

L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PROFESSIONI

L'esigenza di integrare (ossia far intervenire in modo congiunto, raccordare) diversi servizi deriva dal fatto che:

- a) molti bisogni dei cittadini sono composti da diversi problemi, includono disagi e sofferenze di natura differente, che interagiscono insieme nella vita della persona;
- b) problemi quindi che richiedono interventi diversi, da coordinare e attivare contestualmente;

Tuttavia il sistema dei servizi (e delle professioni) è suddiviso in molti segmenti diversi, e differenti Enti e servizi sono competenti a intervenire solo su specifici problemi. Questa suddivisione dei servizi per "competenze diverse" in certi casi è eccessiva e frantuma criticamente le offerte del welfare. Tuttavia rispecchia anche la necessità di assegnare competenze a diversi Enti (ad esempio Aziende Sanitarie o Comuni) e servizi (ad esempio a chi si occupa di problemi psichiatrici oppure di edilizia residenziale pubblica).

Ne deriva che quanto più il problema dell'utente è causato da diversi bisogni, tanto più occorre cercare di fornire interventi che seppur differenti siano coordinati, e quindi di promuovere la necessaria integrazione tra diversi Enti, servizi, professioni

Approfondiamo il tema attraverso una serie di esempi.

Negli schemi seguenti sono presentati 5 problemi che tipicamente si affrontano nei servizi del welfare: la povertà, la disabilità / non autosufficienza, la patologia psichiatrica, le dipendenze, la tutela dei minori. E per ciascuno si sintetizzano:

- a sinistra i bisogni che possono essere inclusi nel problema, e gli interventi che di conseguenza sarebbe necessario poter attivare
- a destra i servizi e gli Enti che hanno la competenza di allestire quegli interventi

Se ne può ricavare una sintetica mappa delle relazioni che vanno coltivate per integrare gli interventi, sia tra Enti che tra servizi

POVERTA'

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Integrare il reddito	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Migliorare l'occupabilità e formazione	Servizi educativi	Stato, Comuni
	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Inserimento al lavoro	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Trovare casa o non perderla	Servizi per l'abitazione	Agenzia Territoriale per la Casa, Comuni
Ospitalità per povertà estreme (senza dimora): dormitori	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Aumentare le capacità di autogestirsi	Tutti coloro che possono fare empowerment, tra i quali Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi

DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Prestazioni sanitarie	Medico di medicina generale e diversi servizi sanitari	Aziende Sanitarie Locali e/ o Aziende Ospedaliere
Valutazione del bisogno e della autonomia residua della persona, per definire le possibili prestazioni	Unità Valutative multidimensionali (UVMD) , per gli anziani denominate Unità di Valutazione Geriatrica (UVG): équipe di operatori sia sanitari che sociali: i percorsi di assistenza sociosanitaria (vedi sotto) iniziano con la valutazione in UVMD /UVG	Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Supporti per la vita quotidiana: ausili e protesi	Medicina Legale e Servizi protesici	Aziende Sanitarie Locali
Supporti per le funzioni della vita quotidiana: vestirsi, muoversi, alimentarsi, lavarsi, etc (assistenza sociosanitaria). E	Assistenza domiciliare sociosanitaria (varie forme), o in centri diurni o in residenze (RSA)	Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi

conseguenti supporti ai care giver e alla famiglia		
Tutela giuridica se incapaci	Nomina di tutore o amministratore di sostegno . E successiva gestione della tutela	Procura (per la nomina) Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Integrare il reddito (quando sia necessario)	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Migliorare l'occupabilità e formazione (quando è possibile per i disabili in età lavorativa)	Servizi educativi	Stato, Comuni
	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Inserimento al lavoro(se possibile per i disabili in età lavorativa)	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Ridurre le barriere architettoniche in casa	Servizi per l'abitazione o socioassistenziali	Regioni, Agenzia Territoriale per la Casa, Comuni

SALUTE MENTALE E PATOLOGIE PSICHIATRICHE

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Prestazioni sanitarie e sostegno ai familiari	Medico di medicina generale e diversi servizi sanitari, tra i quali la rete dei Servizi di salute mentale (ambulatorio, comunità, ospedale)	Aziende Sanitarie Locali e/ o Aziende Ospedaliere
Supporti per la vita quotidiana	Assistenza domiciliare (varie forme) o in centri diurni o in comunità	Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Tutela giuridica se incapaci	Nomina di tutore o amministratore di sostegno . E successiva gestione della tutela	Procura (per la nomina) Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Integrare il reddito (se necessario)	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Migliorare l'occupabilità e formazione (se possibile)	Servizi educativi, Servizi di salute mentale	Stato, Comuni, Aziende Sanitarie Locali
	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Inserimento al lavoro(se	Servizi per il lavoro, Servizi di salute mentale (per supportare il	Centri per l'impiego, Comuni, Aziende

possibile)	paziente)	Sanitarie Locali
Trovare casa o non perderla	Servizi per l'abitazione, Servizi di salute mentale (per supportare il paziente)	Agenzia Territoriale per la Casa, Comuni, Aziende Sanitarie Locali

DIPENDENZE

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Prestazioni sanitarie e sostegno ai familiari	Medico di medicina generale e diversi servizi sanitari, tra i quali i Sert	Aziende Sanitarie Locali e/ o Aziende Ospedaliere
Supporti per la vita quotidiana	Assistenza domiciliare (varie forme) o in comunità	Aziende Sanitarie Locali
Tutela giuridica se incapaci	Nomina di tutore o amministratore di sostegno . E successiva gestione della tutela	Procura (per la nomina) Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Integrare il reddito (se necessario)	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Migliorare l'occupabilità e formazione (se possibile)	Servizi educativi	Stato, Comuni
	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Inserimento al lavoro(se possibile)	Servizi per il lavoro, Sert (per supportare il paziente)	Centri per l'impiego, Comuni, Aziende Sanitarie Locali
Trovare casa o non perderla	Servizi per l'abitazione	Agenzia Territoriale per la Casa, Comuni

TUTELA DEI MINORI

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Prestazioni sanitarie e sostegno ai familiari	Medico di medicina generale e diversi servizi sanitari, tra i quali la Neuropsichiatria Infantile (NPI)	Aziende Sanitarie Locali e/ o Aziende Ospedaliere
Supporti alla famiglia per la vita quotidiana:	Servizi socio assistenziali locali assistenza domiciliare (varie forme), interventi di educatori, centri diurni, potenziamento delle capacità	Comuni / loro Consorzi,

	educative	
Sostituzione della famiglia d'origine (temporanea o definitiva):	Servizi socio assistenziali locali e Neuropsichiatria Infantile (NPI): affidamento familiare, inserimento in comunità, adozione	Comuni / loro Consorzi, Aziende Sanitarie Locali
Incontro del minore con il genitore al quale è stata limitata la potestà genitoriale (e non lo ha in affidamento)	Cosiddetti "Luoghi neutri": sedi di incontro tra i minori ed i genitori che non sono loro affidatari, con ruolo di supporto dei servizi socio assistenziali locali e Neuropsichiatria Infantile (NPI)	Comuni / loro Consorzi, Aziende Sanitarie Locali
Tutela giuridica se incapaci	Nomina di tutore o amministratore di sostegno . E successiva gestione della tutela	Procura (per la nomina) Comuni / loro Consorzi
Integrare il reddito della famiglia (se necessario)	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Inserimento scolastico e formazione	Scuole di vario ordine	Stato, Comuni

STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

Per costruire integrazione tra diversi Enti e servizi, con l'obiettivo di fornire interventi coordinati ai cittadini, possono essere messi in opera diversi strumenti, anche utilizzabili contestualmente. Ovviamente strumenti (e loro contenuti) devono essere adattati al contesto (tipo di Enti, tipo di servizi) e agli obiettivi che si cerca di ottenere (integrazione per fare cosa? E integrazione "di che cosa"?)

Una tipologia di strumenti può essere questa (per ciascuna si evidenziano esempi concreti):

1) STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

Ossia meccanismi che puntano a far interagire Enti (istituzioni) diversi, per coordinare / integrare le loro funzioni e il modo di gestirle. Si tratta perciò di accordi ed intese formalmente assunte da diverse Amministrazioni, il che può avvenire con atti amministrativi di diversa specie. Ricordiamo qui solo due tipi di atti di intesa: gli "Accordi di programma" e le "Convenzioni", il cui contenuto (ossia che cosa si desidera mettere in opera in modo integrato tra due Enti) può essere una qualunque delle competenze degli Enti. Ad esempio:

- 1.1) E' in genere tramite "Accordi di programma" che le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni/Consorzi definiscono come mettere insieme propri operatori e servizi (e anche cosa ciascun Ente deve spendere) per realizzare attività integrate sociosanitarie per i disabili e gli anziani non autosufficienti, quali:
 - L'attivazione delle Unità Valutative Multidimensionali (ad es. l'UVG) , che comprendono sia operatori sanitari delle ASL (es. geriatra e infermieri) sia operatori sociali dei Comuni /Consorzi), e che servono per valutare il grado di non autosufficienza e definire gli interventi di conseguenza

- La messa in opera dell'assistenza al domicilio, non solo infermieristica ma diretta agli atti della vita quotidiana, tramite anche assistenti familiari /badanti
- 1.2) Tramite "Accordi di programma" o "Convenzioni" possono essere definite intese tra le Aziende Sanitarie, i Comuni e l'Agenzia Territoriale per la Casa allo scopo di individuare abitazioni da assegnare in modo riservato o preferenziale a persone seguite dai servizi di salute mentale o per le dipendenze. Idem per eventuali percorsi di inserimento lavorativo (ad esempio tirocini guidati o "borse lavoro") da "riservare a utenti di quei servizio tramite intese tra ASL e Comuni
- 1.3) Si possono adottare atti che conducono a condividere tra Enti diversi non tanto "risorse" quanto "procedure", ossia "modi di lavorare insieme". Ad esempio una intesa tra Tribunale per i Minorenni e Comuni /ConSORZI su una procedura efficace per segnalare minori a rischio di abbandono e/o maltrattamento, ed eseguire i conseguenti provvedimenti del TM.

2) STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA

Ossia meccanismi che puntano a far interagire servizi diversi, per coordinare / integrare le loro attività e il modo di gestirle. Servizi che possono essere interni allo stesso Ente (ad esempio entro uno stesso Comune i Servizi sociali e i Servizi educativi, o per la casa, o per il lavoro), oppure appartenere ad Enti diversi (ad esempio un SERT dell'ASL ed un Servizio Sociale di un Comune/ConSORZIO).

E' utile richiamare due tipi di strumenti:

2.1) Investimenti nell'organizzazione, ossia iniziative assunte dall'Ente e dai Responsabili dei servizi per favorire integrazione, che possono promuovere:

- La collocazione in sedi e locali tra loro vicini di quei servizi che hanno maggiori necessità di lavorare insieme
 - La messa in opera di un sistema informativo che sia interoperabile, ossia di strumenti software per registrare le attività verso gli utenti che consentano un servizio di leggere ciò che ha registrato un altro servizio diverso. Su questo tema faremo una prossima lezione ad hoc.
 - La messa in opera di momenti di formazione comuni per operatori di differenti servizi che devono saper gestire insieme interventi coordinati. Ad esempio tra operatori sanitari della NPI dell'ASL (psicologi e neuropsichiatri) e operatori sociali dei servizi di Comuni / ConSORZI (assistenti sociali, educatori, OSS) per una formazione comune sulla lettura dell'abbandono /maltrattamento dei minori e i conseguenti rapporti con il Tribunale dei minori . Oppure tra operatori sanitari che nell'ASL si occupano di cure domiciliari (infermieri, medici) e operatori sociali dei servizi di Comuni / ConSORZI (assistenti sociali, OSS) per una formazione comune sugli interventi da attuare a casa per disabili e non autosufficienti
- 2.2) Definizione di **accordi per condividere prassi di intervento coordinate e metodi di lavoro comuni**, accordi di norma assunti dai Responsabili dei servizi, il che può avvenire con atti di diversa specie, ad esempio "protocolli d'intesa", "linee guida".
- Ad esempio:
- Un protocollo tra SERT (o Servizio di Salute Mentale) e Servizi per la casa dei Comuni per segnalare utenti con emergenze abitative
 - Una linea guida condivisa SERT (o Servizio di Salute Mentale) e Servizi Socioassistenziali dei Comuni / ConSORZI su come i primi possono coinvolgere i secondi quando hanno utenti in condizioni di povertà (e che quindi necessitano di assistenza economica). E

su come i Servizi Socioassistenziali possono coinvolgere SERT (o Servizio di Salute Mentale) quando hanno utenti con problemi psichiatrici e/o di dipendenze. Sempre con l'obiettivo di evitare che sia l'utente da solo che deve "navigare" tra diversi servizi e "crearsi da sé" l'integrazione degli interventi che è necessaria.

3) STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

Ossia meccanismi che puntano a far interagire professioni diverse, per coordinare / integrare le loro attività e prestazioni. Professioni che possono essere interne allo stesso Servizio (ad esempio assistenti sociali, educatori, medici interni allo stesso SERT o Servizio di Salute mentale), oppure appartenenti a servizi di Enti diversi (Comune/Consorzio e ASL).

Si tratta di tutte le iniziative che possono facilitare la condivisione (tra professionisti diversi) di: giudizi e valutazioni sul bisogno, di progettazione degli interventi appropriati, di adozione di criteri e metodi. Partendo da formazioni di base diverse, metodologie professionali differenti, status e prestigio diverso, e (a volte) obiettivi diversi sul nucleo familiare.

Gli strumenti più utili sono naturalmente la formazione in comune, ma anche la riflessione congiunta sul modo di lavorare e sulle decisioni che si assumono, per dedurre indicazioni sulle scelte più efficaci e appropriate. Ad esempio:

- Il lavoro di équipe per definire "chi fa che cosa" e "come è utile operare" allo scopo di definire il piano di intervento su un utente
- Un lavoro di analisi retrospettiva dei casi seguiti (audit), per dedurre "che cosa ha funzionato meglio e in quali casi", e quali errori sono stati commessi. Si può imparare molto dagli errori, purché li si cerchi e li si socializzi con chiarezza.
- Adottare uno strumento di scrittura comune, che vincoli diversi professionisti a scrivere insieme l'analisi dei bisogni e gli interventi conseguenti. Vuole avere questo scopo ad esempio in Piemonte il PAI (Piano di Assistenza Individuale) per i non autosufficienti

ALCUNI SNODI DI RILIEVO SUL TEMA DELL'INTEGRAZIONE.

1) Integrazione delle professioni o delle prestazioni?

Alcuni servizi sanitari sono nati (e tuttora organizzati) includendo tra i loro operatori sia profili sanitari (medici, infermieri, psicologi) sia profili sociali (assistenti sociali, educatori, oss). Ad esempio i Sert, e i Servizi per la salute mentale. **Ma la possibilità di offrire all'utente prestazioni integrate all'utente non dipende solo dalla presenza di professionalità diverse all'interno del singolo servizio.**

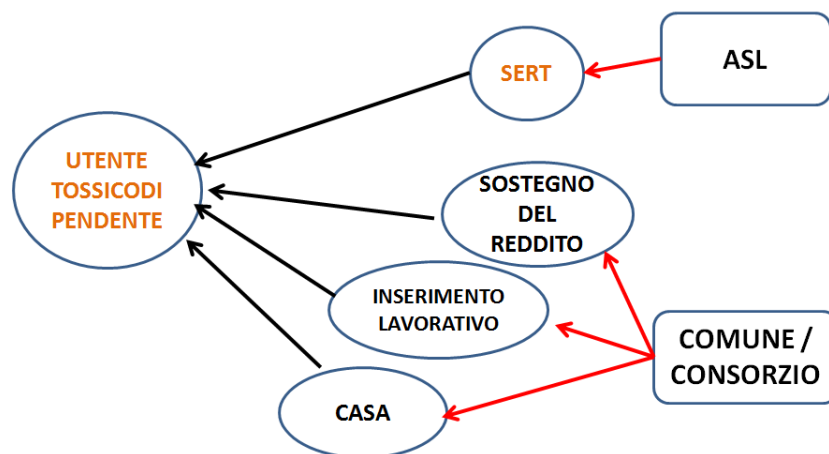
Questa compresenza può essere una caratteristica che facilita azioni pluriprofessionali integrate, ma è decisivo verificare quali prestazioni (anche materiali, come l'erogazione di contributi economici) devono essere offerte in modo integrato, e possono esserlo solo facendo confluire sull'utente funzioni che sono svolte da Enti diversi (ad esempio ASL e Consorzi/Comuni).

Ad esempio una assistente sociale dei SERT e del Servizio per la Salute Mentale non può attivare sui suoi utenti interventi sociali che sono di competenza dei Comuni/Consorzi solo in ragione del suo profilo professionale. Ossia non può erogare contributi di sostegno al reddito **solo perché è una assistente sociale, perché competono ad un altro Ente (Comuni / Consorzi).** Ciò che determina la possibilità di erogare specifici interventi non è solo la qualifica professionale dell'operatore bensì la competenza dell'Ente.

Perciò **l'integrazione che serve all'utente va spesso ricercata facendo interagire non solo "le professioni", ma "le prestazioni", spesso separate perché di competenza di Enti diversi (ASL o Comuni/ Consorzi).** Nell'esempio di prima l'assistente sociale dei

SERT e del Servizio per la Salute Mentale potrebbe erogare un'assistenza economica di competenza del Comune /Consorzio solo se fosse operante un accordo a questo scopo tra l'ASL e questi altri Enti.

Una visualizzazione grafica della necessità di integrare verso l'utente non solo "professioni" ma anche "prestazioni" (e di diversi Enti e servizi) può essere questa:



Quindi non si integrano le prestazioni solo inserendo assistenti sociali in tutti i servizi

2) I casi di complessità assistenziale

L'esigenza di interventi coordinati e integrati tra più servizi è particolarmente acuta nelle situazioni caratterizzate da "complessità assistenziale", ossia dalla presenza contestuale di più problemi, specialmente quando le risorse proprie della persona e della sua famiglia sono limitate. Ad esempio:

- arriva sabato notte al Pronto Soccorso di un Ospedale una persona con traumi e che presenta anche sintomi di sofferenza da dipendenza da sostanze.
- Nei giorni di ricovero si accerta anche che la persona soffre di disturbi psichiatrici e ha uno sfratto in corso.
- Dopo il ricovero ospedaliero è necessario programmare le dimissioni, ma individuando quale servizio del territorio deve / può prendere in carico e supportare la persona.

Poiché sono virtualmente coinvolti almeno tre servizi (SERT, Servizio di Salute Mentale, Servizi socioassistenziali), il nodo consiste:

- nell'individuare quale servizio debba assumere la titolarità del caso, e svolgere il ruolo di "regista" della presa in carico, coinvolgendo poi con sue iniziative gli altri servizi interessati.
- Oppure in quel territorio si è attivato un organismo ad hoc per i casi complessi, ad esempio una équipe composta da operatori provenienti dai diversi servizi, per valutare e gestire casi simili, o per decidere a quale servizio assegnarne la regia.

3) I rischi di “palleggiamento delle competenze”

Vi sono molte situazioni nella quali sono presenti contestualmente problemi che chiamano in gioco diversi servizi, anche quando non vi sia una elevata complessità assistenziale. Ad esempio povertà economica (che coinvolge i Servizi socioassistenziali di Comuni /ConSORZI) e tossicodipendenza (SERT dell'ASL), oppure disturbi psichiatrici (Servizio di Salute Mentale dell'ASL) e rischio per i minori entro la famiglia (che coinvolge i Servizi socioassistenziali di Comuni /ConSORZI).

Può accadere a volte che in tali casi si presentino difficoltà di varia natura ad un intervento congiunto di diversi servizi, oppure che si attivi addirittura una sorta di “palleggiamento delle competenze” derivante dal fatto che ogni servizio resiste a ricoprire il ruolo di unità che deve prendere in carico in modo primario il caso, ossia assumersi la titolarità dell'assistito. Banalizzando un poco può accadere che il Servizio di Salute Mentale dell'ASL ritenga che i disturbi psichiatrici non sono poi molto rilevanti, e sono secondari rispetto ai problemi socio assistenziali; oppure che i Servizi socioassistenziali di Comuni /ConSORZI ritengano di non poter gestire la situazione perché i problemi psichiatrici sono decisivi.

Il rischio è quindi quello di un conflitto strisciante su “a chi tocca questo utente”, a tutto danno di un intervento coordinato. Possibili correttivi a questa criticità sono la definizione di intese e protocolli di interventi espliciti, che vincolino (ma al contempo aiutino) i diversi servizi a seguire criteri non casuali in queste circostanze.

4) Il rapporto con i soggetti del terzo settore: imprese cooperative, associazioni di volontariato

Si possono attivare diverse modalità di “integrazione” tra servizi pubblici e soggetti del terzo settore (che abbiamo già presentato); alcune possono essere queste:

- Rapporti regolati da intese contrattuali, con retribuzione dei servizi resi. Ad esempio quando una impresa Cooperativa gestisce un servizio (ad es. assistenza domiciliare o comunità alloggio) in seguito ad un affidamento da parte dell'ASL oppure del Comune/ConSORZIO. Parlare qui di “integrazione dei servizi” è un poco fuori luogo, perché l'impresa Cooperativa gestisce il suo servizio in quanto è retribuita a questo scopo dalla Pubblica Amministrazione.
- Rapporti di collaborazione senza retribuzione di servizi resi, ad esempio quando una associazione di volontariato mette in opera un suo progetto (non finanziato dall'Ente pubblico, oppure solo con un rimborso spese parziale) e i servizi pubblici si raccordano con quell'attività per farla fruire anche dai loro utenti (ad esempio una mensa per senza dimora, oppure un centro diurno per minori). O quando una Fondazione bancaria gestisce autonomamente i suoi interventi (come l'erogazione di contributi di sostegno al reddito, o di percorsi di inserimento lavorativo guidati) e i servizi pubblici, tramite accordi, coordinano con la Fondazione come farli fruire anche ai propri utenti. Oppure di farne fruire persone che sono fragili, ma che sono escluse dai criteri di accesso alle prestazioni pubbliche.

5) Il rapporto Ospedale / territorio

Nel sistema sanitario italiano è da sempre molto fragile l'organizzazione di percorsi che supportino il paziente quando viene dimesso dopo un ricovero ospedaliero, ossia si soffre quasi ovunque di una separazione tra il momento dell'assistenza entro l'ospedale e il momento che segue la dimissione. Questa criticità si propone in due situazioni:

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2016/7. Docente Maurizio

- a) quando il paziente viene dimesso perché gli interventi eseguibili in ospedale sono terminati, ma è necessario un periodo di monitoraggio attento e di assistenza sanitaria (infermieristica, prelievi ed esami, controlli) per un certo tempo sino alla guarigione completa. Ad esempio dopo un infarto grave, o un trauma complesso.
- b) Quando il paziente viene dimesso perché gli interventi eseguibili in ospedale sono terminati (in quanto l'ospedale è mirato solo alla fase acuta della malattia), e tuttavia la persona non è più autosufficiente, e quindi necessita di un'assistenza sanitaria (infermieristica, prelievi ed esami, controlli) e/o sociosanitaria (assistenza negli atti della vita quotidiana: vestirsi, lavarsi, andare in bagno, alimentarsi, etc). E spesso è "cronico non autosufficiente", ossia necessita di questi interventi per tutta la vita residua, anche con tendenza ad aggravarsi (pensiamo alle demenze o al Parkinson o ad una grave disabilità fisica).

Il nodo della "integrazione ospedale / territorio" presenta diversi aspetti e cause:

- A) I servizi ospedalieri di norma non seguono il paziente quando viene dimesso, e dunque l'assistenza al domicilio "passa" al medico di medicina generale e ai servizi di assistenza sanitaria domiciliare delle Aziende Sanitarie (ad esempio infermieri a domicilio), i quali sono in genere piuttosto carenti rispetto alle esigenze. Vi sono rare esperienze di servizi ospedalieri che svolgono attività anche per non ricoverati, o per evitare il ricovero o per supportarli dopo le dimissioni.
- B) Le esigenze di assistenza sociosanitaria dei non autosufficienti (assistenza negli atti della vita quotidiana: vestirsi, lavarsi, andare in bagno, alimentarsi, etc.) aprono per il paziente un percorso con diversi possibili rami:
 - E' possibile un ricovero temporaneo (di norma 60 giorni) in una "Casa di cura", ossia una residenza post ospedaliera con fini di riabilitazione
 - Va eseguita una Valutazione multidimensionale in una Unità Valutativa Multidimensionale (o Geriatrica), che può essere interna all'Ospedale o esterna.
 - Può essere impossibile un ritorno alla vita al proprio domicilio, ed essere quindi indispensabile un ricovero in struttura residenziale per non autosufficienti (RSA). Ma vi sono in genere lunghe liste di attesa, a meno che il ricoverato si paghi da sé l'intera retta (50/70 Euro al giorno)
 - Per attivare una assistenza sociosanitaria al domicilio che consista nel supporto negli atti della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, andare in bagno, alimentarsi, etc) i servizi territoriali di ASL e Comuni / Consorzi hanno di norma liste di attesa non brevi, e possibilità di intervento che copre non molte ore settimanali. Dunque spesso la famiglia deve pagarsi da sé la badante (in tutto o in parte).

Sono state attivate entro gli Ospedali unità operative dedicate alla progettazione del percorso post ospedaliero, in particolare per persone e famiglie fragili. In Piemonte sono denominate NOCC (Nuclei Operativi di Continuità delle Cure), e di norma coincidono con il Servizio Sociale dell'ospedale

Segnalo infine che l'integrazione tra servizi sanitari e socio assistenziali, ossia tra interventi delle Aziende Sanitarie (Locali e/o Ospedaliere) e dei Comuni / Consorzi è denominata "**integrazione sociosanitaria**". E' una esigenza che, come evidenziato in molti esempi precedenti, si pone quando il problema da affrontare ha componenti e necessità sia sanitarie che socio assistenziali, ad esempio nell'assistenza residenziale o domiciliare per persone non autosufficienti