# 3. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Le modifiche al Titolo V della Costituzione hanno sostanzialmente cambiato il sistema delle responsabilità in ordine all'assistenza sanitaria e sociale, responsabilizzando fortemente il livello regionale e locale nella garanzia dei diritti di cittadinanza.

Per costruire una visione organica dell'intera materia, mettendo in relazione la programmazione regionale e le priorità locali e permettendo che effettivamente le scelte locali affrontino in modo integrato i fattori sanitari e sociali della salute, la L. 328/2000, Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e servizi sociali, ha individuato nel Piano di Zona lo strumento di collegamento istituzionale e di forte integrazione tra soggetti pubblici e privati e tra servizi sociali e sanitari.

L'articolo 19, in particolare, richiama la necessità di coerenza tra la programmazione sociale e quella sanitaria all'interno dei Piani, procedendo alla costruzione di "sistemi locali di intervento" basati sulla complementarietà degli interventi sanitari e sociali e sul coordinamento nel territorio delle attività di enti e organismi che hanno competenze o realizzano iniziative in questi settori.

L'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio assistenziali è uno dei temi essenziali di ogni politica sociale. Si tratta di un tema storicamente complesso che non ha ancora trovato soluzione definitiva, al di là di ottimi esempi di collaborazione e lavoro integrato che hanno prodotto significativi risultati, in ordine sia ai diversi assetti istituzionali dei due comparti sia ad alcuni nodi critici (tra i quali la differenza di dimensione finanziaria tra sanità ed assistenza, l'impostazione manageriale delle Aziende Sanitarie informata all'efficienza produttiva ed alla competitività, che mal si concilia con il fronte del "bisogno socio sanitario" che non prevede, tranne che in rarissime situazioni, un soddisfacimento compiuto e, conseguentemente, la chiusura della "presa in carico").

Da un punto di vista culturale la separazione tra sociale e sanitario, che esiste soprattutto nel modus operandi di chi lavora e che è stata favorita da una applicazione restrittiva delle leggi di riforma a partire dal 1992 (D.Lgs 502/'92 e D.Lgs 517/1993), risulta artificiosa. Tale separazione ha inoltre indotto la convinzione di una presunta superiorità del sanitario sul sociale per la sua maggiore "competenza tecnica", competenza che, accanto alla capacità relazionale, necessita in realtà in entrambi i campi.

Il modello unidimensionale sanitario di tutela della salute, vittorioso nel secolo XIX sulle malattie acute specie infettive e parassitologiche, manifesta profondi segni di crisi per diversi fattori, che ripropongono la necessità di rilanciare il tema dell'integrazione socio sanitaria:

1) l'epidemiologia delle patologie croniche, che si è sviluppata principalmente nella seconda metà di questo secolo come risposta all'invecchiamento progressivo della popolazione. La tendenza demografica attualmente in atto nella nostra città mostra, oltre che in senso assoluto, un aumento degli anziani anche in senso relativo, legato al declino dei segmenti più giovani. Si tratta di un fenomeno demografico che ha importanti ripercussioni nel settore sociale e sanitario. Se da una parte l'invecchiamento della popolazione è la manifestazione di un trionfo dello sviluppo sociale e della sanità pubblica, dall'altra può diventare, se non accompagnato da adeguati interventi, un problema difficilmente sostenibile dalla società contemporanea. L'aumento delle malattie croniche, che inevitabilmente accompagna l'invecchiamento di una popolazione, comporta infatti una crescente domanda di assistenza continuativa e la necessità di approfondire le conoscenze correnti sulla frequenza e distribuzione di queste condizioni, al fine di pianificare adeguati interventi di controllo, sia in termini di prevenzione che di trattamento.
2) L'introduzione dei LEA sanitari (D.P.C.M 29.11.2001) e la mancanza dei LIVEAS fanno sorgere il problema della esigibilità delle prestazioni sanitarie e sociali che è divenuto un aspetto centrale nel dibattito dottrinario. È particolarmente rilevante pertanto la volontà regionale di aprire un confronto per l'avvio del percorso tecnico atto all'elaborazione di una proposta operativa per l'applicazione dell'atto normativo.

La traduzione operativa di un sistema atto ad affrontare i bisogni complessi, che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti, trova nell'integrazione tra comparto sanitario e sociale il fondamento per affrontare l'ampliamento dell'area di utenza connotata da cronicità e da un progressivo aggravamento delle condizioni di non autosufficienza.

Le trasformazioni demografiche e socio-economiche, fattori caratterizzanti l'attuale scenario, presentano in ambito torinese le peculiarità rilevate dalla relazione "Torino, risorse e problemi di salute" realizzata dal servizio epidemiologico regionale quale strumento conoscitivo a supporto dell'azione programmatoria.

In estrema sintesi Torino deve affrontare:

- il fenomeno di invecchiamento della popolazione più accentuato che nel resto del territorio regionale (indice di vecchiaia più alto del 60% di quel-

lo della cintura e dell'11% di quello regionale, peraltro fortemente influenzato da quello torinese);

- una significativa e costante crescita della domanda di persone con gravi disabilità permanenti, anche sopraggiunte in età adulta, dovuta all'andamento cronico di una sempre più variegata gamma di patologie;
- la dimensione delle relazioni familiari che indicano una forte presenza di persone sole.

Ulteriori elementi di criticità propri delle grandi aree urbane, tali da aver determinato piani nazionali straordinari di riqualificazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, sono riconosciuti nella frammentazione e variabilità delle risposte assistenziali. In particolare il potenziamento di una rete integrata tra le aziende sanitarie cittadine, in termini di cooperazione interaziendale, e tra queste e la Città di Torino, persegue equità per i cittadini favorendo l'accessibilità alle risorse e l'omogeneità nei meccanismi d'offerta.

Conseguentemente tramite il rafforzamento del raccordo interistituzionale tra Aziende e Amministrazione comunale si è inteso affrontare, in termini di sistema, l'aumento della domanda di assistenza determinata da condizioni di limitata o nulla autonomia, anche legate al progressivo invecchiamento della popolazione torinese. Tale strategia programmatoria, prima traduzione operativa dello scenario legislativo nazionale ed in particolare del D.Lgs 229/'99 e della Legge 328/2000, impone di ricercare modelli multidimensionali di servizi altamente flessibili per garantire una migliore qualità di vita ed evitare il ricorso a forme di ricovero improprio.

In applicazione degli Indirizzi Programmatici espressi dalle Conferenze dei Presidenti di Circoscrizione alle AA.SS.LL. cittadine per l'anno 2002, in attuazione del Piano Esecutivo di Gestione ed in aderenza alla D.C.C. del 9 dicembre 1998 mecc. n° 9805122/19 e al vigente Regolamento per i Contratti della città, il lavoro congiunto tra comparto sanitario e socio assistenziale mira alla sistematizzazione, qualificazione e potenziamento della rete di risorse residenziali e semiresidenziali, promuovendo una pluralità di offerta a garanzia della facoltà di scelta dei cittadini nella corrispondenza con gli esiti delle competenti unità valutative (UVG, UVH).

Ciò ha visto nella fattispecie la realizzazione progressiva e sperimentale, nelle more del processo di accreditamento regionale, di un albo di prestatori di servizi socio-sanitari quale strumento atto ad individuare fattori di efficienza ed efficacia caratterizzanti modalità di gestione che consentano di rispondere adeguatamente ai bisogni espressi. La presenza di diverse fasce di complessità clinico assistenziale proprie di persone, di differenti età, con perdita di autonomia a causa di plurimenomazioni, malattie cronico degenerative, esiti post-traumatici, declino mentale con turbe del comportamento etc., richiede cure sanitarie ed assistenziali personalizzate impostate

secondo standard qualitativi flessibili in aderenza a quanto espresso nelle D.G.R. 29-29519 del 1 marzo 2000 e 230-23699 del 22 dicembre 1997.

L'Albo risulta pertanto articolato in due sezioni:

A) servizi residenziali e semiresidenziali per persone anziane parzialmente e totalmente non autosufficienti, anche contemplanti nuclei Alzheimer e patologie correlate;
B) servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità.

In questa prospettiva si intende garantire uniformità di opportunità per i cittadini torinesi anche migliorando l'informazione a supporto di maggior libertà e consapevolezza di scelta tra i servizi ricompresi nell'albo.

Da quanto su brevemente esposto, risulta evidente come l'adozione di una logica incrementale, in questa specifica area, assuma particolare rilievo e si configuri come metodologia operativa per favorire un continuo percorso programmatorio che, muovendo dai già presenti accordi e atti convenzionali, possa svilupparsi su più piani, contemplandone tempi e modi delle diverse fasi e affrontandone criticità e punti di debolezza. È necessario, quindi, lavorare per tappe nella direzione di un assetto integrato con finalità nuove, nella consapevolezza che la complessità del tema non consente una sua compiuta definizione all'interno di un unico documento.

Pertanto, a fronte di bisogni di salute che richiedono unitariamente risposte sanitarie ed azioni di protezione sociale, l'azione politica e amministrativa sottesa dal Piano affida all'ente locale l'identificazione degli obiettivi strategici di tutela dei diritti di benessere e di salute dei cittadini, da definirsi d'intesa con le ASL, le Aziende ospedaliere e le molteplici risorse della cittadinanza, ricercando le complementarietà degli interventi sanitari e sociali.

Allo stesso tempo, in un contesto macroeconomico caratterizzato da una criticità rilevante sulla spesa pubblica, le scelte del Piano di Zona individuano alcune priorità che possono rendere compatibili e sostenibili le risposte ai bisogni, sulla base delle evidenze epidemiologiche, con le risorse disponibili.

Quindi, è opportuno considerare il Piano di Zona come uno strumento attraverso il quale si può giungere a definire i percorsi per l'individuazione delle priorità di azione e delle prestazioni che richiedono l'intervento congiunto del servizio sanitario e della rete sociale esistente intorno al cittadino, anche e soprattutto al fine di individuare le principali aree di intervento e relative modalità di gestione e finanziamento, per la definizione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), ad oggi ancora in fieri.

La Città di Torino ha inteso, perciò, attraverso un processo graduale che ha coinvolto i Settori della Divisione servizi sociali, le Circoscrizioni, le ASL e gli altri attori sociali, puntare sulla programmazione partecipata per giungere alla definizione degli obiettivi strategici di tutela dei diritti di benessere e di salute dei cittadini.

Il quadro conoscitivo si è sviluppato tramite un percorso con al centro la famiglia, i minori, le persone anziane, le persone con disabilità, gli adulti in difficoltà e gli stranieri; gli obiettivi strategici di priorità sociale possono essere individuati nel valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, rafforzare i diritti dei minori, potenziare gli interventi a contrasto della povertà, sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare anziani e disabili), contrastare l'esclusione sociale e la povertà e favorire l'inserimento delle persone immigrate.

È apparso importante, inoltre, stabilire una precisa connessione e coerenza tra i processi di definizione delle politiche sociali integrate e gli Indirizzi Programmatici alle ASL che l'Amministrazione comunale annualmente è chiamata ad esprimere.

È in questa direzione che ci si muove ed orienta.

L'area torinese condivide i problemi comuni agli altri grandi centri urbani e dal momento che per il settore sanitario è stata proposta dal legislatore una logica di cooperazione e di coordinamento dell'attività intorno ad obiettivi condivisi e che l'enfasi viene posta sulla collaborazione piuttosto che sulla competizione, vi è l'esigenza di studiare modelli di integrazione e di interazione interaziendale ed interistituzionale. Il Comune di Torino intende collaborare attivamente con la Regione Piemonte alla definizione dei criteri per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nell'area torinese, all'identificazione delle modalità con cui concretizzare l'azione di coordinamento ed alla creazione dell'organismo di coordinamento di cui è prevista la costituzione quale strumento operativo determinante nell'indirizzare politiche intersettoriali ed interventi mirati.

Infatti, nel complesso processo di integrazione, occorre precisare come questo tema non riguardi soltanto i servizi sanitari e quelli sociali ma permei di sé tutti i gangli vitali dell'organizzazione sanitaria.

La prassi ha infatti posto in evidenza l'esistere di cause che ostacolano lo sviluppo di assetti e comportamenti orientati all'integrazione e che provocano effetti negativi.

Come esempi si possono citare:

- il perdurare di una cultura tecnico professionale settorializzata che, sul versante delle pratiche assistenziali, si trasferisce nel mito della specializzazione e che, sul versante organizzativo, continua a concepire un sistema centrato sui servizi a canna d'organo. L'impostazione che ne deriva produce fenomeni di sotto utilizzo delle risorse e determina risposte parziali e disarticolate a bisogni multiproblematici che richiederebbero invece interventi fortemente integrati;
- il presumere che la propria "mission" consista nel dover produrre tutta l'offerta possibile in modo tale da realizzare una condizione di sostanziale autosufficienza.

Evidentemente la centralità delle responsabilità dell'Amministrazione comunale e delle Aziende Sanitarie nella tutela degli obiettivi di salute della propria popolazione e, quindi, per l'orientamento alla salute delle politiche sanitarie e di settore, necessita di un sistema aggiornato e mirato di documentazione sullo stato di salute dei cittadini.

Esso deve saper sorvegliare le principali dimensioni della salute di rilevanza per il progetto:

- distribuzione dello stato di salute nelle sue varie accezioni;
- appropiatezza delle cure, ovvero accesso tempestivo a forme di assistenza efficaci, sicure e accettabili e loro esiti;
- soddisfazione dei cittadini, ovvero gradimento delle strutture e delle procedure dell'organizzazione sanitaria.

Esso deve saper declinare queste tre dimensioni della salute secondo le principali articolazioni della popolazione che possono mettere in evidenza differenze degne di nota e di azione correttiva:

- il territorio;
- la struttura sociale.

Esso deve saper organizzare questi dati secondo le due chiavi di lettura che più sono idonee ad assistere lo sviluppo di politiche mirate intorno ad obiettivi di salute:

- i principali determinanti della salute (e quindi le azioni che servono a contrastarli o a promuoverli);
- le principali fasce della popolazione (e quindi i settori delle istituzioni che devono essere mobilitati).

Le immagini che produce il sistema di documentazione devono includere le previsioni nel futuro, sia per corrispondere ad esigenze di aggiornamento dei dati sia per assistere i processi di scelta e programmazione proiettati negli anni a venire.

Sono questi gli obiettivi specifici del progetto Osservatorio cittadino per la salute che ha ottenuto finanziamenti ex art. 71 L. 448/98.

In quest'ottica, risulta centrale dare forte impulso al momento della programmazione, ed in particolare ad una programmazione integrata nelle responsabilità e nelle risorse, da cui discenda un'azione unitaria a livello territoriale.

In particolare, gli iIndirizzi programmatici espressi alle ASL per l'anno 2003 trovano al loro interno paragrafi dedicati all'illustrazione del quadro conoscitivo che si è sviluppato nella costruzione del Piano dei servizi sociali e degli elementi emersi in ciascuna area di intervento che, avendo implicazioni dirette sull'organizzazione dei servizi territoriali delle ASL sono da assumere, da parte delle medesime, nella programmazione annuale dell'attività.

Vengono di seguito riportati gli elementi emersi, in ciascuna area di intervento che attiene all'integrazione socio sanitaria, dall'analisi del contesto e dal confronto con gli operatori pubblici e privati svolta in occasione dei Tavoli tematici centrali e dei Tavoli circoscrizionali.

## TAVOLO FAMIGLIE

Le famiglie costituiscono interlocutori privilegiati e riferimento nella comunità locale necessario alla realizzazione delle azioni di promozione della salute. In quest'ottica, l'intervento sociale si innesta e contemporaneamente fa da cornice all'attività dei servizi educativi, sia intrecciandosi con il sistema dell'istruzione, sia costruendo e realizzando piani di intervento integrati con i servizi sanitari.

Occorre, pertanto, promuovere un'omogeneizzazione degli interventi, favorendo progetti di collaborazione in rete tra servizi sociali territoriali e Consultori familiari e coinvolgendo i pediatri di libera scelta.

Le aree di intervento prioritario di rilevanza sanitaria e socio sanitaria risultano essere:

- il sostegno alla famiglia, in particolare attraverso il potenziamento dei consultori familiari e il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta. Occorre, in particolare, che le ASL svolgano con personale qualificato le funzioni previste dalla legge: prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica a favore delle donne, dei minori, delle coppie e delle famiglie, senza richiesta di oneri finanziari straordinari a carico del fondo sociale. Prioritario risulta sia fornire un supporto alle famiglie che hanno un componente con problema (psichiatrico, di dipendenza da alcool o sostanze, ecc.) ed alle famiglie immigrate sia promuovere l'integrazione tra le varie professioni/servizi operanti nell'ambito del Dipartimento materno infantile, garantendo loro la formazione necessaria alla presa in carico delle problematiche poste dall'utenza;
- aiuto e consulenza per il disagio psichico nella famiglia;
- sostegno ai bambini disabili;
- prevenzione e recupero del disagio e delle devianze minorili.

## TAVOLO ADULTI IN DIFFICOLTÀ

Vi sono nuove forme di povertà non solo economiche ma di vera deprivazione socio-psicologica, causata soprattutto da mancanza di relazioni significative all'interno della famiglia, di relazioni sociali, amicali, di solitudine

e di isolamento; inoltre la carenza di alloggi di edilizia popolare porta molte persone ad entrare nel circuito assistenziale.

A fronte dei crescenti bisogni originati sia da dipendenze (alcool, tossicodipendenze, farmaci, fumo, gioco…) sia da difficoltà psicologiche e relazionali, si rileva l'esigenza di individuare ulteriori modalità di rapporto fra Amministrazione comunale, ASL, in particolare Guardia Medica, Ser.T. e Dipartimenti di salute mentale, Amministrazione penitenziaria, Associazioni di volontariato e Terzo Settore, al fine di migliorare i percorsi comunicativi e di creare sinergie e collaborazioni tra gli interlocutori coinvolti.

Inoltre per evitare il rischio di una scarsa razionalità nell'uso delle risorse disponibili e per una maggiore conoscenza reciproca è opportuno aumentare l'integrazione tra i servizi sociali, le istituzioni sanitarie e scolastiche e le associazioni di volontariato mettendoli in rete.

In particolare si rende opportuno offrire sostegno psicologico e relazionale ad individui, coppie e famiglie in difficoltà e supportare i nuclei al cui interno sia presente una persona con difficoltà, soprattutto per favorire la coesione familiare.

Molte famiglie inoltre necessitano di un supporto per affrontare le difficoltà educative e di gestione dei pre adolescenti ed adolescenti che presentano problematiche di natura alimentare e/o di dipendenza, o dei figli già adulti che hanno difficoltà a rendersi autonomi.

In relazione alle problematiche indotte dalla disoccupazione, si reputa necessario, accanto a progetti sociali di reinserimento al lavoro, individuare forme di accompagnamento – sostegno, anche collegate a percorsi terapeutici integrati.

## TAVOLO STRANIERI

Si rilevano difficoltà nella diffusione delle informazioni e, pertanto, una delle soluzioni prospettate riguarda l'affidamento del problema informativo al costituendo Organismo di coordinamento cittadino, che potrebbe, in particolare, occuparsi dell'implementazione e sviluppo del servizio di interpretariato linguistico culturale in ambito sanitario.

Da considerare le problematiche relative alle persone straniere temporaneamente presenti, da affrontarsi nel rispetto della legislazione vigente attraverso la stipula di accordi interistituzionali tra Comune, Regione, Provincia e ASL, che rendano possibile la messa a disposizione di prestazioni, terapie, presidi, protesi sanitarie e visite mediche domiciliari a gestanti e madri fino a sei mesi di vita del bambino, portatori di problematiche psichiatriche, soggetti con problemi di dipendenza in genere, anche nell'ottica di costruzione di progetti di rimpatrio assistito.

Si rileva, inoltre, una criticità per quanto riguarda gli interventi a favore di anziani soli, malati cronici ed invalidi, sempre stranieri temporaneamente presenti, per la quale è necessario coinvolgere anche la Questura nei possibili accordi interistituzionali.

## TAVOLO DISABILI

A fronte della necessità di disporre di servizi che permettano di ricomporre i diversi bisogni della persona disabile attraverso un progetto concertato, risulta opportuna la costruzione di procedure che prevedano un maggiore coinvolgimento degli interessati e delle famiglie nell'ambito UVH, con previsione di procedure di ricorso e trasferimento delle criticità al Tavolo cittadino Comune/ASL.

Inoltre sono necessarie facilitazioni nel rapporto con i servizi territoriali socio-sanitari con azioni da definire in relazione al tipo di disabilità; in particolare, si rilevano carenze nei servizi alle famiglie con minori disabili, che non trovano adeguati supporti soprattutto nelle emergenze.

È necessario pertanto formulare piani attuativi socio-sanitari che consentano l'utilizzo di strutture per minori, per rispondere alle richieste di residenzialità di minori gravi e gravissimi e attivare interventi di domiciliarità nei confronti dei minori disabili.

Con particolare riferimento all'attuale offerta di servizi, domiciliarità, presidi diurni, attività territoriali finalizzate all'integrazione ed allo sviluppo di abilità, si rileva importante continuare a sostenere tali tipologie di intervento.

Inoltre, a fronte dell'emergere di nuove forme di disabilità (quali patologie invalidanti gravi-gravissime) risulta necessario differenziare l'offerta di servizi per rispondere ai nuovi bisogni. In particolare, si rileva l'opportunità di attivare servizi socio-sanitari integrati, con modelli specialistici di intervento, riabilitazione e reinserimento sociale (RSA, RAF,…).

Infine, in considerazione dell'evidente bisogno di prestazioni mediche ed infermieristiche, si richiede di strutturare modelli operativi locali concertati tra Comune e ASL.

In ultimo, per monitorare i servizi e le azioni si ritiene opportuno provare ad integrare i sistemi informativi gestiti dai diversi soggetti che si occupano della stessa persona.

Per quanto riguarda le persone con patologia psichiatrica, si rileva la necessità di migliorare l'accessibilità delle informazioni. Inoltre occorre prevedere la definizione di protocolli di passaggio di presa in carico alla salute mentale dei casi già seguiti dalle Neuro psichiatrie Infantili al raggiungimento della maggiore età.

È opportuno, inoltre, creare residenze specialistiche a seconda della patologia e della gravità, integrate nella rete dei servizi socio-sanitari, sia per fornire risposte mirate alternative alla residenzialità sia per offrire momenti di sollievo alle famiglie (progetti di tregua).

## TAVOLO MINORI

A fronte dei nuovi bisogni dettati dalla diffusione trasversale del disagio che riguarda i minori in tutti gli strati sociali e dalla crescente difficoltà della famiglia nella gestione dei figli, si rende necessario un maggiore raccordo tra i servizi sanitari (NPI, Ser.T.,…) e risorse del territorio per attivare interventi tempestivi di protezione e di intervento in particolare sulle patologie relazionali.

Per quanto riguarda il sostegno e l'aiuto alle famiglie, in collaborazione con la scuola e con le ASL sono necessari interventi per il potenziamento delle capacità genitoriali, quale ad esempio la costituzione di un centro di ascolto.

È necessario favorire il rientro nella famiglia di origine, oppure l'adozione o l'affidamento, soprattutto per evitare la permanenza, oltre i tempi stabiliti dal progetto, dei minori inseriti in strutture residenziali, in particolar modo per i bambini più piccoli della fascia 0-10 anni; in primis è opportuno costruire un sistema stabile di monitoraggio sui tempi di permanenza dei minori in strutture residenziali ed attivare dei progetti di dimissioni per tutti i minori che hanno superato i periodi predefiniti.

Inoltre è auspicabile superare le logiche settoriali di intervento e realizzare una presa in carico integrata del nucleo familiare in difficoltà; in tal senso il percorso da seguire è il maggiore coordinamento tra gli operatori coinvolti, anche attraverso la co-progettazione di interventi integrati (il primo passo è il coordinamento scuole/servizi di cui sopra).

Con particolare riferimento all'attività svolta dai consultori familiari e pediatrici pubblici e privati si rileva la necessità che le ASL garantiscano con personale qualificato prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica a favore delle donne, dei minori, delle coppie e delle famiglie, perseguendo in particolare l'integrazione tra le varie professioni e servizi operanti nell'ambito del Dipartimento materno-infantile.

In relazione alla necessità del minore con disabilità grave e/o con patologie psichiatriche di essere inserito in luoghi capaci di accoglierlo, anche per brevi periodi, e/o di contenerlo in situazioni di crisi acute (soprattutto nel caso di adolescenti e preadolescenti con disturbi psichici e comportamentali) si rileva l'opportunità di realizzare delle comunità alloggio, anche con funzione di servizi di tregua, da inserirsi nella rete dei servizi sanitari, come

posti letto ospedalieri di neuropsichiatria, comunità terapeutiche e socio sanitarie integrate.

Dato che la non compiuta integrazione fra servizi sociali, educativi, la Scuola e i Servizi dell'ASL non permette di affrontare con la necessaria efficacia i problemi evidenti di bambini ed adolescenti sotto il profilo educativo, sociale e terapeutico, si ritiene opportuno perseguire un maggiore raccordo ed integrazione tra scuole/servizi sociali/NPI relativamente sia al percorso di inserimento del minore disabile sia all'intervento sul disagio dei minori non disabili.

Altre proposte di azione consistono nell'aumentare la presenza del medico scolastico e dello psicologo, nell'ampliare gli sportelli di ascolto per le consulenze psicologiche presenti in tutte le scuole, nati anche grazie a finanziamenti della Circoscrizione e con la collaborazione dell'ASL, soprattutto per evitare che le nuove forme di disagio emergenti si trasformino in disadattamento.

## TAVOLO ANZIANI

Dal momento che le persone anziane necessitano in modo particolare di interventi personalizzati, dettati da diversi bisogni e condizioni di vita, è opportuno articolare e differenziare i possibili interventi per consentire di disporre di prestazioni adattabili agli specifici bisogni e condizioni della persona, costruendo progetti individualizzati e curando il coordinamento degli interventi.

Inoltre i cittadini devono poter trovare prestazioni sanitarie analoghe nelle diverse zone della città, per cui è innanzitutto necessario garantire l'omogeneità delle prestazioni offerte dalle diverse ASL cittadine.

La priorità individuata è l'incentivo al ricorso ad interventi domiciliari rispetto a quelli residenziali, anche incrementando le esperienze di servizi domiciliari di comunità, particolarmente utili nelle aree con alta concentrazione di anziani.

Inoltre risulterebbe opportuno il potenziamento di alcuni servizi a supporto della domiciliarità, quali il telesoccorso e la teleassistenza, attualmente ancora poco utilizzati e conosciuti.

La scelta della domiciliarità per i cittadini, soprattutto cronici, che richiedono di cure sanitarie richiede l'intervento della sanità, anche dal punto di vista della compartecipazione alle spese, ed il coordinamento di tali interventi da parte delle ASL con quelli comunali e con le prestazioni offerte dal privato sociale.

Sempre nell'ambito dei servizi di cure sanitarie domiciliari, si richiede che nella fase della cronicità le prestazioni socio-sanitarie siano gratuite per

coloro che non dispongono delle necessarie risorse economiche, ottenendo una significativa compartecipazione alla spesa da parte della sanità attraverso accordi di programma con le ASL.

In relazione agli interventi sulla residenzialità e semi-residenzialità, fermo restando l'obiettivo generale di limitare il ricovero in strutture residenziali ai casi in cui non sia possibile ricorrere alla domiciliarità, si sottolinea la necessità di disporre di un numero maggiore di posti in RSA dato il numero di cittadini anziani non autosufficienti.

Il parametro minimo di posti letto proposti alla Regione è pari a 2% della popolazione ultra 65enne (per anziani cronici non autosufficienti), garantendo le relative quote sanitarie. Entro il 2003 saranno disponibili ulteriori 500 posti letto, di cui si richiede l'immediato utilizzo con copertura della quota sanitaria. In conseguenza i budget sanitario e comunale devono essere adeguati per l'integrazione della retta socio-assistenziale.

Risulta inoltre necessario verificare la congruenza nell'utilizzo delle strutture di lungodegenza e riabilitazione, in particolare per evitare che costituiscano soluzioni di ripiego per persone che necessitano di ricovero in RSA.

Dato che i ricoveri prevedono liste di attesa molto lunghi, e talvolta si rende necessaria la disponibilità di supporti che consentano il mantenimento della persona a domicilio, si reputa opportuno monitorare i dati relativi alle liste di attesa UVG e per il ricovero in residenza, costruire previsioni sull'andamento della domanda di posti liberi in struttura per non autosufficienti, potenziare le dimissioni protette a domicilio, compatibilmente con le condizioni della persona e con la disponibilità dei familiari e in ultimo garantire percorsi di continuità assistenziale (garantendo anche a Torino posti letto per la deospedalizzazione protetta di anziani non autosufficienti).