

MODELLO TORINO

Integrazione Socio Sanitaria

Strategie di sviluppo

Comunicazione e accessibilità





MODELLO TORINO

Integrazione Socio Sanitaria, Strategie di sviluppo, Comunicazione e accessibilità

Carissimo Lettore,

Benvenuto in questa nuova rubrica che la Città di Torino insieme alle ASL torinesi ha inteso allestire per offrire un ulteriore tangibile segno della volontà di informare e confrontarsi con tutti coloro che sono interessati ad approfondire le tematiche del Welfare e dunque del sistema dei servizi socio-sanitari della nostra Città.

Orientarsi tra i servizi, gli uffici e le molte iniziative presenti sul nostro territorio è in molti casi complicato.

Il "Catalogo" di offerte è così ricco e differenziato che stupisce favorevolmente anche noi che vi abbiamo lavorato. Servizi, progetti, iniziative con caratteristiche e finalità diverse, concorrono comunque a definire un quadro di offerte assai importante. Di tutto ciò, il cittadino va informato.

Nondimeno gli "operatori" manifestano il bisogno di conoscere con la migliore approssimazione possibile in cosa consiste davvero il sistema dei servizi di cui fanno anche parte.

Oltre 500 tipologie di risposte organizzate per fasce d'età e macro aree di bisogni primari, sono il risultato della prima ricognizione delle risorse, consolidate, innovative e sperimentali, che la Città offre ai suoi cittadini.

Per la prima volta una Città metropolitana tenta una ricognizione e una rappresentazione organica degli interventi realizzati aggregati secondo un modello tridimensionale che incrocia risposte ai bisogni, età della vita e nuovi luoghi di cura.

*A tale scopo è stato pensato il nuovo sito internet *La Salute a Torino*, uno strumento informativo progettato per rendere maggiore trasparenza e fruibilità al sistema. Tale strumento rivolto a tutti i cittadini, volontari e operatori è presentato nella sua architettura in fase di costruzione perché possa arricchirsi con gli apporti di tutti i partners e accompagnare la crescita di una cultura comune.*

*Direttore Generale
ASL Torino 1*

Ferruccio Massa

*Assessore alla Famiglia,
Salute e Politiche Sociali*

Marco Borgione

*Direttore
ASL Torino 2*

Giulio Fornero

[Vai al documento](#)

I PERCORSI PARTECIPATI: Profili E Piani di Salute, Piano Regolatore Sociale, verso il Piano di Zona

Profili E Piani di Salute (PEPS)

DEFINIZIONE

Il Profilo di salute di un territorio è la descrizione qualitativa e quantitativa delle prospettive positive di salute, ma anche dei fattori negativi e delle criticità, finalizzata a funzioni di informazione e comunicazione partecipata. Il Profilo consente di scegliere obiettivi specifici che saranno tradotti dai Piani di salute, strumenti che si propongono di orientare verso la salute le scelte di programmazione territoriale.

IL PERCORSO CITTADINO (tratto dal CD-ROM del 2008)

ASL TO1

Fin dalla sua nascita il SSN si è preoccupato della salute del cittadino; ma, negli anni, il concetto di salute come "assenza di malattia" si è rivelato sempre meno soddisfacente. Per superare questo limite è stato intrapreso un percorso che si può così sintetizzare:

- il focus si è spostato dal Servizio al Cittadino,
- dall'idea di salute si è passati all'idea di benessere,
- dall'analisi dell'offerta all'analisi della domanda.

Si è quindi passati dalla descrizione dello "Stato di salute della popolazione" alla costruzione dei "Profili di salute" quale strumento propedeutico al "Piano di salute".

Questo cambio di prospettiva è di grande importanza poiché presuppone di:

- porre la salute al centro delle politiche locali,
- considerare il Servizio Sanitario uno dei determinanti del benessere del Cittadino,
- lavorare in rete con tutti i soggetti che operano sul territorio,
- valutare la multidimensionalità della salute,
- promuovere processi partecipativi
- lavorare per promuovere la "Cultura della Prevenzione".

L'ASL TO 1 ha partecipato e parteciperà attivamente allo sviluppo del processo di miglioramento della salute e del benessere sul territorio cittadino di sua competenza, mettendo a disposizione informazioni e professionalità che andranno ad integrarsi con gli altri attori che sullo stesso territorio operano.

ASL TO2 Nord

"La salute non è semplicemente assenza di malattia o di infermità, ma è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che si configura come bene comune e come diritto umano inalienabile". L'elaborazione e costruzione dei Profili e Piani di Salute, fa proprie tutte le più accreditate ed attuali politiche della salute nei luoghi e nei modi nei quali la persona compie i suoi percorsi di vita quali l'ambiente, il lavoro, le abitudini, le scelte. L'intera comunità è chiamata a contribuire al processo di definizione degli indicatori e degli esiti di salute con l'obiettivo di individuare le modalità di miglioramento. Il contributo che l'ASL To 2 Nord mette a disposizione, si concretizza con il potenziamento delle attività e con il sostegno al processo di costruzione del Profilo di salute della popolazione delle circoscrizioni, della parte Nord della città di Torino.

Si rinnova dunque, la disponibilità a rendere operative quelle scelte che verranno intraprese come esito della definizione del profilo, nella realizzazione del Piano di Salute.

DoRS – Servizio di Epidemiologia ASL TO3

Si intende fornire ai tavoli di lavoro circoscrizionali una prima base informativa comune per la costruzione dei profili di salute a livello locale. Si tratta di un preliminare set di indicatori di natura demografica, sociale ed epidemiologica che ha l'intento di offrire ai tavoli circoscrizionali un stimolo, un'introduzione e un orientamento per l'inquadramento delle priorità sulle quali delineare i profili di salute delle circoscrizioni torinesi.

A livello di processo questa base informativa rappresenta il primo passo nel percorso di accompagnamento del tavolo centrale di coordinamento ai tavoli decentrati e costituisce la fase di partenza del percorso di costruzione dei profili di salute circoscrizionali. A questo primo step seguirà il lavoro di accompagnamento che il tavolo centrale offrirà sotto forma di assistenza tecnica ai tavoli circoscrizionali e di affiancamento ai facilitatori sanitari e sociali, che svolgeranno il ruolo vero e proprio di tutoraggio ai tavoli circoscrizionali.

La base informativa messa a disposizione dovrà inevitabilmente essere discussa e validata all'interno dei tavoli, arricchita ed integrata con altre informazioni di diversa fonte e provenienza, avvalendosi anche di strumenti e metodi propri della ricerca qualitativa e coinvolgendo la comunità locale e le sue diverse rappresentanze attraverso diverse forme e modalità di partecipazione. Il frutto di questo processo di integrazione di strumenti, metodi, fonti, contenuti e soggetti scaturirà in profili di salute che metteranno in evidenza le peculiarità dei contesti locali con le loro risorse e problemi e concorrerà alla costruzione del profilo di salute complessivo della città. I materiali (...) sono stati organizzati seguendo uno schema concettuale dei determinanti di salute elaborato all'inizio degli anni novanta nell'ambito di un piano di politiche e strategie per promuovere l'equità nella salute e preso in prestito dall'OMS.

In estrema sintesi il modello concettuale seguito classifica e riconduce alla seguente tipologia i determinanti di salute: ad un primo livello vengono individuati i fattori costituzionali come età, sesso, etnia, fattori genetici che non sono modificabili, ma che devono essere presi in considerazione quando si intende costruire un profilo di salute di popolazione. Ad un livello successivo vengono individuati gli stili di vita come fattori di rischio comportamentale di tipo individuale (abitudine al fumo, consumo di alcol, dieta alimentare, sedentarietà, consumo di droghe): si tratta di fattori modificabili con opportune politiche e interventi di prevenzione e promozione della salute e che vengono anche definiti di tipo prossimale rispetto agli esiti di salute perché il loro effetto agisce direttamente sulla salute. Allargando lo spettro di osservazione vengono prese in considerazione le reti sociali che i soggetti innescano all'interno della comunità e che hanno una duplice valenza: quando deboli rappresentano fattori di rischio sugli esiti di salute soprattutto di tipo psico-sociale, quando ricche, forti ed intense rappresentano una risorsa per la comunità locale per la potenzialità che offrono come forme di mutuo-aiuto e reciprocità all'interno dei contesti locali. Ad un livello ancora più macro si individuano fattori di rischio di tipo strutturale che a loro volta possono essere suddivisi in fattori di tipo contestuale, come ad esempio il contesto di lavoro o di vita, o di tipo individuale come ad esempio il livello di istruzione o la condizione professionale e che vengono altrimenti definiti fattori di tipo distale rispetto agli esiti di salute perché il loro effetto sulla salute non è diretto, ma è mediato da quelli che sono stati definiti fattori di tipo prossimale. (...)

Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie

Con la Conferenze Unificate A.S.L./ Città del 18 maggio 2007, anticipando le indicazioni successivamente emanate dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-10, si era convenuto di dare corso ad attività congiunte finalizzate alla produzione del profilo di salute Città/Circoscrizioni/Distretti Sanitari, da integrare nel più ampio percorso del Piano Regolatore Sociale.

In questo ambito, un primo momento di condivisione è stato rappresentato dal corso per facilitatori PePS organizzato dalla Regione Piemonte con la collaborazione di DORS (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute) al quale hanno partecipato, tra gli altri: i Dirigenti dei Servizi Sociali cittadini, i Referenti PePS ed alcuni Direttori di Distretto delle A.S.L. torinesi. Il corso ha rappresentato una palestra utile per la costruzione di un lavoro integrato in tutte le sue fasi. Il gruppo dei corsisti, ha proseguito il confronto avviato in sede di formazione, con approfondimenti ed analisi integrabili all'interno del futuro profilo, del quale occorreva individuare il percorso di costruzione.

In parallelo, con la ricognizione aggiornata al 2006 dei servizi e degli interventi sociali, nel loro più ampio significato, offerti dalla Città a diversi target di cittadini, si è conclusa la prima fase del Piano Regolatore Sociale.

Anche in esito alle sopra elencate attività è stato possibile formulare la richiesta di collaborazione nei confronti di DORS, volta a predisporre la proposta del percorso operativo per la costruzione del Profilo di Salute della Città. Si tratta di una proposta tesa a conciliare l'esigenza di descrivere in modo omogeneo e con riferimenti alle fasi del ciclo di vita delle persone/cittadini, le specificità territoriali proprie delle Circoscrizioni; in modo che si possa agire, quando necessario, un'analisi per target, similmente a quanto avvenuto per l'attività ricognitiva effettuata in sede di P.R.S. (...)

Le stesse Linee Guida Regionali (...) precisano per altro che: "Per la Città di Torino il percorso di costruzione del PePs dovrà avvenire in modo unitario su scala cittadina"... e che: "le funzioni di laboratorio territoriale per la salute saranno svolte dalle strutture tecniche già avviate per la predisposizione dei Piani di Zona ex art.17 della L.R.328/04". (...) La composizione e la condivisione di un profilo della Città avverrà con modalità partecipata (...), affinché si possa procedere su una base conoscitiva comune alla fase di pianificazione, ovvero a Piano di Salute e Piano di Zona.

Piano Regolatore Sociale (PRS)

DEFINIZIONE

Il Piano Regolatore Sociale (PRS) è uno strumento democratico e partecipativo per connettere in modo sinergico gli interventi realizzati sul territorio, destinati a produrre effetti sul benessere sociale dei cittadini, attraverso l'individuazione delle aree di intersezione sulle quali agiscono i diversi comparti interni dell'Amministrazione Comunale, ma anche altre istituzioni, le organizzazioni private e il terzo settore. È uno strumento che pone al centro delle proprie priorità la salute e il benessere della comunità cittadina, come risorsa e capitale essenziale. La salute non intesa come effetto delle politiche sanitarie, ma bensì come bene primario capace di generare influenze decisive sulla coesione sociale, sulla sicurezza, sulla qualità della vita,

prerequisito essenziale per lo sviluppo sociale, economico, personale, bene sul quale incidono interventi elaborati da diversi comparti dell'amministrazione pubblica e azioni attuate da molti soggetti pubblici e privati profit e no profit. In questo modo diviene oggetto del Piano Regolatore Sociale l'indagine sulle dinamiche che consentono di tradurre un maggiore livello di benessere sociale in attrattività e competitività e viceversa quelle che garantiscono una traduzione dello sviluppo economico in benessere sociale.

IL PERCORSO CITTADINO
(tratto dal seminario del
23/07/08)

Il Piano Regolatore Sociale, avviato dalla Città di Torino nel 2007, è un processo che promuove una programmazione coordinata e integrata delle politiche rilevanti per il benessere dei cittadini. Il 23 luglio 2008 è stato realizzato un seminario che ha concluso la prima fase di lavoro, dedicata a raccogliere e analizzare tutti gli interventi realizzati in un anno dalla Amministrazione, e mirati a sei diversi target di destinatari: bambini, giovani, adulti, anziani, stranieri, disabili. Il contributo dei partecipanti, in prima istanza agli incontri dei tavoli di lavoro, successivamente al seminario, ha permesso di mettere in luce alcune piste di lavoro promettenti, alcuni strumenti per aiutare a calibrare le politiche, alcuni meccanismi per migliorare il coordinamento tra gli uffici.

In questa logica le politiche rilevanti per il Piano Regolatore Sociale non sono, o non sono soltanto, quelle dell'assistenza. Il Piano Regolatore Sociale non è un modo per declinare le politiche dell'assistenza sociale: al contrario, è un modo per smontare settorialità e frammentazioni tra politiche, compresa quella che distingue tra interventi rivolti a soggetti che vivono in una condizione di disagio conclamato e interventi rivolti a incrementare il benessere di tutti. Il Piano Regolatore Sociale dovrebbe indirizzare le finalità delle politiche sociali verso un benessere esteso a tutte le categorie sociali, e valorizzare il ruolo delle politiche pubbliche volte allo sviluppo e alla produzione di beni collettivi nella generazione di benessere. Si tratta quindi di promuovere una migliore programmazione e integrazione delle politiche, perché l'eccesso di settorialità riduce l'efficacia dell'intervento, determina sprechi di risorse, produce ridondanze, sovrapposizioni, aree scoperte, e non consente di mettere in comune saperi e strumenti di azione. L'efficacia infatti, non dipende soltanto da una razionalizzazione degli obiettivi, ma da una aumentata capacità di lavoro comune.

Il Piano Regolatore Sociale, infatti, nasce all'interno del Comune, ma nutre l'ambizione di estendersi all'esterno, coinvolgendo i tanti attori presenti sul territorio nella selezione e condivisione delle priorità, per superare l'autoreferenzialità nella definizione di bisogni, soluzioni e modelli d'intervento – un rischio sempre presente nell'agire dell'attore pubblico. Al contrario, nella logica del Piano Regolatore Sociale il ruolo di leadership dell'attore pubblico dipende dalla sua capacità di indirizzo, promozione, incentivazione e regolazione degli interventi degli attori sociali presenti nel contesto locale.

Questo ruolo rende l'attore pubblico capace di attrarre e indirizzare competenze, capacità e risorse anche economiche, fortemente diffuse nella società civile.

Per definizione strumento incrementale di inquadramento delle politiche, avente lo scopo di sollecitare non solo l'azione, ma anche la riflessione su di essa, il Piano Regolatore Sociale resta un processo aperto, un terreno di gioco a disposizione di chi vuole servirsene per migliorare la qualità del proprio lavoro e il raggiungimento di risultati che persegue insieme ad altri, dentro e fuori dall'Amministrazione comunale.

Piani di Zona (PdZ)

DEFINIZIONE

Il Piano di Zona (PdZ) è lo strumento che viene offerto alle comunità locali per leggere, valutare, programmare e guidare il proprio sviluppo ed è un piano regolatore del funzionamento dei servizi alle persone. Esso è promosso dai diversi soggetti istituzionali e comunitari per analizzare i bisogni e i problemi della popolazione sotto il profilo qualitativo e quantitativo; riconoscere e mobilitare le risorse professionali, personali, strutturali, economiche pubbliche, private (profit e non profit) e del Volontariato; definire obiettivi e priorità, nel triennio di durata del piano attorno a cui finalizzare le risorse; stabilire forme e modalità gestionali atte a garantire approcci integrati e interventi connotati in termini di efficacia, efficienza ed economicità; prevedere sistemi, modalità, responsabilità e tempi per la verifica e la valutazione dei programmi e dei servizi.

VERSO IL PIANO DI ZONA: GLI ATTORI DEL PERCORSO CITTADINO (tratto dalla D.G.R. 28/2009 “Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona”

Gli attori, gli organi e gli strumenti del Piano di Zona

Il Piano di Zona rappresenta uno strumento di programmazione concertato da più soggetti di programmazione ed erogazione dei servizi sociali, nonché di tutti i soggetti indicati dall'art. 10 della L.R. 6 agosto 2007, n. 18. Alla realizzazione del Piano di Zona concorrono i sottoelencati soggetti, sulla base di ruoli e funzioni:

La Regione

La Regione definisce gli obiettivi strategici regionali e, attraverso l'Ufficio di Piano Regionale, coordina l'attività di monitoraggio ed indirizzo.

La Regione in sede di ripartizione delle risorse del “Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali”, si attiene ai principi espressi dal comma 10 dell'art 35 della L.R. 1/2004 e dall'art. 22 della L.R. 18/2007.

La Regione garantisce, attraverso l'Ufficio di Piano Regionale, durante il processo di realizzazione dei Piani di Zona, il supporto tecnico ed informativo a favore dei soggetti istituzionali coinvolti. (...)

Le Aziende Sanitarie Locali

Le Aziende Sanitarie Locali partecipano in modo diretto e attivo alla costruzione dei Piani di Zona per gli aspetti relativi alla tutela della salute della popolazione e del territorio di riferimento e, in particolare, per l'integrazione dei servizi a carattere socio-sanitario, secondo quanto indicato dall'art. 7 della L.R. 1/2004.

Le Aziende Sanitarie Locali, attraverso i Distretti Sanitari, concorrono alla programmazione territoriale: il Distretto è l'ambito territoriale in cui si attua, per obbligatoria corrispondenza, il collegamento tra PePS e PdZ, e l'integrazione sociosanitaria prevista nei programmi di attività distrettuale e nel Piano di Zona.

Le Province

Le Province partecipano alla definizione e all'attuazione dei Piani di Zona concorrendo alla programmazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, in quanto enti intermedi e soggetti di programmazione decentrata delle politiche regionali e di coordinamento del territorio, così come definito dall'art. 5 della L.R. 1/2004.

In coerenza con il loro ruolo di promozione dello sviluppo della programmazione territoriale (TU 267/2000, L.R. 1/2004), le Province stimolano e agevolano i processi locali per l'integrazione degli interventi e delle politiche di rilievo sociale; partecipano ai processi di programmazione locale sui Piani di Zona tramite la sottoscrizione dell'Accordo di Programma, con compiti di supporto e coordinamento dei "servizi di area vasta" riferiti a più ambiti territoriali sociali (art. 17, comma 9 L.R. 1/2004). L'intervento provinciale, nel più ampio processo di predisposizione e realizzazione dei Piani di Zona, dovrà configurarsi quale apporto sostanziale all'organicità della programmazione, all'individuazione di percorsi di intervento condivisi e confrontabili a livello regionale, al supporto nel rapportarsi a soggetti tradizionalmente a margine o non coinvolti nella rete dei servizi e degli interventi del settore sociale, evitando di appesantire inutilmente il complesso iter di predisposizione e approvazione dei Piani di Zona.

Le Province che hanno istituito l'"Ufficio di Piano Provinciale" partecipano con un loro rappresentante all'"Ufficio di piano regionale".

Le Province, inoltre:

- svolgono funzioni di indirizzo, supporto metodologico, tecnico e informativo, formazione a favore degli Uffici di piano e degli Enti gestori, nonché di concerto con la Regione, le attività di comunicazione, monitoraggio, elaborazione, valutazione dei risultati provenienti dal territorio, elaborazione di indicatori per le attività suddette;
- favoriscono la piena attuazione dell'art. 5 della L.R. 1/2004, istituendo un "osservatorio provinciale sulle politiche sociali" che proceda alla raccolta ed elaborazione dei dati sui bisogni e sulle risorse pubbliche e private di servizi sul territorio provinciale;
- possono altresì partecipare alla realizzazione di specifiche azioni di Piano in qualità di soggetto "partner" mettendo a disposizione apposite risorse;
- adottano, per le proprie competenze, come metodo della programmazione, i criteri del coordinamento e dell'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche, degli interventi sanitari, dell'istruzione, della formazione e del lavoro, della casa, della sicurezza sociale, della viabilità e trasporti, della pianificazione territoriale, comunque rivolte alla prevenzione e alla riduzione ed eliminazione delle condizioni di bisogno e di disagio;
- promuovono ed incentivano la realizzazione di Piani di Zona per ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari, in particolare nelle realtà ove maggiore è la frammentazione in più Enti gestori di un medesimo distretto sanitario; favorendo, inoltre, il raccordo dei diversi Piani di Zona anche al fine di produrre una sintesi della programmazione e delle priorità espresse a livello locale;
- diffondono l'informazione in materia di servizi sociali sul territorio di competenza, anche concordando con gli Enti gestori le necessarie iniziative per diffondere l'informazione sui contenuti dei documenti di programmazione dei Piani di Zona, nonché tutte le correlate informazioni utili a favorire la più ampia conoscenza dei servizi sociali presenti;
- promuovono l'istituzione di un organismo di coordinamento a livello provinciale (da definirsi "Ufficio di Piano Provinciale") al fine di perseguire, nel processo di redazione dei Piani di Zona, gli obiettivi di uniformità metodologica, nonché di omogeneità qualitativa nell'erogazione dei servizi sul territorio di ogni singola provincia.

Allo scopo di erogare servizi efficaci al cittadino, le Province possono esercitare in forma associata le funzioni di competenza, anche mediante l'individuazione di strumenti condivisi e l'attivazione di livelli di raccordo interprovinciali.

La Città di Torino

La Città di Torino rappresenta l'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali del più ampio bacino demografico della Regione; quale Ente gestore delle funzioni socioassistenziali predisporrà il proprio Piano di Zona tenendo conto della complessità esistente e dando luogo ad un percorso multiplo centrale e circoscrizionale.

Il Piano di Zona della Città di Torino dovrà essere predisposto con la partecipazione di tutte le Asl afferenti al territorio comunale, i rispettivi direttori generali sono componenti obbligatori del Tavolo Politico istituzionale.

La predisposizione del Piano di Zona della Città di Torino, che potrà esprimere percorsi adattati alle peculiarità metropolitane, dovrà comunque raccordarsi anche con l'Ufficio di Piano Provinciale per l'attività assegnate da queste linee guida a questi uffici.

Le Organizzazioni Sindacali

Le Organizzazioni Sindacali confederali e di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale, in quanto rappresentanti di interessi diffusi, partecipano al processo di programmazione secondo il criterio di concertazione e cooperazione individuato dal comma 2, art. 14 della Legge regionale 1/2004.

Il Terzo settore

Con "Terzo settore" si identifica l'insieme dei soggetti pubblici e privati individuati dal Titolo I delle Linee guida di cui alla D.G.R. 79-2953 del 22 maggio 2006.

Il Terzo settore partecipa al processo di programmazione e di progettazione degli interventi, nonché all'elaborazione dei criteri di scelta gestionale e alla definizione dei parametri e criteri relativi alla valutazione dell'efficacia ed efficienza degli interventi tenuto conto delle specificità che riguarda l'insieme dei soggetti del citato Titolo I. In particolare, per il principio di adeguatezza, in sede di definizione dei criteri di partecipazione ai diversi "tavoli" si dovrà porre cura di avviare processi democratici e trasparenti di selezione dei rappresentanti del Terzo settore, con caratteristiche di radicamento nel territorio, in grado di rappresentare il "settore" e non il singolo soggetto di appartenenza.

In nessun caso la partecipazione al processo di programmazione potrà preconstituire titolo per eventuali e futuri affidamento di servizi.

Altri soggetti di cui all'art 14 della Legge regionale 1/2004

Sulla base di quanto previsto dagli artt. 2 e 14 della L.R. 1/2004, nel processo di costituzione dei Piani di Zona è assicurata inoltre la partecipazione attiva dei cittadini, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

(...)

I Tavoli Tematici

La programmazione partecipata dovrà essere sviluppata per fasce d'età in coerenza con gli obiettivi strategici regionali; in ogni ambito territoriale dovranno obbligatoriamente essere attivati almeno i seguenti Tavoli tematici:

- Minori;
- Adulti;
- Anziani.

I Tavoli tematici non dovranno essere considerati quali contenitori chiusi di progettazione ma dovranno tra loro colloquiare, con il supporto dell'Ufficio di Piano, per quanto riguarda gli elementi di reciproca influenza. La progettazione dovrà individuare se l'intervento previsto si configura quale azione di potenziamento (inteso come miglioramento o ampliamento di un servizio già esistente) o di innovazione (strutture e servizi non ancora presenti sul territorio di riferimento).

Nel caso di interventi già presenti nella precedente tornata di programmazione, gli stessi devono essere qualificati come di razionalizzazione e/o riformulazione o potenziamento.

(...)

Piani di Zona e i Profili e Piani di Salute

I Piani di Zona, coordinati con i Profili e Piani di salute distrettuali e con i programmi di attività territoriale distrettuale, consentono pertanto la costruzione di un sistema "integrato" in grado di riconoscere la specificità socio-sanitaria del singolo territorio ed individuare le strategie, le priorità di intervento, gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione.

Da questo punto di vista, come indicato dal PSSR 2007-2010, "I PePS rappresentano un possibile sviluppo del complesso degli attuali strumenti di programmazione che dovranno accogliere e non disperdere il notevole lavoro che ha visto impegnati, in particolare nella predisposizione dei Piani di Zona, operatori degli Enti gestori e delle aziende sanitarie".

Ai fini del Piano di Zona il PePS interagisce per due funzioni fondamentali:

a) tramite i Profili di Salute:

- fornisce la lettura del contesto di salute e benessere attuale e atteso del territorio che viene acquisito dal Tavolo Politico Istituzionale quale parte della rilevazione dello stato del territorio, dei suoi bisogni e delle sue risorse;

b) tramite i Piani di Salute:

- indica gli obiettivi prioritari di salute e benessere che devono essere presi in considerazione anche nella predisposizione del Piano di Zona, in particolar modo nelle parti riguardanti l'area integrata socio-sanitaria;

- per la parte relativa alle disposizioni recepite nel Piano Attuativo Locale e dai Distretti il Comitato dei Sindaci di cui all'art. 8 della L.R. 18/2007, verifica la congruenza delle disposizioni in materia di attività integrata con gli obiettivi strategici locali e con la relativa pianificazione dei Piani di Zona.

Sulla base della indicazione normativa, gli indirizzi dei PePS distrettuali orientano la definizione dei piani attuativi delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere.

Restando nell'ambito distrettuale, il Programma delle attività territoriali ed il Piano di Zona rappresentano l'uno il piano di salute in cui sono definiti i bisogni prioritari locali e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli, l'altro lo strumento della programmazione operativa per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

Qualora nella presente prima fase di predisposizione di PePS, il documento non fosse ancora stato adottato, il Tavolo Politico Istituzionale provvederà ad un'integrazione della lettura del "quadro sociale dell'ambito territoriale di riferimento" per gli aspetti necessari alla predisposizione del Piano di Zona.

La parte dei Piani di Zona relativa alle attività di integrazione socio-sanitaria trova obbligatoria corrispondenza, ai sensi del comma 6 art. 17 L.R. 1/2004, nella parte dei programmi di attività distrettuale contenuta nei Piani attuativi aziendali delle Asl, per garantire la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti interessati, e l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure.

Ai fini del rispetto della correlazione tra le attività integrate indicate da Piani di Zona e dai Programmi di attività distrettuale, deve essere redatto apposita dichiarazione - da allegare all'Accordo di programma - sottoscritto dal Direttore dell'Asl e dai Direttori degli Enti gestori territorialmente afferenti, in cui si attesta l'avvenuta corrispondenza tra i documenti di programmazione sanitaria e quello sociale.

Le azioni di cui al precedente paragrafo che si configurano quale esclusivo mantenimento dell'intervento per il triennio in considerazione, non dovranno essere inserite nel Piano di Zona in quanto già contemplate nel Piano di Attività Distrettuale e per la quale la "concertazione" con l'ambito sociale si desume dalla sottoscrizione della dichiarazione di cui sopra. La sottoscrizione del documento rende comunque giuridicamente vincolate le parti alla realizzazione degli interventi previsti.

La Regione, nell'assegnazione degli obiettivi e delle risorse finanziarie alle singole Asl tiene conto di quanto prefissato nella parte di integrazione socio-sanitaria dei Programmi di attività distrettuale e, analogamente si conforma nella ripartizione del "Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali" per la parte coincidente del Piano di Zona.

Nei casi in cui manchi la corrispondenza tra Comitato dei Sindaci di Distretto e Assemblea dei Sindaci dell'Ente gestore i Presidenti degli organi assembleari stabiliranno le modalità di verifica delle disposizioni per le parti di territorio non corrispondenti.

**UN SISTEMA INTEGRATO:
principi e garanzie, gli attori del Sistema**

Un sistema integrato di principi e garanzie

**ASL TO1
(tratto dal Bilancio Sociale 2008)**

I valori etici di riferimento che guidano i rapporti dell'ASL TO1 con gli stakeholder (soggetti portatori di interesse) considerati sono finalizzati a:

- Garantire al cittadino le cure appropriate con continuità tra istituzioni diverse e secondo i bisogni identificati.

- Garantire la tutela della salute e la promozione di comportamenti, individuali e collettivi, che aumentano la possibilità di rimanere in salute

- Gestire secondo criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza le risorse disponibili in funzione dei bisogni effettivi della persona e calibrando la rete degli interventi. (...)

I valori descritti si articolano in obiettivi assistenziali generali espressi dall'attività di diverse strutture che hanno la caratteristica comune di essere efficaci solo se possono essere assicurate in modo trasversale e continuo attraverso tutto il tessuto assistenziale cittadino, sia territoriale che ospedaliero. Solo pertanto una assidua opera di collaborazione, dialogo, confronto tra le Aziende Sanitarie di Torino può permettere di costruire protocolli, accordi, percorsi di continuità che garantiscano al cittadino le prestazioni di cura, riabilitazione e prevenzione senza diseguaglianze all'interno dello stesso territorio.

L'Asl TO1 ha declinato quanto sopra in molteplici obiettivi aziendali, che hanno coinvolto molti Dipartimenti, tutti orientati al pieno raggiungimento di tre obiettivi generali: 1.) garantire la dimissione tempestiva dei pazienti e la continuità assistenziale; 2.) garantire la tutela della salute e la promozione di comportamenti, individuali e collettivi, per aumentare la possibilità di rimanere in salute; 3.) garantire l'individuazione delle risorse professionali nell'area della specialistica convenzionata e fornire il supporto tecnico per la gestione delle stesse.

**ASL TO2 NORD
(tratto dalla Rubrica Presidi Anziani 2008)**

Sistema dei diritti di salute: chiarezza, trasparenza, equità.

Coniugare con questi fondamentali valori la progettazione personalizzata, le situazioni di priorità e la complessità organizzativa è la sfida che ispira ulteriormente gli sforzi in atto per accorpate settori affini e complementari. Con tutti i soggetti che a vario titolo si impegnano in questa tutela condividiamo da anni percorsi di attenzione e crescita. La salute è anche integrazione delle risorse comuni di Socialità e Sanità per dare una risposta valida alle malattie più frequenti oggi: le malattie croniche. Il mandato è quello di sempre: di attenzione ai bisogni delle persone malate e delle loro famiglie.

I percorsi che stiamo costruendo si ispirano sempre più a valorizzare la facilità dell'accesso, la continuità delle cure, l'autodeterminazione del proprio progetto assistenziale in un contesto di servizi accogliente, tutelante, certo.

Il riconoscimento della dignità di ogni persona (anche la più limitata e svantaggiata, nel rispetto dei suoi diritti, soprattutto quando non è in grado di difenderli autonomamente); del diritto alla qualità della vita (da garantire in particolare a chi è più in difficoltà); delle potenzialità (insite in ogni persona con disabilità e delle sue possibilità di relazione ed integrazione sociale); permette di comprendere come anche la “diversità” può portare ricchezza di valori e di relazioni di cui l’intera comunità deve essere consapevole per poterne usufruire e contribuire per la realizzazione di una realtà sociale solidale.

Con questo spirito, gli enti pubblici con le associazioni di rappresentanza delle famiglie, le associazioni di volontariato, gli enti gestori dei servizi e tutto il terzo settore hanno costruito non solo una rete di risorse ma un sistema basato sulla comunicazione e sulla collaborazione creando sinergia di idee e di risorse, orientando gli sforzi comuni verso il continuo miglioramento delle risposte.

Non si tratta di singole prestazioni, ma di un insieme di interventi che possono accompagnare la persona (...) in ogni fase della sua vita, in una dimensione di vicinanza e con la collaborazione in rete della famiglia, degli operatori socio-sanitari, delle organizzazioni del terzo settore, delle strutture socio-sanitarie e di tutte le possibili risorse del territorio.

Grazie all’azione concertata dei diversi soggetti, vengono proposti progetti personalizzati, nei quali valutare i reali bisogni, valorizzare le risorse già operative, attivare altri supporti (soprattutto nei casi di persone “senza rete” – privi di sostegni familiari e sociali), impostare un percorso insieme, sempre modificabile, nella ridefinizione degli obiettivi. Il criterio è quello dell’appropriatezza degli interventi nella piena considerazione della unicità della persona. (...)

Consapevoli di non essere in grado di dare risposte a tutti i bisogni delle persone, accettiamo la sfida quotidiana di riconoscere ognuno nella propria diversità e nella propria unicità, riconoscendo la fragilità come condizione ineliminabile dell’esistenza, che ci accomuna, e che diventa punto di contatto e di forza per le persone (...), per chi se ne prende cura e per chi ci si avvicina.

In questo modo le persone con “disabilità e la fragilità” di cui sono portatrici consentono una vera crescita in termini comunitari di una città solidale.

Gli attori che partecipano ai percorsi di integrazione

ASL TO1

(tratto dal Bilancio Sociale 2008)

Missione e valori di riferimento

L'ASL TO1 ha funzione pubblica di tutela e promozione della salute dei cittadini e della collettività mediante la soddisfazione dei bisogni sanitari e sociosanitari nel rispetto delle scelte istituzionali effettuate dagli organi di governo del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

Si impegna alla costante correlazione con i bisogni emergenti dalla comunità locale di riferimento e a tradurli in iniziative di offerta di servizi rispondenti e compatibili con gli stessi; a soddisfare la domanda di sicurezza sanitaria e sociosanitaria assicurando interventi personalizzati, essenziali, efficaci, appropriati, convenienti ed orientati all'innovazione, nonché a garantire la trasparenza nelle decisioni. L'Azienda assicura i livelli di assistenza della prevenzione, cura e riabilitazione erogati sia da strutture aziendali che da strutture esterne accreditate e si ispira ai seguenti valori di riferimento: la libertà della persona nella scelta del servizio, della cura efficace, del professionista; la tutela della vita umana nelle sue diverse fasi; la responsabilità verso la comunità e la responsabilità gestionale e clinica; la condivisione della missione e degli obiettivi aziendali; la collaborazione cioè la capacità dell'organizzazione di orientare i processi operativi intorno alle esigenze della persona; la crescita personale dei dipendenti e dei collaboratori convenzionati attraverso la formazione continua; il sostegno e lo sviluppo della comunità affinché cresca la capacità di scelta per la promozione e la tutela della salute; il miglioramento continuo; la professionalità; la legittimità e legalità come corrispondenza dell'azione della pubblica amministrazione e di tutti i dipendenti alle norme vigenti, e soprattutto al codice deontologico dei pubblici dipendenti e delle professioni sanitarie, avendo cura di rimuovere ogni situazione di conflitto di interessi; l'imparzialità e la tutela delle pari opportunità nelle scelte e nelle decisioni; la buona amministrazione; la trasparenza.

I principi ispiratori

I principi che l'ASL TO1 assume come proprio modello organizzativo aziendale in coerenza con la programmazione regionale sono:

- tutela e promozione della salute come bene comune, diritto inalienabile di tutti i cittadini, a prescindere dalle condizioni sociali individuali e interesse della collettività, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione;
- primato della prevenzione e ruolo strategico delle attività di promozione della salute;
- ruolo primario dei soggetti individuali e collettivi del territorio nell'identificazione dei bisogni di salute e delle azioni finalizzate al raggiungimento e mantenimento del benessere sociale;
- orientamento alla solidarietà, alla sobrietà, alla dignità, alla umanizzazione e alla sussidiarietà nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi socio-sanitari;
- partecipazione degli enti locali, dei cittadini e degli operatori pubblici e privati del servizio socio-sanitario regionale, attraverso le loro rappresentanze, alla definizione delle linee programmatiche;
- omogeneità e uniformità delle prestazioni da assicurare ai cittadini, attraverso livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale che siano garanzia di giustizia ed equità;

- appropriatezza delle prestazioni, qualità e continuità delle stesse, attraverso l'integrazione con gli interventi sociali e socio-sanitari;
- valorizzazione del sistema sanitario quale strumento di sviluppo sociale ed economico della Regione. In coerenza, l'Azienda promuove;
- il decentramento territoriale della attività sanitaria che non riveste specifiche caratteristiche ospedaliere;
- l'azione dei Presidi Ospedalieri nel trattamento delle patologie acute e nell'erogazione di servizi diagnostici, svolto attraverso l'organizzazione dipartimentale;
- il ruolo dei Distretti, per favorire la vicinanza col cittadino, tutelato nelle proprie specifiche esigenze di salute. Il Distretto è anche la sede per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione;
- il decentramento dei poteri decisionali sui ruoli aziendali più idonei a garantire la concreta attuazione dei principi organizzativi aziendali;
- la semplificazione dell'azione amministrativa, come concreta attuazione degli obiettivi di efficacia, efficienza e trasparenza dell'azione degli uffici aziendali;
- l'efficienza operativa attraverso l'integrazione delle modalità sanitarie e socio-sanitarie dei servizi erogati;
- l'integrazione delle proprie attività con quelle delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali operanti nella Città di Torino.

Il modello organizzativo

Il modello organizzativo dell'Azienda si fonda su criteri di efficienza, efficacia, economicità, qualità, equità e appropriatezza. L'ASL TO1 attribuisce alle strutture competenze specifiche, che devono essere sviluppate nella consapevolezza e condivisione dei generali obiettivi aziendali, con particolare attenzione al rapporto con l'utenza. L'assetto dei servizi è definito mediante l'organizzazione dipartimentale e l'individuazione dei seguenti livelli del sistema organizzativo:

I Dipartimenti raggruppano Strutture Complesse e Semplici tra di loro interdipendenti, nonché omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità, pur mantenendo il proprio grado di autonomia e responsabilità professionale.

Le strutture costituenti il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. In presenza della necessità che più soggetti operino in accordo e stretto collegamento tra loro anche senza che vi sia la possibilità o opportunità di costituire un dipartimento funzionale, l'Azienda può costituire un Gruppo di Progetto cui partecipino, riuniti in Comitato i responsabili delle strutture interessate e gli altri soggetti coinvolti, attraverso un'attività resa con modalità dipartimentale da tutti i componenti del Gruppo medesimo.

Le Strutture Complesse sono articolazioni dotate di elevato grado di autonomia decisionale ed operativa in ambito organizzativo, gestionale o didattico – scientifico (negli ambiti di responsabilità e delle competenze attribuite), di responsabilità funzionale o gestionale e di risorse proprie dedicate allo svolgimento dei processi e delle funzioni di competenza. Operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata o dalla direzione generale.

Le Strutture Semplici sono articolazioni caratterizzate da un più limitato grado di autonomia gestionale e da responsabilità specifica nella realizzazione di processi integrati.

Possono essere articolazioni interne alle strutture complesse oppure articolazioni a valenza dipartimentale alla diretta dipendenza del direttore di dipartimento oppure articolazioni non comprese in ambito dipartimentale. Gli incarichi di direzione delle singole strutture sono assegnati dal Direttore Generale secondo disposizioni di legge e contrattuali e sono soggette a verifica periodica.

DISTRETTI

FINALITÀ: Il Distretto garantisce territorialmente la funzione di tutela assicurando alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni relative ai primi livelli dell'assistenza sanitaria. Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, oltre a rappresentare la principale risorsa produttiva del territorio del Distretto, orientando la scelta del paziente nella richiesta di servizi ed incidendo, in modo determinante sull'efficienza e l'efficacia del percorso terapeutico. Il Distretto realizza l'integrazione ed il coordinamento della medicina generale e della pediatria con le proprie attività, anche incentivando forme di associazionismo professionale, quali le Medicine di Gruppo e il recente avvio della sperimentazione regionale dei Gruppi di Cure Primarie.

OBIETTIVI SPECIFICI: In questi ultimi anni i medici di medicina generale hanno sviluppato varie modalità di aggregazione, con un'ampia diffusione della medicina in rete ed in gruppo (nella ASL TO 1 sono operative n. medicine di gruppo). Partendo da questa realtà il PSSR ha sviluppato il modello di Cure Primarie, prefigurando la possibilità per i medici di lavorare in una sede unitaria in forma di organizzazione pluriprofessionale. L'attività del Gruppo di Cure Primarie è volta a migliorare l'assistenza della popolazione, con una maggiore presa in carico dei problemi di salute e della gestione di patologie croniche a notevole impatto sociale. Intende inoltre migliorare il rapporto tra il primo e il secondo livello di assistenza, la fruizione dell'Ospedale da parte dei pazienti e il percorso di collaborazione con la componente sociale dell'assistenza. In ambito aziendale è attualmente operativo ed inserito nella sperimentazione regionale un Gruppo di Cure Primarie nel distretto 8 denominato Medic'Azione. Con il 2010 verrà inserito nella sperimentazione un Gruppo per ogni distretto.

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE (DMI)

FINALITÀ: IL DMI ha funzioni che si esplicano sul territorio e presso il Presidio Martini, di prevenzione, promozione della salute, percorsi specialistici e riabilitativi nella dimensione diagnostica, di counselling e di presa in carico, destinate ai minori e alle donne. È organizzato in aree tematiche, per gruppi di lavoro anche sovrazonali, multiprofessionali e multidisciplinari.

OBIETTIVI SPECIFICI: Omogeneizzazione di procedure e percorsi assistenziali, finalizzata ad una erogazione dei servizi equa e integrata fra tutte le realtà esistenti, pubbliche e del privato sociale.

DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (DSM)

FINALITÀ: Il Dipartimento di Salute Mentale garantisce la presa in carico multiprofessionale, in continuità assistenziale, con percorsi terapeutico-riabilitativi, delle persone con disturbi psichiatrici che provocano disabilità o multiproblematici. tutela dei pazienti psichiatrici che necessitano di misure di protezione sociale, al fine di curare i disturbi, di prevenire le ricadute ed evitare la cronicizzazione. Come descritto dall'OMS appare fondamentale per il Dipartimento garantire il miglioramento delle competenze sociali, delle capacità occupazionali e dell'adeguatezza ad affrontare eventuali discriminazioni. I percorsi di cura del paziente psichiatrico sono sostenuti dalle numerose evidenze cliniche che rimarcano l'efficacia dei programmi terapeutico-riabilitativi quando siano espressione di integrazione di percorsi multidisciplinari; i Dipartimenti di Salute Mentale dell'ASL TO1 hanno maturato un'ampia collaborazione multiprofessionale e integrazione con il privato sociale e con la cooperazione sociale, nonché favorito lo sviluppo dell'associazionismo.

OBIETTIVI SPECIFICI: Nell'ASL TO1 sono presenti due Dipartimenti di Salute Mentale che costituiscono il riferimento per la popolazione residente in 6 circoscrizioni della città e per i cittadini con residenza fittizia provenienti da fuori città: il Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale TO1 – Molinette e il Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale TO1 – Mauriziano. Il CSM (Centro Salute Mentale) della Circonscrizione 9 garantisce inoltre l'attività di valutazione e cura all'interno del Carcere Minorile "Ferrante Aporti".

DIPARTIMENTI PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

FINALITÀ: I Dipartimenti si occupano della prevenzione, cura e riabilitazione di utenti con dipendenza patologica da sostanze legali (fumo e alcool) o illegali e da gioco d'azzardo.

Nel territorio dell'A.S.L. TO1 sono presenti due Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche: il Dipartimento Ovest comprende le Circonscrizioni 2 e 3, il Dipartimento Est le Circonscrizioni 1, 8, 9 e 10.

OBIETTIVI SPECIFICI: Nel 2008 gli obiettivi sono stati orientati a:

1. gestione dei pazienti gravi multiproblematici,
2. istituzione del Piano Locale delle Dipendenze (DGR 28-5020 del 28/12/2006)
3. assistenza sanitaria relativa alla dipendenza da sostanze dei migranti irregolari nel C.I.E (ex C.P.T.)
4. presa in carico dei minori con problemi di usoabuso - dipendenza dell'Istituto Penale Minorile Ferrante Aporti
5. gestione delle procedure di somministrazione e affido dei farmaci stupefacenti ai pazienti negli ambulatori distrettuali alla luce della raccomandazione ministeriale n. 7 del Marzo 2008 per la riduzione del rischio.

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI LUNGA ASSISTENZA (DLA)

FINALITÀ: Sviluppare aspetti particolari della tutela della salute della popolazione inerenti la presa in carico degli anziani vulnerabili o delle persone affette da malattie croniche evolutive ad essi assimilabili per l'erogazione delle cure ospedaliere in fase acuta, di post acuzie e di continuità assistenziale, nonché la gestione dell'accesso ed attivazione dei piani assistenziali loro erogabili a fronte della non autosufficienza, nella rete delle RSA e dei Servizi per la domiciliarità, con integrazione delle funzioni sanitarie con quelle dei servizi sociali, per garantire globalità dell'assistenza e sua continuità nei diversi luoghi di cura. Affrontare il problema delle malattie dementi e di gestire le risposte clinico diagnostiche ed assistenziali per le persone affette dal morbo di Alzheimer e, più in generale, da disturbi della mente presenti fra gli anziani.

OBIETTIVI SPECIFICI: Integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, continuità delle attività clinico-assistenziali in congiunzione tra medicina di famiglia e medicina specialistica ospedaliera ed extraospedaliera, coordinamento di interventi multidimensionali e multiprofessionali, personalizzazione dei progetti di cura, ricerca formazione e qualificazione nell'applicazione delle conoscenze scientifiche in accordo alla crescita del senso bioetico della medicina.

ASL TO2 NORD (tratto dall'Atto Aziendale)

Missione e valori di riferimento

L'Azienda Sanitaria Locale TO2 "Torino Nord" svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di prevenzione e cura degli stati di malattia e di recupero della salute, al fine di mantenere il più alto livello di qualità della vita dei cittadini.

L'Azienda Sanitaria Locale TO2 è inoltre sede distaccata del Corso di Laurea in Infermieristica, secondo i principi previsti dal protocollo d'intesa Università degli Studi di Torino – Regione Piemonte.

I principi ispiratori

L'azienda si impegna ad operare con il massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza e a garantire l'accessibilità ai servizi per i cittadini, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.

L'Azienda basa l'affidabilità e la qualità dei servizi sulla preparazione dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità. A tal fine valorizza e sviluppa le risorse umane e professionali che operano nelle proprie

strutture. Assicura altresì la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

L'attività dell'ASL TO2 si ispira alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici, Nazionali e Regionali, l'attuazione di detti principi è assicurata da un Comitato Etico inter-aziendale con sede presso l'Asl TO2. Tale comitato è di riferimento per l'Asl TO1 e per i Presidi e Strutture sanitarie cittadine.

Linee strategiche dell'azienda

L'attività aziendale si basa sulla direttrice strategica indicata dal piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010 della promozione e tutela della salute, attraverso un percorso di attenta lettura del bisogno del territorio, di collegamento con gli interlocutori.

Deospedalizzazione e continuità assistenziale

L'obiettivo del contenimento dell'attività di ricovero, garantendo una appropriata assistenza socio-sanitaria, passa principalmente attraverso la continuità assistenziale che rientra tra le funzioni del Direttore del Distretto Sanitario, in quanto componente della funzione di tutela come gestore dei servizi sanitari e delle attività sanitarie a rilevanza sociale, nonché del ruolo di garanzia che i servizi sanitari territoriali applichino in modo integrato i percorsi di cura del cittadino. La funzione di tutela si esplica anche attraverso l'individuazione delle strutture territoriali che devono/possono implementare la rete dei servizi che concorrono a garantire le cure .

La funzione di tutela è svolta dalle Direzioni dei quattro Distretti Territoriali attraverso le Centrali Operative per la Continuità Assistenziale; la C.O.C.A. assolve il compito di recepire le segnalazioni inerenti pazienti ricoverati e per i quali sia necessario attivare un percorso integrato di continuità assistenziale, al fine di dare risposte efficaci, tempestive e correlate al bisogno rilevato per il singolo paziente.

Criteri per l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda

L'organizzazione e le attività aziendali sono improntate a criteri di efficacia ed economicità e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di pianificazione nazionale e regionale, la ottimizzazione ed integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

L'azienda adotta i criteri della pianificazione strategica, informa la propria gestione sulla base di un sistema permanente di programmazione e controllo ed individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse.

I provvedimenti amministrativi sono emanati nell'osservanza della L. 241/1990 e dei principi generali dell'azione amministrativa. L'Azienda garantisce la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa.

Il modello organizzativo

La funzione di tutela della salute e di erogazione delle prestazioni trovano nell'ASL TO2 precisi riferimenti organizzativi:

- funzione di tutela: la Direzione generale a livello aziendale ed i distretti cui viene assegnata una precisa e definita valenza territoriale tramite progetti specifici o supporti strutturali in grado di definirne l'operato;
- funzione di erogazione: le strutture ospedaliere, i dipartimenti e le strutture distrettuali chiamate a erogare servizi.

I principi su cui si basa la progettazione organizzativa sono i seguenti:

- separazione tra la responsabilità di programmazione, indirizzo e controllo, assegnata alla Direzione generale, e la responsabilità gestionale e tecnico-professionale assegnata alla dirigenza, con individuazione dei centri di autorità e delle corrispondenti linee di responsabilità;
- funzione di “datore di lavoro” relativa alla gestione e manutenzione delle strutture, degli impianti e delle attrezzature, inoltre è delegata la funzione di “datore di lavoro” ai Direttori di Distretto, Presidio ospedaliero e dei Presidi amministrativi;
- caratterizzazione strutturale e funzionale finalizzata alla realizzazione di una azienda a schema operativo tendenzialmente orizzontale e con alta integrazione tra territorio e servizi ospedalieri;
- flessibilità organizzativa e procedurale;
- individuazione delle strutture organizzative e delle connesse dotazioni organiche sulla base dell’effettivo fabbisogno di funzionalità e di razionalizzazione necessario a garantire l’appropriato utilizzo delle risorse umane e strumentali;
- dipartimentalizzazione, attraverso lo sviluppo dei processi di aggregazione delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale;
- distrettualizzazione, attraverso lo sviluppo di processi di articolazione del territorio aziendale finalizzati ad assicurare alla popolazione di riferimento l’accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- precisa individuazione, nell’ambito della definizione delle competenze dei servizi, degli adempimenti e delle responsabilità collegate alla tutela del cittadino-utente.

Strutture organizzative aziendali

L’A.S.L. TO2 “Torino Nord” è articolata nel seguente modo:

- distretti
- ospedali
- dipartimenti
- strutture operative complesse
- strutture operative semplici a valenza dipartimentale
- strutture operative semplici nell’ambito di struttura operativa complessa

Le direzioni delle macro strutture sopra individuate sono sovraordinate, per le attività di integrazione e coordinamento funzionale relative agli aspetti organizzativi, ai dipartimenti ed alle strutture sanitarie (comprese quelle eventualmente non dipartimentalizzate) che operano nell’ambito di competenza delle macro strutture stesse. Le direzioni delle macrostrutture svolgono le funzioni di datore di lavoro delegato.

DISTRETTI

FINALITÀ: I Distretti si configurano quali centri di riferimento a cui affluiscono le istanze sanitarie e socio-sanitarie della comunità e luoghi in cui si garantisce la ricomposizione dell’offerta degli interventi secondo principi di equità, efficienza e appropriatezza in relazione alle risorse assegnate. I Distretti rappresentano i centri di produzione, di

organizzazione e di costo fondamentali dei Servizi sanitari territoriali. I direttori dei Distretti sono in stretta collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione delle strategie aziendali. Ad essi rispondono i Direttori di Dipartimento ed i Direttori di Strutture sanitarie complesse per le attività svolte nei Distretti.

OBIETTIVI SPECIFICI: Il Distretto assicura attraverso i Dipartimenti e le Strutture Semplici e Complesse i servizi di assistenza primaria relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie quali:

Assistenza sanitaria di base, che comprende la medicina di base e la pediatria di libera scelta e il servizio di continuità assistenziale;

Assistenza specialistica ambulatoriale;

Attività di cure domiciliari;

Assistenza sanitaria per i cittadini domiciliati o temporaneamente presenti sul territorio;

Attività sanitaria e sanitaria a rilievo sociale in ambito ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale rivolte a:

- Attività di tutela della salute della donna, della famiglia e dell'infanzia
- Attività di tutela dei disabili
- Attività di prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche e del disagio psichico
- Attività di tutela della popolazione anziana

Educazione sanitaria e tutela della salute collettiva in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione e con la SC Promozione della Salute.

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE (DMI)

FINALITÀ: Il DMI persegue gli obiettivi inerenti la prevenzione, diagnosi e cura per la tutela della donna, della famiglia e dell'infanzia.

OBIETTIVI SPECIFICI: Integrazione degli interventi delle strutture che ne fanno parte; coordinamento con altre strutture dell'A.S.L., per concorrere a realizzare gli obiettivi aziendali e per attivare specifici progetti, con particolare riferimento alle équipes territoriali dei Pediatri di Libera Scelta; integrazione con altre Agenzie, in particolare servizi sociali, educativi, scolastici; curare le attività di trasporto intensivo neonatale in collaborazione con l'ospedale Regina Margherita e l'ospedale di Moncalieri dell'ASL TO5. Altri obiettivi specifici sono l'educazione sanitaria; la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione relativamente alle patologie infantili e delle donne in età fertile; la promozione della salute e l'integrazione dei minori nelle comunità infantili e scolastiche.

DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (DSM)

FINALITÀ: Il Dipartimento di Salute Mentale garantisce l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica dei servizi di salute mentale dell'età adulta. Assicura gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti adulti con patologie psichiatriche per i cittadini residenti nel territorio della ASL TO2. Realizza iniziative di monitoraggio continuo del fenomeno della malattia mentale anche attraverso indagini epidemiologiche e di ricerca nonché attività di educazione sanitaria in psichiatria. Partecipa alle Commissioni di valutazione multiprofessionali definite a livello aziendale e

il coordinamento funzionale con i Dipartimenti delle Dipendenze, il Dipartimento Materno Infantile, il Dipartimento Salute Anziani e con i Dipartimenti Ospedalieri.

Realizza interventi volti alla deospedalizzazione per i cittadini residenti nella ASL TO2 ed in particolare dei pazienti ricoverati nelle Case di Cura.

OBIETTIVI SPECIFICI: Il Dipartimento di Salute Mentale 1 “Giulio Maccacaro” persegue tra gli obiettivi prioritari:

programmazione e coordinamento delle attività ospedaliere per l’Urgenza e la Liaison Psichiatrica e Psicologica Clinica presso i Presidi Maria Vittoria, Amedeo di Savoia, Birago di Vische e Giovanni Bosco;

l’assistenza psichiatrica nella casa circondariale attraverso il Progetto “Sestante” e le attività ambulatoriali specialistiche.

Il Dipartimento di Salute Mentale 2 “Franco Basaglia” persegue tra gli obiettivi prioritari gli interventi relativi al Progetto di domiciliarità “Case Supportate”.

DIPARTIMENTI PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

FINALITÀ: I Dipartimenti Patologie delle Dipendenze svolgono attività di prevenzione, educazione sanitaria, cura e riabilitazione rivolta ai cittadini residenti o domiciliati nel territorio dell’ASL con uso problematico di sostanze psicoattive o con tossicodipendenza, alcodipendenza o con comportamenti di dipendenza senza uso di sostanze (es. gioco d’azzardo). Ha tra le proprie finalità:

la formazione sulle tematiche correlate al consumo di sostanze psicotrope e sostegno delle abilità individuali;

l’informazione, orientamento e sostegno rispetto a problemi correlati al consumo di sostanze psicotrope;

la programmazione, coordinamento, verifica delle attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenza;

l’assistenza ai soggetti tossicodipendenti e alle loro famiglie con produzione diretta e in integrazione con i servizi del privato sociale accreditato.

Nel territorio dell’A.S.L. TO2 sono presenti due Dipartimenti. Entrambi hanno per finalità la programmazione, lo sviluppo e la progettazione delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento sociale e di ricerca nell’ambito dell’uso problematico di sostanze e dei comportamenti e condizioni di dipendenza patologica. Svolgono le proprie attività in integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, Materno Infantile, Ospedalieri e in coordinamento con le Agenzie del terzo settore che convergono sulle finalità.

OBIETTIVI SPECIFICI: Prevenzione nella popolazione giovanile; formazione e aggiornamento dei professionisti della salute; reinserimento lavorativo di soggetti con pregressi problemi di dipendenza. Sostegno familiare e aiuto alla genitorialità. Accoglienza delle domande di aiuto provenienti dal territorio; diagnosi e trattamento delle dipendenze e delle patologie correlate; riabilitazione e prevenzione delle ricadute. Interventi di rete per il sostegno alle persone con problemi di dipendenza e al loro sistema di riferimento.

Il Dipartimento Patologie delle Dipendenze 1 gestisce a livello ambulatoriale la pronta assistenza ai soggetti tossicodipendenti (Pr.Assi). Assicura l’assistenza presso la Casa Circondariale attraverso il Servizio Assistenza Detenuti. Il Dipartimento Funzionale di Patologie delle Dipendenze 2 gestisce le attività e gli interventi dell’unità di strada “Can-go”, gli interventi di trattamento e riabilitazione nell’ambito della doppia diagnosi a livello

aziendale e l'inserimento in strutture residenziali ed il monitoraggio dei pazienti con patologia HIV correlata.

DIPARTIMENTO SALUTE ANZIANI (DSA)

FINALITÀ:

Garantire alle persone anziane e in condizioni di fragilità risposte assistenziali appropriate attraverso la costruzione di una rete integrata tra i servizi sanitari (residenziali, semiresidenziali e domiciliari), i Medici di Medicina Generale e i servizi sociali; promuovere iniziative finalizzate alla umanizzazione dell'assistenza; gestire percorsi di dimissioni protette e di continuità assistenziale e definire percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali per la presa in carico di anziani affetti da patologia cronica; proporre percorsi assistenziali e di cura atti a garantire il più possibile la vita dell'anziano al proprio domicilio;

OBIETTIVI SPECIFICI:

Promozione di progetti specifici a tutela della salute dell'anziano; promozione di attività finalizzate al mantenimento delle capacità residue dell'anziano; gestione e/o partecipazione a percorsi di valutazione e presa in carico multidimensionali e multiprofessionali (COCA, UVG, UVA); promozione di percorsi formativi per il personale assegnato.

CITTA' DI TORINO

DIVISIONE SERVIZI SOCIALI E RAPPORTI CON LE AZIENDE SANITARIE

**(tratto dalla Relazione Previsionale Programmatica Città di Torino
2009/2011)**

Missione e valori di riferimento

L'obiettivo prioritario della Città di Torino è volto alla costruzione di un sistema complessivo di tutela della salute, per favorire "il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sul proprio benessere " (OMS) attraverso l'allestimento di interventi mirati e l'adozione di una metodologia di lavoro "partecipata" e di una modalità operativa di cooperazione e rete ai diversi livelli interistituzionali e intra istituzionali.

La programmazione, anche in aderenza all'attuale assetto normativo indirizzato a rilevare i fenomeni sociali d'impatto e a strutturare le politiche integrate coerentemente con i bisogni espressi dal territorio, sarà finalizzata a perseguire l'integrazione e le sinergie a livello territoriale e la partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze, favorendo una dimensione di ampia governance.

Il processo di promozione della salute non è solo collegato alle azioni dirette a rafforzare le capacità degli individui, ma è primariamente volto a intervenire sulle

condizioni sociali, economiche e ambientali in modo tale da ridurre l'impatto dello svantaggio sulla salute pubblica e individuale. Si tratta di colpire tutto quanto è sfavorevole alla salute e incentivare quanto la incrementa. (...)

Occorrerà pertanto aggregare più enti, condividendo strategie e metodologie, per costruire una visione d'insieme e lavorando all'implementazione della rete per renderla flessibile non solo nell'intercettazione dello spettro dei bisogni ma anche nella lettura e interpretazione di uno specifico territorio e gruppi sociali.

Un lavoro di comunità che per essere efficace deve essere sia condiviso dagli attori sia coerente nel tempo e che deve essere finalizzato a supportare il passaggio graduale da garanzia di qualità di vita a garanzia di vita di qualità.

Punto qualificante è la partecipazione, nella forma di mobilitazione delle risorse collettive, che nasce dalle esperienze, modellate dalla posizione sociale, dal lavoro, dalla famiglia e dalle istituzioni di riferimento. (...)

I principi ispiratori

(...) la Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie intende proseguire nella sua azione finalizzata a promuovere lo sviluppo di una rete cittadina di servizi sociali e socio-sanitari adeguati alle nuove esigenze poste dai cittadini in attuazione della normativa nazionale (L.328/2000), della legislazione regionale in materia (LR. 1/04) e del Piano Socio Sanitario in materia di servizi sociali e di integrazione socio sanitaria (DPCM 29/11/2001).

I principi fondamentali posti dalla normativa per la costruzione del sistema dei servizi sociali possono essere sintetizzati come segue:

- Programmazione partecipata: (...) gli obiettivi e le azioni prioritarie contenuti nel Piano dei servizi sociali 2003/2006 stanno progressivamente trovando concreta attuazione e completamento; proseguiranno le attività volte alla costruzione "Piano Regolatore Sociale", strumento democratico e partecipativo per connettere in modo sinergico gli interventi realizzati sul territorio, destinati a produrre effetti sul benessere sociale dei cittadini.(...) Contestualmente ed in ottemperanza al Piano Socio-Sanitario 2007/10, si svilupperanno le attività per la costruzione del Profilo di Salute sui territori circoscrizionali, base informativa utile per la programmazione (P. Di Z. e il Piano di Salute circoscrizionale/Distrettuale e cittadino).
- Integrazione socio-sanitaria: la Città ha avviato iniziative (...) al fine di sviluppare la funzione di tutela della salute ed integrare a livello cittadino le modalità ed i volumi di risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari da parte delle ASL e delle ASO del territorio; (...) sono stati avviati i tavoli tecnici di concertazione sulle tematiche della continuità assistenziale, della tutela materno-infantile e della rete ospedaliera. (...)
- Sussidiarietà: la riforma prevede la creazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali fondato sul coinvolgimento dell'apporto dei cittadini come singoli e come formazioni sociali e comporta quindi una riconversione degli interventi con l'obiettivo di favorire reali percorsi di autonomia degli utenti, valorizzare le responsabilità familiari, attivare reti di solidarietà e di mutuo aiuto, favorire l'iniziativa delle organizzazioni del terzo settore e private nell'offerta e nella gestione dei servizi mediante lo sviluppo del sistema di accreditamento (...)
- Professionalità e organizzazione dei servizi sociali: gli operatori sociali sono chiamati in questo quadro ad esercitare funzioni sia nella gestione dei singoli casi sia nel governo più generale del sistema attraverso un percorso che porta a dare attuazione specifica nel contesto dei servizi sociali ai principi generali che garantiscono la qualità delle prestazioni (efficacia, efficienza ed economicità).(…)

Il modello organizzativo

L'assetto organizzativo della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie prevede la seguente articolazione:

Coordinamento Politiche Socio- Sanitarie cui fanno capo i seguenti Settori:

- Minori
- Disabili

Coordinamento Politiche Sociali cui fanno capo i seguenti Settori:

- Famiglia, Promozione della Sussidiarietà e Domiciliarità
- Prevenzione alle Fragilità Sociali e Sostegno agli Adulti in difficoltà
- Risorse economiche, Rivalse, Controllo di Gestione e Procedure

Coordinamento Pianificazione e Organizzazione servizi al pubblico cui fanno capo i seguenti Settori:

- Rapporti con le Circoscrizioni, Personale e Tutele
- Piano Regolatore Sociale, Anziani, Vigilanza e Sicurezza
- Stranieri e Nomadi

Coordinamento Strategie di supporto logistico, Tecniche, Strumentali e Formative cui fanno capo i seguenti Settori:

- Sistema informativo, Politiche Formative, Criteri d'Accesso e Sistema dei Controlli
- Logistica e Patrimonio

In staff alla Direzione l'Ufficio Interventi per la Salute e Rapporti con le Aziende Sanitarie

SETTORE MINORI

FINALITÀ: Promuovere lo sviluppo evolutivo dei minori in situazione di difficoltà ed emarginazione fornendo servizi e prestazioni di sostegno agli stessi e supporto ai nuclei e ai loro bambini/ragazzi. Ciò anche per permettere la permanenza dei minori nel proprio ambiente di vita garantendone nel contempo lo sviluppo.

Per situazioni familiari particolarmente gravi, nonostante gli interventi e prestazioni di sostegno e supporto, in cui non sia possibile il mantenimento del minore nel suo nucleo, sono attivati interventi di sostituzione, di norma temporanea, della famiglia, privilegiando l'affidamento ove possibile ed opportuno.

OBIETTIVI SPECIFICI: Accompagnamento del minore mirato allo sviluppo delle abilità sociali, rivolgendo particolare attenzione alle problematiche delle figure genitoriali; valorizzazioni e potenziamento delle esperienze e delle conoscenze dei singoli e delle reti di riferimento; promozione dello sviluppo evolutivo dei minori in situazione di difficoltà ed emarginazione anche con supporto al nucleo come previsto dalla vigente normativa (L.184/83 3 s.m.i.). In alternativa soluzioni di allontanamento riconducibili alla carenza di risorse familiari, a maltrattamenti e all'assenza dei genitori; sviluppo delle abilità sociali attraverso processi di autonomizzazione che prevedano l'inserimento sociale e l'autodeterminazione.

SETTORE DISABILI

FINALITÀ: Sostenere politiche attive e inclusive che sappiano supportare e valorizzare l'intero ambiente di vita e di relazioni che siano in grado di interpretare e di accogliere le nuove richieste che emergono dalle persone, dalle famiglie, dalle associazioni fornendo strumenti e soluzioni innovative che superando tipologie e codifiche si configurino come un sistema di risorse diffuso a sostegno dell'intera comunità dando rilievo alle persone con disabilità e le loro famiglie. Sviluppare azioni coerenti con i percorsi avviati di programmazione partecipata che mirano a coniugare il mantenimento delle prestazioni attualmente in essere con l'attivazione di ulteriori risposte per accogliere il crescente numero di istanze pervenute e per poter rispondere ai mutati bisogni di minori e adulti in condizione di disabilità. Fornire informazioni, orientamento e consulenza rispetto alle opportunità presenti sul territorio, valorizzando il volontariato ; rafforzamento del principio della libera scelta del cittadino e di sostegno alla famiglia. Impostare strategie che consentano alle persone disabili ed alle loro famiglie la possibilità di avere continuità di riferimenti dal momento della nascita e/o dal momento della comparsa della condizione di disabilità al fine di costruire in modo coerente opportunità di abilitazione e attività di potenziamento e mantenimento delle capacità con interventi tra loro connessi e coordinati. Tale continuità deve essere costruita con particolare cura nelle varie fasi di vita che richiedono cambiamenti significativi (come ad esempio termine dell'obbligo scolastico, compimento della maggiore età).

OBIETTIVI SPECIFICI: Potenziamento e mantenimento delle abilità; creazione di sistemi per favorire il recupero delle abilità sociali attraverso interventi di riabilitazione.

Attuazione del nuovo sistema di domiciliarità con attenzione alle specificità riconosciute. In tale ambito sperimentare forme di sostegno domiciliare dedicate ai minori pluridisabili gravissimi atte a garantire le necessarie prestazioni sanitarie, educative ed assistenziali. Progettazione di servizi innovativi per il "dopo di noi", anche con l'apporto dell'associazionismo e del privato.

Ampliamento della rete di opportunità di accoglienza residenziale per il servizio di pronto intervento con particolare attenzione alle persone insufficienti mentali con disturbo relazionale ed alle persone con pluripatologie in condizioni sanitarie stabilizzate.

Prosecuzione della sperimentazione di servizi educativo – riabilitativi dedicati a minori disabili con pluridisabilità o con gravissime problematiche di tipo relazionale e comportamentale consolidando un adeguato sistema di raccordo e coordinamento tra gli attori istituzionali.

SETTORE FAMIGLIA, PROMOZIONE DELLA SUSSIDIARIETÀ E DOMICILIARITÀ

FINALITÀ: Sviluppare azioni preventive che valorizzino e sostengano le famiglie nell'assunzione delle responsabilità che sono chiamate ad assumersi nel quotidiano, riconoscendone l'insostituibile ruolo sociale. Progettare risorse utili al sostegno relazionale delle persone e delle famiglie nel loro ciclo di vita ordinario sia la prevenzione volta al ben-essere; demandando ai servizi specifici le problematiche particolari. Questa scelta è motivata dal crescente emergere di situazioni che possono essere definite di normale difficoltà, di momentanee fasi di fragilità che spesso caratterizzano l'evoluzione e il percorso di vita delle persone nella relazione con gli altri significativi. Tali situazioni,

se prontamente sostenute, possono evolvere verso percorsi di superamento e risoluzione.

Di fronte a questi momenti di fragilità e di difficoltà sempre più precocemente si arriva a scelte separative; in queste situazioni è utile offrire un sostegno per la gestione del conflitto.

In altri casi, per svariate ragioni, il conflitto familiare può degenerare in azioni fortemente lesive nei confronti dei soggetti più fragili. E' un dato, che sia in aumento la richiesta di aiuto da parte di donne vittime di violenza. Per queste situazioni, si intende integrare le iniziative già esistenti in ambito preventivo di aiuto e di protezione in collaborazione con i servizi competenti.

OBIETTIVI SPECIFICI: Realizzazione di prodotti di tipo informativo rivolti alle famiglie al fine di orientarle nell'uso dei sostegni e dei servizi a loro disposizione e costruire circuiti/eventi per la loro diffusione, ponendo particolare attenzione all'obiettivo di raggiungere coloro che non si rivolgono autonomamente ai punti informativi già funzionanti. Attivazione di progetti in collaborazione con le aziende sanitarie cittadine e con le organizzazioni del privato sociale in materia di consulenza alle coppie, sostegno delle madri nei primi mesi di vita dei loro figli, promozione del confronto e dell'auto mutuo aiuto tra genitori di adolescenti.

SETTORE PREVENZIONE DELLE FRAGILITA' SOCIALI E SOSTEGNO AGLI ADULTI IN DIFFICOLTA'

FINALITÀ: Affrontare con adeguate leve di governance i bisogni dei cittadini e la complessa attività di regolazione. Individuare e proporre nelle sedi deputate percorsi d'inclusione dei cittadini in condizioni di fragilità o marginalità ed i relativi processi di accompagnamento. Concorrere alla regolazione delle risposte a bisogni che presuppongono difficoltà temporanee, ma anche strutturali, nel reperimento di soluzioni, nonché ridotte capacità di autonoma combinazione delle risorse entro ambiti non frammentati ed interdipendenti, in base al principio di sussidiarietà orizzontale. Co-progettare il sistema dell'accesso, della presa in carico, della regolazione e coordinamento delle risorse per lo sviluppo dell'autonomia, il re- inserimento formativo e lavorativo; Concorrere alla tutela della salute. Promuovere l'informazione per garantire pari opportunità di conoscenza e accesso alle risorse, ai beni e ai servizi del sistema di offerta ai cittadini più fragili per metterli in grado di orientarsi nei percorsi di accesso e per fruire delle risorse loro dedicate; Promuovere l'inclusione, mediante percorsi integrati di accompagnamento sociale. Fornire sostegno ai cittadini in condizioni di povertà e vulnerabilità. Promuovere forme di sostegno all'abitare con diversi gradi di protezione.

OBIETTIVI SPECIFICI: Incidere positivamente sull'esercizio dei diritti di cittadinanza mediante la concreta attuazione di interventi innovativi quali il c.d. housing sociale, la collaborazione nelle politiche attive del lavoro mirate all'occupabilità ed al miglioramento delle competenze (skills) da parte dei cittadini che percepiscono contributi a sostegno del reddito, la messa a disposizione del proprio know-how a favore di politiche nazionali di sostegno ai consumi attribuite alla Città, il contrasto della violenza di genere ed il sostegno alle donne in difficoltà temporanea, la cooperazione con i Servizi circoscrizionali mediante progetti ed azioni condivisi e commisurati alle esigenze locali, quali l'affiancamento dei cittadini in difficoltà. Programmazione e progettazione di servizi ed interventi per la ri-acquisizione di abilità sociali. Programmazione degli interventi a sostegno del reddito e dei percorsi di inclusione dei cittadini vulnerabili, anche in

collaborazione con soggetti del terzo settore, per individuare strategie unitarie di azioni e dotazioni da offrire, e l'attuazione di percorsi efficaci, che fungano da leva e da opportunità. Programmazione dei servizi primari per i cittadini in condizione di esclusione secondo modalità di gestione ad alta intensità di integrazione portando le professionalità sociali e sanitarie nei luoghi in cui vivono i cittadini senza dimora. Programmazione di forme di abitare temporaneo, nelle diverse forme dell' housing sociale, servizi di primo e secondo livello per l'autonomia ; tutela delle fasce più fragili mediante la messa a disposizione di contributi per l'affitto e case di ERP

SETTORE ANZIANI, PIANO REGOLATORE SOCIALE, VIGILANZA E SICUREZZA

FINALITÀ: Rafforzare il raccordo interistituzionale tra AA.SS.LL ed Amministrazione Comunale, per fronteggiare meglio ed in termini di sistema l'aumento delle domande di assistenza semi – residenziale e residenziale determinate da condizioni di limitata o nulla autonomia, anche legate al progressivo innalzamento dell'indice di vecchiaia. Promuovere la ricerca di modelli multi dimensionali con servizi altamente flessibili, più idonei a garantire una migliore qualità di vita al domicilio e supporti temporanei alle famiglie che se ne fanno carico onde evitare/allontanare il ricorso a forme di ricovero definitivo. Personalizzare le prestazioni; migliorare la qualità degli interventi anche adeguando i parametri strutturali; diversificare l'offerta per mezzo di servizi residenziali convenzionati e servizi leggeri; informare e tutelare anche attraverso strumenti di comunicazione e partecipazione,

OBIETTIVI SPECIFICI: Sviluppo dell'attività programmatoria tra Aziende Sanitarie, Regione e Città per incentivare i soggetti produttivi territoriali, privati e non, a concorrere nella progettazione, realizzazione e gestione di nuovi presidi. Sviluppo di azioni di consulenza, sensibilizzazione ed orientamento nei confronti dei soggetti interessati, per progettare anche sperimentazioni innovative rivolte alla nuova utenza, in età prevalentemente anziana, con problematiche diversificate, sia abitative che di autonomia, garantendo l'offerta ad un mix sociale secondo i più recenti modelli di "condomini solidali e protetti".

**IL BISOGNO E LA RISPOSTA:
Organismi, accesso – presa in carico – valutazione e risposta,
vigilanza e accreditamento**

**GLI ORGANISMI DELL'INTEGRAZIONE
(tratto dal Bilancio Sociale ASL TO1)**

Gli enti locali hanno funzioni di indirizzo e di verifica dei risultati ottenuti dall'Azienda. Il rapporto tra il Comune di Torino e l'Azienda si esplicita attraverso i seguenti organismi:

- **Conferenza dei Presidenti di Circoscrizione per la Città di Torino:** La Legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007, "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale", prevede - all'art. 7 - la Conferenza dei sindaci di ASL e le Conferenze dei presidenti di circoscrizione per la Città di Torino.

A livello locale le funzioni sono svolte dalle Conferenze dei presidenti di circoscrizione di riferimento territoriale con la presenza del sindaco o suo delegato, e definisce gli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria. La Conferenza definisce in particolare le linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano attuativo Locale. Esamina ed esprime parere sul bilancio pluriennale di previsione dell'ASL TO1 e sul bilancio di esercizio rimettendo alla Regione Piemonte le relative osservazioni. Verifica l'andamento generale delle attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte alla Regione ed al Direttore Generale dell'azienda sanitaria di riferimento.

- **Comitato dei Presidenti di Circoscrizione dei Distretti:** Il Comitato dei Presidenti di Circoscrizione dei Distretti è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale. Il Comitato orienta le politiche del territorio attraverso la predisposizione dei profili e piani di salute (PEPS) . Molteplici sono i rapporti che l'Azienda sanitaria attua in collaborazione con la Città di Torino, per fornire servizi a favore della collettività.

**GLI ORGANISMI DELL'INTEGRAZIONE
(tratto dal Sito La Salute a Torino)**

Osservatorio cittadino sulla salute delle donne

L'osservatorio cittadino sulla salute delle donne nasce nel 2003 a partire dalle esperienze di condivisione, partecipazione e dalle sollecitazioni provenienti da soggetti e ambiti diversi: culturale ed educativo, sociale, sanitario, universitario, associazionistico, ecc.

Report epidemiologici, di economia sanitaria e di analisi economico finanziaria hanno fatto emergere la necessità di affinare e consolidare progressivamente lo spettro di indagine e di dedicare analisi e percorsi progettuali specifici riguardanti il tema della promozione della salute della donna.

L'osservatorio impegna i soggetti interessati a perseguire obiettivi di salute sia tramite il potenziamento dei consultori e dei rapporti di collaborazione con i servizi sociali sia mediante la partecipazione attiva delle organizzazioni di base e cura in particolare:

- la lettura e il raccordo, in un'ottica di genere, di tutti i dati relativi alla salute delle donne prodotti sul territorio, definendo strumenti di monitoraggio e criteri di valutazione
- la promozione di proposte per favorire la conoscenza, l'utilizzo e la valorizzazione dei servizi preposti alla tutela della salute della donna, in linea con gli obiettivi individuati
- la realizzazione di ricerche innovative, in particolare relative all'analisi dell'impatto dei lavori di cura e domestici sulla salute delle donne (con specifico riguardo al doppio carico di lavoro di cura e domestico e di lavoro extra – domestico) e al monitoraggio dei fattori di rischio, con riferimento agli ambienti e all'organizzazione del lavoro, attinenti alla salute sessuale e riproduttiva delle donne
- in collaborazione con le ASL e l'ASO O.I.R.M. S. Anna l'elaborazione di report quantitativi e qualitativi relativi alle domande e alle sollecitazioni rivolte ai servizi dalle utenti, le offerte dei medesimi con particolare riferimento ai tempi di attesa, al grado di soddisfazione delle persone e degli operatori coinvolti, alla qualità dell'accoglienza offerta
- la realizzazione di pubblicazioni e/o iniziative aperte alla cittadinanza.

L'osservatorio incontra periodicamente referenti in ordine alla specificità via via considerate e in particolare i rappresentanti dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, dei servizi specialistici sulle malattie sessualmente trasmesse, del servizio di prevenzione e sicurezza in ambiente di lavoro, del Dipartimento di Prevenzione, del CIRSDe (Centro Interdisciplinare Ricerche e Studi delle Donne) dell'Università di Torino, dei sindacati, coordinamenti, associazioni.

L'osservatorio cittadino sulla salute delle donne afferisce alla divisione Servizi Sociali - Ufficio Salute e Rapporti con le ASR e Settore Politiche per la Famiglia in collaborazione con la divisione Servizi Educativi, la Vice Direzione Generale Servizi Amministrativi e Legali - Settore Pari Opportunità e Politiche di Genere.

Oltre alla partecipazione dei rappresentanti dei settori sopracitati prendono parte all'osservatorio:

- un rappresentante della Regione Piemonte - Direzione Programmazione Sanitaria
- un rappresentante di ogni Azienda Sanitaria torinese e dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M. Sant'Anna
- quattro rappresentanze scelte tra le organizzazioni femminili e/o impegnate nella promozione e nella tutela della salute della donna maggiormente rappresentative
- tre rappresentanze scelte tra i Coordinamenti femminili delle organizzazioni sindacali.

Ha promosso la realizzazione delle seguenti ricerche:

Ricomincio da tre – Una ricerca sui consultori familiari pubblici a Torino: realizzata nel 2005 a cura del Università degli Studi di Torino – CIRSDe (Centro Interdisciplinare di Ricerche e Studi delle Donne).

Equità di genere: proviamo a farci del bene?: lettura di genere sugli infortuni e malattie professionali realizzata nel 2008 in collaborazione con il Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3.

Osservatorio socio-culturale dell'anzianato

L'osservatorio socio-culturale dell'anzianato nasce nel marzo 2006 su proposta del Consiglio dei Seniores, organismo consultivo e propositivo del Consiglio Comunale, come struttura dedicata a rappresentare le caratteristiche e i bisogni del mondo over 60 e a comprenderne gli elementi significativi, diventando strumento di pianificazione delle politiche rivolte a quella fascia di cittadini.

L'osservatorio è un ottimo ambito per favorire lo sviluppo di "reti" attraverso la promozione di indagini in collaborazione con altre istituzioni pubbliche o soggetti privati (università, terzo settore, privato sociale) e per costituire un'interfaccia pubblica in grado di dialogare non solo a livello locale ma anche nazionale e internazionale con chi si occupa del tema anziani.

L'osservatorio cura in particolare:

- l'integrazione con i percorsi già compiuti dall'Amministrazione nell'ambito del progetto OMS "Città Sane", con l'Osservatorio della Salute, con l'Osservatorio cittadino della Salute delle Donne e con l'Osservatorio giovanile
- la promozione di incontri, ricerche e analisi per favorire la conoscenza del "mondo" dell'anziano
- l'elaborazione di report e questionari relativi agli stili di vita e ai bisogni espressi dalla cittadinanza per indicare strategie politiche e offerte progettuali ad hoc
- l'organizzazione di gruppi di studio tematici con l'obiettivo di rafforzare la "cultura dell'anziano" contribuendo a migliorare in quanti sono in età avanzata il senso di appartenenza alla società
- la sensibilizzazione dei decisori politici ai temi che emergono dal lavoro di analisi sull'universo anziani.

Nel 2009 l'Osservatorio ha presentato la ricerca *Gli anziani e la salute a Torino*, realizzata a cura del Consiglio dei Seniores, dell'Università degli Studi di Torino e del Centro Ricerche Cornaglia.

Tavolo salute delle persone straniere

Nel 2007, a seguito della firma del protocollo d'intesa "Qualificazione dell'informazione e dei percorsi di orientamento e di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per le persone straniere" siglato dalla Città di Torino, dalle Aziende sanitarie cittadine e dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna, si è costituito un tavolo tecnico composto da rappresentanti dell'ASL TO1, dell'ASL TO2 Nord, dell'O.I.R.M. S. Anna e della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie.

Il protocollo sancisce l'impegno di tali Enti a migliorare i percorsi di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per le persone straniere ed a garantire una qualificazione della comunicazione ed una maggiore accessibilità alle informazioni al fine di promuovere una cultura della salute ed attuare un servizio sanitario privo di discriminazioni.

A Torino risiedono 84.854 cittadini stranieri iscritti nei registri anagrafici a cui vanno ad aggiungersi alcune migliaia di stranieri temporaneamente presenti sul territorio che attraverso il Pronto Soccorso ed il tesserino temporaneo assegnato dai centri ISI (Informazione Salute Immigrati) di ciascuna ASL, usufruiscono di servizi sanitari nei casi di cure primarie ed essenziali.

Le molteplici esperienze già avviate come Città di Torino e come ASL hanno evidenziato la necessità di definire procedure omogenee per garantire una raccolta dati atta a migliorare i flussi e i costi dei servizi, a promuovere una cultura della salute sia attraverso l'azione dei servizi sanitari e socio-sanitari sia attraverso politiche di Welfare.

Garantire un'informazione più qualificata attraverso il coinvolgimento di medici e pediatri può portare ad una maggiore accessibilità alle informazioni e ad un'efficace orientamento per accedere ai servizi sanitari e socio-sanitari rivolti ai cittadini stranieri.

**ACCESSO, PRESA IN CARICO, VALUTAZIONE
E RISPOSTA
(tratto da Torino Città Solidale 2009)**

Le trasformazioni demografiche e socio-economiche caratterizzano l'attuale scenario torinese secondo tre direttrici:

1. un invecchiamento della popolazione più accentuato che nel resto del territorio regionale;
2. una significativa crescita della domanda (...)
3. Il contesto della grande città dove si condensa la presenza di fasce di disagio che spesso comporta quale conseguenza: problematiche di tipo relazionale e comportamenti problematici, non necessariamente collegati alla malattia mentale. (...)

La strategia, utilizzata dal Comune e dalle Aziende Sanitarie, che consente una corretta definizione degli interventi da attivarsi, è basata su un approccio alle problematiche delle persone che considera prioritariamente il bisogno e non la tipologia specifica di fragilità (disabili, anziani, minori, ecc.).

La frammentazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, criticità propria delle grandi aree urbane, è stata da tempo affrontata con la creazione e il potenziamento di una rete integrata tra le Aziende Sanitarie cittadine, in termini di cooperazione interaziendale e tra queste e la Città, favorendo l'accessibilità alle risorse e l'omogeneità nei meccanismi di risposte ai bisogni espressi.

(...) La differenziazione delle risposte è resa possibile grazie al lavoro congiunto tra servizi sanitari e sociali che, attraverso il funzionamento delle Unità Valutative, definiscono progetti individualizzati che vengono costantemente monitorati. Le Unità Valutative assumono il ruolo di valutazione dei bisogni, validazione degli interventi da attivarsi e verifica costante dell'andamento dei progetti attivi.

Al fine di rendere operativa e potenziare l'accoglienza di tutte le tipologie di richiesta di intervento sono stati riorganizzati i servizi sociali circoscrizionali attraverso la creazione delle Aree: accoglienza, minori, disabili e anziani. L'organizzazione delle Aree Disabilità in tutte le 10 Circoscrizioni si è resa fattibile grazie anche al coinvolgimento del personale educativo per la costruzione del progetto di intervento. La realizzazione di Aree dedicate si pone come obiettivo di garantire la presenza costante di riferimenti per l'accompagnamento nelle varie fasi di vita a supporto delle famiglie.

(...) Secondo tale logica e nel rispetto dell'unicità della persona tutti gli interventi sono pertanto connotati dalla compartecipazione socio-sanitaria sia per gli aspetti tecnici che per quelli finanziari fatte salve le prestazioni a totale carico sanitario o sociale.

Unità di Valutazione

Le Unità Valutative, presenti nelle Aziende Sanitarie, sono organizzazioni funzionali nelle quali possano operare più figure professionali con il compito di definire la necessità di bisogno di cura nel suo complesso, di individuare e prescrivere interventi assistenziali per superare i problemi di non autosufficienza e disagio determinati da limitazioni di malattie, o di loro esiti, di orientare le cure in modo appropriato per rinforzare le capacità di partecipazione sociale del cittadino.

Nei casi nei quali gli interventi necessari comportino accesso a prestazioni continuative dei Servizi, Sociali o Sanitari, l'operativa delle Unità Valutative si configura come Commissione che prescrive gli interventi necessari sulla base di un inquadramento complessivo del Bisogno mediante documentazioni multidimensionali dei Servizi sociali e dei Servizi sanitari interessati che comprendano diagnosi di funzionalità nella gestione delle attività quotidiane in campo medico ed infermieristico, qualità partecipativa della famiglia e disponibilità reddituale e patrimoniale in campo sociale.

Le Commissioni, anche in considerazione dei desideri e della volontà espressa dall'interessato e dai familiari, possono predisporre progetti di cura ed assistenza domiciliare o semiresidenziale o residenziale. Lo sviluppo dei progetti è avviato, in maggior parte, da Servizi socio-sanitari che, in coerenza con quanto stabilito dall'Unità di Valutazione e in collaborazione con l'interessato e i suoi familiari, predispongono un reale Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), con indicazione di specifici interventi, figure professionali coinvolte, frequenza e durata, tempi di rivalutazione e verifica con possibilità di aggiornamento dei progetti di cura.

Sono previste le seguenti Unità di valutazione:

- UVG: Unità di Valutazione Geriatrica, ha il compito di valutare i bisogni della persona anziana
- UVH: Unità di Valutazione Handicap, ha il compito di valutare i bisogni della persona disabile fisica e mentale
- UVM: Unità di Valutazione Minori, ha il compito di valutare i bisogni dei minori disabili fisici e mentali

Gruppo di Valutazione Multidisciplinare – Sperimentazione Circoscrizione 5

Sperimentazione dell'unità di valutazione multidimensionale di cittadini multiproblematici: in collaborazione con i servizi specialistici e l'UVH dell'ASL TO2, il Servizio Adulti in Difficoltà, i Servizi Sociali della Circoscrizione 5

Commissione Buoni Taxi

La Divisione Servizi Socio Assistenziali in applicazione della legge 104/92 (art.26, comma 2) "I comuni assicurano, nell'ambito delle proprie ordinarie risorse di bilancio, modalità di trasporto individuali per le persone handicappate non in grado di servirsi dei mezzi pubblici", in collaborazione con la Divisione Ambiente e Mobilità, ha istituito il Servizio Buoni Taxi.

Gestore del Servizio è il G.T.T. "Gruppo Torinese Trasporti" incaricato del rilascio dei tickets (buoni taxi), utilizzabili sui taxi e/o mini bus attrezzati (per coloro che siano impossibilitati a spostarsi dalla carrozzina).

I cittadini di età superiore ai 2 anni con disabilità motoria o ciechi assoluti residenti in Torino possono presentare la domanda all'Ufficio competente ed accedere, così, ad una lista d'attesa. Un'apposita Commissione Medica valuterà se sussistono i requisiti per l'ottenimento del servizio. La convocazione alla visita avviene in base all'ordine cronologico della presentazione della domanda (ad eccezione dei minori e dei casi particolarmente gravi, così ritenuti da almeno un membro della Commissione).

La Commissione Tecnica è costituita da cinque membri, di cui tre componenti istituzionali e due rappresentanti degli utenti.

Compiti della Commissione Tecnica sono:

- assegnare il numero dei buoni taxi mensili ai beneficiari in base alle esigenze dei soggetti
- rispondere alle istanze di aumento corse
- rispondere alle controversie in materia.

Commissione per l'Emergenza Abitativa (CEA)

La Commissione per l'Emergenza Abitativa (C.E.A.) ha la funzione di valutare il possesso dei requisiti formali e sostanziali dei nuclei familiari in condizione di emergenza abitativa. È costituita dai seguenti componenti:

- l'Assessore alle Politiche per la Casa con funzione di Presidente;
- il Presidente dell'Agenzia Territoriale per la Casa della Provincia di Torino o suo delegato;
- tre Consiglieri comunali espressione della maggioranza;
- tre Consiglieri comunali espressione della minoranza;
- il Dirigente della Divisione Edilizia Residenziale Pubblica e Periferie - Settore Bandi e Assegnazioni del Comune di Torino o suo delegato;
- il Dirigente della Divisione Servizi Sociali - Settore Sostegno del Reddito del Comune di Torino o suo delegato;
- un rappresentante nominato dalle A.S.L. di Torino;
- un rappresentante delle associazioni che operano per la tutela dei diritti delle persone in difficoltà;
- tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali degli inquilini ritenute maggiormente rappresentative;
- due rappresentanti delle organizzazioni sindacali della proprietà edilizia ritenute maggiormente rappresentative.

La Commissione ha carattere permanente. I servizi sanitari partecipano a tale attività, non solo con l'intervento di un loro rappresentante alla Commissione, ma anche direttamente segnalando i cittadini in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Patologie delle Dipendenze per i quali la risposta alla richiesta abitativa è collegata ad altri interventi mirati all'inserimento sociale.

Continuità assistenziale

Con questa definizione si intende il percorso comprendente la rete delle risposte erogate sia nelle fasi di acuzie e post acuzie (interventi di dimissioni protette, ospedalizzazione domiciliare, cure domiciliari) sia nella fase di lungoassistenza. La fase della post acuzie (fase "estensiva" dell'assistenza in regime di ricovero) è connotata da un rilevante impegno terapeutico e riabilitativo e prevede la titolarità e la totale presa in carico da parte dei servizi sanitari delle AA.SS.LL.; questo comporta l'esigibilità del diritto alla prestazione da parte dell'utente e l'assunzione della totalità degli oneri a carico delle AA.SS.LL per un periodo massimo di due mesi. La fase della lungoassistenza è invece connotata da un minor impegno terapeutico e/o riabilitativo e prevede la titolarità sanitaria e la presa in carico congiunta socio sanitaria. Presupposto indispensabile è la valutazione congiunta socio sanitaria delle persone da parte della Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.). La duplice valenza sanitaria e sociale di tutti gli interventi attivati in questa fase comporta l'assunzione degli oneri in parte a carico della sanità e in parte a carico del cittadino, con eventuale supporto del Comune, se di diritto.

Centrale Operativa per la Continuità Assistenziale (C.O.C.A.)

La funzione di tutela come gestore dei servizi sanitari e delle attività sanitarie a rilevanza sociale, nonché del ruolo di garanzia che i servizi sanitari territoriali applichino in modo integrato i percorsi di cura del cittadino, è svolta dalle Direzioni dei Distretti Territoriali attraverso le Centrali Operative per la Continuità Assistenziale (C.O.C.A.). La C.O.C.A. assolve al compito di recepire le segnalazioni inerenti pazienti ricoverati e per i quali sia necessario attivare un percorso integrato di continuità assistenziale, al fine di dare risposte efficaci, tempestive e correlate al bisogno rilevato per il singolo paziente. Inoltre ha quale finalità quella di ridurre la permanenza in presidi ospedalieri e case di cura, se non giustificata da motivazioni cliniche.

Lungoassistenza

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, l'integrazione tra servizi rappresenta obiettivo primario allo scopo di fornire risposte più adeguate alle aspettative in termini di cura, riabilitazione e assistenza in una popolazione che vede innalzata l'età media, la prevalenza delle malattie croniche e che manifesta l'esigenza di rimanere il più possibile al proprio domicilio.

Target

Possono utilmente avvalersi dell'istituto di lungo assistenza i soggetti anziani ultra sessantacinquenni che presentano le seguenti caratteristiche:

- Valutazione di non autosufficienza, da parte della U.V.G.
- Desiderio di permanere al proprio domicilio
- Bisogni sanitari ed assistenziali che richiedono interventi attuabili al domicilio
- Ambiente domiciliare idoneo
- Disponibilità a partecipare al progetto per l'eventuale parte di competenza economica
- Disponibilità ad accogliere, nel proprio domicilio, personale di cura e assistenza e tecnologie

Offerta

Il progetto formulato dalla U.V.G. si traduce in un Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) modulato sulla base dell'intensità del bisogno e si caratterizza per:

- Esigibilità della quota di competenza sanitaria (L.E.A.) nell'ambito del progetto.
- Flessibilità e duttilità degli interventi che compongono il progetto in termini quantitativi, qualitativi e temporali (sulla base del monitoraggio con indicatori di percorso e di efficacia).
- Varietà dei progetti in termini di intensità di delega in ragione della minore o maggiore capacità gestionale del paziente e/o del suo care giver.

Modalità di attivazione del percorso Costruzione del P.A.I. con il cittadino, da parte del referente del servizio sanitario e del servizio sociale territoriale:

- Individuazione delle prestazioni
- Scelta della modalità (diretta o indiretta)
- Esplicitazione della quota, ove dovuta, da parte del cittadino

Sottoscrizione del P.A.I.

Domiciliarità

Assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del medico di famiglia e di altri operatori (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori sociali) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.

Ha quali principali finalità:

- assistere le persone con patologie e/o problematiche sociali trattabili a domicilio, favorendo il recupero ed il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, al fine di migliorare la loro qualità di vita
- realizzare una progettazione individualizzata e partecipata con il beneficiario e/o la sua famiglia di interventi diversificati
- supportare i "care givers" e trasmettere loro eventuali competenze per un'autonomia di intervento.

Il modello di intervento è stato completamente rivisitato a partire dal 2006 secondo principi di universalismo (da interventi riservati a cittadini in condizioni di indigenza a tutti i cittadini che necessitano di tali prestazioni, se pur con una compartecipazione economica definita in relazione al loro reddito/patrimonio), individualizzazione (da erogazioni di singole prestazioni a progettualità che contemplan un mix di interventi) e flessibilità (il modello consente di ridefinire nel tempo le progettualità definite e garantisce al cittadino la libera scelta del fornitore con cui possono essere concordate in corso d'opera modifiche agli interventi in atto). L'adesione dei cittadini, inizialmente timida, ha registrato una crescita esponenziale (in particolare tra il 2007 ed il 2008 si è registrato il raddoppio dell'utenza seguita: attualmente risultano in carico più di 7000 persone). Il modello, avviato sperimentalmente, è stato riconosciuto dalla Regione Piemonte, che con una deliberazione dell'aprile di quest'anno l'ha esteso a tutto il territorio regionale.

Una recentissima deliberazione del Consiglio Comunale del 30 novembre 2009, la cui applicazione decorrerà dall'estate 2010, l'ha ulteriormente perfezionato.

Convenzione Città di Torino –A.O. C.T.O. / M. Adelaide – Unità Spinale Unipolare

La convenzione tra l’Azienda Ospedaliera C.T.O./ M. Adelaide e la Città di Torino – Coordinamento Servizi Integrati per la disabilità motoria - Servizio Passepartout, consolida il disegno della Città di incentivare accordi e intese formalmente strutturate, coerenti con il più ampio progetto cittadino di promozione della salute predisposto e coordinato dal competente settore Disabili della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie e strettamente integrato con le attività istituzionali dell’InformadisAbile di via Palazzo di Città 9/bis e del Polo Cittadino delle Salute di Corso San Maurizio n. 4.

Le finalità descritte nella convenzione sono:

- fornire a pazienti ancora ricoverati presso l’Unità Spinale Unipolare dell’Azienda, attività di consulenza e orientamento e, ove necessario, di presa in carico, attraverso il coinvolgimento dei Servizi sociali territoriali che operano in funzione di sportello unico socio sanitario, luogo deputato alla predisposizione dei progetti individuali di intervento da presentare alle competenti Unità Valutative Handicap;
- creare un complesso di azioni ed interventi per fornire informazioni e contatti più puntuali e vicini a chi è ricoverato e spesso disorientato anche per la sua nuova condizione sociale
- promuovere strategie, iniziative e interventi a sostegno, sviluppo e promozione della cultura delle relazioni d’aiuto quali percorsi finalizzati alla promozione della salute con azioni di contrasto alla solitudine nelle condizioni di grave disagio sociale.

Tali finalità sono perseguite attraverso:

- l’apertura mensile dello Sportello InformaDisabile in collaborazione con il Progetto “Prisma per le relazioni d’aiuto”: servizio d’informazione, orientamento e consulenza anche alla pari su leggi, agevolazioni, procedure, risorse e opportunità territoriali;
- il Progetto Disabilità e Sessualità, che fornisce un Servizio di orientamento e consulenza pedagogica - educativa e psico - sessuologica per persone disabili, famiglie, operatori di settore, insegnanti;
- il Progetto “Benessere”, finalizzato a favorire l’avvicinamento alle tematiche della cura della persona stimolando e incrementando processi di autostima e autonomia;
- il Progetto “Gruppo musicale” che prevede incontri sulla musica con la possibilità di sperimentarsi con il canto e gli strumenti musicali;
- Progetto A.M.A (auto mutuo aiuto) con l’obiettivo di promuovere l’attivazione di gruppi di auto – mutuo - aiuto per persone che vivono disagi diversificati, favorendo processi di condivisione, protagonismo ed emancipazione nella soluzione dei problemi.

Attività di Vigilanza

La nuova legge quadro sui servizi sociali (L. 328/2000) innova profondamente la materia ed in particolare:

- attribuisce direttamente ai Comuni la competenza, finora esercitata sulla base di delega regionale, al rilascio dell'autorizzazione al funzionamento dei presidi socio-assistenziali;
- introduce l'istituto dell'accreditamento, comportante l'accertamento di ulteriori requisiti di qualità, quale condizione per operare nella rete pubblica dei servizi;
- prevede l'emanazione di nuove normative in materia a livello regionale.

La L.R. n. 1 del 2004 ha recepito le disposizioni della legge quadro relativamente alle funzioni di autorizzazione, di vigilanza e di accreditamento dei presidi socio assistenziali, prevedendo l'emanazione di successivi provvedimenti attuativi.

Il principale di tali provvedimenti, la nuova delibera regionale sugli indirizzi per l'esercizio delle funzioni di vigilanza, che era previsto per il 2006, non è ancora stato emanato.

L'attività di vigilanza potrà pertanto richiedere una riverifica e riprogrammazione, alla luce del contenuto delle nuove disposizioni regionali, non appena saranno emanate.

In attesa delle nuove disposizioni regionali, l'attività di vigilanza sui presidi socio assistenziali si sviluppa contestualmente, in due ambiti: il primo è quello della verifica del permanere dei requisiti minimi che sono alla base dell'autorizzazione al funzionamento, il secondo è quello della promozione dello sviluppo della qualità.

In questo secondo ambito è necessario impostare, sulla base della normativa nazionale e di quella regionale in fase di emanazione, in accordo con i settori anziani, disabili e minori, un'attenta riflessione sull'attività di accreditamento dei presidi sin qui svolta, finalizzata anche a definire raccordi e connessioni tra la funzione di vigilanza e la funzione di accreditamento.

Per quanto attiene alle strutture minori, dopo aver dedicato nel 2006-2008 uno sforzo prioritario per perseguire l'adeguamento delle strutture ai requisiti dettati dalla nuova specifica normativa regionale (DGR 41/2004), il periodo 2009 sarà ancora dedicato al completamento di tale obiettivo, poiché diversi presidi per minori non sono riusciti a realizzare o concludere gli adeguamenti richiesti, a causa del protrarsi di lavori di adeguamento strutturale.

Inoltre, in relazione all'intendimento della Regione di rivedere la D.G.R. 41/04 sono state predisposte, in collaborazione con i Settori interessati, e portate al tavolo regionale appositamente istituito proposte basate sulla rilevazione delle esigenze cittadine e sulla necessità di conciliare la dinamicità dei bisogni con la sicurezza e la garanzia di strutture congrue sotto il profilo gestionale e strutturale.

Prosegue inoltre la funzione di stimolo:

- per i presidi per minori volta a garantire, per ogni minore inserito in un presidio diurno o residenziale, la presenza dei progetti quadro;

- per i presidi per anziani e disabili volta a garantire una corretta gestione dei soggetti sottoposti a provvedimenti di protezione (tutela, curatela, amministrazione di sostegno).

SISTEMA DELL'ACCREDITAMENTO (tratto da Torino Città Solidale 2009)

La Città di Torino, attraverso l'esperienza della gestione diretta di servizi diurni e residenziali a carico delle Circoscrizioni, ha potuto definire modelli di intervento con percorsi di miglioramento della qualità che negli anni, a seguito dell'esigenza di rispondere a numeri sempre più grandi di richieste, in una prima fase si è tradotta nell'affidamento di servizi attraverso lo strumento dell'appalto concorso e dall'anno 2003 nella sperimentazione del sistema dell'Accreditamento.

Difatti l'esigenza di flessibilità per rispondere alle diverse tipologie di bisogno e la necessità di valorizzare la capacità imprenditoriale dei gestori ha determinato la creazione di un percorso radicalmente innovativo.

L'Accreditamento è l'atto formale di conclusione di un processo attraverso il quale l'Ente pubblico autorizza un servizio a diventare proprio fornitore, dopo aver ottenuto adeguate garanzie circa la qualità delle prestazioni che esso è in grado di erogare. Rappresenta oggi uno degli strumenti più innovativi per regolare l'accesso dei fornitori al sistema dei servizi, che si contraddistingue:

- per l'attivazione di servizi e di presidi differenziati per tipologia di utenza;
- per l'organizzazione di prestazioni rispondenti ai bisogni delle singole persone;
- per l'utilizzo di un sistema di concertazione con i gestori, quali partner nella realizzazione del sistema dei servizi, al fine di dare risposte mirate;
- per la capacità di riprogettarsi sulla base dei continui cambiamenti della domanda.

Secondo quanto previsto dalla Legge 328 del 2000 e dalla Legge Regionale 1 del 2004 la Città di Torino e le Aziende Sanitarie TO 1 e TO 2 hanno avviato il processo di costruzione degli Albi fornitori per i presidi per minori, disabili, anziani e per i servizi di domiciliarità; è stato inoltre istituito l'Albo destinato alle organizzazioni che gestiscono i soggiorni per le persone disabili.

Il possesso dell'autorizzazione al funzionamento è un requisito necessario, ma non sufficiente, per un fornitore che voglia accreditare un proprio servizio. La legge 328 del 2000 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - agli artt. 6 e 11 disciplina, infatti, la costruzione degli albi di fornitori accreditati, in base a criteri di qualità e requisiti ulteriori a quelli previsti per l'autorizzazione.

Grazie all'accREDITAMENTO aumenta, così, la facoltà di scelta dell'utente all'interno di un sistema di offerta di qualità, innescando un circolo virtuoso per incentivare i fornitori ad erogare servizi sempre più adeguati.

Lo strumento dell'accREDITAMENTO richiede la messa in essere di un percorso che impegna i gestori e l'Ente pubblico in un obiettivo di continuo miglioramento, nell'organizzare servizi differenziati ed organizzati per rispondere a diverse tipologie di bisogno.

Premessa indispensabile è che la titolarità sulla presa in carico delle persone continua a far capo all'ente pubblico, che mantiene la titolarità delle funzioni ed è garante della qualità degli interventi, dell'accessibilità ai servizi e della continuità degli stessi, così come previsto dalla normativa nazionale e dalla DGR del 22 maggio 2006 n.79-2953. I

gestori dei servizi, in quanto concessionari di servizio pubblico, sono completamente responsabili degli interventi svolti ed impegnati secondo il principio di sussidiarietà per una programmazione veramente congiunta con l'Ente pubblico, contribuendo a leggere i bisogni, a progettare nuove strutture, partecipando in modo attivo e propositivo ai tavoli di zona.

La presenza di diverse tipologie di servizi gestite dallo stesso ente, che costituisce una "filiera degli interventi" sta consentendo l'offerta di continuità assistenziale nei confronti di persone che possono necessitare di prestazioni diverse nell'arco del tempo, come per esempio il passaggio da un servizio diurno ad un servizio residenziale gestiti dal medesimo fornitore.

In questo particolare momento storico soprattutto le cooperative sociali e le Organizzazioni No Profit che hanno servizi diurni e residenziali iscritti all'Albo Fornitori, presentano caratteristiche di qualità quali:

- definizione del piano individualizzato di intervento in stretto raccordo con i servizi sociali e sanitari in via;
- il coinvolgimento nella definizione del piano individualizzato della persona e della sua famiglia;
- la cura della persona;
- il coinvolgimento, la formazione e qualificazione del personale;
- il forte collegamento con altre risorse del territorio;
- il lavoro in rete con altre organizzazioni che gestiscono servizi simili;
- la valutazione permanente degli interventi per la riprogettazione dei servizi;
- la cura e personalizzazione degli spazi di vita e di attività e di tutti gli aspetti della quotidianità (diete, pulizie, cura degli arredi e degli indumenti personali);
- ed, in generale, la capacità di investire in servizi sperimentali o innovativi.

Proprio le sollecitazioni provenienti dalle famiglie e dalle associazioni dei familiari hanno rappresentato uno stimolo per creare sempre di più dei servizi a dimensione familiare, calibrate sui bisogni delle persone.

L'accreditamento, inoltre, consente di superare la rigidità degli appalti concorso, in quanto:

- è possibile attuare progettualità di servizio di lungo periodo;
- è possibile riorganizzare il servizio sulla base del cambiamento delle persone inserite;
- dà maggior garanzia di continuità lavorativa per gli operatori dipendenti, in quanto non più costretti dalle assunzioni a termine, messe in atto dai gestori in caso di appalto;
- consente al personale in servizio di poter sperimentare la propria professionalità in servizi diversi, facenti capo allo stesso Ente gestore;
- rassicura in modo particolare le famiglie, di fronte a servizi che riscuotono un alto gradimento e che diversamente rischierebbero di essere affidati ad altri gestori nell'ambito di una gara d'appalto.

Per l'iscrizione all'Albo prestatori dei servizi socio sanitari per persone con disabilità la Commissione interistituzionale Comune - ASL richiede i seguenti requisiti:

- possesso dei requisiti strutturali ed autorizzativi secondo le norme regionali, è prevista la possibilità di iscrizione all'Albo Fornitori anche per i servizi e i presidi non

soggetti ad autorizzazione al funzionamento che rispondono a criteri strutturali e gestionali previsti dal sistema dell'accREDITamento sperimentale;

- rispetto degli standard gestionali relativi alla normativa vigente, implementati da ulteriori standard di personale in coerenza a quanto previsto dal bando di accREDITamento;
- analisi del progetto di servizio modulato secondo la specificità vocazionale riferita alla tipologia di utenza (...)
- valutazione dell'intensità di prestazione (...) procedendo ad approfondimenti per quanto concerne i bisogni delle persone effettivamente inserite o da inserire;
- attivazione di verifiche puntuali riferite ai bisogni degli utenti, verifiche attivate direttamente anche dai gestori con la partecipazione delle famiglie e delle persone interessate. Le verifiche sono attivate altresì dalla Città e dalle Aziende Sanitarie per gli aspetti generali della gestione e dagli operatori socio-sanitari invianti per gli aspetti relativi alla realizzazione del progetto individualizzato;
- analisi della composizione delle rette proposte e verifica della congruenza sia del rispetto dei contratti di lavoro che di tutti gli elementi costitutivi (spese per gli utenti, mensa, trasporti, ammortamenti ecc.).

L'iscrizione all'Albo ha una durata temporale definita che può essere confermata a seguito di valutazioni finalizzate alla realizzazione di percorsi di continuo miglioramento del servizio.

Gruppi Misti Partecipati (VD se unico funziona)

Il Comune di Torino attraverso apposite deliberazioni ha identificato, quale strumento di condivisione dell'intero processo dell'accREDITamento, il "Gruppo misto partecipato" (per le persone disabili, per le persone anziane, per le persone minori) il cui ruolo principale è l'accompagnamento verso il miglioramento della qualità dei servizi iscritti. (...)

Attività rilevante è quella della promozione di iniziative volte alla condivisione tra i diversi gestori di buone prassi, di criticità e di soluzioni operative riferite alla qualificazione degli interventi in modo da renderli sempre più appropriati alle diverse tipologie di bisogni, alla valorizzazione delle reti e delle sinergie da costruirsi tra i diversi presidi e soprattutto al mantenimento della qualità di vita delle persone con il supporto delle famiglie e delle risorse territoriali. L'opportunità di dotarsi di strumenti di verifica costante risulta particolarmente importante in considerazione della necessità di mantenere sempre alto il livello di attenzione nei confronti di persone che spesso necessitano per tutto l'arco della propria vita di aiuto e di assistenza continuativa.

Sono organismi partecipati composti da rappresentanti del Comune di Torino, delle AA.SS.LL. cittadine, delle associazioni dei gestori dei servizi, di enti o associazioni di volontariato o di tutela particolarmente significativi e/o partecipanti a tavoli cittadini, nonché delle OO.SS. maggiormente rappresentative confederali e di categoria.

La valutazione delle istanze presentate e i conseguenti inserimenti nell'Albo avviene verificando:

- il possesso dei requisiti organizzativi, strutturali , tecnologici ed organizzativo gestionali con particolare riferimento alla normativa regionale in materia;
- il progetto di servizio secondo la vocazione espressa;
- la definizione delle modalità di attuazione dei percorsi di qualità utilizzando la traccia dell'allegato 1 "Requisiti sperimentali di qualità";
- l'offerta economica;

- il rispetto delle normative di riferimento compresa l'osservanza alle disposizioni dei contratti di lavoro firmati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello nazionale;
- il rispetto delle normative nazionali e regionali per quanto attiene la qualificazione professionale del personale impegnato nella gestione e nella realizzazione dei progetti.

In particolare sono oggetto di specifica attenzione ed approfondita analisi le proposte di sperimentazione anche riferite alla gestione di casi multiproblematici richiedenti rapporti individualizzati secondo le valutazioni delle Unità Valutative. Alla commissione compete inoltre monitorare gli inserimenti attivi o da attivarsi in relazione alla tipologia ed alla vocazione prevalente del servizio ed alla compatibilità con gli altri ospiti.

Tali organismi partecipati sono inoltre finalizzati:

- al monitoraggio del percorso di accreditamento;
- all'analisi ed agli approfondimenti tecnici in merito ai modelli gestionali ed alle modalità operative;
- a perseguire percorsi finalizzati al favorire ed accompagnare i servizi nel raggiungimento di standard ottimali;
- a individuare gli elementi essenziali che si proporranno ai presidi di introdurre nella propria Carta del Servizio
- allo sviluppo della disciplina delle inadempienze;
- a definire modalità e strumenti atti a garantire al cittadino maggior informazione, trasparenza e chiarezza circa le prestazioni erogate e i propri diritti
- a provvedere a monitorare, analizzare e individuare l'adeguatezza degli standard tecnici ed economico-finanziari anche in applicazione dei rinnovi dei contratti collettivi di lavoro sottoscritti dalle OO.SS. maggiormente rappresentative per eventuali revisioni rette.

LE FASI DELLA VITA: alcune rappresentazioni delle risorse e delle innovazioni

Guida alla lettura

A Torino in questi anni si è consolidato un modello avanzato socio sanitario orientato a garantire il diritto alla salute ai cittadini.

Il percorso integrato è realizzato dal Comune di Torino e dalle Aziende Sanitarie cittadine attraverso il confronto e la condivisione con i soggetti pubblici, del privato sociale ed imprenditoriale sul modello cittadino e sulle prospettive rappresentate. La salute come bene primario per il cittadino e per la comunità è stato il tema della Conferenza cittadina di giugno 2002 *La Salute a Torino*, momento di confronto e dialogo tra cittadini ed istituzioni, dove servizi ed operatori socio sanitari sono stati chiamati a contribuire secondo le rispettive responsabilità, sensibilità e professionalità.

“La tutela, la cura e la promozione della salute sono un elemento base per la crescita della comunità. La conferenza in particolare vuole essere un momento di dialogo e confronto per capire quali sono le esigenze che nella nostra società contemporanea si fanno più pressanti e trovare risposte adeguate ed efficaci” con queste parole il Sindaco della Città di Torino ha aperto i lavori della seconda Conferenza sulla *Salute a Torino* tenutasi nel gennaio 2006.

Torino, con l’adesione al network nazionale ed europeo Città Sane (2004) e con l’organizzazione dell’8^a Conferenza Europea sulla promozione ed educazione alla salute (IUPHE-CIPES Piemonte 2008), ha offerto ai professionisti e agli operatori un’opportunità di confronto sul tema della salute.

In tale contesto l’apertura del *Polo Cittadino della Salute* (2008) quale luogo integrato per lo scambio delle esperienze, la promozione della salute e la progettazione partecipata rappresenta un riferimento significativo per la costruzione e il consolidamento delle reti formali e informali e delle relazioni interpersonali.

Il *Modello Torino* evidenzia la consistenza e la densità di un sistema che sa affrontare bisogni complessi, che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte e valutazione partecipata degli esiti.

Un sistema al quale partecipano e concorrono in termini significativi tutti i soggetti appartenenti al tessuto sociale sia in forma organizzata sia come singoli cittadini.

Il Modello mostra inoltre l’avanzato livello d’integrazione tra comparto sanitario e sociale per la risposta ai bisogni legati all’area della cronicità e della non autosufficienza e la necessità di potenziare modalità d’intervento e progettazione di risposte adeguate relativamente all’area della fragilità sociale. L’integrazione socio sanitaria in tal senso è necessaria per correggere le disuguaglianze sociali e biologiche nella salute e per favorire l’accesso ai servizi dei gruppi vulnerabili.

Si è quindi cercato di avviare una prima definizione e rappresentazione del Modello Torino, uno strumento democratico cittadino per connettere in modo sinergico tutte le risorse pubbliche e private presenti sul territorio, che rappresentano opportunità per le persone nelle diverse età della vita (da 0 a 17 anni, da 18 a 64 anni, over 65 anni).

Il Modello Torino, in particolare, fa emergere le interrelazioni tra i servizi, gli interventi integrati, le sinergie e le opportunità strutturate presenti sul territorio, che contribuiscono ad accrescere le potenzialità delle persone e dell’ambiente.

È quindi una descrizione di servizi e interventi a valenza sanitaria, socio sanitaria e sociale, distinti sulla base dell’età e del bisogno prevalente dei beneficiari, descritti non sulla base della diagnosi, ma in termini di funzionamento, secondo quanto previsto dall’ICF – classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Pertanto sono state individuate quattro macroaree che fanno riferimento alla suddetta metodologia:

- **apprendimento e abilitazione:** formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria, mantenimento delle abilità acquisite.
- **comunicazione e relazioni interpersonali:** informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare.
- **cura della persona e vita domestica:** sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità.
-
- **vita sociale, civile e di comunità e mobilità:** diritti di cittadinanza, vita politica, tempo libero, ausili, tecnologia e sostegno alla mobilità.

Le macroaree sono suddivise per tabelle così organizzate:

- **Tabella A:** descrive le attività, i servizi e i progetti realizzati singolarmente, dai singoli enti (ASL TO1, ASL TO2, Comune di Torino)
- **Tabella B:** descrive le attività, i servizi e i progetti strutturati e consolidati nel tempo realizzati in integrazione tra gli enti (ASL TO1, ASL TO2, Comune di Torino) e il Terzo Settore
- **Tabella C:** descrive le attività, i servizi e i progetti innovativi e sperimentali realizzati in integrazione tra gli enti (ASL TO1, ASL TO2, Comune di Torino) e il Terzo Settore
- **Tabella D:** descrive le attività, i servizi e i progetti promossi e realizzati dal Privato Sociale ed imprenditoriale sostenuto dagli enti (ASL TO1, ASL TO2, Comune di Torino). Questa tabella è in fase di mappatura in quanto il panorama dell'offerta, ricco e variegato, necessita di modalità di censimento appropriate.

La rappresentazione delle risorse e delle innovazioni presenti nella Città, suddivise a seconda delle diverse fasi della vita delle persone, sono da considerarsi un lavoro aperto, un work in progress, che richiederà nel tempo il necessario apporto di tutti i cittadini, degli operatori e delle istituzioni chiamati a contribuire al perfezionamento del *Modello Torino*.

LE FASI DELLA VITA: alcune rappresentazioni delle risorse e delle innovazioni

DA 0 A 17 ANNI

Tabella A: RISORSE CONSOLIDATE E ATTIVITA' INNOVATIVE – PER SINGOLO SERVIZIO

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - consulenza, mediazione familiare, ascolto - diagnosi cura e riabilitazione delle problematiche neuropsicopatologiche in età evolutiva con particolare riguardo alla disabilità cronica - intervento, selezione e formazione inerenti l'adozione e l'affido familiare -Progetto Pippi (individuazione precoce situazioni a rischio psico educativo) - F.A.T.H.A. finanziamento L.104/92 - terapie complementari per soggetti con disabilità - Programmi terapeutici individuali - educativa ed attività mirate alla risocializzazione e sostegno – supporto per pazienti con problematiche di tipo psico-patologico. - Studio sui gruppi di sostegno e motivazione all'apprendimento - Ricerca sanitaria finalizzata Gruppi si sostegno a conduzione psicologica per pazienti in età 9 – 12 anni. (anno 2009 – 2010) progetti innovativi - Prevenzione primaria nella popolazione giovanile (6/24 anni) – attività, formazione e prevenzione nelle scuole - Formazione dei Pediatri di Libera scelta e dei Medici di Medicina Generale - scuole dell'infanzia e istruzione primaria e secondaria 	<ul style="list-style-type: none"> - ambulatori NPI - laboratorio di neurofisiologia - ambulatorio per le epilessie gravi farmacoresistenti - ambulatorio per le malattie neuromuscolari - 3 centri di riabilitazione - NPI - NPI Servizio di Alcoologia - scuole 	<p>Dipartimento materno infantile ASL TO1 E ASL TO2</p> <p><u>ASL TO1</u></p> <p style="text-align: center;">Dipartimento materno infantile</p> <p><u>ASL TO2</u></p> <p style="text-align: center;">Dipartimento materno infantile - SC NPI</p> <p style="text-align: right;">Dipartimento Dipendenze 2</p> <p><u>COMUNE</u></p> <p style="text-align: right;">Divisione Servizi Educativi</p>

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare)</p>	<p>- attività di accoglienza, presa in carico e monitoraggio effettuato da operatori educativi e assistenziali</p> <p>- attività di prevenzione, diagnosi e cura di minori stranieri e non</p>	<p>- 10 Servizi Educativi Assistenziali a gestione diretta</p> <p>consultori pediatrici</p> <p>- ambulatorio per l'obesità infantile</p> <p>- ambulatorio per la valutazione di II livello dell'autismo</p> <p>- gruppi di auto aiuto</p>	<p>Settore Minori, Settore Disabili, Settore Fragilità Sociali</p> <p>Dipartimento Materno Infantile ASL TO1 e ASL TO2</p> <p>ASL TO1</p> <p>S.S. Promozione della Salute ASL TO1</p>
<p>CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)</p>	<p>- visite domiciliari neonati (0-6 mesi)</p> <p>-attività di monitoraggio crescita (0 – 1 anno)</p> <p>-puericultura</p> <p>Cure domiciliari intensive in postacuzie ADI – SID – Riabilitazione domiciliare Cure palliative a pazienti oncologici</p> <p>- Affidamento residenziale sociale a parenti</p> <p>- Adozione</p>	<p>Pediatri di libera scelta</p> <p>Cure domiciliari</p> <p>- 10 Servizi Sociali circoscrizionali (aree accoglienza, minori)</p> <p>- presa in carico di minori stranieri non accompagnati</p> <p>- presa in carico dei minori non riconosciuti (0-2 anni)</p>	<p><u>Distretti ASL TO1 e ASL TO2</u></p> <p>Dipartimento Materno Infantile ASL TO1 e ASL TO2</p> <p><u>ASL TO1 e TO2,</u></p> <p><u>COMUNE</u> Divisione Servizi Sociali - Settore Minori</p>
<p>VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA', MOBILITA' (diritti di cittadinanza, vita politica...)</p>	<p>Servizio taxi</p> <p>Progetto "Lavorare insieme"</p>	<p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10)</p> <p>In-Genio</p>	<p>COMUNE Divisione Mobilità Divisione Servizi Sociali, Settore Disabili</p>

	<u>TABELLA B</u>		
<p>APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulenza Educativa Domiciliare per bimbi 0 – 5 anni a rischio evolutivo - Centri Educativi Specializzati Municipali, laboratori educativi attrezzati per alunni per attività integrate a quelle scolastiche 	<ul style="list-style-type: none"> - CED - CESM 	<p>1. COMUNE e AA.SS.LL.</p> <p style="text-align: right;">DMI ASL TO1 e TO2 – SC NPI, Servizi Educativi</p> <p style="text-align: right;">Settore Minori e Disabili, ASL TO1 e ASL TO2 - S.C. Disabilità</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - attività diurne socio sanitarie a valenza educativa e/o aggregativa - interventi di presa in carico del minore in difficoltà e/o del suo nucleo parentale (valenza socio sanitaria) - interventi di sostegno diurno educativo o familiare - sostegni residenziali per mamme sole con figli a rischio educativo - inserimenti in strutture residenziali per minori - inserimenti del minore in famiglie affidatarie (progetto neonati per i piccolissimi, affidamenti fino ai 18 anni, progetti di sostegno alla vita indipendente tra 18 e 21 anni) - Inserimenti minori con gravi problematiche neuropsichiatriche - Inserimenti minori con disturbi psicopatologici gravi/medio gravi anche associati a situazioni sociali anomali - progetto Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze giovanili ----- - Progetto Cappuccetto Rosso – interventi di psicodiagnosi e presa in carico di minori vittime di abusi sessuali o gravi maltrattamenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Centri diurni - Educativa Territoriale socio sanitaria - Affidamento diurno educativo e/o familiare socio sanitario (0 – 13 anni) - Comunità socio sanitaria Mamma con bambino (bambino < 13 anni) - Comunità alloggio socio sanitarie - Affidamento socio sanitario residenziale a terzi - Comunità Terapeutiche per Minori (CTM) (11-17 anni) - Comunità Riabilitative Psicosociali (CRP) (11-17 anni) - Comunità riabilitativa socio sanitaria (0 – 24 anni) - luoghi formali e informali di aggregazione e ritrovo dei giovani , locali commerciali ----- equipe multidisciplinare maltrattamento e abuso 	<p>2. COMUNE e/o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p style="text-align: right;">Settore Minori / DMI, (Associazioni), Cooperative e imprese no profit e profit</p> <p style="text-align: right;">-----</p> <p style="text-align: right;">DMI ASLTO2 e Settore Minori</p>

	<p>-“Progetto scuola” per bambini con “bisogni sanitari speciali” e cronici - individuazione precoce dei disturbi di apprendimento e gestione dell’aggressività del bambino -attività di consulenza agli insegnanti -educazione alimentare, sicurezza domestica -promozione della salute, educazione sanitaria e prevenzione nelle scuole -crescere con denti sani</p> <p>-----</p> <p>-assistenza ai minori inseriti nel circuito penale</p> <p>-----</p> <p>- definizione di percorsi di cura integrati - Atelier Fiaba - gruppi di sostegno per le famiglie -gruppo genitori di bambini che utilizzano la CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa) - Laboratorio, giardino, angolo cucina con strumenti adattati</p>	<p>- scuola primaria</p> <p>-----</p> <p>- Ferrante Aporti</p> <p>-----</p> <p>-centro di riabilitazione sovrazonale per l’età evolutiva</p>	<p>3. COMUNE e/o AA.SS.LL. e/o ALTRI SOGGETTI PUBBLICI</p> <p>Dipartimento materno infantile AA.SS.LL. TO1 E TO2, S.S. Promozione salute e scuola primaria</p> <hr/> <p>D.M.I., Città, Ministero</p> <p>-----equipe multidisciplinare ASL TO1</p>
--	---	--	--

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare)	Soggiorni estivi (da 14 anni) - accoglienza di genitori/parenti di minori per l'osservazione della qualità della relazione ----- - attività di mediazione culturale - programmi di accoglienza residenziale e assistenza per le vittime della tratta - accoglienza residenziale e supporto ai minori stranieri richiedenti/titolari di protezione internazionale - pronta accoglienza per minori stranieri non accompagnati- ----- sportello e sito Informadisabile	- case vacanze Luogo neutro socio sanitario o sociale (0-13anni) ----- Servizio Passepartout (Via San Marino 10)	1. COMUNE e AA.SS.LL. 2. COMUNE e/o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE Settore Disabili / disabilità ASLTO1 e ASLTO2 e Associazioni Settore Minori / DMI e Associazioni ----- Settore Minori Stanieri, DMI ASLTO1 e ASLTO2, Associazioni ----- DMI ASLTO1 E ASL TO2, Settore Disabili Associazioni
	- ascolto e rilevazione del bisogno di adolescenti e loro famiglie, con eventuale accompagnamento ai Servizi di competenza	- centro multidisciplinare per l'adolescenza (12 - 21 anni)	3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI D.M.I. A.S.L. TO1 e TO2, OIRM, Divisione Servizi Sociali e Divisione Servizi Educativi ----- ASLTO1

<p>AREE PREVALEN TI DI BISOGNO</p>	<p>ATTIVITA' E PROGETTI</p>	<p>LUOGHI E RISORSE</p>	<p>ATTORI E SINERGIE</p>
<p>CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)</p>	<p>- interventi di sostegno diurno educativo o familiare</p>	<p>- Affidamento residenziale socio sanitario a parenti</p>	<p>1. COMUNE e AA.SS.LL.</p>
	<p>- servizio attivo 24 ore su 24 per rispondere ai bisogni primari, di assistenza, protezione e tutela del minore, anche per madri con figli in situazioni di difficoltà - interventi in urgenza di inserimenti in famiglie affidatarie - assistenza residenziale per gestanti (L.R. 16/06)</p> <p>- interventi diurni ad alta intensità assistenziale per persone con gravi e gravissime disabilità per il mantenimento e miglioramento delle abilità acquisite</p> <p>- interventi diurni con finalità socio terapeutiche per persone con gravi disabilità, finalizzati al mantenimento e potenziamento delle abilità</p> <p>- Cure palliative a pazienti oncologici - Prestazioni di cura alla persona erogate in post- acuzie</p>	<p>- Pronto intervento</p> <p>- Pronto intervento affidi (0-10 anni)</p> <p>- 18 CST / RAF diurna (14 –64 anni)</p> <p>- 10 CST / CADD (14 –64 anni)</p> <p>Cure domiciliari</p>	<p>2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p>Settore Minori e Terzo Settore</p> <p>Settore disabili, Disabilità ASLTO1 e ASLTO2, Terzo Settore</p> <p>ASL TO1 e ASLTO2 e Associazioni</p>

	<ul style="list-style-type: none">- progetto 0-3: presa in carico di situazioni multiproblematiche in neonatologia- Esercizio funzione di tutela-Presa in carico di minori stranieri non accompagnati (0 – 12 anni)- sorveglianza sanitaria per il controllo delle malattie infettive nelle comunità infantili e scolastiche- vaccinazioni	<ul style="list-style-type: none">- neonatologie ospedaliere- consultori pediatrici- scuole	<p>3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI</p> <p>DMI ASLTO1 e ASLTO2, OIRM</p> <p>Divisione Servizi Sociali, NPI (a rotazione), Ministero</p> <p>AA.SS.LL. TO1 e TO2, Ministero</p> <p style="text-align: right;">i</p>
--	--	---	---

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA', MOBILITA' (diritti di cittadinanza, vita politica, tempo libero, ausili, tecnologia e sostegno alla mobilità)</p>	<p>-accoglienza residenziale in appartamenti di autonomia con interventi educativi – max 6 persone - sostegno alla mamma con bambino per l'acquisizione dell'autonomia del nucleo</p> <p>- accoglienza in strutture abitative di madri con bambino in situazioni di fragilità sociale per mancanza di abitazione e di rete familiare adeguata</p> <p>- inserimenti di giovani in appartamenti di autonomia con interventi e supporti educativi</p>	<p>- gruppi appartamento socio sanitari mamma con bambino (bambino < 13 anni)</p> <p>- progetti autonomia socio sanitari mamma con bambino (< 13 anni)</p> <p>- pensionati socio sanitari mamma con bambino (<13 anni)</p> <p>- gruppi appartamento socio sanitari per giovani</p>	<p>1. COMUNE e AA.SS.LL.</p> <hr/> <p>2. COMUNE e /o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p>Settore Minori AASSLL NPI Associazioni e/o Cooperative</p>

	<p>- accoglienza in strutture abitative di madri con bambino in situazioni di difficoltà sociale - accoglienza residenziale in appartamenti di autonomia con interventi educativi – max 6 persone</p> <p>- progetti residenziali per madri con figli inserite in strutture di autonomia con interventi educativi</p> <p>- interventi di volontariato di sostegno e socializzazione extrascolastico</p> <p>-----</p> <p>- attività di tipo espressivo, artigianale e occupazionale rivolte a gruppi di persone con disabilità, per favorire l’inclusione sociale attraverso iniziative di raccordo con il territorio</p> <p>- interventi diurni con finalità socio terapeutiche per persone con gravi disabilità, finalizzati a favorire l’inclusione sociale</p> <p>-----</p> <p>Consulenza ausili informatici (Ausilioteca) Consulenza accessibilità (Città accessibile)</p>	<p>- Pensionati integrati sociali mamma con bambino - gruppo appartamento sociale mamma con bambino (bambino < 13 anni)</p> <p>- residenzialità in autonomia a valenza sociale mamma con bambino (< 13 a)</p> <p>- accompagnamento solidale (6-17)</p> <p>-----</p> <p>- 19 CAD (14 –64 anni)</p> <p>- 4 CST/RAF diurna</p> <p>-----</p> <p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10)</p>	<p>settore Minori, settore Fragilità Sociali, Associazioni e/o Cooperative</p> <p>-----</p> <p>settore disabili, Disabilità AA.SS.LL. TO1 e TO2, Associazione e/o Cooperative</p> <p>-----</p> <p>settore disabili e Associazioni</p>
	<p>- progetto “Provaci ancora Sam” (6-17 anni): progetto contro la dispersione scolastica, fino al conseguimento della licenza media</p>		<p>3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI Settore Minori, Settore Servizi Educativi, scuole e Associazioni</p>

Tabella C: RISORSE E ATTIVITA' INNOVATIVE, INTEGRATE CON ALTRI SERVIZI SANITARI E/O SOCIO ASSISTENZIALI E/O TERZO SETTORE E/O PRIVATO IMPRENDITORIALE

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)</p>	<p>- Progetti atipici, possibilità di individuare percorsi individuali integrati ad alta valenza sanitaria per situazioni particolari -----</p> <p>- interventi personalizzati socio educativi riabilitativi rivolti a minori con disturbi della relazione e disturbi pervasivi dello sviluppo (autismo) -----</p> <p>- interventi personalizzati socio educativi riabilitativi rivolti a adolescenti e adulti con disturbi della relazione e multiproblematicità -----</p> <p>- attività di tipo espressivo, artigianale e occupazionale rivolte a gruppi di persone con disabilità, a valenza educativa e riabilitativa sociale -----</p> <p>- interventi diurni ad alta intensità assistenziale per persone con gravi e gravissime disabilità per il mantenimento e miglioramento delle abilità acquisite -----</p> <p>- interventi diurni con finalità socio terapeutiche per persone con gravi disabilità intellettive e sensoriali, finalizzati al mantenimento e potenziamento delle abilità -----</p> <p>Progetto "Arcobaleno" – attività di didattica e informatica nelle scuole elementari per bambini disabili</p>	<p>- centri diurni e residenziali -----</p> <p>4 SSER (Servizio socio educativo riabilitativo) (6-16 anni) -----</p> <p>4 SSER (Servizio socio educativo riabilitativo) (14-44 anni) -----</p> <p>6 CAD (14-44 anni) -----</p> <p>5 CST/RAF diurna (14-64 anni) Via Cimabue, C.so Sicilia, C.so Cadore, Via degli Abeti e Via Paoli -----</p> <p>3 CST/CADD (14-64 anni) - ArtCadd, Creativecadd e Via Pio VII -----</p> <p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10) -----</p>	<p>2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE -----</p> <p>- settore minori, AA.SS.LL S.C. disabilità, Associazioni e Cooperative -----</p> <p>- settore disabili, settore minori, AA.SS.LL - NPI e disabilità, Associazioni -----</p> <p>- settore disabili, AA.SS.LL disabilità, Cooperative e Imprese Sociali -----</p> <p>- settore disabili e Associazioni</p>
	<p>- attività riabilitative e di valutazione di minori con autismo</p>	<p>centro riabilitazione per autismo</p>	<p>3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI -----</p> <p>D.M.I. ASLTO1, OIRM e San Camillo</p>

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare)			1. COMUNE e AA.SS.LL.
	- attività di selezione e sostegno socio sanitario alle famiglie affidatarie - iniziative per favorire, sostenere e dare visibilità all'affido, anche per bambini con disabilità ----- - servizio di emergenza per persone non residenti in condizioni di fragilità e/o esclusione sociale ----- - Progetto "SDS" Servizio Disabilità e Sessualità" (14 –64 anni): attività di orientamento e consulenza rivolto a operatori e famiglie di persone con disabilità - Progetto "Prisma" (0 –64 anni): attività di informazione, orientamento e consulenza anche alla pari per le persone con disabilità e/o fragilità sociale	Casa dell’Affido ----- Call center mamma con bambino ----- Servizio Passepartout (Via San Marino 10)	2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE settore minori, AASSLL NPI e Associazioni ----- settore minori e Associazioni ----- - settore disabili e Associazioni

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)	- assistenza di base territoriale ----- Presa in carico di minori con gravi patologie in dimissioni protette	Pediatri di Libera Scelta in Gruppi di Cure Primarie ----- Cure domiciliari	1. COMUNE e AA.SS.LL. Ospedali pediatrici – dipartimento materno Infantile ASLTO1 E ASLTO2 -
	- Progetti Preventivi Mirati - Sostegni Educativi Professionali ----- - Assistenza domiciliare - Assistenza familiare - affidamenti familiari - cure familiari - pasti a domicilio	----- domiciliarità	2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE Settore Minori, AASSLL NPI e Terzo Settore ----- Settore Minori e Terzo Settore
VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA', MOBILITA' (diritti di cittadinanza, vita politica, tempo libero, ausili, tecnologia e sostegno alla mobilità)			3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI
			1. COMUNE e AA.SS.LL.
			2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE
			3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI

Tabella D: PROGETTUALITA' PROMOSSE DAL PRIVATO SOCIALE E SOSTENUTE DAL SETORE PUBBLICO IN UN'OTTICA DI SUSSIDIARIETA'

SEZIONE IN FASE DI MAPPATURA

- Associazioni aderenti al Progetto "Motore di Ricerca"
- Associazioni aderenti al Progetto "Prisma"
- Punto Pass: accompagnamento solidale (CPD)
- Associazioni (20) aderenti alla Casa dell'Affido
- Educatorio della Provvidenza
- **Progetti stranieri**

Piano Regolatore Sociale – TAVOLO BAMBINI**(Coordinamento a cura della Divisione Servizi Educativi - 23/07/2008)**

Il tavolo ha coinvolto una ventina di persone circa provenienti da 10 direzioni. Il confronto è stato avviato a partire dalla definizione, poiché il termine 'bambini' conduce a discutere di una fascia di età, compresa tra 0 e 14 anni, in cui si ritrovano dinamiche molto differenziate: l'infanzia, la pre-adolescenza e l'adolescenza.

Le problematiche e i possibili interventi devono perciò venire articolati secondo fasce di età più analitiche, nel senso che la stessa definizione di 'bambini' può indurre a semplificazioni inadatte a rappresentare la realtà di riferimento. Un esempio fra tutti: col termine bambini è stato tradizionalmente considerata una fascia di cittadinanza coincidente con le scuole dell'obbligo fino a 14 anni, attribuendo le politiche giovanili post-obbligo scolastico ad altri settori e servizi. Tuttavia con l'innalzamento dell'obbligo a 16 anni, vanno considerati bambini tutti coloro che si trovano sotto questa soglia di età?

Altro paradosso: quando si interviene nelle scuole superiori, si deve dunque articolare la proposta per due fasce corrispondenti al biennio e al triennio? Una seconda complessità attiene allo stretto legame tra politiche per lo sviluppo delle autonomie e dei processi di identità nei bambini e nei giovani, e sostegno al ruolo genitoriale. Pensando soprattutto ai primi anni di vita, la compresenza del doppio riferimento a genitori e figli attribuisce alle potenziali politiche pubbliche una doppia valenza. Anche in questo caso può risultare utile un esempio: da alcuni anni è sempre più evidente la relazione tra l'aumento dell'offerta di servizi nella fascia 0-3 anni (in particolare, di asili nido) e l'incremento del tasso di natalità e dell'occupazione femminile. In altri termini il tema dell'accesso alle risorse sembra diventare fondamentale in quanto portatore, in negativo, di nuove e ulteriori disparità sociali: accesso come informazione, accesso come uso delle risorse, accesso come disponibilità di strumenti conoscitivi, accesso come potenziale disponibilità di "tempo per".

I risultati dei lavori condotti dal tavolo possono venire riassunti in quattro temi.

- Le fasce di età su cui concentrarsi
- Il tema della cittadinanza attiva
- Sistema integrato territoriale dell'offerta
- Un nuovo rapporto fra politiche educative e scuola

Un primo risultato del tavolo è stato di portare in luce come le fasce d'età su cui sembra necessario concentrare al momento attuale l'attenzione siano quelle 0-3 anni e 11-16, dove appaiono più salienti le problematiche sopra richiamate. Peraltro, l'Amministrazione ha dimostrato di possedere già strumenti che, nel tavolo, hanno favorito la massima condivisione. Fra gli interventi censiti ve ne sono di relativi al tema della genitorialità e della famiglia, e di prevenzione e recupero della dispersione scolastica. Un modello specifico, di progettazione partecipata, è offerto dal Laboratorio "Città Sostenibile" che favorisce la realizzazione di progetti insieme ai soggetti che ne vengono direttamente interessati (cortili scolastici, percorsi sicuri), che ha il valore aggiunto di far condividere il progetto da sei assessorati. Il Laboratorio rappresenta un punto di forza in termini di processo che potrebbe essere esteso con risultati importanti. Altri contenuti innovativi dovrebbero essere approfonditi per valutarne l'impatto, sia in termini sociali sia di riadeguamento dell'azione amministrativa.

Il tema della cittadinanza attiva, solo parzialmente sperimentata con il Laboratorio, potrebbe diventare uno dei cardini della programmazione futura, rispondendo a quel concetto di 'città educativa' riassunto dall'Associazione Internazionale delle Città Educative di cui Torino è socio fondatore.

Altrettanto importante ultimare la realizzazione di un sistema integrato territoriale per valorizzare l'offerta prodotta dai soggetti terzi (scuole statali, terzo settore, privato sociale, privato-privato) e definire un percorso di opportunità e di accesso con livelli di qualità essenziali più omogenei possibile. In questo senso, nella fascia 0–3 anni l'accreditamento delle strutture private che offrono servizi alla prima infanzia (nidi e altro) sembra ormai ineludibile.

Inoltre, poiché i giovani in età scolare obbligata trascorrono parte del loro tempo a scuola, qui potrebbero venire "raggiunti" agevolmente da interventi pensati per sviluppare processi di educazione alla cittadinanza, di prevenzione all'emarginazione e al bullismo, che richiedono la capacità di intrecciare le politiche educative con i piani dell'offerta formativa scolastica, approfittando delle quote curriculari dedicate ai "saperi" del territorio. In questo contesto l'incontro con i partner esterni diventa essenziale: il privato, la scuola statale troppo spesso tenuta "tra le righe" anche se si tratta di una agenzia primaria, i genitori vittime di una contraddizione sempre più evidente tra il desiderio di essere educatori attivi e la difficoltà di interpretare pienamente la condizione di genitore. Infine quei soggetti istituzionali e privati, dalle fondazioni alle imprese, interessati a favorire la coesione sociale facendo leva sui processi educativi, che non possono più non venire coinvolti in primo luogo per i ben noti problemi finanziari. Rimane al fondo la convinzione che la dimensione 'bambini' debba interagire sempre di più con gli altri tavoli, perché magari si tratta di uno straniero o di un disabile. La complessità della dimensione trattata, insomma, richiede più interazione tra i servizi, al fine di definire strategie articolate per progetti e non soltanto per competenze settoriali. Una prima proposta operativa sarebbe l'avvio di un Osservatorio sui minori come luogo di elaborazione dei dati relativi agli interventi condotti per l'infanzia e l'adolescenza, utile a produrre una lettura complessiva delle politiche attivate e una costante verifica della loro efficacia ed efficienza.

Piano Regolatore Sociale – TAVOLO POLITICHE GIOVANILI

(Coordinamento a cura della Divisione Politiche Giovanili - 23 luglio 2008)

Il tavolo giovani ha coinvolto circa 25 persone. le divisioni coinvolte sono state cinque: una partecipazione ampia, quindi, ma non così diffusa, soprattutto se si pensa al numero altissimo di soggetti esterni all'amministrazione che collaborano con la città.

Il fuoco principale del tavolo non ha riguardato l'attività ordinaria dei tanti settori presenti, quanto piuttosto le aree che possono richiedere, per ottenere risultati migliori, una riprogettazione che coinvolge più settori.

La particolarità del Tavolo è che ha scelto di non procedere per ambiti, per analizzare invece, con l'aiuto della griglia proposta, le attività in base alle finalità, partendo dall'assunto che i giovani sono una categoria anagrafica molto variegata, certo più di quanto non faccia intendere la consueta distinzione fra adolescenti e post-adolescenti.

Sono state definite le aree di intervento, distinguendo innanzitutto tra promozione dell'agio e intervento sul disagio, e abbiamo verificato come alcuni interventi facciano riferimento a una sola delle due aree, mentre sono numerosi quelli che si collocano a cavallo tra l'una e l'altra, oppure attività trasversali a più aree. Sono state distinte le varie aree in base al grado di autonomia dei giovani che gli interventi contribuiscono a costruire, a partire da un grado zero – che riguarda i giovani in condizione di disagio – verso gradi successivi che attengono alla possibilità di passare alla condizione di adulto (autonomia di reddito, casa, lavoro) godendo a pieno tutti i diritti di cittadinanza.

Sono stati individuate quattro aree di intervento.

- I rapporti con la scuola
- L'informazione

- Terzo settore e associazionismo
- Razionalizzazione della spesa

E' stato considerato il tema dei rapporti con i soggetti esterni all'Amministrazione comunale a partire dal mondo della scuola, nei cui confronti l'autonomia scolastica rende difficile costruire di canali univoci di comunicazione, di elaborazione-progetto, di analisi dei bisogni. Costruire un collegamento diretto con questo mondo è appunto uno degli obiettivi che abbiamo messo a fuoco. Si tratta in questo ambito di aprire un canale stabile e organico, per cui è in corso l'adozione di un accordo quadro, tra l'Amministrazione e l'Ufficio Scolastico Regionale, al fine di costruire – anche al livello dei singoli Settori – un rapporto con le scuole superiori, coglierne i bisogni (grazie al confronto con studenti e dirigenti scolastici) e realizzare un catalogo di offerte, da parte della Città o di altri soggetti, certificate e garantite sotto il profilo della qualità, per evitare che giungano alle scuole un numero spropositato di proposte fra cui è difficile riconoscere le migliori.

Un secondo argomento è quello, già richiamato, dell'informazione. Qui è bene dire che non sempre si tratta di intervenire sull'ampliamento dell'offerta, poiché a volte è la conoscenza dell'offerta da parte dei destinatari a fare difetto, soprattutto da parte di coloro che hanno minor dimestichezza con i modi della comunicazione pubblica. È questo un argomento di cui si discute spesso: soprattutto dopo aver verificato concretamente quanto poco viene percepita l'offerta messa in campo dall'Amministrazione, da parte di coloro che si collegano ad un nostro sito, io credo che la questione non manchi di rilevanza. La soluzione non può essere tuttavia realizzare l'ennesimo "metaportale" di portali, ritengo piuttosto che sia necessario operare su un altro livello, collegando e razionalizzando i punti di informazione, non solo informatica ma anche direttamente erogata da uffici e sportelli. Nonostante il Tavolo Giovani abbia il vantaggio di disporre di una struttura forte come l'Informagiovani, abbiamo constatato che questo non è tuttavia sufficiente per raggiungere tutti i pubblici. L'obiettivo in tema di informazione potrebbe essere di garantire la diffusione delle informazioni verso l'esterno e tra i settori dell'Amministrazione, attraverso l'adozione di procedure semplici e veloci, che permettano ai diversi uffici che lavorano con i giovani di conoscere le attività e le opportunità offerte dagli altri Settori. Non solo: crediamo che se fossero applicate le medesime procedure nei diversi sportelli informativi, ogni servizio informativo specifico dovrebbe essere in grado di reindirizzare i giovani verso lo sportello giusto. Per questo potrebbe essere opportuno realizzare una mappa dei canali di comunicazione, per facilitare l'accesso e garantire una diffusione capillare delle informazioni.

Ad andare ripensati vi sono anche gli Osservatori, così come le collaborazioni con le organizzazioni esterne. Noi crediamo che gli interventi di services siano molto importanti perché si collocano a metà strada tra la realizzazione di un'azione a favore del target – nel nostro caso i giovani – e l'attività di supporto, forte e spesso indispensabile, al mondo dell'associazionismo, che gioca per le politiche di cui ci occupiamo un ruolo importante all'esterno del Comune. Stiamo parlando di quei servizi che vengono forniti dall'Amministrazione come supporto all'attività di altri soggetti, permettendo loro di agire e di mettere in campo politiche. Un esempio importante è il Servizio Civile Nazionale Volontari che, da un lato, offre alla popolazione giovanile occasioni ed esperienze di crescita, dall'altro è divenuto uno strumento indispensabile grazie a cui molte associazioni medio-piccole riescono concretamente a realizzare interventi di indubbio valore sociale.

E' stato verificato che la spesa nelle attività intersettoriali è cresciuta esponenzialmente: questo è frutto di relazioni forti, strette, magari bilaterali e non plurilaterali, ma comunque

capaci di portare a integrazioni di spesa su attività comuni. Uno degli ambiti di intervento identificato riguarda la razionalizzazione dei contributi: definire procedure e regole che consentano a tutti i Settori e Circoscrizioni di conoscere da chi vengono chiesti contributi, per quale importo, per quale progetto, nonché quali tra questi contributi vengono erogati. Si tratterebbe di consolidare uno strumento operativo che, senza aggravare le pratiche burocratiche, consenta di evitare la duplicazione di contributi dati per gli stessi progetti agli stessi soggetti, e migliori la qualità del sostegno dato al Terzo settore, anche aumentando la nostra capacità di indirizzamento dei contributi sulla base delle priorità stabilite dall'Amministrazione.

**Piano Regolatore Sociale – TAVOLO DISABILI
(Coordinamento a cura del Settore Disabili - Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie - 23 luglio 2008)**

Il tavolo ha coinvolto 20 persone circa provenienti da 10 direzioni. Il primo risultato è stata la crescita della conoscenza reciproca rispetto alle attività dei diversi settori. In secondo luogo identificare alcuni promettenti ambiti di lavoro intersettoriale. Il fuoco dell'analisi è stato messo non tanto su attività specifiche come per esempio l'accoglienza diurna o residenziale delle persone disabili, quanto sull'allargamento di opportunità per tutti negli ambiti della vita quotidiana per diffondere una maggiore sensibilità nei riguardi di tutti i cittadini che esprimono bisogni particolari.

Per fare un esempio, le politiche di abbattimento delle barriere architettoniche, che consentono la mobilità delle persone disabili, sono al tempo stesso una risorsa per gli anziani e le mamme con i piccoli in carrozzina: l'accessibilità della città, dal punto di vista materiale e culturale, è stata perciò la parola chiave del lavoro nel tavolo.

Il tavolo ha individuato cinque diversi filoni di lavoro intersettoriale.

- I servizi per minori
- La rete informativa
- La mobilità
- L'inserimento lavorativo
- Le barriere architettoniche
- Banca dati delle associazioni
- Housing

Il filone dei servizi per minori disabili è una delle aree di collaborazione intersettoriale più promettenti. Si tratta di costruire con i Servizi Educativi e i Servizi Sociali della Città, insieme alle Asl e alla scuola, una progettazione unitaria dei percorsi di vita, per fare in modo che gli utenti possano avvalersi di un unico referente e dunque ottimizzare i servizi socio-sanitari, educativi e di integrazione scolastica attivati a favore di minori disabili gravi e gravissimi. Un primo passaggio da fare è l'unificazione della banca dati dei servizi attivati a favore del target, a cui può seguire l'elaborazione di proposte per razionalizzare e coordinare gli interventi. È fondamentale capitalizzare quanto esiste già: il progetto "Lavorare Insieme", le attività artistiche, culturali, di animazione, i laboratori di lettura realizzati da Iter e dalle Biblioteche, la diffusione degli affidamenti diurni e residenziali per disabili e del volontariato.

Il filone della rete informativa rivolta alle persone disabili riguarda la possibilità di collegare, in un unico sistema, l'intera produzione web di informazioni e notizie rivolte

alle persone con disabilità e alle loro famiglie, con l'obiettivo di ottimizzare progressivamente i contenuti realizzati dai diversi settori della Amministrazione e diffondere capillarmente le informazioni presso Circoscrizioni, biblioteche, Servizi, uffici pubblici. Al tempo stesso sarebbe necessario generalizzare, in tutte le iniziative di comunicazione della Città, il riferimento all'accessibilità. In questa prospettiva, infine, va anche colta la proposta delle biblioteche di ospitare punti di accesso alle informazioni.

Il filone della mobilità comprende interventi, da realizzare in collaborazione con la Divisione Mobilità e Infrastrutture, per razionalizzare e riorganizzare il sistema di trasporto attraverso taxi e minibus attrezzati. In questa prospettiva, possono risultare utili interventi di unificazione delle banche dati del Settore Disabili – Passepartout e del Settore Esercizio; l'ottimizzazione di iniziative e risorse dei Servizi di accompagnamento solidale; la costruzione di un sistema di servizi di accompagnamento realizzati dal volontariato e dal privato sociale capaci di garantire accompagnamenti personalizzati; la sperimentazione di servizi di mobilità a favore di persone con disabilità intellettiva grave. Altrettanto importante ridefinire il contratto di servizio con Gtt che gestisce i taxi e minibus, il trasporto casa/scuola e il trasporto casa/Cst.

Nel campo dei percorsi di sostegno all'inserimento lavorativo e di orientamento al lavoro la competenza istituzionale è della Provincia, benché sia attivo un coordinamento tra la Divisione Lavoro del Comune e la Divisione Servizi Sociali per gestire tirocini formativi e orientativi/osservativi rivolti ai disabili. Sarebbe opportuno diffondere l'impiego del regolamento comunale 307 e mettere in rete le informazioni sulle opportunità di formazione professionale per i disabili e sui supporti offerti – soprattutto per i sensoriali – per favorire la frequenza ai corsi ordinari.

Riguardo l'abbattimento delle barriere architettoniche, andrebbe rilanciata l'attività del gruppo tecnico che recentemente ha prodotto uno specifico Manuale di buone prassi e sarebbe utile realizzare un report annuale sullo stato di avanzamento dell'attività. Ma soprattutto è indispensabile abbattere le barriere culturali, facendo leva in primo luogo sui progetti Biennale arte plurale, che registra la collaborazione tra la Divisione Servizi Culturali, Divisione Servizi Sociali e scuole; i prodotti della Bottega InGenio che andrebbero diffusi attraverso normali canali commerciali anche con l'aiuto del Settore Commercio; il progetto Motore di Ricerca che promuove l'integrazione in diversi ambiti del tempo libero mettendo a disposizione spazi di accoglienza nel quadro delle attività correnti di molte associazioni; il coinvolgimento delle associazioni sportive per attività specifiche come per attività comuni a cui può venire aperta la partecipazione dei disabili.

E' stata inserita un'attività di banca dati delle associazioni, che svolgono interventi a favore di persone con disabilità, al livello cittadino in rapporto alle diverse Divisioni del Comune e al livello circoscrizionale. I soggetti sono stati suddivisi in rapporto agli ambiti di competenza fra sport, arte e cultura, ricreativo-aggregativo.

Un filone di attività intersettoriale è l'housing, in particolare il progetto di condominio solidale: già avviato dalla città nei confronti di anziani e madre single con bambini piccoli, potrebbe essere esteso anche ai disabili con buone autonomie personali.

APPROFONDIMENTI

Sostegno alla famiglia e al minore.

La pluralità e la complessità degli interventi di sostegno a favore del minore e del suo sistema familiare oggi svolti devono necessariamente comprendere il sostegno alla Domiciliarità e al Territorio di appartenenza rendendo di conseguenza necessaria una maggior definizione e precisazione degli ambiti di competenza di ciascun soggetto coinvolto.

Il dato di partenza è legato alla permanenza del minore in difficoltà nel proprio ambito e contesto di vita garantendo una condizione di relativo benessere che può essere assicurato/favorito dall'insieme di interventi, azioni, servizi mirati e predisposti dalla Città attraverso le politiche sociali svolte.

Alcuni bisogni individuati:

- sostegno alla famiglia per il recupero - rafforzamento della capacità genitoriale;
- centralità degli interventi per la famiglia nella sua interezza;
- continuità educativa orizzontale, "nel presente", tra tutti i soggetti che si occupano del minore e verticale relativa alla crescita del minore nel tempo (sostegno alla scelta e alla progettualità del futuro);
- integrazione degli interventi sia per quanto riguarda il minore che la famiglia: livello diagnostico, livello operativo, livello valutativo;
- maggiore ascolto delle problematiche dei minori e delle famiglie;
- bisogno delle famiglie di essere sostenute in situazione di difficoltà legate all'handicap.

Intervento precoce e centralità della famiglia

Le criticità si sviluppano su due versanti: da un lato, intervenire sempre più precocemente e preventivamente sui minori abbassando l'età (0 – 10) di presa in carico da parte dei Servizi; dall'altro, porre al centro degli interventi la famiglia nella sua interezza, promuovendone il sostegno attraverso strumenti formativi e informativi in funzione di un potenziamento delle competenze dei suoi membri.

Lo specifico 0-3 anni va ripreso in quanto molti interventi già esistono (tra i quali l'Educativa Territoriale, il Progetto Neonati, la Domiciliarità, gli Assegni di cura e di maternità per quanto riguarda i Servizi Sociali; la Consulenza Educativa ed i Centri Famiglia per il Sistema Educativo) ma c'è la sensazione che spesse volte non siano sufficienti per prendersi in carico il nucleo nella sua interezza (manca una lettura complessiva, ci si focalizza solo sul bambino).

Un sostegno importante per quest'area di intervento è quello relativo al Progetto "Dare una famiglia ad un'altra famiglia" che costituisce una tipologia specifica dell'affidamento diurno.

L'altro bisogno rilevante riguarda la questione della prevenzione primaria del disagio giovanile.

Aggregazione naturale e Scuola: il rischio educativo degli adolescenti La costante incertezza che attraversa i percorsi familiari sopra indicati segna ancora, in modo più marcato, la vita e la crescita dell'adolescente che deve fronteggiare e superare i propri compiti di sviluppo.

A tale proposito nascono, con il sistema dell'Accreditamento, i Centri Diurni per minori dai 6 ai 15 anni. Connotazione molto forte di questi Centri è la loro territorialità, l'integrazione significativa nel tessuto circoscrizionale e quindi la loro capacità positiva di poter essere polo di lavoro in rete delle risorse locali, oltre che luogo aggregativo di minori con problematiche sociali.

I Centri Diurni diventano una risorsa e sono promotori dell'azione coordinata e congiunta delle varie risorse locali che intervengono a favore del minore, dai Servizi Sociali all'associazionismo di terzo settore, dal mondo della cooperazione a quello della scuola, alla famiglia, all'educativa di territorio.

Un progetto, quindi, valutabile positivamente sia dal punto di vista del servizio alla famiglia ed al minore, (opportunità di rimanere presso il nucleo familiare di origine), sia

dal punto di vista della crescita della cultura reale e dell'operatività del management di rete.

Un progetto ed una modalità di lavoro che si ritiene necessario dover implementare proprio dal punto di vista del coordinamento della rete territoriale, in modo da poter rendere sempre più efficace lo stesso intervento a favore della famiglia.

I minori vengono inseriti in contesti aggregativi pre-esistenti e quindi non ghettizzanti, luoghi comunque normali che fanno parte della vita di un adolescente comune e che non possono però essere disgiunti dagli altri luoghi di vita quali la scuola, la famiglia, il gruppo amicale.

Analogamente difficile verso gli adolescenti appare il momento che attraversa la Scuola; diverse sono le attività predisposte ma i segnali non sono incoraggianti. Si registra, infatti, una percentuale del 25% di ragazzi non promossi in prima superiore ed una percentuale del 35% di promossi con debito formativo, assommando le quali si arriva ad un 60% di studenti della fascia di età compresa tra i 15-16 anni che presentano un disagio formativo più o meno consistente. (...)

Nel proporre questi progetti emergono una serie di nodi problematici collegati alla comunicazione tra i diversi attori in gioco, alla gestione dei processi, ai tempi di erogazione dei servizi, alla complessità delle diverse professionalità coinvolte e al ruolo della società civile in particolare del volontariato.

La rete che si va a costruire dovrebbe permettere anche una migliore integrazione fra lavoro clinico e sociale (letture diagnostiche condivise, confronto e dialogo permanente); fra i servizi sociali e i servizi sanitari (N.P.I., Consultori pediatrici e familiari, Centri di terapia familiare); fra gli interventi dell'area sanitaria e quelli dell'area educativa/pedagogica; fra il Tribunale, la Scuola e tutte le altre organizzazioni operanti sul territorio.

Domiciliarità

Le due tipologie che riguardano i Minori e le loro Famiglie comprendono il "Rischio educativo" e la "Difficoltà sociale".

Le situazioni di "rischio educativo", che comportano un pregiudizio per la crescita del bambino e rendono necessari interventi di sostegno, possono essere ricondotte ad una condizione familiare di deprivazione materiale, culturale, relazionale, di abilità sociali e di organizzazione nella vita quotidiana. Tali sono, per esempio, abitudini di vita inadeguate e/o devianti, mancanza di attenzione per aspetti di istruzione ed educazione, scarsa cura anche connessa alla presenza di reddito insufficiente, disorganizzazione ed inadeguatezza nella gestione delle incombenze quotidiane e nei rapporti con gli altri.

Le situazioni di "difficoltà sociale" non sono, invece, dovute a fattori riconducibili alla persona (carenza affettiva, educativa e relazionale del/i genitore/i) ma esterni alla stessa. Tali sono, per esempio, l'assenza per attività lavorative in periodi della giornata non coperti da servizi educativi oppure di malattia o infermità temporanea di un genitore solo e senza rete primaria.

Gli interventi per i minori e loro famiglie a "rischio educativo" o "difficoltà sociale" le seguenti:

Sostegno Familiare: la Deliberazione del Consiglio Comunale del 12 febbraio 2001 mecc. 200005700/19 che disciplina gli interventi di Assistenza economica prevede, tra l'altro, contributi per il "Sostegno familiare" erogati, in relazione al reddito e fino ad un massimale di spesa predefinito, a favore di minori i cui genitori non possono garantire

presenze adeguate con i figli per giustificati e documentati motivi e attraverso i quali la famiglia può retribuire personale a rapporto di lavoro con la stessa.

Servizio di Assistenza Domiciliare: si richiama alla domiciliarità anziani. Con il Piano territoriale cittadino ex lege 285/97, attraverso l'estensione di contratto dello specifico appalto-concorso di assistenza domiciliare, è stata avviata la sperimentazione di utilizzo di questo servizio relativamente ai nuclei con minori. Ciò con lo scopo di supportare e accompagnare nella quotidianità i genitori in situazione di particolare deprivazione socio-culturale e ambientale ad esercitare le proprie funzioni anche di tipo pratico e materiale nei confronti dei figli sia per evitare il rischio di ricorso a collocazioni eterofamiliari che per favorire il rientro.

Affidamento Diurno: istituito nel 1982, la Deliberazione della Giunta Comunale n. 0411052/19 del 7 dicembre 2004 ha definito obiettivi, funzioni e tipologie, mentre con la Deliberazione del Consiglio Comunale n. 05648/019 del 26 settembre 2005 sul "Riordino delle Prestazioni Domiciliari e Socio Sanitarie" (la Domiciliarità) si rideterminano le quote di rimborso spese e i relativi criteri di attribuzione delle stesse. L'affidatario è un supporto importante per la famiglia in quanto svolge attività, senza una specifica competenza per ciascuna, proprie sia dei genitori che di altre figure adulte appartenenti alla rete primaria (fratelli maggiori, nonni, altri parenti) in situazioni in cui le stesse non sono in grado interamente o in parte di assumere i normali compiti di cura, educazione e assistenza.

Accompagnamento Solidale

Si tratta di un intervento di volontariato che risponde ad esigenze logistiche o educative "semplici e lineari", dove la relazione con il minore è caratterizzata da attività di cura, accompagnamento e sostegno scolastico ma la funzione educativa di relazione interpersonale individualizzata, stabile e continua non costituisce la centralità del progetto. L'attività, quindi, può tollerare l'eventuale sporadicità ed offrire più riferimenti di volontari che possono "ruotare" intorno al minore.

L'intervento risponde principalmente al bisogno di sostegno scolastico nell'ambito dell'extrascuola (differenziandosi per tale ragione dal progetto di prevenzione e recupero scolastico "Provaci ancora Sam") e di inserimento del minore nel gruppo dei coetanei presso strutture e centri aggregativi diurni collocati nel territorio e nei contesti di vita dello stesso.

L'intervento rientra nell'ambito del Volontariato dove cosiddetti "Fratelli Maggiori" supportano e/o sostituiscono alcune funzioni genitoriali che le famiglie in difficoltà non riescono temporaneamente a svolgere e/o ad esercitare nel quotidiano.

In questo caso emerge l'importanza della funzione preventiva nel rispondere il più precocemente possibile ai bisogni dei minori in difficoltà e delle loro famiglie con sostegni domiciliari/territoriali prima che i disagi si "cronicizzino" da rendere necessario il ricorso ad interventi professionali più mirati ed individualizzati.

I Volontari fanno parte di Organizzazioni del territorio (Parrocchie, Polisportive, Associazioni culturali) al fine di supportare meglio il Progetto e di favorire l'inserimento dei minori nei loro contesti di vita e di appartenenza (nel recente bando sono 47 le Organizzazioni territoriali che hanno aderito all'iniziativa).

Provaci ancora Sam

Il complesso dei fenomeni relativi a ripetenze, bocciature, abbandoni, frequenze irregolari, ritardi viene compreso nella "Dispersione scolastica". I dati statistici riferiti al fenomeno nella Scuola Media dell'Obbligo indicano che esso, oltre una rilevanza statistica, ha anche una notevole risonanza sociale.

Il ragazzo “disperso” non ha una tipologia precostituita ma vive un problema e l’abbandono o l’insuccesso scolastico è manifestazione del suo disagio. Intorno a questo problema giovanile da alcuni anni si è avviato un Progetto Sperimentale “Provaci ancora Sam” che si diversifica in interventi di Prevenzione ed interventi di Recupero scolastico.

L’obiettivo didattico prioritario di tale iniziativa è il conseguimento della licenza media; la finalità educativa è quella di favorire un processo di ripresa di fiducia in se stessi da parte dei ragazzi e un loro graduale cammino verso una effettiva integrazione sociale.

Il Progetto “Provaci ancora, Sam” per la parte recupero si articola in due parti:

- intervento di recupero di minorenni tra i 15 ed i 17 anni presso 5 CTP della città
- intervento di Tutela Integrata rivolto a minorenni tra i 14 ed i 15 anni presso l’Istituto comprensivo “D. M. Turollo”.

I corsi di recupero per giovani “drop-out”, avviati da più di dieci anni, hanno permesso quest’anno a circa 160 ragazzi di conseguire la licenza media e, in alcuni casi, di riagganciare la realtà scolastica proseguendo gli studi, nella scuola superiore o nei corsi di formazione professionale.

L’intervento di “prevenzione” è invece rivolto ai giovani che frequentano il primo anno della scuola secondaria di 1° grado. Questo intervento, molto flessibile per adeguarsi alle specifiche esigenze delle scuole e dei ragazzi, offre ai giovani strumenti concreti (persone, servizi e strutture scolastiche) per rafforzare la motivazione allo studio e valorizzare le proprie competenze. Dopo un’analisi degli anni passati si è pensato di estendere, in casi particolari definiti in accordo con le scuole, il progetto alle classi 5^a elementare e 2^a - 3^a media.

Il progetto “Provaci ancora, Sam” nelle sue due dimensioni, preventiva e di recupero, vede coinvolti in qualità di promotori e finanziatori rispettivamente:

- il CSA di Torino, attraverso la messa a disposizione di quattro insegnanti per l’Istituto comprensivo “D. M. Turollo” e parziale copertura delle spese della Tutela Integrata;
- l’Ufficio Pio della Compagnia di San Paolo, che interviene congiuntamente con la Fondazione per la Scuola della Compagnia di San Paolo a parziale copertura delle spese e nel monitoraggio del progetto ;
- il Comune di Torino con il coinvolgimento della Divisione Servizi Educativi e della Divisione Servizi Sociali e rapporti con le Aziende Sanitarie e con l’erogazione da parte di entrambe di un contributo a favore delle Organizzazioni che gestiscono le attività con i ragazzi.

Il “Provaci ancora, Sam” non avrebbe avuto questi sviluppi e risultati positivi senza la presenza costante delle Associazioni nelle Scuole, luogo in cui è possibile raccogliere il maggior numero di ragazzi, che ha permesso la costruzione di spazi di accoglienza e di vicinanza.

Le attività delle Associazioni nascono da un costante lavoro di conoscenza e di relazione con la realtà in cui vivono i ragazzi.

La scelta di appoggiarsi alle Associazioni presenti sul territorio limitrofo alla Scuola nasce anche da un’analisi del mondo dell’infanzia-adolescenza che evidenzia la necessità di trovare modelli di riferimento positivi in modo spontaneo e naturale. Sempre più emerge la difficoltà dei ragazzi di cercare autonomamente o aiutati dalle famiglie quegli spazi aggregativi e ludici che un tempo avvenivano naturalmente negli oratori, nel quartiere o nei cortili.

Pertanto la presenza delle Associazioni nel Progetto ha tra i suoi obiettivi primari quello di rivalutare la funzione educativa delle risorse del territorio.

Servizi diurni

Sono servizi diurni in strutture. I Centri diurni sono caratterizzati da una forte progettualità mirata sulle problematiche specifiche del minore. Sono gestiti da educatori individuati da Organizzazioni Accreditate dalla Città.

Si tratta di strutture con caratteristiche di flessibilità al cui interno si organizzano interventi di sostegno educativo, scolastico e di laboratori di attività espressive e/o di apprendimento lavorativo.

Sono nati per rispondere alle esigenze dei minori che si trovano in situazione di disagio socio-ambientale, di ritardo scolastico, a rischio di emarginazione, per i quali si ravvisa la necessità di un supporto educativo intenso che, attraverso la proposta di modelli positivi, stimoli il corretto rapportarsi del soggetto con l'ambiente familiare e sociale evitandone l'allontanamento dal nucleo d'origine.

L'intervento educativo è caratterizzato non solo nel rapporto individualizzato tra educatore/minore e dalla presa in carico mediante progetto, ma anche:

- in relazione alla famiglia quale supporto di mediazione tra genitori e figli, stimolando i primi ad assumere un ruolo attivo nella crescita educativa dei ragazzi;
- nel rapporto con la scuola con un'opera continua di sensibilizzazione perché si valorizzino le competenze e le abilità dei ragazzi in difficoltà mediante progetti scolastici mirati;
- nel contesto sociale mediante la ricerca di risorse lavorative, culturali e sportive, proponendole al minore e affiancandolo nel loro utilizzo;
- nella proposta di attività specifiche, da individuare con il concorso del minore, all'interno e all'esterno della struttura (laboratori di produzione, attività ricreative e di tempo libero, studio, cura personale etc).

Si dividono in Centri Diurni Educativi e Centri Diurni Aggregativi.

Il Centro Diurno Educativo è una struttura semiresidenziale per minori che offre un'ospitalità diurna ed un sostegno educativo "forte ed intenso" a favore dei minori che si trovano in grave difficoltà relazionale e sociale e con rilevanti problematiche familiari: si configura, quindi, come una "Comunità diurna" ad alta valenza professionale e di relazione educativa.

Con questo intervento si vuole offrire un aiuto alla famiglia ed alle sue funzioni "genitoriali" alleggerendola da un lato con la presa in carico del minore dall'uscita dalla scuola fino al rientro serale e sostenendola dall'altro con azioni di sostegno nei compiti educativi attraverso alcuni momenti specifici di attività quali la formazione, la sensibilizzazione e la valorizzazione della stessa.

Il Centro è in grado, quindi, di costruire una rete intensa e costante con il Servizio inviante, tesa a sviluppare una progettualità complessiva della vita del minore e della sua famiglia.

Nel Centro il minore è aiutato e sostenuto, tenendo conto del suo livello e potenzialità evolutive, ad apprendere ed esercitare i compiti quotidiani e di gestione del sé in rapporto ai suoi contesti di vita (famiglia, scuola, gruppo amicale, centro educativo e così via), nonché diventare "protagonista" nell'elaborare un suo progetto per il futuro in relazione all'età, agli interessi e alle caratteristiche psico-fisiche e socio-culturali.

Il Centro Diurno Educativo per le caratteristiche e le azioni sopra evidenziate può costituire la possibile alternativa al ricovero del minore in Comunità Alloggio in quanto evita l'allontanamento dello stesso dal nucleo familiare ed opera costantemente per favorirne il rientro.

I Centri Diurni Aggregativi sono strutture con prevalenti attività aggregative e di socializzazione, inserite in contesti e realtà strutturali già esistenti che perseguono finalità ed obiettivi più generali e che tuttavia dedicano uno specifico spazio di attenzione e di attività a ragazzi segnalati dai Servizi Sociali.

Tali Centri sono individuati all'interno di Oratori, Polisportive ed Associazioni.

Il rapporto educativo adulto/minore è favorito anche dal coinvolgimento di volontari che supportano la relazione educativa e l'integrazione del minore con il resto della struttura e con coloro che la frequentano (singoli ragazzi, gruppi, adulti).
Si ipotizza l'utilizzo di tali Centri per situazioni di ragazzi non particolarmente "compromessi", dove l'intervento prevalente è quello legato alla socializzazione, al supporto scolastico e al fornire un luogo "protetto e sicuro" in cui il minore possa trascorrere parti significative della giornata.

Educativa Riabilitativa

Il Progetto, in collaborazione tra Settori Minori e Disabili e AA.SS.LL., realizza un servizio socio-educativo-riabilitativo territoriale, a valenza cittadina, da attuarsi attraverso interventi individualizzati e di gruppo in contesti familiari, extrafamiliari e laboratoriali per minori affetti da patologie e disturbi psicopatologici significativi (disturbi relazionali/comportamentali e autismo), con particolare attenzione alle situazioni familiari complesse. Si prevede una presa in carico da parte degli operatori, congiuntamente ai servizi invianti, finalizzata all'acquisizione di competenze ed autonomie per potenziare le abilità di base interpersonali e sociali dei minori.
Il Progetto ha come obiettivo qualificante quello di limitare e prevenire gli inserimenti residenziali, come previsto dalla legge 149/01, con particolare riferimento alle comunità riabilitative psicosociali, di cui alla D.G.R. 41-12003 del 15 marzo 2004, attraverso l'offerta di risorse integrative per minori che necessitano di interventi specifici ad alta valenza riabilitativa.
I destinatari del Progetto sono i minori con disabilità con età 6 – 16 anni (fatta salva età diversa per situazioni specifiche e motivate), valutati in sede UVM. (...)

Progetti Atipici

Per minori valutati dalle U.V.M., in situazioni particolarmente gravi e per i quali gli interventi di sostegno o di accoglienza in Strutture residenziali (Comunità Educative o Riabilitative Psico Sociali) non sono sufficienti a garantire tutela e protezione né un accettabile sviluppo evolutivo, sono possibili, anche a carattere integrativo, Progetti con contenuti, modalità e procedure non previsti nella deliberazione in oggetto e nella presente circolare. Tali Progetti sono assunti e approvati, a livello dirigenziale, con atti distinti ma concordati tra Divisione Servizi Sociali – Settore Minori – della Città e Dipartimento Materno Infantile – Struttura Complessa di N.P.I. delle AA.SS.LL. cittadine con compartecipazione della spesa rispettivamente del 40% e 60%.

La Casa dell’Affidamento

È il polo di riferimento torinese per il tema dell'affido familiare, è un luogo aperto a tutti i cittadini interessati al tema dell'affidamento, dove si può parlare delle proprie idee e aspettative, esprimere dubbi, timori, per capire di più, confrontandosi con operatori sociali esperti e con famiglie affidatarie che hanno maturato una buona esperienza di affidamento familiare.

La Casa è perciò un luogo di dibattito per allargare il confronto, la conoscenza e il corretto utilizzo di questo strumento, è anche un luogo di incontro per le famiglie affidatarie che desiderano confrontarsi, attraverso gruppi di sostegno, gruppi misti e di auto-mutuo-aiuto (A.M.A.).

È inoltre la sede di coordinamento cittadino tra gli operatori che si occupano dell'affidamento, allo scopo di uniformare le modalità di agire dei Servizi e di raccordare le risorse con i bisogni, favorendo lo scambio di esperienze e procedure adottate.

Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze giovanili

"Torino, da città a comunità 2"

La Città di Torino negli ultimi anni ha promosso, in sinergia con le realtà del terzo settore, politiche volte al consolidamento delle reti cittadine per la promozione della salute.

Nello specifico per la prevenzione delle dipendenze giovanili è stato attuato il progetto "Torino, da Città a Comunità", cui si intende assicurare continuità con la seconda fase progettuale "Torino, da Città a Comunità 2".

All'interno dei finanziamenti della Regione Piemonte dedicati agli interventi di contrasto della patologia delle dipendenze, l'Amministrazione cittadina attiverà collaborazioni con i soggetti del Terzo settore riconducibili agli accordi di collaborazione in esito a "Istruttorie pubbliche per la coprogettazione".

Giovani e adolescenti fragili saranno i principali interlocutori nell'ambito del percorso di definizione di azioni mirate alla promozione della salute e prevenzione delle dipendenze sia da uso di sostanze sia da forme nuove (disturbi alimentari, dipendenze da gioco, dipendenze da acquisti, ecc...).

Le aree di intervento all'interno delle quali dovranno svilupparsi progettualità innovative sono:

- comunicazione marketing sociale
- prevenzione dentro/fuori i locali commerciali e i luoghi di ritrovo
- prevenzione dentro/fuori gli spazi aggregativi

In particolare occorrerà modulare l'offerta di nuove occasioni di socializzazione nei contesti locali, per potenziare gli spazi aggregativi e ludici che si creano naturalmente negli oratori, nei quartieri o nei cortili e nei centri di protagonismo giovanile oltre che nei centri commerciali e nei luoghi di ritrovo.

Tali progettualità andranno negli anni rafforzate attraverso ulteriori integrazioni e sinergie (scuola e formazione professionale, ambiente, sport...)

Principi ispiratori, obiettivi strategici, linee guida e contenuti operativi prioritari sulla base dei quali dovranno essere predisposte le progettualità sono contenuti nella Carta di Intenti, la cui sottoscrizione da parte degli Enti del Terzo settore è presupposto sostanziale nell'ambito della partecipazione all'istruttoria pubblica e della presentazione di proposte progettuali.

L'adesione alla Carta di Intenti è altresì auspicata e consentita per gli Enti, anche profit, che pur non partecipando con progetti propri all'istruttoria pubblica intendono condividere i principi ispiratori e le finalità del percorso, permeando le realtà di appartenenza e supportando le progettualità cittadine in termini di collaborazione e sponsorizzazione.

DA 18 A 64 ANNI

Tabella A: RISORSE CONSOLIDATE E ATTIVITA' INNOVATIVE – PER SINGOLO SERVIZIO

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - attività di accoglienza, orientamento e consulenza - interventi ambulatoriali per giocatori d'azzardo patologici - attività ambulatoriali per fumatori problematici - attività per consumatori di droghe non oppiacee infratrentenni interventi di counselling presso presidio Valletta. <hr/> - attività di accoglienza, orientamento e consulenza - Tirocini di pre-inserimento lavorativo - Borse lavoro - Inserimenti lavorativi - attività terapeutico riabilitative - formazione e consulenza insegnanti - progetti di prevenzione e sensibilizzazione abuso e maltrattamento - riabilitazione perineale post partum Gruppi motivazionale di counselling e di sostegno psicoterapeutico <hr/> Sostegno economico Agevolazione per la segnalazione CEA Inserimenti lavorativi - attività occupazionali nel centro diurno della casa di Via Ghedini 60 – 64 anni 	<p>1 servizio sociale del DSM</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ambulatorio Gap - Centri antifumo - Servizio Onda 1 -Servizio di alcoologia <hr/> 1 servizio sociale del DSM 1 Centro diurno Gruppi e attività terapeutico riabilitative Consultori aslto2 Servizio di Alcoologia <hr/> Servizio adulti in difficoltà + Casa Servizio adulti in difficoltà + Lavoro Servizio adulti in difficoltà – gestione diretta - biblioteche 	<p>ASL TO1</p> <p>Dipartimenti salute mentale</p> <p>Dipartimento patologia delle dipendenze</p> <hr/> <p>ASLTO2</p> <p>Dipartimento salute mentale “g. Maccacaro”</p> <p>Dipartimento materno infantile (sc npi)</p> <p>Dipartimento dipendenze 2</p> <hr/> <p>COMUNE</p> <p>Divisione Servizi Sociali (Settore Minori, Settore Disabili, Settore Tutele, Settore Adulti In Difficoltà)</p>

<p>AREE PREVALENTI DI BISOGNO</p>	<p>ATTIVITA' E PROGETTI</p>	<p>LUOGHI E RISORSE</p>	<p>ATTORI E SINERGIE</p>
<p>COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare)</p>	<p>- Prevenzione serena - spazio d'ascolto per la coppia e per i giovani - gruppi con mamme</p> <hr/> <p>Sostegno alla genitorialità nelle prime fasi di vita del bambino</p> <p>-spazio di consulenza e mediazione familiare nei nuclei con minori (SC NPI) -spazio di ascolto presso i consultori (SC NPI) -assistenza di base</p> <ul style="list-style-type: none"> Attività con i genitori sulla sicurezza domestica <hr/> <p>- Trattamento di coppie o della famiglia a modello sistemico</p> <p>- Sedute individuali o di gruppo strutturate secondo il modello psicoanalitico</p> <p>-spazio di consulenza e mediazione familiare nei nuclei con minori (SC NPI) -spazio di ascolto presso i consultori (SC NPI) -assistenza di base</p> <p>-presa in carico donne con problemi della sfera riproduttiva</p> <p>-Colloqui individuali e di coppia -Sostegno familiare e prevenzione del maltrattamento familiare</p> <hr/> <p>- Area accoglienza, minori, disabili e anziani - attività di accoglienza, presa in carico e monitoraggio effettuato da operatori educativi e assistenziali</p> <p>- accoglienza, presa in carico e monitoraggio delle persone fragili</p>	<p>- 8 consultori familiari</p> <ul style="list-style-type: none"> gruppi di auto aiuto <p>- centri ISI</p> <hr/> <p>- 1 Centro di terapia familiare</p> <p>- 1 Centro di Psicoterapia individuale e di gruppo</p> <p>- 2 Centri ISI</p> <p>Consultori familiari</p> <p>Servizio di Alcologia</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> 10 servizi sociali 10 Servizi Educativi Assistenziali a gestione diretta Servizio cittadino per adulti in condizioni di fragilità 	<p>ASL TO1</p> <p>Dipartimento materno infantile</p> <p>Distretti</p> <p>S.s. Promozione della salute</p> <hr/> <p>ASL TO 2</p> <p>Dipartimento salute mentale "g. Maccacaro"</p> <p>Distretti</p> <p>Dipartimento materno infantile</p> <p>Dipartimento dipendenze 2</p> <hr/> <p>COMUNE</p> <p>Divisione Servizi Sociali (Settore Minori, Settore Disabili, Settore Adulti in difficoltà)</p>

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)</p>	<p>- Prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti adulti con patologie psichiatriche in ambito ambulatoriale o domiciliare</p> <hr/> <p>- Prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti adulti con patologie psichiatriche in ambito ambulatoriale o domiciliare</p> <p>----- - Visite mediche e visite domiciliari ----- Cure domiciliari intensive in postacuzie ADI – SID – Riabilitazione domiciliare Cure palliative a pazienti oncologici</p> <hr/> <p>• rilascio esenzioni ticket ai cittadini che beneficiano dei contributi a sostegno del reddito - distribuzione di buoni per docce pubbliche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 8 Centri di salute mentale • 2 S.P.D.C. • 1 Day Hospital • 1 servizio sociale del DSM • ----- Medici di Medicina Generale <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 4 Centri di salute mentale • 2 S.P.D.C. • 1 Day Hospital • 1 servizio sociale del DSM • Medici di Medicina Generale • ----- - Servizio di Alcoologia ----- Servizio di cure domiciliari <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 1 centro diurno a gestione diretta • 1 casa di accoglienza residenziale a gestione diretta per ex senza fissa dimora ultra 50 anni <p>- Servizio cittadino per adulti in condizioni di fragilità</p>	<p>ASL TO1</p> <p>Dipartimento Salute Mentale</p> <p>----- Distretti</p> <hr/> <p>ASLTO2 Dipartimento salute mentale “g. Maccacaro”</p> <p>----- Distretti</p> <p>----- Dipartimento dipendenze 2</p> <p>----- S.c. Cure domiciliari e disabilita’</p> <hr/> <p>COMUNE</p> <p>Divisione Servizi Sociali (Settore Fragilità Sociali)</p>

<p>AREE PREVALENTI DI BISOGNO</p>	<p>ATTIVITA' E PROGETTI</p>	<p>LUOGHI E RISORSE</p>	<p>ATTORI E SINERGIE</p>
<p>VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA', MOBILITA' (diritti di cittadinanza, vita politica, tempo libero, ausili, tecnologia e sostegno alla mobilità)</p>	<p>Gite e soggiorni</p> <p>Colloqui con tutor per borse lavoro</p> <p>Motore di Ricerca: progetto promosso dalla Città per coinvolgere associazioni ed enti no-profit, non dedicate specificatamente a persone in difficoltà, per la realizzazione di iniziative di tempo libero, sportive, artistiche e culturali.</p> <p>Servizio Taxi</p> <p>Lavorare insieme: collaborazione con i servizi diurni e residenziali dedicati alle persone con disabilità, per attività, laboratori e lavori di piccola manutenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - contributi a sostegno del reddito 14 – oltre 85 anni - contributi per esigenze specifiche 14 – oltre 85 anni - contributi per il pagamento di alberghi ai cittadini senza casa 14 – oltre 85 anni - contributi per il pagamento delle utenze domestiche 18 – oltre 85 anni - contributi per l'attivazione del contratto di locazione 18 – oltre 85 anni - contributo per il pagamento dell'affitto 60 – oltre 85 anni - contributo per il pagamento delle spese condominiali generali 60 – oltre 85 anni - accompagnamento sociale ai diritti di cittadinanza per gli utenti del servizio sociale - casa di ospitalità a gestione diretta per uomini ultra 50enni 	<p>1 Centro Diurno</p> <p>Servizio di Alcoologia</p> <p>Ufficio Motore di Ricerca</p> <p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10)</p> <p>Nidi e scuole dell'infanzia della città</p> <p>- Servizio cittadino per adulti in condizioni di fragilità</p>	<p>ASL TO1 Dipartimento Salute Mentale</p> <p>ASLTO2 Dipartimento salute mentale "g. Maccacaro"</p> <p>Dipartimento dipendenze 2</p> <p>COMUNE Divisione servizi sociali (settore disabili)</p> <p>Divisione servizi educativi, in collaborazione con la divisione servizi sociali</p> <p>Settore fragilità sociali</p>

Tabella B: RISORSE E ATTIVITA' CONSOLIDATE GIA' INTEGRATE CON ALTRI SERVIZI SANITARI E/O SOCIO ASSISTENZIALI E/O TERZO SETTORE E/O PRIVATO IMPRENDITORIALE

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)			COMUNE e / o AA.SS.LL

	<p>-attività di tipo espressivo, artigianale e occupazionale rivolte a gruppi di persone con disabilità, a valenza educativa e riabilitativa sociale</p> <p>- interventi per il mantenimento e il potenziamento delle abilità e dei livelli di autonomia per persone con disabilità motoria</p> <p>-interventi residenziali per persone con disabilità intellettiva lieve/medio lieve in un contesto familiari con due operatori conviventi</p> <p>-servizi residenziali per persone disabili finalizzati al potenziamento delle abilità e al sostegno dell'autonomia</p> <p>- interventi residenziali per supporto dell'autonomia per persone con disabilità economicamente indipendenti</p> <hr/> <p>Laboratori di didattica e consulenza informatica</p> <hr/> <p>- tirocini socializzanti e osservativi per riacquisizione abilità sociali e sperimentazione in attività occupazionali</p> <p>- laboratorio di socializzazione "area verde" e attività occupazionali</p> <p>Tirocini di pre inserimento lavorativo Borse lavoro Inserimenti lavorativi</p> <p>Inserimento in servizi residenziali per persone prese in carico dai servizi di salute mentale finalizzati al potenziamento delle abilità e al sostegno dell'autonomia</p> <hr/> <p>-Progetto serale di trattamento</p> <p>Gruppi informativo - educativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 6 CAD (dai 14 ai 64 anni) • 1 CA (Via San Marino) • 3 Comunità di tipo familiare • 3 G.A. tipo B • 30 Servizi di autonomia <hr/> <p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10)</p> <hr/> <p>- bocciofile, canili e associazioni di volontariato</p> <p>-</p> <p>- casa di ospitalità di via Ghedini</p> <p>2 Centri di accoglienza diurna</p> <p>56 G.A. e Progetti individuali (DCR 357/97)</p> <p>27 G.A. e Progetti individuali (DCR 357/97)</p> <p>Servizio per gli inserimenti sociali e lavorativi Centro Diurno Farinelli</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Servizio per soggetti extracomunitari, • Servizio per Senza Fissa Dimora 	<p>COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p>Settore disabili, A.S.L. TO1 e A.S.L. TO2 – disabilità, Cooperative e Imprese Sociali</p> <hr/> <p>Settore disabili e associazioni</p> <hr/> <p>Settore Fragilità sociali e Associazioni</p> <p>ASL TO1 DDSM e terzo settore</p> <p>Asl To1 Dipartimento Patologia delle Dipendenze To1 Est e Terzo Settore</p> <hr/> <p>Asl to2 dsm "g. Maccacaro" e terzo settore</p> <p>Dipartimento Dipendenze 2</p>
--	--	---	---

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
	-percorso adozione -percorso affidò	<ul style="list-style-type: none"> • 10 Circoscrizioni cittadine in raccordo con gli uffici centrali 	COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI DMI, Settore Minori, Settore Disabili, Tribunale
COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare)	- servizi residenziali per persone disabili finalizzati al potenziare le capacità di autodeterminazione e di autonomia Soggiorni estivi Sportello e Redazione - coordinamento tra il SAD e i dormitori per l'assegnazione dei posti nelle case di ospitalità notturna - gruppi di auto mutuo aiuto	14 G.A. tipo A Ufficio Soggiorni Servizio Passepartout (Via San Marino 10) Call center per ottimizzare i servizi notturni	COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE Settore disabili e ASLTO1 e ASLTO2 disabilità ASL, Cooperative e Imprese Sociali Settore Adulti in difficoltà e Cooperative Dipartimento Dipendenze 2

<p>CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)</p>	<p>Cure palliative a pazienti oncologici Prestazioni di cura alla persona erogate in post-acute</p> <hr/> <p>-- interventi diurni ad alta intensità assistenziale per persone con gravi e gravissime disabilità per il mantenimento e miglioramento delle abilità acquisite</p> <p>- interventi diurni con finalità socio terapeutiche per persone con gravi disabilità intellettive e sensoriali, finalizzati al mantenimento e potenziamento delle abilità</p> <p>- interventi per il mantenimento e il potenziamento delle abilità, anche per persone disabili che necessitano di supporti infermieristici e sanitari</p> <p>- inserimento in strutture organizzate sul modello familiare, per lo sviluppo delle relazioni affettive e della cura della persona con disabilità media e medio-lieve (max 6 persone)</p> <p>- inserimento in strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, con specificità di intervento a favore di disabili che presentano problematiche a livello sanitario</p> <p>- sostegno gravidanza, parto e primi anni di vita per fasce a rischio</p> <p>- interventi residenziali ad elevata intensità terapeutica ed supporto riabilitativo</p> <p>- interventi residenziali caratterizzata da un livello medio di protezione e di supporto riabilitativo.</p>	<p>- 7 servizi di accoglienza notturna per cittadini senza dimora (dormitori) 18 – 64 anni</p> <p>- servizio itinerante notturno (Boa Urbana Mobile)</p> <p>- servizio di educativa territoriale diurna per senza dimora</p> <p>- sistema degli approvvigionamenti (progetto Buon Samaritano)</p> <p>comunità terapeutiche</p> <p>18 CST/RAF diurna (dai 14 ai 64 anni)</p> <p>10 CST/CADD (dai 14 ai 64 anni)</p> <hr/> <p>- 7 CA tipo B</p> <p>- 12 Casa Famiglia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 Comunità di tipo familiare <p>- 48 RAF</p> <p>- 13 Comunità con autorizzazione sanitaria</p> <p>- 21 RSA</p> <p>-1 RSA a gestione diretta</p> <p>1 Comunità Protetta di tipo A (C.P.A.) a direzione DSM</p> <p>5 Comunità Protetta di tipo B (C.P.B.) a direzione DSM</p> <p>CPA e CPB a direzione di privati autorizzati</p> <p>CPA e CPB a direzione di privati autorizzati</p>	<p>COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE Settore Fragilità Sociali, Cooperative</p> <p>Asl to2 s.c. Cure domiciliari e disabilità' e associazioni</p> <p>Dipartimento Dipendenze 2</p> <p>Settore disabili, ASLTO1e ASLTO2 Disabilità Cooperative e Imprese Sociali</p> <hr/> <p>ASL TO1 DMI, settore nomadi, settore fragilità, Associazioni</p> <p>ASL TO1 DDSM e terzo settore</p> <p>ASL TO2 DSM "G. Maccacaro" e terzo settore</p>
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • interventi urgenti presso il domicilio degli utenti o presso strutture con medico psichiatra e infermiere • interventi ricoveri temporanei in situazioni di emergenza 	<p>Servizio Urgenza Psichiatrica</p> <p>Case di Cura Neuropsichiatriche</p>	<p>COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI</p> <p>ASL TO1 e ASLTO2 DDSM</p>
<p>VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA', MOBILITA' (diritti di cittadinanza, vita politica, tempo libero, ausili, tecnologia e sostegno alla mobilità)</p>	<p>- servizi di accompagnamento sociale ai diritti di cittadinanza</p> <p>- inserimenti lavorativi</p>	<p>servizi di accoglienza notturna di primo e secondo livello</p> <p>- Servizio di Alcologia</p>	<p>COMUNE e AA.SS.LL.</p> <p>COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p>Settore fragilità sociali, Cooperative e Associazioni</p> <p>Dipartimento dipendenze 2</p>
	<p>- attività di tipo espressivo, artigianale e occupazionale rivolte a gruppi di persone con disabilità, a valenza educativa e riabilitativa sociale</p> <p>- interventi diurni ad alta intensità assistenziale per persone con gravi e gravissime disabilità per il mantenimento e miglioramento delle abilità acquisite</p> <p>- progetti autonomia residenziale socio sanitari per giovani 18-24 anni: inserimenti in strutture di autonomia con supporto educativo</p> <p>- progetto autonomia</p> <p>_____</p> <p>- Consulenza ausili informatici (Ausilioteca)</p> <p>- Consulenza accessibilità (Città accessibile)</p> <p>- supporti educativi a domicilio o in strutture</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 19 CAD (dai 14 ai 64 anni) <p>- 4 CST/RAF diurna (dai 14 ai 64 anni)</p> <p>- gruppi appartamento socio sanitari e/o sociali e servizi di autonomia</p> <p>- prosecuzione affidamento per progetto autonomia</p> <p>_____</p> <p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10)</p> <p>- Educativa territoriale e di microaccoglienze</p>	<p>COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p>Settore disabili, ASLTO1 e ASLTO2 Disabilità, Cooperative e Imprese Sociali</p> <p>Settore Minori, ASLTO1 e ASLTO2 Disabilità, Cooperative e Imprese Sociali</p> <p>_____</p> <p>Settore disabili e associazioni</p> <p>Asl To1 Dipartimento Patologia Delle Dipendenze To1 Est e Terzo Settore</p>

Tabella C adulti

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto Formazione Assistenti Familiari - Formazione mediatori culturali 	<ul style="list-style-type: none"> - SFEP 	<p style="text-align: center;">COMUNE e AA.SS.LL. Settore Formazione, ASL TO1 – DIPARTIMENTO LUNGOASSISTENZA, ASL TO2 – DIPARTIMENTO SALUTE ANZIANI</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - interventi personalizzati socio educativi riabilitativi rivolti a adolescenti e adulti con disturbi della relazione e multiproblematicità - inserimenti di persone traumatizzate craniche in struttura diurna e residenziale dedicata - interventi residenziali per supporto dell'autonomia per persone con disabilità economicamente indipendenti <p style="text-align: center;">-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - progetto volto alla valorizzazione e alla vendita di opere d'arte e artigianali realizzate dalle persone con disabilità all'interno dei laboratori, centri diurni e residenziali della Città <p style="text-align: center;">-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - inserimenti diurni per persone affette da sclerosi o da patologie simili, che necessitano di interventi ad alta intensità assistenziale e/o attività di mantenimento delle abilità residue 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 SSER (Servizio Socio Educativo Riabilitativo) (dai 14 ai 44 anni) - 1 CRDN (Centro Diurno con Nucleo Residenziale notturno) – Via Cimabue - 5 Servizi di autonomia (Albugnano, Berzano S. Pietro, Castelnuovo Don Bosco, Via La Salle e Corso Regina) - InGenio – Bottega d'Arti e di Antichi Mestieri Via Montebello <p style="text-align: center;">-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - centro sclerosi multipla - Strada del Fortino 	<p style="text-align: center;">COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p style="text-align: center;">Settore disabili, Struttura complessa disabilità ASL, terzo settore</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">Settore disabili e terzo settore</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">Comune, AA.SS.LL., Associazione Italiana Sclerosi Multipla e Cooperativa Valdocco – in convenzione</p>

	<p>Counseling psicologico</p> <p>Counseling psicologico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetto centro ascolto giovani - Colloqui psicologici con pazienti in condizioni di fragilità - Progetto "proviamo a darti una mano": sollievo alle famiglie di persone disabili attraverso interventi personalizzati di sostegno per attività di studio e svago a dimensione distrettuale tali da favorire la permanenza a domicilio del disabile riducendo il ricorso ad interventi strutturati meno personalizzati e di maggior costo nonché azioni finalizzate al sostegno della famiglia e dei soggetti con handicap di particolare gravità. 	<ul style="list-style-type: none"> - Counseling psicologico dedicato ai disturbi d'ansia e dell'umore Esperienze di autogestione abitativa in sinergia con associazioni di utenti - scuole - gruppi di cure primarie - Ospedale Amedeo di Savoia, Ufficio UVH 	<p>COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI</p> <p>ASL TO1 DSM</p> <p>ASL TO2 DSM "G. Maccacaro" con istituti scolastici</p> <p>ASL TO2 DSM "G. Maccacaro" con medici di medicina generale</p> <p>- ASL TO2 Disabilità</p>
<p>COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare)</p>	<p>Orientamento e consulenza educativa</p> <p>Orientamento e consulenza relazionale/familiare</p> <p>Orientamento e consulenza sulle tematiche sessuali</p> <p>Consulenza legale in materia di diritto di famiglia e delle persone</p> <p>Informazioni sui diritti e sulle misure usufruibili per la conciliazione dei tempi di vita e dei tempi di lavoro</p> <p>Informazioni sulle provvidenze di carattere economico legate ai carichi familiari</p> <p>Mediazione interculturale</p> <p>Accompagnamento alla nascita e alla sessualità</p>	<p>Consultori familiari e Centro per le relazioni e le famiglie</p>	<p>COMUNE e AA.SS.LL. Divisione servizi Sociali, Settore Famiglia, Distretti delle ASL e N.P.I.</p>

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
	<ul style="list-style-type: none"> • supporto in situazioni di emergenza per donne e bambini, anche stranieri, in condizioni di fragilità e esclusione sociale • <p>- - accoglienza residenziale in appartamenti di autonomia con interventi educativi – max 6 persone</p> <p>- Progetto “SDS” Servizio disabilità e sessualità (dai 14 ai 64 anni), consulenza e orientamento rivolta a operatori e famiglie di persone con disabilità</p> <p>- Progetto Benessere, attività di cura del sé per donne con disabilità fisico motoria</p> <p>-Progetto Tenda - peer education</p> <p>Progetti di solidarietà e condivisione a conduzione da parte delle associazioni di utenti</p> <p>Progetto di accoglienza per tutti i pazienti dell’Ospedale Giovanni Bosco con problematiche di dipendenze da alcool</p>	<p>Call center mamma con bambino</p> <p>- 5 G.A. tipo A</p> <p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10)</p> <p>Consultori</p> <p>Gruppi di Auto Mutuo Aiuto e di solidarietà</p> <p>Sportello informativo e di accoglienza</p>	<p>COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p>Comune Settore minori e associazioni</p> <p>Comune Settore disabili, ASL Struttura complessa disabilità, terzo settore</p> <p>Comune Settore disabili e associazioni</p> <p>Dipartimento Materno Infantile ASL TO2</p> <p>ASL TO1 DDSM</p> <p>ASLTO2 Dipartimento dipendenze 2</p>
	<p>Progetto Dafne</p> <p>Progetto Il Sestante</p>		<p>COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI</p> <p>ASL TO2 DSM “G. Maccacaro” con il tribunale</p> <p>ASL TO2 DSM “G. Maccacaro” con il carcere “Lo Russo Cotugno”</p>

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)</p>	<p>- Potenziamento assistenza sanitaria di base</p>	<p>Medici Di Medicina Generale in Gruppi di Cure Primarie</p>	<p>COMUNE e AA.SS.LL.</p>
	<p>- interventi per il mantenimento e il potenziamento delle abilità, anche per persone disabili che necessitano di supporti infermieristici e sanitari</p> <p>- inserimento in strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, con specificità di intervento a favore di disabili che presentano problematiche a livello sanitario</p> <p>- progetto SISTEMA interventi multidisciplinari integrati per cittadini in grave condizione di emarginazione</p> <p>- progetto LIMEN ampliamento degli orari di apertura e chiusura di alcuni dormitori per prima accoglienza e valutazione multiprofessionale dei bisogni degli ospiti delle Case</p> <p>- supporti abitativi per l'autonomia per persone in carico ai servizi sociali e sanitari. Il centro polifunzionale prevede la presenza di servizi ad alto valore aggiunto a disposizione sia degli ospiti sia della popolazione (attività commerciale e polo odontoiatrico). Nucleo di sei posti per utenti in carico al DSM ASL TO2</p> <p>-----</p> <p>- Assistenza domiciliare</p> <p>- Assistenza familiare</p> <p>- affidamenti familiari</p> <p>- cure familiari</p> <p>- pasti a domicilio</p> <p>-attività di primo contatto, riduzione del danno, ascolto e invio ai servizi. Offerta di docce, distribuzione di vestiario e medicinali, visite mediche, medicazioni, trattamenti antiscabbia, informazioni e colloqui sociali, accompagnamento ai servizi sociali e sanitari di competenza</p>	<p>35 CA tipo C</p> <p>- 2 RSA</p> <p>- 1 RAF</p> <p>- Spazio di Ascolto, Ambulatorio Porta Nuova</p> <p>- Case di ospitalità notturna</p> <p>- strutture abitative temporanee per l'autonomia volti a uomini e donne senza dimora</p> <p>- Centro Polifunzionale Via Marsigli 18 – 64 anni</p> <p>- G.A. semiresidenziale c/o via Marsigli</p> <p>-----</p> <p>domiciliarità socio sanitaria</p> <p>-----</p> <p>- 1 ambulatorio socio sanitario (Porta Nuova)</p>	<p>COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE</p> <p>Settore disabili, ASLTO1 e ASLTO2 Disabilità, Cooperative e Imprese Sociali</p> <p>Settore fragilità, Dipartimento Salute Mentale ASL TO1, Guardia Medica, Cooperative</p> <p>Settore Fragilità, ASL TO2 DSM “G. Maccacaro”, Cooperative</p> <p>-----</p> <p>Settore disabili, ASLTO1 e ASLTO2 Disabilità, Associazioni e Cooperative</p> <p>-----</p> <p>ASLTO1, Settore Fragilità Sociali Ferrovie dello Stato, Cooperative, Guardia Medica, volontari della Croce Rossa Italiana e altre realtà di volontariato</p>
			<p>COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI</p>

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA', MOBILITA' (diritti di cittadinanza, vita politica, tempo libero, ausili, tecnologia e sostegno alla mobilità)</p>	<p>Progetto Prisma: attività di informazione, orientamento e consulenza anche alla pari per le persone con disabilità e/o fragilità sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - supporto alla convivenza in condominio di nuclei familiari per favorire la solidarietà intergenerazionale - progetti pilota di co-housing, dove potranno convivere persone in condizione di fragilità, che necessitano di accompagnamento solidale, e coppie o famiglie che non possono sostenere i costi del libero mercato, per ragioni di reddito -supporti abitativi per persone che devono conseguire l'autonomia - Reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti dipendenti in trattamento del territorio di riferimento (Piano locale per le dipendenze) 	<p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - condominio solidale – Via Romolo Gessi - corso Vercelli 440, Cascina “La Filanda” in strada del Meisino 55. - casa di accoglienza per l'autonomia di 14 donne (18 – 64 anni) - 2 alloggi per donne per l'autonomia (4 posti) 18 – 64 anni - 8 alloggi per uomini per l'autonomia (28 posti) 18 – 64 anni -progetti di housing sociale per donne e uomini ultra 50enni in difficoltà che escono dalle strutture residenziali per l'autonomia <hr style="width: 20%; margin: 10px auto;"/> <p>- Ser.T.</p>	<p>COMUNE e AA.SS.LL.</p> <p>COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE Settore disabili, servizi circoscrizionali, servizi del terzo settore</p> <p>Divisione Edilizia Residenziale Pubblica, Divisione Servizi Sociali, ATC, Associazioni</p> <hr style="width: 20%; margin: 10px auto;"/> <p>ASL TO1 dipartimento patologia delle dipendenze + Associazioni costituite in Associazione temporanea di scopo</p>
	<p>Biennale internazionale Arte plurale</p>		<p>COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI</p> <p>COMUNE DIVISIONI SERVIZI SOCIALI (settore disabili) DIVISIONE SERVIZI EDUCATIVI, circoscrizioni, fondazioni Torino Musei</p>

Tabella D adulti

	<p style="text-align: center;">IL BANDOLO</p> <p>FONDAZIONE SAN PAOLO ASL TO1- ASL TO2 – 6 ASSOCIAZIONI (SELF HELP, ARCOBALENO, LOTTA PER LA MALATTIA MENTALE, CASA BORDINO, DIAPSI, INSIEME)</p> <p>CENTRO TORINESE DI SOLIDARIETA’</p> <p>ASSOCIAZIONI ADERENTI AL PROGETTO MOTORE DI RICERCA</p> <p>ASSOCIAZIONE PROTESI DENTARIA GRATUITA E ALTRE ASSOCIAZIONI</p> <p>-----</p>	<p>- 1 G.A. - week-end da Sbandolo - borse lavoro - call center, linea psicologica di ascolto - visita ai pazienti - casa vacanza per ospiti</p> <p>Sportello informativo e di accoglienza per persone con problematiche di dipendenze da alcol</p> <p>Associazioni aderenti al progetto Motore di Ricerca Associazioni aderenti al progetto Prisma Punto Pass = accompagnamento solidale (CPD)</p> <p>Interventi odontoiatrici gratuiti (di cura e protesici) per persone in condizione di fragilità sociale. Locali messi a disposizione dalla Città per l’Ambulatorio di protesi dentaria gratuita (via Negarville)</p> <p>-----</p> <p>Mense convenzionate cui la Città fornisce i pasti</p>	
--	--	--	--

Piano Regolatore Sociale – TAVOLO POLITICHE GIOVANILI**(Coordinamento a cura della Divisione Politiche Giovanili - 23 luglio 2008)**

Il tavolo giovani ha coinvolto circa 25 persone. le divisioni coinvolte sono state cinque: una partecipazione ampia, quindi, ma non così diffusa, soprattutto se si pensa al numero altissimo di soggetti esterni all'amministrazione che collaborano con la città.

Il fuoco principale del tavolo non ha riguardato l'attività ordinaria dei tanti settori presenti, quanto piuttosto le aree che possono richiedere, per ottenere risultati migliori, una riprogettazione che coinvolge più settori.

La particolarità del Tavolo è che ha scelto di non procedere per ambiti, per analizzare invece, con l'aiuto della griglia proposta, le attività in base alle finalità, partendo dall'assunto che i giovani sono una categoria anagrafica molto variegata, certo più di quanto non faccia intendere la consueta distinzione fra adolescenti e post-adolescenti.

Sono state definite le aree di intervento, distinguendo innanzitutto tra promozione dell'agio e intervento sul disagio, e abbiamo verificato come alcuni interventi facciano riferimento a una sola delle due aree, mentre sono numerosi quelli che si collocano a cavallo tra l'una e l'altra, oppure attività trasversali a più aree. Sono state distinte le varie aree in base al grado di autonomia dei giovani che gli interventi contribuiscono a costruire, a partire da un grado zero – che riguarda i giovani in condizione di disagio – verso gradi successivi che attengono alla possibilità di passare alla condizione di adulto (autonomia di reddito, casa, lavoro) godendo a pieno tutti i diritti di cittadinanza.

Sono stati individuate quattro aree di intervento.

- I rapporti con la scuola
- L'informazione
- Terzo settore e associazionismo
- Razionalizzazione della spesa

E' stato considerato il tema dei rapporti con i soggetti esterni all'Amministrazione comunale a partire dal mondo della scuola, nei cui confronti l'autonomia scolastica rende difficile costruire di canali univoci di comunicazione, di elaborazione-progetto, di analisi dei bisogni. Costruire un collegamento diretto con questo mondo è appunto uno degli obiettivi che abbiamo messo a fuoco. Si tratta in questo ambito di aprire un canale stabile e organico, per cui è in corso l'adozione di un accordo quadro, tra l'Amministrazione e l'Ufficio Scolastico Regionale, al fine di costruire – anche al livello dei singoli Settori – un rapporto con le scuole superiori, coglierne i bisogni (grazie al confronto con studenti e dirigenti scolastici) e realizzare un catalogo di offerte, da parte della Città o di altri soggetti, certificate e garantite sotto il profilo della qualità, per evitare che giungano alle scuole un numero spropositato di proposte fra cui è difficile riconoscere le migliori.

Un secondo argomento è quello, già richiamato, dell'informazione. Qui è bene dire che non sempre si tratta di intervenire sull'ampliamento dell'offerta, poiché a volte è la conoscenza dell'offerta da parte dei destinatari a fare difetto, soprattutto da parte di coloro che hanno minor dimestichezza con i modi della comunicazione pubblica. È questo un argomento di cui si discute spesso: soprattutto dopo aver verificato concretamente quanto poco viene percepita l'offerta messa in campo dall'Amministrazione, da parte di coloro che si collegano ad un nostro sito, io credo che la questione non manchi di rilevanza. La soluzione non può essere tuttavia realizzare l'ennesimo "metaportale" di portali, ritengo piuttosto che sia necessario operare su un

altro livello, collegando e razionalizzando i punti di informazione, non solo informatica ma anche direttamente erogata da uffici e sportelli. Nonostante il Tavolo Giovani abbia il vantaggio di disporre di una struttura forte come l'Informagiovani, abbiamo constatato che questo non è tuttavia sufficiente per raggiungere tutti i pubblici. L'obiettivo in tema di informazione potrebbe essere di garantire la diffusione delle informazioni verso l'esterno e tra i settori dell'Amministrazione, attraverso l'adozione di procedure semplici e veloci, che permettano ai diversi uffici che lavorano con i giovani di conoscere le attività e le opportunità offerte dagli altri Settori. Non solo: crediamo che se fossero applicate le medesime procedure nei diversi sportelli informativi, ogni servizio informativo specifico dovrebbe essere in grado di reindirizzare i giovani verso lo sportello giusto. Per questo potrebbe essere opportuno realizzare una mappa dei canali di comunicazione, per facilitare l'accesso e garantire una diffusione capillare delle informazioni.

Ad andare ripensati vi sono anche gli Osservatori, così come le collaborazioni con le organizzazioni esterne. Noi crediamo che gli interventi di services siano molto importanti perché si collocano a metà strada tra la realizzazione di un'azione a favore del target – nel nostro caso i giovani – e l'attività di supporto, forte e spesso indispensabile, al mondo dell'associazionismo, che gioca per le politiche di cui ci occupiamo un ruolo importante all'esterno del Comune. Stiamo parlando di quei servizi che vengono forniti dall'Amministrazione come supporto all'attività di altri soggetti, permettendo loro di agire e di mettere in campo politiche. Un esempio importante è il Servizio Civile Nazionale Volontari che, da un lato, offre alla popolazione giovanile occasioni ed esperienze di crescita, dall'altro è divenuto uno strumento indispensabile grazie a cui molte associazioni medio-piccole riescono concretamente a realizzare interventi di indubbio valore sociale.

E' stato verificato che la spesa nelle attività intersettoriali è cresciuta esponenzialmente: questo è frutto di relazioni forti, strette, magari bilaterali e non plurilaterali, ma comunque capaci di portare a integrazioni di spesa su attività comuni. Uno degli ambiti di intervento identificato riguarda la razionalizzazione dei contributi: definire procedure e regole che consentano a tutti i Settori e Circoscrizioni di conoscere da chi vengono chiesti contributi, per quale importo, per quale progetto, nonché quali tra questi contributi vengono erogati. Si tratterebbe di consolidare uno strumento operativo che, senza aggravare le pratiche burocratiche, consenta di evitare la duplicazione di contributi dati per gli stessi progetti agli stessi soggetti, e migliori la qualità del sostegno dato al Terzo settore, anche aumentando la nostra capacità di indirizzamento dei contributi sulla base delle priorità stabilite dall'Amministrazione.

**Piano Regolatore Sociale – TAVOLO DISABILI
(Coordinamento a cura del Settore Disabili - Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie - 23 luglio 2008)**

Il tavolo ha coinvolto 20 persone circa provenienti da 10 direzioni. Il primo risultato è stata la crescita della conoscenza reciproca rispetto alle attività dei diversi settori. In secondo luogo identificare alcuni promettenti ambiti di lavoro intersettoriale. Il fuoco dell'analisi è stato messo non tanto su attività specifiche come per esempio l'accoglienza diurna o residenziale delle persone disabili, quanto sull'allargamento di opportunità per tutti negli ambiti della vita quotidiana per diffondere una maggiore sensibilità nei riguardi di tutti i cittadini che esprimono bisogni particolari.

Per fare un esempio, le politiche di abbattimento delle barriere architettoniche, che consentono la mobilità delle persone disabili, sono al tempo stesso una risorsa per gli anziani e le mamme con i piccoli in carrozzina: l'accessibilità della città, dal punto di vista materiale e culturale, è stata perciò la parola chiave del lavoro nel tavolo.

Il tavolo ha individuato cinque diversi filoni di lavoro intersettoriale.

- I servizi per minori
- La rete informativa
- La mobilità
- L'inserimento lavorativo
- Le barriere architettoniche
- Banca dati delle associazioni
- Housing

Il filone dei servizi per minori disabili è una delle aree di collaborazione intersettoriale più promettenti. Si tratta di costruire con i Servizi Educativi e i Servizi Sociali della Città, insieme alle Asl e alla scuola, una progettazione unitaria dei percorsi di vita, per fare in modo che gli utenti possano avvalersi di un unico referente e dunque ottimizzare i servizi socio-sanitari, educativi e di integrazione scolastica attivati a favore di minori disabili gravi e gravissimi. Un primo passaggio da fare è l'unificazione della banca dati dei servizi attivati a favore del target, a cui può seguire l'elaborazione di proposte per razionalizzare e coordinare gli interventi. È fondamentale capitalizzare quanto esiste già: il progetto "Lavorare Insieme", le attività artistiche, culturali, di animazione, i laboratori di lettura realizzati da Iter e dalle Biblioteche, la diffusione degli affidamenti diurni e residenziali per disabili e del volontariato.

Il filone della rete informativa rivolta alle persone disabili riguarda la possibilità di collegare, in un unico sistema, l'intera produzione web di informazioni e notizie rivolte alle persone con disabilità e alle loro famiglie, con l'obiettivo di ottimizzare progressivamente i contenuti realizzati dai diversi settori della Amministrazione e diffondere capillarmente le informazioni presso Circoscrizioni, biblioteche, Servizi, uffici pubblici. Al tempo stesso sarebbe necessario generalizzare, in tutte le iniziative di comunicazione della Città, il riferimento all'accessibilità. In questa prospettiva, infine, va anche colta la proposta delle biblioteche di ospitare punti di accesso alle informazioni.

Il filone della mobilità comprende interventi, da realizzare in collaborazione con la Divisione Mobilità e Infrastrutture, per razionalizzare e riorganizzare il sistema di trasporto attraverso taxi e minibus attrezzati. In questa prospettiva, possono risultare utili interventi di unificazione delle banche dati del Settore Disabili – Passepartout e del Settore Esercizio; l'ottimizzazione di iniziative e risorse dei Servizi di accompagnamento solidale; la costruzione di un sistema di servizi di accompagnamento realizzati dal volontariato e dal privato sociale capaci di garantire accompagnamenti personalizzati; la sperimentazione di servizi di mobilità a favore di persone con disabilità intellettiva grave. Altrettanto importante ridefinire il contratto di servizio con Gtt che gestisce i taxi e minibus, il trasporto casa/scuola e il trasporto casa/Cst.

Nel campo dei percorsi di sostegno all'inserimento lavorativo e di orientamento al lavoro la competenza istituzionale è della Provincia, benché sia attivo un coordinamento tra la Divisione Lavoro del Comune e la Divisione Servizi Sociali per gestire tirocini formativi e orientativi/osservativi rivolti ai disabili. Sarebbe opportuno diffondere l'impiego del regolamento comunale 307 e mettere in rete le informazioni

sulle opportunità di formazione professionale per i disabili e sui supporti offerti – soprattutto per i sensoriali – per favorire la frequenza ai corsi ordinari.

Riguardo l'abbattimento delle barriere architettoniche, andrebbe rilanciata l'attività del gruppo tecnico che recentemente ha prodotto uno specifico Manuale di buone prassi e sarebbe utile realizzare un report annuale sullo stato di avanzamento dell'attività. Ma soprattutto è indispensabile abbattere le barriere culturali, facendo leva in primo luogo sui progetti Biennale arte plurale, che registra la collaborazione tra la Divisione Servizi Culturali, Divisione Servizi Sociali e scuole; i prodotti della Bottega InGenio che andrebbero diffusi attraverso normali canali commerciali anche con l'aiuto del Settore Commercio; il progetto Motore di Ricerca che promuove l'integrazione in diversi ambiti del tempo libero mettendo a disposizione spazi di accoglienza nel quadro delle attività correnti di molte associazioni; il coinvolgimento delle associazioni sportive per attività specifiche come per attività comuni a cui può venire aperta la partecipazione dei disabili.

E' stata inserita un'attività di banca dati delle associazioni, che svolgono interventi a favore di persone con disabilità, al livello cittadino in rapporto alle diverse Divisioni del Comune e al livello circoscrizionale. I soggetti sono stati suddivisi in rapporto agli ambiti di competenza fra sport, arte e cultura, ricreativo-aggregativo.

Un filone di attività intersettoriale è l'housing, in particolare il progetto di condominio solidale: già avviato dalla città nei confronti di anziani e madre single con bambini piccoli, potrebbe essere esteso anche ai disabili con buone autonomie personali.

Piano Regolatore Sociale – TAVOLO ADULTI

(Coordinamento a cura del Settore Fondi strutturali - Divisione Lavoro - 23 luglio 2008)

*Il tavolo è composto da rappresentanti di circa 20 settori e circoscrizioni. Peculiarità del lavoro del tavolo è che il target 'adulti' è definito come parziale **residuale** rispetto alle categorie analizzate dagli altri tavoli.*

Un punto di forza del tavolo è stato coinvolgere settori accomunati da una certa propensione all'innovazione e abituati ad analizzare il contesto attraverso studi e sistemi di monitoraggio interno, ad esempio l'Osservatorio sul mercato del lavoro.

Tuttavia, la poca chiarezza nel definire l'output previsto dal Piano Regolatore Sociale, l'incompletezza della ricognizione – che non tiene conto né delle risorse interne utilizzate, né degli investimenti infrastrutturali correlati a politiche di welfare e la difficoltà a superare la frammentazione organizzativa interna, rendono i risultati solo parzialmente interessanti. La somma complessiva della spesa per gli interventi rivolti agli adulti risulta di oltre 45 milioni di euro. La provenienza delle risorse è in buona parte esterna: quasi il 60% degli interventi analizzati deriva da fondi riferibili a enti sovraordinati (Stato, Regione, Provincia) nell'ambito di leggi o dispositivi specifici, e il 6,5% deriva dalla partecipazione a bandi europei, statali o regionali. Prevale una gestione diretta degli interventi, benché non siano rappresentati gli interventi il cui costo è rappresentato dalle sole spese di personale comunale, come nel caso di alcuni sportelli: l'analisi infatti si basa sui dati di spesa intesa come acquisto di servizi.

Nella fase di analisi, le 96 attività censite per il 2006 sono state raggruppate in sette macro-aree in base ai bisogni ai quali corrispondevano.

- Sostegno al bisogno abitativo
- Sostegno al reddito familiare
- Sostegno all'occupazione
- Sostegno alla ricerca del lavoro
- Sostegno allo sviluppo economico
- Accompagnamento sociale alla rigenerazione urbana
- Interventi di carattere animativo/informativo e ricreativo

Le aree del sostegno al bisogno abitativo e al reddito familiare non hanno bisogno di ulteriori spiegazioni.

L'area del sostegno all'occupazione raggruppa tanto gli interventi volti a tutelare il mantenimento del livello occupazionale, quanto gli ammortizzatori sociali utili a fronteggiare la condizione di disoccupazione o di cassa integrazione: anticipo Cigs e ricollocazione di lavoratori di aziende soggette a fase di crisi, mediante la formazione per la riqualificazione professionale, attraverso il sostegno all'imprenditorialità individuale e alla capacità di attivare attività economiche autonome.

L'area del sostegno alla ricerca del lavoro, invece, raggruppa le politiche attive, l'orientamento, la formazione connessa alla ricerca attiva di occupazione, le attività di consulenza e quelle di studio del mercato del lavoro.

Nell'area del sostegno allo sviluppo economico si collocano gli interventi diretti al potenziamento del sistema economico torinese e articolati nella ricerca di investimenti utili alle imprese, alle attività economiche della città e alla sua infrastrutturazione, nell'ottica di nuovi e migliori insediamenti produttivi. Nel suddetto campo di attività figurano, inoltre, gli interventi volti alla soluzione delle crisi aziendali e capaci di mettere in gioco il territorio come risorsa su cui realizzare investimenti pubblici per il rilancio delle attività produttive.

L'area dell'accompagnamento sociale alla rigenerazione urbana interessa gli interventi di riqualificazione di interi quartieri della città, che dovrebbero avvantaggiarsi di un'attività di accompagnamento sociale alle trasformazioni urbane. Qui si inseriscono le attività di studio e monitoraggio dei dati territoriali utili a individuare le aree di maggiore crisi e degrado. L'insieme di queste azioni presuppone una regia di interventi integrati, che coinvolgono la qualità fisica degli spazi e lo sviluppo economico dell'area bersaglio, oltre a una più diffusa attività di animazione territoriale finalizzata a generare partecipazione e senso di appartenenza al territorio.

L'area degli interventi di carattere animativo/informativo e ricreativo è una categoria in cui è possibile raggruppare gli interventi che hanno come finalità il miglioramento della vivibilità dei territori, il potenziamento delle relazioni tra gli abitanti e l'aumento dell'offerta delle opportunità aggregative/informative e di fruizione culturale.

Per quanto riguarda la distribuzione degli interventi prevale, in termini finanziari, il sostegno al bisogno abitativo, seguito dalle politiche per il lavoro, l'occupazione e lo sviluppo economico. Circa il 20% delle risorse è destinato al sostegno al reddito delle famiglie.

Piano Regolatore Sociale – TAVOLO INTEGRAZIONE

(Coordinamento a cura del Settore Integrazione - Divisione Suolo pubblico e arredo urbano - 23 luglio 2008)

Il tavolo integrazione ha coinvolto i rappresentanti di 19 settori appartenenti complessivamente a 10 divisioni.

I dati generali sulla spesa mostrano un incremento di spesa tra il 2006 e il 2007, in cui si passa da 5 miliardi di euro circa a 8 miliardi di euro, dovuto soprattutto a interventi strutturali. La consistenza delle entrate esterne è molto rilevante, soprattutto in alcuni ambiti, ad esempio quello degli interventi per l'integrazione. Si tratta di un dato da interpretare positivamente, che presuppone però un complesso lavoro di ricerca di fondi presso Ministeri, Unione Europea, e altro ancora, articolato in attività di reperimento bandi, progettazione, identificazione di partner esterni e, infine, rendicontazione analitica. Dal punto di vista della gestione, l'analisi ha messo in evidenza che gli interventi si ripartiscono piuttosto uniformemente tra gestione diretta, mista e indiretta. Anche in questo caso si ripropone il tema del rapporto con il privato sociale e gli altri soggetti della società civile. Le principali evidenze emerse dall'analisi mostrano una cospicua quota di interventi mirati alla prima accoglienza per persone in condizione di forte esclusione. La tendenza della domanda, però, è caratterizzata da processi di stabilizzazione e quindi da richieste di servizi generici, come scuola, fruizione culturale. Anche per questo motivo il tavolo ha messo in evidenza la rilevante incidenza di una utenza straniera residente nei servizi rivolti a tutti.

Il tavolo ha raggruppato le attività in macroaree, che rendono conto dei bisogni ai quali gli interventi rispondono.

- Interventi assistenziali
- Sostegno all'abitazione
- Istruzione
- Formazione
- Mediazione
- Aggregazione
- Cittadinanza

La macroarea degli interventi assistenziali riguarda azioni mirate e pensate per una utenza di immigrati in condizioni di emergenza o di forte bisogno sociale.

L'area del sostegno all'abitazione, con cui si intende edilizia residenziale pubblica, sostegno alla locazione, aree sosta attrezzate, raggruppa gli interventi tesi a trovare soluzioni abitative, temporanee o stabili.

La macroarea dell'istruzione fa riferimento alle attività che agevolano l'accesso ai servizi scolastici e sostengono il conseguimento dei titoli di istruzione, sia con interventi svolti nelle scuole sia con iniziative esterne e fuori dall'orario delle lezioni: inserimento scolastico, trasporto scolastico, orientamento, dispersione, sviluppo di iniziative extrascolastiche, agevolazioni economiche.

La macroarea della formazione comprende invece i tirocini formativi, l'accompagnamento e il riconoscimento dei titoli di studio conseguiti all'estero.

A questi ambiti si affianca l'area della mediazione linguistica e culturale e l'area dell'aggregazione la quale raggruppa gli interventi volti a stimolare l'incontro nel tempo libero in una prospettiva di fruizione culturale.

Da ultimo, l'area della cittadinanza, comprendente attività di informazione e documentazione, iniziative culturali, seminari, convegni, ricerche, sostegno alla partecipazione, accesso ai servizi, concerne interventi che si prefiggono di accrescere le competenze utili a definire una piena cittadinanza in un clima di reciprocità.

Per quanto riguarda l'articolazione della spesa tra le macroaree si evidenziano rilevanti differenze tra il 2006 e il 2007: interventi assistenziali è cresciuta del 28%; sostegno all'abitazione del 400%; l'istruzione del 4%; la formazione del 220%; la mediazione è invece scesa del 41%; l'aggregazione è salita del 35%; la cittadinanza del 3,4%. Nonostante i partecipanti del tavolo si conoscano tra loro, siano abituati a lavorare insieme e siano bene informati sulle reciproche attività, è emersa l'esigenza di un coordinamento forte vista la particolarità dell'ambito di politiche oggetto del tavolo, che devono essere fortemente interconnesse. A questo si aggiunge la necessità di avviare una sistematica raccolta di dati e informazioni, per approfondire la conoscenza del fenomeno migratorio caratterizzato da una continua evoluzione. Non molto tempo è stato dedicato all'esplorare di possibili piste progettuali, ma fra i temi emersi ci sono: l'importanza dell'italiano per coloro che l'apprendono a qualsiasi età come seconda lingua, il tema delle seconde generazioni e la centralità della formazione professionale.

APPROFONDIMENTI

Assistenza sanitaria agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

Per meglio organizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti in Piemonte, la Giunta Regionale ha istituito nel 1996 i Centri di Informazione Salute Immigrati (I.S.I.) presso le Aziende Sanitarie Locali individuate.

Il progetto è iniziato in forma sperimentale e, considerati i buoni risultati ottenuti, è passato a regime nel 2004.

ASL TO1

Le condizioni di accesso e di cura sono garantite all'**ISI** (Informazione Salute Immigrati), alla **Guardia Medica**, ai **Consultori pediatrici e familiari**, nei **Servizi Ospedalieri**, al **Servizio NPI**, al **Servizio di Salute Mentale**, al **Ser.T.**

In alcuni (ISI, consultori e Ser.T.) è presente in modo continuativo il **mediatore interculturale** per il superamento delle difficoltà di comprensione linguistica, per una corretta valutazione all'interno della cultura di appartenenza, per evitare misconoscimenti od imprecisioni nella raccolta anamnestica e nell'inquadramento diagnostico.

Le attività effettuate sono state:

- presso i 2 ambulatori I.S.I. aziendali: rilascio tessere sanitarie a stranieri senza permesso di soggiorno (per i pazienti ricoverati direttamente agli ospedali sede di ricovero), visite mediche con supporto di mediatore culturale, prescrizione ed effettuazione medicazioni e terapie, richieste per approfondimenti diagnostici, invio presso altri servizi dell'Azienda;
- presso dormitori e comunità: vaccinazioni antinfluenzali;
- presso sede di Guardia medica dell'Ospedale Sperino Oftalmico: visite ambulatoriali urgenti;
- presso consultori familiari e pediatrici: visite e colloqui per contraccezione, cura della gravidanza e tutti gli aspetti educativi sanitari per la coppia e le famiglie, visite domiciliari ai neonati, bilanci di salute, controlli periodici di accrescimento, visite pediatriche dedicate ai bambini stranieri irregolari, centro pediatrico e familiare multiculturale per la promozione alla salute e la prevenzione primaria delle difficoltà sociali, economiche, sanitarie delle famiglie migranti (il 36,2% degli utenti sono stranieri);
- presso il "Ferrante Aporti": presenza stabile di mediatori culturali (di lingua marocchina, rumena e wolof), in collaborazione con il Centro "Frantz Fanon";
- presso i Servizi per le dipendenze.: presa in carico dei pazienti con problemi di dipendenza anche se irregolari, attività di formazione degli operatori sui temi dell'antropologia culturale e della etnopsichiatria, presenza di mediatori culturali;
- presso il Dipartimento di Salute mentale: accoglienza e presa in carico delle problematiche presentate da cittadini stranieri e dagli immigrati irregolari sia per accesso diretto che per invio da Enti o Istituzioni. Su circa settanta richieste di intervento nel 2008, sono stati presi in carico cinquanta soggetti mentre i rimanenti casi non si sono più presentati alla visita concordata o non sono stati trattati in quanto non di competenza psichiatrica;
- presso "Centro Frantz Fanon": interventi specialistici di tipo etnopsichiatrico ed etnopsicologici di gruppo, prese in carico psicologiche individuali, attività di auto-formazione su temi antropologici ed etnopsichiatrici tra gli operatori, avvalendosi di un'equipe multidisciplinare con la presenza di mediatori culturali. L'Utenza è rappresentata da richiedenti asilo e rifugiati, sostegno alla gravidanza ed alla genitorialità, problematiche psichiatriche, vittime di tratta, minori, problematiche da dipendenza, vittime di violenza sessuale, utenza disabile, disagio sociale.

ASL TO2 Nord

Presso l'ASL TO 2 sono stati attivati gli **spportelli di Informazione Salute Immigrati (I.S.I.)** rivolti agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio dell'ASL. Qui viene rilasciato un tesserino con un codice regionale, sul quale viene apposta la sigla S.T.P. (straniero temporaneamente presente), valido 6 mesi e rinnovabile in caso di permanenza in Italia, da esibire alla richiesta delle prestazioni sanitarie.

Negli ambulatori I.S.I. di via Azuni 8 e di Lungodora Savona 24 è attivo l'**ambulatorio Migrazione Salute (Mi.Sa.)** rivolto agli immigrati e mirato alla prevenzione e diagnosi delle patologie infettive, in particolare delle malattie sessualmente trasmissibili. Il servizio è gratuito ed è aperto anche a chi non è in regola con i permessi di soggiorno; non occorre prenotazione ed è possibile disporre di un servizio di mediazione socio-culturale per stranieri. In affiancamento degli operatori nei **Consultori Familiari** sono presenti **mediatori socio - culturali** per le diverse etnie.

La salute delle donne straniere – Prevenzione Serena

Considerando i più bassi livelli di adesione ai programmi di screening delle donne immigrate rispetto alle donne italiane Prevenzione Serena ha deciso di dedicare una parte del proprio lavoro a questo target specifico attraverso un progetto di integrazione delle donne straniere nel programma regionale di screening.

L'iniziativa, per ora limitata allo screening per il cervicocarcinoma, ha l'obiettivo di promuovere la partecipazione di queste donne, creando interventi mirati a migliorare la qualità della comunicazione e l'accesso alle strutture dello screening.

Polo Cittadino della Salute

Nel 2004 la Città di Torino ha aderito, a livello nazionale ed europeo, alla Rete Città Sane - OMS, adottandone le linee guida, la metodologia e gli obiettivi secondo un approccio basato sull'interdisciplinarietà e sull'intersettorialità.

Il Polo cittadino della Salute, inaugurato nel 2008, è così diventato la sede delle attività dell'Ufficio Città Sane della Città nonché luogo di riferimento, di raccordo e di sostegno delle attività che la città promuove e realizza in tema di salute. Le iniziative sostenute dal Polo sono occasioni utili anche a creare, consolidare e sviluppare relazioni tra soggetti, enti e organizzazioni (istituzionali e del terzo settore) che operano a favore della comunità, o meglio, di una "comunità in salute".

Il Polo Cittadino della Salute intende potenziare la prevenzione e la promozione della salute attraverso i seguenti principali obiettivi:

- partecipazione ed empowerment: ovvero consentire a tutti gli attori sociali, soprattutto ai cittadini, di diventare componente attiva, integrante e propositiva relativamente ai percorsi che promuovono e realizzano salute. Riconoscere le competenze delle organizzazioni e delle singole persone;
- lavoro di rete: vale a dire costruire reti e soprattutto relazioni in quanto fattori determinanti per la conoscenza e la condivisione delle strategie e delle esperienze. Fare rete per potenziare i processi che promuovono salute;
- sperimentazione/partecipazione a percorsi informativi e formativi: ovvero riconoscere il valore dei progetti e delle esperienze innovative promuovendone la conoscenza e la condivisione, anche in termini di linguaggio, a partire da ciò che accade sul territorio.

Le attività realizzate sono:

- partecipazione agli incontri "Martedì Salute" e "Gli Appuntamenti" realizzati dall'Unione industriale;
- organizzazione e partecipazione a programmi televisivi proposti da emittenti regionali;
- sostegno alla realizzazione di attività espressive;
- organizzazione dell'evento "*La Salute in Comune*": quattro giornate aperte alla cittadinanza, di animazione, riflessione e incontri a tema (luglio 2009) presso i Giardini Reali inferiori, per il quale sono state coinvolte istituzioni, associazioni e singoli cittadini interessati a confrontarsi sul tema della salute;
- collaborazione al progetto Peer Education;
- organizzazione di momenti ludici rivolti ai partecipanti di "estate ragazzi";
- organizzazione di un ciclo di appuntamenti tematici;
- coordinamento del "Tavolo Ben-essere Giovani";
- proposta progettuale per lo sviluppo di attività fisica e di allenamento della memoria;
- attività relative al Progetto Città Sane.

I partner con cui attualmente il Polo cittadino collabora:

Divisioni e Circoscrizioni cittadine, ASL To1, ASL To2, Università di Torino, IUHPE-CIPES Piemonte, Consiglio dei Seniores, Fondazione Cornaglia, Gruppo Abele, Agenzia Eclectica, Coop. Mondo Ere, Giovani Pionieri della CRI, Coord. Ass. Donazione e Trapianti, Associazioni: Noi Torino, AGS per il territorio, Agesci, Cngei, Tedacà, Cuore in Teatro, FormAzione, Antescena, Compagnia 3001.

Il Centro per relazioni e le famiglie

Il Centro per relazioni e le famiglie è istituito ai sensi dell'art. 42 della Legge Regionale 1/2004 ed è aperto a tutte le cittadine e cittadini residenti a Torino.

È un punto di riferimento in Città dove cittadine, cittadini e operatori dei servizi sociali, educativi e sanitari possono incontrarsi.

Un luogo accogliente dove ricevere informazioni, orientamento e consulenza in merito alle diverse questioni connesse alle relazioni interpersonali e familiari.

Durante il ciclo della vita, le persone possono attraversare fasi di "normale difficoltà", momentanee condizioni di fragilità che a volte disorientano. In questi casi il confronto, la condivisione, il sostegno, la corretta informazione costituiscono risorse utili ed efficaci per un'evoluzione costruttiva della crisi.

Il Centro offre:

- orientamento e consulenza educativa: è finalizzata al sostegno genitoriale
- consulenza sociale: è rivolta in prevalenza a coppie in fase di separazione per offrire ascolto e informazioni circa le specifiche competenze del Tribunale e dei servizi territoriali
- orientamento e sostegno alle donne vittime di violenza: è realizzata in collaborazione con il Settore Pari Opportunità della Città
- orientamento e consulenza relazionale / familiare: propone un supporto qualificato alle famiglie che si trovano in difficoltà soprattutto nell'ambito della separazione e in particolare quando questa vede coinvolti dei minori e si caratterizza per una certa conflittualità
- orientamento - consulenza legate alla sfera sessuale, psicoterapia: per affrontare gli aspetti più problematici della sessualità
- consulenza legale: in materia di diritto di famiglia e di tutela delle persone
- informazioni sui diritti e sulle opportunità esistenti per conciliare i tempi di lavoro con quelli familiari (es. congedi parentali: maternità, paternità, legge 104, ecc...)
- informazioni sugli aiuti economici: rivolti a sostenere le famiglie in relazione ai carichi familiari anche tramite l'attivazione delle procedure necessarie
- biblioteca per genitori.

Collaborano alla realizzazione del servizio:

- Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie
Settore Famiglia
- Divisione Servizi Educativi
Settore Qualità dei Servizi Educativi -Progetto Famiglia
- Divisione Gioventù

Settore Pari Opportunità

Settore Tempi e Orari

- Circoscrizioni 1 – 10
- Consultori familiari e Servizi di Neuropsichiatria Infantile ASL TO 1 e ASL TO 2
- La Rete dei Centri di ascolto per famiglie e Consultori famigliari privati

Progetti di Vita Indipendente per le persone con disabilità

I programmi di aiuto alla persona atti a garantire una vita indipendente, previsti dall'art. 39 comma 2 lettera 1-ter Legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificato dalla legge 162/1998, e dalle DGR n.32-6868 del 5/8/2002 e n. 22-8775 del 23/3/2003, sono finalizzati prevalentemente a promuovere e sostenere l'autodeterminazione della persona.

I destinatari del progetto sono:

- persone portatrici di grave disabilità motoria e di età compresa tra i 18 e 64 anni.
- persone inserite in contesti lavorativi, formativi e/o sociali per le quali il supporto di assistenti personali garantisce l'autonomia.

La persona interessata presenta istanza per il contributo sulla base delle proprie necessità assistenziali; il progetto viene valutato nell'ambito dell'Unità Valutativa territorialmente competente. I massimali dei contributi sono definiti da normativa regionale.

Progetto Prisma per le relazioni d'aiuto

La Divisione Servizi Sociali - Interventi e Servizi integrati per la Disabilità Motoria - della Città di Torino, offre ai cittadini disabili una gamma di opportunità e attività diversificate, attraverso le quali osserva e monitorizza anche il cambiamento della domanda e dei bisogni dei cittadini. In particolare, l'Ufficio Socio-Educativo del Servizio Passepartout che da anni opera nell'ambito delle problematiche delle persone con disabilità fisico-motoria, ha rilevato una considerevole ed articolata richiesta di aiuto in relazione alla comprensione dei vissuti personali, alla gestione delle dinamiche relazionali, affettive e famigliari.

In questo contesto il Servizio Passepartout ha realizzato e attivato in collaborazione con alcune associazioni e agenzie formative, "**PRISMA**" che si articola in progetti, integrati fra loro, con l'obiettivo di offrire occasioni diversificate di supporto e aiuto mirate a rispondere in modo personalizzato alle esigenze di ognuno. Gli operatori e i volontari incontrano le persone disabili, le loro famiglie orientandole al percorso d'aiuto più idoneo.

Progetto Consulenza alla Pari:

È una relazione d'aiuto che si realizza tra persone che sono "pari", accomunate, cioè, dalla stessa situazione, problematica, età o cultura e consente, a chi vuole, di affrontare paure e limiti personali nonché problemi oggettivi individuandone strategie di risoluzione.

Progetto "Spazio Ascolto"

- Servizio di consulenza: offre aiuto alle persone disabili fisico-motorie e alle loro famiglie per orientarsi e conoscere meglio servizi, risorse e proposte del territorio.
- Servizio di Sostegno Psicologico: offre la possibilità di avere consulenze specializzate nei momenti critici della propria esistenza e, per le persone che lo necessitano o lo ritengano opportuno, di intraprendere un percorso di sostegno psicologico.

Progetto Disabilità e Sessualità

Servizio di orientamento e consulenza pedagogica-educativa e psico-sessuologica per persone disabili, famiglie, operatori di settore, insegnanti.

Progetto Counselling

- "S.A.R.": Servizio di sostegno e ascolto rimotivazionale per persone disabili adulte e le loro famiglie
- Servizio di counselling per disabili e famiglie nelle relazioni con le nuove tecnologie

Progetto Disabilità e Immigrazione

Offre supporto e aiuto alle persone che si trovano in questa situazione, al fine di agevolare sia il reperimento di informazioni per quel che concerne l'accesso ai servizi socio-sanitari, sia per rispondere, invece, alle ben più complesse difficoltà legate alle barriere culturali e sociali.

Progetto A.M.A. "Uno spazio e un tempo per pensare, confrontarsi, agire"

Promuove l'attivazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto per persone che vivono disagi diversificati, favorendo processi di condivisione, protagonismo ed emancipazione nella soluzione dei problemi.

Associazioni aderenti:

Verba, Girogirotondo, Gruppo Ibis, UILDM, CAMAP, ADN, Dialogos, Arte di Vivere, Volere Volare, Arcadia Consumatori, Datarc, Unisinf, Amece

Domiciliarità per le persone con disabilità

Soprattutto la centralità della persona con disabilità si evidenzia attraverso una progettualità individualizzata (PAI) che prevede un mix di prestazioni mirate al sostegno della Domiciliarità.

Le prestazioni utilizzabili in un PAI si suddividono in

1. Prestazioni tramite Buono Servizio erogate dai fornitori accreditati:

- Assistenza domiciliare (svolto da Operatori ADEST/OSS e/o da Assistenti familiari)
- Telesoccorso (installazione di un terminale in grado di attivare interventi in casi di necessità)
- Prestazioni di supporto (Podologo, parrucchiere, piccola manutenzione all'interno dell'abitazione)
- Prestazioni accessorie (Gestione rapporto di lavoro dell'assistente familiare assunti direttamente dal beneficiario tramite l'erogazione dell'assegno di cura)

2. Erogazioni Economiche:

- Assegno di cura (contributo economico per le persone che hanno assunto un'assistente familiare per la propria assistenza o di un familiare)
- Cure Familiari (rimborso spese forfettario al familiare che si occupa della persona da assistere come riconoscimento del ruolo svolto)
- Affidamento (rimborso spese a volontari che svolgono un ruolo sia di aiuto nella fruizione di momenti di socializzazione sia di sostegno e supporto nei confronti della famiglia).

3. Pasti:

Servizio che consente alla persona di usufruire del pasto a domicilio o presso mense e esercizi convenzionati.

Servizi diurni per le persone con disabilità

La Città di Torino e le AASL cittadine organizzano, monitorano ed implementano una rete di servizi diurni su tutto il territorio cittadino. Tali servizi vengono gestiti con due modalità:

- in modo diretta dalla Città attraverso le Circoscrizioni
- attraverso l'Accreditamento di servizi gestiti da Enti: Cooperative, Associazioni, Fondazioni, Consorzi, ecc.

I servizi offrono un'apertura di 7.30 ore giornaliere con mensa e trasporto dal servizio al domicilio e viceversa. Non è prevista contribuzione da parte dei beneficiari.

Alcuni tratti salienti di tali servizi possono essere così riassunti:

- Territorialità
- Specificità e differenziazione dell'offerta dedicando servizi:
- a tipologie diverse di disabilità (ad esempio disabili intellettivi, pluridisabili, disabili intellettivi con disturbi della relazione e del comportamento, disabili motori e/o fisici)
- ai diversi livelli di gravità e di autonomia delle persone
- Collegamento con altri presidi presenti sul territorio con progettazione simile o comunque integrabile con quella del presidio
- Presenza di personale qualificato
- Raccordo con la rete dei servizi inviati
- Raccordo con la rete formale
- Raccordo con la rete informale
- Apertura del presidio al territorio per attività integrate al suo interno
- Apertura e valorizzazione del ruolo della famiglia
- Integrazione col volontariato.

La rete di servizi attualmente attiva sul territorio prevede le seguenti tipologie di strutture tipo:

Centri socio terapeutici: aperti 12 mesi all'anno per 5 giorni alla settimana. All'interno di tali centri vi opera personale specializzato quali : educatori, adest/oss, consulenti di attività, il medico, l'infermiere, il terapeuta della riabilitazione. La presenza di tali figure permette ai centri di erogare prestazioni di alta intensità assistenziale, con specificità di intervento, a favore di persone disabili che possiedono potenzialità di miglioramento o di recupero in ambito socio relazionale e funzionale, pur in presenza di complessità di trattamento.

Centri Attività Diurne: aperti 12 mesi all'anno per 5 giorni alla settimana. All'interno di tali centri vi opera personale specializzato: Educatori e consulenti specializzati per le

attività artigianali, occupazionali ed espressive che caratterizzano il servizio. La presenza di tali figure permette un efficace intervento educativo rivolto alle persone inserite e una originalità di ogni presidio. Le finalità dei Centri sono socio-pedagogiche, socio-riabilitative, socio-educative e sono volte al potenziamento e/o mantenimento delle attitudini delle persone inserite.

Servizio Socio Educativo Riabilitativo: il servizio si caratterizza per la presenza di personale educativo che permette una presa in carico individualizzata o in piccoli gruppi, prevedendo un ampio coinvolgimento di tutti gli attori del contesto di vita della persona con particolare attenzione al nucleo familiare.

Gli obiettivi principali di tale intervento sono:

- Osservazione della persona e delle sue relazioni significative
- Individuazione degli obiettivi perseguibili
- Individuazione e coinvolgimento delle risorse possibili.

Viene garantita una costante verifica del progetto con la famiglia, gli enti a vario titolo coinvolti ed i gestori dell'intervento. Il servizio si può anche intendere "a termine" nel senso che data la sua specificità, risulta essere elemento importante per l'individuazione di nuovi percorsi educativi sostenendo la famiglia ed il nucleo anche come elemento prezioso di raccordo tra i diversi ambiti di vita e di relazione della persona in carico.

Il servizio si attua attraverso quattro filoni principali:

1. S.S.E.R. per persone ultra sedicenni
2. S.S.E.R. per minori 6/16
3. S.S.E.R. per persone con disabilità motoria o fisica
4. Servizio di supporto all'autonomia abitativa

Residenzialità per persone disabili non autosufficienti

Nel caso in cui sia necessario l'inserimento in un contesto residenziale, viene predisposto un progetto con l'interessato e la sua famiglia da sottoporre a valutazione nell'ambito dell'Unità Valutativa Handicap.

La residenzialità implica un complesso di azioni atte a supportare il percorso di vita della persona, sia in termini di accoglienza e di occupazione diurna, sia di costruzione e mantenimento di reti di relazioni.

I servizi residenziali accolgono le persone disabili in modo permanente o per periodi transitori di sollievo alla famiglia. Sono perciò articolati nell'arco delle 24 ore su 365 gg all'anno assolvendo alle esigenze tutelari, abitative, riabilitative e socializzanti degli utenti.

La gamma di servizi per disabili previsti dalla normativa vigente sulla base dell'intensità delle prestazioni socio-sanitarie necessarie si differenzia, a seconda dei progetti personalizzati, per tipologia di servizio e per numero di personale addetto alla cura, all'assistenza e al supporto alla persona (il numero e le qualifiche del personale si articolano in fasce di intensità: base-media-alta-elevatissima)Il personale dedicato deve possedere qualifiche professionali specifiche (educatore professionale, adest/oss, consulente attività, consulente sanitario, infermiere,terapista della riabilitazione), mentre in alcuni casi si sta evidenziando la necessità di sperimentare nuove professionalità .

Quando la situazione della persona disabile assume carattere di emergenza viene attivato il servizio di **pronto intervento**.

Tale servizio consiste in un rapido inserimento residenziale, attivato per rispondere a richieste di emergenza familiare quando la rete parentale non riesce a prendersi cura del congiunto disabile o quando la persona si trova in uno stato di abbandono. A tal fine

da oltre 30 anni esiste una comunità alloggio dedicata per il pronto intervento e la tregua; inoltre le Comunità Alloggio e le Residenze Assistenziali Flessibili (RAF) via via avviate negli anni, offrono posti di pronto intervento.

Il servizio di pronto intervento assume anche una valenza osservativa ed esperienziale. Nel periodo dell'inserimento residenziale, gli operatori socio-assistenziali affinano la conoscenza della persona disabile che può sperimentare, in un contesto extrafamigliare, le proprie autonomie e potenzialità.

Nel caso in cui le famiglie necessitino di un periodo di sollievo dai compiti di cura continuativa viene attivato il servizio di **tregua programmata**. E' molto utile in momenti particolarmente critici. Consiste nell'accoglienza temporanea e programmata della persona con disabilità in strutture residenziali. Per la persona stessa significa fare esperienza di vita comunitaria, avere la possibilità di intraprendere nuove relazioni sociali e di partecipare, a seconda delle possibilità individuali, a gite, uscite, eventi ed iniziative locali.

In tutti i servizi residenziali viene richiesta una cura particolare nell'organizzazione della vita quotidiana, secondo uno stile di vita comunitario, che incentiva le autonomie e risponde ai bisogni dei singoli. Altro aspetto nodale è la cura nella gestione delle attività diurne, che devono essere organizzate in integrazione con altre realtà, in modo da costruire occasioni di scambio e di socialità.

La presenza di un'ampia gamma di opportunità rappresenta senz'altro il fiore all'occhiello dell'accreditamento del Comune di Torino e delle Aziende Sanitarie torinesi che ha visto realizzare servizi innovativi quali:

Servizi di autonomia: eroga prestazioni a bassa intensità assistenziale a favore di persone disabili con sufficiente autonomia ma necessità di supporti, con indipendenza economica sufficiente a soddisfare le proprie esigenze di mantenimento e a partecipare alle spese di approvvigionamenti e utenze (luce, gas, telefono). È prevista la presenza di personale educativo per alcune ore durante la settimana e la reperibilità sulle 24 ore giornaliere. Il numero di ore dedicato dipende dai livelli di autonomia delle persone inserite.

Gruppo appartamento: destinato a persone adulte con disabilità di grado medio o medio grave, che può anche essere associata a disturbi del comportamento; possono essere previste attività diurne dedicate. Capacità ricettiva di max 6 persone.

Comunità di tipo familiare: ospita persone con disabilità lieve e medio lieve. Struttura a bassa intensità assistenziale con una capacità ricettiva di max 6 persone.

Casa famiglia: ospita persone con diverse tipologie di disabilità ed è organizzata secondo un modello familiare atto allo sviluppo delle relazioni affettive e dell'inserimento e reinserimento sociale.

Comunità alloggio: si caratterizza come servizio funzionale alla soddisfazione dei bisogni della persona, al mantenimento ed al potenziamento delle capacità e dei livelli di autonomia acquisiti, al percorso di crescita personale ed all'inserimento sociale, prestando particolare riguardo alla rete dei rapporti già esistenti ed alla strutturazione di reti di sostegno al singolo e al gruppo. Al fine di consentire anche l'accoglienza di persone che necessitano di supporti infermieristici e sanitari (finalizzati al costante raccordo con il servizio sanitario pubblico) è stata strutturata una particolare organizzazione che prevede anche una presenza per alcune ore la settimana di figure professionali di tipo sanitario. La maggior parte delle comunità alloggio, accogliendo

persone con disabilità grave, organizza attività diurne in sedi esterne alla struttura in modo da creare contesti integrati.

RAF A: eroga prestazioni di alta intensità assistenziale, con specificità di intervento, a favore di persone disabili che possiedono potenzialità di miglioramento o di recupero in ambito socio relazionale e funzionale, pur in presenza di complessità di trattamento. Oltre al personale educativo e assistenziale è prevista la presenza di personale sanitario.

RAF B: eroga prestazioni di alta intensità assistenziale, con specificità di intervento, a favore di persone disabili per il mantenimento delle capacità e abilità acquisite, in presenza di gravi e gravissime compromissioni. Oltre al personale assistenziale ed educativo è prevista la presenza di personale sanitario.

RSA: eroga prestazioni a persone non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, garantendo un livello medio o alto di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Alcuni elementi di qualità specifici dei servizi residenziali possono essere così riassunti:

- Mantenimento della vicinanza al nucleo familiare
- Specificità e differenziazione dell'offerta dedicando servizi:
- a tipologie diverse di disabilità (ad esempio disabili intellettivi, pluridisabili, disabili intellettivi con disturbi della relazione e del comportamento, disabili motori e/o fisici)
- ai diversi livelli di gravità e di autonomia delle persone
- Collegamento con altri servizi presenti sul territorio con progettazione simile o comunque integrabile con quella del presidio
- Presenza di personale qualificato
- Attività specifiche dedicate organizzate dal personale del presidio
- Raccordo con la rete dei servizi invianti
- Raccordo con la rete formale
- Raccordo con la rete informale
- Apertura del presidio al territorio per attività integrate al suo interno
- Coinvolgimento e valorizzazione della famiglia
- Integrazione col volontariato

OVER 65 ANNI

Tabella A: RISORSE CONSOLIDATE E ATTIVITA' INNOVATIVE – PER SINGOLO SERVIZIO

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
<p>APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - riabilitazione domiciliare - attività ambulatoriali di geriatria per soggetti con decadimento cognitivo - attività riabilitative e attivanti - interventi residenziali per persone autosufficienti con attività laboratoriali finalizzati al mantenimento delle abilità 	<ul style="list-style-type: none"> - Cure Domiciliari - Centri diurni sanitari - posti letto RA (Cimarosa e Buon Riposo) - centro diurno socio assistenziale per autosufficienti – 20 p.l. 	<p style="text-align: center;">ASL TO1 – Dipartimento Lungoassistenza, ASL TO2 –Dipartimento Salute Anziani</p> <p style="text-align: center;">COMUNE- Divisione Servizi Sociali</p>
<p>COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - visite ambulatoriali -visite psichiatriche effettuate c/o due sedi dei - Poliambulatori o a domicilio - Colloqui psicoterapeutici 	<p>1 ambulatorio di psicogeriatría</p> <p>1 Servizio di Psicogeriatría</p>	<p>ASL TO1 – Dipartimento Lungoassistenza</p> <p style="text-align: center;">ASL TO2 DSM “Maccacaro” e Dipartimento Salute Anziani</p>
<p>CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - assistenza di base ----- - Cure domiciliari intensive in post acuzie (adi, sid, ...) - Cure palliative a pazienti oncologici - Prestazioni di cura alla persona erogate in post acuzie - attività ambulatoriali di geriatria per soggetti con decadimento cognitivo - Attività di diagnosi, medicazioni e somministrazioni/controllo di terapie farmacologiche ----- - ricoveri di sollievo 	<p>Medici di Medicina Generale</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cure domiciliari - Centri diurni sanitari <p>RSA</p>	<p style="text-align: center;">AA.SS.LL. – Distretti</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">ASL TO1 – Dipartimento Lungoassistenza, ASL TO2 –Dipartimento Salute Anziani</p>
<p>VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA', MOBILITA'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - trasporti in taxi 	<p>Servizio Passepartout (Via San Marino 10)</p> <p>Ufficio taxi</p>	<p style="text-align: center;">COMUNE</p> <p style="text-align: center;">Divisione Mobilità</p>

Tabella B: RISORSE E ATTIVITA' CONSOLIDATE GIA' INTEGRATE CON ALTRI SERVIZI SANITARI E/O SOCIO ASSISTENZIALI E/O TERZO SETTORE E/O PRIVATO IMPRENDITORIALE

AREE PREVALENTI DI BISOGNO	ATTIVITA' E PROGETTI	LUOGHI E RISORSE	ATTORI E SINERGIE
APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)	- interventi residenziali per persone autosufficienti con attività laboratoriali finalizzati al mantenimento delle abilità	- posti letto RA e RAF	Comune Settore Anziani e Servizi Sociali, Presidi Convenzionati privati profit e no profit
COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare)			1. COMUNE e/o AA.SS.LL.
	- attività di socializzazione - attività di comunicazione e informazione (informadisabile, informatre, informastranieri, ...)	- Centro d'incontro anziani - Spazi anziani - sportelli informativi	2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE Circoscrizioni e Associazioni
			3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI

continua tabella B

CURA DELLA PERSONA	- attività di segnalazione e Primo Intervento nella rete di	- Servizio Aiuto Anziani	COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE e/o AA.SS.LL.
---------------------------	---	--------------------------	---

<p>E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)</p>	<p>protezione degli anziani</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soggiorni climatici - geromotricità per anziani <p>- prestazioni integrative sia per la cura della persona (parrucchiere, pedicure), sia per la manutenzione della casa (piccole riparazioni domestiche sgomberi, traslochi, ...)</p>	<p>- Centro diurno anziani</p> <p>Servizio di domiciliarità leggera</p>	<p>ASL TO 1 e TO2 Associazioni</p> <p>Comune – Circoscrizioni e Cooperative</p>
	<p>-Deospedalizzazione protetta -----</p> <p>- Residenzialità sanitaria -----</p> <p>Residenzialità e Semiresidenzialità socio sanitaria</p> <p>- attività di sostegno della relazione con piccoli animali (pet therapy)</p> <p>-----</p> <p>Residenzialità e Semiresidenzialità socio assistenziale</p>	<p>- Case di Cura e RSA -----</p> <p>RSA nucleo stati vegetativi persistenti -----</p> <p>- RAF/RAB n. 787 p.l. in città; n. 5784 p.l. fuori città</p> <p>- RSA/Nuclei Alzheimer n. 1370 p.l. in città; n. 2189 p.l. fuori città</p> <p>-----</p> <p>- RA n. 546 p.l. in città</p> <p>- RA/RAA n. 2896 p.l. fuori città</p>	<p>3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI</p> <p>Ospedali, ASL TO1 Dipartimento Lungoassistenza, ASL TO2 Dipartimento Salute Anziani</p> <p>-----</p> <p>ASL TO1 Dipartimento Lungoassistenza, ASL TO2 Dipartimento Salute Anziani, Comune Settore Anziani e Servizi Sociali, Presidi Convenzionati privati profit e no profit</p> <p>-----</p> <p>Comune Settore Anziani e Servizi Sociali, Presidi Convenzionati, Terzo Settore</p>

continua tabella B

			1. COMUNE e AA.SS.LL.
--	--	--	-----------------------

VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA', MOBILITA' (diritti di cittadinanza, vita politica, tempo libero, ausili, tecnologia e sostegno alla mobilità)			
	- interventi di supporto alla vita quotidiana con compagnia, accompagnamenti, commissioni (visite mediche, disbrigo pratiche...) organizzazione di eventi ludici	Servizio di domiciliarità leggera	2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE Comune - Circoscrizioni e Associazioni
			3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI

Tabella C anziani

	- attività riabilitative diurne per persone affette da	Centri Diurno Alzheimer Integrato (Via	1. COMUNE e AA.SS.LL.
--	--	--	-----------------------

APPRENDIMENTO E ABILITAZIONE (formazione scolastica, formazione professionale, lavoro, abilitazione e riabilitazione socio/sanitaria)	morbo di Alzheimer	Schio – 25 p.l., Via Spalato – 20 p.l., Via Valgioie – 16 p.l.	
	- Progetto RING - Progetto Badanti - Progetto di educazione sanitaria “Stili di vita a domicilio” - Formazione Caregivers - Ricerca Sanitaria Finalizzata “Agency” - Progetto di intervento “Advocacy” - Progetto “Percorsi di cura del paziente in stato vegetativo”		2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE
			3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI
COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI (informazione, comunicazione, sostegno alle capacità relazionali, anche in ambito familiare)			1. COMUNE e AA.SS.LL.
			2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il TERZO SETTORE
			3. COMUNE e/o AA.SS.LL. con ALTRI SOGGETTI PUBBLICI
CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA (sostegno ai bisogni primari e alla domiciliarità)	- assistenza di base	Medici Di Medicina Generale in Gruppi di Cure Primarie	1. COMUNE e AA.SS.LL. AA.SS.LL. Distretti

continua tabella C

			2. COMUNE e / o AA.SS.LL. con il
--	--	--	----------------------------------

Piano Regolatore Sociale - TAVOLO ANZIANI

(Coordinamento a cura del Settore Famiglia, Promozione della Sussidiarietà e Domiciliarità - Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie - 23 luglio 2008)

il tavolo anziani ha coinvolto 14 settori centrali e 7 circoscrizioni. il primo dato registrato è la scarsa conoscenza reciproca tra questi uffici: infatti le collaborazioni intersettoriali sono state nel passato prevalentemente bilaterali, casuali e non strutturate nel tempo. L'interazione si è rivelata debole e ciò ha portato ad avere una scarsa memoria dell'azione amministrativa, anche nel caso di attività e servizi esistenti da tempo, come il servizio di aiuto rivolto agli anziani vittime di truffa.

La ricognizione mostra che si esercitano funzioni anche uguali a più livelli – ad opera di diversi settori del Comune così come attraverso le Circoscrizioni – con servizi pensati e offerti separatamente da ciascun settore dell'Amministrazione. La sovrapposizione, a volte inconsapevole, costringe l'utenza a orientarsi in modo autonomo e non permette all'Amministrazione di esercitare una funzione di indirizzo. Le conseguenze sono problematiche soprattutto per chi, come nel caso degli anziani fragili, ha da questo punto di vista una capacità ridotta, ma anche per l'Amministrazione che perde la capacità di offrire alcuni servizi perché non riesce a garantire continuità nel tempo.

Per cercare di rispondere, anche parzialmente, alle debolezze riscontrate nell'offerta, e alle problematiche emergenti per le persone anziane, sono identificati quattro obiettivi.

- Comunicazione e accesso
- Soluzioni innovative nell'abitare
- Trasporti e accompagnamenti sanitari
- Promozione del volontariato civico

Il primo punto riguarda la comunicazione e i percorsi di continuità nell'accesso a servizi cittadini e circoscrizionali dedicati ad anziani attivi e anziani fragili, che non possono essere trattati nello stesso modo poiché esprimono bisogni diversi. Per gli anziani attivi si tratta di agire sul piano delle attività culturali, dello sport, del turismo, del tempo libero, della socializzazione e, più in generale, sul piano delle attività finalizzate a contrastare i fattori di decadimento conseguenti all'invecchiamento. Per gli anziani fragili, invece, gli interventi dovrebbero essere volti a contrastare la solitudine, le conflittualità, le truffe e le precarie condizioni di salute. Oltre ad aprire ampi spazi di collaborazione intersettoriale, questo primo obiettivo, agendo soprattutto sulle sovrapposizioni, consente una razionalizzazione interna e un più proficuo coinvolgimento di soggetti esterni: associazioni di anziani, ma anche organizzazioni che gestiscono sportelli informativi.

Il secondo punto riguarda le proposte per garantire agli anziani soluzioni abitative adeguate alle loro esigenze e alla loro capacità di spesa, col fine di incentivare la permanenza nel domicilio e dunque l'integrazione sociale, anche prevedendo l'adeguamento strutturale o la permuta delle abitazioni originarie. Si tratta di una pista di lavoro dai contenuti innovativi che apre spazi di lavoro intersettoriale e il coinvolgimento di soggetti esterni anche diversi da quelli tradizionali: associazioni di inquilini e piccoli proprietari, per esempio.

Il terzo punto riguarda la necessità di rispondere alla crescita esponenziale della domanda di trasporti e accompagnamenti, con particolare riferimento a quelli finalizzati alla fruizione dei servizi sanitari con soluzioni innovative. In questo campo gli spazi di collaborazione non sono soltanto intersettoriali, ma anche inter-utenza, trattandosi in questo caso di un tema emerso anche dai lavori del tavolo disabili. Anche in questo caso si possono attuare strategie di razionalizzazione interna, con auspicato risparmio, favorendo il coinvolgimento di partner come Gtt, le associazioni di utenza, le Asl e le Fondazioni che hanno già aderito a progetti settoriali in tale ambito che sono però nati separatamente.

Il quarto punto riguarda il volontariato civico e può essere riassunto con questa formula: strutturare definitivamente ed estendere ad altri ambiti di operatività le attività di volontariato civico delle persone anziane, individuando nuove modalità per il reperimento dei volontari. Si tratta cioè di identificare ambiti in cui il volontariato degli anziani può trovare impieghi nuovi – oltre cioè ai nonni civici, che stanno davanti alle scuole o gli anziani affidatari – e rafforzare la capacità di coinvolgimento dei volontari mettendo in atto modalità nuove, campagne pubblicitarie, incentivi. Anche questo obiettivo amplia gli spazi di collaborazione intersettoriale esistenti, favorendo la condivisione di risorse tra pubblico e privato, e punta al coinvolgimento di diversi partner: primi fra tutti i Centri servizio per il volontariato, che dispongono, peraltro, di consistenti risorse.

APPROFONDIMENTI

Domiciliarità

Il sistema delle prestazioni domiciliari offerte dai servizi sociali della Città si è formato nel tempo in modo progressivo attraverso l'istituzione delle varie prestazioni a favore di bisogni diversificati dell'utenza attraverso quel processo tipico della costruzione del welfare italiano che gli studiosi definiscono "incrementalismo sconnesso".

Nel 1984, sulla base di precedenti sperimentazioni, veniva istituito il servizio di assistenza domiciliare, quale intervento svolto da personale con qualifica professionale regionale e consistente in attività di supporto alle persone ed alle famiglie nella gestione della vita quotidiana, con l'obiettivo prioritario di consentire il più possibile la permanenza al proprio domicilio di minori, disabili ed anziani.

A tale prestazione principale se ne sono affiancate nel tempo numerose altre, introdotte via via in risposta ai bisogni espressi dalle singole tipologie di utenza e di conseguenza con differenziazioni sia sul piano dei criteri di accesso che delle modalità gestionali.

In particolare sono stati normati:

- nel 1985 il telesoccorso per anziani e disabili;
- nel 1986 l'affidamento diurno a volontari di minori ed esteso nell'89 anche a disabili ed anziani
- nel 1987 i pasti a domicilio per anziani ed inabili;
- nel 1998 le prestazioni integrative al servizio di assistenza domiciliare, interventi complementari relativi all'igiene della persona e alla manutenzione della casa;
- nel 1999 i servizi di tregua consistenti in interventi integrati resi da operatori professionali e volontari volti a garantire un sollievo ai familiari che quotidianamente si occupano della cura di propri congiunti anziani non autosufficienti;

nel 2001 gli assegni di cura per minori, disabili ed anziani con problemi di autosufficienza e i contributi per il sostegno domiciliare di minori non disabili, entrambi consistenti in una erogazione economica finalizzata all'assunzione di collaboratori/trici familiari .

Tale sistema ha visto nel tempo anche un'evoluzione dei suoi fruitori in relazione sia all'andamento socio-demografico (la nostra città, a fronte di una popolazione di circa 900.000 unità, vede la presenza di oltre 89.000 anziani ultrasettantacinquenni, di cui 42.000 anagraficamente soli e circa 23.000 senza figli o con figli residenti fuori Torino, con un indice di vecchiaia più alto del 60% di quello della cintura e dell'11% di quello regionale) sia ai nuovi bisogni rilevati (un'indagine condotta sugli accessi ai servizi sociali della Città in corso 2003 evidenziava che il 50% delle richieste di intervento riguardavano persone anziane mentre i dati relativi alla erogazione delle prestazioni domiciliari nell'ultimo triennio segnalavano un forte incremento assoluto e percentuale delle risposte a persone anziane, che risultano beneficiarie nel 70% dell'assistenza domiciliare, nell'95% del telesoccorso e a favore delle quali in corso 2004 sono stati gestiti 1225 affidi familiari (a fronte dei 712 del 2001) e 1570 assegni di cura (a fronte degli 810 del 2001).

L'evoluzione della domanda e le contraddizioni emerse nell'erogazione dell'offerta portarono a individuare nel corso del processo partecipato per l'adozione del Piano di Zona 2003/2006 la necessità di procedere ad una revisione organica, che lo riconducesse ad un disegno unitario, senza al tempo stesso eliminare le differenze che risultassero necessarie per rispondere a bisogni differenti.

In particolare si evidenziava la necessità di procedere ad una vera e propria opera di ricomposizione del sistema dell'assistenza a domicilio, attraverso un'identificazione più precisa dei ruoli da attribuire/riconoscere ai vari attori interagenti nel sistema attraverso:

- la promozione, il sostegno ed il riconoscimento del ruolo esercitato dalla famiglia, distinguendo le attività prestate in base ai fondamentali doveri di solidarietà intrafamiliare, per le quali è necessario sviluppare attività di sostegno e sollievo, dallo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura, per le quali occorre prevedere un riconoscimento anche economico mediante rimborsi spese forfettari eventualmente utilizzabili, in caso di necessità, per versare contributi previdenziali volontari;
- la promozione, il sostegno e il riconoscimento dell'assunzione di un ruolo parafamiliare da parte di volontari singoli e il conseguente riordino della prestazione dell'affidamento familiare distinguendo, anche ai fini della determinazione dell'entità del rimborso spese riconosciuto, tra l'esercizio di funzioni tipiche della solidarietà di vicinato e lo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;
- la definizione del ruolo esercitato dagli operatori professionali di diversa qualifica nel sistema della cura, in particolare assistenti domiciliari e collaboratori familiari, in relazione allo specifico professionale e alla necessità di ottimizzare/promuovere lo sviluppo delle risorse umane;
- la distinzione dei ruoli esercitati nel sistema dal servizio pubblico (titolare della presa in carico, che deve garantire prioritariamente i compiti della valutazione del bisogno e della verifica/monitoraggio sugli interventi in atto) e dalle imprese sociali, cui va riconosciuta autonomia nella progettazione operativa e nella gestione degli interventi, nonché la responsabilità dell'esecuzione del progetto assistenziale.

Un altro importante obiettivo riguardava, in attuazione dell'accordo regionale raggiunto per l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie Locali nella gestione del sistema di interventi domiciliari a favore di soggetti non autosufficienti per ottenerne non solo la compartecipazione finanziaria ma anche per:

a) garantire modalità di erogazione delle prestazioni domiciliari che favoriscano percorsi unitari per l'utenza, con particolare riferimento alla continuità assistenziale tra la fase

dell'acuzie/postacuzie, a totale titolarità sanitaria, e la fase della lungoassistenza in cui, a seconda delle condizioni socio-economiche del beneficiario, l'Amministrazione può o meno essere chiamata a riconoscere una integrazione di natura economica;

b) realizzare la valutazione congiunta da parte dei servizi sociali e sanitari circa l'assistibilità a domicilio in particolare degli anziani non autosufficienti che avranno richiesto l'intervento dell'Unità Valutativa Geriatrica delle ASL, attraverso il raccordo con gli interventi dei Medici di Medicina Generale e dei Servizi di Cure Domiciliari delle Aziende Sanitarie;

c) giungere all'approvazione congiunta di progetti individualizzati di massima applicabili alle varie tipologie di utenza standardizzabili in relazione alle condizioni di autosufficienza e alla consistenza della rete sociale, sulla base dei quali definire sin dalla fase valutativa l'ipotesi di mix di prestazioni fino al massimale erogabile e l'entità del concorso finanziario dei due enti e dell'utente, che dovranno costituire il riferimento per le progettualità operative da mettere in atto;

d) gestire le eventuali liste d'attesa per l'attivazione degli interventi secondo criteri di trasparenza e di omogeneità definiti a livello cittadino e, mediante il ricorso alle modalità ed agli strumenti di valutazione di cui alla DGR 17-15226 del 30 marzo 2005, garantendo priorità alle situazioni connotate da debolezza socio-economica, correlata al grado di limitazione dell'autonomia personale.

Dal punto di vista della gestione degli interventi, si evidenziava infine la necessità di prevedere un nuovo sistema di erogazione delle prestazioni che permettesse:

a) la regolazione del mercato privato, ampiamente diffuso in questo settore e sviluppatosi negli anni in modo sordinato, a tutela della qualità delle prestazioni rese agli utenti e della regolarità dei rapporti di lavoro degli operatori coinvolti;

b) l'utilizzo non solo da parte dei servizi sociali della città ma anche di tutti i suoi potenziali e diversificati "clienti" presenti sul territorio cittadino: siano essi privati, qualora non intendano avvalersi o per la parte per cui non hanno diritto ad usufruire dell'intervento pubblico oppure altri enti pubblici, prime fra tutte le Aziende Sanitarie Locali per la parte a loro totale/parziale carico a seconda delle fasi dell'intervento o della tipologia di utenza in questione;

c) l'espressione da parte del beneficiario e/o della sua famiglia, qualora ne abbiano la capacità e se lo desiderano e nell'ambito di regole predefinite di correttezza e trasparenza, delle proprie preferenze in merito alle modalità di erogazione della prestazione e nella scelta del fornitore di fiducia.

La progettazione operativa di questo nuovo scenario ha dovuto conciliare i molteplici interessi non sempre convergenti espressi da:

- un'utenza con problematiche differenti: diverse infatti sono le esigenze assistenza domiciliare di un anziano non autosufficiente con le istanze di autonomia di un giovane disabile fisico

- istituzioni con livelli diversificati di offerta: a Torino le Aziende Sanitarie si erano fino ad allora occupate quasi esclusivamente di cure domiciliari in acuzie (es. ADI) mentre quelle in lungoassistenza erano offerte dai servizi sociali della Città

- operatori professionali con profili in corso di ridefinizione: non ancora completato il processo di riqualificazione degli assistenti domiciliari e dei servizi tutelari in operatori socio-sanitari, ecco emergere il nuovo profilo delle assistenti familiari, a sua volta derivato dalla colf/badante

- un mercato sociale ancora molto oscillante tra istanze pubbliche ed interessi privati.

Oltre alla elaborazione del documento di piano, è stato pertanto necessario attendere il raggiungimento a livello regionale dell'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, intervenuto nel dicembre 2003 per poi procedere all'approvazione di una

deliberazione di Consiglio Comunale nel settembre 2005 ed alla conseguente stipula di un accordo di programma con le Aziende sanitarie locali, siglato nel marzo 2006.

Per impostare il nuovo sistema di erogazione dei servizi è stato necessario realizzare una trattativa con le Organizzazioni Sindacali e con le Centrali Cooperative che ha portato, tra l'altro, alla stipula di un protocollo d'intesa sul mantenimento dei livelli occupazionali pregressi pur in presenza di nuove modalità di erogazione dei servizi.

È stato poi necessario gestire la procedura per la costituzione dell'albo fornitori che ha portato alla pubblicazione del primo elenco nell'aprile del 2006 con conseguente avvio delle nuove modalità a partire dal maggio dello stesso anno.

Il nuovo sistema ha imposto ai gestori dei servizi un'importante riconversione della loro offerta conseguente al passaggio da un ruolo di fornitori ad un ruolo di concessionari non solo più di servizi sociali, ma anche di servizi sanitari (tra le prestazioni richieste è stato inserito infatti anche il servizio infermieristico), non più di singole prestazioni, ma di pacchetti di servizi da offrire ad un'utenza plurale, cui vengono garantiti spazi di negoziazione nella definizione del proprio progetto assistenziale e soprattutto che può esercitare la scelta tra diversi fornitori.

Per poter garantire quanto richiesto i fornitori hanno dovuto costituirsi in associazioni temporanee d'impresa ed aggregarsi in compagini composite di cui sono entrate a far parte oltre alle cooperative sociali anche associazioni, di volontariato e non, patronati ecc.

Partner particolare di queste associazioni temporanee di impresa anche un'agenzia di lavoro interinale al fine di poter garantire ai cittadini per il tramite del fornitore anche l'intervento di assistenti familiari. Tale modalità era stata individuata infatti come l'unica al momento percorribile: si trattava infatti di fornire un'alternativa reale alla mera erogazione economica finalizzata all'assunzione di personale, il cui costo fosse affrontabile senza una eccessiva incidenza sul monte ore del servizio erogato; la possibilità di inquadramento di tali figure nel contratto delle cooperative sociali come "assistenti domiciliari non formate" non si presentava come sostenibile sotto il profilo della capacità di acquisto dei cittadini, comportando, a parità di costo, la riduzione ad un terzo del servizio, mentre l'assunzione per il tramite delle agenzie interinali comportava esclusivamente la maggiorazione del prezzo orario del contratto colf a fronte dei costi di transazione nella misura massima del 20%.

Il cambiamento, che ha sicuramente interessato in modo rilevante i fornitori, ha interessato però fortemente tutti gli attori del sistema che si sono ritrovati a rivestire nuovi ruoli e nuove relazioni.

Da un lato un'utenza chiamata alla scelta necessita di essere edotta su aspetti che prima non la vedevano più di tanto coinvolta: in prima battuta gli utenti si sono concentrati soprattutto sull'aspetto dei costi, ma poi sono divenuti esigenti anche sulle regole per la composizione dei progetti, sui tempi di attivazione degli interventi e sulle caratteristiche del personale inviato; operatori sociali e fornitori si sono dunque trovati ad agire concretamente negoziazioni a cui non erano abituati e ad essere sottoposti a controlli precedentemente non agiti. Insomma l'utente si sta davvero trasformando progressivamente in cliente con la conseguente necessità che il sistema diventi più "competente", più capace di spiegare le proprie ragioni e le proprie regole.

D'altro canto anche il rapporto tra il servizio pubblico e i fornitori è mutato non essendo più quello tipico della committenza, mentre non si sono ancora sviluppati sufficientemente sistemi di partnership reale; il sistema prevede in proposito due importanti regole:

- deve essere garantita la partecipazione alla progettazione individualizzata da parte del fornitore e ciò si esprime anche attraverso la materiale sottoscrizione da parte di quest'ultimo del Piano Assistenziale; in alcune situazioni il coinvolgimento è garantito

invece solo formalmente e consiste in una necessaria ratifica da parte del fornitore del piano già definito tra operatori del servizio sociale e utente.

- dopo la sottoscrizione del Piano, utente e fornitore possono concordare modifiche dello stesso nel limite del costo mensile con la sola esclusione del monte ore del personale con qualifica di adest/oss in esso impiegato; in alcune situazioni i fornitori hanno cercato comunque in questa fase il coinvolgimento degli operatori del servizio pubblico per supportare le proprie scelte.

In entrambi i casi pare evidente come l'interpretazione del nuovo ruolo risulti faticosa e oscilli tra atteggiamenti estremi poco equilibrati in cui alla fine nessuno degli attori recita un copione coerente dall'inizio alla fine della "rappresentazione".

Ma la novità più rilevante con la quale si è dovuto fare i conti è proprio l'introduzione nel sistema pubblico di una rilevante fetta di mercato sociale prima sviluppatosi solo nel privato. Si tratta proprio delle prestazioni degli assistenti familiari rispetto alle quali l'introduzione della formula della somministrazione di lavoro che da un lato ha registrato una consistente richiesta da parte dell'utenza (in 6 mesi si è raggiunto un monte ore settimanale di 3.000 ore di servizio) e dall'altro si è scontrata con la difficoltà di trasportare in un rapporto a tre le dinamiche proprie di una relazione tra datore di lavoro e lavoratore.

Le famiglie si aspettavano infatti che tutte le incombenze e gli intoppi che avevano quando assumevano direttamente un lavoratore con funzioni di assistente familiare (la selezione, la gestione del rapporto di lavoro e le relative incomprensioni reciproche, la necessità di sostituzione temporanea o definitiva del lavoratore) dovesse per incanto essere superato grazie all'intermediazione dell'agenzia interinale, cosa di per sé non garantita dalla semplice attività di somministrazione che non ha funzioni di organizzazione del lavoro.

Ma anche le lavoratrici tutto sommato hanno dimostrato di accettare di meno in un rapporto a tre condizioni di lavoro faticoso, spostamenti, richieste che spesso trovano più facile risposta in un rapporto diretto se non in un rapporto di lavoro nero.

La sensazione è che la lotta per l'emersione abbia in questo contesto toccato anche altri filoni oltre a quelli classici del rapporto di lavoro regolare passando anche a prendere in considerazione altri aspetti come l'adeguatezza della retribuzione, la congruità delle richieste in materia di orario e condizioni di lavoro (si pensi ad es. al rapporto di lavoro in convivenza per cui la famiglia deve garantire sistemazione idonea nell'abitazione del beneficiario), immediatamente evocati dalla "pubblicizzazione" del rapporto.

Dati 2008

Assistenza domiciliare: 5400

Assistenza familiare: 5300

Telesoccorso: 2200

Affidamenti familiari: 900

Cure familiari: 500

Pasti a domicilio: 700

Servizio Aiuto Anziani

Si tratta di un punto di riferimento cittadino per gli anziani, in particolare quelli soli, che svolge compiti di segnalazione e Primo Intervento nella rete di protezione degli anziani torinesi svolta territorialmente sia dai Servizi Sociali di base che dalle Organizzazioni di Volontariato facenti parte della Domiciliarità Leggera.

Il Servizio Aiuto Anziani è un call center cittadino che riceve le chiamate da parte degli anziani torinesi che richiedono accompagnamenti, compagnia, sostegno in quanto vittime di truffe e di violenze.

Il Servizio, nato 10 anni fa sulla specifica problematica degli anziani vittime di truffa e di violenza, si è evoluto nel tempo giungendo a rivestire un ruolo di prevenzione e tutela degli anziani in genere. E' diretto da uno psicologo individuato dalla Città ed è frutto della collaborazione con le principali associazioni di volontariato che si occupano di anziani a Torino: AUSER, ANTEAS, CROCE GIALLO AZZURRA, SEA, S.VINCENZO, che mettono a disposizione propri operatori e volontari.

I dati di 10 anni di attività: n. 1000 richieste di aiuto, n. 1200 segnalazioni di situazioni di rischio, n. 5500 informazioni offerte, n. 1000 lamentele ricevute

Ambulatorio per le demenze (UVA: Unità Valutativa Alzheimer)

L'ambulatorio per le demenze prende in cura soggetti con decadimento cognitivo da lieve a grave ed in Torino ha servito nel 2009 almeno 2800 Cittadini e le loro famiglie.

Le richieste provengono dai Medici di Medicina Generale e sempre di più su interesse e sollecitazione delle famiglie dei pazienti.

Questo dimostra che il problema è molto sentito, che la diffusione delle notizie sulla patologia è diffusa e che aumenta la preoccupazione della famiglia stessa.

L'ambulatorio si occupa della diagnosi raffinata delle varie patologie dementigene, della prescrizione dei farmaci appropriati e del sostegno ed informazione delle famiglie.

Trattasi di un percorso integrato che inserisce la persona e la sua famiglia nel percorso di continuità di cura socio-sanitario, nei suoi ambiti spaziali (ambulatorio, domiciliarietà, residenzialità).

L'ambulatorio è sostenuto dalle tre professionalità del Geriatra, del Neurologo, dello Psichiatra)

Servizi diurni per persone anziane non autosufficienti

Sono Centri Diurni che accolgono anziani non autosufficienti, in particolare anziani affetti da demenze o malattia di Alzheimer. Hanno lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

L'inserimento è disposto dall'U.V.G. che ne definisce la frequenza sulla base dei bisogni della persona e della sua famiglia.

Residenzialità per persone anziane non autosufficienti

Questo percorso si avvale di strutture residenziali socio-sanitarie che rappresentano la risposta territoriale a situazioni di bisogno sanitario e assistenziale di persone anziane non autosufficienti che, per motivi diversi, non possono essere assistite a domicilio.

Sono autorizzate al funzionamento come R.A.F. (Residenze Assistenziali Flessibili) e come R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali).

Erogano interventi flessibili ed adattabili alle specifiche situazioni, organizzati in tre fasce d'intensità assistenziale (bassa, media e alta). Le fasce d'intensità assistenziale sono individuate prendendo in esame sia l'intensità terapeutica e/o riabilitativa dell'intervento, per mantenere l'autonomia funzionale residua della persona, sia l'intensità socio - assistenziale dell'intervento per mantenere o migliorare la sua vita sociale e relazionale.

- La fascia assistenziale a bassa intensità è rivolta ad anziani parzialmente non autosufficienti nella deambulazione e/o nell'uso degli ausili, con moderata compromissione cognitiva (stati di confusione, irrequietezza) senza disturbi del comportamento. In questa fascia il livello d'intervento previsto è quello base.

- La fascia assistenziale a media intensità è rivolta ad anziani con una compromissione motoria e/o cognitiva di media gravità, senza disturbi del comportamento. I livelli d'intervento previsti sono quello base e quello incrementato.

- La fascia assistenziale ad alta intensità è rivolta ad anziani con un elevato livello di non autosufficienza, con compromissioni cliniche e terapie complesse. I livelli d'intervento previsti sono quello base e quello incrementato.

I progetti relativi agli interventi di livello base si sviluppano, in linea generale, in un periodo di tempo medio - lungo e sono periodicamente rivisti ed adeguati in base all'evolvere dei bisogni sanitari e sociali della persona.

Progetto “RING – TransferRING Supports for Caregivers”

Programma Leonardo da Vinci 2007/2013 - Trasferimento dell'Innovazione (TOI)

La demenza è uno dei problemi maggiori per la salute pubblica e per i sistemi di welfare del XXI secolo: 5,4 milioni di persone attualmente soffrono di demenza in Europa (Alzheimer Europe). Si stima che circa il 70% delle persone con Alzheimer siano curate in casa da un familiare che spende più di 10 ore al giorno per 365 giorni l'anno per l'assistenza al proprio caro.

Come già osservato da numerosi studi l'attività di sostegno e cura ad anziani fragili, in particolare se affetti da demenza, se non adeguatamente supportata può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita e della salute mentale e fisica del caregiver principalmente coinvolto, un familiare o un'assistente familiare, spesso straniera, che sperimenta elevati livelli di tensione emotiva e psicologica, fino a diventare a sua volta una “seconda vittima” delle patologie invalidanti che colpiscono la persona con demenza, ed in quanto tale a sua volta bisognoso di assistenza.

Le lavoratrici migranti che prestano assistenza si prendono cura della persona fragile, ma vanno incontro a tutti i rischi per la salute mentale e fisica tipici del caregiver. Pertanto una maggiore e mirata formazione ai caregiver significa promozione della salute, miglioramento del benessere e minori costi socio-sanitari. Significa sviluppare le competenze, capacità e conoscenze dei formatori per ribaltarle sulle persone in formazione, creando un respiro circolare che avvolge anche le persone dementi da assistere.

La Città di Torino, è da anni impegnata sulla formazione di lavoratrici e lavoratori, di cui molte/i straniere/i nell'ambito dell'assistenza familiare, e nel 2008 ha promosso il

progetto “Lapis – tracce formative per l’invecchiamento sano”, creando un vasto partenariato locale e nazionale. Da quest’ultima iniziativa è sorto un tavolo nazionale, che ha coinvolto una variegata partnership tesa a rafforzare l’apprendimento reciproco, la cooperazione e lo scambio di esperienze sui supporti formativi e didattici per la figura professionale del caregiver (in particolare persone immigrate e lavoratori poco qualificati).

Destinatari diretti del progetto sono caregiver formali e informali (assistenti familiari, operatori sanitari, familiari...). Destinatari indiretti sono: professori universitari, psicologi, pedagogisti, medici e formatori che operano in campo socio-sanitario nell’ambito della formazione dei caregivers di persone affette da demenza.

Il progetto “Ring” nasce dal percorso sopra descritto e intende trasferire e adattare:

- 1) il programma formativo psico-educazionale della Fondazione Ingema (San Sebastian) utile a rafforzare le competenze comunicative e comportamentali dei caregiver in formazione iniziale o permanente;
- 2) il libretto delle “Cure Palliative alla fine della vita” della Fondazione Sospiro (Cremona)
- 3) il DVD con frammenti di filmati sulla relazione d’aiuto del Centro Maderna (Stresa).

Il progetto prevede a livello europeo l’accorpamento dei tre suddetti prodotti in un unico “KIT-RING”, la sperimentazione e validazione a livello europeo e nazionale ed il loro trasferimento e validazione tramite adeguato adattamento linguistico e culturale.

L’intero pacchetto formativo può prevedere il suo utilizzo anche in altri ambiti, nello specifico per chi presta cura a persone disabili, malati mentali o persone con malattie croniche.

Sulla base di quanto evidenziato il partenariato locale, nazionale ed europeo svolgerà attività di cooperazione e scambio sul tema al fine di raggiungere i seguenti obiettivi :

- promuovere sempre più la formazione dei caregiver con moduli didattici innovativi scambiando, validando e testando i prodotti;
- analizzare l’aspetto formativo anche riguardo al supporto per la costruzione e l’avvio di gruppi di auto aiuto comprese le problematiche logistiche a questi collegate;
- rafforzare il collegamento tra formazione e miglioramento delle condizioni di vita, di benessere e lavorative per il caregivers e di migliore relazione d’aiuto per le persone dementi. Lavorare verso la coesione sociale (inclusione economica e sociale di migranti).

Il lavoro sarà realizzato entro il 2011 e si svolgerà attraverso un confronto costante con momenti di incontro a distanza (utilizzo del sito internet appositamente creato), di workshop, di seminari con i partner nazionali e europei per consentire la diffusione dei prodotti, la presentazione alle persone “in formazione”, compresi gli stakeholders ed infine il loro utilizzo in modo permanente nel sistema formativo.

RING quindi come anello di congiunzione, come metodologia e luogo di incontro di esperienze da sviluppare in modo circolare, come suono e richiamo alla necessità di formazione adeguata e di sollievo.

FONTI

- Vite di qualità – Guida ai servizi socio-assistenziali per le persone anziane in Piemonte, Regione Piemonte (2009)
- Torino Città Solidale – Interventi per le persone con disabilità, Città di Torino (2009)
- Relazione Previsionale Programmatica Città di Torino (2009/2011)
- Bilancio Sociale anno 2008 ASL TO1 (2009)
- Piani strategici di Riqualificazione dell'assistenza e di Riequilibrio economico – finanziario
- CD-ROM “Banca Dati PEPS”, ASL TO1, ASL TO2, DORS, Città di Torino (2008)
- Piano Regolatore Sociale (Materiali Seminario 23 luglio 2008)
- Atto Aziendale ASL TO1
- Atto Aziendale ASL TO2
- Schede informative sui servizi presenti sui siti internet della Città di Torino – Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie “La Salute a Torino”, dell'ASL TO1, dell'ASL TO2 Nord
- Sito internet della Regione Piemonte
- Rubrica dei Presidi per Anziani – Schede dei Presidi, ASL TO1, ASL TO2, Città di Torino (2008)
- Minori e Servizi Sociali: riflessioni sull'esperienza del Comune di Torino, Città di Torino (2008)



**MODELLO TORINO: INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
STRATEGIE DI SVILUPPO, COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITÀ**



**LA COMUNICAZIONE PER L'ACCESSIBILITÀ
IL NUOVO SITO**

DALL'INFORMAZIONE DISPONIBILE ALL'INFORMAZIONE ACCESSIBILE

Claudio Foggetti (Città di Torino)

Il Modello che la città di Torino ha negli anni sperimentato e attuato si basa sulla possibilità di programmare e realizzare risposte a partire dalla lettura dei bisogni delle persone: bisogni non solo patologie o classificazioni sociali.

Risposte che vengono progettate e realizzate dall'intero tessuto sociale, quindi in integrazione tra i soggetti pubblici titolati ma con la necessaria collaborazione delle Organizzazioni senza scopo di lucro e del privato imprenditoriale in quanto attori del sistema socio sanitario cittadino.

È quindi un sistema che già da tempo realizza integrazione nella lettura e nelle risposte ma che molto deve ancora fare sotto il profilo della piena ed efficace accessibilità, per quanto possibile, a tutti i cittadini in tutte le loro possibili formazioni sociali.

Per arrivare a questo risultato è ormai inevitabile procedere verso un'integrazione dell'informazione e della comunicazione. Questo è un passaggio decisivo che presenta importanti gradi di difficoltà inversamente proporzionali all'evidenza e alla bontà dell'affermazione.

I linguaggi tecnici, scientifici, amministrativi, divulgativi devono sempre più trovare sintesi nella corretta interpretazione delle politiche della coesione sociale, della sussidiarietà, dell'affermazione del diritto alla conoscenza e all'informazione.

Un esempio è lo Sportello Unico socio sanitario, per il quale si sta lavorando in questo senso.

Non è più sufficiente un'informazione disponibile: i cittadini chiedono un'informazione accessibile, fruibile e utile.

Il lavoro realizzato nella declinazione del *Modello Torino* non si è basato sulla semplice elencazione, magari ordinata, delle informazioni sui presidi, servizi, prestazioni ma è stato organizzato per fasce d'età, bisogni, possibili percorsi e livelli dell'integrazione.

Questa scelta ha evidenziato straordinarie complessità dimostrando che analoghe difficoltà incontra il cittadino allorché si avvicina al sistema dei servizi anche perché, e lo abbiamo verificato, la quantità di informazioni sulle risorse disponibili è risultata significativa per quantità, qualità e differenziazione.

Per sostenere e rendere accessibile questo modello informativo/comunicativo è necessario:

- Integrarsi, le informazioni sui servizi vanno condivise e non solo archiviate
- Farsi sostenere da tecnologie adeguate, gli strumenti tecnologici sono disponibili a costi contenuti vanno utilizzati, intrapresi e sperimentati senza indugi.

Il Sito *La Salute a Torino* è quindi un'occasione per metter mano ad una informazione e comunicazione accessibile, orientata al cittadino a condizione che si condividano i presupposti e i vantaggi che uno strumento di questa natura comporta.

Termini come: aggiornamento, manutenzione, sviluppi tecnologici, contenuti, modalità e scelte degli strumenti presuppongono in questa sede la creazione di una rete effettiva tra tutti gli interlocutori istituzionali e non, pena l'inefficacia e il rapido decadimento del progetto.

Costruire un sito internet non è complicato, difficile è mantenerlo vitale e aderente alle necessità dei cittadini, degli operatori e delle organizzazioni.



**MODELLO TORINO: INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
STRATEGIE DI SVILUPPO, COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITÀ**



DA 0 A 17 ANNI

**LE FASI DELLA VITA
ALCUNE RAPPRESENTAZIONI
DELLE RISORSE E DELLE INNOVAZIONI**

PROGETTI DI TUTELA DEI MINORI E DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE

Orazio Pirro (ASL TO1), Carlo Romano (ASL TO2), Luciano Tosco (Città di Torino)

I Servizi Sanitari ed i Servizi Sociali sono costantemente impegnati, attraverso una quotidiana integrazione funzionale ed operativa, nel predisporre progetti ed interventi di servizi alle persone. Il concetto di salute pone bene in evidenza l'interrelazione tra fattori sociali, biologici e psicologici. L'evoluzione normativa e giuridica, negli ultimi anni, pur nella distinzione delle responsabilità istituzionali, rende necessaria la realizzazione di interventi in grado di mettere in rete professionalità e risorse.

La profonda modificazione economica e socio-culturale in atto nell'area metropolitana torinese, da alcuni anni comporta fenomeni di **frammentazione del tessuto sociale** sia a livello di relazioni interpersonali che di reti di solidarietà tali da comportare un aumento dei bisogni e della relativa domanda **con particolari ripercussione sui minori**.

I percorsi di accesso previsti contemplano l'attivazione delle prestazioni **a favore di persone minori disabili e con situazioni psicosociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10), a seguito della progettazione congiunta dei servizi sociali e sanitari territoriali mediante l'UVM.**

L'emergere di nuovi bisogni richiede l'individuazione di metodologie di presa in carico e di programmi socio-sanitari di **intervento specifici** anche con **carattere di innovazione e sperimentazione**. Ciò ha portato gli operatori dei **servizi socio-sanitari dell'età evolutiva** a sviluppare più efficaci sistemi di comunicazione interistituzionale e di programmazione congiunta di percorsi clinico-assistenziali che i devono adattarsi ai bisogni espressi da queste situazioni soprattutto sotto il profilo della flessibilità e dell'appropriatezza.

Da questa concertazione sono emersi progetti di tutela dei minori e di sostegno alle famiglie attraverso i **PPM** (Progetti Preventivi Mirati), i **progetti di accompagnamento** alle dimissioni dalle comunità per minori onde evitare brusche interruzioni relazionali ed irrobustire e sostenere i rientri in famiglia, i **progetti atipici** con particolare declinazioni di modularità e **iperflessibilità ed adattabilità personalizzata**.

Infine, con i **Sostegni Educativi-Riabilitativi (SER** per minori con **Disturbi del Comportamento e con Disturbi Pervasivi dello Sviluppo)**, **attraverso** interventi tempestivi, temporanei, mirati, intensi per evitare gli inserimenti in comunità e favorire le dimissioni si intende potenziare e integrare gli attuali interventi attraverso **maggior sostegno alla genitorialità**, il che comporta un cambiamento culturale nell'approccio ma anche l'elaborazione e l'acquisizione di competenze e strumenti specifici; di interventi mirati condotti per un tempo limitato e nei momenti cruciali di cambiamento e/o di crisi, alternati o seguiti da supporti con carattere di mantenimento.

In definitiva, il ventaglio delle proposte di sostegni territoriali mirati, che si vanno successivamente a definire, consente di attuare quelle funzioni di "Sistema" che sviluppano sinergie, processi di relazione e integrazione fra gli interventi e fra i soggetti che li agiscono.

Nell'ambito del modello di Distretto delineato nel PSSR 2007-2010 della Regione Piemonte, il Distretto socio-sanitario ha la responsabilità della tutela della salute della popolazione afferente e del controllo e della valutazione dell'erogazione delle prestazioni delle strutture di produzione situate nel territorio ed inserite nei Dipartimenti trasversali territoriali o ospedaliero-territoriali, strutturali o funzionali, oltre che dei rapporti con gli Enti Gestori dei Servizi Socio-Assistenziali.

In questo senso il Distretto svolge la funzione di esplicitatore della concertazione tra i Dipartimenti del territorio; la tutela della salute senza controllo sull'erogazione delle prestazioni è destinata da un lato a rimanere priva di vera efficacia operativa, dall'altro a risolversi nell'autoreferenzialità di chi la prestazione appunto fornisce.

Esempio del rapporto tra Distretto e Dipartimenti trasversali è quello con il Dipartimento Materno-Infantile e con le Strutture Complesse ad esso afferenti, come la Struttura Consultori Familiari e Pediatrici dell'ASL TO2.

Il Progetto "Centro per le relazioni e le famiglie", di cui alla deliberazione della Giunta Comunale 2591/019 del 5/5/09 include tutte le realtà distrettuali delle ASL torinesi e integra in un unico intervento anche le risorse per la sperimentazione di iniziative per il potenziamento di Centri per le Famiglie (di cui alla DGR 36-9656 del 22/9/08).

Le risorse possono essere impiegate per il potenziamento di progetti specifici socio-sanitari e sanitari.



**MODELLO TORINO: INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
STRATEGIE DI SVILUPPO, COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITÀ**



DA 18 A 64 ANNI

**LE FASI DELLA VITA
ALCUNE RAPPRESENTAZIONI
DELLE RISORSE E DELLE INNOVAZIONI**

GLI ADULTI FRAGILI E MULTIPROBLEMATICI

Luigi Tivolaccini (ASL TO1), Elvezio Pirfo (ASL TO2), Dolores Spessa (Città di Torino)

Molti interventi delle ASL e dei Servizi Sociali hanno significative ricadute sulla salute ed offrono prestazioni che garantiscono le diverse specificità, non sempre efficaci nell'ambito degli adulti multiproblematici, in cui coesistono sovrapposizioni e interazioni che possono ingenerare conflitti di attribuzione, ridondanze o assenze di interventi, dispersioni di risorse.

Per il superamento di tali criticità e frammentazioni sono quindi necessarie cornici comuni e concrete collaborazioni tra i due comparti. Il primo esempio di integrazione sociosanitaria in tale ambito è l'Ambulatorio socio sanitario di v. Sacchi 47, realizzato nel 1999, coordinato dal Comune di Torino e gestito da una Cooperativa Sociale, dalla Guardia Medica dell'ASL TO 1, in collaborazione con la CRI ed il volontariato; l'Ambulatorio svolge funzioni di prevenzione, cura, educazione sanitaria, ascolto e invio ai servizi.

L'integrazione tra il Comune ed i Servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASL TO1 è stata ampliata negli interventi a favore di cittadini in condizioni di esclusione, nel 2005 con il Progetto SISTEMA e nel 2009 con il progetto LIMEN cui partecipa anche l'ASL TO2.

Nell'ambito della salute mentale l'ASL TO2 e il Comune hanno definito un approccio integrato per il sostegno ai cittadini in condizioni di fragilità e marginalità, istituendo un Gruppo di Progetto tra i quali vi è la presa in carico, l'attivazione di risorse comuni e la qualificazione della spesa per il paziente multiproblematico.

La Regione ha legittimato l'iniziativa, riconoscendo in particolare l'innovatività e la sperimentality della valutazione integrata nell'ambito dell'Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Fragilità, quale luogo di incontro istituzionale per la valutazione di casi comuni.

Ancora, nell'ambito del protocollo stipulato nel 2009 con l'ASL TO2, il Comune metterà a disposizione del Dipartimento di Salute Mentale *Giulio Maccacaro* alcuni locali della Casa di accoglienza di V. Marsigli, 12 per un progetto di accoglienza integrata di alcuni ospiti in carico a tale Dipartimento.

Nell'ambito degli interventi a favore delle fragilità e per la realizzazione dei relativi progetti di autonomia, il Comune ha previsto che possano accedere alle proprie strutture abitative anche i cittadini seguiti esclusivamente dai servizi sanitari specialistici (DSM e SERT), nonché i cittadini seguiti congiuntamente dai Servizi Sociali e da quelli sanitari specialistici.

INTERVENIRE SULLE BARRIERE PER FAVORIRE L'AUTONOMIA

Giovanni Pietragalla (ASL TO1), Carlo Pontillo (ASL TO2), Maurizio Pia (Città di Torino)

Con l'emanazione della legge 104/92 il legislatore ha introdotto, nel panorama giuridico italiano ed europeo, un cambiamento dottrinale e metodologico nella organizzazione delle risposte istituzionali ai bisogni delle persone con disabilità.

La novità è rappresentata dall'atteggiamento di non considerare il disabile come soggetto con ridotta capacità funzionale, ma di verificare le capacità reali nel contesto di vita del disabile, intervenendo sulle "barriere" per **eliminare o ridurre le condizioni di disabilità favorendo le condizioni di autonomia.**

La legge 328/2000 imponendo l'integrazione degli Enti, istituzionalmente preposti a dare risposte ai bisogni delle persone disabili, ha determinato le condizioni operative che hanno consentito al Comune di Torino ed alle ASL TO 1 e TO 2 di porre in essere sinergie e risorse da cui è nato il "Modello Torino".

In questo quadro, il sistema di welfare socio sanitario cittadino fornisce risposte personalizzate, integrate e flessibili ai bisogni delle persone con disabilità con il coinvolgimento del comune, delle aziende sanitarie e della comunità locale (famiglie, organismi non profit, associazioni, cooperative, imprese), secondo i principi di sussidiarietà, libertà di scelta e solidarietà.

Uno degli assi portanti di questo sistema è garantire il sostegno e la promozione delle scelte e dei progetti di vita delle persone mediante la definizione di percorsi assistenziali dinamici e flessibili e di progettualità personalizzate non riconducibili a meri aspetti quantitativi di garanzie prestazionali.

Obiettivo prioritario delle politiche di sostegno alle persone con disabilità ed alle loro famiglie è garantire progetti socio sanitari integrati di sostegno domiciliare che si fondino su una vasta gamma di servizi e prestazioni:

- centri diurni con adeguate fasce orarie
- assistenza socio educativa riabilitativa territoriale
- servizi di tregua e sollievo
- assistenza domiciliare (O.S.S. e assistenti familiari) tramite assegni di cura o buoni servizio per l'acquisto presso fornitori accreditati
- riconoscimento del ruolo di volontari/affidatari, anche attraverso contributi e riconoscimento del volontariato intrafamiliare
- sperimentare percorsi propedeutici alla vita indipendente

I programmi per il "dopo di noi" devono essere costruiti con l'apporto delle associazioni per affrontare e garantire:

- forme di avvicinamento alla residenzialità
- offerta prioritaria di presidi a carattere comunitario di tipo familiare
- organizzazione e creazione di climi familiari anche nelle strutture a maggior intensità di prestazione e protezione sanitaria
- sperimentazione di nuove partnership pubblico/privato e forme gestionali innovative.



**MODELLO TORINO: INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
STRATEGIE DI SVILUPPO, COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITÀ**



over 65 ANNI

**LE FASI DELLA VITA
ALCUNE RAPPRESENTAZIONI
DELLE RISORSE E DELLE INNOVAZIONI**

LUNGOASSISTENZA PERSONE ANZIANE

Bernardino Tartaglia (ASL TO1), Daniela Bodda ASL TO2), Marina Merana (Città di Torino)

Il Servizio di Lungoassistenza domiciliare a Torino, ha sviluppato negli ultimi 3 anni un considerevole incremento quantitativo e un approccio metodologico e gestionale totalmente nuovo. Infatti, dal maggio 2006, in virtù dell'Accordo di Programma tra il Comune di Torino e le due A.S.L. Torinesi, i servizi per la cronicità resi al domicilio sono organizzati secondo fasi di valutazione, progettazione e gestione totalmente integrate in termini socio-sanitari.

L'assistenza domiciliare rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza e costituisce per la popolazione anziana una risorsa flessibile e personalizzata che, in termini di appropriatezza culturale e tecnica si identifica come primo progetto percorribile al momento della riconosciuta condizione di non-autosufficienza.

Questa offerta ha ridotto la pressione delle famiglie verso un progetto di residenzialità, con conseguente sensibile diminuzione delle liste di attesa e minor ricorso ai ricoveri ripetuti.

Il progetto formulato dalla U.V.G. si traduce in un piano di assistenza individualizzato (P.A.I.) modulato sulla base dell'intensità del bisogno e si caratterizza per flessibilità e duttilità degli interventi che compongono il progetto in termini quantitativi, qualitativi e temporali.

Il nuovo sistema ridefinisce gli attori dell'assistenza: riconosce il ruolo attivo delle famiglie, promuove l'affidamento diurno, specifica i compiti dei diversi operatori professionali, sincronizza l'intervento dei servizi pubblici con quello delle imprese sociali.

Gestire la domiciliarità in forma integrata significa individuare criteri di priorità correlando la debolezza socio-economica al grado di limitazione dell'autonomia.

La persona malata e la famiglia si trovano al centro del sistema dei servizi: da destinatari diventano protagonisti del progetto all'interno del quale possono scegliere il fornitore, negoziare, controllare costi e prestazioni.

CRONICITA' PERSONE ANZIANE

Luigi Maria Pernigotti (ASL TO1), Pietro Landra (ASL TO2), Antonietta Gaeta (Città di Torino)

GERIATRIA E RETE DEI SERVIZI PER LA CRONICITA'

La Scuola Geriatrica Torinese ha disegnato esperienze pioneristiche nell'organizzazione della Tutela della Salute degli Anziani: Ospedalizzazione a Domicilio, Scienza dell'Assistenza e Profilo Infermieristico Geriatrico, Valutazione Multidimensionale nella Cartella per l'Unità Valutativa Geriatrica (UVG), multiprofessionalità nell'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), nuove tecniche assistenziali nell'Unità Geriatrica per Acuti, nei Nuclei e Centri Diurni Alzheimer.

Si è concretizzato nella Città un rinnovamento culturale della Geriatria e della sua congiunzione alla Medicina di Famiglia. La centralità attuale è posta in un passaggio dalla gestione del "caso di malattia" tra diversi servizi alla presa in cura "della persona malata" da parte di un servizio, con valenze multi-assistenziali sotto unica responsabilità ospedale-territorio.

Questa chiave di lettura recepisce i segni dei cambiamenti di una realtà con molti elementi positivi, ma anche problematici: crescita della speranza di vita e contrazione della morbilità invalidante, numero sempre più ampio di grandi vecchi, interventi più numerosi e predominanti in situazioni di cronicità, aggravante i disagi delle criticità socioeconomiche emergenti.

Non è l'età che definisce il campo di azione, ma l'applicazione di una cultura specifica che abbraccia tutte le aree di compromissione delle persone vulnerabili, parte limitata della popolazione e degli anziani, ma molto numerosa.

Le ASL affrontano il nuovo corso con due principi di innovativa organizzazione: la **rete dei servizi per la cronicità** e lo **sviluppo dipartimentale** delle responsabilità di cura delle cronicità nei **Dipartimenti di Salute per l'Anziano e di Lungoassistenza**.

Loro peculiarità è l'**Integrazione** tra strutture di ospedali e di territorio, polispecialistiche e congiunte con la Medicina di Famiglia, con i **Servizi Sociali della Città** nel progetto di percorsi, ospedalieri, domiciliari, semiresidenziali, residenziali.

L'applicazione del sistema, tecniche di cura allargate alla salute dei familiari, collegamenti alle competenze della Neurologia, hanno definito la specificità del percorso per la cura del comportamento delle persone con Declino Cognitivo e Demenza per le quali la fruibilità della Rete dei Servizi aumenta la partecipazione sociale dei pazienti, è coerente al beneficio di una ridotta necessità di ospedale.

Più efficienza del sistema si prospetta nell'avanzato progetto di dotare la rete di **Sportello Unico**.

L'R.S.A. NEI PERCORSI DI CONTINUITA' DI CURE

Già nel 1994 la D.G.R. 41 prevedeva che le R.S.A. potessero essere sede di letti adibiti a "dimissioni protette" dagli ospedali.

Sulla scorta di importanti esperienze a livello regionale, soprattutto nel Comune di Torino, ove da tempo era radicata una cultura geriatrica, vedeva la luce nel 2005 la D.G.R. 72 che imponeva alle ASL la creazione di percorsi di deospedalizzazione per anziani non autosufficienti, sia verso il domicilio che verso le Residenze.

La possibilità di assicurare incrementi prestazionali ha permesso di accogliere nelle R.S.A. anche pazienti non del tutto stabilizzati.

Grazie alle "Centrali operative" per la continuità assistenziale ed al filtro della componente sanitaria dell'Unità Valutativa Geriatrica, con l'ausilio di quella sociale nelle situazioni di assenza o precarietà della rete familiare, è stato possibile identificare i pazienti che maggiormente potevano fruire del soggiorno in dimissione protetta.

A Torino nel 2009 in 140 posti letto adibiti a dimissione protetta sono transitati circa 1300 pazienti. Il risultato è una diminuzione del tempo medio di degenza in ospedale e la riduzione di ricoveri "impropri", infatti il reclutamento avviene anche nei pronto soccorsi (20% nella nostra statistica).

Inoltre rispetto all'invio in Casa di cura, il ricovero in Residenza: - non allontana il vecchio da Torino, - favorisce il ritorno a casa, - costa di meno.

In più, per gli operatori delle Residenze, permette di vivere il proprio luogo di lavoro non più come "muro" ma come "ponte".

RESIDENZIALITÀ

In Torino la presenza di anziani ultrasessantacinquenni al 31.12.09, si attesta su 217.377 persone, pari al 23,92% della popolazione totale; gli ultrasessantacinquenni sono 107.449 pari all'11,8% della popolazione totale.

Si tratta di un universo variegato per aspirazioni e prospettive di vita, che spaziano da esigenze partecipative a bisogni di protezione e cura. In particolare i bisogni di cura comportano, come è già stato esplicitato in questa sede, una domanda crescente di servizi per la cronicità, da soddisfare sviluppando una rete connotata da una forte integrazione socio-sanitaria.

Il concetto di rete richiama una serie complessa di interventi in grado comporre la risposta più appropriata per ogni situazione. All'interno del ventaglio di servizi chiamati a rispondere in termini di appropriatezza, vi è la residenzialità, destinata a soddisfare il bisogno di una certa quota di anziani (prevalentemente grandi anziani) che non possono (o non possono più) giovare per complesse ragioni, degli interventi domiciliari. A fronte di ciò si evidenzia la necessità di irrobustire la disponibilità già cospicua di posti letto per anziani non autosufficienti in Città (2434 posti di cui 1556 Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.) e 878 Residenze assistenziali flessibili (R.A.F.)), per limitare il più possibile il ricorso a strutture extracittadine. In questa direzione il Comune e le A.S.L. To 1 e To2 condividono l'obiettivo individuato dal Piano Socio Sanitario 2007/10 di incrementare la disponibilità di posti letto per anziani non autosufficienti in ragione di n.2 p.l. ogni 100 ultrasessantacinquenni.

L'anno 2009 è stato caratterizzato da azioni propulsive che hanno permesso di avvicinarsi a tale obiettivo con incremento di posti letto nel breve e medio periodo per un totale di 858 posti.

In particolare:

- sono stati formalizzati gli atti per la concessione della struttura di proprietà comunale "Casa Serena" e si prevede la disponibilità aggiuntiva di circa 160 p.l. + n.10 p.l. in R.A., in parte già fruibili entro l'estate 2010;
- è stato realizzato il passaggio di titolarità delle strutture Carlo Alberto e Maria Bricca, all'A.S.L. TO2 e dell'IRV – Casa Protetta all'A.O.U. S. Giovanni Battista di Torino, aprendo un percorso di incremento dei posti letto per la continuità assistenziale;
- saranno avviati i lavori del II lotto del Carlo Alberto per la realizzazione di ulteriori 80 p.l. nel I trimestre 2010;
- è attiva la convenzione tra l'IPAB Opera Pia Lotteri e l'ASL TO1 che permette l'utilizzo 50 p.l. di nuova autorizzazione e loro accreditamento;
- sono state espletate, le procedure di concessione per la costruzione e/o ristrutturazione di nuove residenze:
 6. Villa Primule 120 p.l.
 7. futura residenza di via Mongrando 120 p.l. R.S.A. + 60 R.A.F.
 8. futura residenza in via Torre Pellice 120 p.l. R.S.A. + 60 R.A.F.
 9. permuta di terreno di proprietà comunale con privato area Benevento nuovi 120 p.l.;

Si verificherà la possibilità, ove è possibile e ove vi siano spazi di cooperazione tra pubblico e privato, di trasformare una parte dei posti letto in Residenza assistenziale (R.A.) presenti nel Comune di Torino in posti letto destinati ad anziani in bassa intensità assistenziale.

In relazione all'attività di privati, si prevede un ulteriore incremento di circa 350 posti letto dislocati in aree diverse della Città.

Per ciò che riguarda gli anziani autosufficienti si evidenzia un nuovo fronte le cui esigenze richiedono approfondimenti e soluzioni innovative. Si tratta di soggetti che per effetto di pregresse fragilità psico-fisiche e sociali non sono in grado di recuperare equilibri precari messi a dura prova da accadimenti di vario tipo ed anche dall'impoverimento che ha colpito gli strati meno robusti dei cittadini. Anche in questo caso è richiesta una forte integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo di cooperazione tra pubblico e privato.