

OCCASIONI E SPAZI PER L'INTEGRAZIONE TRA IL SOCIALE E IL SANITARIO IN ITALIA

a cura di

Marco Accorinti, Monia Giovannetti,
Annalisa Gramigna, Chiara Poli

7 SOCIOLOGIA E
SERVIZIO SOCIALE



Roma TrE-Press
2022

Università degli Studi Roma Tre
Dipartimento di Scienze della Formazione

NELLA STESSA COLLANA

1. E. PROIETTI, *Il lavoro nella learning society: la sfida delle competenze*, 2020
2. M. BURGALASSI, A. COCOZZA (a cura di), *Diseguaglianze e inclusione. Saggi di sociologia*, 2020
3. B. MORSELLO, *Ibride. L'esperienza del cancro al seno tra mutazione genetica e identitaria. Un'analisi sociologica*, 2021
4. M. BURGALASSI, P. GALEONE, L. PACINI (a cura di), *I Vent'anni della Legge 328 del 2000 nella penisola. Le trasformazioni del welfare locale*, 2021
5. C. TILLI (a cura di), *Spazio al tempo. Significato e uso del tempo per gli assistenti sociali, tra responsabilità e contesto organizzativo*, 2021
6. D. PALMISANO, *Come soli dentro al mare. Storie di minori migranti*, 2022

Università degli Studi Roma Tre
Dipartimento di Scienze della Formazione

OCCASIONI E SPAZI PER L'INTEGRAZIONE TRA IL SOCIALE E IL SANITARIO IN ITALIA

a cura di

Marco Accorinti, Monia Giovannetti,
Annalisa Gramigna, Chiara Poli

7 SOCIOLOGIA E
SERVIZIO SOCIALE



Roma TrE-Press
2022

La collana “Sociologia e servizio sociale” intende rappresentare l’area scientifica di sociologia e servizio sociale con una prospettiva multidisciplinare, multiprospettica e multidimensionale. È orientata allo studio della complessità culturale, sociale ed educativa, nonché dei processi economici ed organizzativi. Ha una particolare vocazione alla ricerca sociologica applicata anche nel campo del servizio sociale, con l’intento di informare le *public policy* di settore, in relazione alle emergenze poste dalla contemporaneità e agli obiettivi di uno sviluppo globale, inclusivo e sostenibile.

Direzione della Collana:

Marco Burgalassi, Antonio Cocozza.

Comitato scientifico della Collana:

Chiara Canta, Vincenzo Carbone, Cecilia Romana Costa, Marina D’Amato, Luca Diotallevi, Milena Gammaitoni, Mauro Giardiello, Enzo Lombardo, Andrea Spreafico, Claudio Tognonato.

Il volume pubblicato è stato sottoposto a previa e positiva valutazione nella modalità di referaggio *double-blind peer review*.

Coordinamento editoriale:

Gruppo di Lavoro *Roma TrE-Press*

Elaborazione grafica della copertina: **MOSQUITO** mosquitoroma.it

Caratteri tipografici utilizzati:

Avenir Next, Bellota Text, Quicksand (copertina e frontespizio)
Adobe Garamond Pro(testo)

Impaginazione e cura editoriale: Colitti-Roma colitti.it

Edizioni: *Roma TrE-Press* ©

Roma, dicembre 2022

ISBN: 979-12-5977-131-5

<http://romatrepress.uniroma3.it>

Quest’opera è assoggettata alla disciplina *Creative Commons attribution 4.0 International License* (CC BY-NC-ND 4.0) che impone l’attribuzione della paternità dell’opera, proibisce di alterarla, trasformarla o usarla per produrre un’altra opera, e ne esclude l’uso per ricavarne un profitto commerciale.



L’attività della *Roma TrE-Press* è svolta nell’ambito della
Fondazione Roma Tre-Education, piazza della Repubblica 10, 00185 Roma

Indice

<i>Presentazione di</i> VERONICA NICOTRA	7
MARCO ACCORINTI, MONIA GIOVANNETTI, ANNALISA GRAMIGNA e CHIARA POLI, <i>Introduzione.</i> <i>Il tema dell'integrazione socio-sanitaria dopo venti anni dalla Legge n. 328 del 2000</i>	11
SAMANTHA PALOMBO, <i>Il percorso di Penisola sociale e il lavoro istituzionale</i>	17

PARTE I

ASSETTI ISTITUZIONALI DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'EREDITÀ DELLA LEGGE N. 328 DEL 2000

ANNAMARIA PERINO, <i>L'integrazione socio-sanitaria: dalla teoria alla pratica</i>	23
EMANUELE ROSSI, <i>L'integrazione tra sociale e sanitario: una "vecchia storia" che fatica a diventare realtà</i>	41
MICHELANGELO CAIOLFA, <i>Accettare la complessità</i>	51
<i>Documento del gruppo di lavoro di Penisola sociale sull'integrazione socio-sanitaria in Italia: linee di azione e proposte operative</i>	63

PARTE II

ANALISI E RIFLESSIONI SULLA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

<i>Relazione introduttiva di</i> LUCA VECCHI	87
<i>Interventi di</i>	
TIZIANA FRITTELLI	93
PIERCIRO GALEONE	97
GIANMARIO GAZZI	99
CRISTIANO GORI	101
ALESSANDRA LOCATELLI	105
ROBERTO SPEZIALE	109
LIVIA TURCO	113
<i>Intervento conclusivo dal</i> Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, ANDREA ORLANDO	117
<i>Postfazione di</i> MASSIMILIANO FIORUCCI, Magnifico Rettore Università degli Studi Roma Tre	121

L'integrazione socio-sanitaria: dalla teoria alla pratica

Annamaria Perino

Università di Trento

1. L'integrazione socio-sanitaria: definizione e principi

Parlare di integrazione *socio-sanitaria* significa fare riferimento a quell'insieme di indicazioni finalizzate a promuovere la collaborazione tra servizi sanitari e servizi sociali, al fine di rispondere in maniera globale ai bisogni della popolazione (Bissolo, Fazzi 2005). Due, infatti, sono gli aspetti che assumono rilevanza: da una parte la necessità di considerare la persona come un *unicum* e, dall'altra, l'opportunità di creare modalità collaborative tra il comparto sociale e sanitario, allo scopo di condividere obiettivi e individuare risposte adeguate ai bisogni della popolazione (Perino 2018a).

Affonda le sue radici in alcuni importanti principi, riconducibili ai concetti di seguito elencati (Bissolo 2005; Perino, Pesaresi 2022):

- a) Malattia e Salute.* La diffusione del concetto di salute come benessere globale della persona (WHO 1978) ha portato al superamento di quell'approccio che considerava il corpo umano come una macchina che poteva subire danni ed essere sottoposta a riparazioni e si dispiegava in un percorso che prendeva avvio dall'identificazione dei sintomi, passava attraverso una serie di esami diagnostici e arrivava a identificare una patologia e ad attribuirle una cura. La focalizzazione eccessiva sugli aspetti fisici della malattia di questo approccio tradizionale, caratterizzato da elevata medicalizzazione degli interventi e scarsa umanizzazione e personalizzazione delle cure, ha portato a valorizzare l'approccio bio-psico-sociale, in linea con il moderno concetto di salute e in grado di valorizzare i fattori psico-sociali e relazionali che conducono al benessere;
- b) Curare e prendersi cura.* Non essendo gli esiti delle cure sanitarie identificabili esclusivamente nella guarigione completa e nella

morte, è possibile individuare percorsi che possono condurre a scenari diversi. Si va dalla “guarigione ritardata” (disabilità temporanea), alla “guarigione sufficiente” (disabilità permanente che però non limita l’autonomia); dalla “guarigione dipendente” (disabilità permanente che, invece, limita l’autonomia) alle “cure palliative” (messa in pratica di azioni che mirano a lenire il dolore, il disagio psicofisico e socio-relazionale in caso di accertata impossibilità di guarigione). Ciò comporta che le attività di cura (*cure*) prettamente sanitari e vadano erogate sinergicamente con quelle di *care*, di natura sociale, in una logica che integra aspetti biologici e aspetti psico-sociali;

- c) *Concezione di persona*. La logica che sottende all’integrazione *socio-sanitaria* presuppone che la persona sia considerata come un “unicum” e non come un insieme di parti che vanno trattate separatamente; ciò permetterebbe di valutare i bisogni in maniera globale e di fornire a essi risposte integrate, che evitano separazioni e manipolazioni;
- d) *Contesto*. È un elemento molto importante che va tenuto in considerazione al fine di erogare servizi e interventi coerenti con le esigenze e i vissuti delle persone, con gli spazi e gli ambiti nei quali si dispiegano gli anni dell’esistenza delle stesse, nonché con le risorse e i vincoli che li caratterizzano;
- e) *Utilizzo ragionevole delle risorse*. Il fatto che ci siano continui tagli nelle risorse economiche destinate ai comparti sanitario e sociale e l’esigenza di utilizzarle in maniera ragionevole spinge i due ambiti di intervento a utilizzare forme di collaborazione che privilegino logiche di integrazione dei costi e di ottimizzazione delle risorse.

Alla luce di quanto esposto si può quindi affermare che obiettivo dell’integrazione socio-sanitaria sia quello di considerare – in maniera globale e integrata – tutti gli aspetti che contribuiscono alla realizzazione del benessere della persona (biologici, psicologici, socio-relazionali, spirituali) in linea con la accezione di salute dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 1978). Obiettivo che diventa realizzabile se si parte dai reali bisogni della persona, dalle sue capacità e dalle sue aspettative, se si dà rilievo al contesto in cui la stessa vive e alle risorse disponibili, se si utilizzano in maniera oculata le risorse finanziarie.

2. Livelli, attori e strumenti dell'integrazione socio-sanitaria

La realizzazione delle azioni finalizzate alla costruzione dell'integrazione socio-sanitaria passa attraverso quelli che sono considerati i livelli dell'integrazione (Perino 2005 e 2018b): istituzionale, gestionale, professionale¹.

Il *Livello istituzionale* fa riferimento ai rapporti esistenti tra le istituzioni che hanno la responsabilità di realizzare le politiche pubbliche e rinvia a numerosi strumenti, normativi e di pianificazione.

Il *livello gestionale* attiene alle modalità attraverso le quali gli attori chiamati a realizzare l'integrazione tra i due comparti gestiscono i servizi sociali e sanitari e prende in considerazione strumenti normativi come gli accordi di programma o le convenzioni e strumenti organizzativi come i modelli di gestione.

Il *livello professionale*, infine, si riferisce alle relazioni tra gli operatori sanitari e sociali e alle modalità che essi utilizzano per effettuare la valutazione globale dei bisogni e la progettazione di interventi integrati. Inevitabile, in questo caso il riferimento al lavoro d'*équipe* e agli altri strumenti che permettono di valutare e gestire i bisogni e le risposte a essi indirizzate in maniera globale.

Ciascuno dei suddetti livelli presuppone la presenza e l'interazione di diversi attori, chiamati a individuare strategie e strumenti operativi che permettono di realizzare azioni sinergiche.

Lo Schema che segue (numero 1) sintetizza, per ciascun livello, attori e strumenti di riferimento.

Si tratta di un sistema organizzato in maniera reticolare in cui sono presenti numerosi attori, chiamati a realizzare azioni diverse, con livelli differenziati di responsabilità.

Al vertice del suddetto sistema troviamo lo Stato, chiamato a fissare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali² e a elaborare norme e piani di settore; seguono le Regioni, che hanno il compito di emanare le norme di settore³ e di redigere i piani di intervento— sociali e sanitari —

¹ Le indicazioni relative ai livelli dell'integrazione socio-sanitaria si rinvergono nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che, concentrandosi sull'idea di patto di solidarietà per la salute, introduce un approccio innovativo, fondato su due importanti concetti: a) quello di *salute come bene pubblico* da fruire su scala universalistica; b) quello della *condivisione di responsabilità* per la sua promozione e tutela (Perino 2018).

² Il compito è in gran parte inattuato per l'ambito sociale.

³ Si ricorda che, in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione, le Regioni hanno potestà legislativa *esclusiva* in ambito socio-assistenziale e *concorrente* in ambito sanitario.

regionali. A livello locale sono numerosi gli attori – pubblici, privati e di Terzo settore – incaricati di progettare, organizzare e gestire, in maniera congiunta, i servizi e gli interventi sociosanitari. A questo livello assume un ruolo decisivo il Distretto sanitario, a cui competono le attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, al fine di garantire alla popolazione di riferimento l'accesso a vari servizi (assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza ad anziani e disabili, assistenza domiciliare integrata, assistenza e cura delle tossicodipendenze, assistenza e cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia etc.). Decisiva risulta essere la realizzazione di *partnership* tra i Distretti e i Comuni per poter superare il dualismo tra servizi sociali, di competenza degli enti locali, e servizi sanitari, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Schema 1 - *Livelli, attori e strumenti dell'integrazione socio-sanitaria*

Livello	Attori	Strumenti
Istituzionale	Stato, Regioni/Province autonome, ASL, AO, Comuni, Terzo settore	LEA e LIVEAS, leggi, piani sanitari e/o socio-sanitari nazionali e regionali, piani delle attività territoriali, piani di zona etc.
Gestionale	ASL, AO, Comuni, Aziende sociali, Aziende private, Terzo settore	Convenzioni, accordi di programma, linee guida, protocolli d'intesa, modelli di gestione etc.
Professionale	Operatori sanitari e sociali, pubblici e privati	Formazione congiunta, lavoro in <i>équipe</i> multidisciplinari, sistemi informativi, linee guida, <i>case management</i> etc.

Fonte: Perino A. (2018b), su rielaborazione di chi scrive.

Tra gli strumenti potenzialmente utilizzabili per conseguire l'integrazione a livello istituzionale, un posto particolare va riservato alla pianificazione socio-sanitaria, identificabile come quel complesso di attività di pianificazione strategica e programmazione delle istituzioni locali (Regioni, Province, Comuni, ASL etc.) che permette di organizzare risposte e interventi globali

per fronteggiare i bisogni delle persone e favorire il loro coinvolgimento e partecipazione. Il Piano di Zona, illustre esempio di pianificazione locale, infatti, rende possibile la programmazione integrata delle politiche sociali di un determinato territorio, l'unificazione delle risorse disponibili e la loro negoziazione in base ai bisogni di ciascun territorio. È uno strumento ricco di potenzialità, che permette di: coinvolgere tutti gli *stakeholder*; leggere e interpretare il territorio; analizzare i bisogni e i problemi della popolazione; riconoscere e mobilitare le risorse – pubbliche, private e di Terzo settore - presenti sul territorio; definire obiettivi e priorità da perseguire nel triennio di riferimento e individuare le relative risorse da destinare loro; stabilire modalità gestionali idonee a garantire l'utilizzo di approcci integrati; prevedere sistemi per la verifica e la valutazione delle attività realizzate.

Tra gli strumenti dell'integrazione gestionale una menzione particolare va riservata ai modelli di gestione, in particolare alla delega e al consorzio, che in virtù delle caratteristiche possedute, favorirebbero il lavoro integrato tra sociale e sanitario.

La delega, grazie al trasferimento delle funzioni di gestione dei servizi sociali dagli Enti locali, titolari delle stesse, alle Aziende Sanitarie Locali (D.lgs. n. 502 del 1992), dovrebbe favorire l'integrazione tra servizi sociali e sanitari in quanto l'attribuzione delle competenze di gestione del sociale all'ASL consentirebbe di realizzare la gestione unitaria dei servizi alla persona. I rapporti tra ente delegato e delegante vengono regolati da una apposita convenzione e, se la delega è attribuita all'ASL da parte di più Comuni facenti capo ai Distretti della stessa, sono previste assemblee rappresentative dei Comuni con funzioni di indirizzo politico-amministrativo e di approvazione degli atti dell'Azienda sulle materie delegate. Le prestazioni vengono generalmente erogate nell'ambito dei servizi distrettuali; i servizi oggetto di delega sono regolamentati da specifici accordi di programma.

Il consorzio, contrariamente alla delega, presuppone la creazione di un nuovo soggetto giuridico; è un istituto giuridico (articolo 31, D.lgs. n. 267 del 2000 – ex articolo 25, Legge n. 142 del 1990) che disciplina un'aggregazione volontaria, legalmente riconosciuta, finalizzata a coordinare e regolare iniziative comuni per lo svolgimento di specifiche attività. Può risultare dall'unione di diversi enti pubblici (Comuni, Comunità montane, Aziende sanitarie etc.) intenzionati a gestire in forma associata i servizi di un determinato territorio e che partecipano alla realizzazione delle suddette attività attraverso quote. Si tratta di un ente strumentale di più enti locali, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia gestionale,

organizzativa e finanziaria. Per costituire un consorzio è necessario predisporre una convenzione fra i soggetti che intendono consorziarsi e uno statuto che ne disciplini organizzazione e funzionamento⁴.

Il Consorzio dovrebbe favorire l'integrazione socio-sanitaria perché la sua struttura - esistenza di un unico ente che ricomprende dimensione sociale e dimensione sanitaria e che fa collaborare i diversi attori - consente di gestire in maniera unitaria le attività dei due comparti, utilizzando strumenti di programmazione integrati e strategie condivise che permettono di effettuare la valutazione integrata dei bisogni e di coinvolgere di tutti gli attori implicati.

A livello professionale l'armonizzazione delle competenze e delle attività dei professionisti chiamati a interagire si rende possibile grazie ad azioni che abitano i professionisti a lavorare fianco a fianco, e con strumenti che permettano il rapido passaggio delle informazioni tra i due settori (sistema informativo, cartelle socio-sanitarie informatizzate etc.), e attraverso attività formative mirate (Perino 2005b). Di assoluta rilevanza è, a questo livello, la costituzione di unità integrate destinate a effettuare la valutazione multidisciplinare dei bisogni sanitari e assistenziali. La complessificazione delle situazioni di bisogno, infatti, richiede che si lavori in *équipe*, grazie all'interazione di gruppi di lavoro accomunati da obiettivi professionali condivisi (Perino 2010).

Al fine di testimoniare l'importanza della valutazione multidimensionale del bisogno e della presa in carico congiunta e proattiva possono essere citate le Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), gruppi di lavoro composti da professionisti del comparto sanitario e sociale a cui è affidato il compito di fornire una lettura multidimensionale della situazione dei cittadini con bisogni socio-sanitari complessi e di individuare le risposte più opportune grazie alla definizione dei Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI) o i Punti Unici di Accesso (PUA), strutture operative composte da operatori sanitari e sociali, che permettono la presa in carico del bisogno complesso e l'accesso unitario e semplificato al sistema dei servizi.

4. Il percorso dell'integrazione socio-sanitaria in Italia

I motivi che hanno sollecitato l'interesse per la tematica oggetto di riflessione e che, successivamente, hanno contribuito alla sua diffusione

⁴ Organi del Consorzio sono: Presidente, Direttore, Consiglio di amministrazione, Assemblea consortile. A ciascuno di essi sono attribuite specifiche funzioni e responsabilità.

ed evoluzione, sono connessi a una serie di eventi che hanno investito la società e che hanno fatto emergere la necessità di implementare la collaborazione tra servizi sanitari e servizi sociali. Si pensi alla diffusione di tutte quelle problematiche e patologie cronico-degenerative a carattere invalidante o al progressivo aumento di quelle malattie che progrediscono lentamente o si stabilizzano nel tempo, situazioni per le quali non sono sufficienti solo risposte di tipo sanitario; alla trasformazione del ruolo e della struttura della famiglia, che non è più in grado di reggere totalmente il carico assistenziale dei suoi membri fragili; alla diffusione di approcci multidimensionali che, in sintonia con la nuova concezione di salute, suggeriscono di prendere in considerazione non solo gli aspetti strettamente biologici del benessere ma anche quelli socio-psico-relazionali; alla necessità di ridurre gli sprechi e di evitare duplicazioni di interventi e sovrapposizioni di competenze, stante la progressiva riduzione delle risorse economiche a disposizione; alla nuova sensibilità dei cittadini nei confronti della qualità dei servizi, sviluppata sia per la diffusione di modalità di comunicazione rapide e globali (internet, social media etc.), sia per l'implementazione di forme di coinvolgimento e partecipazione della cittadinanza nella programmazione locale (pianificazione zonale, progettazione sociale partecipata etc.) (Perino 2018b).

I tentativi di trovare risposte ai problemi menzionati sono stati accompagnati da varie difficoltà, difficoltà che hanno connotato – e connotano tutt'oggi – l'articolato percorso di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria nel nostro Paese. Le difficoltà sono da rinvenire nella natura stessa della integrazione e negli elementi che ne determinano l'identità. Il fatto che le definizioni, le modalità operative e gli ambiti di applicazione dell'integrazione socio-sanitaria non sono né univoci né facili da individuare, perché derivano dalla messa in comune di culture, discipline e professioni diverse, nonché dalle azioni congiunte di numerosi attori – pubblici e privati – e dall'utilizzo di variegati strumenti, hanno portato non solo a definire peculiari sistemi di servizi regionali, ma anche a rendere difficile la definizione del quadro nazionale dell'integrazione socio-sanitaria.

Nelle leggi di riforma dei servizi sanitari e sociali, tuttavia, si rinvencono precise indicazioni che permettono di identificare l'integrazione tra servizi sociali e sanitari come lo strumento che consente di realizzare le finalità delle suddette leggi ma anche di costruire il sistema dei servizi.

Nella prima riforma sanitaria (prevista dalla Legge n. 833 del 1978) pur non essendoci espliciti riferimenti alla necessità di costruire un sistema integrato di servizi, è evidente che le innovazioni introdotte spingono in quella direzione: si pensi alla creazione del Servizio Sanitario Nazionale, che

fa leva sull'universalismo, sulla prevenzione, cura e riabilitazione e suggerisce di orientarsi verso politiche integrate (Toniolo 2018).

Nella seconda riforma sanitaria (Decreti legislativi n. 505 del 1992 e n. 517 del 1993) si assiste a una sorta di battuta di arresto nel percorso di costruzione dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari, essendo la riforma prevalentemente concentrata su aspetti di razionalizzazione della spesa, di efficacia ed efficienza dei servizi, di responsabilizzazione della dirigenza. La trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in Aziende Sanitarie Locali testimonia bene questa esigenza di ottenere risultati di "qualità" ma evidenzia anche una separazione nella gestione dei servizi: la competenza dei servizi sociali è di pertinenza dei Comuni, quella dei servizi sanitari è, invece, delle Regioni, da cui dipendono le ASL. Non è casuale il fatto che, verso la fine degli anni Novanta del Novecento, in alcune realtà del nostro Paese vengono sperimentati peculiari modelli di gestione dei servizi sociali, alcuni dei quali ideati proprio allo scopo di favorire l'integrazione tra comparto sanitario e comparto sociale⁵.

Con la terza riforma sanitaria (D.lgs. n. 229 del 1999) vengono recuperati quegli aspetti che erano rimasti sopiti, integrazione socio-sanitaria compresa. La legge, oltre a riaffermare i principi introdotti con la normativa precedente (si pensi all'universalismo, all'equità, al regionalismo etc.), si propone di riordinare il SSN, cercando di costruire un modello unico nazionale di erogazione dei servizi che assume l'integrazione socio-sanitaria come indicazione strategica (Toniolo 2009). Essa viene identificata come la risultante di uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione; si stabilisce, infatti, che «la programmazione concertata degli interventi socio-sanitari va attuata in ambito distrettuale, grazie a intese programmatiche tra le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e le rappresentanze dei Comuni associati, tenendo conto delle normative regionali derivanti dall'applicazione dell'articolo 3 del D. lgs. n. 112/1998» (Perino 2018a, p. 24).

La Legge n. 328 del 2000, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, è attraversata trasversalmente dal concetto di integrazione. Essa cambia radicalmente il concetto di assistenza: al centro del sistema viene posta la persona nella sua interezza e, di conseguenza, gli interventi assumono la caratteristica della globalità. Se la prevenzione, la cura e il recupero delle persone che presentano disagio sociale presuppongono il ricorso a politiche integrate (lavoro,

⁵ Si pensi, a titolo esemplificativo ai Consorzi, alle Aziende per i servizi sociali, alla "delega partecipata" (Cipolla, Perino, 2004; Perino 2005a).

formazione, salute), è evidente che la realizzazione del benessere psico-fisico delle stesse non possa prescindere dal lavoro sinergico tra servizi sanitari e sociali (Perino 2018a). Nella legge si fa esplicito riferimento alla programmazione, articolata su tre livelli – nazionale, regionale e locale – e strettamente connessa ai livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS); essa, soprattutto quella che sviluppa a livello locale, assurge a strumento di realizzazione dell'integrazione delle politiche di un territorio.

Nel 2001 due importanti atti di indirizzo, il DPCM del 14 febbraio e il DPCM del 29 novembre, giungono ad arricchire il quadro delle riforme. Il primo, ponendosi l'obiettivo di individuare le prestazioni sociosanitarie⁶, di precisare i criteri di finanziamento e i destinatari delle stesse, sembra ricomporre la rottura tra servizi sanitari e sociali, proponendo interventi che hanno la finalità di soddisfare in maniera globale le esigenze complesse dei cittadini (bisogni sanitari, sociali, economici, psicologici, relazionali, spirituali); il secondo, nel definire i livelli essenziali di assistenza (LEA)⁷, prestazioni e servizi che il SSN deve garantire a tutti i cittadini, in maniera gratuita o dietro pagamento di un *ticket*, pone in evidenza - accanto alle prestazioni sanitarie –anche quelle nelle quali la componente sanitaria e sociale non sono distinguibili.

Infine, nello stesso anno, con l'emanazione della Legge costituzionale n. 3, comunemente denominata "riforma del titolo V", viene modificata la potestà legislativa di alcuni attori. Se lo Stato assume la titolarità di alcune materie specifiche, rilevanti dal punto di vista politico-istituzionale, alle Regioni viene attribuita la potestà *legislativa concorrente* in alcune materie (la sanità è tra queste) ed *esclusiva* in altre (tra cui l'assistenza sociale). Ciò comporta che, in ambito sanitario, lo Stato determina i principi generali e le Regioni esercitano la potestà legislativa e regolamentare e che, in ambito socio-assistenziale, le Regioni possono legiferare liberamente, nel rispetto della Carta Costituzionale e dei livelli essenziali di assistenza stabiliti dallo Stato. Risulta quindi evidente che, a partire da questa riforma, non è più lo Stato a determinare le linee di indirizzo e di coordinamento delle politiche sociosanitarie ma sono le Regioni che, attraverso gli strumenti di programmazione di cui dispongono, sono chiamate a realizzare una rete più o meno integrata di servizi sociosanitari.

⁶ Tre sono le tipologie di prestazioni individuate: a) *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*; b) *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*; c) *prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria*.

⁷ I LEA vengono risultano essere organizzati in tre grandi aree: 1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 2. Assistenza distrettuale; 3. Assistenza ospedaliera.

Negli anni successivi i due Piani Sanitari Nazionali (PSN)⁸ predisposti (2003-2005 e 2006-2008), hanno portato avanti in maniera piuttosto decisa il tema dell'integrazione socio-sanitaria; successivamente non essendo più stati redatti i PSN, qualche importante indicazione collegabile all'obiettivo dell'integrazione tra sociale e sanitario può essere rinvenuta nei Patti per la Salute.⁹

4. L'attuale stato dell'arte: dalle criticità ai possibili correttivi

Alla luce di quanto finora esposto è possibile affermare sia che il percorso dell'integrazione socio-sanitaria non si possa considerare concluso, sia che esistono ampie differenze regionali.

Per poter ragionare sui possibili interventi migliorativi è opportuno partire dalle criticità che attualmente connotano le modalità di interazione tra servizi sanitari e sociali. Quelle più evidenti sono da rinvenire (Perino, Pesaresi 2022):

- nella complessità del sistema, che presenta numerosi attori, con ruoli e interessi diversificati;
- nell'ampia e diversificata produzione legislativa – a livello nazionale e locale – che non di rado genera confusione ed errori di interpretazione;
- nelle fonti di finanziamento. L'insufficienza dei fondi pubblici per la realizzazione dei servizi comporta rimpalli di responsabilità tra servizi sociali e sanitari;
- nella difficile assunzione di responsabilità. Non è raro che non si riesca a individuare un responsabile di percorso quando si lavora con professionisti di altri comparti;
- nella formazione del personale, che mette in evidenza l'insufficiente presenza di percorsi formativi per l'integrazione e, di conseguenza, la penuria di personale preparato a confrontarsi con altri professionisti;
- nella motivazione degli attori che agiscono spesso sulla spinta di un

⁸ Il Piano Sanitario Nazionale è identificato come principale strumento di programmazione in materia di salute e sanità nei testi delle riforme citate.

⁹ Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del SSN, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

approccio “ideologico”, scarsamente focalizzato sui vantaggi che potrebbe produrre il lavoro integrato sui soggetti implicati.

L'indicazione dei possibili correttivi in grado di fronteggiare le suddette criticità dovrebbe partire, a parere di chi scrive, dal livello istituzionale ed estendersi, a cascata, agli altri due livelli. E dovrebbe riguardare aspetti normativi e organizzativi.

Dal punto di vista normativo sarebbe opportuno:

- individuare un quadro di regole puntuali su cui impiantare il sistema di *governance* per l'integrazione socio-sanitaria a livello nazionale, regionale e locale, con particolare attenzione alla fase attuativa;
- coinvolgere maggiormente i Comuni nella definizione delle regole da parte delle Regioni; Il fatto che i Comuni si trovino a dover subire le decisioni potrebbe portarli a non sostenere l'integrazione;
- adeguare i “confini territoriali” tra ambiti sanitari e sociali; la coincidenza tra “zone” e distretti sanitari si realizza purtroppo solo in poche Regioni;
- ipotizzare la messa a disposizione di incentivi finanziari per quelle realtà che raggiungono obiettivi di integrazione socio-sanitaria;
- individuare modalità di coordinamento tra livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale.

Dal punto di vista organizzativo, invece, sarebbe auspicabile:

- rafforzare gli organici dei Comuni, con la messa a disposizione di personale preparato a lavorare in *équipe* su problematiche sociosanitarie;
- integrare le *équipe* di lavoro sanitarie con i professionisti del sociale¹⁰;
- adeguare gli strumenti di programmazione locale dei Comuni e del Distretto, con l'individuazione di un'unica strategia programmatica che unisca i Piani delle Attività Territoriali e i Piani di Zona;
- definire accordi dettagliati tra Comuni e ASL al fine di individuare efficaci meccanismi di coordinamento delle attività.

L'ipotesi è che si riesca finalmente a implementare un modello operativo che consideri la persona come baricentro dell'azione professionale, in

¹⁰ Non sempre questo si verifica, anche laddove la normativa lo preveda. Un caso emblematico è quello delle Cure Palliative. Pur esistendo, in questo ambito, una legge (Legge n. 38 del 2010) che parla di *équipe* multiprofessionali in cui sono presenti anche gli assistenti sociali, non in tutte le realtà del nostro Paese ciò si realizza.

continua interazione con quattro forze esterne che con essa interagiscono (figura 1):

- a) il territorio, come luogo che connota i bisogni e fornisce le risorse necessarie a individuare le risposte;
- b) i servizi pubblici, come attori responsabili del benessere globale delle persone e chiamati a fornire risposte ai cittadini che si trovano in stato di bisogno;
- c) il Terzo settore, interlocutore privilegiato dell'attore pubblico e co-costruttore delle politiche di intervento socio-sanitario;
- d) la comunità, ambito di intervento e risorsa che permette di sviluppare senso di appartenenza, partecipazione ed *empowerment*.

Un simile modello consentirebbe di individuare i reali bisogni sociosanitari, contestualizzandoli, e di trovare risposte integrate, coinvolgendo tutti gli *stakeholder*, compresi i destinatari delle stesse. È proprio il lavoro effettuato a stretto contatto con il territorio e la comunità di riferimento che permette di sviluppare il senso di appartenenza e l'*empowerment*, in linea con l'approccio "*One Health*" (WHO 2017), un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline e sull'assunto che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente.

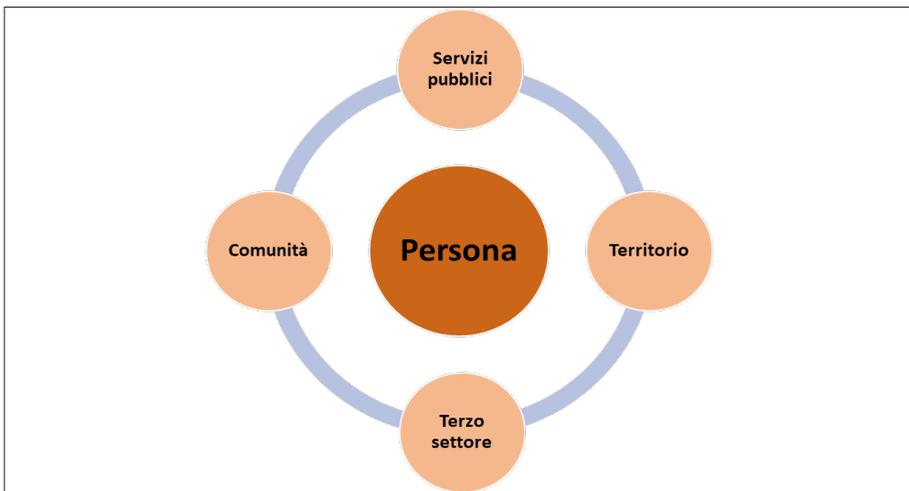


Figura 1 – Il modello operativo e i suoi elementi

5. Osservazioni conclusive

Se l'approccio “*One Health*” pare essere quello ideale per raggiungere la salute globale, in quanto affronta i bisogni delle persone più vulnerabili tenendo conto della relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, prendendo in considerazione l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge, l'integrazione socio-sanitaria risulta essere la modalità operativa che permette di dare concretezza a questo approccio.

Nelle pagine precedenti si è avuto di mettere in evidenza, da una parte, l'importanza del lavoro integrato tra comparto sociale e comparto sanitario e, dall'altra, le difficoltà insite nel rendere spendibile questa modalità operativa che vede implicati numerosi attori, che coinvolge diversi livelli e prevede l'utilizzo di svariati strumenti. Difficoltà particolarmente visibili nel corso della pandemia da Covid-19 che ha mostrato, in molte realtà, la fragilità della collaborazione tra servizi sanitari e sociali, oltre che tra ospedale e territorio.

Per la effettiva e concreta realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria occorrerebbe una sorta di “rivoluzione culturale” in grado di rivedere alcuni paradigmi consolidati e di valorizzare aspetti che sono rimasti latenti. Si pensi al rafforzamento del territorio, alla multidisciplinarietà e multisettorialità, alla formazione, alla prevenzione etc.; tutti elementi presi in considerazione dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), buona opportunità per attivare il cambiamento e rendere operativo il modello sopra presentato.

Se il rilancio del SSN parte dal considerare in maniera unitaria il sanitario e il sociale e presuppone il potenziamento dei servizi sociosanitari territoriali e dei servizi domiciliari, la promozione delle attività di prevenzione - in linea con l'approccio “*One Health*” - nonché la realizzazione del *welfare community*, basato sulla attuazione della c.d. “sussidiarietà circolare”¹¹, per fare in modo che Sanità, Sociale e Comunità Locale interagiscano con rapporti di collaborazione, progettazione e gestione congiunta, è necessario che gli attori chiamati in causa si attivino per realizzare un modello di intervento nuovo, in grado di riconoscere non solo la stretta connessione tra dimensione biologica e socio-psico-relazionale nella costruzione del benessere ma anche l'apporto che le professioni sociali possono fornire in questa direzione.

¹¹ Relazioni basate sulla creazione di beni relazionali e azioni di co-progettazione strategica (Zamagni 2016; Perino 2022).

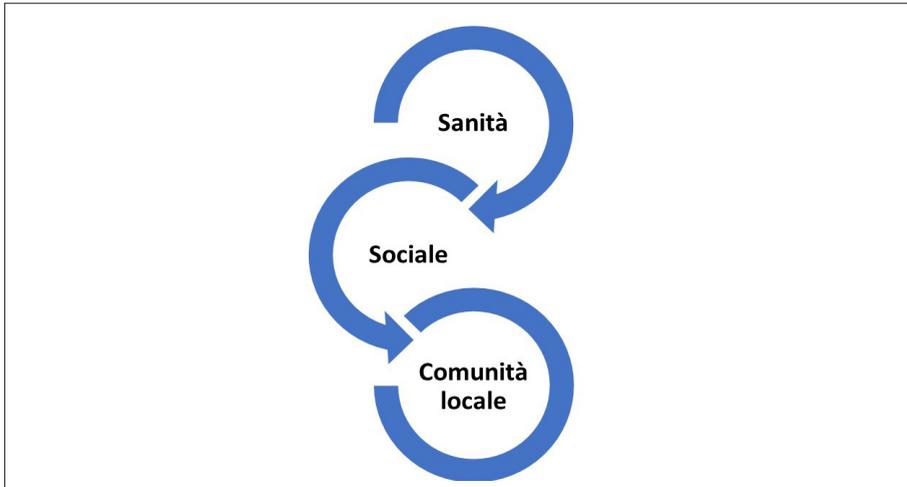


Figura 2 – *La necessaria circolarità delle relazioni*

Da qui la necessità di utilizzare al meglio tutti gli strumenti disponibili: dalle Case di Comunità alla Legge Quadro sulla disabilità; dalla riforma dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti al nuovo modello di assistenza domiciliare integrata.

L'auspicio è che si costruiscano solide alleanze tra enti pubblici, Terzo settore, mondo accademico e della ricerca, mondo delle imprese e parti sociali e che le suddette alleanze portino alla costruzione di una sorta di infrastruttura che consenta di tradurre in azioni concrete - a tutti i livelli - l'integrazione socio-sanitaria (figura 3), facendo tesoro dell'esperienza del passato e degli insegnamenti della pandemia.



Figura 3 – Le alleanze per l'integrazione

Bibliografia di riferimento

- AA.VV. (2021), *Gruppo di lavoro tematico sull'Integrazione Sociosanitaria. Raccolta delle sessioni di discussione, Penisola sociale – Osservatorio sulle Politiche sociali nelle Autonomie Locali*, Roma.
- Bissolo G. (2005), *I principi dell'integrazione socio-sanitaria*, in Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma.
- Bissolo G., Fazzi L. (2005) (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma.
- Brolis R. Maccani P, Perino A. (2018), *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Cipolla C., Perino A. (2004) (a cura di), *Oltre la delega. I Servizi sociali nei Comuni delle Ausl di Rimini e Bologna Nord*, Franco Angeli, Milano.
- Perino A. (2005a), *La delega*, in G. Bissolo e L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma.
- Perino A. (2005b), *I livelli dell'integrazione socio-sanitaria*, in G. Bissolo e L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma.

- Perino A. (2010), *Il servizio sociale. Strumenti attori e metodi*, Franco Angeli, Milano.
- Perino A. (2018a), *L'integrazione socio-sanitaria*, in Brolis R. Maccani P., Perino A., *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Perino A. (2018b), *Il sistema dell'integrazione socio-sanitaria; attori, livelli e strumenti*, in Brolis R. Maccani P., Perino A., *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Perino A. (2022), *Il welfare di comunità tra complessità dei bisogni, differenziazione delle risorse e sviluppo locale*, in R. Di Santo (a cura di), *Dalla comunità alla prossimità: le nuove sfide del welfare*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN).
- Perino A., Pesaresi F. (2022), *La collaborazione tra servizi sociali e sanitari*, in C. Gori (a cura di), *Le politiche del welfare sociale*, Mondadori, Milano.
- Toniolo F. (2009), *Sanità e Regioni. Dalla riforma "bis" del 1992 al "Nuovo patto per la salute 2006-08"*, Franco Angeli, Milano.
- Toniolo F. (2018), *Introduzione*, in Brolis R., Maccani P., Perino A., *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- World Health Organization (WHO) (1978), *Alma Ata 1978. Primary Health Care: Report of the Conference*, Genève.
- World Health Organization (WHO) (2017), *One Health*, 21 settembre, www.who.int.
- Zamagni S. (2016), *L'evoluzione dell'idea di welfare: verso il welfare civile*, "UbiMinor", n. 5.

Normativa di riferimento

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421*.
- Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.
- Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59*.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.

Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, *Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, a norma dell'articolo 31 della legge 3 agosto 1999, n. 265.*

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione.*

Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale.*

Legge 8 giugno 1990, n. 142, *Ordinamento delle autonomie locali.*

Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

Legge 15 marzo 2010, n. 38, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.*

Nei venti anni successivi alla Legge n. 328 del 2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali, l'integrazione socio-sanitaria è stata differentemente interpretata nei sistemi locali del welfare italiano. A seguito dell'emergenza pandemica, però, è divenuto dirimente un elemento che fa assumere caratteristiche nuove alle forme di sperimentazione di servizi socio-sanitari: si tratta del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che è stato adottato dal Governo italiano e che vede il settore sanitario e quello sociale come ambiti di sviluppo di specifiche "Missioni" che impattano direttamente sui sistemi dei servizi territoriali. Il volume affronta il tema dell'integrazione socio-sanitaria dal punto di vista della politica sociale ma considerando anche la prospettiva giuridica, per pervenire alle proposte formulate da un gruppo di esperti nell'ambito di una iniziativa promossa da *Penisola sociale-Osservatorio sulle pratiche sociali nelle autonomie locali*. Le analisi sullo stato attuale dell'integrazione socio-sanitaria e sulle prospettive che il PNRR lascia intravedere sono accompagnate da una serie di interventi e testimonianze dei rappresentanti di ANCI, Regioni, Federsanità, IFEL, Consiglio Nazionale degli Assistenti sociali, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, Forum Terzo settore e Commissione Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza del Ministero del Lavoro e della Politiche sociali.

Marco Accorinti

Docente e co-coordinatore del Laboratorio sulle Politiche e Servizi Sociale presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi Roma Tre.

Monia Giovannetti

Responsabile del Dipartimento Studi e Ricerche di Cittalia-Fondazione Anci.

Annalisa Gramigna

Referente per l'Osservatorio sugli Investimenti della Fondazione IFEL.

Chiara Poli

Referente per il Dipartimento Welfare dell'Anci per le tematiche del contrasto alla povertà, della marginalità estrema, dei minori e della famiglia e del Terzo settore.