

Documento di programmazione in materia di Integrazione Socio-Sanitaria

Per Integrazione Socio-Sanitaria si intende il "coordinamento tra servizi sociali e sanitari pubblici" atti a garantire ciò che l'OMS definisce come salute: "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità". Per garantire alle persone tale condizione è necessario che ci sia il supporto di un'equipe multidimensionale, che coinvolga esperti del sociale e del sanitario, che possa intervenire, al bisogno, su più fronti per assicurare una adeguata presa in carico.

Utile a questo proposito la definizione di *Folgheraiter che afferma come* "...quei disagi che chiamiamo sociali (che, in essenza, sono difficoltà di senso e di organizzazione della vita) possono produrre rischi o conclamate patologie sanitarie; quest'ultime a loro volta, specie se gravi e invalidanti come nel caso di varie forme di disabilità, possono ingenerare progressive e altrettanto gravi complicazione del vivere, in un intreccio che di per sé, qualora agisse incontrastato, tenderebbe ad autoalimentarsi.... La distinzione analitica tra sociale e sanitario non è «nelle cose»: essa alberga nelle menti e si giustifica in primis per esigenze analitiche, per la necessità di mettere ordine nel pensiero e quindi per esigenze pratiche di natura organizzativa e amministrativa.

Il decreto legislativo n. 229/1999, così recita all'art. 3-septies (*Integrazione sociosanitaria*) "Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Successivamente il DPCM del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" ne riprende la definizione indicando le aree di intervento oltre alle tipologie delle prestazioni e ai criteri di finanziamento.

Di integrazione degli interventi parla anche la legge quadro 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" secondo cui i Comuni sono gli organi amministrativi che gestiscono e coordinano le iniziative per realizzare il "sistema locale della rete di servizi sociali". In questo, i Comuni devono coinvolgere e cooperare con le strutture sanitarie, con gli altri enti locali e con le associazioni dei cittadini. Tra gli obiettivi dell'integrazione socio-sanitaria, infatti, vi è il coinvolgimento di tutta la Comunità che non delega ma che accoglie e si fa carico dei più deboli, pertanto ulteriore elemento fondamentale dell'integrazione socio-sanitaria è l'attivazione di processi di *governance* comunitaria, di partecipazione diretta e indiretta dei cittadini nei processi decisionali relativi ai servizi e alla loro stessa produzione. Caratteristica essenziale è l'orizzontalità quindi né la verticalità né la gerarchia che portano come conseguenza il prevaricare di alcuni professionisti su altri. Integrazione significa "condividere, prendere delle decisioni insieme", secondo un'ottica orizzontale in cui operatori del sociale e del sanitario lavorano insieme "per" e "con" una comunità partecipe, allo scopo di tutelare le persone in difficoltà. I destinatari dell'assistenza socio-sanitaria sono, quindi, le persone che presentano bisogni di salute e necessitano di azioni di protezione sociale, realizzabili attraverso dei progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali, multidisciplinari e multiprofessionali. La salute, così intesa, non è uno stato stabile e rigido, ma una condizione dinamica: le difficoltà sociali possono produrre rischi o patologie sanitarie e viceversa.

Nel corso degli anni il Comune di Napoli e la Asl Na1 centro hanno portato avanti processi significativi e sperimentazioni innovative nel campo dell'integrazione tra interventi sociali e

sanitari, che hanno agito sia sugli assetti istituzionali e organizzativi che sul piano più propriamente professionale e operativo.

Su quest'ultimo aspetto va evidenziato che il lavoro sociale territoriale, portato avanti dagli assistenti sociali dei CSS, si confronta quotidianamente con persone e famiglie in cui differenti e molteplici sono i bisogni emergenti. La valutazione e la progettazione di percorsi di aiuto mirati presuppone, dunque, la compresenza di più operatori appartenenti a diversi servizi del territorio (Comune, ASL, Privato Sociale, Scuola, Autorità Giudiziaria, ecc.) che devono avere una conoscenza e una condivisione approfondita dell'oggetto di lavoro. Nella pratica concreta succede, spesso, che gli operatori coinvolti nell'aiuto abbiamo delle visioni diverse e, a volte, anche contrastanti rispetto all'oggetto di lavoro, con il rischio di lavorare in modo "frammentato e isolato", mettendo in atto interventi parziali e non rispondenti ai bisogni dell'altro. Così come può accadere che la collaborazione tra servizi si sostanzia solo "nell'invio" senza che si attiva una reale e proficua collaborazione. Si rischia così di lavorare in maniera isolata, occupandosi solo di ciò che è di competenza di ciascun ente e rendendo vano e infruttuoso il lavoro con le famiglie multiproblematiche.

La lunga storia dell'integrazione sociosanitaria tra ASL e Comune, nonostante le difficoltà insite nel lavoro tra Enti diversi, con regole e culture differenti, spesso in carenza di risorse umane e strumentali, ha comunque già prodotto modelli organizzativi validi, rispondenti ai bisogni di una popolazione molto variegata e spesso multiproblematica.

In occasione del nuovo Piano di zona è dunque opportuno, sulla scorta delle esperienze realizzate, dei punti di forza e delle criticità emerse, focalizzare l'attenzione sugli obiettivi e sulle strategie da perseguire nel prossimo triennio.

Per quanto riguarda i **modelli organizzativi**, sono attualmente attive alcune équipe integrate, istituite in relazione a specifici interventi e processi di integrazione, che presentano punti di forza e criticità, a partire dalle quali è necessario avviare un ripensamento e una rimodulazione degli assetti anche in relazione alle questioni più ampie e complessive sopra evidenziate relativamente al lavoro sociale e socio-sanitario integrato a livello territoriale.

Le U.V.I. (*Unità di Valutazione Integrata*) sono previste dalla Legge Regionale 11/2007 e smi al Titolo V, che disciplina i servizi sociali e sanitari integrati per la non autosufficienza e che, tra l'altro, prevede sia l'istituzione della porta unica di accesso, intesa quale funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti (sociali, sanitari e sociosanitari) che la costituzione delle Unità di Valutazione Integrata, composte da personale degli enti locali e della ASL, con compiti di valutazione e diagnosi dei singoli casi e di definizione di un progetto personalizzato.

Sia le PUAT che le UVI sono state istituite a Napoli già a partire dal 2003 con l'avvio dell'Assistenza Domiciliare Integrata e, a partire dal 2012, hanno assunto anche le competenze relative alle prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali rivolte alle persone disabili e anziane.

I Gruppi Programma Adolescenti

I GPA sono stati istituiti in ogni Municipalità a seguito dell'emanazione delle Linee guida "Verso gli adolescenti", approvato congiuntamente da Comune di Napoli e Asl Na 1 nel 2004. I 10 GPA Territoriali devono garantire: la programmazione annuale delle attività con gli Uffici di Piano Municipali, la mappa delle offerte territoriali, la diffusione di strumenti e modalità operative, analisi e proposte di programmazione e attivazione di azioni integrate finalizzate al funzionamento delle politiche a favore degli adolescenti. I GPA sono composti dai referenti delle unità operative dell'ASL, dei Servizi Sociali comunali, del privato sociale, delle scuole del territorio, ossia di tutti quei servizi che lavorano "con e per" l'adolescenza.

Il funzionamento dei GPA è disomogeneo a livello territoriale, dal momento che in alcuni casi funzionano anche da Equipe integrata di valutazione dei casi multiproblematici e di definizione di progetti individuali di presa in carico integrata.

Le Equipe Territoriale Integrata (ETI) per l'Adozione Sociale

Le Equipe Territoriali Integrate sono un altro esempio di buona integrazione tra servizi: sorgono come strumento fondamentale del progetto "Adozione Sociale", sostenendo le famiglie multiproblematiche quando è avvenuta una nuova nascita. Il gruppo è formato dal referente socio-sanitario, il coordinatore sociale (individuato presso i C.S.S.T.), i referenti dell'unità operativa materno infantile, un referente del privato sociale che si occupa dell'implementazione del progetto. L'ETI fa una prima valutazione dei bisogni del nucleo coinvolto e individua l'equipe di presa in carico formata dai soggetti che devono elaborare il progetto individualizzato ed effettivamente prendersi cura della famiglia (Assistente Sociale referente del singolo caso, Tutor coinvolto nel progetto, ecc.), che si confronterà periodicamente circa il suo andamento.

E' necessario riflettere sul ruolo delle ETI e su una loro possibile evoluzione verso modelli più efficaci di integrazione territoriale.

Equipe territoriali per la presa in carico delle famiglie multi-problematiche

In alcuni territori si sono inoltre andate consolidando alcune esperienze e pratiche di integrazione professionale e operativa sulle quali appare utile riflettere. Nella Municipalità 3 (Distretto 29) una Equipe socio-Sanitaria, composta dal Coordinatore Sanitario, Coordinatrice Sociale e Coordinatrice Socio-Sanitaria (nella fattispecie Assistente Sociale ASL) svolge tra le sue funzioni quella di ponte tra il CSST, i vari uffici ASL, le altre istituzioni pubbliche e del privato convenzionato nonché del volontariato. Nello specifico, quando l'Assistente Sociale referente ritiene il caso particolarmente complesso (minori con disturbo del comportamento, adulti con disturbi psichiatrici, ecc.) ed in cui sono coinvolti diversi attori, invia all'Ufficio Socio-Sanitario, nella persona dell'Assistente Sociale ASL, richiesta scritta di incontro di rete, elencando le figure professionali da invitare. L'equipe così riunita effettua una prima valutazione della situazione, concorda gli interventi da effettuare e stabilisce altri incontri periodici di monitoraggio. Si lavora per la costruzione di un progetto integrato, con verifiche ex ante, in itinere ed ex post. Alla fine del tavolo tecnico viene stilato un verbale, firmato da tutte le parti coinvolte, che responsabilizza e fa sentire meno soli rispetto agli interventi da mettere in atto.

Nella Municipalità 7 (Distretto 30) mensilmente e con cadenza fissa, si tengono delle riunioni d'equipe tra servizio sociale e distretto sanitario. La motivazione di partenza è stata la necessità di conoscere il ruolo dell'altro e le relative competenze, da qui è sorta l'esigenza di incontrarsi per discutere i casi maggiormente problematici: a partecipare sono i referenti di tutti i servizi del territorio, ognuno ha la possibilità di portare il caso che ha necessità di discutere. L'integrazione tra i servizi ha portato, in alcune occasioni, a condividere finanche la scelta degli allontanamenti. Negli incontri si fa una prima valutazione della situazione, si decide la composizione dell'equipe di presa in carico e si concordano gli interventi da effettuare.

Proposte di ripensamento dei modelli organizzativi

Da queste esperienze appare evidente come l'integrazione socio-sanitaria parta da una buona comunicazione da cui discende una collaborazione fra professionalità per un fine comune e ciò deriva non solo da una buona programmazione a livello centrale: il concetto di integrazione socio-sanitaria rimanda ad un'équipe multiprofessionale.

L'équipe ha però bisogno di stabilire una buona comunicazione al proprio interno: occorrono perciò più incontri affinché il linguaggio si fondi divenendo, così, linguaggio comune (come avviene già da tempo, ad esempio, alla III ed alla VII Municipalità con i relativi Distretti Sanitari).

Tale buona prassi va implementata, in modo capillare, in tutti i territori.

Obiettivo prioritario diventa dunque la creazione una **equipe socio-sanitaria stabile** che si incontri stabilmente per discutere dei casi più complessi, rinforzando sia l'importanza degli uffici socio-sanitari sia il ruolo degli assistenti sociali.

Si tratterebbe in tal senso di riprendere e far evolvere le esperienze di integrazione fin qui maturate superando la frammentazione e/o duplicazione dei luoghi dell'integrazione e individuando un modello organizzativo unitario, ma nello stesso tempo flessibile rispetto alle diverse situazioni e problematiche che è chiamato ad affrontare.

In tal modo si supererebbe anche la discrasia tra oggetti e processi di lavoro per i quali sono ben codificate procedure e modelli organizzativi per l'integrazione e aree rispetto alle quali non sono pensate e strutturate soluzioni organizzative e operative in grado di far lavorare in sinergia gli operatori sociali e sanitari.

E' necessario dunque prevedere dei percorsi di accompagnamento alla revisione dei modelli organizzativi da realizzare a livello territoriale, con l'obiettivo di sostenere i processi di cambiamenti e di codificare, attraverso il confronto e la condivisione, i processi di lavoro e le procedure relative alla valutazione e alla presa in carico integrata in relazione alle diverse tipologie di problematiche.

In questa stessa direzione di miglioramento dei modelli organizzativi e operativi di integrazione socio-sanitaria va anche collocata la recente DGR 790/2012 recante "Approvazione delle linee operative per l'accesso unitario ai servizi sociosanitari-**Porta unica di Accesso** (PUA)".

Sulla scorta di una analitica rilevazione dei modelli di P.U.A. esistenti a livello regionale si è giunti infatti alla definizione di un modello organizzativo unico per la P.U.A. Dall'analisi del contesto campano è emerso che, pur essendo presente la P.U.A. su circa l'80% del territorio, essa, in linea con le indicazioni regionali, rappresenta essenzialmente una funzione, organizzata in maniera differente a seconda del territorio. Al fine di uniformare il percorso di accesso dei cittadini ai servizi socio sanitari attraverso la P.U.A. ci si è soffermati sulla necessità di fornire indicazioni per la realizzazione di un modello unico di P.U.A. che possa essere realizzato sull'intero territorio campano. La finalità del sistema è quella di facilitare l'accesso ai servizi da parte della fascia di popolazione definita "fragile"; di favorire nei servizi risposte personalizzate ed individualizzate, di garantire la presa in carico globale dell'utente.

La Porta Unica di Accesso ai servizi socio-sanitari rappresenta un nodo strategico fondamentale per favorire l'integrazione tra le prestazioni a carattere sociale e quelle a carattere sanitario, per potenziare la comunicazione tra i due settori, per monitorare la richiesta e per programmare l'offerta in base ai reali bisogni della popolazione, sempre più esposta al rischio di isolamento e marginalità.

In tal senso si delinea un modello organizzativo che si propone di rispondere in modo completamente integrato alle molteplici esigenze dell'utenza, attraverso una rete in cui ciascun punto di accesso è capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza sociale, sanitaria e sociosanitaria.

E' evidente che l'implementazione di tale modello, che estende e articola la sperimentazione già attiva nella città di Napoli, presenta numerose complessità e specificità, in considerazione delle caratteristiche dei sistemi di servizi sociali e sanitari esistenti, e va quindi attentamente valutato e approfondito, attraverso processi di confronto e analisi congiunta tra Comune e ASL.

L'integrazione inter-istituzionale nella programmazione, monitoraggio e coordinamento di servizi e interventi

Su un piano più strategico, rispetto a quello del lavoro operativo sui casi complessi, si intende promuovere un più organico e stringente Coordinamento tra i competenti Servizi del Comune di Napoli e della ASL Na 1 centro, allo scopo di garantire un costante coordinamento, monitoraggio e valutazione delle azioni e dei servizi a valenza socio-sanitaria e una loro eventuale rimodulazione alla luce delle valutazioni effettuate e dei cambiamenti determinati dai mutamenti sociali. Tale complessiva funzione sarà esercitata

attraverso la convocazione periodica, a cadenza stabile, da parte dell'Ufficio di Piano del Comune di Napoli di incontri di coordinamento su specifiche aree tematiche, ai quale saranno invitati a partecipare i Dirigenti e i referenti dei competenti Servizi del Comune e della ASL.

A livello municipale dovranno essere ripensati e riorganizzati i luoghi del coordinamento strategico allo scopo di individuare soluzioni organizzative efficaci superando le criticità già emerse dalle sperimentazioni effettuate e relative alla confusione tra livello tecnico e livello politico e alla segmentazione dovuta alla focalizzazione su specifiche tematiche e aree di intervento.

Gli interventi integrati

Area Infanzia e Adolescenza e Responsabilità familiari

ABUSO E MALTRATTAMENTO

L'obiettivo è dotare gli operatori pubblici e del Terzo Settore di strumenti per costruire basi comuni che consentano l'individuazione ed il trattamento precoce del disagio minorile sommerso dovuto ad Esperienze Sfavorevoli Infantili, ma soprattutto la capacità di elaborare e costruire insieme alla famiglia un progetto relativo ai propri figli, differenziato a seconda della problematica emersa. Gli interventi di protezione devono essere modulati in relazione alla gravità del pregiudizio ed alla presenza o meno di risorse protettive nel contesto familiare anche allargato. In questo senso nei casi meno gravi si possono attuare forme di vigilanza sulla famiglia con l'affidamento ai servizi sociali, tramite progetti mirati a rafforzare e supportare le competenze genitoriali. Nelle situazioni più gravi è invece necessario collocare il bambino in un contesto diverso da quello familiare, sia per interrompere la sua esposizione agli atti dannosi sia per impostare un efficace percorso di diagnosi e cura.

Contestualmente è fondamentale la questione inerente le condizioni, le motivazioni personali, le dinamiche relazionali che inducono gli adulti a commettere azioni lesive nei confronti dei figli. Quindi mettere in atto azioni protettive nei confronti dei bambini risulta insufficiente se non si attivano percorsi strutturati di presa in carico e trattamento delle disfunzioni genitoriali. La definizione dei "criteri" relativi alla rilevazione delle competenze genitoriali ed alla possibilità di recupero delle medesime è riferita "a tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere " (Consultation on Child Abuse and Prevention dell'OMS 1999 e rapporto OMS del 2002).

Per quanto riguarda *l'integrazione socio-sanitaria* uno dei problemi più sentiti riguarda lo svolgimento di psico-diagnosi disposte dal Tribunale e della valutazione della recuperabilità genitoriale.

In questo ambito va sicuramente aumentato l'investimento in risorse umane e strumentali, al fine di poter rispondere in modo puntuale ed univoco alle richieste che vengono dal Tribunale dei Minori.

Un ruolo importante viene, perciò, riconosciuto a enti e strutture del privato sociale specializzati in tema di abuso e maltrattamento, con il quale il Comune di Napoli ha negli anni stipulato appositi rapporti contrattuali.

MINORI FUORI FAMIGLIA

Nell'area dei Minori fuori famiglia si prevede di riprogrammare e ripensare in maniera integrata gli interventi per la promozione e il sostegno all'affido familiare e quelli relativi all'accoglienza residenziale. In tal senso, a partire dal lavoro laboratoriale svolto dagli assistenti sociali dei CSS e degli uffici centrali, sono in corso di elaborazione specifiche Linee guida relative agli interventi per i minori fuori famiglia.

Per quanto riguarda in specifico *l'integrazione socio-sanitaria* va evidenziato che secondo la normativa vigente sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui bambini fuori dalla famiglia e sulle famiglie affidatarie e le prestazioni riabilitative e socio-riabilitative per minori ed adolescenti. Gli operatori dei servizi della Asl, in stretta integrazione con i servizi sociali intervengono nella fase promozionale e di sensibilizzazione alle tematiche dell'affidamento familiare, nella cooperazione con le risorse del privato sociale presenti sul territorio, in tutti i percorsi di cura e protezione che richiedano:

- una valutazione e una presa in carico diretta, qualora il bambino si trovi in una situazione clinica richiedente l'intervento psicoterapeutico;
- una valutazione (diagnosi e prognosi) delle condizioni psicopatologiche dell'adulto genitore, una valutazione della recuperabilità delle funzioni genitoriali, un conseguente trattamento psicoterapeutico.

Sono da definire, con atti specifici, i diversi livelli e le relative modalità di collaborazione per la protezione e cura dei bambini:

- tra servizi per i bambini e servizi per adulti (in particolare dipartimento salute mentale, servizi per le dipendenze);
- tra servizi di territori diversi, nel caso di inserimento del bambino presso una famiglia affidataria o una struttura di accoglienza ubicata in un territorio diverso da quello di residenza del minore.

Nel provvedimento di affidamento si indica a quale servizio sanitario afferisce la presa in carico del bambino affidato, fermo restando che le strutture sanitarie dell'ASL di residenza della famiglia del bambino hanno la responsabilità della valutazione e del sostegno a tale nucleo in previsione del futuro rientro.

I competenti servizi sanitari specialistici (Neuropsichiatria infantile, Servizi per le Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale...) collaborano su specifiche problematiche di cura e riabilitazione del bambino collocato fuori dalla sua famiglia e del suo nucleo.

Sono da individuare percorsi prioritari per rispondere in tempi adeguati ai bisogni di cura del bambino collocato fuori dalla famiglia (visite specialistiche, valutazione e sostegno psicologico e psicoterapeutico, interventi riabilitativi, assistenza infermieristica domiciliare, protesi e ausili, ecc.).

Per quanto riguarda in specifico l'accoglienza di minori con problematiche di tipo socio-sanitarie è necessario elaborare un protocollo di intesa quadro con la ASL per definire modalità e procedure per l'accoglienza residenziale di minori con problematiche socio-sanitarie specifiche (spesso di natura psichiatrica) per i quali non sono ancora ben codificate le procedure di presa in carico, le tipologie di strutture idonee ad accoglierli e le modalità di integrazione e compartecipazione alla spesa tra ASL e Comune.

ADOZIONE E POST- ADOZIONE

I distretti sanitari sono organizzati in Poli adottivi, che raggruppano due municipalità. Una delle criticità emerse in tutti i contesti territoriali riguarda la possibile duplicazione delle competenze che coinvolge le assistenti sociali del Comune e quelle dell'ASL. Esistono comunque, dei contesti in cui il lavoro di rete è molto intenso, per cui si è riusciti a ridurre la duplicazione delle competenze

Una buona prassi è quella sviluppata nel polo Adozioni Municipalità 5 e 7:

1. Il C.S.S. territorialmente competente riceve dal TpM richiesta di valutazione sull'idoneità dei coniugi istanti;
2. La responsabile del C.S.S. trasmette la richiesta del Tribunale per i Minorenni al Consultorio distrettuale, accompagnandola ad una scheda che contiene informazioni di primo livello sulla coppia ed il nominativo dell'Assistente Sociale referente del caso;
3. Nell'arco di ca. 15 giorni dalla data di ricezione, l'equipe integrata socio-sanitaria procede con un incontro di gruppo al quale partecipano le coppie e gli operatori coinvolti, finalizzato alla conoscenza reciproca ed all'illustrazione delle modalità operative del percorso che essi faranno con i tecnici di ciascun Ente;
4. La presa in carico di ogni singola coppia si attiva mediante un colloquio congiunto tra gli operatori sociali e gli operatori socio-sanitari; da questo momento ciascuno operatore prosegue per le proprie competenze con le proprie modalità di intervento;
5. A metà del percorso di valutazione l'equipe integrata si confronta sui punti di forza e i punti di debolezza della coppia al fine di rettificare, integrare e rinforzare il percorso;
6. Incontro, infine, tra gli operatori per la condivisione e lo scambio delle relazioni sociali e psicologiche, stesura relazione di sintesi e restituzione alla coppia sull'andamento del percorso.
7. Sia durante l'iter di valutazione che successivamente all'idoneità, le coppie sono invitate ad incontri mensili che si tengono presso la sala "S. Ruotolo" di via Morghen n. 84. A tali incontri, organizzati dall'equipe integrata, sono invitati a partecipare anche genitori adottivi; lo scopo è fornire alle nuove coppie un ulteriore confronto sulle delicate problematiche del percorso intrapreso, avvalendosi spesso anche del supporto di eventuali esperti invitati agli incontri che si integrano con le testimonianze di adulti adottati e genitori adottivi.

A partire dalle buone prassi e dalle criticità emerse, è necessaria una riorganizzazione delle modalità operative utilizzate dai CSST attraverso un protocollo operativo condiviso tra i vari attori istituzionali coinvolti, che preveda tra l'altro delle azioni di formazione-informazione inerenti i temi dell'adozione nazionale ed internazionale. Sarà dunque prevista la realizzazione di:

- percorsi formativi sul tema specifico dell'adozione, sul tema della valutazione e dell'idoneità della coppia, sul raccordo con gli altri attori istituzionali e sulle fasi di accompagnamento post adozione;
- l'individuazione e la specializzazione di figure professionali, già presenti nei centri di servizio sociale, sulla tematica dell'adozione e dell'accompagnamento alla coppia pre e post adozione.

PROGRAMMA " SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DELLE BAMBINE E DEI BAMBINI DEI TERRITORI A RITARDO DI SVILUPPO"

Il "programma di sostegno alle famiglie" punta a rafforzare e promuovere l'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie, scolastiche, formative, dello sviluppo locale, delle pari opportunità. Ad integrare in modo organico e condiviso le procedure sanitarie e quelle sociali, con l'obiettivo fondamentale dell'inclusione e della prevenzione del disagio nelle famiglie di nuova formazione, povere e/o in difficoltà, considerando come emergenza quella delle madri delle bambine e dei bambini a rischio sociale. Il sostegno è quanto più tempestivo e precoce possibile, da prima delle nascite per le madri contattate nei corsi di

preparazione al parto e negli ospedali al momento della nascita per i neonati; tuttavia, il programma si rivolge anche alle famiglie con minori da 0 a tre anni segnalati come a rischio socio sanitario dai servizi sociali-sanitari-educativi, dai pediatri di famiglia, dai pronto soccorso e dai reparti ospedalieri di pediatria.

Nella nuova programmazione si intende portare avanti il programma attraverso l'impegno dei tutor da affiancare alle famiglie prese in carico e nello stesso tempo si intende rivedere le modalità di funzionamento delle ETI, sulla scorta delle indicazioni relative ai modelli organizzativi prima espresse.

IL CENTRO PER LE FAMIGLIE

Il Centro per le famiglie è un servizio interistituzionale integrato del Comune di Napoli e dell'ASL Napoli 1 Centro istituito nel '95 con un accordo di programma tra l'Assessorato agli Affari Sociali del Comune e la Direzione Generale dell'ASL. Rappresenta una risorsa attiva per il benessere familiare e la sua offerta d'aiuto è rivolta soprattutto a nuclei con problemi di conflittualità, in particolare nei casi di separazione e divorzio in cui sono presenti figli in età minore.

- Il servizio si propone come "Spazio protetto" per le famiglie in cui sia possibile recuperare e migliorare le competenze compromesse, riaprire dialoghi interrotti, riprendere legami deteriorati, per salvaguardare innanzitutto la relazione tra genitori e figli.
- Svolge una funzione di "Osservatorio sulle famiglie" per collaborare a programmare e realizzare una adeguata risposta dei servizi nell'alta conflittualità familiare e per il sostegno alla genitorialità.
- In continuità con gli obiettivi e le finalità istituzionali, il CPF ha sperimentato e consolidato negli anni un'intensa collaborazione con la magistratura minorile e ordinaria, formalizzata attraverso un "Accordo di collaborazione" sottoscritto nel 2012 tra il Tribunale per i Minorenni, il Comune, l'Asl Na 1 Centro ed il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. L'Accordo è finalizzato alla realizzazione di un "Punto di Incontro per la Mediazione Familiare", operativo dall'aprile 2012, e aperto ogni martedì presso il Tribunale per i Minorenni di Napoli.
- Il "Punto d'Incontro per la *Mediazione Familiare* " offre uno spazio di consultazione e assistenza alle famiglie con conflitti, in particolare nei contesti sociali disgregati, mediante azioni tempestive, congrue e mirate allo scopo di deflazionare il ricorso reiterato e prolungato al circuito giudiziario.
- È in atto un Accordo di collaborazione tra l'ASL Na 1 Centro e l'Università di Napoli "Federico II" per la collaborazione a ricerche inerenti i nuclei familiari multiproblematici, il fenomeno della violenza domestica e la risposta dei servizi alle problematiche familiari. Il CPF collabora all'attività del Laboratorio di psicologia Clinica dell'UNINA, con l'apertura settimanale di uno "Spazio di consultazione per coppie e famiglie", indirizzato alla domanda spontanea di psicoterapia e counselling familiare e di coppia.

Per questa area di intervento si propone il potenziamento della funzione del Centro per le famiglie quale polo cittadino di coordinamento delle azioni integrate per i nuclei familiari e, parallelamente, uno sviluppo ed una diramazione territoriale delle attività del **Centro** attraverso:

- attivazione di poli territoriali per la Mediazione Familiare;
- l'attivazione di Spazi neutri per la famiglia decentrati nelle singole Municipalità per garantire il servizio su tutto il territorio cittadino.

La *Mediazione Familiare* è uno spazio di incontro in un ambiente neutrale, nel quale la coppia ha la possibilità di negoziare le questioni relative alla propria separazione, sia negli

aspetti relazionali, sia in quelli economici. I genitori sono incoraggiati ad elaborare gli accordi che meglio soddisfino i bisogni di tutti i membri della famiglia, con particolare riguardo all'interesse dei figli. Nell'ottica della riorganizzazione più complessiva, si prefigura anche la realizzazione di spazi dedicati alla mediazione familiare, che saranno adeguatamente predisposti in ciascuna Municipalità, coinvolgendo in primis le assistenti sociali che sono già in possesso del titolo di mediatore familiare ottimizzando e promuovendo le competenze già presenti nell'ente

Gli *Incontri protetti* e gli *Spazi Neutri* sono rivolti a quei nuclei familiari per i quali si rende necessario un luogo protetto, "neutro", lontano dai conflitti che permetta ai figli di mantenere e/o riprendere la relazione interrotta, con il genitore non affidatario.

Le visite protette sono un intervento dedicato all'osservazione, al monitoraggio e alla protezione e alla facilitazione di incontri tra figli-genitori che provengono da relazioni difficili in contesti di elevata conflittualità e problematicità disposti dall'Autorità Giudiziaria (Tribunale Ordinario o Tribunale per i Minorenni).

Gli incontri tra genitori e figli si configurano non solo come incontri da vigilare e controllare o per valutare se il genitore si mostra adeguato e per proteggere il bambino da un genitore aggressivo, ma anche come incontri facilitati in spazi neutri, incontri in parziale protezione e autonomia, incontri in spazi facilitati tra gruppi di genitori con i loro figli.

Molto spesso la casistica degli incontri protetti vede bambini contesi in separazioni altamente conflittuali, dove il bambino viene esposto ai maltrattamenti psicologici messi in atto dai due genitori; altre volte si tratta di genitori che si sono allontanati dai figli o per lunghi periodi sono stati senza contatti con i figli (es. genitori carcerati); a volte ancora sono genitori con problematiche legate alla malattia psichiatrica o alla tossicodipendenza; spesso i bambini vivono in contesti diversi da quelli genitoriali, quali comunità educative o in affidamento familiare. Il progetto deve essere altamente personalizzato e flessibile sulle esigenze di quel bambino specifico e di quel genitore specifico: tempi e modalità tengono conto di fattori quali l'età del bambino, la durata del tempo di interruzione del legame, il livello di conflittualità tra i due genitori.

La metodologia di lavoro deve essere pensata tenendo sempre presente la cura a tutto il processo: dalla programmazione alla realizzazione degli incontri protetti, dall'organizzazione di pre e post incontri con il minore e anche con i genitori, alla verifica periodica, alla stesura di report, ad un lavoro di costruzione della progettazione che vede coinvolte tutte le multi professionalità (assistenti sociali, educatori professionali, psicologi, neuropsichiatri, comunità per minori, ecc.) insieme alla famiglia.

Gli incontri devono essere realizzati con la presenza dell'assistente sociale che garantisce la tutela del minore e facilita la relazione o con altre figure professionali specializzate, come lo psicologo afferente all'UOMI del Distretto Sanitario, nel caso in cui sia necessaria una specifica attività di monitoraggio e supporto alla relazione.

Lo spazio fisico in cui figli e genitori si incontrano è un altro fattore importante: può essere lo spazio professionale attrezzato ma anche il territorio e i luoghi significativi per i minori.

A seconda della specificità del caso e dell'evoluzione nel tempo della relazione tra genitori e figli l'incontro protetto potrà svolgersi in uno spazio più strutturato, comunque adeguato allo scopo, o in luoghi di vita maggiormente naturali (i parchi, il quartiere, l'oratorio, il domicilio, gli spazi gioco, la ludoteca, la biblioteca, i supermercati e tutto ciò che di altro può offrire un territorio). Le uscite avvengono fuori dallo spazio neutro generalmente dopo una fase di attuazione all'interno degli spazi. Spesso l'utilizzo del territorio consente la facilitazione della relazione tra genitore e minore sempre con la garanzia di controllare e proteggere, da parte dell'assistente sociale, il minore. L'uscita si attiva quando ci sono le condizioni per poterlo fare, si è pronti e si è analizzata la protezione e il controllo della situazione. Gli spazi chiusi sono vissuti pesantemente, stare fuori invece attenua la costrizione di doversi guardare, favorisce un modo diverso di stare nella relazione, la relazione è più distesa e più naturale.

Area Disagio Adulto

E' questa una sfera dove ancor più risultano spesso indefiniti i confini tra ruoli e competenze dei due Enti.

In questa area, pertanto, è necessaria una maggiore attenzione nella codifica delle rispettive competenze e responsabilità tra operatori della ASL e del Comune, in particolare nel caso di persone adulte che vivono in condizioni di abbandono a causa di disagi psichici o di persone anziane e sole in condizioni abitative precarie dal punto di vista igienico.

AREA DIPENDENZE

Si prevede in quest'ambito la realizzazione di interventi mirati di prevenzione ed educazione, rivolti soprattutto ai giovani, al fine di creare acquisizione di competenze e costruzione di modelli comportamentali e di vita. Si prevede inoltre l'attuazione di cicli di interventi formativi e di orientamento per gli insegnanti e per le famiglie. Tali attività sono finalizzate anche ad agevolare nella costituzione di una rete che comprenda le istituzioni preposte alla promozione della salute e del benessere: servizi pubblici specialistici, gestori ed operatori dei luoghi di aggregazione giovanile, forze dell'ordine, ASL-SerT.

Per l'annualità corrente si prevede di realizzare le seguenti azioni:

- istituzione di una consulta cittadina sulle Dipendenze;
- attivazione di percorsi di prevenzione nelle scuole e nei contesti aggregativi e ricreativi: si prevede l'attivazione di una struttura di monitoraggio, conoscenza, ricerca e ricerca-azione sulle nuove modalità e sui nuovi stili del consumo di droghe e sostanze psicoattive tra i giovani e le altre fasce di popolazione della città di Napoli, attraverso l'attivazione di una rete tra i servizi pubblici, del terzo settore, l'università, la scuola, le agenzie sociali, i centri sociali giovanili e le altre aggregazioni dei giovani, i gestori dei locali e degli eventi del divertimento con un servizio di prevenzione nel mondo del loisir notturno, nei luoghi di aggregazione giovanile formali ed informali (eventi in discoteche, concerti, festival, piazze, rave), condotto da operatori specializzati. L'equipe si avvarrà anche dei materiali informativi prodotti precedentemente, sarà costituita da operatori competenti in grado sia di realizzare azioni diverse in relazione ai diversi contesti del divertimento e alle diverse tipologie di consumatori che di realizzare una ricerca-azione continua che possa aggiornare continuamente le conoscenze sui mutamenti del mercato e degli stili di consumo.

AREA IMMIGRAZIONE

Sostegno all'accesso ai servizi e mediazione

Potenziare gli interventi territoriali di segretariato sociale e orientamento ai servizi realizzate dai centri di servizio sociale territoriale e dagli URP, affiancando dei mediatori linguistico/culturali agli assistenti sociali ed operatori URP. In tal modo si potrà offrire un servizio di ascolto, orientamento e di attivazione di servizi di mediazione culturale e consulenza legale a chiamata sul territorio, presso gli Istituti Scolastici, i presidi Ospedalieri, le questure etc. anche con funzione di prevenzione dei conflitti socio-culturali. Realizzare attività informative e di aggiornamento per gli operatori di front-office e per gli Assistenti Sociali dei CSS territoriali in un'ottica di trasmissione di competenze trasversali.

Azioni di sistema e programmazione integrata

Proseguire la "buona prassi" di riunire periodicamente dei Tavoli di lavoro tematici sull'immigrazione, per consentire ai diversi Servizi/Istituzioni/cittadini di dialogare e confrontarsi in un'ottica multidisciplinare sulle questioni inerenti la gestione della presenza immigrata sul territorio. Consolidare la programmazione interistituzionale a livello locale,

garantendo la partecipazione attiva dei soggetti direttamente interessati (cittadini immigrati, associazioni) e il contributo operativo e propositivo delle Istituzioni. Ciò significa affrontare il tema della sostenibilità e della garanzia della qualità dei servizi, migliorando la circolazione delle buone pratiche.

In particolare si intende promuovere un più organico e stringente Coordinamento tra i competenti Servizi del Comune di Napoli e della ASL Na 1 centro impegnato a garantire un costante monitoraggio/valutazione delle azioni e dei servizi in favore della popolazione immigrata e una loro eventuale rimodulazione alla luce delle valutazioni effettuate e dei cambiamenti determinati dalla dinamicità che caratterizza il fenomeno migratorio. Nello stesso tempo è necessario che tale funzione di coordinamento sia utilizzata anche per fronteggiare situazioni emergenti e criticità che richiedano in via straordinaria l'adozione di specifiche misure che esigono il coinvolgimento dei due enti per le rispettive e specifiche competenze.

Tale complessiva funzione sarà esercitata attraverso la convocazione periodica, a cadenza stabile, da parte dell'Ufficio di Piano del Comune di Napoli di un tavolo di coordinamento, al quale saranno invitati a partecipare i Dirigenti e i referenti dei competenti Servizi del Comune e della ASL.

AREA CONTRASTO ALLA POVERTA' – Persone senza dimora

La rete degli interventi di accoglienza

E' necessario ripensare complessivamente il sistema di intervento in particolare in relazione alle strutture di accoglienza per le persone senza dimora differenziando e specializzando la risposta in ragione dell'utenza e della tipologia di prestazioni. È necessario, inoltre mettere in rete attraverso procedure formalizzate e luoghi organizzativi e gestionali destinati, le risorse già attive nell'ambito dell'emergenza sociale operanti, allo stato attuale in maniera categoriale e non coordinata. In questo senso occorre dare continuità agli interventi già attivati (unità mobile, accoglienza a bassa soglia, accoglienza di secondo livello e centri diurni).

L'analisi del contesto cittadino ha evidenziato la necessità di un potenziamento dei posti di accoglienza a bassa e bassissima soglia, nei luoghi di maggiore concentrazione dalle persone senza dimora. In particolare in seguito alla ristrutturazione della stazione centrale e della zona antistante si è registrato un esodo delle persone senza dimora nelle zone limitrofe (Gianturco, Via Argine...) che risultano, allo stato attuale maggiormente degradate e prive di servizi specifici.

In questo senso l'intervento delle Unità mobili risulta sottodimensionato in assenza di luoghi di accoglienza temporanea.

Si propone pertanto l'attivazione di luoghi di accoglienza a bassa e bassissima soglia nelle immediate vicinanze della stazione centrale con i seguenti obiettivi:

- Offrire una risposta concreta a bisogni primari, la cui soddisfazione è importante per la salute fisica e mentale (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi, avere materiale sterile, un luogo dove passare il tempo e socializzare, ecc...);
- favorire l'accesso delle persone alla rete dei servizi per un ottimale utilizzo delle risorse del territorio;
- agganciare le persone che non afferiscono ai servizi;
- realizzare interventi di riduzione del danno;

Si provvederà, inoltre a ridefinire la mission istituzionale del Centro di Prima Accoglienza di Via De Blasiis quale struttura "intermedia" o di secondo livello, finalizzata a favorire il reinserimento sociale e lavorativo degli ospiti. Saranno dunque riviste le modalità e gli orari di funzionamento della struttura e saranno realizzate attività diurne di tipo sociale e laboratoriale, con l'utilizzo di professionalità specifiche.

Occorre realizzare una complessiva revisione e ristrutturazione della Rete ridefinendo anche il ruolo del Centro di Coordinamento e della Centrale Operativa, con l'obiettivo di

migliorare e potenziare le attività di coordinamento degli enti che operano nel campo delle emergenze sociali. Saranno inoltre resi più efficaci ed efficienti sia il coordinamento iter istituzionale e tra servizi del Comune di Napoli e i servizi dell'ASL Na 1 che il livello tecnico di coordinamento integrazione.

AREA SALUTE MENTALE

Le prospettive di evoluzione da proporre per questa Area di intervento, risultano essere riconducibili in linea di massima a 5 aree prioritarie di intervento:

- promozione e qualificazione degli interventi di Assistenza Domiciliare. L'intervento di sostegno domiciliare per pazienti psichiatrici è volto a mantenere e/o recuperare autonomie personali e di organizzazione domestica. Il servizio rappresenta uno strumento per garantire alla persona di rimanere a vivere nel proprio contesto di vita evitandogli lo sradicamento del un ricovero in struttura.
- potenziamento e qualificazione dei servizi di riabilitazione psicosociale di tipo residenziale con la costruzione di strutture abitative in forma di comunità alloggio e di gruppi appartamento per utenti psichiatrici con gravi problematiche sociali e con seri rischi di esclusione ed emarginazione dai contesti comunitari di appartenenza.
- percorsi di inserimento lavorativo a favore di persone con problematiche psichiatriche, prevedendo e realizzando progetti di inserimento socio-lavorativo, utilizzando uno strumento ormai sufficientemente validato, quale quella della "borsa lavoro";
- promozione e potenziamento degli interventi di prevenzione e di informazione sulla salute mentale.

Per questa prima annualità sarà possibile verificare le modalità per strutturare in maniera più adeguata la risposta socio-sanitaria integrata rispetto all'accoglienza in strutture residenziali a bassa intensità, come previsto nell'ambito della normativa relativa alle prestazioni socio-sanitarie a compartecipazione della spesa tra ASL e Comune. Questa tipologia di accoglienza si caratterizza come livello intermedio indispensabile tra le prestazioni a più elevata intensità sanitaria e il gruppo appartamento che invece rappresenta un intervento rivolto a sostenere il reinserimento sociale e il percorso verso l'autonomia.

Va implementata la funzione dell'*Osservatorio sulla Salute mentale* all'interno del Comitato comunale sulla salute e sanità istituito con Deliberazione n.15 del 17/01/2013, quale strumento di monitoraggio, trasformazione e critica delle basi teorico-pratiche delle prassi operative con i seguenti obiettivi:

- Monitoraggio del rispetto integrale dei diritti delle persone sofferenti (visibilità dei presidi territoriali del dipartimento di salute mentale, accesso rapido e non selettivo alle cure, rapidità della presa in carico, efficacia della presa in carico sociosanitaria, sostegno pieno e convinto a politiche di sostegno della famiglia delle persone sofferenti);
- Monitoraggio dei trattamenti sanitari obbligatori con esame accurato delle condizioni e circostanze che hanno impedito il ricorso a cure domiciliari o in luoghi altri che evitino il ricorso a cure ospedaliere;
- Monitoraggio delle azioni di collegamento in rete tra agenzie sanitarie, agenzie sociali, mondo del lavoro, mondo della scuola per la lotta contro lo stigma, per la prevenzione delle malattie mentali, per l'inclusione lavorativa non assistenziale dei sofferenti psichici;
- Monitoraggio del grado di soddisfacimento dei sofferenti psichici per il funzionamento dei servizi integrati e per il grado di coinvolgimento attivo negli interventi che li riguardano.

AREA INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Allo stato attuale il Comune è tenuto a compartecipare con la ASL le prestazioni previste dalla nominata Deliberazione di GR (secondo quanto già previsto dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01) e di seguito indicate:

- Assistenza Domiciliare – prestazioni di assistenza tutelare
- Residenze Sanitarie Assistite
- Centri Diurni per Disabili (Centri di Riabilitazione)
- Centri Diurni per Anziani e pazienti affetti da demenza

L'Assistenza Domiciliare Integrata

E' un servizio socio-assistenziale unitario e globale, organizzato in modo da offrire prestazioni all'utente e/o al nucleo familiare presso la propria residenza e/o dimora, al fine di favorire la permanenza nell'ambiente sociale e familiare di appartenenza.

Inoltre, in relazione all'avvio del complesso processo di estensione delle competenze delle UVI, in precedenza operanti esclusivamente per il Sistema Integrato di Cure Domiciliari, anche alle prestazioni socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali per anziani e disabili, si è reso necessario porre in essere, in un quadro unitario di intervento, prassi operative nuove volte a standardizzare la procedura di accesso e di valutazione degli utenti residenti nel territorio cittadino. A tal fine, in attuazione alle Delibere della Giunta Regionale n. 323 e n. 324 del 03.07.2012, il Comune di Napoli e l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 hanno recepito lo strumento "S.VA.M.DI. Campania – Scheda di valutazione multidimensionale per la persona adulta con disabilità" e la "S.VA.M.A. Campania – Scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte e anziane" per l'accesso alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, sociali, la dimissione e/o la riqualificazione del regime assistenziale predisponendo, in maniera congiunta, un calendario di incontri informativi/formativi per gli attori di sistema che concorrono alla valutazione e alla presa in carico di persone adulte con disabilità e anziani.

Residenze Sanitarie Assistite, Centri Diurni per Anziani e pazienti affetti da demenza, Centri Diurni per Disabili (Centri di Riabilitazione)

Certamente occorre privilegiare la permanenza dell'anziano a domicilio, ma si rende necessario, alla luce dei forti cambiamenti della società e della famiglia e del notevole incremento di anziani non autosufficienti soli o senza un valido supporto familiare, assicurare anche una adeguata assistenza residenziale quando non è possibile attivare l'assistenza domiciliare.

Le RSA e le strutture semi-residenziali per anziani non autosufficienti costituiscono strutture socio-sanitarie la cui gestione è finanziata con il fondo sanitario e dai comuni (DPCM 14.02.2001 e DPCM 29.11.2001 e successivi atti di recepimento regionali).

Esse rappresentano una necessaria integrazione ai servizi forniti dall'A.D.I., al fine di garantire una rete di continuità assistenziale che consenta il passaggio degli utenti da un regime assistenziale ad un altro, quando mutano le condizioni cliniche e di autosufficienza o familiari.

Le RSA, attualmente, non hanno una disponibilità di posti letto per rispondere adeguatamente al bisogno e pertanto devono essere potenziate.

Va affrontato, inoltre, il problema dell'accoglienza residenziale di disabili e anziani non autosufficienti, che non presentano bisogni sanitari complessi e che, quindi, non risultano eleggibili in RSA (strutture a medio ed alto carico assistenziale sanitario). E', dunque, necessario promuovere l'accreditamento di strutture di tipo tutelare anche attraverso il supporto alla riconversione di alcune strutture attive in Comunità di tipo tutelare, provvedendo altresì a definire in maniera più analitica i requisiti di accesso alle diverse tipologie di strutture.

In tutti i casi (RSA della ASL o Comunità Tutelari del Comune) rimane insoluta la problematica "umana" dei numerosi trasferimenti degli anziani istituzionalizzati da diversi

anni. Questo peregrinare alla fine della vita non è dignitoso ed occorre, con urgenza, promuovere l'attivazione di strutture polivalenti per non autosufficienti (Comunità Tutelare ed RSA) presso le Case di Riposo. In questo modo un anziano autosufficiente o parzialmente autosufficiente, ospite da anni presso una Casa di Riposo, nel caso di una acuzie che comporti uno stato di non autosufficienza ed il ricovero in Ospedale (es. frattura femore, ictus cerebrale ecc.), eviterà, dopo il ricovero, di subire un ulteriore trasferimento (talora in strutture ubicate in altri comuni) e potrà rientrare nel luogo ove ha vissuto per anni.

Con Delibera di G.R. n. 50/12 la Regione Campania ha emanato significative direttive in materia di prestazioni sociosanitarie a compartecipazione della spesa, che hanno imposto una notevole accelerazione ai processi già avviati. Dal 1 ottobre 2012 è stato avviato un processo di rivalutazione congiunta dei soggetti già in carico dall'ASLNa1, utilizzando gli strumenti di valutazione indicati dalla Regione.

Nel corso dell'anno sarà necessario verificare e approfondire la questione dell'integrazione soci-sanitaria relativamente alle altre prestazioni socio-sanitarie per le quali non si sono ancora attivati percorsi congiunti organici di programmazione e gestione, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza residenziale per persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale e alle prestazioni di assistenza residenziale per persone affette da AIDS nella fase di lungo-assistenza

La programmazione delle prestazioni di cui sopra viene indicata nelle Schede 3.7.