

Intervento dell'ASSESSORE Servizi Socio Educativi COMUNE di CUNEO  
Erio AMBROSINO

## L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Le modifiche al Titolo V della Costituzione hanno sostanzialmente cambiato il sistema della 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 (1) **L.R. 1/2004**, attuando le norme della Legge 328/2000, ha individuato nel Piano di Zona non solo lo (2) **strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali**, ma anche lo (3) **strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e di integrazione socio-sanitaria**. (4) **All'art. 17 – comma 5 – si parla, inoltre, di un piano di zona integrato in un quadro più generale con sanità, ambiente, istruzione, formazione, lavoro, della casa, del tempo libero, trasporti e comunicazioni.**

(5) **La Legge 328/2000 all'articolo 19**, 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, **definendo criteri di ripartizione della spesa per il raggiungimento di particolari obiettivi.**

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.

La tendenza demografica nella nostra città mostra, come ormai ovunque, (6) un aumento degli anziani (**19% al 31.12.2006**). Si tratta di un fenomeno demografico che ha importanti ripercussioni nel settore sociale e sanitario (7) (**71% 65-79 24% 80-89 5% ultra 90**) (8) (**Crescita costante negli ultimi 10 anni**) (9) (**anche negli ultra 95**) (10) (**con una netta superiorità femminile**). 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 della società contemporanea. L'aumento delle malattie croniche, che accompagna inevitabilmente l'invecchiamento della popolazione, comporta la crescente domanda di assistenza

continuativa e la necessità di approfondirne le conoscenze, sia in termini di prevenzione che di trattamento (11) (**grafico della popolazione significativo 25-29 e 65-69**).

La presenza di diverse fasce di complessità clinico assistenziale nelle persone di differenti età, con perdita di autonomia a causa di malattie cronico degenerative, esiti post-traumatici, richiede progetti personalizzati, continuità assistenziale, progettazione integrata delle risposte, valutazione degli esiti e trova nell'integrazione tra comparto sanitario e sociale, il fondamento per affrontare un progressivo aggravamento delle condizioni di non autosufficienza.

Pertanto, a fronte di bisogni di salute che richiedono unitariamente risposte sanitarie ed azioni di protezione sociale, l'azione politica e amministrativa del Piano di zona, 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, e le molteplici risorse della cittadinanza, ricercando le complementarietà degli interventi sanitari e sociali. Allo stesso tempo, in questo contesto 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, 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.

Da qui la scelta di proporre un percorso di analisi capace di coinvolgere il maggior numero di soggetti possibili nella rilevazione dei problemi percepiti all'interno dei diversi attori del contesto sociale.

L'individuazione e l'analisi dei problemi permette infatti, di valorizzare l'apporto dei diversi soggetti sociali, visti come portatori di conoscenze e, dall'altro, di collocare il percorso d'analisi all'interno delle interazioni che sul territorio si strutturano tra bisogni e risorse, diritti e doveri, cittadini ed istituzioni.

I problemi, a differenza dei bisogni, non sono fenomeni che riguardano solo i singoli soggetti, sono elementi che si determinano nelle relazioni tra soggetti; sono quindi delle costruzioni sociali che favoriscono il riconoscimento degli stati di bisogno.

La gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari implica, in primo luogo, la chiara definizione dei soggetti istituzionali chiamati a garantire i servizi ed a erogare, tramite questi, le diverse prestazioni. In tal modo potrà essere efficacemente affrontato il problema, a tutt'oggi non facilmente risolto, dell'orientamento delle azioni alle persone.

Ciò vale per quelle richieste dove risultano evidenti gli interventi socio-sanitari integrati quali ad esempio l'ambito di "post acuzie", nella continuità di cura fra ospedale e territorio, comprese le strutture intermedie di accoglienza e la presa in carico relativa alle cure domiciliari o quando trattasi di continuità assistenziale riferita

al sistema di cure primarie, e ai progetti di “lunga assistenza”, rivolti a persone con disabilità o non autosufficienti.

Ma, purtroppo, oggi evidenziamo nuove problematiche di salute, dove emergono criticità, nell’ambito delle quali si generano bisogni in cui è difficile discriminare il sociale dal sanitario e che inducono l’esistenza di aree grigie di domanda, alcune, peraltro, evidenziate anche nel nostro piano di zona:

- Adolescenti e giovani adulti (14-24 anni) con abusi di sostanze di tipo diverso e comportamenti a rischio.
- Persone con disturbi depressivi che si aggravano a causa della deprivazione, della solitudine, o per problematiche lavorative, della casa.
- Adulti con problemi di dipendenza a cui si aggiungono disturbi mentali gravi che evidenziano problemi di comportamento.
- Immigrati con aumento di prestazioni sanitarie e sociali, tenendo conto delle caratteristiche e delle peculiarità di persone con culture e modi di vita diversi che richiedono adeguate politiche di accoglienza e di integrazione.

Evidentemente accanto ai concetti di “bisogno” e “problema” giova trattare, ragionando in termini di risposta, - così come ripreso dalla bozza di piano socio-sanitario regionale - anche la questione relativa al rapporto che deve intercorrere – nel sistema integrato – tra “tutela dei diritti” e “offerta di opportunità”.

Secondo un’impostazione ormai consolidata, almeno dal punto di vista concettuale, l’attività sviluppata nell’ambito dei servizi sociali e sanitari deve essere svolta a beneficio della comunità locale nel suo complesso ed a tal fine deve concretizzarsi nella fornitura di prestazioni e servizi, gratuiti o con compartecipazione della spesa, a tutte le persone in condizioni di difficoltà personale o familiare.

Tutela dei diritti ed offerta di opportunità sono dunque gli elementi sui quali si deve incentrare l’attenzione delle istituzioni preposte alla gestione del sistema integrato.

Per facilitare una politica sociale orientata all’integrazione socio-sanitaria ed assistenziale è fondamentale capire quale ruolo potranno assumere i sindaci e quale sarà la funzione dei Distretti nel nuovo piano socio-sanitario regionale.

(12) La Legge 1/2004 all’art. 6. riconosce, in applicazione al d.lgs.502/92, **il Sindaco quale titolare delle funzioni di tutela socio sanitaria e del diritto alla salute per i suoi cittadini**. Servono certamente gli strumenti di analisi e programmazione (PEPS) ma va anche precisato come questi strumenti si possano concretamente realizzare.

Oggi i sindaci hanno lo strumento del Consorzio per amministrare le politiche socio-assistenziali. Il nuovo Distretto che si andrà a realizzare, dovrà tener conto di questa realtà, consolidata e funzionale, così come va attribuito un ruolo cogente ai sindaci nella programmazione, dotandoli di un potere amministrativo-programmatorio e di pareri vincolanti nella conferenza dei sindaci, sia ai fini dell’individuazione degli indirizzi e della definizione dei contenuti degli atti programmatori, che per quanto attiene l’adeguata gestione territoriale della salute dei cittadini.

Oltre a ciò l’obiettivo auspicato è quello della coincidenza territoriale dei Distretti sanitari con i Consorzi socio-assistenziali, al fine di migliorare i rapporti tra i soggetti competenti per l’integrazione socio-sanitaria.

Tale coincidenza non deve essere un fatto meramente organizzativo ma di assunzione di politiche comuni che si esprimono sul territorio. Pertanto l'organizzazione dell'attività distrettuale dovrà essere configurata in modo da ottimizzare l'integrazione fra le funzioni sanitarie e socio sanitarie di competenza del distretto con quelle socio-assistenziali gestite dagli enti locali.

Al distretto, e agli enti gestori devono essere attribuite risorse certe e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e, nell'ambito di quanto assegnato, agli stessi deve essere riconosciuta la necessaria autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, al fine di procedere con scelte politiche determinate dalle esigenze del territorio.

Occorre, infine, pensare di poter attivare sportelli socio-sanitari distrettuali, gestiti da operatori sociali e sanitari, che forniscano alla persona una puntuale informazione e l'orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie e sociali.

Da ultimo un cenno al nostro Piano di zona che è stato realizzato con un processo graduale ed ha coinvolto rappresentanti di Enti Gestori, dell'ASL 15, Associazioni, Volontariato, Sindacati, Patronati, Scuola, puntando sulla programmazione partecipata, per giungere alla definizione degli obiettivi strategici di tutela dei diritti di benessere e di salute dei cittadini.

(13) Il quadro conoscitivo si è sviluppato tramite un percorso con al centro **la famiglia, i minori, le persone anziane e disabili, gli adulti in difficoltà, gli stranieri e le problematiche legate alle dipendenze**. (14) Sono emerse alcune **priorità** e si sono anche evidenziate le (15) **maggiori criticità** anche in relazione alle diverse competenze.

Erio Ambrosino