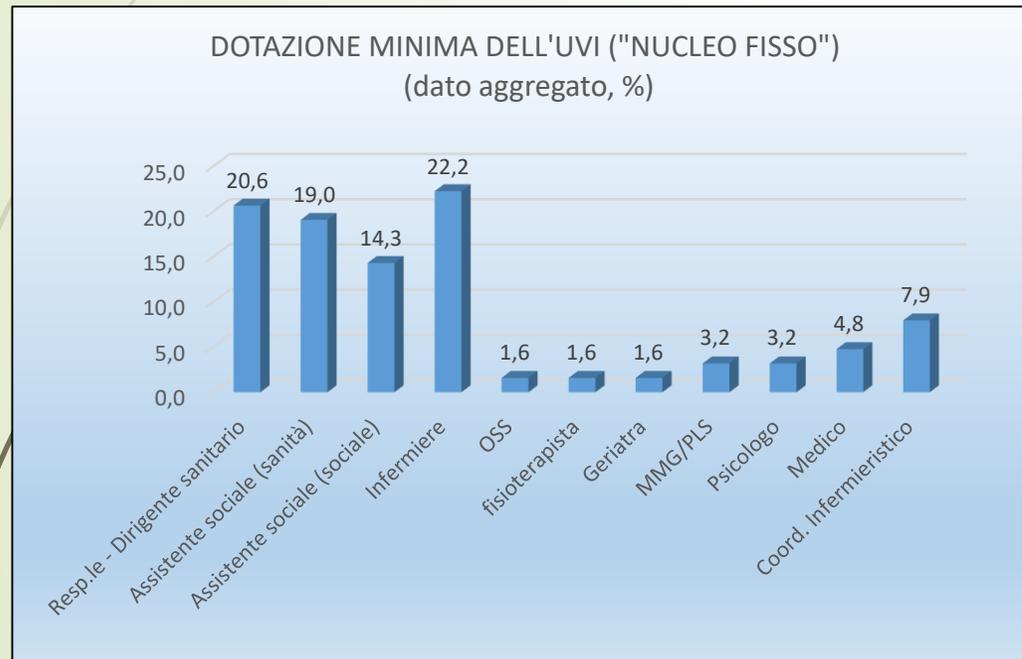
## UOSes E ATTIVITA' SVOLTE DALLA SEDE PRINCIPALE UVI (v.a.)



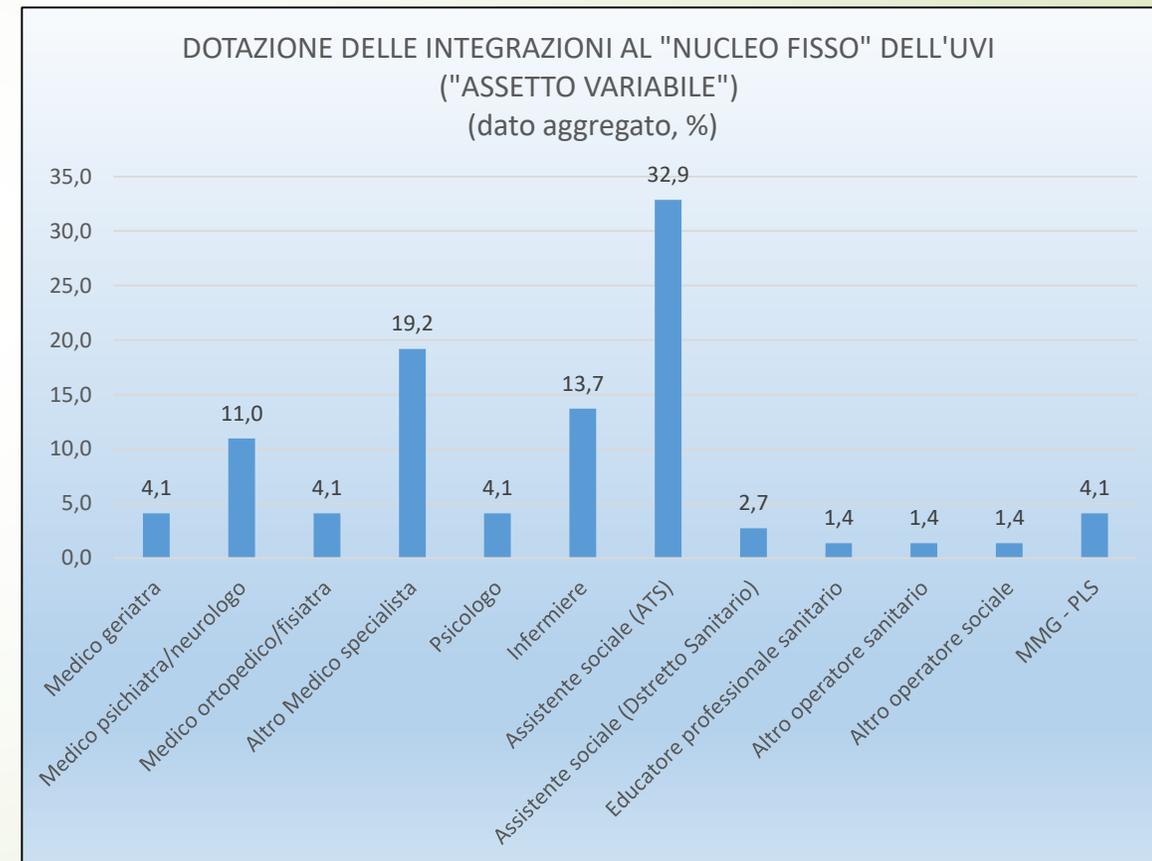
Le attività svolte dalla sede principale UVI sono nella maggioranza dei casi tutte ben rappresentate. Quasi la totalità delle U.O.SeS svolgono le seguenti attività: Attivazione dell'UVI da parte del PUA o dall'Ospedale per dimissione protetta, Valutazione, Monitoraggio evoluzione percorso, Definizione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

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

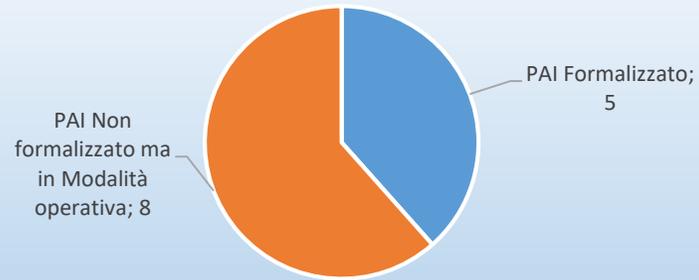
Il "nucleo fisso", ossia la dotazione minima UVI, è costituito principalmente, in ordine decrescente, da Infermieri (22,2%), Resp.li Dirigenti sanitari (20,6%), Assistenti sociali del settore sanitario (19%), Assistenti sociali del settore sociale (14,3%), in minor misura presenti nel nucleo fisso UVI risultano i Coordinatori infermieristici (7,9%), i Medici (4,8%), i MMG/PLS (3,2%), gli Psicologi (3,2%), e, in rari casi, i Geriatri (1,6) gli OSS (1,6%) e i Fisioterapisti (1,6%).



L'"assetto variabile", integra sulla base delle esigenze del caso assistenziale le figure del nucleo fisso, e prevede diverse professionalità nella maggioranza dei casi individuabili in Assistente sociale ATS (32,9%), Altro medico specialista (19,2%) e Medico psichiatra/neurologo (11%).

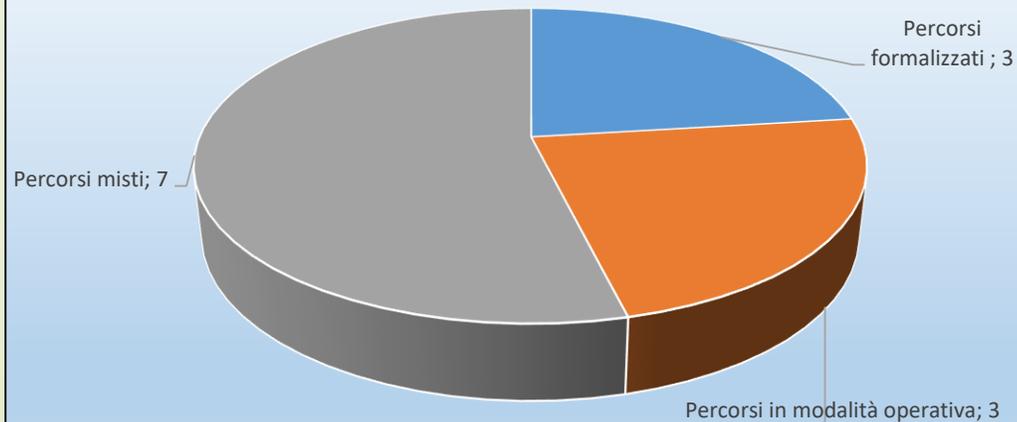


## UOSES CHE HANNO COSTITUITO IL PAI



Il **Piano Assistenziale Individualizzato** è stato adottato da 5 U.O.SeS; in 8 U.O. SeS è attiva una modalità operativa non formalizzata di collaborazione tra sanità e sociale.

## UOSeS SECONDO I PERCORSI INTEGRATI PUA UVI E PAI (v.a.)



Facendo per ciascuna U.O. SeS, **una lettura parallela delle tre aree logiche del governo della domanda (PUA,UVI,PAI)**, si evidenzia che in 3 U.O.SeS si hanno percorsi di accesso/valutazione/presa in carico completamente formalizzati, in 3 U.O.SeS si rilevano percorsi in modalità operativa, ossia senza una operatività formalizzata, in 7 U.O.SeS si osservano situazioni miste che prevedono percorsi in parte formalizzati e in parte in modalità operativa.

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

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

## Appendice- La principale normativa di riferimento

## I LEA previsti dal DPCM 12 gennaio 2017

### Integrazione sociosanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art.21 dPCM 12 gennaio 2017**

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

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

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

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

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

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

## Piano Socio-sanitario Regionale 2020/2022.

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

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

#### 6.2. ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

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

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

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

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

## Piano Sociale Regionale 2020/2022

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

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

### 1.2. Rafforzamento del livello di integrazione degli interventi

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

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

## SCHEDA PSSR 2020 - 2022

### 16. Miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali: PUA, UVI, PAI

**Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità**

**Obiettivo specifico:**

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

**Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):**

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

**Target (risultato atteso) da raggiungere:**

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

**Misurazione dei risultati (indicatori)**

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