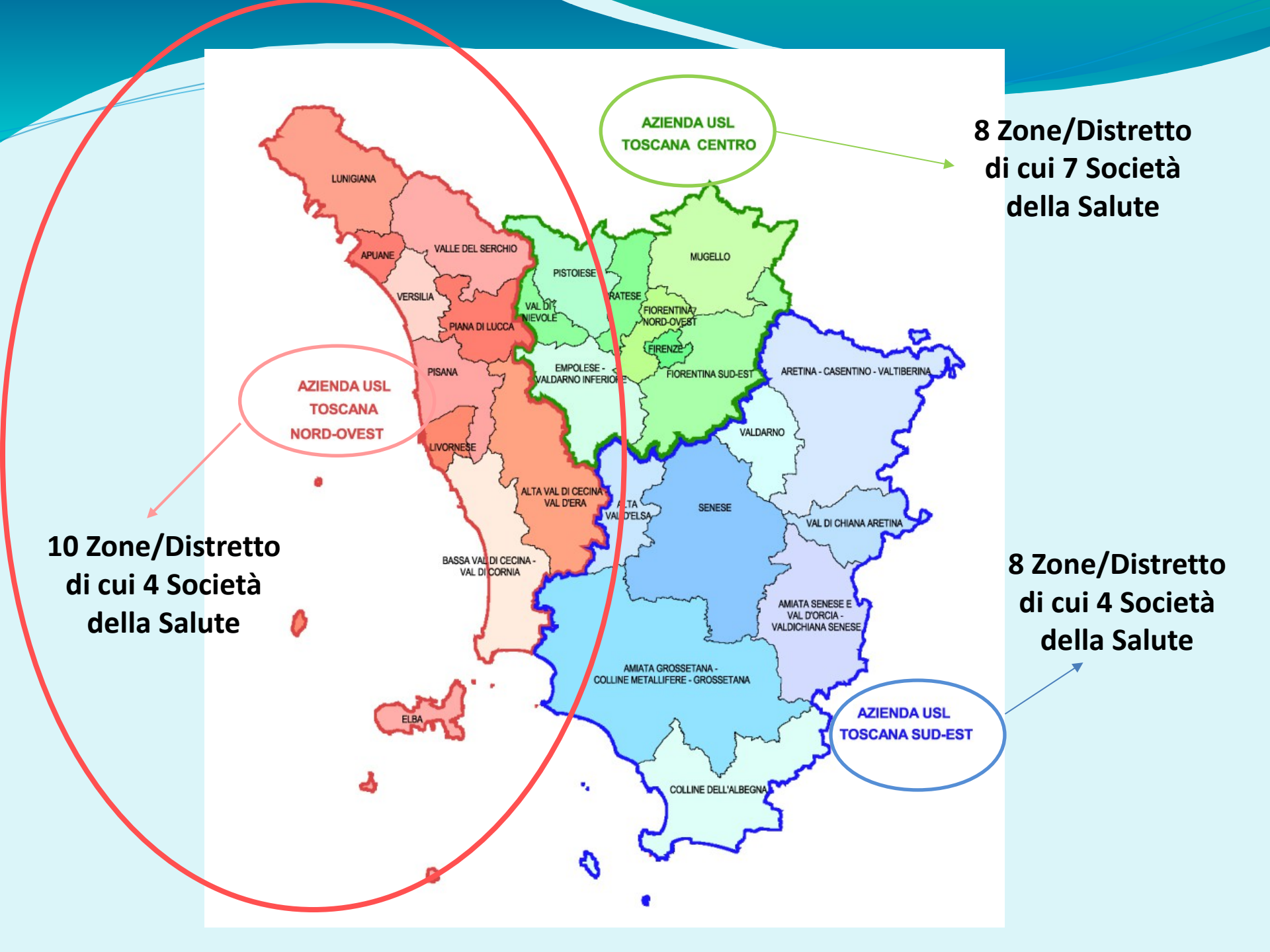


CROAS Campania 12/11/2021



I processi di riorganizzazione del Sistema sanitario Regionale in Toscana e del Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di sociale


**Dr Marco Mazzoleni assistente sociale
responsabile UFSSNAD - Zona Distretto Versilia
AUSL Toscana Nord-Ovest**



**8 Zone/Distretto
di cui 7 Società
della Salute**

**10 Zone/Distretto
di cui 4 Società
della Salute**

**8 Zone/Distretto
di cui 4 Società
della Salute**




I processi di riorganizzazione del Sistema sanitario Regionale e del Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale hanno introdotto innovazioni allo scopo di ricostruire un impianto coeso, ordinato, efficace, ma anche flessibile, in modo da permettere al sistema di adattarsi alle continue modifiche, sia in campo sanitario che nelle materie degli enti locali.

Le leggi regionali 44 e 45 del 2014 individuano due strumenti per regolare gli assetti territoriali integrati del Servizio Sanitario Regionale e del Sistema integrato di interventi per i diritti di cittadinanza sociale in ogni zona distretto: il proseguimento della Società della Salute o la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l'Ausl di riferimento.


L.R. 84/2015

Il riordino del servizio sanitario regionale, attraverso l'accorpamento delle dodici Aziende USL in tre Aziende USL, una per ciascuna area vasta, promuove il miglioramento della qualità dei servizi e nel contempo assicura la sostenibilità ed il carattere pubblico ed universale del sistema sanitario a fronte anche del mutato quadro finanziario ed epidemiologico e dei costi crescenti dei processi di diagnosi e cura. La revisione degli assetti e dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari è volta a dare una risposta alla crescita inesorabile dei bisogni assistenziali legati alla cronicità che assorbe oltre l'80 per cento del fondo sanitario e che impatta sullo sviluppo economico e sul benessere della comunità regionale.



La **I.r. 28/2015** (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale), la **I.r. 84/2015** (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla I.r.40/2005), la **I.r. 44/2016**, contenente ulteriori disposizioni in merito al riordino degli assetti del servizio sanitario regionale, ed, infine, con la **I.r. 11/2017**, con la revisione degli ambiti territoriali di zona distretto, ridisegna il nuovo assetto organizzativo.

Dal **1° gennaio 2016** sono costituite le tre grandi nuove Aziende USL, una per ciascuna Area vasta, che accorpano le 12 precedenti.



La L.R. 40/2005, all'art. 2 definisce il termine **Valutazione** come complesso degli strumenti che la regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati”.

Sia il percorso di presa in carico, in termini di processo, che la realizzazione del progetto di vita, in termini di qualità della vita della persona, devono essere oggetto di **monitoraggio e valutazione**.


Monitoraggio e valutazione di processo: riguarda la natura e quantità di risorse messe in campo, la gestione di queste risorse, le scelte operative, l'appropriatezza di quanto attuato, la qualità organizzativa e metodologica.

Monitoraggio e valutazione dei risultati in termini di outcome: è la misura descrittiva in termini di benefici di salute della persona nella sua globalità, descrive l'efficacia degli interventi e il superamento dei problemi rilevati, nonché l'impatto delle azioni realizzate rispetto alle condizioni di partenza, anche in riferimento a opportunità offerte e alla qualità di vita della persona.



La L.R. 40/2005 all'art. 69 bis "Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali" al primo comma recita: "I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali". Al comma 3 dello stesso articolo è previsto che ogni azienda USL, declini le finalità e i compiti del Dipartimento. Creazione di una matrice organizzativa unica per le diverse Aziende USL capace di individuare le responsabilità (gerarchiche, funzionali e di percorso) e la modalità di costruzione del budget, nell'assegnazione delle risorse (umane, finanziarie e strumentali).

In questo senso RT ha agito già nel 2016, dando indirizzi alle AUSL in merito alle articolazioni di governo all'interno delle aziende e ancora nel 2018, introducendo un nuovo modello di Governance Aziendale.



Presso ogni azienda unità sanitaria locale sono costituiti: a) il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche; b) il dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione. c) **il dipartimento del servizio sociale.**


I dipartimenti hanno funzioni di tipo programmatico e funzioni di tipo gestionale allocativo e operativo. Essi, organizzano e gestiscono le attività e le risorse assistenziali e umane nel rispetto delle linee guida generali e della programmazione della direzione aziendale.



Il dipartimento del servizio sociale:

- a) svolge funzioni di coordinamento tecnico-scientifico;**
- b) assicura la diffusione delle conoscenze e l'applicazione di standard qualitativi nella pratica professionale;**
- c) promuove, collabora e sostiene le attività di formazione e aggiornamento.**

Il dipartimento del servizio sociale è diretto dal direttore dei servizi sociali.



Nell'AUSL Toscana Nord-Ovest il Dipartimento denominato “Dipartimento dei Servizi Sociali Non Autosufficienza Disabilità” svolge funzioni di governo, anche di tipo territoriale, delle attività relative alla non autosufficienza e disabilità e nelle Zone-Distretto/Società della Salute, coordina l’integrazione dei relativi percorsi assistenziali e l’innovazione organizzativa delle:


Procedure monoprofessionali

Procedure multiprofessionali

Istruzioni Operative

PDTAS

(percorsi diagnostici terapeutici assistenziali sociali)



Il Dipartimento Servizio Sociale Non Autosufficienza Disabilità dell'AUSL Toscana Nord-Ovest ha intrapreso un Percorso di Certificazione di Qualità. L'approccio seguito dal Dipartimento SSNAD, in collaborazione con il sistema aziendale di gestione per la qualità (Ufficio Internal Auditing) ha collaborato con le UU.FF. Territoriali per analizzare i bisogni dell'utente con una lente diversa cercando di uniformare per tutto il territorio aziendale la presa in carico dei soggetti fragili e l'attivazione della rete socio-sanitaria integrata, definendo i processi che contribuiscono ad ottenere un servizio accettabile per l'utente ed a tenere questi processi sotto controllo. Tutto il personale del Dipartimento ha contribuito al miglioramento continuo in termini di efficacia, efficienza ed affidabilità dei processi.



Una LR del 2017 ha introdotto "**Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone distretto. Modifiche alla LR 40/2005 ed alla LR 41/2005**", operando un bilanciamento rispetto alla riduzione delle Aziende USL da dodici a tre, potenziando notevolmente il ruolo delle zone distretto.

Vengono evidenziati in particolare tre punti:

- la dimensione adeguata delle zone distretto/società della salute, riducendole da 34 a 26 nuovi ambiti territoriali individuati all'interno delle tre nuove Aziende USL (LR 11/2017).
- l'inserimento di importanti elementi per una maggiore autonomia e un miglior funzionamento delle zone;
- **l'individuazione della Società della Salute a gestione diretta (autonomia gestionale da AUSL e Comuni), quale modello da prediligere.**



Le zone distretto e Società della Salute

Ambiti territoriali di valutazione ottimale dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, di organizzazione e erogazione dei servizi delle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate e di esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale e per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione per i Comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale.




Gli ambiti territoriali della Toscana, sono attualmente suddivisi in 15 Società della Salute e 11 Zone Distretto.

Le **Società della Salute**, integrando i servizi e le attività di Comuni e Aziende USL, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e sociali e diventano l'unico interlocutore e porta di accesso ai servizi territoriali. Sulla base di dati sullo stato di salute della popolazione locale, le SdS descrivono gli obiettivi e programmano gli interventi sociosanitari territoriali per raggiungerli. La conoscenza delle caratteristiche epidemiologiche di un territorio e la partecipazione sono essi stessi fattori importanti per la salute del singolo e della comunità. Si occupano di stili di vita e di promozione della salute e sulla base di dati sullo stato di salute della popolazione locale, descrivono gli obiettivi e programmano gli interventi sociosanitari territoriali, nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali, per raggiungerli. Organizzano e gestiscono le attività sociosanitarie della non autosufficienza e disabilità e le attività di assistenza sociale individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

Società della salute


Sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Due leggi regionali del 2014, la 44 e la 45, individuano due strumenti per regolare gli assetti territoriali integrati in ogni zona distretto: il proseguimento della Società della Salute o la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l'Azienda Usl di riferimento. Dove non sono costituite le società della salute l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria per la non autosufficienza e la disabilità è attuata attraverso apposita convenzione stipulata da tutti i comuni della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio.



La **direzione di Zona-Distretto/Società della Salute** assicura compiti e funzioni di governo, con particolare riguardo al miglioramento dell'appropriatezza e agli obiettivi specifici negoziati con i responsabili delle **Unità Funzionali** zonali (gestiscono i percorsi assistenziali dell'alta integrazione socio-sanitaria) e con i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

La **governance istituzionale** si basa su una serie di **Conferenze** collegate tra loro. La **Conferenza regionale dei sindaci**, le **Conferenze aziendali**, le **Conferenze Zonali** o **Assemblee delle Società della Salute**, deliberano gli atti fondamentali di programmazione.

In precedenza la capacità di rappresentanza era sempre basata sul singolo Comune, nel nuovo sistema il baricentro è stato spostato verso la capacità delle **SdS/ZD** di governare i processi locali e fornirne una sintesi cooperativa prima a livello **territoriale**, poi a livello **aziendale**, quindi a livello **regionale**.



Il direttore di Società della Salute/Zona-Distretto, di concerto con i Dipartimenti interessati, negozia gli obiettivi assegnati con i responsabili delle unità funzionali zonali e i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali per l'attuazione dei percorsi clinico assistenziali di competenza zonale.

I direttori di Zona-Distretto/Società della Salute garantiscono alla direzione strategica aziendale l'operatività dei servizi e dei processi assistenziali attraverso le Unità Funzionali e coordinano, con modalità a matrice, l'integrazione con i Dipartimenti nel rispetto degli obiettivi di gestione e di salute definiti per il livello zonale con la direzione aziendale.

Questo processo si concretizza in un accordo tra Direzione aziendale/Direttori di Dipartimento e Direttore di SdS/ZD attraverso lo strumento della negoziazione.




Governance delle reti territoriali

La funzione delle Zone è di tipo pro-attivo, potremmo dire di orientamento, a partire dai territori, del Sistema sociale e sanitario regionale. Queste aree di responsabilità della zona, si esplicano relativamente a:

- **Servizi sociali e sanitari della zona distretto:** assistenza territoriale della zona distretto, percorsi assistenziali, i livelli base di cittadinanza sociale;
- **Non autosufficienza:** L.R. 66/08, assistenza domiciliare, residenzialità
- **Disabilità:** percorso di presa in carico, alla valutazione biopsicosociale, predisposizione di un progetto personalizzato, budget di salute;
- **Tutela dei minori;**
- **Gestione dei percorsi delle cronicità e dei percorsi di ambito territoriale;**
- **Salute mentale e dipendenze;**




- **Integrazione sociosanitaria** per l'inclusione sociale nella lotta alla povertà e marginalità;
- **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali;** contributo nella relativa definizione e responsabilità della loro contestualizzazione e implementazione;
- **Medicina generale e pediatria di famiglia:** modelli organizzativi basati sul lavoro associato e multi professionale e sull'approccio proattivo e preventivo;
- **Continuità assistenziale:** coordinamento delle funzioni finalizzate ad assicurarne la realizzazione e la definizione di protocolli operativi, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali, favorendo l'integrazione con i progetti sociali, sanitari e sociosanitari territoriali
- Concorre all'identificazione dei bisogni delle prestazioni di specialistica di primo accesso nonché di quelle presenti nell'ambito dei **PDTAS** per la cronicità.




La programmazione: per il territorio, in maniera particolare, il campo di applicazione della Programmazione di Società della Salute-Zona Distretto si attua attraverso i **Piani integrati di salute (PIS)** e i **Piani di inclusione zonale (PIZ)** concretizzati annualmente nella **Programmazione operativa annuale (POA)**. Con questi strumenti si integrano: finalità degli Enti locali e Aziende USL; funzioni sociali e funzioni sociosanitarie; risorse comunali, aziendali o di altri fondi pubblici o privati.

La missione della programmazione di Zona è quella di confrontarsi con un quadro complesso e frammentato che deve essere ricondotto a un'unità attraverso la costruzione del sistema dei servizi e dei percorsi assistenziali, la definizione degli obiettivi essenziali di assistenza, la valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere in ambito zonale, la ricerca di coerenza fra programmazione e gestione dell'erogazione dei servizi.



Attraverso la **programmazione** effettuata dalle SdS-ZD, si individuano i bisogni di salute della popolazione, vengono allocate le risorse e successivamente monitorati e valutati i risultati operativi raggiunti.

Le funzioni di programmazione e gestione sono attuate dal direttore SdS-ZD e sono collegate con i livelli superiori di programmazione di azienda USL, di Area vasta (integrato con le aziende ospedaliere universitarie) e con il **Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale** (PSSIR). Attraverso la programmazione di SdS-ZD vengono definite l'organizzazione e gli standard dei servizi (volumi, sedi di erogazione delle prestazioni) sulla base della definizione dei bisogni e nei limiti delle risorse disponibili, in collaborazione con i Dipartimenti aziendali che hanno la responsabilità della qualità tecnico professionale e operativa.



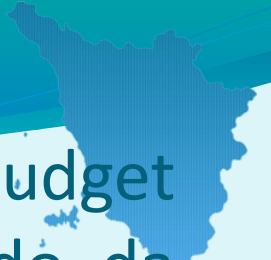
In ogni Società della Salute/Zona Distretto deve essere attivato e strutturato un **ufficio di piano** capace di supportare la programmazione zonale attraverso l'individuazione e la messa a disposizione di personale adeguato e attraverso lo sviluppo delle competenze necessarie, anche in considerazione dei nuovi impegni legati alla programmazione e definiti nella DGR 573/2017 relativa alle linee di indirizzo PIS e PIZ. L'ufficio di piano è costituito dal Direttore di Società della Salute/zona distretto e da personale messo a disposizione dai comuni e dall'Azienda Unità sanitaria locale.



Budget di zona

Si intende per budget di zona una modalità condivisa ed omogenea per la rappresentazione delle risorse del SSR che le Aziende USL e la Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale. La relativa scheda di budget utilizza come riferimento il linguaggio della programmazione così come definito da RT nelle linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione zonale (PIZ) e già concretizzato nella compilazione della programmazione operativa annuale (POA).

Una modalità condivisa di rappresentazione del budget zonale tra le Aziende USL della Toscana permette una migliore comunicazione di sistema con la Regione e con le stesse SdS/ZD. Inoltre la rappresentazione omogenea delle risorse su base zonale contribuisce alla costruzione del budget integrato.



Appare essenziale individuare la titolarità del budget in termini di autonomia/responsabilità, in modo da chiarire le relazioni tra Aziende USL e Sds-ZD/Conferenze zonali dei sindaci per una migliore organizzazione dei servizi ai cittadini. Per la gestione delle risorse del budget di zona non è sufficiente limitarsi a distinguere le risorse economiche in base alla fonte, ma è necessario individuare gli ambiti di competenza in maniera particolare dove è presente la SdS.

L'obiettivo è di presidiare l'allineamento tra titolarità della governance, delle risorse e la responsabilità di budget (titolarità del bilancio).




In sintesi, il budget integrato per la programmazione zonale risulterà così composto:

- le risorse di competenza della AUSL;
- le risorse di competenza dei singoli Enti locali afferenti all'ambito territoriale della Zona-Distretto, recate dai documenti di programmazione economico-finanziaria che riguardano le materie socio assistenziali e le materie sociali a rilevanza sanitaria;
- le risorse provenienti da ogni altro fondo regionale, statale o derivante dalla programmazione europea che riguardano le materie della sanità territoriale, sociosanitarie o socio assistenziali.

Approccio di rete



L'art. 21 L.R. 40/2005, sul Piano integrato di salute, prevede che vengano definite le “reti di servizi” e che vengano promosse “reti cliniche integrate e strutturate”. Anche sul versante sociale **l'art.29 della L.R. 41/2005** descrive la funzione del Piano di inclusione zonale richiamando le attività da perseguire attraverso la “rete dei servizi” e di presa in carico da parte della “rete assistenziale”.




Sistema a rete : strutture e servizi organizzati sulla base di differenti livelli di intensità assistenziali capaci di rispondere alle problematiche legate alla cronicità e alle situazioni di fragilità e complessità sociale.

Organizzare un sistema di reti: descrivere e concordare quali sono i contenuti e le attività che costituiscono un percorso assistenziale.

La rete richiede una modalità di lavoro basata su team multidisciplinari e multiprofessionali coordinati all'interno di un sistema in maniera da garantire una migliore equità dell' accesso, continuità delle cure, presa in carico del paziente cronico, innovazione dei percorsi assistenziali, integrazione dei budget, governance. Un sistema a rete è utile per rispondere alla complessità e creare valore nel sistema sanitario, ma richiede la conoscenza dei nodi del sistema e il coordinamento della loro interdipendenza. I principi sono: collaborazione, condivisione, coinvolgimento (commitment, engagement etc) distribuzione e accessibilità delle informazioni; comunicazione tra i nodi, trasparenza verso l'esterno (pazienti).

Da un punto di vista organizzativo delle aziende USL, la rete si traduce nel collegare in maniera strutturata e permanente il nucleo operativo (zone distretto, presidi ospedalieri e dipartimenti) con la direzione strategica aziendale.



Obiettivi: rafforzare il modello organizzativo e gestionale delle articolazioni aziendali, declinando il governo dei processi sanitari in modo tale da contemperare la ricerca dell'appropriatezza e sicurezza delle cure con l'ottimizzazione delle risorse disponibili, attraverso una programmazione adeguata dell'utilizzo delle stesse.

Nella **matrice organizzativa** tra zona distretto e Dipartimento, per quanto riguarda la definizione di "chi fa che cosa", le aziende devono convergere verso un modello che preveda un allineamento fra responsabilità dei Dipartimenti (es. standardizzazione dell'offerta, formazione, qualità professionale,) e delle SdS/zone distretto (responsabilità del percorso, operatività dei servizi).

Il **Dipartimento**, attraverso il coordinamento complessivo e l'aggregazione di tutte le competenze e professionalità coinvolte, cura l'aderenza dei professionisti ai percorsi clinici e assistenziali supporta lo sviluppo di comportamenti professionali basati sull'evidenza e costituisce l'ambito privilegiato nel quale promuovere la gestione del rischio clinico, l'adozione di scelte tecnico professionali in linea con le linee-guida e i protocolli diagnostico-terapeutici derivati dall'evidenza, la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.



Il percorso consiste e si integra non solo in servizi, ma anche in rapporti con i cittadini e le istituzioni. La matrice organizzativa deve essere centrata sui livelli di integrazione che sono richiesti alle Società della Salute/Zone-Distretto (SdS/ZD):


- integrazione delle SdS/ZD con i servizi della sanità territoriale e sociosanitari;
- integrazione delle SdS/ZD con l'ospedale per la continuità ospedale-territorio;
- integrazione delle SdS/ZD con gli enti locali per la parte socio-assistenziale.

La SdS/ZD: livello in grado di poter contestualizzare sul territorio e rendere operativi gli indirizzi e le azioni previste dai livelli sovraordinati di programmazione in quanto capace di leggere i bisogni della popolazione di riferimento e di poter coordinare ed armonizzare le risorse sia di tipo sanitario che sociale necessarie ai diversi PDTAS in modo integrato.

La responsabilità del percorso assistenziale deve essere saldamente in capo al direttore di SdS/ZD che ne risponderà ai diversi soggetti (Regione, AUSL, Comuni).



Ogni percorso assistenziale, come ad esempio un percorso diagnostico terapeutico assistenziale sociale (PDTAS), ha un suo budget complessivo al quale concorrono i singoli accordi con il Dipartimento di riferimento. Il budget è una responsabilità condivisa del direttore di zona distretto/Società della Salute e del direttore di Dipartimento per la fase di propria competenza. Il budget relativo al percorso assistenziale è negoziato con l'azienda sanitaria e, dove necessario, con le amministrazioni comunali.



La Zona-Distretto/Società della Salute contribuisce a contestualizzare e implementare il PDTAS suddividendolo nelle varie fasi e curandone l'implementazione attraverso l'integrazione con i dipartimenti, formalizzando, con accordo, responsabilità, relazioni e risorse. La zona distretto/Società della Salute è responsabile di tutto il PDTAS intorno al quale si strutturano gli accordi e lo organizza attraverso le Unità funzionali. La somma delle risorse previste nei vari accordi va a costituire il budget del percorso. Tale budget deve essere integrato, oltre che con i Dipartimenti delle aziende USL, anche con i Servizi comunali di ambito socioassistenziale.



In sintesi nella matrice organizzativa:

- il direttore di SdS/ZD ha la responsabilità sul **“che cosa”** c’è da fare e il direttore di Dipartimento la responsabilità di **“come”** farlo;
- la responsabilità dei Percorsi assistenziali/PDTAS ricade sulla SdS/ZD, mentre le risorse professionali dipendono dai Dipartimenti, anche con riferimento alle Unità Funzionali;
- la definizione e costruzione dei Percorsi assistenziali/PDTAS richiede una negoziazione tra direttore di SdS/ZD e direttori di Dipartimento, anche con riferimento alle proprie Unità Funzionali. Le UF Servizio Sociale per la gestione dei servizi rispondono al direttore SdS/ZD e per la funzione professionale al proprio Dipartimento;
- gli accordi sono la modalità attraverso la quale si formalizzano responsabilità e risorse nel Percorso assistenziale/PDTAS;
- il budget del Percorso assistenziale/PDTAS comprende le risorse previste negli accordi, integrate con le altre eventuali fonti di finanziamento a partire da quelle di provenienza Comunale.



Il rapporto tra i dipartimenti territoriali e le zone distretto in relazione all'attuazione dei PTDAS e degli altri percorsi assistenziali, le fasi del macroprocesso decisionale sono così individuate:

- **A. Livello aziendale** - Definizione dei contenuti effettivi relativi ai percorsi assistenziali (Fase da mettere in relazione con l'elaborazione del piano aziendale di produzione).
- **B. Livello zonale** - Definizione delle attività relative all'attuazione dei singoli percorsi assistenziali (Fase da mettere in relazione con la trattativa di budget della zona distretto).
- **C. Livello delle programmazioni** - Definizione dei programmi da evidenziare negli atti di programmazione aziendale (PAL) e negli atti di programmazione zonale (PIS).

Livello della governance istituzionale (Fase da mettere in relazione con gli istituti della governance istituzionale: Conferenza aziendale dei sindaci e Conferenza integrata zonale / Assemblea della Società della Salute).



Tramite questi interventi, la Regione Toscana intende ridefinire politiche che mirano a valorizzare la centralità della persona, soprattutto se si trova in condizione di fragilità, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita, in una logica diversa dal puro assistenzialismo attuato con l'erogazione di prestazioni. Una logica sempre più orientata allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli interventi socio-sanitari, comprendendo le relazioni affettive e l'ambiente.



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**