

INDIRIZZI PER LA DEFINIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL DISTRETTO N.1 DELL'A.S.L 5.

Premessa.

A seguito della firma dell'Accordo di programma tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 e gli Enti Gestori dei Comuni dell'area ovest di Torino¹ - finalizzato all'applicazione dei livelli essenziali di assistenza relativi all'articolazione delle cure domiciliari e dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale degli anziani non autosufficienti e dei disabili - si è resa necessaria una riflessione sul modello organizzativo del Distretto sanitario n. 1 dell'A.S.L 5.

L'analisi delle criticità dei processi decisionali ed operativi che caratterizzano i servizi socio sanitari distrettuali è stata condotta dalle Direzioni del Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona (C.I.S.A.P) e del Distretto sanitario n. 1 che – alla luce del quadro normativo regionale - hanno formulato una proposta per la definizione di un modello organizzativo atto a consentire una più efficace gestione delle attività socio sanitarie nell'ambito del Distretto sanitario di Collegno e Grugliasco.

La proposta di riorganizzazione è stata successivamente esaminata dalla Direzione Generale dell'A.S.L 5 e dal Consiglio di Amministrazione del C.I.S.A.P che hanno espresso parere favorevole all'attuazione del nuovo modello organizzativo previa adozione – da parte del Comitato dei Sindaci – del presente atto di indirizzo.

Lo sportello socio sanitario distrettuale.

Il Comitato dei Sindaci, la Direzione Generale dell'A.S.L 5 ed il Consiglio di Amministrazione del C.I.S.A.P, individuano nello sportello socio sanitario distrettuale – da gestire in forma integrata attraverso le strutture operative Consortili e del Distretto 1 A.SL. 5² - lo strumento idoneo ad assicurare ai cittadini un unico punto di accesso al complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria - di cui all'articolo 3 septies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i – che l'allegato 1, Punto 1.C del D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza " ed il D.P.C.M. 10.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" assegnano, rispettivamente, alla titolarità del S.S.N. ed a quella dei Comuni che esercitano le funzioni ad essi attribuite tramite i propri Enti Gestori.

L'attivazione dello sportello distrettuale consente di fornire una puntuale *informazione* sulle diverse opportunità di cura offerte dalla rete dei servizi domiciliari, semi residenziali e residenziali del Distretto 1 dell'ASL 5 e sui criteri e le procedure previsti per la richiesta e l'erogazione degli interventi. Lo sportello svolge inoltre una funzione di *orientamento* della domanda attraverso il sostegno del cittadino che manifesta l'esigenza di essere coadiuvato

¹ Il testo dell'Accordo è pubblicato sul sito del Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona – C.I.S.A.P – www.cisap.to.it

²Il gruppo degli operatori addetti allo sportello - composto da personale amministrativo appartenente comparto sanitario ed al Consorzio – viene integrato con gli operatori (di cooperativa) che hanno maturato esperienza pluriennale nella gestione degli sportelli delle agenzie accreditate dal Consorzio per la fornitura dei servizi di assistenza domiciliare nell'area intercomunale.

IL SEGRETARIO
(Dott.ssa M. Santarcangelo)

IL PRESIDENTE
(Dott. Marcello Mazzù)

nell'assunzione di una decisione consapevole in merito al piano assistenziale da attivare per sé o per i congiunti in difficoltà.

Altro importante obiettivo da perseguire è la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e consortili) connesse all'erogazione degli interventi (dalla istruttoria delle richieste, alla valutazione, sino alla definizione degli impegni economici). Al cittadino viene in tal modo offerta la possibilità di interloquire con un'unica struttura per quanto attiene allo svolgimento delle procedure finalizzate alla determinazione del valore del buono di servizio o dell'assegno di cura da utilizzare per l'acquisto delle prestazioni domiciliari non erogate direttamente da operatori sanitari e del valore dell'integrazione della retta da porre a carico dell'ASL/Utente/Consortio nei casi di attivazione di interventi semi residenziali/residenziali.

Infine è opportuno che vengano garantite le funzioni di consulenza e sostegno necessarie al reperimento e al regolare inquadramento contrattuale delle persone addette all'assistenza dei titolari di assegni di cura ed il successivo controllo sulla regolarità del rapporto di lavoro instaurato tra assistente ed assistito prima di autorizzare la liquidazione dell'assegno.

Allo sportello distrettuale viene richiesto – in buona sostanza - di porsi come tramite tra il cittadino e la rete dei “case manager” (gli assistenti sociali del consorzio e i responsabili delle cooperative che forniscono i servizi) e dei “care giver” (gli assistenti familiari privati e quelli dei fornitori accreditati) offrendo inoltre consulenza ai “care giver informali” (familiari) al fine di agevolarli nella fruizione delle prestazioni offerte nell'ambito della rete distrettuale. In questo senso compete allo sportello fornire indirizzo, “connessione” e sostegno con riferimento sia alle risposte offerte dal privato accreditato che da quelle offerte “dal pubblico” (“assegni di cura”, contributi finalizzati all'acquisto di assistenza autogestita nell'ambito del progetto SAVI, affidamenti intra familiari ecc.).

Le Unità di Valutazione Distrettuali.

Lo sportello distrettuale opera in stretto raccordo con le Unità di Valutazione Distrettuali alle quali è richiesto di:

- ❖ individuare, attraverso la valutazione multi dimensionale, i bisogni sanitari e socio sanitari dei cittadini indicando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando – ove possibile – il mantenimento al domicilio delle persone che lo desiderino;
- ❖ garantire completa informazione – anche mediante documentazione scritta – alle persone ed alle famiglie sui loro diritti e relativamente alle procedure per fruire del complesso delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali erogabili dal Sistema Sanitario e Sociale della Regione Piemonte;
- ❖ predisporre e/o approvare il Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I) identificando la fascia d'intensità assistenziale ed il livello di prestazioni adeguato;
- ❖ assicurare il monitoraggio e l'eventuale revisione dei Progetti Assistenziali attivati.

A tutela del cittadino sottoposto a valutazione, è opportuno prevedere la possibilità che ai lavori dell'équipe possa partecipare il medico di fiducia dallo stesso indicato che diviene, a tutti gli effetti, componente dell'Unità di Valutazione.

All'Unità di Valutazione Geriatrica deve essere assegnato il compito di intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni avvalendosi della consulenza delle figure professionali competenti nella patologia individuata ed operando attraverso il raccordo con le altre Unità di Valutazione territoriali.

I Nuclei Interdisciplinari Anziani e Disabili.

Come definito nell'Accordo di programma tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 e gli Enti Gestori dei Comuni dell'area ovest di Torino le Unità di Valutazione Distrettuali sono chiamate a svolgere le funzioni ad esse attribuite avvalendosi dei Nuclei Interdisciplinari preposti all'assistenza territoriale domiciliare, semi residenziale e residenziale degli anziani e dei disabili.

I Nuclei rappresentano una modalità operativa dell'Unità di Valutazione, sono composti da figure professionali sanitarie e sociali individuate dalle Direzioni Distrettuali e degli Enti Gestori e costituiscono un "gruppo operativo" al quale è opportuno che venga assegnato il compito di svolgere le attività istruttorie finalizzate alla valutazione delle situazioni ed alla definizione dei progetti individuali da sottoporre all'Unità di Valutazione che settimanalmente viene chiamata a riunirsi con la presenza di tutti i componenti. Ciò al fine di evitare eccessive lungaggini nello svolgimento dei processi di valutazione finalizzati ad assicurare gli interventi.

Gli operatori dei Nuclei devono inoltre svolgere le funzioni di referenza e monitoraggio dei progetti individualizzati approvati dall'Unità di Valutazione ed assegnati ai responsabili del caso individuati nell'ambito della rete dei servizi distrettuali.

Articolazione delle cure domiciliari.

Il principio che deve ispirare il modello organizzativo distrettuale è rappresentato dalla *continuità delle cure* per le persone malate e non autosufficienti. Nell'ambito dei posti letto RSA convenzionati è pertanto opportuno prevedere *una riserva di posti per la continuità assistenziale* ai pazienti ricoverati in ospedale (dimissioni protette) e per sollevare temporaneamente la famiglia dal carico assistenziale di un congiunto assistito al domicilio.

Nel caso di trasferimento da un reparto di acuzie ad un reparto di post acuzie (lungo degenza, lungo degenza riabilitativa, medicina riabilitativa) o all'assistenza territoriale (domicilio o struttura residenziale) la scelta deve corrispondere alle necessità del paziente poiché le diverse opzioni non sono sovrapponibili in quanto ognuna risponde a bisogni assistenziali di natura diversa. La proposta di trasferimento dall'ospedale ad un reparto post acuzie o nell'assistenza territoriale deve essere pertanto il frutto di un accordo tra chi dimette il paziente (ospedale) chi lo accoglie (distretto).

A tal fine la proposta deve essere recepita dalla segreteria distrettuale che deve provvedere a riaccordare il Medico del reparto che dimette, con il Medico AST e/o il coordinatore infermieristico addetti alle cure domiciliari e con l'Unità di Valutazione distrettuale. Qualora non ricorrano le condizioni per l'erogazione delle cure domiciliari, l'Unità di Valutazione deve operare per l'inserimento del paziente in uno dei posti aziendali riservati alla dimissione protetta dei ricoverati in ospedale.

In via ordinaria si deve prevedere che l'accesso alle cure domiciliari (ADI, ADP, SID) avvenga a seguito della segnalazione effettuata dal medico di medicina generale, dal servizio sociale, dall'utente o dai congiunti. In tale fattispecie il Medico AST e/o il coordinatore infermieristico visionano la segnalazione, contattano il medico (qualora la segnalazione non sia effettuata dal curante) ed eventualmente il servizio sociale. Per l'attivazione degli interventi è in ogni caso opportuno formalizzare il pieno coinvolgimento del medico di medicina generale.

In sede di definizione del piano assistenziale, si dovrà procedere alla quantificazione del peso sanitario ed eventualmente sociale in base al quale il paziente accede alla fase intensiva/estensiva o direttamente alla fase di lungo assistenza. Nel caso di accesso diretto alla lungo assistenza deve essere coinvolta l'Unità di Valutazione che - avvalendosi del Nucleo

Interdisciplinare Anziani – definisce il piano assistenziale individuando il referente deputato al monitoraggio degli interventi ed il responsabile del caso assegnato ai servizi domiciliari.

Qualora in un progetto in fase intensiva/estensiva vengano rilevate variazioni della complessità assistenziale, tali da configurare un regime di lungo assistenza, si dovrà provvedere – da parte del Nucleo Interdisciplinare - a definire un nuovo piano assistenziale da sottoporre alla competente Unità di Valutazione Distrettuale. In attesa dell'attivazione del nuovo piano assistenziale all'utente deve essere garantita la continuità delle cure in atto.

Articolazione dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale a favore di anziani.

Alle persone anziane che necessitano di prestazioni socio sanitarie deve esser data la possibilità di rivolgersi allo sportello del distretto che, oltre a svolgere funzioni di informazione ed orientamento, deve proporsi come riferimento unico per l'attivazione delle risposte socio sanitarie che comportano una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica.

Le prestazioni essenziali socio sanitarie che l'Unità di Valutazione deve poter fornire alle persone anziane non autosufficienti, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo di Programma tra l'ASL n. 5 e gli Enti Gestori ad essa afferenti, sono:

- ❖ Affidamento intra ed etero familiare con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%,
- ❖ Cure domiciliari con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 100% nelle fasi intensive ed estensive e del 50% nella fase di lungo assistenza;
- ❖ Assegno di cura - purché rispondente a spese di assistenza documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali - con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- ❖ Inserimento in Centro Diurno Alzheimer con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 100%;
- ❖ Inserimento in Centri Diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- ❖ Inserimenti in strutture residenziali per non autosufficienti con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura che verrà definita dalla Regione Piemonte;
- ❖ Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%.

Per quanto attiene alle strutture semi residenziali e residenziali è opportuno che l'Azienda sanitaria provveda ad individuarle – prioritariamente – tra quelle accreditate/convenzionate nel territorio del distretto sanitario. Nelle more del reperimento dei posti residenziali necessari al fabbisogno distrettuale si dovrà transitoriamente operare in ambito territoriale aziendale. Deve esser comunque fatta salva la possibilità di collocazione in ambiti territoriali della Regione Piemonte diversi da quello del distretto di residenza, degli aventi diritto che ne facciano motivata richiesta (es. avvicinamento a familiari).

All'Azienda sanitaria si richiede inoltre di definire – nell'ambito delle convenzioni stipulate con i gestori delle strutture – regole precise e vincolanti in ordine alla continuità della cure tra residenza assistenziale ed ospedale (e viceversa). Agli anziani ospiti delle strutture deve essere in sostanza garantito - all'insorgere di stati patologici che lo richiedano – il ricovero in ospedale con accompagnamento (ed eventuale sostegno durante la degenza) da parte degli operatori della residenza. Deve essere altresì evitata ogni richiesta di "assistenza aggiuntiva" agli utenti ed ai loro familiari o tutori, sia durante il ricovero ospedaliero che in regime di permanenza presso le strutture residenziali convenzionate o affidate in gestione.

Con specifico riferimento alla collocazione semi residenziale delle persone affette da Alzheimer o da gravi demenze senili è opportuno che l'Azienda sanitaria preveda il potenziamento degli interventi al fine di eliminare le liste d'attesa. Ciò comporta la definizione di criteri d'accesso concertati tra l'Azienda, le Direzioni distrettuali e quelle degli Enti Gestori e l'assegnazione all'Unità di Valutazione Geriatrica di un preciso mandato a definire i relativi Progetti Individuali Assistenziali. Al fine di favorire l'ampliamento degli interventi il Comitato dei Sindaci del Distretto n.1 propone che parte dei posti disponibili presso il Centro Diurno di via Cotta a Grugliasco vengano utilizzati per inserire i malati di Alzheimer residenti in Collegno e Grugliasco.

Per accedere ad alcune delle prestazioni socio sanitarie rivolte agli anziani non autosufficienti è necessario il preventivo accordo tra l'utente e il servizio sociale – come nel caso degli affidamenti intra ed etero familiari o per l'attivazione del tele soccorso – per altre, sono possibili due opzioni: l'*accompagnamento* da parte servizio sociale territoriale o la richiesta diretta della prestazione allo sportello distrettuale che provvede, successivamente, a coinvolgere il servizio sociale per lo svolgimento della parte del procedimento di competenza dei servizi consortili.

Fatta salva la possibilità dell'anziano o dei suoi congiunti di scegliere liberamente le modalità di accesso alle prestazioni, il Comitato dei Sindaci ritiene auspicabile che le sedi territoriali di servizio sociale sviluppino la funzione di accompagnamento, perché, in tal modo, si velocizza la procedura (la relazione del servizio sociale per l'Unità di Valutazione viene prodotta contestualmente alla presentazione della domanda) e la scelta della prestazione viene effettuata nell'ambito di progetto individualizzato concordato ed organico.

In ogni caso è opportuno che le domande, formulate su apposito modulo, vengano inoltrate (direttamente dall'interessato/suo familiare o attraverso il servizio sociale) allo sportello distrettuale che provvede a protocollarle ed a trasmetterle alla Direzione del Distretto che individua il responsabile del procedimento³. La domanda - corredata dalla scheda medica compilata dal medico di medicina generale o da altro medico curante; dall'auto certificazione della residenza e del reddito; dalla copia del verbale di invalidità, se posseduto; da eventuali certificati medici e/o copie di cartelle cliniche – viene successivamente istruita dal Nucleo Interdisciplinare Anziani che esamina la documentazione, effettua le necessarie verifiche sulla condizione del richiedente (direttamente e/o per tramite degli operatori territoriali), attiva il medico di medicina generale del richiedente e le necessarie consulenze (geriatra, psichiatra, neurologo), formula una proposta di progetto individualizzato da sottoporre all'Unità di Valutazione.

L'esito della valutazione deve essere comunicato in forma scritta all'interessato dal responsabile del procedimento entro un termine massimo dalla ricezione della domanda (corredata dalla documentazione) che il Comitato dei Sindaci auspica non superiore a trenta giorni. All'interessato deve esser data facoltà di presentare ricorso contro le decisioni dell'Unità di Valutazione.

³ Il responsabile del procedimento - secondo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 241/1990 – dovrà valutare, a fini istruttori, i requisiti di legittimazione, le condizioni di ammissibilità ed i presupposti che siano rilevanti per l'erogazione dei provvedimenti; dovrà accertare i fatti compiendo a tal fine tutti gli atti necessari per l'adeguato e sollecito svolgimento dell'istruttoria; potrà proporre l'indizione di conferenze di servizi, curerà le comunicazioni e le eventuali pubblicazioni e notificazioni; infine, ove ne abbia competenza, adotterà il provvedimento finale, ovvero ne promuoverà l'adozione da parte dell'organo competente.

Articolazione dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale a favore di disabili.

Lo sportello del distretto è riferimento unico anche per l'attivazione delle risposte socio sanitarie che comportano una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Disabili.

Compito dell'Unità è la valutazione della situazione psichica e fisica dei soggetti disabili di ogni età con esclusione degli ultra sessantacinquenni - che rientrano nelle competenze dell'Unità di Valutazione Geriatrica – su richiesta dei soggetti stessi, degli esercenti la potestà genitoriale, degli eventuali tutori, al fine di individuare soluzioni progettuali individualizzate atte ad assicurare adeguato sostegno alla persona ed alla sua famiglia evitando, ove possibile, il ricorso all'istituzionalizzazione.

Le prestazioni essenziali socio sanitarie che l'Unità di Valutazione deve poter fornire alle persone disabili, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo di Programma tra l'ASL n. 5 e gli Enti Gestori ad essa afferenti, sono:

- ❖ Affidamento intra ed etero familiare con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%,
- ❖ Cure domiciliari con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 100% nelle fasi intensive ed estensive e del 50% nella fase di lungo assistenza;
- ❖ Assegno di cura - purché rispondente a spese di assistenza documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali - con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- ❖ Assistenza educativa territoriale con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003;
- ❖ Inserimento in Centro di Addestramento Disabili con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003;
- ❖ Inserimento in Centri Diurni con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003;
- ❖ Inserimenti in Comunità residenziali convenzionate con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003;
- ❖ Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%.

Le strutture semi residenziali e residenziali devono venire individuate – di norma – tra quelle accreditate/convenzionate nel territorio del distretto sanitario. Anche ai disabili ospiti delle strutture deve essere garantito l'accompagnamento in caso di ricovero in ospedale e tutta l'assistenza personale necessaria, evitando ogni richiesta di "assistenza aggiuntiva", sia durante il ricovero ospedaliero che in regime di permanenza presso le strutture residenziali convenzionate o affidate in gestione.

Come nel caso degli anziani cronici non autosufficienti, le richieste di valutazione/intervento devono essere formulate su apposito modulo indicante le autorizzazioni ed i consensi informati previsti per legge nonché lo spazio per l'espressione del consenso ad eventuali processi di rivalutazione, richiesti dai soggetti coinvolti nel progetto individualizzato, fermo restando il diritto del cittadino ad opporsi a conclusioni della rivalutazione con le quali non concordasse.

Per la ricezione delle domande, l'individuazione del responsabile del procedimento e lo svolgimento della fase istruttoria è opportuno che si proceda in modo analogo a quanto definito per gli anziani. Con specifico riferimento alle persone disabili è inoltre necessario che L'Unità di Valutazione individui - oltre al referente del progetto assistenziale individuale (funzione svolta mediante gli operatori dei Nuclei Interdisciplinari sia per gli anziani che per i disabili) - un

referente sanitario per ogni persona seguita che assuma la responsabilità sul piano clinico – *riabilitativo* garantendo il rapporto con gli altri soggetti sanitari coinvolti.

Anche per quanto attiene ai disabili, l'esito della valutazione deve essere comunicato in forma scritta all'interessato dal responsabile del procedimento, entro un massimo di trenta giorni dalla ricezione della domanda corredata dalla documentazione, ed all'interessato deve esser data facoltà di presentare ricorso contro le decisioni dell'Unità di Valutazione.

Conclusioni.

L'aspetto fondamentale che si è inteso evidenziare con il presente atto di indirizzo è la necessità di rendere realmente integrabili - a favore del cittadino e della completezza assistenziale - le prestazioni socio sanitarie offerte in ambito distrettuale. Ciò al fine di assicurare l'esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali attraverso l'adozione di un modello operativo delle attività aziendali e distrettuali finalizzato alla tempestiva presa in carico delle persone in condizioni di non autosufficienza o con problematiche connesse all'handicap alle quali si intende garantire la continuità delle cure.

Coerentemente con tale impostazione ad ogni persona valutata deve esser data facoltà di richiedere uno o più interventi - tra quelli indicati nell'Accordo di Programma tra Azienda sanitaria ed Enti Gestori - e non obbligatoriamente il ricovero in struttura. Inoltre - dal momento della presa in carico con l'intervento ritenuto più idoneo in sede di valutazione - deve esser garantito all'assistito il costante monitoraggio della sua situazione, prevedendo di rispondere agli aggravamenti con la proposizione degli interventi di volta in volta più adeguati all'evoluzione della situazione.

In tal modo non sarà necessario "prenotarsi" per avere garanzia di un futuro ricovero, in quanto agli assistiti con interventi alternativi viene assicurata priorità nell'inserimento residenziale nel caso in cui l'aggravamento della condizione lo richieda. A titolo di esempio – con riferimento agli anziani non autosufficienti - è possibile delineare un percorso assistenziale che dall'inserimento dell'assistito in lungo assistenza domiciliare, si sviluppi successivamente attraverso la fornitura di un "assegno di cura" – supportato da eventuali interventi complementari (quali il Servizio Infermieristico Domiciliare o l'Assistenza Domiciliare Integrata o il ricovero di sollievo) – e si concluda con l'inserimento in Residenza Assistenziale Sanitaria a seguito del venire meno delle condizioni per l'erogazione di interventi domiciliari.

In modo analogo è auspicabile che si proceda per i disabili assicurando una precoce presa in carico alla quale far seguire una articolazione degli interventi da sviluppare nel tempo senza soluzioni di continuità. Da questo punto di vista l'esperienza sin qui condotta con il progetto "Verso casa"⁴ costituisce una utile indicazione per lo sviluppo futuro di interventi centrati sulla precoce presa in carico, sulla continuità degli interventi e, quindi, sulla qualità complessiva dell'assistenza fornita.

E' però evidente che se si condivide l'obiettivo di spostare l'asse di tutela della salute a sostegno della qualità di assistenza – salvaguardando, come giusto, l'equità della spesa - non bisogna dividere le forze ma integrarle e coordinarle. A tal fine è necessario che al cittadino venga consentito di interloquire, in maniera semplice ed efficace, con l'istituzione territoriale

⁴ Il progetto "Verso casa" si rivolge ai bambini con handicap diagnosticato alla nascita ed alle loro famiglie e prevede l'accompagnamento del nucleo dall'ospedale a casa ed il sostegno sino al compimento del terzo anno di vita del bambino. In prospettiva si intende "abbattere" la barriera dei tre anni mantenendo costante la presa in carico nel corso del successivo percorso di vita del bambino e della sua famiglia.

deputata ad assicurare il diritto alle cure socio sanitarie e con una tecnostruttura professionale amministrata e diretta in modo univoco.

Avendo sin d'ora chiara nozione che - per garantire la reale esigibilità dei servizi afferenti all'area socio sanitaria – è necessario far convergere gli obiettivi dei Piani di Zona e dei Piani delle Attività Territoriali distrettuali verso la tutela sostanziale del diritto alla salute ed all'assistenza e che - dall'assunzione di tale scelta - consegue l'obbligo di definire adeguati standard di prestazione e di stanziare le risorse necessarie ad erogarle.

R:\Lettere\Lettere 2004\D_Comitato_Sindaci 2004\allegati\D_03_ALL.doc