



CITTA' DI TORINO

**OSSERVAZIONI  
SULLA PROPOSTA DI PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE  
2011 – 2015**

**Documento approvato in sede di**

**Conferenza Unificata Sanitaria e Socio-sanitaria dei Presidenti di Circoscrizione  
con il contributo della IV Commissione Consiliare Perm. (Sanità e Assistenza)**

## LA GOVERNANCE

Il riconoscimento della centralità della persona e il sostegno del territorio quale luogo di realizzazione e sperimentazione di politiche attive e inclusive ha guidato l'azione della Città e delle Aziende sanitarie cittadine, per costruire, insieme alla comunità locale (famiglie, organismi no profit, associazioni di tutela e di volontariato, cooperative, imprese, sindacato), non solo una rete di interventi o di singole prestazioni, ma un sistema basato sulla comunicazione e sulla collaborazione, un insieme di risorse e risposte il più possibile flessibili e personalizzate, che in una dimensione di appropriatezza potessero meglio rispondere a bisogni complessi.

In questo senso nell'elaborare osservazioni sul Piano Socio Sanitario si intende portare quale prima istanza la governance del sistema, che non è se non secondariamente premessa metodologica né affermazione procedurale, ma rappresenta il fondamento del sistema stesso, ad evitare approcci prestazionali.

I soggetti e i luoghi della programmazione sono quelli previsti dalla normativa (229/99 e s.m.i.).

Quindi, rispetto allo status quo a Torino, il riferimento rimane la L.R. 18/2007 e il regolamento approvato con D.G.R. 10-8073 del 28 gennaio 2008, che vengono modificati per quanto riguarda le competenze attribuite alla Conferenza dei Presidenti di Circostrizione relativamente al confronto sui documenti programmatici delle Aziende ospedaliere insistenti sul territorio di competenza e all'espressione di obiettivi e pareri dei Direttori Generali delle stesse. E' previsto che tali funzioni rientrino tra le competenze della Conferenza Permanente, che sarà integrata, nei casi di espressione di parere sui Direttori Generali, dal Sindaco del capoluogo di provincia<sup>1</sup> – o dai Sindaci dei capoluoghi di Provincia.

Una prima osservazione è che tale modifica sottrae alla Conferenza dei Presidenti la possibilità di agire un confronto diretto sull'attività ospedaliera, che sulla base della proposta di Piano verrà scorporata dalla componente territoriale in capo alle ASL.

Se a ciò si unisce la previsione della possibilità di costituire aziende sanitarie locali sovra provinciali – con la modifica del comma 2 dell'art. 18 della L.R. 18/2007, è evidente che anche la dimensione della programmazione locale della Conferenza dei Presidenti prevista dal 229/99 e ribadita dal disegno di legge potrà evolvere in modo significativo verso una marginalizzazione sostanziale, in quanto relegata solo a porzioni della dimensione complessiva della programmazione, di fatto solo più detenuta dalla Giunta Regionale.

Tale affermazione è suffragata anche dalla ulteriore previsione del nuovo art. 23 relativo alle aree di coordinamento sovraziendale, per funzioni – anche sanitarie – che saranno individuate dalla Giunta Regionale. Tale previsione è ripresa anche dal Piano (pag. 32), da cui ulteriormente si evince che

---

<sup>1</sup> Per la Città di Torino tale previsione non comporta variazioni rispetto alla partecipazione del Sindaco alla Conferenza Permanente, già prevista dalla legge 18/2007 (nella sua qualità di Presidente della Conferenza dei Presidenti)

dal “disegno della rete di offerta” e dalla ricerca di “sinergie sia sul fronte assistenziale sia gestionale” non è considerata alcuna forma di partecipazione con la dimensione locale della programmazione (eventualmente si prevede possano partecipare “i soggetti privati accreditati per quanto di loro interesse”). In particolare nel caso specifico della città di Torino tale considerazione, unitamente alla previsione riportata nella proposta di delibera del Consiglio Regionale n. 104 relativa all’aggregazione dei presidi ospedalieri, porta a osservare che l’attribuzione di ospedali cittadini a aziende ospedaliere della provincia e, viceversa, l’afferenza di presidi della provincia a aziende ospedaliere cittadine richiederebbe una dimensione programmatica sovra cittadina, che non trova un luogo adeguato in quanto né esauribile nella conferenza sanitaria cittadina (che si compie nel rapporto 1:1 con l’azienda sanitaria locale) né collocabile nella Conferenza Permanente con il livello di approfondimento che la complessità del tema richiederebbe.

Ne consegue l’oggettiva difficoltà in cui la Conferenza sanitaria cittadina si troverà nel poter compiutamente realizzare quanto ad essa riconosciuto dalla normativa nazionale e regionale e l’inevitabile conseguenza che tutto ciò che atterrà la programmazione della filiera dei servizi sarà di fatto ascrivibile alla Giunta Regionale, pregiudicando proprio l’ambito di confronto più proprio della Conferenza e cioè la continuità sul territorio.

Si ritiene essenziale recuperare il lavoro svolto sul territorio relativamente all’elaborazione dei Profili e Piani di salute distrettuali, dettagliati a livello circoscrizionale, che hanno composto il piano complessivo cittadino per una lettura capillare del contesto di salute, dei bisogni e delle risorse e per il riconoscimento delle specificità socio-sanitarie, al fine di individuare gli obiettivi prioritari di salute e le strategie e priorità di intervento da svilupparsi nei Piani di Zona, gli strumenti operativi della programmazione per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

Si sottolinea inoltre come la piena funzionalità della Conferenza sanitaria cittadina rispetto al proprio ruolo programmatico possa esplicarsi garantendo l’unitarietà della città di Torino.

## **I MODELLI ORGANIZZATIVI**

Una prima osservazione riguarda lo **scorporo dei presidi ospedalieri dalle aziende sanitarie di riferimento**, che desta preoccupazione in ordine alla continuità del percorso di cura oltre che in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Si rileva l'opportunità di condividere un processo complessivo di rimodulazione funzionale del sistema, in un'ottica di gestione in rete degli ospedali.

Ulteriormente, in relazione alla proposta di **revisione della rete dei presidi ospedalieri dell'area metropolitana**, e in particolare la loro afferenza alle Aziende ospedaliere di nuova costituzione - così come prefigurato in conseguenza dello scorporo dei presidi stessi dalle ASL di riferimento - la Città ribadisce la necessità di preservare l'unitarietà dell'area cittadina, a garanzia della non frammentazione della rete ospedaliera cittadina.

Si ritiene inoltre imprescindibile che vengano assicurati i **livelli di offerta assistenziale garantiti ad oggi sulla città di Torino**, pur ulteriormente qualificati in termini di appropriatezza da una più efficace allocazione delle attuali dotazioni e da un potenziamento della rete della continuità assistenziale e dei servizi territoriali, con particolare riferimento alle condizioni di cronicità e significative liste d'attesa a fronte di diritti riconosciuti ed esigibili.

**Dato che il PSSR richiederà una programmazione di dettaglio, la Città intende essere interlocutore istituzionale e la Conferenza dei Presidenti luogo di confronto sulle scelte che attengono la tutela della salute dei cittadini. Questo a ulteriore conferma della necessità di recuperare il ruolo della Conferenza anche per quanto riguarda la produzione ospedaliera.**

In relazione alla **Città della Salute**, si ribadisce la **valenza del progetto quale patrimonio comune della città e delle aziende sanitarie cittadine inserita nel più ampio contesto di Torino Città Sana**. La Città di Torino con Deliberazione n. mecc. 08002 del 13 dicembre 2011 ha rilevato che "... Per quanto attiene l'approfondimento dei temi più specifici attinenti la programmazione sanitaria, la Città di Torino condivide con tutti i firmatari del Protocollo di Intesa sottoscritto il 4 agosto 2010 l'esigenza di coordinare le previsioni di dettaglio circa le funzioni sanitarie, di ricerca e di didattica nel più complessivo quadro della revisione della rete dei presidi ospedalieri dell'area metropolitana.

In particolare si conferma la necessità di includere i soli ospedali cittadini già coinvolti nel Protocollo succitato, ovvero Molinette, Sant'Anna, Regina Margherita e C.T.O./ Maria Adelaide, riconoscendo un ruolo specifico alla Città della Salute non compatibile con l'afferenza a un hub, come previsto dalla proposta di Piano Socio Sanitario, anche a garanzia della non frammentazione della rete ospedaliera cittadina.

Si ritiene inoltre imprescindibile che vengano assicurati i livelli di offerta assistenziale garantiti ad oggi sulla città di Torino, pur ulteriormente qualificati in termini di appropriatezza da una più

efficace allocazione delle attuali dotazioni e da un potenziamento della rete della continuità assistenziale, con particolare riferimento alle condizioni di cronicità.

Tale aspetto è fondante l'eccellenza del progetto condiviso dalla Città nel succitato Protocollo, congiuntamente al ruolo strategico di ricerca sanitaria avanzata, propulsore di sviluppo tecnologico e scientifico e incubatore di aziende innovative. ...”.

Una ulteriore osservazione deriva dall'affermazione della **centralità del territorio come luogo di tutela della salute**.

Si sottolinea che Città di Torino e Aziende sanitarie cittadine hanno da anni riconosciuto nell'integrazione tra sociale e sanitario la modalità operativa per garantire l'esigibilità certa dei diritti di cittadinanza in campo sanitario e socio sanitario, l'accessibilità a percorsi assistenziali appropriati e la gestione unitaria della rete dei servizi socio sanitari, anche attraverso la presa in carico congiunta e la progettazione individualizzata.

**Si richiede quindi un potenziamento dei servizi territoriali, attraverso una puntuale programmazione dei servizi, anche individuando tassi di incidenza di attività e di risorse. In particolare, si richiede che, proprio per rendere operativa la funzione di tutela in capo alle ASL, il PSSR indichi precise modalità di allocazione delle risorse già in sede di budget, vincolando definite percentuali di risorse alle attività territoriali e ospedaliere e altresì, a garanzia dell'area socio-sanitaria, individuando la percentuale di contribuzione regionale per le quote sociali.**

Infine, un'ultima osservazione, che discende dalla precedente, è relativa alla **rete territoriale e alla continuità assistenziale**. Lavorare sulla rete, in un'ottica di sussidiarietà, implica creare condizioni di sostenibilità del sistema. A tal fine è **imprescindibile avere chiarezza dei soggetti della programmazione, dei nodi di responsabilità e dei flussi di attività, sia dall'ospedale al territorio sia sul territorio**. Ad esempio la presenza di nuovi interlocutori (ad es. i responsabili dei distretti, i medici di medicina generale e i CAP) con ruoli chiave nella filiera dei servizi, richiedono nuove modalità di interazione e confronto, che devono essere definiti affinché gli snodi cardine non diventino nei fatti gli snodi deboli del sistema. E' necessaria chiarezza relativa all'afferenza gerarchica e funzionale di questi snodi all'interno del nuovo sistema, ed è necessario presidiare tali funzioni in modo puntuale.

## **I LIVELLI DI ASSISTENZA**

### **La promozione della salute e la prevenzione**

Il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano Regionale della prevenzione, approvato con D.G.R. n. 16-13200 del 8 febbraio 2010 e successivamente aggiornato con D.G.R. n. 37-1222 del 17 dicembre 2010, sottolineano "...il ruolo strategico delle attività di promozione della salute..." e prevedono che "...le attività di prevenzione e promozione debbano essere potenziate e riorganizzate secondo modelli che consentano di identificare gli obiettivi di salute prioritari e di sviluppare interventi mirati dentro e fuori il sistema dei servizi socio sanitari. ...".

Per quanto riguarda nello specifico la promozione della salute e la prevenzione delle dipendenze, sia da sostanze sia da altre forme di dipendenza senza sostanze, la Regione Piemonte con D.G.R. n. 4 – 2205 del 22 giugno 2011 recante "Disposizioni in ordine al Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze anni 2011 – 2013" ha affermato la necessità di realizzare il Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze (denominato PARD), che dovrà vedere come prima area di intervento la prevenzione, intesa come informazione precoce, consapevolezza dei rischi per la salute e proposta di stili di vita alternativi, con particolare attenzione e impegno alle giovani generazioni e coinvolgimento di famiglie e insegnanti.

Anche alla luce di quanto dichiarato nel Piano Socio Sanitario relativamente alla promozione della salute e alla prevenzione, **si richiede di dare continuità alle progettualità che Città e Aziende Sanitarie hanno accompagnato e rafforzato, congiuntamente agli enti e organizzazioni del terzo settore, con azioni volte in particolare ai giovani.**

### **L'assistenza territoriale**

L'esperienza operativa dei Servizi Sanitari e Sociali del territorio cittadino è caratterizzata da una sostanziale condivisione di obiettivi e metodi di lavoro, pur in un contesto di parziale mancanza di indicazioni normative regionali sui LEA socio sanitari (Tutela della Salute Mentale e delle Patologie delle Dipendenze) e sanitari (Salute delle persone immigrate e Medicina Penitenziaria) mentre rispetto ad altre (Tutela della Salute della Popolazione Anziana, delle Persone con Disabilità, Area Materno-Infantile) sono state messe a punto modalità di lavoro integrate e intersettoriali.

In particolare sono stati strutturati sulla Città percorsi di presa in carico congiunta e di continuità assistenziale sulla base di una progettazione individualizzata degli interventi, rafforzando la rete di risposte riferite alla fase estensiva e di lungoassistenza (si citano ad esempio la Convenzione tra la Città di Torino e le AA.SS.LL. cittadine rivolte a persone minori, disabili e anziane non autosufficienti, il protocollo tra la Città di Torino, le AA.SS.LL. cittadine, l'A.S.O. O.I.R.M. S. Anna e l'A.S.O. Molinette sul modello operativo e percorsi di cura relativamente all'area

dell'emergenza/urgenza psichiatrica in età evolutiva, l'Accordo di Programma tra la Città di Torino e le AA.SS.LL. cittadine sull'area della domiciliarità, l'istituzione dell'albo prestatori di servizi socio-sanitari per persone disabili ed anziane non autosufficienti).

In questo contesto è necessario estendere l'approccio integrato per rispondere ai bisogni di salute espressi da soggetti in situazione di fragilità sociale e comorbilità (multiproblematicità).

Il lavoro congiunto tra Città e AA.SS.LL. ai tavoli centrali e periferici ha favorito la comunicazione e la condivisione di progetti nonché la ricerca di soluzioni in ambito socio-sanitario; le attività svolte dalle Commissioni UVM, UVH e UVG dimostrano che l'approccio interdisciplinare ha portato ad una reale progettazione da parte dei Servizi coinvolti.

Sempre più le Commissioni valutative dovranno connotarsi come luoghi progettuali per la presa in carico complessiva dei bisogni espressi dai cittadini, soprattutto quelli che in misura sempre più significativa sono portatori di problematicità multiple e complesse, con la precisa indicazione a tutti i servizi sanitari e sociali di condividere la responsabilità clinica e operativa della realizzazione del programma assistenziale approvato.

### **La salute Materno-infantile**

Nel richiamare espressamente quanto contenuto nella proposta di Piano Socio Sanitario relativamente ai dipartimenti territoriali delle aziende sanitarie, ferma restando l'autonomia aziendale, si richiama l'attenzione sul Dipartimento Materno Infantile e sul "Progetto obiettivo Materno-Infantile" nella specifica realtà territoriale di Torino. Da rilevare che ben oltre il 90% circa delle prestazioni erogate agli utenti in età evolutiva avviene a livello ambulatoriale territoriale da parte dei servizi di neuropsichiatria infantile e di questi circa il 30% sono minori disabili (fonte: sistema Informativo Regionale NPI-net anno 2009). Particolare rilievo assumono, nella realtà di Torino, le funzioni di tutela dei soggetti deboli in situazioni di abbandono, trascuratezza e deprivazione primarie, attivate su mandato della Autorità Giudiziaria. L'analisi epidemiologica (NPI-net anno 2009), permette di evidenziare che, a fronte di una situazione regionale caratterizzata da una percentuale di pazienti seguiti dalla NPI, in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria del 9,38%, in Torino si oscilla dal 13,78% al 27,31%. Mentre, gli utenti in carico ai Servizi NPI congiuntamente ai Servizi Socio-assistenziali nella media regionale rappresentano il 12,98%, contro una percentuale in Torino va dal 19 al 32%. Difatti, al di là delle differenze fra quartiere e quartiere, si osserva una forte connotazione di disagio e rilevante deprivazione psicosociale. Si segnala, inoltre, come questi rappresentano condizioni di particolare complessità sociosanitaria e richiedono progetti a lungo termine che comprendono sia prestazioni specificamente sanitarie e sociosanitarie, che di supporto e di monitoraggio a livello educativo e sociale.

La collaborazione con le scuole, ma anche con i pediatri di libera scelta, con i Consultori pediatrici, è favorita dalla presenza capillare dei servizi di NPI nelle Sedi territoriali. Inoltre, la usuale coincidenza tra Distretti e Circoscrizioni di Torino ha consentito la massima integrazione ad una stretta rete supportata da una collaborazione operativa e funzionale tra NPI territoriali e Servizi Socio-assistenziali con lo scopo di promuovere la piena integrazione della famiglia nella società.

Nel tempo questa collaborazione, oltre a produrre un forte radicamento ed una valida cultura professionale ed organizzativa orientata anche al raggiungimento di risultati di appropriatezza ed efficienza, ha permesso di ottenere risultati positivi e concreti in termini di riduzione dei processi di istituzionalizzazione dei minori attraverso la predisposizione finalizzata di idonei progetti alternativi. Tutto ciò ha consentito un governo degli inserimenti ed un relativo contenimento della spesa. Un problema emergente nella realtà metropolitana, è l'aumento della popolazione straniera che costituisce, per sua natura, un'area di svantaggio sociale più intensa con particolare riferimento anche alle patologie organiche e alle disabilità nella primissima infanzia legate a condizioni di rischio nel corso della gravidanza. Grande rilievo assume, sotto il profilo quantitativo e qualitativo, l'applicazione della domiciliarità con il riordino delle prestazioni domiciliari, sociali e sociosanitarie per i minori disabili mediante le Commissioni Integrate socio-sanitarie UVM. In definitiva, nello specifico contesto torinese è operativa una rete di assistenza neuropsichiatrica territoriale (attraverso le diverse SS.CC. di NPI delle attuali AA.SS.LL TO1 e TO2) in favore dell'infanzia e dell'adolescenza, con garanzia della presenza di tutte le figure professionali necessarie per una gestione multiprofessionale, che si ritiene debba mantenere l'attuale assetto organizzativo territoriale, con lo scopo di preservare un modello operativo e funzionale fortemente integrato a livello Sociale e sanitario nel territorio della Città, nell'interesse di una dignitosa offerta dei servizi agli assistiti.

Particolare attenzione va posta infine ai consultori familiari e pediatrici quali luoghi di prevenzione e cura, servizi territoriali rivolti alle donne, ai bambini e alle coppie che negli anni hanno fornito prestazioni ambulatoriali in integrazione con i medici specialisti e le realtà ospedaliere.

I consultori hanno svolto progetti specifici, tarati sul bisogno rilevato dal territorio di appartenenza e dai fruitori del servizio, con particolare attenzione alla salute di genere. Vanno garantite quindi tutte le azioni di carattere preventivo in ambito oncologico, di pianificazione familiare, di monitoraggio delle gravidanze, di educazione e informazione sanitaria, di presa in carico della popolazione immigrata con particolare attenzione ai minori e alle donne, di accompagnamento alla nascita anche attraverso il sostegno alla genitorialità, di monitoraggio e sostegno delle situazioni con indicatori di rischio socio-sanitario in integrazione con i servizi sociali nonché delle situazioni di abuso e maltrattamento, le prestazioni nelle scuole con particolare riferimento ai bambini portatori di patologia cronica e di sorveglianza sanitaria.

In generale si rileva come l'intero impianto del documento regionale non dedichi specifici riferimenti alla salute di genere da considerare invece quale cifra strutturale programmatica.

### **La salute delle persone con disabilità e delle persone anziane**

La popolazione a Torino è costituita per un quarto da persone ultra 65enni; le persone ultra 75enni rappresentano il 12% della popolazione complessiva. L'allungamento dell'aspettativa di vita oltre agli anziani attivi, comporta un significativo aumento delle persone in condizione di cronicità e non autosufficienza, anche perché, fortunatamente, riguarda anche le persone con disabilità che invecchiano. In conseguenza, si è registrato un aumento del 70% dell'utenza anziana e del 30%



dell'utenza disabile per quanto riguarda i servizi domiciliari ma ciò nonostante la domanda espressa è di gran lunga superiore e non trova accoglimento, e altrettanto l'indice di copertura residenziale non risulta sufficiente ad affrontare i bisogni, pur avendo la Città programmato l'ampliamento del numero dei posti letto che necessitano di garanzie convenzionali.

Si ribadisce come il tema della continuità assistenziale richieda attenzione sia dal punto di vista dell'interazione tra attività ospedaliere e attività territoriali, sia dal punto di vista delle reti operanti sul territorio. Risulta da sviluppare un sistema di servizi e di cure strutturalmente integrato evitando frammentazioni organiche che fanno ricadere sui cittadini o sui loro familiari l'onere di adoperarsi per connettere le prestazioni delle diverse filiere assistenziali. In particolare il trattamento della cronicità implica la sistematizzazione dei percorsi di dimissione protetta, che si configurano quali una delle componenti principali del processo assistenziale, in modo da garantire l'appropriatezza del livello di assistenza nel passaggio in cura della persona al territorio.

L'ambito della disabilità richiede un rafforzamento delle possibilità di autodeterminazione del cittadino e/o della sua famiglia alle soluzioni più adeguate alle proprie necessità. L'esercizio della libertà di scelta presuppone una rete articolata di risorse, la disponibilità di informazioni accurate e processi di comunicazione efficaci. Al tempo stesso il sostegno e la promozione delle scelte e dei progetti di vita della persona presuppone la garanzia di percorsi assistenziali dinamici e di progettualità individualizzate non riconducibili a meri aspetti quantitativi prestazionali.

Anche nello specifico, perché i diritti di cittadinanza diventino esigibili, necessitano di livelli essenziali di prestazioni individuati, misurabili, e con previsione di copertura finanziaria.

### **La salute mentale e la salute delle persone con problemi di dipendenza patologica**

Il DSM ha una connotazione eminentemente territoriale, anche considerando che le malattie psichiatriche hanno spesso un decorso temporalmente lungo e quindi è evidente che il ruolo dei servizi territoriali è determinante, anche per i rapporti con la rete che favorisce l'inclusione dei nostri pazienti (le circoscrizioni, i servizi sociali, l'ATC, le associazioni dei famigliari, i medici di famiglia, ecc.)

Nel territorio lavora la prevalenza degli operatori dei vari ruoli (medici, psicologi, infermieri, OSS, educatori, assistenti sociali) rispetto al personale dedicato agli SPDC; tale prevalenza si rileva inoltre nella presa in carico territoriale dei pazienti.

L'accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali è l'emblema della continuità terapeutico-assistenziale, possibile solo con un impegnativo e costante lavoro territoriale.

E' importante per il trattamento della malattia mentale, il coinvolgimento nei progetti terapeutici del paziente stesso e dei suoi famigliari (empowerment). Questo sia per i pazienti ancora a casa propria che per quelli in residenzialità.

Per questi ultimi i DSM hanno favorito questo processo sviluppando iniziative di coinvolgimento di pazienti, famigliari e operatori di valutazione nel tempo, della qualità della vita e dell'assistenza. Tali esperienze sono state riconosciute come di estremo interesse sia a livello locale che nazionale,

dalle associazioni dei familiari e da vari istituti di ricerca. E tale lavoro è possibile solo con un forte investimento di personale e di formazione a livello territoriale.

I Dipartimenti Patologie delle Dipendenze svolgono attività di prevenzione, educazione sanitaria, cura e riabilitazione rivolta ai cittadini con uso problematico di sostanze psicoattive o con tossicodipendenza, alcodipendenza o con comportamenti di dipendenza senza uso di sostanze. Svolgono attività di formazione sulle tematiche correlate al consumo di sostanze psicotrope, sostegno delle abilità individuali, informazione, orientamento e sostegno rispetto a problemi correlati al consumo di sostanze psicotrope, programmazione, coordinamento, verifica delle attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenza e assistenza ai soggetti tossicodipendenti e alle loro famiglie.

Svolgono le proprie attività in integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, Materno Infantile, Ospedalieri e in coordinamento con i servizi sociali e con le agenzie del terzo settore.

La pratica dei Servizi ha messo in particolare risalto le difficoltà che si riscontrano nella definizione di progetti di sostegno alle fragilità dei soggetti deboli, specie quando questi siano portatori di un insieme di problemi di rilievo clinico e di inclusione sociale, determinando una condizione difettuale, che non li rende in grado di operare la composizione del puzzle che garantirebbe loro una risposta globale ed integrata alle esigenze di aiuto e cura.

**Si pone pertanto oggi con urgenza la necessità di definire puntuali livelli di programmazione in ambito di salute mentale e tossicodipendenze, anche per sostenere una pluralità di azioni condivise con i soggetti del privato sociale, a garanzia di compiuti percorsi abilitativi, di sostegno e di inclusione sociale.**

### **La salute delle persone immigrate**

Si richiede chiarezza in merito al ruolo e funzionamento degli **sportelli ISI**, ad oggi “filtro” per gli ospedali di accessi in Pronto Soccorso e che necessiterebbero in quest’ottica di un potenziamento anche per la loro valenza in termini di prevenzione nell’ambito di una visione strategica complessiva che risponda in modo appropriato ai bisogni.

Dovrebbe quindi contemplare l'obiettivo di migliorare i percorsi di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per le persone straniere e di perseguire una qualificazione della comunicazione e una maggiore accessibilità alle informazioni al fine di promuovere una cultura della salute ed attuare un servizio sanitario privo di discriminazioni.

### **La sanità penitenziaria**

Relativamente alla sanità penitenziaria si rileva la carenza programmatoria di un sistema compiuto in termini di prevenzione, cura e riabilitazione, oltre che la criticità relativa alla gestione delle dimissioni delle persone ospitate negli ospedali psichiatrici giudiziari, a seguito della chiusura dei quali è necessario chiarire titolarità della presa in carico e individuazione delle risorse.

### **La rete dell’Emergenza Urgenza**

Infine, in relazione alla rete del 118, si ritiene che la Centrale Operativa provinciale debba mantenere la propria collocazione nell’ambito della città di Torino, innanzitutto in quanto funzionale alla presenza di poli ospedalieri di riferimento sovracittadino, in primis la Città della Salute.