

**Regione Siciliana**

PRESIDENZA

DIPARTIMENTO DEGLI AFFARI EXTRAREGIONALI  
SERVIZIO – SEDE DI ROMA

Prot. n. 159/F8

Roma, 29.01.2014

OGGETTO: Report della riunione di presentazione del progetto AIDA: “Linee guida sociosanitarie rivolte a persone anziane e disabili in condizione di fragilità” del 28 gennaio 2014, ore 10.30 presso la sede del Cinsedo, via Parigi, 11 Roma.

All’Assessore  
per la Famiglia e le Politiche Sociali

Al Dirigente Generale del Dipartimento  
della Famiglia e delle Politiche sociali

Ai Dirigenti referenti tecnici

LORO SEDI

Presenti alla riunione i partner del progetto, il Prof. Trabucchi, insigne Neurogeriatra, il dott. Tangorra Direttore Generale del Ministero del Welfare, le Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Veneto e *per la Regione Siciliana il Dipartimento degli Affari Extraregionali: Valentina Torre.*

I lavori sono coordinati dalla dott.ssa Banchemo coordinatrice tecnica della Commissione Politiche Sociali della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome la quale introduce la discussione illustrando la natura del progetto.

Il progetto AIDA è finanziato nell’ambito del Programma Europeo Progress e coordinato dalla Regione Liguria ed è sviluppato nell’ambito di un bando finalizzato a migliorare l’efficacia e l’efficienza dei servizi sociali e sanitari per il *long term care*. Il suo obiettivo è la definizione di linee guida nazionali per l’integrazione dei servizi sociali e sanitari a livello locale. Le linee guida saranno definite attraverso attività pilota condotte sui territori dai partner del progetto.

Il partenariato del progetto è composto da: Regione Veneto, Anziani e Non Solo, INRCA, Associazione ENEA e il network europeo Eurocarers.

Fondamentale la collaborazione dei responsabili di alcuni distretti delle due regioni interessate, in cui le linee guida vengono sperimentate: condizione fondamentale, questa, per la ridefinizione delle attuali pratiche di integrazione socio sanitaria, volte alla costruzione di un modello che connetta con facilità i servizi sociali e sanitari territoriali e questi con quelli della rete ospedaliera, che a loro volta stanno sperimentando un periodo di forte cambiamento.

Tra gli interventi, il Prof. Trabucchi ha illustrato le “parole chiave” del progetto: la prima è “libertà”, che deve essere indipendente dallo stato di salute, l’intervento deve in tal senso contribuire alla sua riconquista; la seconda parola, “fragilità”, è assolutamente sfruttata: oggi deve essere riconosciuta come ‘biologia senza resilienza’, di fronte alle situazioni difficili, la persona fragile soccombe, l’intervento deve quindi avere la capacità di sostituirsi alle inadeguatezze biologiche e cliniche. Terza parola, “cronicità”, prodotta dall’ambiguità del progresso: la medicina ha prodotto la sopravvivenza, la non morte, ma poi si è fermata, ‘dimenticandosi’ di curare la seconda parte del problema e abbandonando così il paziente”. Sono queste le problematiche a cui le linee guida, “in un’ottica di complessità e deframmentazione”, provano a dare risposta.

In questo contesto, come si legge nel documento, “l’integrazione tra i servizi sociali e sanitari diventa una necessità ‘imperativa’ per organizzare risposte globali. La dimensione territoriale “assume un carattere fondamentale, sia per la fruibilità dei servizi che per la loro organizzazione sistemica”. L’integrazione viene declinata, all’interno delle linee guida, nei suoi diversi significati e dimensioni: integrazione tra fattori produttivi dei servizi territoriali delle Asl e dei Comuni; integrazione professionale, integrazione organizzativa tra territorio e presidi ospedalieri e integrazione tra servizi pubblici e soggetti accreditati.

Soggetto fondamentale dell’integrazione è il Punto unico di accesso, che assicura “semplificazione per il cittadino e unitarietà nel sistema” e consiste in una “modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari. Altro elemento fondamentale nella realizzazione dell’integrazione è la “valutazione multidimensionale del bisogno”, accompagnato dal “piano di assistenza individualizzato” e dalla “continuità assistenziale”, che deve diventare “una forma di ‘approccio’ sistemico degli operatori per non abbandonare la persona all’interno della settorialità dei servizi”. Le linee guida indicano come luogo di cura privilegiato la casa del paziente e prediligono quindi la permanenza a domicilio, tramite l’assistenza domiciliare integrata, che “unisce alle prestazioni sanitarie quelle di carattere tutelare e domestico”. Laddove la domiciliarità non sia possibile, si ricorrerà all’assistenza semiresidenziale (centri diurni) o residenziale (Rsa, comunità alloggio, ospedali di comunità). Infine, figura fondamentale in questo processo è il “case manager”, che viene individuato tra le professionalità sociali o sanitarie e rappresenta la persona di contatto tra utente e caregiver, nonché

il coordinatore delle risorse professionali, il responsabile del monitoraggio e la valutazione del piano di assistenza e della verifica della qualità del servizio.

Le linee guida riconoscono il ruolo della famiglia e del caregiver, “protagonista del processo di presa in carico per la definizione del percorso assistenziale”. Alla famiglia, si affiancano le figure professionali (integrate e dovutamente formate) e il volontariato, “importante supporto nei casi più complessi e gravi”. Infine, anche per quanto riguarda le risorse, la gestione di queste deve essere “integrata”, attraverso il “budget di salute sociosanitario”.

In conclusione la dott.ssa Banchemo informa che il documento sarà proposto al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali per un’adozione formale su scala nazionale con l’auspicio di pervenire ad un’Intesa in Conferenza Stato-Regioni.

Si resta a disposizione per ogni utile chiarimento e si allega la documentazione oggetto della riunione.

Roma, lì 29.01.2014

f.to Il Referente

Valentina Torre

Visto

Il Dirigente Generale  
Dott.ssa Maria Cristina Stimolo