

Introduzione

La parola **integrazione** ha sempre avuto un forte potere rappresentativo. La sua origine etimologica deriva da 'intero', come 'non toccato', intatto nella sua unità; allo stesso tempo, lo Zanichelli indica per il verbo integrare il "rendere completo aggiungendo ciò che manca". Non è forse questo l'elemento chiave per avere un sistema socio sanitario il più possibile efficace?

In effetti, il concetto di integrazione socio sanitaria è previsto, da almeno un decennio, in tutte le pianificazioni di tipo sanitario e sociale; di fatto, però, resta difficile comprendere davvero le potenzialità e i contenuti che tale espressione porta con sé. Tentando di dare una definizione il più possibile completa, si può immaginare l'integrazione socio sanitaria come "il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio"¹. In altre parole, vi sono diverse situazioni in cui la capacità di raccordare interventi di natura sanitaria con interventi di natura sociale rafforza l'efficacia di entrambi.

L'integrazione socio sanitaria nella normativa vigente

È a partire dal Decreto Legislativo n. 229 del 1999 che si inizia a dare forza al tema dell'integrazione socio sanitaria e si dà avvio ad una prima definizione delle prestazioni e dei principali attori coinvolti nell'organizzazione e nella gestione di tale forma assistenziale²⁻⁶.

Tuttavia, il riferimento normativo fondamentale in merito all'integrazione socio sanitaria è costituito dall'"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" (DPCM del 14 febbraio 2001).

Nel riquadro si riportano i principali provvedimenti legislativi che trattano di integrazione socio sanitaria, accompagnati da brevi riepiloghi tematici.

Una visione di sistema

Il sistema sanitario ed il sistema sociale, pur avendo intrapreso percorsi diversi e sperimentato fasi storiche non sovrapponibili,



nascono e si sviluppano all'interno di una medesima prospettiva, vale a dire l'assunzione, da parte dell'intera collettività, della tutela del singolo individuo sancita nella Carta costituzionale e che ha prodotto il perseguimento del cosiddetto welfare^{2,5}.

In effetti, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria è divenuta 'sistema' nazionale nel 1978 (L. 833), all'interno di una visione della società di stampo solidaristico, ispirata all'art. 32 della Costituzione e strettamente connessa con altri interventi di tutela socio assistenziale, che solo nel 2000 (L. 328) sono confluiti in un vero e proprio 'sistema' sociale.

Il sistema del welfare attuale, articolato su tre livelli territoriali (Stato, Regioni, Comunità locali), è costituito dai soggetti presenti all'interno della rete (i cosiddetti 'nodi'). Sia in ambito sociale che in quello sanitario vengono utilizzati i termini di 'rete' e di 'integrazione', presenti perché capaci di definire in modo efficace e sintetico alcune caratteristiche di fondo del funzionamento di tali organizzazioni.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DPR 23 luglio 1998), richiamandosi alle conclusioni della 'Commissione nazionale di studio sul tema dell'integrazione socio sanitaria' (istituita con Decreto del Ministro della Sanità), definisce l'integrazione socio sanitaria quale priorità strategica cui destinare congrue

risorse, da definire anche nei Piani regionali, attraverso lo sviluppo di Progetti obiettivo nelle aree: materno-infantile, handicap, psichiatria, tossicodipendenze, anziani, lungodegenze⁴. È all'interno dello stesso Piano che si coglie un nuovo approccio che vede il superamento della visione dicotomica tra servizi sociali, di competenza degli Enti locali, e servizi sanitari, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale. Il riconoscimento della necessità di sviluppare forme di partnership tra Distretti sociosanitari e Comuni comprende il bisogno di potenziare anche i livelli attraverso i quali ha luogo

l'integrazione sociosanitaria: il **livello istituzionale**, che consente di definire i 'patti per la salute' sottoscritti tra i diversi attori; il **livello gestionale**, che garantisce l'adozione di modelli organizzativi coerenti, ed il **livello professionale**, che permette di armonizzare le competenze dei professionisti chiamati in causa nella realizzazione degli obiettivi di salute comuni³.

Già a partire dalle definizioni dei due servizi (intesi come 'sistemi'), sociale e sanitario, si possono individuare degli elementi comuni.

PRINCIPALI PROVVEDIMENTI LEGISLATIVI RELATIVI ALL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

■ DPR 23 luglio 1998. *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*

Si delineano i livelli dell'integrazione sociosanitaria e viene individuato nel Distretto, specificatamente nei servizi che lo compongono, il luogo primario per la sua realizzazione.

■ Decreto legislativo n. 229 del 19/6/1999. *Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*

Vengono descritte le 'prestazioni sociosanitarie' come "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" (art. 3-septies). Tali prestazioni comprendono: le 'prestazioni sanitarie a rilevanza sociale', le 'prestazioni sociali a rilevanza sanitaria', e le 'prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria', cioè quelle "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze da droga, alcol e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative".

All'interno del Decreto si sottolinea che nel 'Programma delle attività territoriali' verranno determinate le risorse per l'integrazione sociosanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Unità Sanitaria Locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza (art. 3-quater). Viene inoltre illustrata, tra le funzioni del Distretto, quella dell'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotata da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni (art. 3-quinquies).

■ Legge n. 328 dell'8/11/2000. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

Nel tracciare un quadro di riferimento per la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali – sistema caratterizzato da livelli essenziali di prestazioni accessibili a tutti –, fa dell'integrazione sociosanitaria il perno attorno al quale tale sistema si sviluppa. L'articolo 22 vede l'integrazione sociosanitaria quale aspetto preliminare rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni sociali; l'innovazione riguarda l'intero corpo

dell'articolo, in particolare il comma 4, dove sono fissate le prestazioni da rendere disponibili per ciascun ambito territoriale. Tutto è subordinato a indirizzi regionali e soprattutto alla sostenibilità della spesa. L'aspetto innovativo è che tali prestazioni diventano diritti soggettivi da esercitare o rivendicare, se l'ente pubblico non offre alcuna risposta.

■ DPCM del 14 febbraio 2001. *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*

Si sottolinea che l'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute, che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

Le prestazioni sociosanitarie sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno (aspetti inerenti le funzioni psicofisiche, la natura delle attività del soggetto e sue limitazioni, la partecipazione alla vita sociale, i fattori di contesto ambientale e familiare), l'intensità e durata dell'intervento (stabilite in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite: fase intensiva riferita a un impegno riabilitativo specialistico complesso, di durata breve o definita; fase estensiva: minore intensità terapeutica, di medio o prolungato periodo; fase di lungoassistenza: mantenere l'autonomia funzionale possibile e favorire la partecipazione alla vita sociale); la complessità dell'intervento (con riferimento alla composizione dei fattori produttivi, professionali e di altra natura, e alla loro articolazione nel progetto personalizzato).

Le prestazioni sociosanitarie vengono caratterizzate nel modo seguente:

a. *Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*: sono quelle che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e all'espressione personale. Di competenza delle ASL e a loro carico, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

b. *Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*: le attività del sistema sociale che supportano la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Di competenza dei Comuni, con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, si esplicano attraverso:

1. Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal “complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio” (L. 833/78, art. 1).

Per Servizio Sociale si intende, invece, “il complesso delle attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate

a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia” (D.Lgs. 112/98, art. 128).

La prospettiva comune e la conseguente convergenza verso l’integrazione tra il settore sanitario e quello sociale traspare chiaramente anche da altri elementi che li caratterizzano.

2. Sia in ambito sanitario che sociale viene posta grande enfasi

- interventi di sostegno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e delle responsabilità familiari;
- interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l’autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semi-residenziali di adulti e anziani con limitazione dell’autonomia, non assistibili a domicilio;
- interventi, anche di natura economica, atti a favorire l’inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Tali prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

c. *Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria*: quelle caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, che appartengono prevalentemente alle aree:

- materno infantile;
- anziani;
- handicap;
- patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcol e farmaci;
- patologie per infezioni da HIV;
- patologie terminali;
- inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Tali prestazioni sono attribuite alla fase postacuta, caratterizzate dall’inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza.

Sono erogate dalla ASL a carico del Fondo Sanitario; possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno sociosanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la

limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

È compito delle Regioni, nell’ambito della programmazione degli interventi sociosanitari, determinare gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie, svolgendo inoltre attività di vigilanza e coordinamento. La programmazione degli interventi sociosanitari avviene secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, continuità assistenziale. La programmazione dei servizi ad elevata integrazione sanitaria rientra nel ‘Programma delle attività territoriali’. L’erogazione delle prestazioni è organizzata attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato, e la valutazione periodica dei risultati ottenuti; le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati saranno disciplinati dalle Regioni.

■ **DPCM del 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza** (allegato 3, punto d: “integrazione sociosanitaria, per la quale la precisazione delle linee prestazionali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dovrà tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza, anche in relazione all’ipotesi di utilizzo di Fondi Integrativi”). Viene ribadita l’importanza che riveste l’area dell’integrazione all’interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell’individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell’offerta di servizio, per poter garantire le prestazioni necessarie alle persone in tutte le fasi della vita, ed in modo particolare nell’infanzia e nella vecchiaia. Viene confermato che il riferimento fondamentale, sul piano normativo, è costituito dall’atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria (DPCM 14/2/2001). La parte indicata in allegato 1, punto c (tabella riepilogativa per le singole tipologie erogative di carattere sociosanitario), riprende infatti il DPCM: in tal senso le prestazioni indicate assurgono a livelli essenziali delle prestazioni da garantirsi sul territorio dello stato in modo uniforme.

L’erogazione delle prestazioni va regolata in riferimento ai criteri dell’appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell’accessibilità. Il DPCM ritiene, inoltre, determinanti i punti seguenti:

1. l’organizzazione della rete delle strutture di offerta;
2. le modalità di presa in carico del problema, anche attraverso una valutazione multidimensionale;
3. una omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza.

sulla pianificazione, tanto di livello nazionale, che regionale e locale. Da tempo sono in vigore Piani sanitari e Piani sociali nazionali e regionali. Sebbene le pianificazioni sanitarie e sociali siano nate distintamente, esistono già, in alcune Regioni, esperienze più o meno consolidate di effettiva pianificazione congiunta (in alcuni casi l'integrazione si ferma infatti al solo titolo del documento!). Piani sociosanitari possono essere attualmente riscontrati nelle seguenti Regioni: Valle D'Aosta, Piemonte (ancorché in fase di proposta per il periodo 2006-2010), Veneto, Lombardia e Sardegna. A livello locale, con l'emanazione della L. 328/00 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), è stato istituito (art. 19) il 'Piano di Zona' (strumento di programmazione degli interventi e dei servizi sociali da parte degli Enti locali), fortemente ispirato allo stesso principio di 'intersectorialità' degli interventi che caratterizza il 'Programma delle Attività territoriali', istituito con l'art. 3-quater del D.Lgs. n. 229/99, che rappresenta lo strumento di pianificazione sanitaria locale più capillare sul territorio (all'interno del quale andrebbero programmati i servizi ad elevata integrazione sanitaria)⁷.

3. I due sistemi riconoscono inoltre, come presupposto necessario, la garanzia ai cittadini di alcuni diritti essenziali. Prendendo spunto dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitari (DPCM 29 novembre 2001), anche il servizio sociale ha infatti ritenuto importante definire i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (detti LIVEAS o LEP), che ad oggi, tuttavia, sono ancora in fase di determinazione da parte del Governo. Tale impostazione sembra aver suggerito anche alcune importanti soluzioni di 'ingegneria costituzionale' all'interno del processo di decentramento. Infatti, l'art. 117 della L.C. n. 3/2001, ha inserito la 'Tutela della salute' tra le materie di legislazione concorrente, in cui la potestà legislativa spetta alle Regioni, distinte da quelle di legislazione esclusiva, in cui lo Stato mantiene la piena potestà nel legiferare. L'area di competenza sociale non è espressamente prevista, ma alcune sue componenti sono di competenza esclusiva dello Stato (immigrazione, previdenza sociale), mentre altre (tutela e sicurezza del lavoro, istruzione) sono citate tra le materie di legislazione concorrente. Per tutte le materie di legislazione concorrente, in ogni caso, viene riconosciuta allo Stato la determinazione dei principi fondamentali, cioè dei "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale",

che evocano fortemente tanto i LEA quanto i LIVEAS. Sia i LEA che i LIVEAS rappresentano pertanto la specifica traduzione, per i rispettivi ambiti, delle garanzie del cittadino, cioè dei diritti sociali da questi esigibili.

4. e 5. Tra gli altri elementi che accomunano i due sistemi, è possibile citare l'enfasi riconosciuta all'integrazione gestionale e la forte sottolineatura (maggiore nel sociale), sulla necessità di favorire la partecipazione dei cittadini.

6. Una forte rilevanza viene altresì attribuita al processo di accreditamento, cioè di rispondenza a requisiti strutturali, tecnologici (in particolare per la sanità) ed organizzativi predefiniti, come sistema di garanzie di qualità per i cittadini.

7. Entrambi i sistemi, infine, riconoscono un ruolo strategico allo strumento della valutazione.

A partire da tali premesse, che dimostrano come in effetti il sistema sociale sia stato disegnato, in misura rilevante, sul modello di quello sanitario, risulta evidente l'esigenza (e l'urgenza) di una reale integrazione sociosanitaria, resa ancor più necessaria dall'evoluzione dei bisogni e della domanda sociale, dai cambiamenti istituzionali, così come dai vincoli di sostenibilità economica.

Alcune esperienze regionali

In diverse Regioni, l'enfasi sulla globalità e unitarietà degli interventi posta con la L. 833/78 aveva favorito la realizzazione di interventi sociosanitari integrati, in quanto coordinati dallo stesso attore.

L'aziendalizzazione avviata con il D.Lgs. 502/92 aveva previsto la possibilità di attivare il meccanismo della 'delega' alle USL, da parte dei Comuni, delle prestazioni socioassistenziali. Per un certo periodo la 'delega', comportando un unico gestore di prestazioni, ha in effetti favorito l'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli sociali. Le difficoltà legate alla disponibilità delle risorse, unitamente al nuovo impulso gestionale da parte del settore sociale originato dalla L. 328/00 ha, di fatto, introdotto elementi critici nel perseguimento di una reale integrazione, in buona parte collegati ai problemi di sostenibilità economica.

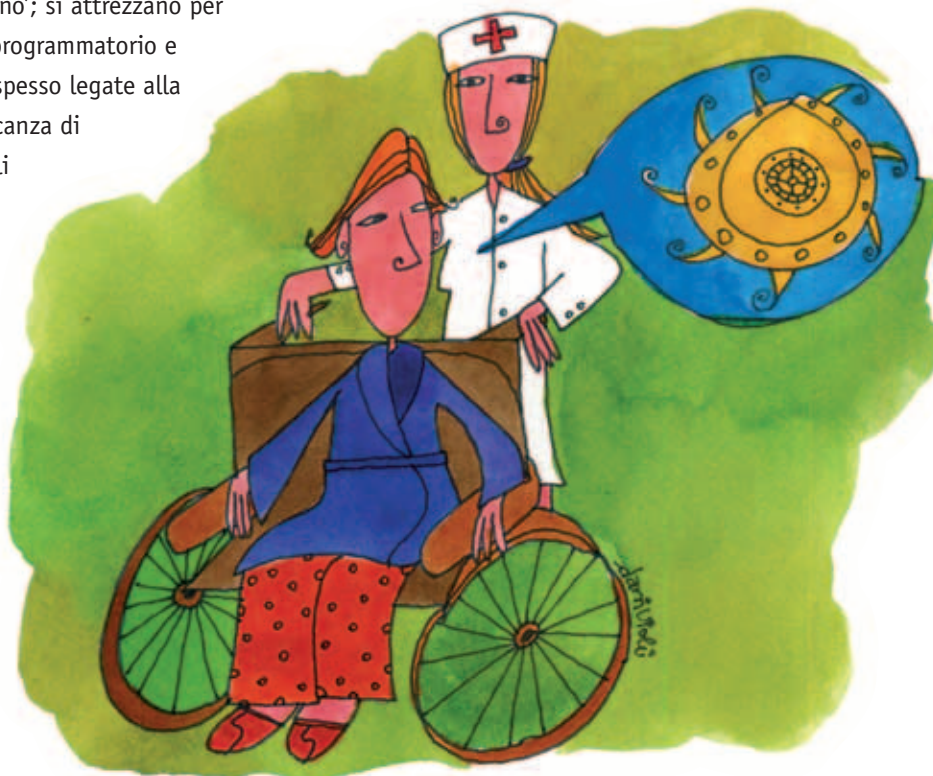
Molti Enti locali tendono oggi a ritirare la delega per abbracciare nuove forme di coordinamento tra loro: si associano per la programmazione (PdZ); costituiscono

coordinamenti istituzionali e 'uffici di Piano'; si attrezzano per essere interlocutori delle Asl sul terreno programmatico e gestionale. Insieme alle tante difficoltà, spesso legate alla complessità del sistema più che alla mancanza di volontà, si possono cogliere alcuni segnali incoraggianti. Senza ambizione di completezza ne citeremo alcuni.

Toscana. Nella Regione Toscana il PSR 2002-2004 ha introdotto come 'sperimentazione gestionale' le Società della Salute, poi confermate dal PSR 2005-2007. Tale modello delinea un unico livello locale di governo: la 'zona-distretto', che concentra tutte le diverse funzioni territoriali. Le Società della Salute rappresentano, in sostanza, organismi misti che assumono la veste giuridica di 'consorzi pubblici', coinvolgendo principalmente Azienda USL, Enti locali e III Settore nella programmazione e gestione dell'insieme dei servizi sociosanitari territoriali, per raggiungere l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sociali in termini di salute e per intervenire in modo integrato sull'ambiente e sulla condizione sociale, al fine di realizzare gli obiettivi di salute prefissati. Nell'ambito della 'zona-distretto' viene definito il Piano Integrato di Salute (PIS), che costituisce lo strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie finalizzato a conseguire gli obiettivi di salute. A regime, il PIS sostituirà, da un lato, il 'piano operativo di zona' e il 'piano sociale di zona', dall'altro, la parte sociosanitaria del 'piano attuativo locale' del distretto.

La costituzione delle Società della Salute è avvenuta in tutte le 'zone-distretto' con l'adesione della totalità dei Comuni. La sperimentazione dovrà completarsi nell'arco del triennio 2005-2007 e la Giunta Regionale si è impegnata ad una verifica costante delle modalità di svolgimento della stessa, con l'ausilio del Gruppo tecnico di valutazione e della Consulta regionale, previsti dal precedente PSR⁸.

Ad un livello locale e più specifico, nella ASL 11 di Empoli (zona Valdarno ed Empolese Valdelsa), è stata prevista la costituzione di un 'Punto unico di accesso alle prestazioni domiciliari' nella ASL, al quale afferiscono tutte le richieste di assistenza domiciliare, comprese le dimissioni ospedaliere



protette. L'Unità di valutazione territoriale prende in carico le richieste più complesse e redige il piano. Un programma informatico segue e registra le varie fasi del processo. Il progetto è promosso e coordinato dal dipartimento di Cure primarie della AUSL 11 di Empoli, insieme alla quale partecipano i 15 Comuni e i Medici di Medicina Generale³.

Marche. Nella regione Marche la legge di Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale (L.R. n. 13 del 2003) ha riformato e riordinato il sistema sanitario, esprimendo una scelta decisa in merito all'integrazione sociosanitaria, a cominciare dall'introduzione del Responsabile dei Servizi di Integrazione Sociosanitaria, equiparato al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario nel supporto al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). Il modello marchigiano mantiene, esaltandola, la competenza sociale dei Comuni e ridefinisce le competenze dell'ASUR per l'area sanitaria e sociosanitaria. A livello territoriale, l'integrazione sociosanitaria è realizzata da: le Zone territoriali, con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari, dotate di autonomia gestionale e operativa; il Direttore di Zona, responsabile delle funzioni di programmazione e coordinamento; la Conferenza dei Sindaci, che promuove l'integrazione tra i servizi di zona e i servizi

socioassistenziali, proponendo e partecipando alla definizione di intese tra Comuni, ASUR e Zona territoriale interessata per l'integrazione sociosanitaria; i Distretti, che sono il livello territoriale di base, in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

L'ASUR è organizzata attraverso le 'aree-progetto', cioè strutture flessibili che, attraverso l'elaborazione di 'piani programmatici', predispongono interventi e decisioni per assicurare la continuità dei processi in essere. Rispetto all'integrazione sociosanitaria, la Direzione aziendale ha individuato cinque aree progetto, centrate sui soggetti destinatari dell'integrazione e distinte in sub-aree: 'Materno-infantile, adolescenti e giovani'; 'Disabilità, handicap, salute mentale'; 'Anziani'; 'Dipendenze, disagi, fragilità'; e 'Sussidiarietà'. Tali Aree hanno contenuti comuni e competenze 'trasversali', che dovrebbero garantire la salvaguardia dell'unitarietà della persona negli interventi di integrazione, superando una logica parziale e di settore. In sostanza si utilizza una metodologia a 'rete' (tra i destinatari, i livelli, i regimi assistenziali, i soggetti coinvolti) e anche 'partecipata', a partire dalla promozione delle cosiddette 'manifestazioni di interesse' per massimizzare il coinvolgimento dei diversi attori⁹.

Emilia Romagna. Un'altra interessante esperienza di tipo gestionale è quella sviluppata nel territorio del Distretto Pianura Est dell'Azienda USL di Bologna: la 'Delega Partecipata'; tale modello non presuppone la costituzione di ulteriori organismi o apparati e si avvale di forme di governo istituzionali quali: l' 'Accordo di programma', che consente di integrare e coordinare le azioni degli stessi e di determinare i tempi, le modalità e i costi connessi all'attuazione di determinati programmi e la 'Convenzione' tra Comuni e ASL, atto che regola l'attività derivante dalla concessione delle deleghe e che sancisce gli impegni del soggetto delegante e del soggetto delegato. A livello programmatico, il Comitato di Distretto ha la funzione di nodo di raccordo tra le politiche sanitarie e quelle sociali, nella necessità di connettere ed integrare i due settori per sviluppare azioni di approccio globale ai bisogni del territorio e della persona. È coadiuvato dal Tavolo tecnico-politico del Coordinamento Distrettuale dei Piani di Zona, con funzioni di tipo istruttorio, di approfondimento e di monitoraggio.

L'esperienza della delega partecipata ha portato a cambiamenti nella gestione delle materie delegate sia a livello comunale (funzione di accesso e individuazione del bisogno sociosanitario, tramite il Punto Unico di Accesso e della definizione e gestione di piani di intervento personalizzati a valenza socioassistenziale), che a livello distrettuale (funzione di valutazione multidisciplinare e multidimensionale, definizione e gestione di piani di intervento a valenza sociosanitaria). Si tratta in sostanza di un'estensione del concetto della delega 'pura'; i Comuni, infatti, conferiscono la delega alla Asl, ma sulla stessa si effettuano forti azioni di coordinamento e monitoraggio da parte degli organismi collegiali già esistenti sul territorio¹⁰.

Le prospettive attuali

È indubbio che il sistema del welfare ha subito profonde trasformazioni negli ultimi anni; trasformazioni che hanno avuto come loro obiettivo quello di garantirne la sopravvivenza. Il superamento della 'configurazione centralistica' (da *welfare state* a *welfare community*) ha portato all'affermarsi dei principi di sussidiarietà (verticale tra istituzioni ed orizzontale tra istituzioni e cittadini), di programmazione negoziata tra i diversi 'attori' del sistema e al concetto di integrazione sociosanitaria come risposta obbligata al grande cambiamento della domanda dovuto all'aumento delle condizioni di fragilità nella popolazione, con il conseguente riorientamento del sistema dell'offerta dalle cure sanitarie ospedaliere di tipo acuto e intensivo alle cure territoriali sociosanitarie di natura cronica e continuativa^{11,12}.

Nonostante negli ultimi anni i sistemi sanitario e sociale siano stati abbondantemente connotati dal valore dell'integrazione, continua a prevalere un modello che separa sia la titolarità nell'esercizio delle rispettive funzioni che le competenze finanziarie collegate¹³. La ricerca dell'equilibrio tra i costi del welfare ed i volumi di risorse disponibili richiede evidentemente l'adozione ed il monitoraggio di strumenti e misure



tipicamente gestionali (programmazione per obiettivi e incentivazione dei risultati, budgetizzazione e aziendalizzazione delle unità di offerta, eventuale coinvolgimento dell'utenza alla compartecipazione dei costi)¹¹. Un aspetto di particolare importanza è quello della mancata definizione, a livello nazionale, dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali che, di fatto, non beneficiano di un concorso di finanziamento dello Stato rapportato ai livelli stessi. È importante, inoltre, assicurare l'effettiva garanzia, da parte del Servizio Sanitario Nazionale, delle prestazioni relative al settore dell'integrazione sociosanitaria (in cui rientrano tutte quelle indicate nell'allegato 1.C "Area integrazione sociosanitaria" del DPCM 29 novembre 2001); i livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie contengono una componente sanitaria in qualche modo coperta dal fondo sanitario, mentre il peso della componente sociale grava sugli utenti e sui Comuni, per un impegno di spesa stabilito senza averne mai neppure stimato l'ammontare¹³⁻¹⁵.

Oltre a una doverosa articolazione e definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, sarebbe auspicabile definire modelli organizzativi, strumenti di programmazione, di gestione (compreso il finanziamento) e di valutazione armonizzati a livello regionale, così come immaginare l'istituzione di punti di accesso unificati, a livello territoriale, per le diverse prestazioni².

Un aspetto fortemente qualificante l'integrazione sociosanitaria riguarda la messa a punto di un sistema informativo di natura sociosanitaria, attualmente inesistente a livello nazionale: è infatti evidente come la disponibilità continuativa di informazioni affidabili sul sistema da governare sia elemento fortemente strategico per poter effettuare la programmazione, la gestione e la valutazione dei servizi sociosanitari. A ben vedere, non è però attualmente possibile prevederne un facile e rapido avvio. Questo a causa di numerosi fattori critici presenti quali, ad esempio, la scarsa attenzione al settore sociale da parte del settore sanitario; il basso livello di standardizzazione degli interventi sociosanitari; il contesto gestionale incerto e turbolento; la carenza di una classificazione delle 'patologie' sociali e delle prestazioni ad esse collegate; la mancanza di una sufficiente 'cultura informativa', in particolare in ambito sociale; e, infine, la reciproca resistenza degli operatori dei due sistemi a collaborare. Fortunatamente sono riscontrabili, da parte di alcune Regioni (Veneto, Lombardia, Emilia Romagna), alcune tendenze a sanare tali difficoltà per intraprendere un percorso di reale condivisione.

Per 'non' concludere, la natura estremamente dinamica dei processi culturali, politici e decisionali che condizionano i sistemi analizzati, rende estremamente difficile formulare previsioni sulla loro possibile convergenza e integrazione. In ogni caso, un rischio da scongiurare è quello di far dipendere i diritti dalle risorse disponibili: un diritto subordinato alle risorse, infatti, è semplicemente un 'non diritto'. Purtroppo l'attuale sistema sociosanitario sembra orientarsi sempre più verso questo paradosso.

Silvia Casagrande*, Maurizio Marceca°

**Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio*

°Corso interfacoltà di Laurea in Servizio Sociale, Università degli Studi La Sapienza, Roma

BIBLIOGRAFIA

1. Marceca M, Casagrande S, Pasquarella A, Guasticchi G. Glossario sull'assistenza domiciliare. Laziosanità. Agenzia di Sanità pubblica 2006 (in corso di stampa).
2. Bancherò A. Programmare i servizi sociali e sociosanitari. Elementi di conoscenza, riflessione e orientamento sull'evoluzione della materia dagli anni Cinquanta al nuovo Millennio. Fondazione Smith Kline. Il Mulino, Bologna 2005.
3. Bissolo G, Fazzi L (a cura di). Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi. Carocci Faber, Roma 2005.
4. Brizzi L, Cava F. L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale. Carocci Faber, Roma 2003.
5. Bucci D (a cura di). Il lungo cammino della riforma. Monitoraggio sull'applicazione della normativa sociale in Italia. Associazione Nuovo Welfare, Roma 2002.
6. Casale O, Di Santo P, Toniolo Piva P. Il ritorno del sociale in sanità. Animazione Sociale 2006; aprile: 18-28.
7. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il monitoraggio dei Piani Sociali di zona. Febbraio 2004 (<http://www.isfol.it/>).
8. ASSR. Sanità nel territorio, studi ed esperienze di distretto nelle Regioni. I supplementi di Monitor - Esperienze di integrazione sociosanitaria e assistenza domiciliare. Anno IV, 2005.
9. Ricci S. Integrazione sociosanitaria nelle Marche. Prospettive sociali e sanitarie 2005; 8: 10-16.
10. Cocchi MC, Govoni L, Perlangeli V. L'esperienza della Delega Partecipata nel territorio del Distretto Pianura Est dell'Azienda USL di Bologna. Atti del Terzo Congresso CARD "Il Distretto tra governo e governance". Bari, 18-20 novembre 2004.
11. Di Pietra L. L'appropriatezza nei servizi sociali. In: Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F, Rapporto Sanità 2004. L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica. Bologna, Il Mulino 2004.
12. Ranci Ortigosa E. Servizi sociali e servizi sanitari, quale integrazione? Prospettive sociali e sanitarie 1998; 9: 1-2.
13. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali. Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale. Settembre 2005, bozza.
14. Ranci Ortigosa E. Il rapporto tra servizi sociali e sanitari dopo la Legge 328/2000. Tendenze nuove 2004; 6: 533-542.
15. Santolamazza ML, Bisio M. Integrazione sociosanitaria e Lea. Prospettive sociali e sanitarie 2003; 7: 8-12.