



Allegato 6 - Inquadramento normativo e organizzativo dell'assistenza sociosanitaria: analisi dei provvedimenti normativi e adempimenti

L'integrazione sociosanitaria

Definizione di "assistenza sociosanitaria":

deriva dall'articolo 3 septies del D.Lgs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi:
"insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

E' disciplinata da:

1. Decreto legislativo 229/99 (modifiche ed integrazioni del D.lgs. 502/92);
2. Atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM 14 febbraio 2001;
3. DPCM 29 novembre 2001 all'allegato 1 c): Lea sociosanitari

Si applica alle aree:

(definite dall'art. 3 septies, comma 4, del D.Lgs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi)

- materno-infantile,
- handicap,
- anziani non autosufficienti
- patologie cronico-degenerative,
- patologie psichiatriche,
- dipendenze da droga, alcool e farmaci,
- patologie per infezioni da HIV,
- patologie in fase terminale.

I principi fondamentali per la processualità sociosanitaria:

(desumibili, seppure non specificate, dal DPCM 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3)

1. **Valutazione multidimensionale del bisogno** (sanitaria e sociale)
2. **unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale**, con concorso professionale di personale medico, infermieristico, riabilitativo e di servizio sociale professionale
3. **progetto personalizzato** che tenga conto:
 - degli obiettivi di salute da raggiungere,
 - del responsabile del caso (*case manager*);
 - della verifica delle azioni compiute sotto il profilo della qualità (valutazione periodica) e degli esiti.

La tipologia delle prestazioni sociosanitarie:

indicata dall'articolo 3 septies del D.Lgs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi:

- a) prestazioni sanitarie a rilievo sociale:** proprie dell'area medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa che si strutturano nell'ambito ambulatoriale, domiciliare e delle strutture diurne e residenziali;
Tra queste vi sono quelle elevata integrazione sanitaria, che per la rilevanza terapeutica **sono proprie del sistema sanitario**.



Tali prestazioni in relazione ai *tempi* e all'*impegno assistenziale* si articolano in:

- *trattamenti intensivi*, richiedenti un elevato impegno clinico, di tipo diagnostico, di cura e recupero, con tempi definiti, in cui sono prevalenti le funzioni terapeutiche e riabilitative. Si effettuano in sede ospedaliera, residenziale extraospedaliera e a domicilio;
- *trattamenti estensivi o intermedi*, caratterizzati da un minor impegno terapeutico, elevata assistenza alla persona, per la prosecuzione del processo riabilitativo, con reinserimento sociale e con programmi assistenziali di medio/lungo periodo, effettuabili a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera (es: RSA);
- *trattamenti di lungo assistenza, o mantenimento*, per patologie cronico degenerative, caratterizzati da un costante impegno sociosanitario per limitare gli esiti del deterioramento, ai fini della miglior qualità di vita acquisibile. I trattamenti sono effettuabili a domicilio e in sede residenziale.

b) prestazioni sociali a rilievo sanitario: consistono in azioni atte alla rimozione di ostacoli di natura sociale e assistenziale, che impediscono l'ottimizzazione dei risultati di cura e riabilitazione. Tali prestazioni consistono in:

- interventi di natura economica
- aiuto domestico familiare e altre forme di sostegno alla domiciliarità;
- ospitalità di tipo "alberghiero" presso le strutture diurne e residenziali.

I criteri per caratterizzare le prestazioni sociosanitarie:

(*indicati dal DPCM 14 febbraio 2001, articolo 2, commi 2-5*)


- **natura del bisogno** (tenendo conto degli aspetti inerenti a: funzioni psicofisiche; natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; modalità di partecipazione alla vita sociale; fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento)
- **complessità dell'intervento assistenziale** (determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati, professionali e di altra natura, e alla loro articolazione nel progetto personalizzato)
- **intensità dell'intervento assistenziale** (è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite: fase intensiva; fase estensiva; fase di lungo assistenza)
- **durata dell'intervento**

L' integrazione sociosanitaria nella programmazione nazionale

(*dal PSN 1998-2000, approvato con DPR 23 maggio 2001, con indicazioni confermate nei PSN successivi*):

- * nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione;
- * privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- * valorizza i diversi centri di responsabilità;
- * qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati;
- * promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nella comunità locali.

L'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi. Essa incide sulla continuità assistenziale, investe i rapporti tra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p>Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p>
---	--	--

La programmazione zonale degli interventi

A questo scopo, anche in relazione ai nuovi e diversi compiti dei Comuni derivanti dalle modifiche istituzionali in itinere del d.lgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni, **va attuata la programmazione degli interventi socio-sanitari a livello distrettuale** con intese programmatiche tra le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e le rappresentanze dei Comuni associati, secondo le normative regionali derivanti dall'applicazione dell'art. 3 del d. lgs 31 marzo 1998 n. 112.

Nei Piani Regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica, a cui destinare congrue risorse adottando anche il metodo dei Progetti Obiettivo. Sono da considerarsi prioritarie nell'integrazione socio-sanitaria le attività afferenti all'area materno-infantile; handicap; anziani, con particolare riferimento ai soggetti non autosufficienti; salute mentale; tossicodipendenza; condizioni che richiedono una assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento alle patologie oncologiche e alle infezioni da HIV.

I livelli dell'integrazione socio-sanitaria:

L'integrazione socio-sanitaria va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

L'integrazione istituzionale :

nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma (stipulati da circa la metà delle aziende sanitarie, per tre quarti nell'area dell'assistenza agli anziani).

Il distretto é la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del Ssn, dei comuni, della solidarietà locale). Il controllo direzionale dovrà consentire il monitoraggio dei processi assistenziali integrati, correlando le risorse impiegate ai risultati ottenuti.

A questo scopo le Regioni, nei rispettivi **Piani, preferibilmente socio-sanitari**, provvedono a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, mettendo in grado le aziende Usl di programmare l'entità delle risorse da assegnare ai distretti.

L'integrazione gestionale:

si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia di lavoro per progetti.

Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità.

Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto. vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti.



L'integrazione professionale:

é strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e Linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Sistema dell'accesso tramite valutazione multidimensionale

Il Patto per la salute 2010-2012 all'art. 9, co. 1, lett. b) e c) dispone che l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale realizzata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute. Sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS, (approvati con due distinti DM del 17 dicembre 2008).

Di seguito si riporta una tabella che si sintetizza e mette in rapporto per l'assistenza sociosanitaria provvedimenti con adempimenti.

PROVVEDIMENTI NORMATIVI	CONTENUTI	INDIRIZZI APPLICATIVI	RESPONSABILITA' DI SPESA
Decreto legislativo 229/99 <i>"Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30.11.1998, n. 419",</i> (modificazioni ed integrazioni del D.lgs. 502/92)	Art. 3 septies, definisce la prestazione sociosanitaria nelle diverse articolazioni: - prestazioni sanitarie a rilevanza sociale , tra cui: - prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione - prestazioni sociali a rilevanza sanitaria Art. 3 quater, comma 3, lettera c): Il Programma delle Attività territoriali, per la parte sociosanitaria, è approvato con l'intesa del Comitato dei Sindaci.	Le Regioni disciplinano l'applicazione dell'integrazione sociosanitaria. Aziende Sanitarie Locali (tramite i Distretti) e Comuni (tramite le Zone) devono provvedere all'erogazione delle prestazioni sociosanitarie inserendole nella pianificazione locale : Piano delle Attività Territoriali (PAT) e Piano di Zona (PdZ)	A carico delle ASL: - prestazioni ad elevata integrazione (totale carico) - sanitarie a rilievo sociale (prevalente carico) A carico della persona, o del Comune in caso di povertà: - prestazioni sociali e ospitalità alberghiera (totale carico) - sociali a rilevanza sanitaria (prevalente carico) Con la concertazioni sui piani territoriali è più facile raggiungere intese anche sulla spesa.



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Bozza
Rev.0
del 16.03.2012

<p>Legge 328/2000 <i>"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Art. 8, comma 3, lettera a) dà indicazioni affinché l'ambito territoriale sociale coincida "di norma" con il Distretto sanitario;- Art. 19 definisce i Piani di Zona e prevede che l'approvazione del Piano avvenga con l'intesa delle Aziende USL.- Art. 22, comma 2, definisce gli interventi erogabili ai cittadini come livello essenziale delle prestazioni sociali (lettere a-i)	<p>Le Regioni nel disciplinare l'ambito territoriale, a livello locale, devono avere come punto di riferimento il distretto sanitario;</p> <p>la Zona sociale e l'ASL devono concertare la programmazione sociosanitaria</p>	<p>Anche la L. 328/00 è chiara sulla ripartizione della spesa che viene facilitata con:</p> <ul style="list-style-type: none">- ambiti territoriali coincidenti;- programmi operativi integrati.
<p>DPCM 14 febbraio 2001 <i>"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"</i>.</p>	<p>E' emanato per specificare le prestazioni sociosanitarie indicate dal D.lgs. 229/99 e precisa che:</p> <ul style="list-style-type: none">- sono prestazioni sociali: interventi economici, di aiuto domestico familiare e ospitalità alberghiera nelle strutture residenziali;- è a rilievo sanitario l'assistenza sanitaria a domicilio e in residenza (anche diurna)- sono a elevata integrazione i trattamenti dove non sono scindibili i fattori produttivi sanitarie e sociali (intensivi, estensivi e di lungo assistenza);- indica modalità di presa in carico e di sviluppo dell'assistenza;- una tabella allegata fissa le percentuali di spesa a carico del SSN, dei cittadini e/o Comuni.	<p>Le Regioni devono disciplinare l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Conferenza Permanente Sociosanitaria- modalità organizzative quali: <u>valutazione multidisciplinare del bisogno</u>, <u>presa in carico e progetto personalizzato</u>; (nel progetto si stabilisce se trattasi di prestazioni intensive, estensive o di lungo assistenza); <p>le AUSL devono recepire i suddetti principi nella loro organizzazione;</p> <p>i Comuni erogano le prestazioni sociali a rilievo sanitario prevedendo la compartecipazione del cittadino.</p>	<p>Le Regioni, con il concorso della Conferenza, orientano il riparto del Fondo sanitario anche alle attività sociosanitarie.</p> <p>Le Regioni stabiliscono anche criteri per il concorso alla spesa da parte dei cittadini tenendo conto del D.Lgs 109/98 e s.m.i. (ISEE)</p>
<p>DPCM 29 novembre 2001: <i>"Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria"</i></p>	<p>All'allegato 1 C) il DPCM colloca le prestazioni sociosanitarie all'interno di interventi:</p> <ul style="list-style-type: none">- ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali <p>prevedendo oltre alla spesa a carico del SSN anche quella a carico del cittadino e/o del Comune, riprendendo i criteri e percentuali di concorso alla spesa già indicate del DPCM 14 febbraio 2001</p>	<p>Le regioni devono adottare provvedimenti per l'applicazione dei LEA sociosanitari.</p> <p>Le AUSL e i Comuni provvedono all'applicazione degli indirizzi nazionali e regionali.</p>	<p>L'attribuzione della spesa a carico del SSN e quella a carico del cittadino o Comuni è grandemente disomogenea, anche per la differente interpretazione data ai trattamenti socio-sanitari.</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 16.03.2012

Accordo Stato-Regioni 24 luglio 2003 per l’attuazione del PSN 2003-05 (obiettivi prioritari)	Vengono definite cinque linee progettuali prioritari per l’attuazione del PSN 2003-05: <ul style="list-style-type: none">- sviluppo della politica dei LEA;- cure primarie;- rete integrata per la non autosufficienza;- centri di eccellenza;- comunicazione istituzionale per la prevenzione	Le Regioni devono presentare, con le modalità e le risorse ripartite con successivi accordi Stato-Regioni, specifici progetti per l’attuazione delle priorità.	
Accordo Stato/Regioni 29 luglio 2004 Indirizzi per l’elaborazione dei progetti regionali per l’anno 2004 relativi a cinque linee progettuali prioritarie del PSN 2003-05 , sostenuti da risorse vincolate ex art.1, comma 34, L. 662/96	Per l’Area progettuale “Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza” richiede: <ul style="list-style-type: none">- adozione di strumenti di valutazione per anziano e disabile ai fini dell’ammissione alle strutture residenziali- adozione di strumenti formali per stabilire la quota a carico del SSN per le prestazioni dell’area sociosanitaria (domiciliarità e residenzialità)	Le Regioni debbono produrre i progetti conseguenti, per dare attuazione agli obiettivi prioritari (questi adempimenti sono oggetto anche del monitoraggio LEA)	Esiste una elevata disomogeneità di approccio da parte delle Regioni a questi adempimenti, ivi compreso la non adempienza.
Intesa Stato/Regioni 23 marzo 2005 Aggiorna l’Accordo 8 agosto 2001 sulle risorse del SSN e sugli impegni reciproci Stato e Regioni, rappresentando una sorta di “patto di stabilità”. Prevede anche che il “Tavolo verifica LEA” si trasformi nel “ Comitato permanente di verifica dei LEA ”, istituito presso il Ministero della salute	Prevede (art. 4): <ul style="list-style-type: none">- disattivazione posti letto ospedalieri fino a pervenire allo standard medio regionale di 4,5 posti letto per mille abitanti complessivi, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie)- potenziare forme alternative all’ospedalizzazione- incremento cure primarie e raccordo ospedale – territorio (art.7)- assicurazione di adeguati programmi di ADI e di assistenza residenziale e semiresidenziale extra-ospedaliera Istituisce, inoltre, il “ Comitato di verifica degli adempimenti ” presso il Ministero dell’Economia e delle Finanze	Le Regioni devono adempiere alla riorganizzazione ospedaliera e ai programmi domiciliari e residenziali. (Anche questi adempimenti sono oggetto del monitoraggio LEA)	Esiste una elevata disomogeneità di approccio da parte delle Regioni a questi adempimenti, ivi compreso la non adempienza.
Accordo Stato/Regioni 9 febbraio 2006 Indirizzi per l’elaborazione dei progetti regionali per l’anno 2005 relativi a cinque linee progettuali prioritarie del PSN 2003-05 , sostenuti da risorse vincolate ex art.1, comma 34, L. 662/96	Tratta i progetti finalizzati di Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, definiti nell’Accordo 24 luglio 2003. Tra le aree progettuali, prevede: <ul style="list-style-type: none">- programmi per le cure primarie- programmi integrati per la non autosufficienza e la cronicità, con presa in carico e valutazione multidimensionale	Le Regioni debbono predisporre idonei progetti per accedere ai finanziamenti finalizzati (si tratta di complessivi 2 miliardi di euro)	I progetti, oltre la disomogeneità, vengono presentati prevalentemente per accedere ai finanziamenti e non per modificare concretamente gli approcci dei servizi sanitari e sociosanitari.



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 16.03.2012

<p>Accordo Stato/Regioni 29 marzo 2007 Indirizzi per l'elaborazione dei progetti regionali per l'anno 2006 relativi a sette linee progettuali prioritarie del PSN 2006-08, sostenuti da risorse vincolate ex art.1, comma 34, L. 662/96</p>	<p>Tratta i progetti finalizzati di Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e, tra le aree progettuali, inserisce i:</p> <ul style="list-style-type: none">- programmi per le cure primarie <p>In quest'ambito vanno previste UTAP o altre modalità per la presa in carico dei bisogni socio-sanitari complessi, in un'ottica di integrazione funzionale tra servizi sanitari e sociali, e per garantire la valutazione multidimensionale e il piano personalizzato di assistenza.</p>	<p>Le Regioni debbono predisporre idonei progetti per accedere ai finanziamenti finalizzati.</p> <p>C'è un vincolo di risorse del 25% per la linea progettuale "sviluppo delle cure primarie"</p>	
<p>Accordo Stato/Regioni 1° agosto 2007 Indirizzi per l'elaborazione dei progetti regionali per l'anno 2007 relativi a otto linee progettuali prioritarie del PSN 2006-08, sostenuti da risorse vincolate ex art.1, comma 34, L. 662/96</p>	<p>Tratta i progetti finalizzati di Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, ed inserisce tra le aree progettuali, anche:</p> <ul style="list-style-type: none">- i programmi per le cure primarie <p>in quest'ambito si confermano gli indirizzi di cui all'accordo 2006; si prevede di dare piena attuazione al D.lgs. 229/99 e alla Legge 328/2000 per creare piena corrispondenza funzionale e sostanziale tra Distretto e Zona sociale. Si possono prevedere, inoltre, progetti di sperimentazione della "Casa della Salute"</p>	<p>Le Regioni debbono predisporre idonei progetti per accedere ai finanziamenti finalizzati.</p>	
<p>Intesa Stato/Regioni 13 novembre 2008 Assegnazione e riparto tra le Regioni e Prov.A. per il 2007 del Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN, ex art. 1, comma 805, L. 296/06</p>	<p>Vengono assegnate alle Regioni le risorse previste dalla legge finanziaria 2007 per gli obiettivi prioritari del PSN:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sperimentazione Case della salute- Iniziative salute donna e neonato- Malattie rare- Rete unità spinali unipolari	<p>Le Regioni debbono predisporre idonei progetti per accedere ai finanziamenti finalizzati.</p>	
<p>Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009</p> <p>con un miliardo e 410mila euro complessive, e con alcuni finanziamenti vincolati (es. 240 milioni di euro per il Piano della Prevenzione)</p>	<p>L'obiettivo 1 "Cure primarie" è sostenuto da 352 milioni di euro;</p> <p>L'obiettivo "Non autosufficienza" indica come priorità lo sviluppo dell'ADI e tutto il percorso assistenziale per la presa in carico della persona non autosufficiente, evidenziando i diversi passaggi:</p> <p><i>Punto unico di accesso;</i> <i>Valutazione multidimensionale e predisposizione del PAI</i> <i>Verifica delle attività e degli esiti</i></p> <p>Inoltre introduce per la prima volta la priorità anche per la definizione di progetti per promuovere l'Attività fisica per pazienti cronici e persone anziane –(obiettivo 7).</p>	<p>Le Regioni debbono predisporre idonei progetti per accedere ai finanziamenti finalizzati, entro il mese di luglio 2009</p>	



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 16.03.2012

	Conferma, inoltre, le priorità precedentemente fissate nella finanziaria 2007, tra cui la Casa della Salute.		
Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 Patto per la salute 2010-2012	L'articolo 9 dell'Accordo ha ad oggetto la razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali, domiciliari e residenziali.	Processi di deospedalizzazione e atto di programmazione integrata nelle singole regioni e province autonome per la dotazione di posti letto di residenzialità, strutture di semiresidenzialità e organizzazione assistenza domiciliare; ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare a seguito di valutazione multidimensionale; attivazione flussi informativi.	
Accordo Stato-Regioni 8 luglio 2010 sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2010	Si confermano gli obiettivi già previsti per l'anno 2009 comprese le cure primarie (Assistenza h 24) e la non autosufficienza (la rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza; assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti; assistenza ai pazienti affetti da demenza).	Le Regioni debbono predisporre idonei progetti per accedere ai finanziamenti finalizzati, entro il 2010.	